

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIK KIDNEY DISEASE* (CKD) DENGAN INTERVENSI INOVASI *TERAPI FOOT MASSAGE* TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH TINGGI DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH :

Putri Aulia Susanti, S.Kep

2311102412007

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

2023

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD)
dengan Intervensi Inovasi Terapi *Foot Massage* terhadap Penurunan Tekanan
Darah Tinggi di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Aji Muhammad
Parikesit Tenggarong**

Karya Ilmiah Akhir Ners

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ners Keperawatan



Disusun Oleh :

Putri Aulia Susanti, S.Kep

2311102412007

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

2023

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Putri Aulia Susanti

NIM : 2311102412007

Program Studi : Profesi Ners

Judul Penelitian : Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD) dengan Intervensi Inovasi *Terapi Foot Massage* terhadap Penurunan Tekanan Darah Tinggi di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas No. 17 Tahun 2010).

Samarinda



Putri Aulia Susanti

NIM :2311102412007

LEMBAR PERSETUJUAN

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIK KIDNEY DISEASE* (CKD) DENGAN INTERVENSI INOVASI *TERAPI FOOT MASSAGE* TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH TINGGI DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

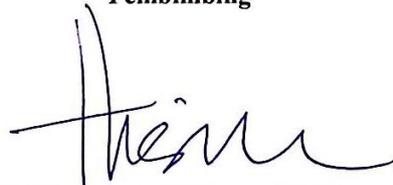
DISUSUN OLEH :

**Putri Aulia Susanti, S.Kep
2311102412007**

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal 09 Januari 2024

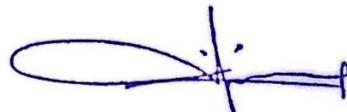
Pembimbing



**Ns. Thomas Ari Wibowo, M.Kep
NIDN. 1104098701**

Mengetahui

Koordinator Mata Kuliah Elektif



**Ns. Enok Sureskiarti, M.Kep
NIDN. 1119018202**

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIK KIDNEY DISEASE* (CKD) DENGAN INTERVENSI INOVASI *TERAPI FOOT MASSAGE* TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH TINGGI DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH :

**Putri Aulia Susanti, S.Kep
2311102412007**

**Diseminarkan Dan Diujikan
Pada tanggal 09 Januari 2024**

Penguji I

**Ns. Alfi Ari Fakhrrur Rizal, M.Kep
NIDN 1111038601**

Penguji II

**Ns. Bachtiar S., M.Kep., Sp.Kep.Kom
NIDN 1112118701**

Penguji III

**Ns. Thomas Ari W., M.Kep
NIDN. 1104098701**

Mengetahui,



Ketua Program Studi Profesi Ners

**Ns. Enok Sureskiarti, M.Kep
NIDN. 1119018202**

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Warahmatullahi'wabarakatuh

Seraya mengucapkan Alhamdulillah, Puji syukur kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang maha kuasa atas kasih karunia dan kebaikannya yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang berjudul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Chronik Kidney Disease (CKD) Dengan Intervensi Inovasi Terapi *Foot Massage* Terhadap Penurunan Tekanan Darah Tinggi di Ruang Intensive Care Unit (ICU) Rsud Aji Muhammad Parikesit Tenggarong” tepat pada waktunya.

Karya Ilmiah Akhir Ners ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan. Selama proses pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis banyak memperoleh bantuan, pembelajaran, dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini saya hendak menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang senantiasa memberikan dukungan moral maupun material yang tak ternilai harganya. Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya saya ajukan kepada:

1. Terimakasih saya ucapkan secara istimewa kepada orang tua saya, ibunda tersayang Jumiati dan ayah saya Sumito serta adik saya Aprinia Dwi Susanti, Laila Amelia Susanti dan seluruh keluarga yang tiada henti memberikan doa dan dukungan kepada penulis dalam proses pengerjaan Karya Ilmiah Akhir Ners.

2. Prof. Dr. Bambang Setiaji, M.S. Selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
3. Dr. Hj. Nunung Herlina, S.Kp., M.Pd selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
4. Ibu Ns. Enok Sureskiarti, M. kep, selaku ketua program studi Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur dan selaku Koordinator.
5. Bapak Ns. Thomas Ari Wibowo.,M. Kep selaku pembimbing sekaligus sebagai penguji 3 terimakasih untuk beliau yang telah meluangkan waktu, tenaga dan arahan serta kesabaran selama membimbing dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
6. Bapak Ns. Alfi Ari F., M.Kep Selaku penguji I yang telah meluangkan waktunya dan kesempatannya untuk memberi masukan serta dukungan kepada penulis.
7. Bapak Ns. Bachtiar S., M. Kep., Sp. Kep. Kom Selaku penguji II yang telah meluangkan waktunya dan kesempatannya untuk memberi masukan serta dukungan kepada penulis.
8. Untuk teman-teman sepeminatan saya Lisa Adila dan Aqmarina Abidah yang sama-sama berjuang untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners.
9. Dan terima kasih kepada semua pihak yang memberikan bantuan, kasih sayang, dan perhatiannya kepada penulis yang saya tidak dapat sebutkan satu persatu.

Meskipun telah berusaha menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini sebaik mungkin, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih ada kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari seluruh pihak guna menyempurnakan segala

kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini berguna bagi para pembaca dan pihak - pihak lain yang berkepentingan.

Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD) dengan Intervensi Inovasi Terapi *Foot Massage* terhadap Penurunan Tekanan Darah Tinggi di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

Putri Aulia Susanti ¹ Thomas Ari W ² Alfi Ari F ³ Bachtiar S⁴
Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
Jl. Ir. H. Juanda No 15, Samarinda
Email : putriiuliaaaaa@gmail.com

INTISARI

Latar belakang : *Chronik Kidney Disease* (CKD) mengacu pada penurunan fungsi ginjal akibat cedera ginjal. Diabetes mellitus dan tekanan darah tinggi merupakan faktor utama penyebab CKD. CKD biasanya disertai dengan penyakit penyerta termasuk penyakit kardiovaskuler, penyakit saluran pernapasan, penyakit pencernaan, kelainan muskuloskeletal, masalah kulit, dan anemia.

Tujuan : Penelitian ini untuk mengetahui dampak terapi *foot massage* terhadap penurunan tekanan darah pada penderita *Chronik Kidney Disease* (CKD).

Metode : Metodologi penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus yang melibatkan pemeriksaan lembar evaluasi dan observasi. Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah mereka yang terdiagnosis hipertensi.

Hasil : Penerapan terapi *foot massage* yang inovatif menghasilkan penurunan tekanan darah baik sebelum maupun sesudah pemberian terapi dalam kurun waktu 3 hari.

Kata kunci : CKD, *Foot Massage*, Tekanan Darah

¹ Mahasiswa Program Profesi Ners Ilmu Keperawatan

² Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur (UMKT)

³ Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur (UMKT)

⁴ Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur (UMKT)

Analysis of Nursing Clinical Practices in Chronic Kidney Disease (CKD) Patients Using Foot Massage Therapy Innovation Interventions to Reduce High Blood Pressure in the Intensive Care Unit (ICU) of Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Hospital

Putri Aulia Susanti ¹ Thomas Ari W ² Alfi Ari F ³ Bachtiar S⁴

*Nursing Profession Study Program Faculty Of Nursing Sciences
University Of Muhammadiyah East Kalimantan
Jl. Ir. H. Juanda No 15, Samarinda
Phone : putriauliaaaa@gmail.com*

ABSTRACT

Intruduction : Chronic Kidney Disease (CKD) refers to the deterioration of kidney function due to renal injury. Diabetes mellitus and high blood pressure are the predominant factors leading to CKD. CKD is typically accompanied by comorbidities including cardiovascular disease, respiratory tract disease, gastrointestinal disease, musculoskeletal abnormalities, skin issues, and anemia.

Objective : This study is to ascertain the impact of foot massage therapy on lowering blood pressure in individuals with Chronic Kidney Disease (CKD).

Method : This research methodology employs a case study approach, involving the examination of evaluation sheets and observations. The subjects utilized in the study were those diagnosed with hypertension

Result : The application of the groundbreaking foot massage therapy led to a decrease in blood pressure both before and after administering the therapy over a span of 3 days..

Keywords : CKD, Foot Massage, Blood Pressure

¹ Student Of Nursing Science Nurses Profession

² Dosen of Faculty of Nursing UMKT (Muhammadiyah University of East Kalimantan)

³ Dosen of Faculty of Nursing UMKT (Muhammadiyah University of East Kalimantan)

⁴ Dosen of Faculty of Nursing UMKT (Muhammadiyah University of East Kalimantan)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SUSAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
INTISARI	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep penyakit Chronic Kidney Disease (CKD)	8
B. Konsep Teori Tekanan Darah.....	21
C. Konsep Teori <i>Foot Massage</i>	32
BAB III	59

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA	59
A. Pengkajian Kasus	59
B. Analisa Data Kasus	69
C. Prioritas Masalah	70
D. Intervensi Keperawatan	71
E. Tindakan Intervensi Inovasi <i>Foot Massage</i>	79
F. Implementasi keperawatan	82
G. Evaluasi Keperawatan	98
BAB IV	110
ANALISA SITUASI	110
A. Profil Lahan Praktik	110
B. Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep CKD Pada Pasien Kelolaan...112	112
C. Analisis Intervensi Pemberian <i>Foot Massage</i> Dengan Konsep dan Penelitian Terkait	131
D. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan	133
BAB V	136
PENUTUP	136
A. Kesimpulan	136
B. Saran	137
DAFTAR PUSTAKA	139
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 <i>Pathway</i> CKD.....	17
Gambar 2. 2 Mekanisme <i>Foot Massage</i>	40

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Biodata Peneliti

Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur *Foot Massage*

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

Lampiran 4 Uji Plagiat

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan suatu kondisi yang didambakan dan diharapkan secara universal oleh setiap individu dari semua lapisan masyarakat. Manusia harus aktif mencari pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tuntutan kesehatannya dan memastikan dirinya selalu terlindungi dari segala jenis penyakit. Rumah sakit adalah fasilitas yang dapat memenuhi kebutuhan pengobatan dan perawatan individu. Rumah sakit adalah fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh, meliputi rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. (Kemenkes RI, 2020)

Dari data Kemenkes RI, 2018 menunjukkan bahwa dibandingkan dengan Riskesdas tahun 2013, angka kejadian penyakit kronis seperti hipertensi, kanker, penyakit ginjal kronik, diabetes melitus, dan stroke mengalami peningkatan. Sejumlah penyakit kronis juga mengalami peningkatan, termasuk kanker (1,4% hingga 1,8%), stroke (10,9%), penyakit ginjal kronik (2% hingga 3,8%), diabetes melitus (6,9% hingga 8,5%), dan hipertensi (25,8% hingga 34,1%). *Intensive Care Unit* (ICU) merupakan salah satu fasilitas yang merawat pasien yang memerlukan perawatan rawat inap yang sangat intensif. Dengan menggunakan terapi agresif, teknologi canggih, pemantauan invasif atau non-invasif, dan obat paten, pasien dengan kondisi kritis atau darurat, atau mereka yang berisiko tinggi mengalami komplikasi, dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU). (Pelapu Killing & Rumampuk, 2018 dalam Hijriyah, 2020).

Menurut Norris et al, (2019). *Chronik Kidney Disease* (CKD) menyebabkan penurunan fungsi ginjal secara perlahan namun stabil akibat cedera pada ginjal. Fungsi ginjal menurun pada CKD, sehingga memerlukan terapi pengganti yang mahal. Komplikasi seperti penyakit jantung, penyakit paru-paru, penyakit saluran cerna, gangguan kulit, anemia, serta kelainan pada otot dan tulang sering terjadi pada pasien CKD.

National Kidney Foundation, (2015) menemukan bahwa peningkatan tekanan darah dan diabetes melitus merupakan penyebab utama CKD. Sejalan dengan apa yang dikatakan Price & Wilson, (2006) tekanan darah tinggi merupakan penyebab penyakit ginjal kronis (CKD) karena menyempitkan pembuluh darah ginjal sehingga merusak ginjal dan akhirnya menyebabkan gagal ginjal kronis. Ketika arteri darah di ginjal terganggu karena hipertensi, maka ginjal itu sendiri akan terkena dampaknya. Hipertensi berkembang ketika ginjal mengubah enzim angiotensi menjadi bentuk aktifnya, angiotensi II, yang membuat pembuluh darah mengeras atau menyempit.

Tekanan darah tinggi adalah nama umum untuk hipertensi. Bila jumlah tekanan darah sistolik dan diastolik seseorang lebih dari 140/90 mmHg, maka kita dikatakan menderita hipertensi. Masyarakat kelas atas, menengah, dan bawah semuanya rentan terkena hipertensi. Selain itu, risiko hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia karena usia seseorang biasanya mempengaruhi munculnya stres (Siregar 2020).

Penyakit kardiovaskular bertanggung jawab atas kematian hampir 17 juta orang setiap tahunnya. Pembacaan tekanan darah istirahat 140/90 mm Hg atau

lebih tinggi selama dua hari berturut-turut merupakan diagnosis hipertensi pada pasien (WHO, 2020).

Lebih dari 1,3 miliar orang di seluruh dunia hidup dengan hipertensi, menurut data dari Organisasi Kesehatan Dunia. Diperkirakan 10,44 juta orang di seluruh dunia menderita hipertensi dan komplikasinya setiap tahunnya, dan jumlah orang yang mengidap penyakit ini diperkirakan akan mencapai 1,5 miliar pada tahun 2025. Terdapat peningkatan sebesar 8,1% dalam prevalensi hipertensi, dan sekitar 75% dari semua pasien hipertensi tinggal di negara berkembang. Hal ini sangat kontras dengan prevalensi penyakit ini di negara-negara industri. (WHO, 2018).

Tekanan darah tinggi diderita oleh 34,11 persen penduduk, menurut Riskesdas Nasional 2018. Perempuan mempunyai prevalensi hipertensi 36,95% lebih tinggi dibandingkan laki-laki (31,34%). Sementara itu, walaupun 33,72% penduduk pedesaan menderita hipertensi, prevalensinya lebih besar di wilayah perkotaan yaitu sebesar 34,43%. Dengan angka 44,1%, Kalimantan Selatan mempunyai prevalensi hipertensi tertinggi di Indonesia; Papua memiliki angka terendah yaitu 22,2%. Hipertensi mempengaruhi 34,1% populasi; 8,8% dari masyarakat tersebut memiliki diagnosis, dan 13,3% dari masyarakat tersebut tidak meminum obat hipertensinya, dan 32,3% tidak meminum resep secara teratur. Mayoritas pasien hipertensi tidak mencari pengobatan karena mereka tidak menyadari bahwa mereka mengidap penyakit tersebut. (Riskesdas RI, 2018).

Jika hipertensi tidak ditangani dengan baik dan ditanggulangi pada waktunya, maka dapat menimbulkan komplikasi serius yang berdampak pada

organ vital termasuk mata, ginjal, jantung, otak, dan pembuluh darah besar (Supriyadi, 2022). Dalam kebanyakan kasus, ada dua metode farmakologis dan non-farmakologis yang dapat digunakan untuk mengelola dan bahkan menurunkan tekanan darah. Metode farmakologis termasuk menemui dokter untuk pemeriksaan dan mengikuti perintah dokter mengenai pengobatan tekanan darah. Pengobatan herbal tradisional, terapi pijat, hipnosis, yoga, dan bentuk meditasi alternatif lainnya merupakan pengobatan non-farmakologis yang saat ini sedang dikembangkan. Salah satu alternatif pengobatan masalah kesehatan manusia adalah terapi pijat. (Soenarta, 2015).

Perawat dapat menawarkan *fooot massage* sebagai pilihan terapi tambahan karena mempertimbangkan pilihan pengobatan yang secara fisiologis dapat mengubah sirkulasi darah (Trisnowiyanto, 2012).

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) telah mengklasifikasikan pijat sebagai terapi alternatif, artinya termasuk dalam kategori pengobatan yang menggunakan manipulasi tubuh. Salah satu pilihan non-farmakologis adalah *foot massage*, yang bekerja dengan menstimulasi saraf sensorik dan kemudian saraf motorik, yang pada gilirannya membuat tubuh rileks dan menstabilkan parameter hemodinamik melalui pelepasan bahan kimia yang memberikan rasa nyaman seperti serotonin, histamin, dan bradikinin. Ini menyebabkan penurunan tekanan darah yang stabil dengan meningkatkan mikrosirkulasi pembuluh darah (kapiler, fibrilasi atrium). (Afianti & Mardhiyah, 2017)

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penulis ingin menganalisis “Pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD) dengan Intervensi Inovasi Terapi *Foot Massage* Terhadap Penurunan Tekanan Darah Tinggi di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rsud Aji Muhammad Parikesit Tenggarong”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas “Bagaimana Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD) dengan Intervensi Inovasi Terapi *Foot Massage* Terhadap Penurunan Tekanan Darah Tinggi di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada Pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD) dengan Intervensi Inovasi Terapi *Foot Massage* Terhadap Penurunan Tekanan Darah Tinggi di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

2. Tujuan khusus

- a. Menganalisa status kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis gagal napas tipe II + CKD + *Susp* SNH dengan Intervensi Inovasi Terapi *Foot Massage* Terhadap Penurunan Tekanan Darah Tinggi di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.
- b. Menganalisa status kelolaan pada pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD) dengan monitor tekanan darah.

- c. Menganalisa intervensi inovasi tindakan *Foot massage* terhadap penurunan tekanan darah tinggi di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

D. Manfaat Penelitian

Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek:

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien untuk memenuhi kebutuhan keperawatan mereka dan meringankan tantangan yang dialami pasien dan keluarganya.

b. Bagi Perawat

Memberikan komentar dan ilustrasi dalam melaksanakan intervensi keperawatan dan meningkatkan pemahaman dan keahlian perawat dalam melakukan *foot massage* sebagai intervensi keperawatan yang berdiri sendiri untuk mengatasi masalah hipertensi.

c. Bagi Tenaga Kesehatan Lain

Meningkatkan pemahaman tentang kemandirian *foot massage* sebagai intervensi keperawatan mandiri untuk mengelola hipertensi.

