ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWAT DARURATAN DENGAN DIAGNOSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) NON BEDAH RSUP DR. WAHIDIN SUDIRIHUSODO MAKASSAR

Amriani¹, Mikawati²

amriani542@gmail.com¹, mikawati.skp@gmail.com²

STIKES Panakkukang Makassar

ABSTRAK

Ginjal merupakan salah satu organ yang penting dalam mempertahankan homeostatis dan filtrasi pada tubuh (kemampuan penyaringan didalam darah). Ginjal berfungsi mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh, begitupula dengan asam basa dengan cara menyaring darah melalui ginjal, reabsorpsi, elektrolit dan non-elektrolit, serta membuang kelebihannya dengan berkemih menurut Pearce. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif, dengan pemaparan kasus dan menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan focus pada salah satu masalah penting dalam kasus yang dipilih yaitu asuhan keperawatan pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD). Hasil yang diperoleh pada pelaksanaan asuhan keperawatan pada kasus 1 Ny. S dan kasus 2 Ny. R menggunakan primary survey melalui pengkajian Airway : Tidak ada kesenjangan antara kasus 1 dan kasus 2 pada diagnosis Chronic Kidney Disease (CKD) hal ini dikarenakan CKD adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang irreversibel dan progresif dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan keseimbangan cairan elektrolit sehingga menyebabkan uremia. Breathing : Tidak ada kesenjangan karena pasien mengalami sesak napas. Circulation : Tidak terdapat kesenjangan karena dari hasil pengkajian kasus 1 dan kasus 2 didapatkan CRT < 2 detik dan tekanan darah yang meningkat. Disability : Tidak terdapat kesenjangan antara kasus 1 dan kasus 2 dilihat dari kesadaran Compositis dengan GCS 15. Exposure : Terdapat kesenjangan antara kasus 1 dan kasus 2 yaitu adanya peningkatan suhu pada kasus 1 yaitu : 38° C sedangkan kasus 2 tidak mengalami peningkatan suhu. Hasil Diagnosis yang diangkat terdapat kesenjangan yaitu diagnosis Hipertermia, Hal ini disebabkan oleh respon tubuh setiap orang yang berbeda-beda sesuai dengan tanda dan gejala yang dialami oleh pasien. Saran kepada pihak Rumah Sakit agar memberikan pendidikan dan pelatihan secara berkala, khususnya mengenai metode pelayanan terkini pada pasien dengan kasus-kasus keperawatan gawat darurat, untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi tenaga keperawatan khususnya yang berada di ruangan IGD Non Bedah RSUP. Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Chronic Kidney Diseases (CKD).

ABSTRACT

Assessment is a systematic approach to collecting data on the learning process and outcomes of students so that it can be used as information when making decisions. In evaluations, reference serves as a benchmark for assessing and improving an employee's performance, productivity, or level of achievement. The purpose of this study is to analyze the teacher's approach to implementing the assessment reference in math classes at SD Negeri 165 Pekanbaru. The study used a qualitative method through the use of observational and qualitative methods with math teachers, as well as documentation of the results of math lessons for both students and teachers. According to the study's findings, a teacher's effectiveness in using assessment reference in math classes may be seen in terms of students' physical, mentally, and emotional development as well as their motivation and goals. The instructor indicates that there is an attempt to ensure that the study is conducted objectively and meets each student's individual learning needs. The teacher

gives lessons based on each student's individual ability so that the class can reach its maximum assessment potential. To manage the teacher's emotional stability during the teaching and learning process, the study of Social Emotional Competence (KSE) in education is necessary.

Keywords : *Teacher Preparedness, Implementation, Assessment Benchmarks, Mathematical Learning.*

PENDAHULUAN

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang irreversibel dan progresif dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia (Black & Hawk dalam Dwy Retno Sulystianingsih, 2018).

Chronic Kidney Disease (CKD) mengakibatkan banyak masalah pada semua sistem pada tubuh tetapi tidak sama pada setiap pasien yaitu meliputi gangguan pada sistem respirasi, kardiovaskular, gaststro intestinal, eliminasi, neuro muskular, cairan dan elektrolit, keseimbangan asam-basa, endokrin, dan hematologi (Nursalam, 2015). Hal tersebut dapat mengakibatkan kegagalan ginjal secara progresif sehingga ginjal gagal menjalankan fungsinya dalam proses filtrasi, reabsorpsi, sekresi dan menyesuaikan kepekatan atau jumlah bahan-bahan yang terkandung dalam darah.

Gagal Ginjal Kronik atau Chronic Kidney Disease (CKD) saat ini merupakan masalah kesehatan yang penting mengingat selain insiden dan prevalensinya yang semakin meningkat, pengobatan pengganti ginjal yang harus dijalani oleh penderita gagal ginjal merupakan pengobatan yang sangat mahal. Dialisa adalah suatu tindakan terapi pada perawatan penderita gagal ginjal terminal. Tindakan ini sering juga disebut sebagai terapi pengganti karena berfungsi menggantikan sebagian fungsi ginjal. Terapi pengganti yang sering dilakukan adalah hemodialisis dan peritonealialisa. Diantara kedua jenis tersebut, yang menjadi pilihan utama dan metode perawatan yang umum untuk penderita gagal ginjal adalah hemodialisis (Arliza dalam Nita Permanasari, 2018).

Berdasarkan data di Amerika World Health Organization (WHO) tahun 2018 penderita gagal ginjal baik akut maupun kronik mencapai 50%. The United States Renal Data System (USRDS) mencatat bahwa jumlah pasien yang dirawat karena End Stage Renal Disease (ESRD) secara global diperkirakan 3.010.000 pada tahun 2012 dengan tingkat pertumbuhan 7% dan meningkat 3.200.000 pada tahun 2013 dengan tingkat pertumbuhan 6% (The united states renal data system, 2018). Berdasarkan hasil utama RISKESDAS 2018 di Indonesia Prevalensi penyakit Gagal Ginjal Kronik berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun di tahun 2018 sebanyak 2.0% dan meningkat di tahun 2018 sebanyak 3.8 % atau sekitar satu juta penduduk. Sedangkan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di tahun 2015 sebanyak 51.604 pasien, kemudian meningkat ditahun 2019 menjadi 108.723 pasien. Lebih dari 2 juta penduduk di dunia mendapatkan perawatan dengan dialisis atau transplantasi ginjal dan hanya sekitar 10% yang benar-benar mengalami perawatan tersebut. Sepuluh persen penduduk di dunia mengalami Penyakit Ginjal Kronis dan jutaan meninggal setiap tahun karena tidak mempunyai akses untuk pengobatan (Kemenkes RI, 2018).

Untuk solusi dalam penatalaksanaan klien dengan Chronic Kidney Disease CKD pada umumnya keadaan sudah sedemikian rupa sehingga etiologi tidak dapat diobati lagi. Usaha harus ditujukan untuk mengurangi gejala, mencegah kerusakan/pemburukan faal ginjal yang dapat terdiri dari usaha pengaturan minum, pengendalian hipertensi,

pengendalian kalium dalam darah, penanggulangan anemia, penanggulangan asidosis, pengobatan dan pencegahan infeksi, pengurangan protein dalam makanan, pengobatan neuropati, dialisis dan transplantasi (Permanasari, 2019). Pasien yang mengalami Chronic Kidney Disease CKD didiagnosis dengan penyakit ginjal tahap akhir pada saat filtrasi glomerulus ginjal tidak dapat lagi memenuhi kebutuhan ekskresi dan kebutuhan metabolik tubuh. Pasien yang mengalami penyakit ginjal tahap akhir harus mendapatkan terapi penggantian ginjal, misalnya hemodialisis atau dialisis peritoneum dalam waktu yang tidak terbatas atau mendapatkan transplantasi ginjal atau kematian merupakan suatu hal yang pasti akan terjadi (Puspanegara, 2019).

Selain penatalaksanaan terapi (replacement treatment) diatas, sebagai perawat maka peran kita adalah melaksanakan asuhan keperawatan yang tepat untuk menghindari komplikasi akibat menurunnya fungsi ginjal dan stres serta kecemasan dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa ini. Dalam hal ini diperlukan peran perawat sebagai salah satu bagian dari tim kesehatan melalui upaya preventive dengan memberikan health education kepada klien dan keluarga tentang pengertian, tanda dan gejala penyakit, komplikasi, hal yang harus dihindari serta memotivasi pasien dan keluarga untuk selalu kontrol kesehatan rutin di rumah sakit atau pelayanan kesehatan terdekat. Berdasarkan latar belakang dan data diatas, maka diperlukan untuk melakukan asuhan keperawatan pada Tn.R dengan diagnosa Medis Chronic Kidney Disease (CKD) dengan tindakan HD di Ruang Hemodialisa.

Berdasarkan data diatas, penulis tertarik untuk menyusun sebuah Studi Kasus dengan judul “Manajemen Asuhan Keperawatan kegawat Daruratan dengan diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD)di Ruang IGD Non Bedah RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

METODE

Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif, dengan pemaparan kasus dan menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan focus pada salah satu masalah penting dalam kasus yang dipilih yaitu asuhan keperawatan pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD). Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 23-29 di IGD Nono Bedah RSUP Dr Wahidin Sudirihusodo Makassar.

Subjek yang digunakan dalam pengambilan kasus ini adalah yang memenuhi kriteria sebagai berikut. Pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) yang dirawat di IGD Non Bedah RSUP Dr. Wahidin Sudirihusodo, Bersedia menjadi responden, Pasien berusia 40-70 tahun.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan pasien 1 didapatkan Ny. S perempuan berusia 57 tahun datang ke IGD Non Bedah RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo pada tanggal 23 November 2023 jam 10.34 WITA rujukan dari RS. Tajuddin dengan Diagnosis Chronic Kidney Disease (CKD). Datang dengan keluhan sesak napas dirasakan sejak dua hari yang lalu dan disertai demam tinggi, sebelum masuk IGD keluarga pasien mengatakan pasien demam tinggi dan pasien tidak merasakan tangannya bergerak sendirinya. Demam dan gemetar pada tangan pasien terjadi terus-menerus selama 1 minggu terakhir ini. Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran Composmentis, keadaan umum lemah, Tanda-tanda Vital: Tekanan darah : 160/90 mmHg, Nadi 98x/menit, Suhu 38°C, RR 28x/menit, Spo2 97%.