2. Manfaat Keilmuan

a. Bagi Rumah Sakit

Memberikan apresiasi bagi dunia pendidikan keperawatan dalam

merumuskan kebijakan yang berkaitan dengan peningkatan kemahiran perawat ICU.

b. Bagi Perawat ICU

Menawarkan praktik keperawatan otonom untuk meningkatkan terapi nonfarmakologis dalam perawatan pasien dengan tujuan mencapai tingkat tekanan darah yang optimal.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep penyakit Chronic Kidney Disease (CKD)

1. Definisi *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Kerusakan fungsi ginjal yang berlangsung lebih dari tiga bulan, bermanifestasi sebagai kelainan struktural dan fungsional ginjal dengan atau tanpa penurunan Laju *Glomerulus Filtration Rate* (GFR), dan disertai kelainan patologis atau gejala kelainan ginjal, seperti perubahan komposisi kimia, kelainan darah, urin, atau radiologis, disebut penyakit ginjal kronis (CKD). (Smeltzer, 2015)

Cairan, elektrolit, asam basa, serta fungsi endokrin dan metabolisme semuanya terganggu pada CKD karena ginjal tidak mampu mengeluarkan produk limbah metabolisme, yang biasanya keluar dari tubuh melalui urin.

Sementara itu, CKD adalah masalah fungsi ginjal yang terus meluas dan tidak dapat disembuhkan yang menyebabkan peningkatan ureum karena tubuh kehilangan kemampuan untuk mengatur metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit (Black, 2014). Gigih dan tidak dapat disembuhkan, individu dengan gagal ginjal kronis memerlukan perawatan rawat jalan jangka panjang, hemodialisis, dialisis peritoneal, atau transplantasi ginjal (Desfrimadona, 2016).

Ketidakmampuan tubuh untuk mengatur metabolisme atau keseimbangan cairan dan elektrolit menyebabkan uremia pada penyakit ginjal kronis, suatu penyakit progresif dan jangka panjang. Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) di

bawah 60 ml/menit/1,73m² selama tiga bulan atau lebih merupakan indikasi penyakit ginjal kronis (CKD). Mekanisme degeneratif, variabel lingkungan, genetika, dan faktor perilaku semuanya berperan dalam menentukan seberapa cepat penurunan fungsi ginjal dan terjadinya kerusakan. (Pongsibidang, 2016).

2. Etiologi CKD

Menurut Elinsanse, (2022) CKD umumnya disebabkan oleh penyakit lain sehingga merupakan kondisi sekunder. Pemicu umum termasuk diabetes melitus dan hipertensi. Selain faktor-faktor tersebut, ada beberapa faktor lain yang dapat menyebabkan gagal ginjal kronis, seperti:

- a. Penyakit dari ginjal
 - 1) Penyakit kelenjar, juga dikenal sebagai glomerulonefritis
 - 2) Pielonefritis dan ureteritis adalah infeksi kronis.
 - 3) Nefrolitiasis/batu ginjal
 - 4) Kista ginjal, umumnya dikenal dengan sebutan ginjal polycystis
 - 5) Cedera ginjal yang diderita secara langsung
 - 6) Keganasan ginjal
 - 7) Hambatan : tumor, batu, penyempitan
- b. Penyakit umum di luar ginjal
 - 1) Penyakit sistematik : diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi
 - 2) *Dyslipidemia*
 - 3) *Systemic lupus erythematosus* (SLE)
 - 4) Infeksi di badan : TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis

- 5) Preeklampsia
- 6) Obat-obatan
- 7) Kehilangan banyak cairan yang mendadak (luka bakar)

3. Faktor resiko CKD

Beberapa faktor risiko gagal ginjal kronik yang dikemukakan Pranandari dan Supadmi (2015) adalah:

a. Usia

Seseorang tidak bisa lepas dari timbulnya penyakit degeneratif yang tidak bisa dihindari seiring bertambahnya usia. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa penurunan laju ekskresi glomerulus dan penurunan fungsi tubulus merupakan ciri khas disfungsi ginjal terkait usia. Setiap orang mengalami penurunan fungsi ginjal secara bertahap seiring bertambahnya usia. Penurunan ini merupakan hal yang wajar dan dianggap masih dalam batas toleransi tubuh dan ginjal, sehingga tidak menimbulkan masalah atau gejala apa pun.

b. Jenis kelamin

Risiko klinis CKD dua kali lebih tinggi pada pria dibandingkan pada wanita. Pasalnya, pria lebih rentan terkena penyakit ginjal kronik, sedangkan wanita cenderung lebih memperhatikan kesehatan dan menjalani gaya hidup lebih sehat. Karena perempuan secara alami lebih mampu menjaga diri dan mengendalikan penggunaan narkoba, mereka lebih cenderung meminum obat sesuai resep dibandingkan laki-laki..

c. Riwayat merokok

Merokok akut meningkatkan aktivasi simpatis, yang pada gilirannya meningkatkan tekanan darah, takikardia, dan penumpukan katekolamin dalam darah. Beberapa pembuluh darah, termasuk arteri koroner, mengalami vasokonstriksi selama fase akut; oleh karena itu, perokok akut biasanya mengalami penurunan GFR karena peningkatan resistensi pembuluh darah ginjal.

4. Manifestasi klinis CKD

Menurut Suharyanto dan Majid (2013), ada beberapa gejala klinis yang dapat ditimbulkan oleh CKD:

a. Sistem pernapasan

Gejala penyakit paru obstruktif kronik yang dapat mempengaruhi sistem pernafasan antara lain Kussmaul, dimana gejala seperti pernapasan dangkal dan lamban (dispnea), penumpukan cairan di kantung udara (edema paru), dan peradangan jaringan paru (pneumonitis) dapat terjadi bila waktu ekspirasi dan inspirasi sama.

Penggunaan foto rontgen dada sebagai pemeriksaan penunjang dapat membantu memastikan diagnosis edema paru. Sudut sinus kostofrenikus adalah sudut yang dipertimbangkan di sini. Adanya cairan pada daerah tersebut ditunjukkan dengan tumpulnya sudut sinus kostofrenikus (Hasan et al., 2017).

Water Seal Drainase (WSD) adalah metode pengobatan efusi pleura yang melibatkan pengurasan cairan atau udara dari rongga

pleura secara cepat dan terus menerus, baik dengan atau tanpa menggunakan sambungan. Dalam kebanyakan kasus, ICS IV dan V di garis aksila depan dan tengah adalah tempat pemasangan WSD.

b. Sistem kardiovaskular

Beberapa gejala yang dapat muncul pada sistem kardiovaskular antara lain retinopati hipertensi, yaitu kerusakan pada retina mata, ensefalopati hipertensi, yaitu suatu sindrom dimana otak terpengaruh oleh peningkatan tekanan arteri secara tiba-tiba, edema, gagal jantung kongestif, yang adalah suatu kondisi di mana ventrikel kiri dan kanan tidak berkontraksi secara bersamaan, dan aritmia ditandai dengan detak jantung tidak teratur yang terlalu cepat atau terlalu lambat.

Selain itu, hipertensi, yang pada gilirannya menyebabkan kardiomegali, mungkin disebabkan oleh gangguan fungsi ginjal. Afikah dan Nurhasanah (2021) mendefinisikan kardiomegali sebagai ukuran jantung yang tidak normal dengan dinding yang menebal (hipertrofi) dan bilik yang membesar (dilatasi) dibandingkan dengan dimensi normal.

Pemeriksaan fisik pada dada dapat mengungkap adanya kendala pada jantung, yang dapat menjadi petunjuk adanya kardiomegali. Di ruang antara dua set paru-paru, yang dikenal sebagai mediastinum, terletak jantung. Batas normal jantung adalah sebagai berikut: ICS II parasternal kiri adalah batas atas, ICS V parasternal kanan adalah batas

bawah, ICS IV parasternal kiri adalah batas kanan, dan ICS IV midklavikula kiri adalah batas kiri.

c. Sistem metabolisme

Anomali sintesis protein, hiperglikemia (peningkatan kadar gula darah yang tidak normal), dan peningkatan kadar trigliserida akibat pola makan tinggi lemak merupakan akibat potensial dari gangguan sistem metabolisme pada pasien penyakit ginjal kronis.

d. Sistem perkemihan

Produksi urin sebesar 0,5 hingga 1,5 cc/kg/BB/jam dianggap normal. Sistem saluran kemih dapat menunjukkan gejala seperti poliuria, yaitu produksi urin dalam jumlah besar secara tidak normal, oliguria, yaitu penurunan produksi urin, anuria, yaitu tidak ada produksi urin sama sekali, nokturia, yaitu ada produksi urin dalam jumlah besar yang tidak normal pada malam hari, dan proteinuria, yaitu konsentrasi glukosa dan protein yang sangat tinggi dalam urin.

e. Sistem neuromuskuler

Atrofi otot, kelemahan, dan kelelahan adalah gejala masalah pada sistem neuromuskular. Kejang, gangguan fokus, disorientasi mental, koma, otot melemah, dan penurunan kesadaran semuanya bisa berasal dari sistem saraf pusat.

f. Sistem pencernaan

Anoreksia, atau kehilangan nafsu makan, dapat terjadi pada pasien. Infeksi virus yang disebut parotitis dapat menyebabkan pembesaran

kelenjar parotis di wajah, selain mual, muntah, napas berbau amonia, mulut kering, pendarahan pada saluran cerna, diare, stomatitis, atau radang mukosa mulut, dan mata dan hidung kering.

g. Sistem dermatologi

Perubahan atau kelainan pada kulit juga dapat terjadi pada pasien penyakit ginjal kronis. Kulit mungkin tampak pucat, gatal, atau pruritus; mungkin terasa kering; memar mungkin timbul; dan hiperpigmentasi, yang disebabkan oleh peningkatan kadar urea yang mempengaruhi *Melanocyte-Stimulating Hormone* (MSH), juga dapat dirasakan menciptakan tanin.

h. Biokimia

Asidosis metabolik, yang ditandai dengan ketidakseimbangan asam basa, juga dapat disebabkan oleh gagal ginjal kronis. Selain itu, azotemia ditandai dengan penurunan GFR, yang menyebabkan peningkatan *Blood Urea Nitrogen* (BUN) dan kreatinin. Retensi natrium, hipermagnesia, hiperkalemia, dan hiperurisemia adalah kondisi yang ditandai dengan peningkatan kadar kalium, magnesium, dan asam urat dalam darah.

i. Seksualitas

Penyakit ginjal kronis juga bisa mempengaruhi seksualitas seseorang. Pasien yang mengalami tanda dan gejala gagal ginjal kronis mungkin mengalami penurunan libido atau gairah seks. Selain itu, pria mengalami impotensi ketika penisnya tidak mampu atau

mempertahankan ereksi, dan wanita mengalami amenore ketika tidak dapat menstruasi secara normal.

j. Hematologi

Masalah darah juga bisa disebabkan oleh gagal ginjal. Anemia, dimana jumlah sel darah merah tubuh menurun, dan hemolisis, dimana sel darah merah pecah, merupakan gejala yang mungkin terjadi. Selain itu, pasien juga sering mengalami pendarahan akibat kerusakan trombosit dan berisiko terkena infeksi. Kelebihan urea yang tidak dapat dihilangkan oleh ginjal menyebabkan disfungsi trombosit.

k. Gangguan kalsium

Gangguan kalsium yang mungkin timbul antara lain hiperfosfatemia yang ditandai dengan peningkatan kadar fosfat dalam aliran darah, hipokalsemia yang mengacu pada rendahnya kadar kalsium dalam darah secara tidak normal, dan konjungtivitis, khususnya, peradangan pada kelopak mata bagian dalam dan selaput permukaan yang menutupi bola mata. menginduksi eritema.

5. Komplikasi CKD

Anemia dengan hematokrit rendah bisa menjadi gejala penyakit ginjal kronis atau parah. Hal ini terjadi ketika ginjal memproduksi lebih sedikit eritropoietin, hormon yang bertanggung jawab untuk membuat sel darah merah. Konsentrasi hemoglobin di bawah 13 g/dl pada pria dan 12 g/dl pada wanita merupakan indikasi anemia. Selain itu, tingkat hematokritnya rendah

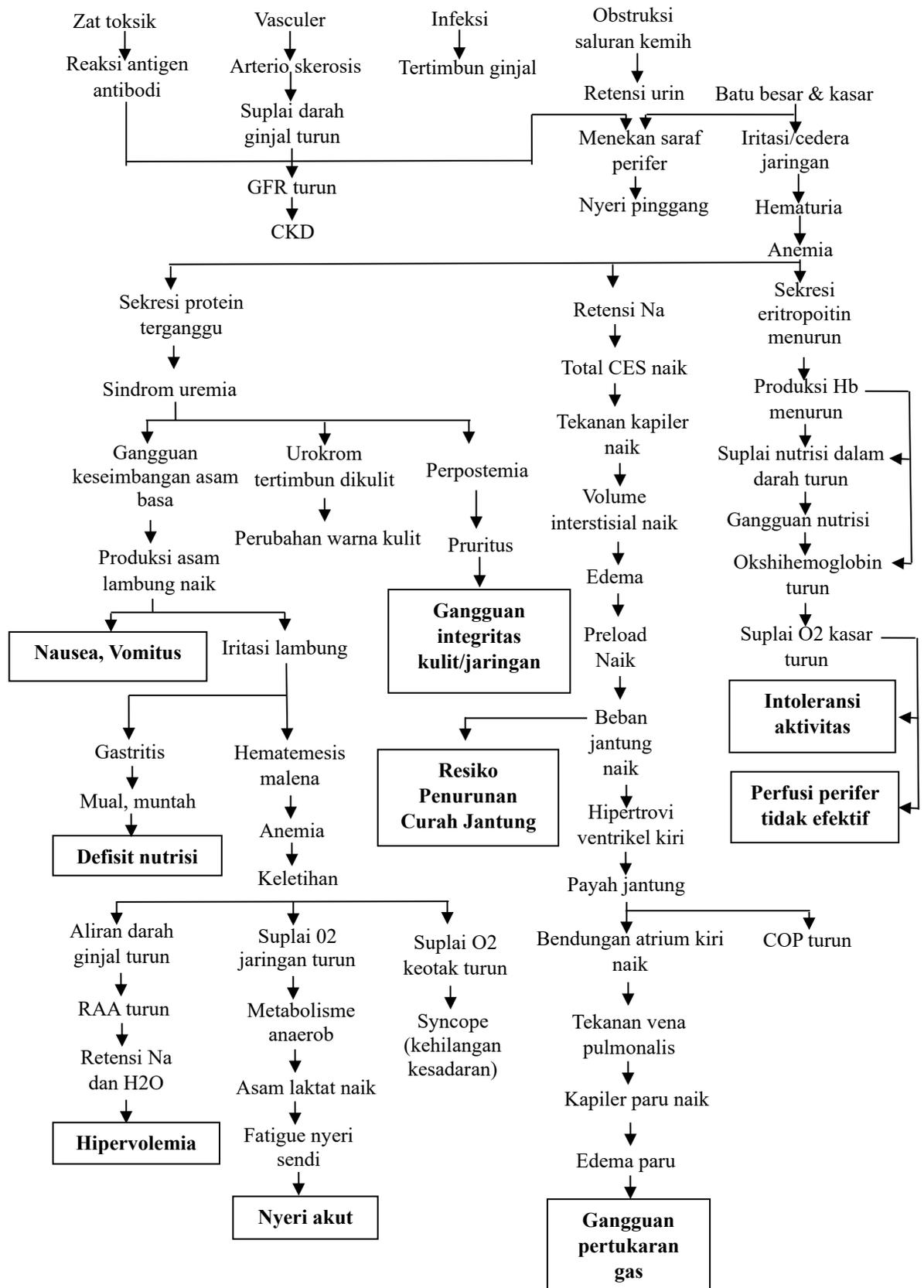
dibandingkan kisaran biasanya, yang biasanya berkisar antara 40 hingga 52%. (Ermawardani & Permatasari, 2021)

6. Patofisiologi CKD

Penyakit metabolik (DM), infeksi (Pielonefritis), ISK, kelainan imunologi, hipertensi, penyakit tubulus primer (nefrotoksin), dan penyakit keturunan yang menyebabkan rendahnya GFR merupakan beberapa penyebab potensial penyakit ginjal kronik CKD. Menurut hipotesis nefron utuh, ketika gagal ginjal terjadi, hanya satu nefron (yang berisi tubulus dan glomerulus) yang tidak rusak. Bahkan ketika laju filtrasi glomerulus (GFR) atau daya filtrasi turun, nefron utuh mengalami hipertrofi, yang menyebabkan peningkatan volume filtrasi dan reabsorpsi. Ginjal mampu terus berfungsi hingga tiga perempat nefronnya dihancurkan oleh mekanisme adaptif ini. Jika jumlah zat yang perlu dilarutkan lebih besar dari yang dapat diserap kembali, maka akan timbul gejala seperti diuresis osmotik, poliuria, dan rasa haus. Retensi produk limbah juga meningkat seiring dengan jumlah nefron yang terluka. Ketika sekitar 80% hingga 90% fungsi ginjal hilang, pasien mulai mengalami gejala gagal ginjal yang lebih nyata dan khas. Fungsi ginjal menurun pada tahap ini (Barbara C. Long, 2006).

Penurunan fungsi ginjal menyebabkan penumpukan produk samping metabolisme protein di dalam darah, yang biasanya dibuang melalui urin. Setiap dan semua sistem tubuh dapat terkena dampak uriemia. Penumpukan bahan limbah akan memperburuk gejala. (Smeltzer dan Bare, 2015).