Pada saat dikaji didapatkan masalah yang pertama Pola napas tidak efektif dengan data pasien mengatakan sesak napas, terpasang DLC pada hemithoraks kanan melalui vena subclivina, Tekanan darah 160/90 mmHg, Nadi 98x/menit, Frekuensi napas 28x/menit

dan Spo2 97%. Masalah yang kedua didapatkan Perfusi perifer tidak efektif dengan data yang didapatkan Pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya bengkak, Tekanan darah 160/90 mmHg, Nadi 98x /menit, WBC 12,9 HGB 7,8 Ureum 98 Kreatinin 4,24. dan Masalah yang ke tiga didapatkan adalah Hipertermia dengan data yang didapatkan pasien mengeluh lemas, pasien tampak menggigil, pasien tampak gelisah, Suhu 38 °C.

Berdasarkan pasien 2 didapatkan Ny.R berusia 52 tahun datang ke IGD Non Bedah RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo pada tanggal 23 november 2023 jam 15.00 WITA, Pasien masuk tanpa rujukan bersama dengan keluarga dengan Diagnosis Chronic Kidney Disease (CKD). Datang dengan keluhan sesak napas lebih dari 1 minggu yang lalu sebelum masuk Rumah sakit, sesak tidak dipengaruhi oleh aktivitas. Riwayat sesak memberat jika pasien berbaring dan membaik jika duduk. Hasil pemeriksaan fisik: Tanda-tanda Vital, Tekanan darah 180/94 mmHg, Nadi 100x/menit, P 28x/menit, Suhu 37 °C Spo2 97% on NRM 10 lpm.

Pada saat pengkajian didapatkan masalah keperawatan pertama yaitu Gangguan pertukaran gas dengan data yang didapatkan pasien mengatakan sesak napas jika pasien berbaring dan membaik jika duduk, Terpasang NRM 10 lpm, Hasil AGD : Alkolosis respiratorik, Hasil Rontgen thorax terdapat edema paru, Tekanan darah 180/94 mmHg, Nadi 100x/menit, P 28x/menit, Suhu 37 °C Spo2 97% on NRM 10 lpm, PCO2 : 34,8 PO2 :209,4 pH Arteri : 7,47 Ureum : 115, Kreatinin : 6,64.

Masalah yang ke dua didapatkan adalah Pola napas tidak efektif dengan data yang didapatkan pasien mengatakan sesak sejak 1 minggu yang lalu, sesak memberat jika pasien berbaring dan membaik jika duduk, Hasil pemeriksaan fisik : Tekanan darah 180/94 mmHg, Nadi 100x/menit, P 28x/menit, Suhu 37 °C Spo2 97% on NRM 10 lpm.

Masalah yang ke tiga didapatkan adalah Hypervolemia dengan data yang didapatkan pasien mengatakan tidak BAK selama 2 hari, pasien mengatakan kakinya bengkak, Ureum : 115 dan Kreatinin : 6,64.

PEMBAHASAN

Berdasarkan perbandingan antara 2 pasien Ny S dan Ny R dengan Diagnosis Chronic Kidney Disease (CKD) didapatkan :

Pengkajian Primer

1. Airway

Kasus 1 Ny. S : Tidak ada sumbatan jalan napas

Kasus 2 Ny. R : Tidak ada sumbatan jalan napas

Analisa : dari teori diatas didapatkan ada kesenjangan antara teori dan kasus 1 dan kasus 2 yaitu pada teori patofisiologi Chronic Kidney Disease (CKD) didapatkan sumbatan jalan napas sedangkan pada kasus 1 dan kasus 2 tidak mengalami sumbatan jalan napas, Hal ini dikarenakan pada setiap individu bisa menunjukkan respon imun tubuh yang kuat terhadap penyakitnya, selain itu tingkat keparahan penyakit yang dialaminya sehingga tidak mengalami komplikasi seperti sumbatan jalan napas. Pada kasus 1 dan kasus 2 tidak terdapat kesenjangan, hal ini dikarenakan pada kasus 1 dan kasus 2 tidak mengalami sumbatan jalan napas karena tingkat keparahan pasien pada tingkat tahap awal tidak mengalami komplikasi yang terkait sumbatan jalan napas.

2. Breathing

Kasus 1 Ny. S : Ada sesak napas, P : 28x/menit, Spo2 : 97% dengan oksigen 5 lpm nasal canul.

Kasus 2 Ny. R : Ada sesak napas, P : 28x/menit, Spo2 : 97% dengan oksigen 10 lpm NRM.

Analisa : Dari teori diatas didapatkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus 1

dan kasus 2 hal ini disebabkan penyakit Chronic Kidney Disease (CKD) secara patofisiologi didapatkan adanya retensi cairan yang umumnya terdapat pada pasien CKD dapat menyebabkan edema paru. Cairan yang menumpuk di paru-paru dapat membatasi ekspansi normal dan menyebabkan sesak napas. Pada kasus 1 dan kasus 2 tidak ada kesenjangan karena kasus 1 dan kasus 2 sama-sama mengalami sesak napas, peningkatan ureum dan kreatinin dalam darah yang menyebabkan terjadinya gejala sesak napas.

3. Circulation

Kasus 1 Ny. S : Tekanan darah : 160/90 mmHg, Nadi : 98x/menit, pengisian kapiler : < 2 detik, pemeriksaan laboratorium WBC : 12,9 HGB : 7,8 Ureum : 89 dan Kreatinin : 4,24.

Kasus 2 Ny. R : Tekanan darah : 180/94 mmHg, Nadi : 100x/menit, pengisian kapiler < 2 detik, pemeriksaan laboratorium WBC : 9,0 HGB : 7,4 Ureum : 115 dan Kreatinin : 6,64.

Analisa : Dari teori diatas didapatkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus 1 dan kasus 2 hal ini disebabkan karena penyakit Chronic Kidney Disease (CKD) secara patofisiologi yang awalnya terjadi kerusakan pada glomerulus, unit penyaringan utama ginjal, dapat disebabkan oleh berbagai faktor termasuk peningkatan tekanan darah, akibat kerusakan glomerulus terjadi penurunan fungsi filtrasi ginjal yang memicu aktivitas sistem RAAS, yang bisa menyebabkan retensi natrium dan air, meningkatkan tekanan darah dan memperburuk kerusakan ginjal. Sedangkan pada kasus 1 dan kasus 2 tidak terdapat kesenjangan dikarenakan teori patofisiologi dan kasus 1 dan 2 sama-sama memiliki tanda dan gejala yaitu peningkatan tekanan darah, penurunan fungsi filtrasi, retensi cairan dan edema dan peningkatan risiko kardiovaskuler.

4. Disability

Kasus 1 Ny. S : Kesadaran : Composmentis (E4M6V5)

Kasus 2 Ny. R : Kesadaran : Composmentis (E4M6V5)

Analisa : Dari teori diatas didapatkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus 1 dan kasus 2 hal ini disebabkan karena penyakit Chronic Kidney Disease (CKD) secara patofisiologi masuk pada tahap awal yaitu tahap ringan pasien tidak mengalami perubahan dalam tingkat kesadaran, pasien hanya mengalami kelemahan yang tidak mempengaruhi kesadaran secara langsung. Pada kasus 1 dan kasus 2 tidak terdapat kesenjangan dikarenakan kasus 1 dan kasus 2 memiliki tingkat kesadaran Composmentis dengan GCS15 yang merupakan termasuk dalam tahap ringan.

5. Exposure

Kasus 1 Ny. S : Hipertermia ada, nyeri tidak ada dengan suhu 38 °C.

Kasus 2 Ny. R : Hipertermia tidak ada, nyeri tidak ada.

Analisa : Dari teori diatas didapatkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus 1 dan kasus 2 hal ini disebabkan karena penyakit Chronic Kidney Disease (CKD) tidak secara langsung terkait dengan hipertermia (kenaikan suhu tubuh diatas batas normal) namun ada beberapa kondisi atau komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien CKD yang dapat menyebabkan hipertermia seperti terjadinya infeksi saluran kemih, pneumonia atau infeksi lainnya yang dapat menyebabkan naiknya suhu tubuh. Pada kasus 1 dan 2 terdapat kesenjangan karena pada kasus 1 mengalami hipertermia sedangkan pada kasus 2 tidak mengalami hipertermia hal ini disebabkan karena pasien kasus 1 terdapat infeksi yang disebabkan oleh penurunan produksi sel darah putih dan aktivitas makrofag dapat membuat pasien lebih rentan terhadap infeksi.

Diagnosa Keperawatan

Analisis kasus antara Pasien 1 dan Pasien 2 dimana diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis yaitu :

1. Pada kasus 1 Ny.S yang didapatkan yaitu diagnosis keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Diagnosis keperawatan pada kasus ke 2 Ny R yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Analisa : Pola napas tidak efektif pada penderita gagal ginjal kronis ditandai dengan pasien mengeluh sesak, terdapat pernapasan ortopnea, bunyi napas tambahan, tampak pasien menggunakan otot bantu napas dan frekuensi pernapasan lebih dari 26x/menit terpasang NRM.

Teori ini sejalan dengan kasus pasien 1 dan 2 dimana pasien 1 dan 2 sama-sama mengalami sesak napas, pasien menggunakan otot bantu pernapasan, dan frekuensi pernapasa lebih dari 26x/menit.

2. Pada kasus 1 Ny.S yang didapatkan yaitu diagnosis keperawatan Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Diagnosis keperawatan pada kasus ke 2 Ny R yaitu Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

Analisa : Hal ini sejalan dengan kasus 1 dan kasus 2 dimana terdapat peningkatan tekanan darah, pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun, atau tidak teraba,akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun dan edema.

3. Pada kasus 1 Ny.S yang didapatkan yaitu diagnosis Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. Diagnosis keperawatan kasus ke 2 Ny.R yaitu Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan keseimbangan ventilasi perfusi.