7. Pathway CKD



Gambar 2. 1 Pathway CKD
 Sumber : Brunner & Sudart, 2013 dan SDKI, 2016)

8. Pemeriksaan Penunjang CKD

a. Pemeriksaan Laboratorium antara lain

- 1) Hematologi : Anemia, yang didefinisikan sebagai penurunan kadar hemoglobin dan hematokrit darah, merupakan konsekuensi umum pada pasien gagal ginjal kronis. Berkurangnya produksi eritropoietin, percepatan penuaan sel, atau perdarahan gastrointestinal dapat menyebabkan penurunan ini.
- 2) Kimia Darah : Kadar nitrogen darah, BUN, dan kreatinin serum diperiksa, dan hasilnya menunjukkan peningkatan dalam darah. Hal ini menunjukkan bahwa ginjal tidak berfungsi sebagaimana mestinya dalam mengeluarkan kedua senyawa berbahaya tersebut. Peningkatan tiga kali lipat kadar kreatinin serum normal menunjukkan penurunan fungsi ginjal sebesar 75%, menjadikannya indikator kuat fungsi ginjal. Salah satu cara lebih lanjut untuk memperkirakan GFR adalah dengan mengukur kreatinin serum.
- 3) Analisa Gas Darah (AGD) : Tes ini digunakan untuk menentukan ada tidaknya asidosis metabolik, yang ditandai dengan penurunan pH plasma yang diukur. (Smeltzer & Bare, 2015)

b. Pemeriksaan urin

Untuk memeriksa keberadaan zat tertentu dalam urin, seperti sel darah merah, protein, glukosa, dan leukosit, dilakukan tes urinalisis. Tes urin juga dapat mengungkap masalah pada volume urin, yang biasanya kurang dari 400 ml/jam, atau tidak adanya urin (anuria), perubahan warna

(karena hal-hal seperti nanah, darah, bakteri, lemak, partikel koloid, atau hemoglobin), berat jenis di bawah 1,015, yang menunjukkan gagal ginjal, dan osmolalitas di bawah 350, yang menunjukkan kerusakan tubulus. (Corwin, 2009 dalam Elinsanse, 2022)

c. Pemeriksaan radiologis

Berbagai tes radiologi tersedia, seperti sistoskopi, yang memberikan gambaran lesi dan batu kandung kemih kateterisasi kandung kemih, yang menunjukkan ukuran dan bentuk kandung kemih; USG ginjal, yang mendeteksi kelainan struktural, tumor, batu, dan refluks vesikular urografi intravena, yang memeriksa aliran glomerulus atau tubulus; Foto KUB yang menunjukkan ukuran ginjal dan arteriogram ginjal, yang mengevaluasi sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi massa ekstrasvaskular (Corwin, 2009 dalam Elinsanse, 2022).

9. Penatalaksanaan CKD

Tujuan penatalaksanaan pasien CKD adalah untuk memastikan keseimbangan cairan elektrolit yang tepat dan mencegah konsekuensi potensial (Corwin, 2009 dalam Elinsanse, 2022)

Penatalaksanaan pasien CKD dapat melibatkan intervensi konservatif serta dialisis atau transplantasi ginjal, seperti yang dikemukakan oleh Corwin (2009 dalam Elinsanse, 2022). Tindakan konservatif mengacu pada intervensi yang dimaksudkan untuk meringankan atau memperlambat perkembangan masalah fungsi ginjal.

a. Mengatur asupan protein, kalium, natrium, dan cairan melalui cara diet. Intervensi diet sangat penting bagi individu dengan gangguan fungsi ginjal dan melibatkan kontrol konsumsi protein yang cermat, penggantian cairan yang hilang melalui asupan cairan, penggantian garam yang hilang melalui asupan natrium, dan pengurangan asupan kalium. (Smeltzer & Bare, 2015).

1) Pembatasan protein

Selain menurunkan kadar BUN, mengurangi konsumsi protein juga menurunkan konsumsi kalium dan fosfat serta menurunkan pembentukan ion hidrogen yang diinduksi protein. Menurut Brunner dan Kalengkongan et al. (2013), protein yang diperbolehkan dalam makanan harus memiliki nilai biologis yang tinggi.

2) Diet rendah kalium

Hiperkalemia berat merupakan komplikasi umum dari penyakit ginjal kronis. Lebih sedikit potasium yang dikonsumsi. Asupan harian sebesar 40–80 mEq disarankan oleh 16 Poltekkes Kemenkes Padang. Kondisi yang disebut hiperkalemia dapat disebabkan oleh konsumsi atau konsumsi makanan atau obat yang kaya kalium.

3) Diet rendah natrium

Asupan natrium harian sebesar 40–90 mEq (1-2 g Na) dianggap sehat. Retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi, dan

gagal jantung kongestif dapat terjadi akibat konsumsi natrium yang terlalu longgar.

4) Pengaturan cairan

Pasien dengan gagal ginjal stadium lanjut memerlukan pemantauan ketat terhadap asupan cairannya. Selain data asupan dan pengeluaran cairan yang terdokumentasi secara akurat, parameter yang harus diperhatikan antara lain pengukuran berat badan harian.

B. Konsep Teori Tekanan Darah

1. Defisini tekanan darah tinggi

Kondisi yang disebut hipertensi ini ditandai dengan tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 140 mmHg dan tekanan darah lebih besar atau sama dengan 90 mmHg. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengklasifikasikan tekanan darah 160/95 mm Hg sebagai hipertensi, sedangkan angka 140/90 mm Hg masih dianggap normal.(Redho et al., 2023).

Penyakit kronis yang dikenal sebagai hipertensi, kadang-kadang dikenal sebagai tekanan darah tinggi, menyebabkan dinding arteri berada di bawah tekanan tinggi yang konstan dan tidak normal. Dalam kasus seperti ini, memompa darah melalui pembuluh darah dan arteri tubuh memerlukan lebih banyak usaha dari jantung. Kerusakan pembuluh darah, gangguan aliran darah, dan timbulnya penyakit degeneratif atau kematian dapat diakibatkan oleh hal ini. (Yanita, 2022).

Dalam kebanyakan kasus, keadaan emosi dan tingkat aktivitas fisik seseorang akan menyebabkan tekanan darahnya berfluktuasi. Tekanan darah adalah ukuran kekuatan yang digunakan jantung untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh. Dalam kondisi seperti ini, jantung akan berdetak tanpa henti untuk menyediakan darah bagi tubuh. Tidak diragukan lagi, darah dapat mengangkut oksigen dan nutrisi ke setiap sel dalam tubuh. Jika tidak ada yang salah, tekanan yang diperlukan akan sejalan dengan cara kerja tubuh. Namun, ketegangan akan meningkat jika terjadi penundaan atau kemunduran.

Hipertensi, kadang-kadang dikenal sebagai tekanan darah tinggi, didiagnosis ketika pembacaan tekanan darah istirahat seseorang adalah 140/90 mm Hg atau lebih tinggi, dengan dua pembacaan dilakukan dengan selang waktu lima menit. Di sini, angka bawah (90) menunjukkan tekanan diastolik dan angka atas (140) menunjukkan tekanan sistolik.(Yanita, 2022).

Ketika jantung berkontraksi dan berdetak untuk memompa darah, hasilnya adalah tekanan darah yang disebut tekanan sistolik. Sebaliknya, saat jantung berkontraksi, tekanan darah disebut tekanan diastolik. Saat istirahat, angka sistolik 100–140 mmHg dan angka diastolik 60–90 mmHg dianggap normal. (Yanita, 2022).

2. Etiologi tekanan darah tinggi

Etiologi pasti dari banyak kasus hipertensi masih belum jelas, dan hipertensi sering kali muncul secara tiba-tiba tanpa gejala sebelumnya.

Faktor-faktor berikut berkontribusi terhadap perkembangan hipertensi atau tekanan darah tinggi:

a. Faktor genetik atau keturunan

Kemungkinan lebih tinggi terkena hipertensi dikaitkan dengan riwayat penyakit dalam keluarga, menurut penelitian. Risiko ini bahkan lebih tinggi pada individu yang orang tuanya tidak menderita hipertensi. Hipertensi lebih mungkin terjadi pada wanita berusia di bawah 65 tahun dan pria di bawah 55 tahun jika terdapat riwayat kedua kondisi tersebut dalam keluarga (Redho et al., 2023).

b. Usia

Orang lanjut usia cenderung memiliki tekanan darah lebih tinggi, menurut temuan tersebut. Mayoritas kasus hipertensi terjadi pada orang dewasa yang berusia di atas 65 tahun akibat menurunnya kelenturan dinding pembuluh darah secara alami yang terjadi seiring bertambahnya usia. Laki-laki harus berusia minimal 55 tahun dan lebih tinggi dari perempuan. Karena tekanan darah pada wanita biasanya lebih tinggi dibandingkan pria pada usia di atas 65 tahun, kemungkinan terkena hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia.

c. Garam

Peningkatan volume plasma, curah jantung, dan tekanan darah adalah mekanisme dimana konsumsi garam mempengaruhi perkembangan hipertensi. Komponen tambahannya adalah sistem renin-angiotensin, yang penting untuk mengendalikan tekanan darah. Renin terlibat dalam konversi angiotensin I dan angiotensin II, dan diproduksi sebagai respons terhadap sejumlah rangsangan, salah

satunya adalah aktivasi saraf simpatis. Suatu kondisi yang berkontribusi terhadap perkembangan hipertensi adalah pelepasan aldosteron oleh ginjal sebagai respons terhadap angiotensin II, yang menyebabkan air menahan garam. (Sulasit dkk, 2001).

d. Obesitas/kegemukan

Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah ukuran distribusi lemak yang dihitung sebagai kuadrat rasio tinggi badan seseorang terhadap berat badannya. Prevalensi hipertensi sudah tinggi, dan obesitas hanya memperburuk masalah. Sistem saraf simpatis dan renin-angiotensin juga dapat menyebabkan hipertensi pada individu kurus atau sehat (Suharjono, 2006). Ketika diaktifkan, sistem saraf simpatik meningkatkan retensi air dan garam, menyempitkan pembuluh darah, dan mempercepat detak jantung dengan mengatur aktivitas neuron dan hormon lain (Syaifudin, 2006).

e. Stres

Peningkatan aktivitas saraf simpatis, yang pada gilirannya dapat menyebabkan tekanan darah naik dan turun secara berkala, merupakan hubungan antara stres dan hipertensi. Menurut Roehandi (2008), peningkatan tekanan darah dapat merupakan efek jangka panjang dari stres kronis. Sistem saraf simpatis diaktifkan sebagai respons terhadap stres karena peningkatan curah jantung dan resistensi pembuluh darah perifer. (Anggraini, 2009).

f. Rokok

Kemampuan sel darah merah dalam mengangkut oksigen ke jantung dan jaringan lain dapat berkurang akibat asap rokok (CO), yang memiliki daya tarik lebih tinggi terhadap sel darah merah dibandingkan oksigen. Selain itu, nikotin meningkatkan kebutuhan oksigen otot jantung dengan mengganggu sistem saraf simpatis. Nikotin tidak hanya membuat orang kecanduan merokok; itu juga meningkatkan tekanan darah, kebutuhan oksigen jantung, dan detak jantung, memicu pelepasan adrenalin, dan mengacaukan ritme otak dan jantung. (Tandra, 2003).

g. Minuman berakohol

Konsumsi dan volume etanol berkontribusi terhadap laju metabolisme, yang pada gilirannya meningkatkan kadar kortisol, yang pada gilirannya meningkatkan volume sel darah dan kekentalan darah, yang semuanya berkontribusi terhadap peningkatan tekanan darah. (Depkes, 2006)

h. Kurang olahraga

Dengan menurunkan detak jantung, tekanan darah, tonus simpatis, diameter arteri koroner, sistem kolateralisasi pembuluh darah, kadar HDL (*High Density Lipoprotein*) dan LDL (*Low Density Lipoprotein*), serta variabel biokimia lainnya, olahraga menurunkan risiko penyakit jantung koroner. (Cahyono, 2008).

3. Manifestasi klinis tekanan darah tinggi

Hipertensi tidak menunjukkan tanda-tanda yang jelas. Dari segi fisik, penderita hipertensi tidak menunjukkan kelainan apapun. Manifestasi hipertensi terkadang memiliki kemiripan dengan gejala umum atau masalah kesehatan umum, sehingga menyebabkan beberapa orang tidak menyadari kondisi hipertensinya. (Yanita, 2022).

Gejala umum yang terjadi pada penderita hipertensi antara lain :

- a. Jantung berdebar
- b. Gangguan penglihatan
- c. Sakit kepala dan rasa berat di bagian belakang leher
- d. Mual yang hebat
- e. Telinga berdengung
- f. Grogi
- g. Ketidaknyamanan dada
- h. Kelelahan yang berlebihan
- i. Wajah merah dan meradang
- j. Hidung berdarah

4. Komplikasi tekanan darah tinggi

Komplikasi hipertensi yang sering disebut dengan tekanan darah tinggi ini dapat bermanifestasi dengan berbagai gejala, seperti (Yanita, 2022):

- a. Gangguan penglihatan
- b. Gangguan saraf
- c. Gangguan jantung

- d. Gangguan fungsi ginjal
- e. Gangguan serebral (otak)

Kumpulan gejala bergantung pada tingkat keparahan dan durasi hipertensi yang tidak terkontrol dan tidak diobati. Tidak hanya itu, gejala-gejala ini menunjukkan kesulitan yang berhubungan dengan hipertensi, yang pada akhirnya dapat menyebabkan sejumlah masalah kesehatan lainnya, seperti penyakit ginjal, stroke, penyakit jantung, dan kehilangan penglihatan.. (Yanita, 2022).

5. Klasifikasi tekanan darah tinggi

WHO 2013 menyebutkan klasifikasi dari hipertensi sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Klasifikasi Hipertensi menurut WHO

Kategori	Sistol (mmHg)	Diastol (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Tingkat 1 (hipertensi ringan)	140-159	90-99
Sub grup : perbatasan	140-149	90-94
Tingkat 2 (hipertensi sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (hipertensi berat)	>180	> 110
Hipertensi sistol terisolasi	> 140	< 90

JNC 2003 menyebutkan klasifikasi dari hipertensi sebagai berikut :

Tabel 2. 2 Klasifikasi Hipertensi menurut JNC

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik (mmhg)	Tekanan Darah Diastolik (mmhg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Tahap 1	140-159	90-99
Hipertensi Tahap 2	≥160	≥100

Selain kategori yang disebutkan di atas, hipertensi dapat diklasifikasikan lebih lanjut berdasarkan penyebabnya: hipertensi esensial, yang merupakan

jenis yang paling umum, dan hipertensi sekunder, yang lebih jarang terjadi. Tekanan darah tinggi yang tidak diketahui penjelasannya disebut hipertensi primer atau hipertensi idiopatik. Penyebab yang jelas atau tidak teridentifikasi ini sering kali dikaitkan dengan variabel gaya hidup yang merugikan. Hipertensi primer, yang merupakan sekitar 90% dari seluruh kasus hipertensi, merupakan bentuk hipertensi yang paling umum. Hipertensi sekunder mengacu pada hipertensi yang disebabkan oleh kondisi mendasar seperti penyakit ginjal, kelainan hormon, atau penggunaan obat-obatan tertentu.

Hipertensi diastolik, hipertensi sistolik, dan hipertensi campuran adalah tiga bentuk utama hipertensi. Ketika tekanan darah pada anak-anak atau dewasa muda selalu tinggi, kondisi ini disebut hipertensi diastolik. Fakta bahwa tekanan diastolik meningkat secara independen dari tekanan sistolik menimbulkan nama "*diastolic hypertension*" untuk kondisi medis ini. Sebaliknya, ketika tekanan darah meningkat saat sistol dan kemudian turun saat diastol, kondisi ini disebut hipertensi sistolik atau hipertensi sistolik terisolasi. Pada saat yang sama, tekanan darah tinggi terjadi ketika pembacaan diastol dan sistol berada di atas normal.

Di luar kategori yang telah ditetapkan ini, ada dua bentuk hipertensi lain yang patut mendapat perhatian khusus: hipertensi pulmonal dan hipertensi terkait kehamilan. Peningkatan tekanan darah di arteri pulmonalis selama aktivitas fisik merupakan ciri dari kondisi medis yang dikenal sebagai hipertensi pulmonal.

Jika seseorang tidak menunjukkan gejala hipertensi pulmonal lainnya, seperti kelainan pada katup jantung kiri, kelainan pada paru-paru, penyakit jantung bawaan, atau penyakit miokard, dan tekanan sistolik arteri pulmonalisnya lebih dari 35 mmHg, 25 mmHg pada istirahat, atau 30 mmHg saat beraktivitas, maka dianggap hipertensi pulmonal menurut Badan Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan RI (2014).

Sebaliknya, kondisi yang disebut hipertensi pada kehamilan mempengaruhi wanita hamil. Baik ibu maupun bayi yang dikandungnya berisiko terkena hipertensi selama kehamilan. Hipertensi selama kehamilan merupakan keadaan darurat medis yang memerlukan perhatian segera. Keracunan selama kehamilan meningkatkan risiko hipertensi, yang pada gilirannya mempengaruhi pertumbuhan janin dan mengganggu pelepasan plasenta.

6. Patofisiologi tekanan darah tinggi

Pusat vasomotor di medula otak merupakan tempat mekanisme yang mengatur relaksasi dan penyempitan pembuluh darah berada. Pusat vasomotor ini merupakan asal mula saraf simpatis, yang keluar dari kolom sumsum tulang belakang dan menuju ke ganglia simpatis di dada dan perut. Impuls ke bawah dari sistem saraf simpatis mencapai ganglia simpatis, yang selanjutnya merangsang pusat vasomotor. Setelah pelepasan asetilkolin oleh neuron preganglionik, serabut saraf postganglionik dirangsang untuk mengirimkan sinyal ke pembuluh darah. Sebagai tanggapan, pembuluh darah menyempit akibat rangsangan vasokonstriksi yang disebabkan oleh pelepasan

norepinefrin. Norepinefrin memiliki afinitas yang tinggi terhadap penderita hipertensi, namun mekanisme pasti bagaimana afinitas ini terwujud masih menjadi misteri (Corwin, 2009).

Sebagai reaksi terhadap isyarat emosional, sistem saraf simpatik secara bersamaan mengaktifkan kelenjar adrenal, yang menyebabkan peningkatan aktivitas vasokonstriksi di pembuluh darah. Epinefrin, yang disekresikan oleh medula adrenal, menyebabkan pembuluh darah menyempit. Korteks adrenal bertanggung jawab untuk mengeluarkan hormon seperti kortisol, yang dapat meningkatkan kemampuan alami tubuh untuk menyempitkan arteri darah. Sekresi renin merupakan konsekuensi dari vasokonstriksi, suatu kondisi di mana ginjal menerima lebih sedikit darah. Produksi angiotensin I dipicu oleh renin. Tubuh kemudian mengubahnya menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor yang kuat. Korteks adrenal mengeluarkan aldosteron sebagai respons terhadap sekresi ini. Tubulus ginjal menahan natrium dan air sebagai akibat dari hormon ini, menyebabkan peningkatan volume intravaskular. Menurut Smeltzer dan Bare (2009), semua hal tersebut dapat menyebabkan tekanan darah tinggi.

Seiring bertambahnya usia, tekanan darah kita secara alami berfluktuasi karena perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh darah perifer, yang merupakan pertimbangan gerontologis. Berkurangnya distensibilitas dan regangan arteri darah merupakan akibat dari perubahan ini, yang meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan relaksasi otot polos pembuluh darah. Penurunan curah jantung dan

peningkatan resistensi perifer terjadi ketika aorta dan arteri utama tidak mampu menampung volume darah yang dipompa jantung (volume sekuncup). (Smeltzer & Bare, 2009).

7. Pemeriksaan penunjang tekanan darah tinggi

Tes kolesterol total, kolesterol jahat (LDL), dan kolesterol baik (HDL), serta kadar gula darah puasa Profil lipid serum puasa Haematokrit, kalium, asam urat, kreatinin, dan hemoglobin merupakan komponen panel darah. Gagal ginjal dan diabetes masing-masing ditunjukkan dengan elektrokardiogram dan urinalisis, yang mengukur kadar darah, protein, dan glukosa. (Yanita, 2022).

8. Penatalaksanaan tekanan darah tinggi

Untuk mengurangi risiko komplikasi dan kematian, tujuan utama pengobatan medis pada pasien hipertensi adalah menurunkan tekanan darah hingga kurang dari 140/90 mmHg dan mempertahankannya. Semua program memiliki tingkat kemanjuran yang berbeda-beda tergantung pada karakteristik seperti tingkat keparahan hipertensi, komplikasi, biaya pengobatan, dan kualitas hidup terkait terapi (Muttaqin & Arif 2009).

Pengobatan hipertensi secara umum:

- a. Diet rendah garam dan lemak
- b. Kurangi atau berhenti minum dan merokok
- c. Pantau berat badan secara teratur
- d. Berolahraga secara teratur
- e. Rileks dan jangan stres

C. Konsep Teori *Foot Massage*

1. Definisi *Foot Massage*

Foot massage melibatkan manipulasi jaringan lunak kaki secara umum, bukan secara khusus menargetkan area tertentu di telapak kaki yang berhubungan dengan area tubuh lainnya. (Zulkharisma et al., 2023).

Massage (pijat) adalah praktik memberikan tekanan lembut pada jaringan ikat, seperti otot, tendon, atau ligamen, tanpa mengubah keselarasan sendi, dengan tujuan mengurangi rasa sakit, meningkatkan relaksasi, dan meningkatkan aliran darah. Gerakan yang paling mendasar antara lain memutar telapak tangan, menekan dan mendorong dengan kuat ke depan dan ke belakang, menepuk, memotong, meremas, dan memutar(Nasution et al., 2022).

Praktek Tiongkok kuno, *foot massage* atau refleksiologi, adalah sejenis pengobatan alternatif. Perawatan ini telah ada selama lebih dari tiga ribu tahun, dan membantu berbagai macam penyakit. *Foot massage* didasarkan pada sistem meridian yang menghubungkan setiap sel, jaringan, dan organ dalam tubuh manusia. Melalui 300 saraf, setiap organ dalam tubuh terhubung ke titik refleksi tertentu di kaki. Dengan memberikan tekanan pada berbagai saluran energi dan meridian di bagian bawah dan samping kaki, seorang ahli pijat refleksi dapat mengidentifikasi akar penyebab penyakit pasien (Qalbi & Maryoto, 2023).

Dengan memijat kaki, kita dapat mengaktifkan kelenjar dan organ yang terkait dengan jalur energi dalam tubuh. Untuk melakukan pijatan kaki di

rumah, yang dibutuhkan hanyalah ibu jari atau jari telunjuk untuk menekan dan menggosok secara berirama dan dalam pada berbagai area utama di kaki.

2. Sejarah *Foot Massage*

Teks medis dari abad ke-1 SM, yang ditulis oleh kaisar, mengacu pada keberadaan enam meridian yang secara khusus terletak di kaki. Selama periode puncaknya dari tahun 300 hingga 700 M, budaya Indian Amerika sangat mementingkan *foot massage*, menggunakannya sebagai terapi refleksi untuk tujuan diagnostik dan penyembuhan. Menurut pemahaman kami, buku pertama tentang subjek ini di Eropa ditulis pada tahun 1582 oleh Dr. Adamus dan Dr. Atatis. Saat itu, teknik *foot massage* sudah banyak dilakukan di berbagai negara Eropa.

William H. telah mengidentifikasi daerah tertentu pada tangan dan kaki untuk *foot massage* di dunia Barat saat ini. Pada tahun 1917, ia ikut menerbitkan buku berjudul "Terapi Zone" bersama Edwin F. Bower, di mana ia mempresentasikan hipotesisnya.

3. Manfaat *Foot Massage*

a. Melancarkan sirkulasi

Kebanyakan orang saat ini menjalani gaya hidup yang memungkinkan mereka untuk terus bergerak. Otot-otot di kaki digunakan setiap hari, namun penggunaan sepatu yang ketat dan tidak nyaman sering kali mengganggu sirkulasi. *Foot massage* membantu meningkatkan aliran darah di ekstremitas bawah, terutama bagi penderita diabetes melitus.

b. Membantu mencegah cedera kaki dan pergelangan tangan

Foot massage membantu meringankan ketidaknyamanan sendi, memfasilitasi rehabilitasi pasca cedera, dan mengurangi nyeri otot. Namun demikian, integrasi *foot massage* dengan latihan pergelangan kaki, penguatan, dan peregangan dapat secara efektif mengurangi kemungkinan masalah di masa depan dan mempercepat proses penyembuhan penyakit yang ada.

c. Mengurangi efek depresi dan kecemasan

Berbagai penelitian telah dilakukan mengenai *foot massage*, yang menunjukkan bahwa *foot massage* menimbulkan perasaan rileks dan tenang pada individu yang menjalani pijatan. Sebuah data menarik melibatkan pengurangan kecemasan pada pasien kanker. Strategi yang diberikan cepat dan mujarab dalam mengobati depresi dan kecemasan.

d. Mengobati sakit kepala dan migrain

Sebuah penelitian yang dilakukan di Denmark menunjukkan peningkatan yang signifikan pada individu yang menderita sakit kepala dan migrain setelah melakukan aktivitas ini. Peserta penelitian menghentikan rejimen pengobatan mereka dan mulai menggunakan *foot massage* sebagai pengobatan alternatif. Setelah jangka waktu 3 bulan, 65% orang yang mengalami kondisi tersebut melaporkan mengalami tanda-tanda nyeri. Mereka mengalami penurunan frekuensi dan intensitas sakit kepala dan migrain. Selain itu, banyak yang melaporkan mengalami

peningkatan modifikasi gaya hidup yang berdampak positif terhadap hasil pemulihan mereka.

e. Menurunkan tekanan darah tinggi

Baik wanita maupun pria semakin banyak menghadapi masalah tekanan darah tinggi, yang terkadang dikenal sebagai hipertensi. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk stres dan pola makan yang buruk. Dalam banyak kasus, ditemukan bahwa individu dengan tekanan darah tinggi tidak disebabkan oleh faktor genetik atau pengaruh lingkungan. *Foot massage* berpotensi meningkatkan mood, meredakan kecemasan, dan menurunkan tekanan darah tinggi.

f. Mengurangi efek edema pada ibu hamil

Pembengkakan, atau edema, terjadi ketika cairan terkumpul di ekstremitas bawah. Pada trimester terakhir kehamilan, hal ini biasa terjadi pada wanita. Kombinasi *foot massage* secara teratur, banyak istirahat, dan pola makan sehat dapat menyembuhkan kondisi ini.

4. Persiapan sebelum *oot massage*

Cara efektif untuk mencegah varises dan melancarkan peredaran darah adalah dengan memijat otot-otot besar kaki dengan bola kaki. Memberikan tekanan lembut pada otot yang tegang dapat membantu melepaskan ketegangan dan meningkatkan aliran darah ke jantung. *Foot massage* akan membantu rileks dengan menstimulasi dan merevitalisasi kaki, yang pada gilirannya akan membantu sistem keseimbangan. Berikut hal-hal yang perlu dilakukan sebelum melakukan pijatan kaki: (Aslani, 2003) :

a. Menyediakan tempat yang nyaman

Pemijat harus memastikan bahwa ruangan berada pada suhu yang wajar (tidak terlalu panas atau terlalu dingin), memiliki pencahayaan yang cukup, dan memiliki permukaan yang rata dan nyaman untuk menciptakan suasana yang kondusif untuk relaksasi dan kenyamanan. Agar klien merasa lebih nyaman, bisa memilih karpet yang memiliki busa karet jika diperlukan.

b. Menyeimbangkan diri

Berada dalam keadaan rileks dan nyaman sangat penting untuk memberikan pijatan yang berkualitas. Untuk memastikan rentang gerak penuh selama pemijatan, kenakan pakaian longgar. Untuk menenangkan diri, letakkan tangan di bawah pusar dan rasakan hangatnya. Lalu, buka mata perlahan.

c. *Effluarage*

Saat memulai dan mengakhiri pemijatan, *effleurage* adalah gerakan menggosok lembut yang menenangkan sekaligus efektif. Tujuan dari gerakan ini adalah untuk menghangatkan otot dan membubarkan minyak pijat agar lebih mudah beristirahat.

d. Massase pada klien

Setelah pelanggan menyelesaikan langkah-langkah di atas, mereka siap untuk dipijat. Saat pelanggan berbaring, pemijat memberikan tekanan sementara handuk menutupi tubuhnya, tidak termasuk kaki.

5. Teknik melakukan *Foot Massage*

Langkah-langkah *foot massage* sebagai berikut: (Ainun, dkk 2021)

- a. Lakukan pengukuran tekanan darah sebelum melakukan tindakan dengan menggunakan sphygmomanometer.
- b. Tempatkan handuk dibawah paha dan tumit
- c. Memasang handscoon
- d. Oleskan minyak zaitun pada kedua telapak tangan.
- e. Lakukan pijatan kaki selama 15 detik, dimulai dari telapak kaki dan bergerak ke arah jari kaki, dengan fokus pada setiap bagian kaki.
- f. Pantau tingkat kenyamanan pasien selama sesi pijat.
- g. Berikan tekanan lembut dengan telapak tangan peneliti untuk menggosok dan memanipulasi kaki pasien, bergerak dari tengah ke arah tepi, selama 15 detik.
- h. Lakukan tindakan pada kaki kanan dan kiri.
- i. Sambil menopang tumit pasien dengan tangan kiri, peneliti harus menggunakan tangan kanannya untuk memegang seluruh jari kaki. Selanjutnya, putar pergelangan kaki pasien tiga kali searah jarum jam, lalu tiga kali berlawanan arah jarum jam, dengan total waktu masing-masing lima belas detik.
- j. Pertahankan posisi kaki dengan ujung jari kaki mengarah ke luar, dan lakukan tiga kali pengulangan gerakan maju dan mundur yang masing-masing berlangsung selama 15 detik.

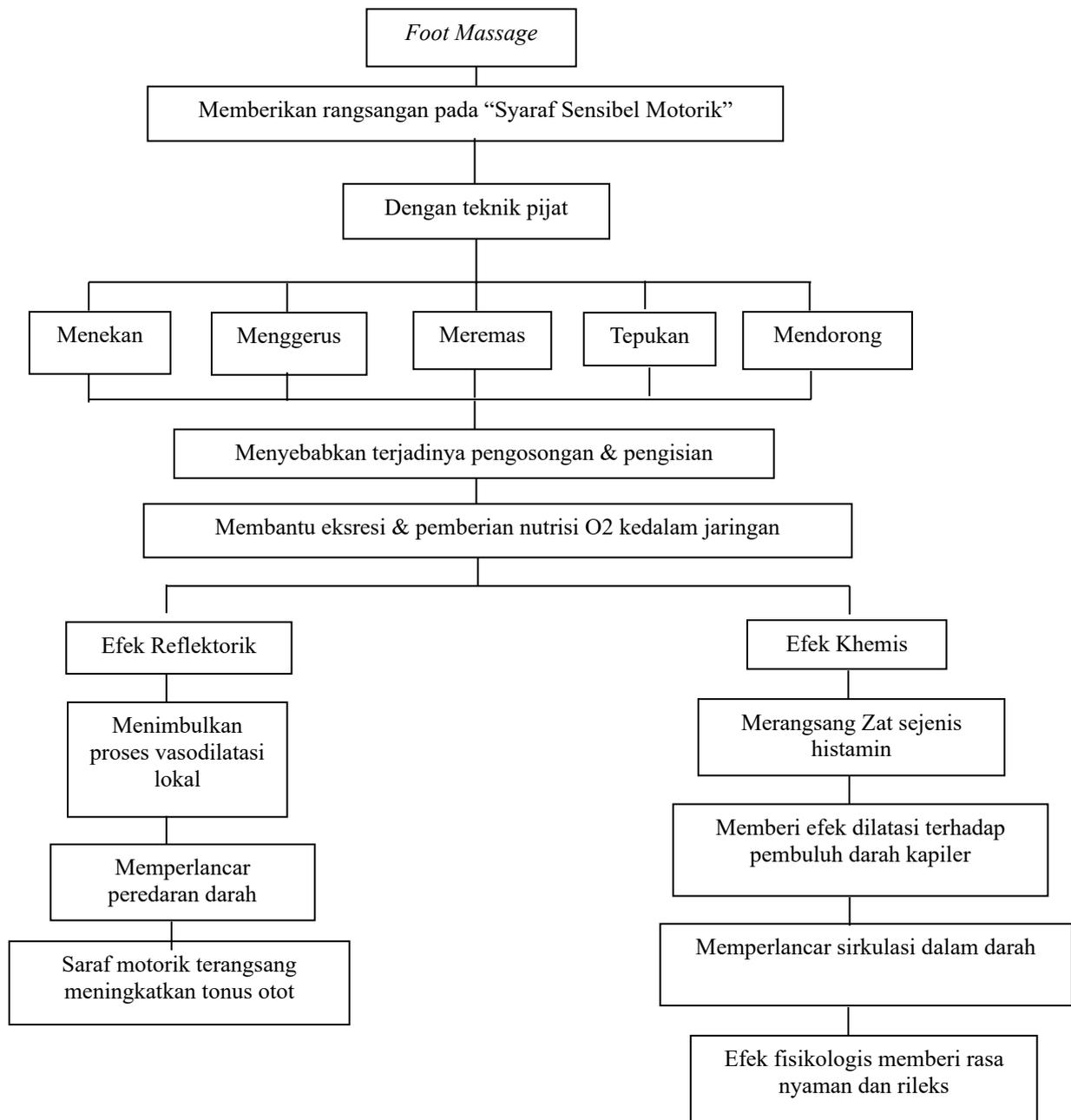
- k. Letakkan ibu jari peneliti pada permukaan plantar kaki pasien, sedangkan keempat jari peneliti ditempatkan pada permukaan punggung kaki.
- l. Berikan tekanan lembut dan gerakkan kaki secara maju mundur selama 15 detik. Peneliti menstabilkan kaki kiri pasien dengan tangan kiri, kemudian menggunakan tangan kanan untuk memutar dan memijat jari kaki dengan gerakan berulang selama beberapa waktu. 15 detik, dengan total 3 repetisi, untuk menilai tingkat ketegangan.
- m. Dengan tetap mempertahankan posisi yang sama, tangan kiri memberikan tumpuan pada kaki, dilanjutkan dengan tangan kanan yang menggenggam bagian belakang kaki pasien. Kemudian dilakukan pemijatan mulai dari punggung kaki hingga ujung jari kaki pasien dengan durasi 15 detik.
- n. Pindahkan tangan, dengan tangan kanan peneliti menopang kaki pasien dan tangan kiri peneliti menggenggam bagian posterior kaki pasien, berikan pijatan selama 15 detik.
- o. Letakkan tangan kiri di bawah tumit dan tangan kanan di atas, putar searah jarum jam. Kemudian, gunakan tenaga ringan dengan mendorong kaki selama 15 detik.
- p. Dengan tangan kiri menopang tumit, tekan ke bawah dengan tangan kanan dan pijat ruang di antara jari-jari dengan gerakan ke atas dan ke bawah selama beberapa detik. durasi lima belas detik.

- q. Pegang jari-jari kaki dengan tangan kiri dan berikan tekanan pada telapak kaki dengan tangan kanan, bergerak ke arah tumit, selama 15 detik.
- r. Lakukan lagi pengukuran tekanan darah setelah melakukan tindakan

6. Konsep *Foot Massage* Terhadap Tekanan Darah

Pasien hipertensi bisa mendapatkan manfaat dari perawatan *foot massage* secara teratur dalam menurunkan tekanan darah. Pasalnya, akibat efek pijatan yang menenangkan, pembuluh darah tubuh bisa membesar sehingga sirkulasi oksigen, nutrisi, dan darah menjadi lebih baik. Efek menenangkan dan menenangkan dari terapi *foot massage* juga dapat memicu pelepasan bahan kimia endorfin. Selain itu, terdapat manfaat sistemik dari perawatan pijat, seperti mengurangi stres saraf dan meningkatkan sistem vegetasi tubuh yang berada di bawah arahan otak dan sistem saraf (Sri, 2021).

Komponen kunci dari pijatan adalah kemampuannya untuk meningkatkan aliran darah ke seluruh bagian tubuh, termasuk otak. Ketika suplai darah ke otak berkurang atau terputus sama sekali karena penyumbatan, penyakit kritis pun muncul. Pijat dapat membantu pembuluh darah otak melebar dan mengalir lebih lancar, memastikan otak menerima cukup oksigen dan nutrisi untuk menjalankan banyak tugasnya. sebagai pusat pengendalian fungsi vital tubuh termasuk jantung, yang pada gilirannya mempengaruhi tekanan darah dan denyut nadi secara teratur (Trisnowiyanto.2012).



Gambar 2. 2 Mekanisme *Foot Massage*

7. Indikasi *Foot Massage*

- a. Penderita hipertensi agar tekanan darahnya turun
- b. Mencapai stroke ringan
- c. Hemodinamik yang tidak stabil menandakan kondisi pasien kritis.
- d. Pasien rematik
- e. Ibu setelah melahirkan untuk memperkuat ASI
- f. Individu yang tingkat nyerinya tidak dapat dikelola

8. Kontraindikasi *Foot Massage*

Saat merawat luka, memar, ruam, luka bakar, dan sengatan matahari, sebaiknya hindari memberikan tekanan dan gesekan. Yang terbaik adalah menghindari memberikan terlalu banyak tekanan pada pergelangan kaki yang sakit atau patah tulang. Sebelum memijat kaki pasien, perawat sebaiknya mengenakan sarung tangan pelindung. Karena *foot massage* dimaksudkan untuk membantu memulihkan jaringan dan organ tubuh, maka penting untuk menjauhi segala sesuatu yang dapat melukai bagian tubuh lainnya.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Suppratti (2016) yang dikutip dalam Firda (2023), pengkajian merupakan konsep dasar praktik keperawatan. Tujuannya adalah untuk mengumpulkan informasi klien untuk mendeteksi kesulitan mental, sosial, atau lingkungan yang mungkin dihadapi klien. (Suppratti, 2016 dalam Firda, 2023).