Analisa : Pada kasus 1 dan 2 didapatkan ada kesenjangan diagnosis yang diangkat

4. pada kasus 1 Ny. S tidak didapatkan diagnosis yang dapat ditegakkan sedangkan kasus 2 Ny. R didapatkan diagnosis keperawatan yaitu Hypervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan adalah pengembangan strategi untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah – masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan (Yanti, 2022).

Kasus 1

1. Manajemen jalan napas
2. Perawatan Sirkulasi
3. Manajemen hipertermia

Kasus 2

1. Manajemen jalan napas
2. Pemantauan respirasi
3. Pemantauan respirasi
4. Manajemen hypervolemia

a. Adapun intervensi yang dilakukan pada kasus Ny. S yaitu :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Dalam kasus ini Tindakan keperawatan yang diberikan yaitu manajemen jalan napas observasi: Monitor pola napas, monitor frekuensi, monitor kemampuan batuk efektif, monitor sputum, Terapeutik ; Berikan air hangat dan oksigen. Edukasi : Anjurkan batuk efektif.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Dalam kasus ini Tindakan yang diberikan adalah Perawatan Sirkulasi, Observasi

Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi, perifer edema, pengisapan kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index, Terapeutik Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah didaerah keterbatasan perfusi, Edukasi Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

3. Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit ditandai dengan mengeluh sesak, lemas dan tampak menggigil.

Dalam kasus ini Tindakan yang diberikan adalah manajemen hipertermia observasi : Identifikasi penyebab hipertermia dan monitor suhu tubuh, Terapeutik : Longgarkan pakaian, berikan cairan oral, berikan oksigen, Edukasi : Anjurkan tirah baring, Kolaborasi : berikan cairan elektrolit.

b. Adapun intervensi yang dilakukan pada kasus Ny. R yaitu :

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi.

Dalam kasus ini Tindakan yang diberikan adalah Dalam kasus ini Tindakan yang diberikan adalah Pemantauan respirasi Observasi : Monitor pola napas, monitor saturasi oksigen, monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas, monitor adanya sumbatan jalan napas, monitor nilai AGD, Monitor hasil x-ray toraks Terapeutik : Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan pasien mengalami sesak dan terjadi peningkatan pernapasan.

Dalam kasus ini Tindakan yang diberikan adalah Dalam kasus ini Tindakan yang diberikan adalah pemantauan respirasi Observasi : Monitor pola napas, monitor saturasi oksigen, monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas, monitor adanya sumbatan jalan napas, monitor nilai AGD, monitor hasil x-ray toraks. Terapeutik : Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Terapi oksigen Observasi : Monitor kecepatan aliran oksigen Terapeutik : Pertahankan kepatenan jalan napas, Berikan oksigen jika perlu. Edukasi : Ajarkan keluarga cara eriksamenggunakan O₂ di rumah. Kolaborasi : Kolaborasi penentuan dosis oksigen.

c. Hypervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Dalam kasus ini Tindakan yang diberikan adalah Dalam kasus ini Tindakan yang diberikan adalah Manajemen hypervolemia Observasi: Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan). Identifikasi penyebab hypervolemia Terapeutik : Batasi asupan cairan dan garam, Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat Edukasi : Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi: Kolaborasi pemberian obat.

Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realita dari rencana tindakan keperawatan yang telah penulis susun. Pembahasan pada tahap ini meliputi pelaksanaan rencana tindakan perawatan yang dapat dilakukan dan yang tidak dapat dilakukan sesuai dengan intervensi pada masing – masing diagnosa (Yanti, 2022).

Kasus 1 Ny. S :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tindakan keperawatan yang telah penulis lakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu Pemantauan respirasi, Observasi pada pukul 08:30 WITA Memonitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas hasil : frekuensi napas cepat, irama teratur dan ada upaya napas, pada pukul 08:32 WITA memonitor pola napas hasil : pola napas cepat RR : 28x/Menit, memonitor kemampuan

batuk efektif hasil: klien dapat melakukan batuk efektif, memonitor adanya produksi sputum, hasil :tidak ada produksi sputum, memonitor adanya sumbatan jalan nafas hasil: tidak terdapat sumbatan jalan nafas, memonitor saturasi oksigen hasil: terpasang saturasi 98 % oksigen Nasal Canul 5 liter, pada pukul 09:10 WITA memonitor hasil x-ray thoraks, hasil:terdapat tanda tanda bendungan paru, Edukasi pada pukul menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, hasil: klien memahami dan mengerti.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Tindakan keperawatan yang telah penulis lakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu Perawatan sirkulasi Observasi pada pukul 09.00 wita Periksa sirkulasi perifer Hasil: Pasien mengatakan tangan dan kaki bengkak, Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Hasil : Tekanan darah yang tinggi, Monitor panas,kemerahan,nyeri atau bengkak ekstremitas Hasil : kaki kiri pasien bengkak Edukasi pada pukul 09.10 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur Hasil : Pasien teratur minum amlodipine, Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi Hasil : Pasien diet protein 1,2 gr/kgbb/hari, Diet Natrium < 2gr/kgbb/hari, Diet normo kalium,rendah fosfat dan rendah purin.

3. Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit ditandai dengan mengeluh sesak, lemas dan tampak menggigil.