Prabowo (2014) menyatakan bahwa ada beberapa aspek pada pasien CKD yang memerlukan penelitian lebih lanjut, antara lain:

a. Identitas Klien

Pasien gagal ginjal kronik sebaiknya diperiksa identitasnya terlebih dahulu. Dalam konteks ini, “identitas” mengacu pada nama lengkap, alamat, umur, tempat lahir, suku, profesi, tingkat pendidikan, dan tanggung jawab keuangan seseorang. Rincian seperti nama lengkap pasien, DOB, nomor rekam medis, dan keluhan utama diperlukan untuk evaluasi identifikasi.

b. Keluhan Utama

Beberapa gejala yang mungkin dialami pasien antara lain penurunan produksi urin, kehilangan kesadaran akibat masalah pada sistem sirkulasi-ventilasi, anoreksia, mual, muntah, kelelahan ekstrem, napas berbau amonia, dan gatal-gatal. Akibat kegagalan filtrasi ginjal, sisa metabolisme dan senyawa berbahaya lainnya menumpuk di dalam tubuh sehingga menyebabkan penyakit ini.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan utama dan rincian tambahan mengenai keluhan, seperti kapan dirasakan, berapa lama berlangsung, dan variabel apa yang dapat memperburuk atau meringankan keluhan, merupakan bagian dari evaluasi riwayat kesehatan terkini yang dapat dipelajari. Keluhan primer adalah keluhan yang mendorong seseorang atau pasien untuk mencari bantuan dari lembaga kesehatan. Gejala CKD pada pasien antara lain berkurangnya produksi urin, gangguan kognisi, pola pernapasan rendah yang tidak normal (akibat masalah pada sistem

ventilasi), kelelahan ekstrem, kelainan kulit, dan napas berbau amonia. Anoreksia, mual, muntah, dan kelainan nutrisi dapat terjadi akibat pengaruhnya terhadap sistem metabolisme.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Masalahnya akan dikonfirmasi oleh informasi mengenai kesehatan masa lalu. Periksa glomerulonefritis, pielonefritis, ureteritis, nefrolitiasis, kista ginjal (ginjal polikistik), kanker ginjal, batu ginjal, tumor, striktur, diabetes, kolesterol tinggi, hipertensi, tuberkulosis paru, sifilis, malaria, dan hepatitis.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat keluarga mempunyai pengaruh yang kecil terhadap CKD karena penyakit ini tidak menular atau diturunkan. Karena CKD diturunkan dalam keluarga, pemicu sekunder termasuk diabetes dan tekanan darah tinggi juga berdampak pada penyakit ini.

2. Fokus Pengkajian

a. Pola Nutrisi

Penderita CKD sering kali mengalami peningkatan berat badan akibat edema, namun bisa juga mengalami penurunan berat badan akibat malnutrisi yang ditandai dengan anoreksia dan muntah-muntah.

b. Pola Eliminasi

Bila keluaran urin turun di bawah 30 cc/jam atau 500 cc/24 jam, ini disebut oliguria. Tidak bisa buang air kecil sama sekali, suatu kondisi yang

disebut anuria, juga mungkin terjadi. Selain itu, terjadi perubahan warna urine antara lain kuning tua, merah, dan coklat.

c. Pola Istirahat dan Tidur

Penderita gagal ginjal kronis mungkin mengalami kesulitan tidur dan istirahat yang cukup. Hal ini karena timbulnya gejala di malam hari seperti nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, dan kegelisahan sering terjadi.

d. Pola Aktivitas

Kelemahan otot merupakan gejala umum pada penderita gagal ginjal kronik yang dapat mempengaruhi pola aktivitasnya. Selain itu, pasien akan merasakan perubahan nyata dari keadaan sebelumnya karena kelelahan hebat yang dideritanya saat melakukan tugas sehari-hari

e. *Personal Hygiene*

Sistem dermatologi adalah area lain yang mungkin terpengaruh oleh strategi perawatan mandiri pasien gagal ginjal kronis. Pasalnya, sabun yang mengandung gliserin diketahui dapat mengeringkan kulit.

3. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

a. Tekanan Darah

Penderita gagal ginjal kronik umumnya mengalami peningkatan tekanan darah. Kisaran tekanan darah pada orang dewasa pada umumnya adalah 100-140/60-90 mmHg, dengan rata-rata 120/80 mmHg. Pada individu yang lebih tua, kisarannya adalah 100-160/60-90 mmHg, dengan rata-rata 130/180 mmHg.

b. Nadi

Detak jantung tidak teratur biasanya terlihat pada individu dengan gagal ginjal kronis. Ini bisa sangat cepat atau sangat lamban. Denyut nadi rata-rata bervariasi antar individu, meskipun kisaran khas untuk orang dewasa adalah 60-100 denyut per menit.

c. Suhu

Peningkatan suhu tubuh dapat disebabkan oleh sepsis atau dehidrasi sehingga menyebabkan terjadinya demam. Kisaran suhu tubuh pada manusia pada umumnya dapat berbeda-beda tergantung tempat yang diukur. Suhu aksila $36,4C^{\circ}$, suhu rektal $37,6C^{\circ}$, dan suhu mulut $37,0C^{\circ}$.

d. Respirasi

Pasien gagal ginjal kronik umumnya mengalami komplikasi sistem pernafasan. Hal ini disebabkan oleh laju pernapasan yang terlalu cepat dan sensasi sesak napas. Frekuensi pernapasan khas pada manusia berkisar antara 12 hingga 20 napas per menit, dengan rata-rata 18 napas per menit.

e. Keadaan

Pasien dengan gagal ginjal kronis sering kali menunjukkan kondisi keseluruhan yang lemah dan tampak sakit parah. Selain itu, tingkat kesadaran mereka cenderung menurun akibat dampak uremia pada sistem saraf pusat.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Rambut rontok yang ditandai dengan penipisan, kekeringan, dan

perubahan warna merupakan gejala umum pada penderita gagal ginjal kronis. Selain itu, kulit dan rambut akan terasa kasar, kulit menjadi kering dan kusam, serta wajah tampak pucat.

b. Telinga

Saat memeriksa telinga pasien gagal ginjal, penting untuk memastikan kedua telinga berada pada tempat yang sama dan tidak ada penumpukan serumen (kotoran telinga), serta memeriksa pendengaran pasien dan kebersihan telinga. telinga.

c. Mata

Pada pemeriksaan mata, endapan mineral kalsium fosfat dapat diamati pada bagian perifer mata pasien dengan gagal ginjal kronis, suatu kondisi yang dikenal sebagai uremia berkepanjangan. Selain itu, penderita anemia berat akan mengalami konjungtiva pucat, gangguan penglihatan, dan edema di sekitar mata.

d. Hidung

Pemeriksaan fisik pada hidung dapat mengetahui apakah pasien mengeluarkan sesuatu atau tidak, serta apakah pasien bernapas melalui saluran hidung. Selain itu, evaluasi kekenyalan dan kekeringan kulit serta simetri lubang hidung.

e. Mulut

Pemeriksaan Kesehatan Mulut untuk individu dengan gagal ginjal kronis juga mencakup pemeriksaan mulut secara menyeluruh. Dalam hal ini, evaluasi didasarkan pada fakta bahwa, sebagai akibat dari penyebab uremik

dan ulserasi pada gusi serta bibir yang tampak kering, amonia biasanya terdeteksi ketika seseorang bernapas.

f. Leher

Pada pasien gagal ginjal, pemeriksaan fisik pada leher dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan seperti adanya massa, kaku, edema, kulit kering, pucat atau kusam, pembesaran kelenjar getah bening, atau perubahan posisi trakea.

g. Thoraks

Pola pernapasan yang cepat dan dalam, disebut juga kussmaul, menyebabkan otot-otot dada berkontraksi, dan batuk, dengan atau tanpa dahak yang kental dan banyak, mempercepat proses pernapasan. Catat apakah ada nyeri atau bengkak, dan lihat apakah bisa merasakan adanya gerakan di dinding dada. Ketika paru-paru membengkak karena edema, seluruh area paru-paru yang biasanya beresonansi menjadi tuli pada penyakit ginjal kronis. Jika mendengar suara lain saat bernapas, seperti mengi, stridor, gesekan pleura, atau ronki, perhatikan hal tersebut.

h. Abdomen

Asites menyebabkan kulit perut tampak mengkilat, sedangkan bagian tubuh lainnya mengalami kekeringan, pucat, bersisik, berwarna coklat kekuningan, dan gatal-gatal. Periksa bising usus pada keempat sudut perut. Jika dilihat dari sudut costo-vertebral, pasien dengan penyakit ginjal kronis kemungkinan besar akan menunjukkan rasa nyeri. Langkah selanjutnya

adalah merasakan adanya benjolan di ginjal di tempat terjadinya rasa tidak nyaman tersebut.

i. Kulit dan Kuku

Kuku biasanya menjadi rapuh dan tipis pada individu dengan gagal ginjal kronis. Kulit menjadi pucat, kering, mengelupas, bersisik, dan gatal. Pruritus muncul. Warna kulit coklat kekuningan. Memar, embun beku uremik, ekimosis, hiperpigmentasi, CRT > 3 detik, dan kulit terasa kasar dan tidak rata merupakan gejala selanjutnya.

j. Genetalia

Pada pasien gagal ginjal kronik, pemeriksaan fisik pada alat kelamin juga lazim dilakukan untuk menilai tingkat kebersihan organ tersebut. Selain itu, pemeriksaan fisik alat kelamin dilakukan untuk mendeteksi adanya lesi.

k. Ekstremitas

Edema, atau pembengkakan, pada kaki adalah gejala umum gagal ginjal kronis. Gejala seperti tirah baring, lemas, kelelahan, kulit kering, hiperpigmentasi, pengeroposan kulit, dan turgor kulit > 3 detik akibat edema umumnya terlihat pada tungkai dan paha klien.

5. Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan tindakan keperawatan yang terbaik untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatannya, diagnosis keperawatan sangatlah penting. Berikut diagnosa keperawatan pada pasien yang menderita gagal ginjal kronik: (PPNI, 2018) :

a. Hipervolemia b.d mekanisme regulasi (D.0023)

- b. Gangguan pertukaran gas b.d kelelahan otot pernapasan (D.0003)
- c. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)
- d. Nyeri akut b.d agen pecedera fisiologis (D.0077)
- e. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)
- f. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d perubahan status nutrisi (D.0129)
- g. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)
- h. Nausea, vomitus b.d gangguan biokimiawi (mis. Uremia, ketoasidosis diabetik) (D.0076)

6. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 3 Intervensi keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Hipervolemia b.d Mekanisme regulasi (D.0023)	Keseimbangan cairan (L.03020) Diharapkan keseimbangan cairan membaik setelah...x7... jam dilakukan tindakan keperawatan, berdasarkan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Haluaran urin meningkat (5) Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat - Edema menurun (5) Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	Manajemen hipervolemia (I.03114) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Perhatikan adanya ortopnea, dispnea, edema, peningkatan refleks hepatjugular positif, atau suara napas ekstra; ini bisa menjadi indikator hipervolemia. 1.2 Tentukan apa yang menyebabkan hipervolemia 1.3 Pantau status hemodinamik pasien (misalnya denyut nadi, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, POMP, CO, CI) jika ada. 1.4 Pantau berapa banyak cairan yang dikonsumsi dan dikeluarkan. 1.5 Perhatikan baik-baik penanda hemokonsentrasi, seperti kadar garam, nitrogen urea darah, hemoglobin A1c, dan berat jenis urin. 1.6 Waspadaai gejala peningkatan tekanan onkotik plasma, seperti

		<ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit membaik (5) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>peningkatan kadar albumin dan protein.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Perhatikan baik-baik kecepatan infus 1.8 Waspadai hiponatremia, hipokalemia, hipotensi ortostatik, hipovolemia, dan hipotensi sebagai efek samping diuretik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.9 Gunakan waktu yang sama setiap hari untuk menimbang diri 1.10 Mengurangi konsumsi cairan dan garam. 1.11 Naikkan kepala tempat tidur 30–40 derajat. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.12 Harap beri tahu jika keluaran urin kurang dari setengah mililiter per kilogram per jam dalam waktu enam jam. 1.13.13 Disarankan untuk melaporkan kenaikan berat badan lebih dari 1 kilogram setiap hari 1.14.14 Tunjukkan kepada siswa cara memantau asupan dan distribusi cairan mereka. 1.15.15 Instruksikan tentang cara membatasi asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.16 Penggunaan diuretik dalam pengaturan tim 1.16 1.17 Pengisian kalium kolaboratif untuk kehilangan kalium akibat diuretik 1.18 Pemberian CRRT bersama jika diperlukan.
2.	<p>Gangguan pertukaran gas b.d kelelahan otot pernapasan (D.0003)</p>	<p>Pertukaran Gas (L.01003)</p> <p>Pertukaran gas diantisipasi akan meningkat sesuai dengan standar berikut setelah pelaksanaan intervensi keperawatan selamax... jam:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PO₂ membaik (5) - Takikardi membaik (5) - Ph arteri membaik (5) <p>Ket :</p> <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 	<p>Pemantauan Respirasi (I. 01014)</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Melacak kedalaman, usaha, ritme, dan frekuensi pernapasan. 2.2 Waspadai pola pernapasan yang tidak normal (misalnya pernapasan cepat, pernapasan dangkal, pernapasan dangkal,

		<p>2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik</p>	<p>hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne Stokes, Biot, ataksik).</p> <p>2.3 Perhatikan seberapa baik pasien bisa batuk</p> <p>2.4 Waspadaai tumbuhnya dahak</p> <p>2.5 Waspadaai penyumbatan jalan napas.</p> <p>2.6 Simetri ekspansi paru dan jantung berdebar</p> <p>2.7 Mendengarkan suara yang dihasilkan oleh nafas</p> <p>2.8 Periksa kadar oksigen</p> <p>2.9 Merekam pembacaan AGD</p> <p>2.10 Mengawasi hasil rontgen dada</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.11 Tentukan interval pemantauan pernapasan spesifik kondisi pasien.</p> <p>2.12 Tulis Hasil pemantauan dokumen (2.12)</p> <p>Edukasi</p> <p>2.13 Instruksi dan Jelaskan tujuan dan metode pemantauan</p> <p>2.14 Mengkomunikasikan temuan pemantauan, bila diperlukan</p>
3.	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)</p>	<p>Perfusi perifer (L02011) Kriteria hasil berikut dimaksudkan untuk dipenuhi dalam tindakan keperawatan peningkatan perfusi perifer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengisian kapiler membaik (5) - Akral membaik (5) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit pucat menurun (5) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Verifikasi aliran darah ke ekstremitas 3.2 Menentukan potensi bahaya 3.3 Waspadaai tanda-tanda kemerahan, bengkak, rasa tidak nyaman, atau suhu pada anggota badan. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4 Jangan memasang infus atau mengambil darah di tempat dengan aliran darah rendah. 3.5 Lakukan pembacaan tekanan darah pada anggota tubuh yang aliran darahnya buruk. 3.6 Jangan menggunakan tourniquet pada area cedera dan menekannya. 3.7 Berusaha menghindari penularan 3.8 Rawat kuku dan kaki 3.9 Pendidikan tentang Hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.10 Sarankan berhenti merokok

			<p>3.11 Sarankan rutinitas kebugaran yang teratur</p> <p>3.12 Untuk mencegah luka bakar pada kulit, disarankan untuk memantau air mandi.</p> <p>3.13 Anjurkan pasien untuk meminum obat untuk mengontrol tekanan darah, pembekuan darah, dan kolesterol jika diresepkan.</p> <p>3.14 Tekankan perlunya minum obat secara konsisten untuk mengatur tekanan darah.</p> <p>3.15 Pemblokir beta harus dihindari.</p> <p>3.16 Sarankan perawatan kulit secara teratur</p> <p>3.17 Program rehabilitasi vaskular harus direkomendasikan</p> <p>3.18 Memberikan instruksi tentang pola makan untuk meningkatkan aliran darah</p> <p>3.19 Memberikan rincian gejala dan tanda yang harus dilaporkan pada saat terjadi keadaan darurat.</p>
4.	Nyeri akut b.d agen pcedera fisiologis (D.0077)	<p>Tingkat nyeri (L.08066) Kriteria hasil berikut akan digunakan untuk menentukan apakah tingkat nyeri menurun setelahx.... jam tindakan keperawatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun (5) - Meringis menurun (5) - Gelisah menurun (5) - Kesulitan tidur menurun (5) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Catat lokasi, jenis, frekuensi, lamanya, kualitas, dan intensitas nyeri. 4.2 Temukan skala nyeri 4.3 Belajar membaca bahasa tubuh untuk mendeteksi ketidaknyamanan 4.4 Menemukan penyebab nyeri dan pengentasannya 4.5 Mengenali informasi dan keyakinan terkait rasa sakit yang ada 4.6 Menentukan faktor sosial yang mempengaruhi bagaimana orang bereaksi terhadap rasa sakit 4.7 Mendefinisikan dampak rasa sakit terhadap kepuasan hidup 4.8 Periksa kemajuan terapi komplementer yang diberikan secara teratur. 4.9 Waspada tanda-tanda efek samping analgesik. <p>Terapeutik</p>

			<p>4.10 Menawarkan alternatif pengobatan untuk manajemen nyeri, seperti stimulasi saraf listrik transkutan (TENS), hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, dan terapi bermain.</p> <p>4.11 Suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan adalah contoh variabel lingkungan yang dapat memperkuat atau mengurangi rasa sakit.</p> <p>4.12 Meningkatkan relaksasi dan tidur</p> <p>4.13 Saat memilih metode untuk menghilangkan rasa sakit, pikirkan jenis dan asal mula rasa tidak nyaman tersebut.</p> <p>Edukasi</p> <p>4.14 Berikan penjelasan kapan, di mana, dan apa yang menyebabkan nyeri.</p> <p>4.15 Berikan beberapa pendekatan untuk mengurangi ketidaknyamanan</p> <p>4.16 Meningkatkan pemantauan nyeri secara mandiri</p> <p>4.17 Mempromosikan penggunaan obat pereda nyeri yang aman dan efektif</p> <p>4.18 Anjurkan metode selain pengobatan untuk manajemen nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.19 Pemberian obat pereda nyeri secara analgetik jika diperlukan</p>
5.	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (D. 0019)	<p>Status gizi</p> <p>Tujuannya adalah untuk meningkatkan status gizi dengan menggunakan kriteria hasil berikut setelah tindakan keperawatan dilakukan untukx....:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan membaik (5) - Berat badan membaik (5) - IMT membaik (5) <p>Ket :</p>	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Menentukan kondisi pola makan</p> <p>5.2 Cari tahu apakah ada intoleransi atau alergi makanan</p> <p>5.3 Tentukan preferensi makanan Anda</p> <p>5.4 Menentukan jenis nutrisi dan kebutuhan kalori</p> <p>5.5 Tentukan apakah selang antiemetik diperlukan</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 5.6 Pantau apa yang dimakan 5.7 Lacak berat badan pengguna 5.8 Melacak temuan pengujian <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.9 Jika merasa perlu, gosok gigi sebelum makan. 5.10 Membantu penetapan standar gizi (seperti piramida makanan) 5.11 Tampilkan makanan dengan cara yang menggugah selera dan pada suhu yang tepat (5.11). 5.12 Untuk menghindari konstipasi, berikan diet tinggi serat. 5.13 Beri mereka pilihan makanan yang tinggi kalori dan protein. 5.14 Jika diperlukan, berikan suplemen nutrisi. 5.15 Jika asupan oral dapat ditoleransi dengan baik, pemberian makanan melalui selang nasogastrik harus dihentikan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.16 Jika memungkinkan, mintalah mereka duduk. 5.17 Jelaskan pola makan yang teratur <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.18 Berikan obat-obatan penting (seperti obat pereda nyeri antiemetik) sebelum makan. 5.19 Mintalah saran dari ahli gizi untuk memastikan kebutuhan kalori dan nutrisi, jika memungkinkan.
6.	Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d perubahan status nutrisi (D.0129)	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <p>Integritas kulit dan jaringan diharapkan membaik setelah ...×...jam tindakan keperawatan dengan kriteria sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan jaringan menurun (5) - Kerusakan lapisan kulit menurun (5) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Tentukan faktor apa saja yang mengurangi integritas kulit, seperti perubahan pola makan, sirkulasi, kelembapan, suhu, dan mobilitas. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.2 Jika berbaring, ubah posisi setiap dua jam. 6.3 Berikan tekanan pada penonjolan tulang yang mungkin memerlukannya. 6.4 Gunakan air hangat untuk membersihkan daerah

		<p>5. Menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekstur membaik (5) Ket : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>perineum, terutama bila terjadi diare.</p> <p>6.5 Jika menangani kulit kering, gunakanlah produk yang mengandung petrolium atau minyak.</p> <p>6.6 Untuk kulit halus, gunakan kosmetik hipoalergenik yang diformulasikan dengan bahan-bahan alami yang lembut.</p> <p>6.7 Didik diri sendiri untuk tidak menggunakan perawatan yang mengandung alkohol pada kulit kering.</p> <p>Edukasi</p> <p>6.8 Menyarankan penggunaan produk pelembab, seperti lotion atau serum.</p> <p>6.9 Pastikan orang minum cukup air</p> <p>6.10 Menyarankan makan lebih sehat</p> <p>6.11 Menyatakan bahwa masyarakat harus makan lebih banyak buah dan sayur.</p> <p>6.12 Menyarankan agar masyarakat menghindari panas terik dan dingin.</p> <p>6.13 Saat keluar rumah, pastikan menggunakan tabir surya dengan SPF minimal 30.</p> <p>6.14 Sarankan untuk mandi dan pastikan menggunakan sabun yang cukup</p>
7.	<p>Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)</p>	<p>Toleransi aktivitas (L.05047) Faktor-faktor berikut digunakan untuk menentukan apakah toleransi aktivitas akan meningkat setelah ...x... tindakan keperawatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan lelah menurun (5) Ket : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun - Kemudahan dalam melakukan aktivitas 	<p>Manajemen energi (I.05178) Observasi</p> <p>7.1 Kenali kondisi medis mendasar yang menyebabkan kelelahan</p> <p>7.2 Waspadai tanda-tanda kelelahan mental dan fisik</p> <p>7.3 Catat berapa jam dan tahapan tidur yang didapat setiap orang.</p> <p>7.4 Awasi posisi dan rasa sakit apa pun yang mungkin alami saat berolahraga</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.5 Ciptakan ruangan menenangkan yang bebas dari gangguan (seperti cahaya terang, suara keras,</p>

		<p>sehari-hari meningkat (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jarak berjalan meningkat (5) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 	<p>atau pengunjung yang tidak diinginkan).</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.6 Melaksanakan latihan rentang gerak pasif dan aktif 7.7 Berikan hal-hal menyenangkan untuk dilakukan sebagai pengalih perhatian. 7.8 Tempat duduk di samping tempat tidur jika tidak dapat bangun dari tempat tidur atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.9 Jadikan istirahat di tempat tidur sebagai prioritas 7.10 Disarankan untuk melakukan tugas secara bertahap. 7.11 Buatlah rekomendasi jika tidak melihat adanya pengurangan gejala kelelahan 7.12 Instruksikan metode untuk mengatasi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.13 Bekerja sama dengan ahli gizi untuk menemukan cara makan lebih banyak
8.	<p>Nausea b.d gangguan biokimiawi (mis. Uremia, ketoasidosis diabetik) (D.0076)</p>	<p>Tingkat Nausea (L.08065) Tujuannya adalah untuk mengurangi jumlah rasa mual dengan memenuhi kriteria berikut setelah melakukan tindakan keperawatan selama...x...jam :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan mual menurun (5) - Perasaan ingin muntah menurun (5) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Mengenali tanda-tanda ketidaknyamanan yang ditunjukkan orang lain melalui bahasa tubuh mereka (misalnya bayi, anak-anak, dan orang dengan ekspresi verbal terbatas) 8.2 Tentukan pengaruh mual terhadap kualitas hidup, termasuk rasa lapar, tingkat aktivitas, kemampuan menjalankan tugas, dan tidur. 8.3 Cari tahu apa yang membuat sakit (seperti obat atau perawatan tertentu) 8.4 Menemukan obat yang menghentikan mual (selain penyakit terkait kehamilan) 8.5 Awasi kejadian, lamanya, dan intensitas mual. 8.6 Melacak kalori dan nutrisi. <p>Terapeutik</p>

			<p>8.7 Mengurangi atau menghilangkan potensi sumber mual di lingkungan (seperti bau menyengat, suara keras, atau mengganggu pemandangan)</p> <p>8.8 Meminimalkan atau menghilangkan faktor-faktor yang menyebabkan mual, seperti kecemasan, ketakutan, atau kelelahan.</p> <p>8.9 Menyajikan porsi makanan yang menggugah selera dalam porsi kecil.</p> <p>8.10 Jika diperlukan, berikan makanan dingin dan minuman bening, tidak berbau, dan tidak berwarna.</p> <p>Edukasi</p> <p>8.11 Sarankan kebersihan gigi secara teratur, kecuali hal tersebut menyebabkan perut mual.</p> <p>8.12 Menyarankan makan banyak karbohidrat dan sedikit lemak.</p> <p>8.13 Menginstruksikan siswa dalam penggunaan metode selain pengobatan untuk pengobatan mual, seperti hipnosis, teknik relaksasi, terapi musik, akupresur, biofeedback, dan sebagainya.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8.14 Bila diperlukan, berikan obat antiemetik secara</p>
--	--	--	--

7. Implementasi Keperawatan

Serangkaian tindakan yang disebut dengan implementasi keperawatan dilakukan oleh perawat untuk membantu kliennya mencapai derajat kesehatan yang baik. Konsekuensi yang diharapkan ditentukan oleh kegiatan-kegiatan ini. Ruang lingkup intervensi perawat dapat didefinisikan sebagai berikut: memberikan dukungan emosional, memberikan intervensi terapeutik, dan

mengambil langkah-langkah untuk memperbaiki kondisi klien, mendidik keluarga klien, atau menerapkan tindakan pencegahan. Pada intinya, proses implementasi harus berkisar pada tuntutan klien dan faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, teknik penerapan asuhan keperawatan, dan aktivitas komunikasi. (Siregar, 2019).

8. Evaluasi Keperawatan

Dengan membandingkan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan dengan standar atau kriteria hasil yang ditentukan pada saat perumusan tujuan, maka tahap evaluasi dapat dilakukan (Hartati, 2010). Evaluasi dilakukan setelah setiap pesanan pelanggan sebagai bagian dari proses, dan evaluasi dilakukan untuk membandingkan reaksi klien terhadap tujuan umum dan khusus yang telah ditentukan. (Supratti, 2016).

Evaluasi dapat dilakukan dengan mengadopsi kerangka SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Perencanaan) sebagai prinsip panduan:

S : Reaksi subjektif pasien dan individu terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan

O : Reaksi pasien yang terukur dan dapat diamati terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

A : Mengevaluasi kembali bukti subyektif dan obyektif untuk menentukan apakah masalah telah terselesaikan, terselesaikan sebagian, masih belum terselesaikan, atau apakah masalah baru telah muncul.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan analisis respon pasien.

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Klien

Nama : Tn.W
Umur : 55 tahun
No.RM : 02144717
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Tanggal Lahir : 16/12/1968
BB : 70Kg
Agama : Islam
Status : Menikah
Pendidikan : S1
Pekerjaan : PNS
Alamat rumah : Tambak rel 8 no 26
Diagnosa medis : Gagal Nafas Tipe II + CKD + SUSP SNH

2. Keluhan Utama

a. Saat Masuk Rs (tanggal 19/12/2023 jam 01.10)

Pasien datang ke IGD dengan keluhan sesak napas dari jam 00.00, dengan tekanan darah 180/100mmHg, nadi 113×/menit, RR 28×/menit, SPO2 80%, temp 36,5°C

b. Saat pengkajian (tanggal 22/12/2023 jam 10.00)

Paien tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT on ventilator dengan kesadaran : GCS E1V(ETT)M1, pasien DPO dengan keadaan umum lemah TTV TD : 149/90mmHg, nadi : 114×/menit, RR :16×/menit, suhu: 36,5°C

c. Alasan dirawat di ICU

Awal mulai pasien dari IGD dengan kondisi pasien mengalami sesak napas

d. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan stroke pada tahun 2017

3. Primary survey

Airway : Pasien terpasang ETT ukuran 7,5 dengan kedalaman 21 cm dari atas bibir, terdapat sekret putih kental pada ETT pasien saat di suction sebanyak 5cc, dan 3cc pada suction mulut

Breathing : Napas support ventilator mode SimV+, volume tidal 400, peep 8, rr masuk : 15×/menit, rr keluar :16×/menit, Fio2: 40%, flow/trigger : 3.0 I, spo2: 100% dengan ETT ukuran 7,5 kedalaman 21cm diatas bibir

Circulation : Td : 149/90mmHg, MAP: $\frac{149 + (2 \times 90)}{3} = 109$ mmHg, HR : 114×/menit, CRT<2 detik, rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit

Fluid : pasien diberikan susu neprisol dengan takaran 50ml dibilas dengan air putih sebanyak 20ml, dengan hasil produksi urin selama 4 jam sebanyak 5cc. input : 424,4 output : 188 balance

$$= +236,2$$

4. Secondary Survey

Brain : GCS E1V(ETT)M1, tingkat kesadaran DPO dengan midazolam, pupil isokor dengan ukuran pupil 2, reflek cahaya (+), conjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik

Breathing : Tidak ada reflek muntah saat dilakukan suction, napas on ventilator mode SimV+, dengan ETT ukuran 7,5 kedalaman 21cm diatas bibir +, volume tidal 400, peep 8, rr masuk: 15×/menit, rr keluar:16×/menit, Fio2: 40%, flow/trigger : 3.0 I, spo2: 100%

- Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada lesi, pengembangan dada simetris
- Palpasi : pengembangan dada simetris kanan kiri
- Perkusi : terdengar bunyi sonor
- Auskultasi : suara napas vesikuler

Blood : Td : 149/90mmHg, MAP: $\frac{149 + (2 \times 90)}{3} = 109$ mmHg, HR : 114×/menit, CRT<2 detik, terpasang CDL pada vena jugularis dextra, pasien pertama kali melakukan cuci darah

- Inspeksi : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mukosa bibir kering
- Palpasi CRT<2 detik
- Auskultasi : tidak ada bunyi jantung tambahan

Bladder : Terpasang kateter urine dengan produksi urine setiap 4 jam

sebanyak 5cc berwarna kuning terang

Bowel : Pasien menggunakan pampers, tidak ada BAB, bising usus

13×/menit, pasien terpasang NGT

- Inspeksi : abdomen simetris, tidak ada lesi, perut tampak buncit

- Palpasi : tidak ada massa

- Perkusi : suara timpani

- Auskultasi : 13×/menit

Bone : Terpasang jalan infus syringe pump fentanil pada ekstremitas

bawah kiri, terpasang *Cateter Double Lumen* (CDL) pada vena *jugularis dextra*, terdapat kelemahan pada ekstremitas kiri atas

dan bawah

5. Skala *Indeks Barthel*

Tabel 3. 1 Indeks Barthel

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai skor
1	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)	0
		1	Kadang – kadang terkendali	
		2	Mandiri	
2	Mengendalikan Rangsangan Berkemih	0	Tak terkendali/pakai kateter	0
		1	Kadang – kadang tak terkendali (1x24 jam)	
		2	Mandiri	
3	Membersihkan diri (Cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	0
		1	Mandiri	
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	0
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	

5	Makan	0	Tidak mampu	0
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	0
		1	Perlu banyak bantuan untuk duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	
7	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	0
		1	Bisa pindah dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8	Memakai baju	0	Tergantung orang lain	0
		1	Sebagian dibantu (misal mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	0
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10	Mandi	0	Tergantung orang lain	0
		1	Mandiri	
Total				0

Keterangan:

- 20 : Mandiri
 12 – 19 : Ketergantungan ringan
 9 – 11 : Ketergantungan sedang
 5 – 8 : Ketergantungan berat
 0 – 4 : **Ketergantungan total**

6. Skala Morse

Tabel 3. 2 Skala Morse

Faktor Resiko	Skala	Skor	
		Standar	Hasil
Riwayat jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Ya	25	25
	Tidak	0	
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya	15	15
	Tidak	0	
Menggunakan Alat Bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar	30	
	Kruk, tongkat, walker	15	
	Bedrest/ dibantu perawat	0	0
Menggunakan IV dan Catheter	Ya	20	20
	Tidak	0	
Kemampuan Berjalan	Lemah	10	
	Tidak Normal/ Pincang	20	

	Normal/ Bed rest/ Immobile	0	0
Status Mental	Tidak Sadar akan Kemampuannya/Post Op 24 Jam	15	
	Orientasi Sesuai Kemampuan diri	0	0

Keterangan :

≥ 45 : **Risiko tinggi jatuh**

25-44 : Risiko sedang jatuh

0-24 : Risiko rendah jatuh

7. Skala Norton

Tabel 3. 3 Skala Norton

Penilaian	4	3	2	1
Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
Aktivitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempat tidur
Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
Inkontinensia	Kontinensia	Kadang inkontinensia urin	Selalu inkontinensia urin	Inkotinensia urin
Skor	4			4
Total Skor	8			

Keterangan :

< 12 : **Resiko tinggi terjadi dekubitus**

12-15 : Resiko Sedang dekubitus

16-20 : Resiko Rendah terjadi dekubitus

8. Skala *Critical Care Pain Observation Tools (CPOT)*

Tabel 3. 4 Skala *Critical Care Pain Observation Tools (CPOT)*

Indikator	Deskripsi	Nilai
Ekspresi wajah	Merasa sangat nyaman	0
	Pengetatan orbit (seperti saat menangis atau membuka mata selama operasi), alis kendur, dan kerutan	1
	Pasien mungkin mengalami mulut terbuka atau gigitan pada tabung ETT, selain semua gerakan wajah yang disebutkan di atas dan kelopak mata yang tertutup rapat.	2
Gerakan tubuh	Bergerak atau berada dalam posisi biasa tidak menyebabkan rasa sakit.	0
	Sentuh bagian yang sakit dengan hati-hati dan perlahan, pastikan untuk melindunginya.	1

	Upaya untuk duduk, gerakan kaki, tidak mengikuti instruksi, memukul atau membuat ulah, dan berusaha bangun dari tempat tidur (gelisah) merupakan gejala tarikan selang.	2
Ketegangan otot (di evaluasi dengan fleksi pasif pada lengan atas pasien)	Tidak ada kekakuan atau ketegangan saat bergerak pasif	0
	Pasien tegang dan kaku, dan mereka resisten terhadap gerakan pasif.	1
	Kesulitan atau ketidakmampuan untuk bergerak karena ketegangan atau kekakuan yang ekstrim	2
Penyesuaian terhadap ventilator (pasien dengan ETT)	Pernapasan tampak normal, dan alarm tidak berbunyi.	0
	Alarm berbunyi, lalu mati (seperti batuk yang sudah biasa).	1
	Obstruksi pernafasan, peringatan berulang (menolak ventilator, menangis)	2
Vokal (pada pasien tanpa ETT)	Jangan bersuara apa pun atau berbicara dengan nada suara normal.	0
	Keluarkan tiramisu	1
	Menangis	2
Total		2

Skor 0 : tidak nyeri

Skor 1-2 : nyeri ringan

Skor 3-4 : nyeri sedang

Skor 5-6 : nyeri berat

Skor 7-8 : nyeri berat

9. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Tanggal 21/12/2023

Tabel 3. 5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
KIMIA KLINIK			
•ANALISIS GAS DARAH 3			
PH	7,081	-	7,35 – 7,45
PCO2	45,7	mmHg	35 – 45
PO2	354	mmHg	80 – 105
BE	-16	mmol/L	-2 - +3
HCO3	13,6	mmol/L	22 – 26
TCO2	15	mmol/L	23 – 27
SO2	100	%	95 – 98
TEMP	36,8	-	-
TD	175/85	-	-
NADI	134	-	-
RR	16	-	-
SATURASI	100	-	-
TERPASANG VENTILATOR MODE	SIMV	-	-
SETTINGAN	FIO2 40%	-	-
KIMIA KLINIK			
•UREUM 3			