Tindakan keperawatan yang telah penulis lakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu Manajemen hipertermia, Observasi Pada pukul 12:00 WITA Identifikasih penyebab hipertermia Hasil : adanya proses penjaralan penyakit, monitor suhu tubuh Hasil : 37,4° C , Terapeutik :Pada pukul 12:15 WITA Sediakan lingkungan yang dingin Hasil : Tirei terbuka, Berikan oksigen jika perlu Hasil : Terpasang oksigen nasal canul 5 liter/menit Edukasi :Pada pukul 12:20 WITA Anjurkan tirah baring Hasil : Pasien terbaring lemah Kolaborasi : Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena jika perlu Hasil : Diberikan Paracetamol 1 gr/8 jam.

Kasus 2 Ny. R :

1. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi d.d pasien merasa pusing dan penglihatan kabur.

Tindakan keperawatan yang telah penulis lakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu Pemantauan Respirasi, Observasi : Pada pukul 18:30 WITA Memonitor pola napas, monitor saturasi oksigen Hasil : pasien tampak sesak, pola napas pasien tampak tidak bebas, saturasi oksigen 97% dengan NRM 10 lpm, memonitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas Hasil : frekuensi napas pasien 28 x/m, irama napas tidak teratur, tampak menggunakan otot bantu napas, memonitor adanya sumbatan jalan napas, memonitor hasil AGD Hasil : Alkalosis respiratorik tanpa kompensasi, memonitor hasil x-ray Hasil : edema paru dan efusi pleura, Terapeutik : Pada pukul 18:35 WITA mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Hasil : pasien masih nampak sesak walaupun menggunakan O₂, Edukasi : Pada pukul 18:37 WITA menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Hasil : pasien dan keluarga mengatakan paham dengan tujuan pemantauan respirasi.

2. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas .

Tindakan keperawatan yang telah penulis lakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu Pemantauan Respirasi Observasi : Pada pukul 18:49 WITA Memonitor pola napas, monitor saturasi oksigen Hasil : pasien tampak sesak, pola napas pasien tampak tidak bebas, saturasi oksigen 97% dengan NRM 10 lpm. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas Hasil : frekuensi napas pasien 28 x/m, irama napas tidak teratur, tampak menggunakan otot bantu napas,

Memonitor adanya sumbatan jalan napas, Memonitor hasil AGD Hasil : Alkalosis respiratorik tanpa kompensasi, Memonitor hasil x-ray Hasil : edema paru dan efusi pleura, Terapeutik : Pada pukul 18:53 WITA Mengatur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Hasil : pasien masih nampak sesak walaupun menggunakan O₂, Edukasi : Pada pukul 18: 59 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Hasil : pasien dan keluarga mengatakan paham dengan tujuan pemantauan respirasi.

Terapi Oksigen, Observasi : Pada pukul 19:05 WITA Memonitor kecepatan aliran oksigen Hasil : NRM 10 lpm, Terapeutik : Pada pukul 19: 22 WITA Mempertahankan kepatenan jalan napas, Hasil : posisi pasien duduk untuk mempertahankan jalan napas, Penatalaksanaan pemberian oksigen Hasil : pasien diberikan oksigen NRM 10 lpm, Edukasi : Pada pukul 19: 25 WITA Mengajarkan keluarga cara menggunakan O₂ di rumah Hasil : telah diajarkan dan keluarga sudah memahaminya.

3. Hypervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi.

Tindakan keperawatan yang telah penulis lakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu Manajemen Hipervolemia Observasi : Pada pukul 19:00 WITA Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) Hasil: Pasien mengeluh sesak napas, edema dikedua tungkai, pitting edema <2 detik, mengidentifikasi penyebab hipervolemia Hasil: tidak BAK sudah 2 hari, Terapeutik : Pada pukul 19:20 WITA Membatasi asupan cairan dan garam Hasil : Pasien diberikan minum 1500ml perhari, meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat Hasil: Pasien diberikan posisi semi-fowler. Edukasi : Pada pukul 19:30 WITA Mengajarkan cara membatasi cairan Hasil: Keluarga pasien mengerti bahwa pasien dibatasi cairan.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada kasus 1 dan kasus 2

Kasus 1

Diagnosis yang teratasi :

1. Hipertermia

Faktor pendukungnya : Pasien mengatakan demamnya sudah menurun, dengan suhu 36,6° C setelah diberikan Paracetamol 1 gr.

Diagnosis yang belum teratasi :

1. Pola napas tidak efektif

Faktor penghambatnya : Disebabkan oleh asidosis yang bersangkutan dengan peningkatan asam dalam darah, sehingga terjadi penumpukan asam karena fosfat dan sulfat tidak bisa dikeluarkan oleh tubuh yang mengakibatkan penurunan pH dan keasaman akan naik, sehingga penderita mengalami sesak.