UREUM	255	mg/dl	17 – 43
CREATININ	17,6	mg/dl	P 0,7-1,2 – W 0,5-0,9

Tanggal 22/12/2023

Tabel 3. 6 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
KIMIA KLINIK			
•ANALISIS GAS DARAH 3			
PH	7,019	-	7,35 – 7,45
PCO2	35,8	mmHg	35 – 45
PO2	168	mmHg	80 – 105
BE	-22	mmol/L	-2 - +3
HCO3	9,3	mmol/L	22 – 26
TCO2	10	mmol/L	23 – 27
SO2	99	%	95 – 98
TEMP	36,2	-	-
TD	138/89	-	-
NADI	91	-	-
RR	18	-	-
SATURASI	100	-	-
TERPASANG VENTILATOR MODE	SIMV	-	-
SETTINGAN	FIO2 40%	-	-

Tanggal 23/12/2023

Tabel 3. 7 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
KIMIA KLINIK			
•ANALISIS GAS DARAH 3			
PH	7,136	-	7,35 – 7,45
PCO2	47,3	mmHg	35 – 45
PO2	103	mmHg	80 – 105
BE	-13	mmol/L	-2 - +3
HCO3	16,1	mmol/L	22 – 26
TCO2	18	mmol/L	23 – 27
SO2	96	%	95 – 98
TEMP	36,2	-	-
TD	181/86	-	-
NADI	95	-	-
RR	14	-	-
SATURASI	98	-	-
TERPASANG VENTILATOR MODE	SIMV	-	-

Tanggal 24/12/2023

Tabel 3. 8 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
KIMIA KLINIK			
•ANALISIS GAS DARAH 3			
PH	7,187	-	7,35 – 7,45
PCO2	37,1	mmHg	35 – 45
PO2	63	mmHg	80 – 105
BE	-14	mmol/L	-2 - +3
HCO3	14,1	mmol/L	22 – 26
TCO2	15	mmol/L	23 – 27
SO2	86	%	95 – 98
TEMP	37,0	-	-
TD	150/90	-	-
NADI	88	-	-
RR	20	-	-
SATURASI	100	-	-
TERPASANG VENTILATOR MODE	SIMV	-	-
SETTINGAN	FIO2 40%	-	-

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
•DARAH LENGKAP (2)			
HEMOGLOBIN	7,1	gr/100ml	P 13-16 – W 12-14
HEMATOKRIT	21	vol%	P 40-48 – W 37-43
LEUKOSIT	9,400	/mm3	5.000 – 10.0000
BASOFIL	0,1	%	0 - 1
EOSINOFIL	1,4	%	1 - 3
NETROFIL	82,8	%	50 – 70
LIMFOSIT	4,9	%	20 - 40
MONOSIT	10,8	%	2 - 8
THROMBOSIT	226.000	/mm3	150.000 – 450.000
KIMIA KLINIK			
•UREUM 3			
UREUM	253	mg/dl	17 - 43
CREATININ	14,6	mg/dl	P 0,7-1,2 – W 0,5-0,9
Na+	128	mmol/L	135 – 155
K+	4,6	mmol/L	3,4 – 5,3
CL-	96	mmol/L	98 - 106

10. Pemeriksaan Radiologi

Tanggal 19/12/2023

Hasil :

- a. Cardiomegaly disertai dengan edema paru
- b. Terpasang ETT dengan tip 27mm dari carina

- c. Terpasang CVC pada *hemithorax* kanan dengan tip pada *midclavicula* setinggi CV Th7

Tanggal 20/12/2023

a. *Cardiomegaly* dengan tanda-tanda edema paru

b. *Dilatatio et atherosclerosis aortae*

11. Terapi Medis

Tabel 3. 9 Terapi Medis

Tanggal/Hari	Jam	Nama Obat dan Dosis	Rute Pemberian
21/12/2023	11.00	Asam folat 1×5mg	NGT
	11.00	Vit B6 2×1	NGT
	11.00	Vit B12 2×1	NGT
	11.00	Aminefron 2×2 tab	NGT
	15.00	Nabic 3×1	NGT
	09.00	NACL 0,9% 3×2cc	IV
	13.00	Inf moxifloxacin 1×400	IV
	11.00	Inj OMZ 2×40mg	IV
	11.00	Citicoline 2×250mg	IV
	Maintenance	Sp midazolam rate 3	IV
	Maintenance	Sp fentanyl rate 2	IV
	Maintenance	Sp furosemide rate 0,3	IV
	08.00	Susu nefrisol 6×100cc	NGT
22/12/2023	11.00	Asam folat 1×5mg	NGT
	11.00	Vit B6 2×1	NGT
	11.00	Vit B12 2×1	NGT
	11.00	Aminefron 2×2 tab	NGT
	15.00	Nabic 3×1	NGT
	09.00	NACL 0,9% 3×2cc	IV
	13.00	Inf moxifloxacin 1×400	IV
	11.00	Inj OMZ 2×40mg	IV
	11.00	Citicoline 2×250mg	IV
	Maintenance	Sp midazolam rate 3	IV
	Maintenance	Sp fentanyl rate 2	IV
	Maintenance	Sp furosemide rate 0,3	IV
	08.00	Susu nefrisol 6×100cc	NGT
23/12/2023	11.00	Asam folat 1×5mg	NGT
	11.00	Vit B6 2×1	NGT
	11.00	Vit B12 2×1	NGT
	11.00	Aminefron 2×2 tab	NGT
	15.00	Nabic 3×1	NGT
	09.00	NACL 0,9% 3×2cc	IV
	13.00	Inf moxifloxacin 1×400	IV
	11.00	Inj OMZ 2×40mg	IV
	11.00	Citicoline 2×250mg	IV
	Maintenance	Sp midazolam rate 3	IV
	Maintenance	Sp fentanyl rate 2	IV
	Maintenance	Sp furosemide rate 0,3	IV
	08.00	Susu nefrisol 6×100cc	NGT

B. Analisa Data Kasus
Tanggal 21 Desember 2023

Tabel 3. 10 Analisa Data Kasus

No	Data subyektif data obyektif	Etiologi	Problem
1.	Ds : - Pasien tidak bisa dikaji terpasang ETT Do : - PCO ₂ 45,7 - Takikardi - Vt : 400ml	Kelelahan otot pernapasan	Gangguan ventilasi spontan (D.0004)
2.	Ds : - Pasien tidak bisa dikaji terpasang ETT Do : - Hematokrit 21 - Oliguria : Urine /4jam 5cc - Input 424,2 output 188 balance +236,2 - Edema - Turgor kulit >2 detik	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia (D.0022)
3.	Ds : - Pasien tidak bisa dikaji terpasang ETT Do : - PCO ₂ : 45,7 mmHg - Takikardi - HR 114×/menit - Ph arteri 7,081 - Kesadaran menurun	Perubahan membran alveolus	Gangguan pertukaran gas (D.0003)
4.	Ds : - Pasien tidak bisa dikaji terpasang ETT Do : - Sputum saat dilakukan suction oada ETT sebanyak 5cc - Terdapat sputum pada muluut sebanyak 3cc - Pasien tidak mampu batuk karena kesadaran menurun	Sekresi yang tertahan	Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)
5.	Ds : - Pasien tidak dapat dikaji terpasang ETT do : - Pasien cuci darah pertama kali pada tanggal 21 desember selama 5 jam - Melakukan transfusi darah, jenis darah PRC, 238 volume unit dengan golongan darah B+ - Ureum 255mg/dl - Creatinin 17,6 mg/dl	Disfungsi ginjal	Resiko perfusi renal tidak efektif (D.0016)

6.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Td : 149/90mmHg - Nadi : 114×/menit 	Perubahan <i>Afterload</i>	Resiko penurunan curah jantung (D.0011)
7.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak bisa dikaji pasien terpasang ETT <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan kesadaran - GDS/8 jam : 88mg/dl - Gangguan koordinasi 	Hipoglikemia d.d Disfungsi ginjal kronis	Ketidakstabilan kadar glukosa draah (D.0027)
8.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang CDL pada vena <i>jugularis dextra</i> - Terpasang ETT - Terpasang kateter urine - Leukosit 9.400/mm3 	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi (D.0142)
9.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak dapat dikaji karena terpasang ETT <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran efek sedasi - Pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tidak terpasang kasur <i>decubitus</i> pada <i>bed</i> - pasien tirah baring sejak tanggal 19 desember 2023 	Penurunan mobilisasi	Resiko luka tekan (D.0144)
10.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak bisa dikaji terpasang ETT <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS E1VettM1 - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Kekuatan otot menurun 	Penurunan tingkat kesadaran	Resiko jatuh (D.0143)

C. Prioritas Masalah

1. Gangguan ventilasi spontan b.d kelelahan otot pernapasan (D.0004)
2. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)
3. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)

4. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.0001)
5. Resiko perfusi renal tidak efektif d.d disfungsi ginjal (D.0016)
6. Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan *afterload* (D.0011)
7. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hipoglikemia (D.0027)
8. Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)
9. Resiko luka tekan d.d penurunan mobilisasi (D.0144)
10. Resiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran (D.0143)

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 11 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Gangguan ventilasi spontan b.d kelelahan otot pernapasan (D.0004)	Ventilasi spontan (L.01007) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7jam diharapkan ventilasi spontan meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea dari skala 1 menjadi skala 5 Ket <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun - PCO₂ dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	Dukungan Ventilasi (I.01002) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 1.2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 1.3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. Frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1.4. Pertahankan kepatenan jalan napas 1.5. Berikan posisi <i>semi fowler</i> atau <i>fowler</i> 1.6. Fasilitasi mengubah posisi nyaman mungkin 1.7. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (mis. nasl kanul, masker wajah, masker <i>rebreathing</i> atau <i>non rebreathing</i>) 1.8. Gunakan bag-valve mask jika perlu Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1.9. Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam 1.10. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri 1.11. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1.12. Kolaborasi pemberian bronkhodilator, jika perlu

2.	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Keseimbangan cairan (L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Haluaran urin dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan - Edema dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun - Turgor kulit dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	Manajemen hipervolemia (I.03114) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 2.3 Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, POMP, CO, CI) jika tersedia 2.4 Monitor intake dan output cairan 2.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin) 2.6 Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat) 2.7 Monitor kecepatan infus secara ketat 2.8 Monitor efek samping diuretik (mis.hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 2.9 Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2.10 Batasi asupan cairan dan garam 2.11 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 2.12 Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam 2.13 Anjurkan melapor jika BB bertambah >1kg dalam sehari 2.14 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan haluaran cairan 2.15 Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 2.16 Kolaborasi pemberian diuretik 2.17 Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik 2.18 Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT) jika perlu
3.	Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)	Pertukaran Gas (L.01003) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - PO₂ dari skala 1 menjadi skala 5 	Pemantauan Respirasi (I. 01014) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 3.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi,

		<ul style="list-style-type: none"> - Takikardi dari skala 1 menjadi skala 5 - Ph arteri dari skala 2 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	kussmaul, <i>Cheyne Stokes</i> , <i>Biot</i> , ataksik) <ol style="list-style-type: none"> 3.3 Monitor kemampuan batuk efektif 3.4 Monitor adanya produksi sputum 3.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas 3.6 Palpitasi kesimetrisan ekspansi paru 3.7 Auskultasi bunyi napas 3.8 Monitor saturasi oksigen 3.9 Monitor nilai AGD 3.10 Monitor hasil X-ray thoraks Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 3.11 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 3.12 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 3.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 3.14 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
4.	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.0001)	Bersihkan jalan napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Produksi sputum dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	Manajemen Jalan Napas (1.01011) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 4.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 4.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 4.4 Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 4.5 Posisikan semi fowler dan fowler 4.6 Berikan minuman hangat 4.7 Lakukan fisioterapi dada jika perlu 4.8 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 4.9 Lakukan hiperoksigenasi sebelum dilakukan penghisapan 4.10 Keluarkan sumbatan benda padat dengan forcep McGill 4.11 Berikan oksigen jika perlu Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 4.12 Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari jika tidak ada kontraindikasi 4.13 Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 4.14 Kolaborasi pemberian bronkhodilator, espektoran, mukolitik, jika perlu

5.	Resiko perfusi renal tidak efektif b.d disfungsi ginjal (D.0016)	Perfusi renal (L. 02013) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan perfusi renal meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Kadar urea nitrogen darah dari skala 1 menjadi skala 5 - Kadar kreatinin plasma dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	Pencegahan Syok (I.02068) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 5.2 Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 5.3 Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 5.4 Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5.5 Periksa riwayat alergi Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 5.6 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 5.7 Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 5.8 Lakukan skin test untuk mencegah alergi Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 5.9 Jelaskan penyebab/faktor resiko syok 5.10 Jelaskan tanda dan gejala awal syok 5.11 Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda gejala awal syok 5.12 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5.13 Anjurkan menghindari alergen Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 5.14 Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 5.15 Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu 5.16 Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu
6.	Resiko penurunan curah jantung b.d perubahan afterload (D.0011)	Curah Jantung (L.02008) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	Perawatan Jantung (I.02075) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i>, peningkatan CVP) 6.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 6.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)

			<p>6.4 Monitor output dan intake cairan</p> <p>6.5 Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>6.6 Monitor saturasi oksigen</p> <p>6.7 Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, durasi, radiasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)</p> <p>6.8 Monitor EKG 12 sadapan</p> <p>6.9 Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>6.10 Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)</p> <p>6.11 Monitor fungsi alat pacu jantung</p> <p>6.12 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah beraktivitas</p> <p>6.13 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. Betablocker ACE inhibitor, calelum channel blocker, digoksin)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>6.14 Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <p>6.15 Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol dan makanan tinggi lemak)</p> <p>6.16 Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi</p> <p>6.17 Fasilitasi pasien dan keluarga pasien untuk modifikasi gaya hidup sehat</p> <p>6.18 Berikan terapi relaksasi jika perlu</p> <p>6.19 Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>6.20 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>6.21 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>6.22 Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>6.23 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>6.24 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian</p> <p>6.25 Ajarkan pasien dan keluarga pasien mengukur intake output cairan harian</p> <p>Kolaborasi</p>
--	--	--	--

			<p>6.26 Kolaborasi pemberian aritmia, jika perlu</p> <p>6.27 Rujuk ke program rehabilitasi jantung</p>
7.	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hipoglikemia d.d difungsi ginjal kronis (D.0027)</p>	<p>Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan - Kadar glukosa dalam darah dari skala 2 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 6. Memburuk 7. Cukup memburuk 8. Sedang 9. Cukup membaik 10. Membaik 	<p>Manajemen hipoglikemia (I.03115) Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Identifikasi tanda gejala hipoglikemia 7.2 Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.3 Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu 7.4 Berikan glukagon, jika perlu 7.5 Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet 7.6 Pertahankan kepatenan jalan napas 7.7 Pertahankan akses IV, jika perlu 7.8 Hubungin layanan medis darurat, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.9 Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat 7.10 Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat 7.11 Anjurkan monitor kadar glukosa darah 7.12 Anjurkan berdiskusi dengan tlm perawatan diabetes tentang tentang penyesuaian program pengobatan 7.13 Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olahraga 7.14 Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis. Tanda dan gejala, faktor resiko, dan pengobatan hipoglikemia) 7.15 Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia 9miss. Mengurangi insulin/agen oral/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.16 Kolaborasi pembeian dextrose jika perlu 7.17 Kolaborasi pemberian glukagon jika perlu
8.	<p>Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)</p>	<p>Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar sel darah putih dari skala 3 menjadi skala 5 Ket : 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539) Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.2 Batasi jumlah pengunjung

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik <ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan dari skala 2 menjadi skala 5 - Bengkak dari skala 2 menjadi skala 5 <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 8.3 Berikan perawatan kulit pada area edema 8.4 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 8.5 Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8.7 Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 8.8 Ajarkan etika batuk 8.9 Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 8.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 8.11 Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.12 Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu
9.	Resiko luka tekan d.d penurunan mobilisasi (D.0144)	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatam selama 3×7 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan lapisan kulit dari skala 3 menjadi skala 5 <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Pencegahan luka tekan (I. 02067)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.1 Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. Skala norton, skala braden) 9.2 Periksa adanya luka tekan sebelumnya 9.3 Monitor suhu kulit yang tertekan 9.4 Monitor berat badan dan perubahannya 9.5 Monitor status kulit harian 9.6 Monitor ketat area yang memerah 9.7 Monitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi 9.8 Monitor sumber tekanan dan gesekan 9.9 Monitor mobilitas dan aktivitass individu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.10 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin 9.11 Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air 9.12 Ubah posisi dengan hati-hati setaip 1-2 jam 9.13 Buat jadwal perubahan posisi 9.14 Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang

			<p>9.15 Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan atau lipatan</p> <p>9.16 Gunakan kasur khusus jika perlu</p> <p>9.17 Hindari pemijatan diatas tonjolan tulang</p> <p>9.18 Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan</p> <p>9.19 Hindari penggunaan air hangat dan sabun keras saat mandi</p> <p>9.20 Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B, dan C, zat besi dan kalori</p> <p>Edukasi</p> <p>9.21 Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>9.22 Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>9.23 Ajarkan cara merawat kulit</p>
10	Resiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran (D.0143)	<p>Tingkat delirium (L.09095)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan tingkat delirium membaik dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran dari skala 1 menjadi skala 5 <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>10.1 Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>10.2 Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</p> <p>10.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>10.4 Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall morse scale, humpty dumpty scale</i>) jika perlu</p> <p>10.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <p>10.6 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>10.7 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>10.8 Pasang <i>handrall</i> tempat tidur</p> <p>10.9 Atur tempat tidur mekanis pada posisi rendah</p> <p>10.10 Tempatkan pasien dengan beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dan nurse station</p> <p>10.11 Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, <i>walker</i>)</p>

			10.12 Dekatkan bell pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 10.13 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 10.14 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 10.15 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 10.16 Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 10.17 Ajarkan cara menggunakan bell pemanggil untuk memanggil perawat
--	--	--	--

E. Tindakan Intervensi Inovasi *Foot Massage*

Terapi *foot massage* adalah teknik baru yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada pasien penyakit ginjal kronis. Dilakukan di ruang ICU RS Aji Muhammad Parikesit Tenggarong selama tiga hari, mulai tanggal 21 hingga 23 Desember 2023, setiap sesinya berdurasi lima belas menit. Berikut adalah hasil dari intervensi inovasi ini:

Hasil Pre dan Post Tekanan Darah dengan Pemberian Terapi *Foot Massage*

Tabel 3. 12 Pre dan Pos Test Tekanan Darah

Hari/tanggal	Pemeriksaan	TD (mmHg)
Kamis 21/12/2023	Pre	149/90mmHg
	Post	143/87mmHg
Jumat 22/12/2023	Pre	150/87mmHg
	Post	147/81mmHg
Sabtu 23/12/2023	Pre	140/90mmHg
	Post	137/86mmHg

Tabel 3. 13 SOP *Foot Massage*

Diagnosa	Intervensi inovasi	Intervensi
<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload</p>	<p><i>Foot massage</i> yang dilakukan pada :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Kamis 21/12/2023 Pukul 11.40 2 Jumat 22/12/2023 Pukul 10.40 3 23/12/2023 Pukul 10.55 	<p>Pengkajian :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji tekanan darah - Kaji kesiapan pasien - Kaji kesiapan perawat <p>Pra interaksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan - Siapkan semua yang diperlukan, termasuk buku catatan, jam/stopwatch, dan gunting bersih <p>Orientasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyambut pelanggan dengan menyebutkan namanya - Perkenalan - Sepakati jadwal dengan pasien atau orang yang dicintainya. - Tujuan dan metode untuk mencapainya harus dirinci. - Tanyakan tentang kesiapan klien untuk mengambil tindakan sekaligus melindungi privasi mereka - Satukan alat yang sering digunakan <p>Fase Kerja :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaca basmalah - Tempatkan klien pada posisi paling santai. - Lakukan pembacaan tekanan darah sebelum memijat kaki - Pasangkan tangan - Minyak zaitun digunakan sebagai pelumas yang bagus. - Perpanjang pijatan selama 15 detik dari bagian bawah kaki hingga ke jari kaki. - Luangkan waktu 15 detik untuk memijat kaki kanan dan kiri pasien menggunakan tumit peneliti sambil melakukan gerakan dari dalam ke luar. - Dengan tangan kanan peneliti memegang jari-jari kaki pasien dan tumit pasien ditopang oleh tangan kiri, putar pergelangan kaki pasien sebanyak tiga kali searah jarum jam dan tiga kali berlawanan arah jarum jam selama lima belas detik. - Sambil memegang kaki sedemikian rupa sehingga jari-jari kaki menonjol, maju mundur sebanyak tiga kali selama total lima belas detik.