2. Perfusi perifer tidak efektif

Faktor penghambatnya : Ketika terjadi kerusakan fungsi ginjal, maka terjadi penurunan produksi eritropoitin (EPO) yang berfungsi merangsang sumsum tulang belakang dalam menghasilkan sel darah merah. Ketika produksi EPO menurun, otomatis sumsum tulang belakang membuat sel darah merah yang lebih sedikit dan menyebabkan anemia. Anemia pada pasien penyakit gagal ginjal kronis yaitu kehilangan darah pada saat hemodialisa dan rendahnya tingkat nutrisi yang ditemukan dalam makanan yang dikonsumsi sehingga sel darah merah mengalami penurunan dalam mengedarkan suplai oksigen dan nutrisi ke area kapiler sehingga tubuh tidak mendapatkan oksigen yang adekuat sehingga terjadi hemoglobin menurun.

Kasus 2

Diagnosis yang teratasi : tidak ada diagnosis teratasi

Diagnosis yang tidak teratasi :

1. Gangguan pertukaran gas

Faktor penghambat : penyakit gagal ginjal menyebabkan asidosis metabolik sebagai akibat ekskresi (H^+) dan gangguan reabsorpsi bikarbonat. Hal ini menyebabkan peningkatan (H^+) plasma dan penurunan pH. Peningkatan konsentrasi (H^+) berperan pada resopitulang dan menyebabkan perubahan fungsi saraf dan otot, dengan meningkatnya konsentrasi ion hidrogen, sistem pernapasan akan terangsang, sehingga terjadi takipnea (peningkatan kecepatan pernapasan). Hal ini dikarenakan komplikasi penyakit CKD sehingga menyebabkan asidosis tubulus renal sehingga ginjal gagal dalam usaha dalam membuang asam dalam tubuh melalui urin yang kemudian tercampur kembali dalam darah dan pasien melakukan napas cepat dan dalam untuk mengeluarkan CO_2 sebagai kompensasi untuk mengurangi keasaman dalam darah.

2. Pola napas tidak efektif

Faktor penghambat : Disebabkan oleh asidosis yang bersangkutan dengan peningkatan asam dalam darah, sehingga terjadi penumpukan asam karena fosfat dan sulfat tidak bisa dikeluarkan oleh tubuh yang mengakibatkan penurunan pH dan keasaman akan naik, sehingga penderita mengalami sesak.

3. Hypervolemia

Faktor penghambat : Penurunan fungsi ginjal menyebabkan gangguan ekskresi produk sisa (sampah dari tubuh) sehingga tetap bertahan dalam tubuh, produk sampah ini berupa ureum dan kreatinin, dimana dalam jangka panjang dapat menyebabkan intoksikasi oleh ureum dalam konsentrasi tinggi yang disebut dengan sindrom ureum. Kadar tinggi kreatinin juga berdampak pada laju filtrasi glomerulus (LFG) yang dapat menyebabkan oliguria yaitu kondisi produksi urin < 400 mL/24 jam bahkan anuria yaitu kondisi dimana ginjal tidak mampu memproduksi urin.

KESIMPULAN

Berdasarkan Asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. S dan Ny. R dengan diagnosis Chronic Kidney Disease (CKD) di ruang IGD Non Bedah RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Pengkajian keperawatan kasus 1 Ny. S didapatkan pasien mengalami keluhan sesak napas dirasakan sejak dua hari yang lalu disertai dengan demam tinggi, sebelum masuk IGD keluarga pasien mengatakan pasien demam tinggi dan pasien tidak merasakan tangannya bergerak dengan sendirinya. Demam dan gemetar pada tangan pasien terjadi terus-menerus setiap hari selama 1 minggu terakhir ini. Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran Composmentis, Keadaan umum lemas, Tanda-tanda vital, Tekanan darah 160/90 mmHg, Nadi 98x/menit, Suhu $38^\circ C$, RR : 28x/menit, Spo2 97% terpasang NRM 5 LPM.

Pengkajian keperawatan kasus 2 Ny. R didapatkan mengalami keluhan sesak napas lebih dari 1 minggu yang lalu sebelum masuk RS, sesak tidak dipengaruhi oleh aktivitas. Riwayat sesak memberat jika pasien berbaring dan membaik jika duduk. Nyeri tidak ada, ada edema di ekstremitas bawah, batuk darah tidak ada, demam tidak ada, BAK : tidak ada produksi urin dalam 2 hari, BAB normal. Pada saat pengkajian didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu TD : 180/94 mmHg, N : 100x/menit, P : 28x/menit, S : $3,7^\circ C$, SPO2 : 97% On NRM 10 LPM.

2. Setelah dilakukan pengkajian dan Analisa kasus muncul tiga diagnosis keperawatan pada Kasus 1 Ny. S yaitu : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi

hemoglobin, Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit ditandai dengan mengeluh sesak, lemas dan tampak menggigil. Sedangkan pada kasus 2 Ny. R setelah dilakukan pengkajian dan Analisa kasus muncul tiga diagnosis keperawatan yaitu : Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi d.d pasien merasa pusing dan penglihatan kabur. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas. Hypervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi.

3. Perencanaan pada kasus 1 Ny. S yang digunakan pada pasien disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria hasil tanda dan gejala dan kondisi pasien saat ini dan intervensi yang muncul pada pada diagnosa pertama yaitu : Manajemen Jalan napas, yang kedua adalah perawatan sirkulasi, yang ketiga manajemen hipertermia.

Perencanaan kasus 2 Ny. R yang digunakan pada pasien disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria hasil tanda dan gejala, kondisi pasien saat ini dan intervensi yang muncul pada diagnosis pertama yaitu: Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi d.d pasien merasa pusing dan penglihatan kabur, yang kedua Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas dan yang ke tiga Hypervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi.

4. Implementasi pada kasus 1 Ny. S dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. penulis juga melakukan implementasi manajemen jalan napas dengan melakukan Observasi : Monitor pola napas, monitor frekuensi, monitor kemampuan batuk efektif, monitor sputum, Terapeutik ; Berikan air hangat dan oksigen. Edukasi : Anjurkan batuk efektif. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Perawatan Sirkulasi, Observasi Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi, perifer edema, pengisapan kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index, Terapeutik Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah didaerah keterbatasan perfusi, Edukasi Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa). Manajemen hipertermia observasi : Identifikasi penyebab hipertermia dan monitor suhu tubuh, Terapeutik : Longgarkan pakaian, berikan cairan oral, berikan oksigen, Edukasi : Anjurkan tirah baring, Kolaborasi : berikan cairan elektrolit. Adapun Implementasi yang dilakukan pada kasus 2 Ny. R yaitu: Pemantauan respirasi Observasi: Monitor pola napas, monitor saturasi oksigen, monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas, monitor adanya sumbatan jalan napas, monitor nilai AGD, Monitor hasil x-ray toraks Terapeutik : Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan ,Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Pemantauan respirasi Observasi : Monitor pola napas, monitor saturasi oksigen, monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas, monitor adanya sumbatan jalan napas, monitor nilai AGD, monitor hasil x-ray toraks. Terapeutik : Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, Edukasi: Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, Informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Terapi oksigen Observasi : Monitor kecepatan aliran oksigen Terapeutik : Pertahankan kepatenan jalan napas, Berikan oksigen jika perlu. Edukasi : Ajarkan keluarga cara eriksamenggunakan O2 di rumah. Kolaborasi : Kolaborasi penentuan dosis oksigen. Manajemen hypervolemia Observasi: Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan). Identifikasi penyebab hypervolemia Terapeutik : Batasi asupan cairan dan garam, Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat Edukasi: Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi: Kolaborasi pemberian obat.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, K, (2018). Keperawatan Gawat darurat dan Bencana Sheehy. Jakarta: Elsevier Black and Hawks. Medical Suurgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes. Elsevier Saunders. 2018
- Bruner and Suddarth (2010). Keperawatan Medikal Bedah, EGC Jakarta: Elsevier, Toronto company, USA.
- Burrows, N, et al. (2014). Survival on Dialysis Among American Indians and Alaska Natives With Diabetes in the United States, 1995–2010. American Journal of Public Health, Supplement 3, 2014, Vol 104, No. S3
- Carpenito, Lynda .2006. Buku Saku Diagnosa Keperawatan. Alih Bahasa Yasmi Asih, Edisi ke -10. Jakarta : EGC.
- Eka Putri , Alini, Indrawati (2020) Hubungan Dukungan Keluarga dan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik dalam Menjalani Terapi Hemodialisis di RSUD Bangkinang Jurnal Ners Volume 4 Nomor 2 Tahun 2020 Halaman 47 – 55
- Hutahaen, (2020). Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan. Buku Kesehatan : Jakarta
- Iriondo-DeHond, A., Uribarri, J., & Castilloa, M. D. del. (2018). Usefulness of dietary components as sustainable nutraceuticals for chronic kidney disease. Encyclopedia of Food Security and Sustainability, 323–331. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-100596-5.22138-0>
- Kozier, B., Glenora, Berman, A., & Snyder, J. S. (2011). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik. Jakarta: EGC
- Mardhatillah, (2020) Ketahanan hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialysis di RSUP.DR.Wahidin Sudirohusodo Makassar. JKMM, Vol. 3 No. 1, Maret 2020
- Margaret L. Campbell (2012) Nurse to Nurse Perawatan Paliatif .Salemba Medika
- Pangaribuan Feni, (2020). Strategi Koping Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa dikota Medan, Skripsi Universitas Sumatera Utara
- Pamela, K. (2018). Pedoman Keperawatan Emergensi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC.
- Permana, Sari, 2022. ‘Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Chronic Kidney Disease Di Ruang Hemodialisa Rsud Dr. Moewardi Surakarta’. [Online] Jurnal. Dari Jurnal. http://Eprints.Ums.Ac.Id/22368/10/Naskah_Pdf (29 Januari 2022)
- Robinson J.M. 2013. Professional Guide to Disease Tenth Edition. Philadelphia: Lippincot William & Walkins.
- World Health Organization, (2018). Data Kesehatan Dunia.
- Yuni Kurniawaty, Ni Nyoman Wahyu Lestarina, Baswara Yua Kristamac (2020) Perilaku Penderita Penyakit Ginjal Kronis The Behavior of Patients with Chronic Kidney Disease ,Jurnal Keperawatan 188 Vol. 11, No.2, Juli 2020, pp.188-199
- Ulya Najikhah, Warsono, (2020) Penurunan Rasa Haus Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Berkumur Air Matang ,Jurnal Universitas Muhammadiyah Semarang <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/nersmuda>.