		<ul style="list-style-type: none"> - Menggerakkan kaki pasien maju mundur sebanyak tiga kali selama lima belas detik, dengan empat jari peneliti pada punggung kaki pasien dan dua ibu jari pada telapak kaki, dari kedua sisi. - Kaki kiri pasien ditopang oleh tangan kiri peneliti, sedangkan tangan kanan memutar dan memijat jari kaki sebanyak tiga kali selama lima belas detik untuk menilai adanya ketegangan. - Seperti sebelumnya, letakkan tangan kiri pada kaki pasien sebagai penyangga. Dengan tangan kanan, raih ke belakang tumit pasien dan pijat selama 15 detik, teruskan hingga ke jari kaki. - Mengubah pendekatan langsung; dengan tangan kanan menopang kaki pasien dan tangan kiri memegang kuat bagian belakang kaki, pijat selama lima belas detik. - Dengan tangan kiri, dukung tumit dengan lembut saat Anda memutar tangan kanan searah jarum jam dan berlawanan arah jarum jam. Setelah itu, tekan kaki secara perlahan selama 15 detik. - Selama lima belas detik, secara bergantian menopang tumit dengan tangan kiri dan kanan, menekan dengan tekanan dan menggosok kedua jari. - Pegang jari-jari kaki dengan tangan kiri dan gosok bagian bawah kaki hingga ke tumit selama 15 detik. <p>Terminasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaca hamdalah - Merapikan klien kembali - Mengevaluasi status hemodinamik klien - Jadwalkan pertemuan berikutnya dengan membuat kontrak. - Akhiri pertemuan dengan cara yang positif - Memberikan doa kesembuhan pada klien - Mengumpulkan dan merapikan peralatan - Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan <p>Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tinjauan sesi yang telah berlangsung
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Penilaian diri oleh perawat - Materi informasi Dokumentasi <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasikan reaksi klien terhadap status/catatan perkembangan, termasuk dengan waktu, tanggal tindakan, dan hemodinamik klien.
--	--	---

F. Implementasi keperawatan

Tabel 3. 14 Implementasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal/Jam	Dx kep	Implementasi	Evaluasi Proses	Paraf	
1.	21/12/2023	I	08.35 1.1	Tentukan apakah terdapat kelelahan pada otot pernapasan.	S : tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT O : pasien menggunakan ventilator mode SimV+, dengan setingan Fio2:40%, peep 8, flow/trigger : 3.0	
			08.45 1.3	Memonitor status respirasi dan oksigenisasi	S : - O : rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan, spo2 100%	
			08.50 1.5	Memberikan posisi semi fowler	S : - O : pasien berada ditempat tidur dengan posisi semi fowler	
			09.00 1.12	Mengkolaborasi pemberian bronkhodilator	S : - O : pasien diberikan nebu dengan Nacl 0,9%	
			09.15	II	2.1	
	09.15		2.2	Mengidentifikasi penyebab hipervolemia	S : - O : pasien terdiagnosa CKD on HD S : -	

	09.15		2.3 Memantau status hemodinamik	O: td : 149/90 mmHg MAP : 109 mmHg Nadi : 114×/menit	
	09.30		2.4 Memonitor intake output cairan	S: - O : pasien diberikan susu neprisol dengan takaran 50ml dibilas dengan air putih sebanyak 30ml, dengan hasil produksi urin selama 4 jam sebanyak 5cc. input : 172,2 output : 171 balance = +1,2	
	09.30		2.10Membatasi asupan cairan	S: - O: pasien diberikan diit susu neprisol via NGT sebanyak 50ml	
	09.40		2.11 Meninggikan kepala tempat tidur 30°	S : - O : pasien berada pada posisi kepala 30°	
	11.00		2.16 Memberikan obat furosemide 2ampul di encerkan dengan spuit 20cc dan dibolus melalui syringepump dengan rate 0,3	S :- O: pasien telah diberikan furosemide melalui alat syringe pump via IV pada kaki kanan pasien	
	10.00	III	3.1 Memeriksa frekuensi napas	S : - O: pasien terpasang ETT napas dibantu dengan ventilator, dengan setingan venti rr masuk 15×/menit rr keluar 16×/menit	
	10.00		3.7 Mendengarkan bunyi napas	S : - O : suara napas vesikuler, tidak terdengar suara napas tambahan	
	10.00		3.8 Memonitor saturasi oksigen	S: - O : Spo2 : 100%	
	10.05			S : -	

			3.9 Memonitor nilai AGD	O : PCO ₂ : 45,7mmHg, Ph arteri 7,081, PO ₂ 354	
	10.10	IV	4.3 Memeriksa produksi sputum	S : - O : terdapat sputum saat dilakukan suction ETT sebanyak 5cc dengan konsistensi kental serta berwarna putih dan terdapat produksi sputum pada mulut pasien sebanyak 3cc dengan konsistensi kental berwarna putih	
	10.15		4.7 Melakukan fisioterapi dada	S : - O : melakukan clapping pada dada klien	
	10.20		4.8 Melakukan suction	S : - O : sputum pada ETT berwarna putih dengan konsistensi kental sebanyak 5cc	
	10.20		4.9 Memberikan hiperoksigenasi sebelum dilakukan suction	S : - O : spo ₂ : 100%	
	10.40		4.14 Memberikan nebu	S : - O : pemberian nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc	
	10.00		V	5.1 Memonitor status kardiopulmonal	S : - O : nadi 114×/menit, nadi teraba kuat, napas support ventilator rr masuk 15× rr keluar 16×, TD 149/90mmHg, MAP 109, kadar kreatinin 17,6, kadar ureum 255
	10.00	5.3 Memonitor status cairan		S : - O : cairan masuk : susu nefrisol 50ml, air putih 20 ml, cairan infus, cairan keluar : sputum 5cc, urine/4jam 5cc	
	10.10			S : - O : GCS E1VettM1, respon pupil + terhadap	

			5.4 Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil	cahaya, ukuran pupil kanan kiri 2	
	11.00		5.14 Melakukan pemberian terapi farmakologi furosemide	S : - O : memberikan terapi farmakologi furosemide 2 ampul dicairkan dengan nacl menggunakan spuit 20cc dibolus menggunakan syringe pump dengan rate 0,3, infus jalur furosemide terpasang pada ekstremitas bawah dextra	
	12.00		5.15 Melakukan pemberian transfusi darah	S : - O : tranfusi dengan jenis darah PRC, volume unit 238, jam 14.12, golongan darah B+	
	11.10				
		VI	6.1 Sebutkan gejala penurunan curah jantung yang paling umum terjadi.	S : - O : pasien mengalami edema pada ekstremitas atas dan bawah, turgor kulit >2detik	
	11.15		6.2 Temukan indikator lebih lanjut penurunan curah jantung	S : - O : produksi urine /4jam sebanyak 5cc	
	11.20		6.3 Memonitor tekanan darah	S : - O : TD 149/90mmHg	
	11.25		6.18 Memberikan terapi relaksasi	S : - O : melakukan <i>foot massage</i> atau <i>foot massage</i>	
	11.30				
		VII	7.1 Mengidentifikasi tanda gejala hipoglikemia	S : - O : pasien mengalami penurunan kesadaran dengan skor GCS E1VettM1	
	11.30		7.7 Mempertahankan akses IV	S : - O : pasien terpasang jalur infus pada ekstremitas bawah kanan, dengan furosemide dan pada	

	12.00		7.16 Mengkolaborasi pemberian cairan dextrose	CDL dengan cairan D10% S : - O : terpasang cairan maintenance d10% pada CDL pasien rate 30	
	12.10	VIII	8.1 Memeriksa tanda gejala infeksi	S : - O : pasien terpasang CDL pada midclavicula di vena jugularis di tanggal 20 Desember, tidak ditemukan tanda kemerahan dan bengkak pada daerah luka, GV/ 2 hari	
	12.15		8.2 Mengurangi jumlah kunjungan	S : - O : ketika sudah jam kunjungan keluarga pasien di edukasi untuk bergantian masuk dan selalu harus cuci tangan sebelum ke pasien dan setelah dari pasien tujuannya untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi	
	12.20		8.4 Sebelum dan sesudah interaksi apa pun dengan pasien atau lingkungannya, cuci tangan Anda secara menyeluruh	S : - O : mencuci tangan menggunakan aseptik dan sabun dengan 6 langkah yang benar	
	12.20		8.5 Mempertahankan teknik aseptik	S : - O : perawat menjaga kebersihan tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
	12.40	IX	9.7 Saat berpindah posisi, berhati-hatilah untuk memeriksa kulit pada titik-titik tekanan atau tonjolan tulang.	S : - O : tidak ada kemerahan, tidak ada keringat pada daerah kulit yang memiliki tonjolan tulang	
	12.45		9.8 Memeriksa sumber tekanan dan gesekan	S : - O : pasien mengalami tirah baring sejak tanggal 19 Desember, pasien tidak terpasang kasur dekubitus dari awal	

	12.55		9.11 Menggunakan barrier	<p>pasien masuk ke ruang ICU</p> <p>S : -</p> <p>O : mengoleskan baby oil pada permukaan kulit yang beresiko terjadi luka tekan saat pasien dilakukan mobilisasi mika-miki</p>	
	14.00		9.12 Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam	<p>S : -</p> <p>O : pasien dilakukan mika-miki setiap 2 jam sekali, pada jam 10 pasien dimiringkan pada posisi mika</p>	
	14.00		9.13 Mengembangkan rencana untuk menjadwalkan perubahan pekerjaan	<p>S : -</p> <p>O : 08.00-10.00 pasien harus pada posisi terlentang, 10.00-12.00 pasien harus pada posisi miring kanan, 12.00-14.00 pasien harus pada posisi supinasi, 14.00-16.00 pasien harus pada posisi miring kiri</p>	
	14.00		9.14 Memberikan titik-titik tekanan atau penonjolan tulang menjadi empuk	<p>S : -</p> <p>O : pasien telah diberikan bantal empuk pada tonjolan tulang</p>	
	14.00		9.15 Menjaga seprai tetap kering dan bersih	<p>S : -</p> <p>O : seprai pasien dalam keadaan tidak basah</p>	
	14.00	X	10.1 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh	<p>S : -</p> <p>O : pasien dalam pengaruh obat midazolam, kesadaran pasien GCS E1VettM1, pasien tirah baring</p>	
	14.10		10.4 Menghitung resiko jatuh dengan morse scale	<p>S : -</p> <p>O : skor skala morse pasien >45 yang dimana artinya memiliki resiko tinggi jatuh</p>	

	14.00		10.7 Jaga agar roda tempat tidur tetap terkunci setiap saat.	S : - O : roda tempat tidur pasien dalam keadaan baik dan terkunci	
	14.00		10.8 Memasang <i>handrell</i> tempat tidur	S : - O : <i>handrell bed</i> pasien sudah terpasang kanan dan kiri	
2.	22/12/2023 08.30	I	1.1 Kelelahan otot dapat dideteksi untuk membantu pernapasan.	S : tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT O : pasien menggunakan ventilator mode SimV+, dengan setingan Fio2:40%, peep 8, flow/trigger : 3.0	
	08.30		1.3 Memonitor status respirasi dan oksigenisasi	S : - O : rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan napas vesikuler, spo2 100%	
	08.30		1.5 Memberikan posisi semi fowler	S : - O : pasien berada ditempat tidur dengan posisi semi fowler	
	08.40		1.12 Mengkolaborasi pemberian bronkhodilator	S : - O : pasien diberikan nebu dengan NaCl 0,9%	
	08.50		II	2.1 Mencari gejala yang menunjukkan kelebihan volume darah dalam darah	S : - O : pasien mengalami edema ekstremitas dengan turgor kulit >5 detik Edema pada ekstremitas atas dan bawah
	08.50	2.3 Memonitor status hemodinamik		S : - O: td : 147/81 mmHg Nadi : 94	
	08.50	2.4 Memonitor intake output cairan		S : - O : pasien diberikan susu neprisol dengan takaran 50ml dengan air putih sebanyak 30ml via NGT, dengan hasil produksi urin selama 4 jam sebanyak 10cc. input :	

				364,2 output : 136 balance = +228,2	
	08.00		2.10 Membatasi asupan cairan	S : - O : pasien diberikan diit susu neprisol via NGT sebanyak 50ml	
	08.00		2.11 Angkat kepala tempat tidur sebanyak 30°	S : - O : pasien berada pada posisi kepala 30°	
	08.00		2.16 Memberikan obat furosemide 2ampul di encerkan dengan spuit 20cc dan dibolus melalui syringepump dengan rate 0,3	S :- O : pasien telah diberikan furosemide melalui alat syringe pump via IV pada kaki kanan pasien	
	08.55	III	3.1 Memeriksa frekuensi napas	S : - O : pasien terpasang ETT napas dibantu dengan ventilator, dengan setingan venti rr masuk 15×/menit rr keluar 16×/menit	
	08.55		3.7 Mendengarkan bunyi napas	S : - O : suara napas vesikuler, tidak terdengar suara napas tambahan	
	08.55		3.8 Memonitor saturasi oksigen	S : - O : Spo2 : 100%	
	09.00		3.9 Memonitor nilai AGD	S : - O : PCO2 : 35,8 mmHg, Ph arteri 7,019	
	09.10	IV	4.3 Memeriksa produksi sputum	S : - O : terdapat sputum saat dilakukan suction ETT 5cc dengan konsistensi kental serta berwarna putih kental	
	09.10		4.7 Melakukan fisioterapi dada	S : - O : melakukan clapping pada dada klien	
	09.20		4.8 Melakukan suction	S : - O : sputum pada ETT berwarna putih dengan	

	09.20		4.9 Memberikan hiperoksigenasi sebelum dilakukan suction	konsistensi kental sebanyak 5cc S : - O : spo2 : 100%	
	09.30		4.14 Memberikan nebu	S : - O : pemberian nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc	
	09.35	V	5.1 Memonitor status kardiopulmonal	S : - O : nadi 104×/menit, nadi teraba kuat, napas support ventilator rr masuk 15× rr keluar 16×, TD 143/87mHg	
	09.40		5.3 Memonitor status cairan	S : - O : cairan masuk : susu nefrisol 50ml, air putih 20 ml, cairan infus, cairan keluar : sputum 5cc, urine/4jam 5cc	
	09.45		5.4 Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil	S : - O : GCS E1VettM1, respon pupil + terhadap cahaya, ukuran pupil kanan kiri 2	
	09.50		5.14 Melakukan pemberian terapi farmakologi furosemide	S : - O : memberikan terapi farmakologi furosemide 2 ampul dicairkan dengan nacl menggunakan spuit 20cc dibolus menggunakan syringe pump dengan rate 0,3, infus jalur furosemide terpasang pada ekstremitas bawah dextra	
	09.50		VI	6.3 Memonitor tekanan darah	S : - O : TD 143/87mmHg
	10.20	6.18 Memberikan terapi relaksasi		S : - O : melakukan <i>foot massage</i> atau <i>foot massage</i> sebagai terapi inovasi	
	10.20	VII			S : -

	10.25		7.7 Mempertahankan akses IV	O : pasien terpasang jalur infus pada ekstremitas bawah kanan, dengan furosemide dan pada CDL dengan cairan D10%, GDS 104mg/dl	
	10.30		7.16 Mengkolaborasi pemberian cairan dextrose	S : - O : terpasang cairan maintenance d10% pada CDL pasien dengan rate 30	
	10.40	VIII	8.1 Memeriksa tanda gejala infeksi	S : - O : pasien terpasang CDL pada midclavicula di vena jugularis di tanggal 20 Desember, pada hari k 2 dilakukan observasi tidak ditemukan tanda kemerahan dan bengkak pada daerah luka, GV/ 2 hari	
	10.50		8.2 Membatasi jumlah pengunjung	S : - O : ketika sudah jam kunjungan keluarga pasien di edukasi untuk bergantian masuk dan selalu harus cuci tangan sebelum ke pasien dan setelah dari pasien tujuannya untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi	
	10.50		8.4 Selalu ingat untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah menangani pasien atau barang miliknya.	S : - O : mencuci tangan menggunakan aseptik dan sabun dengan 6 langkah yang benar	
	10.50		8.5 Mempertahankan teknik aseptik	S : - O : perawat menjaga kebersihan tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
	11.10	IX	9.7 Saat berpindah posisi, hati-hati memeriksa kulit pada titik-titik tekanan atau tonjolan tulang.	S : - O : tidak ada kemerahan, tidak ada keringat pada daerah kulit yang memiliki tonjolan tulang	
				S : -	

	11.15		9.8 Memeriksa sumber tekanan dan gesekan	O : pasien mengalami tirah baring pasien tidak menggunakan kasur decubitus	
	11.20		9.11 Menggunakan barrier	S : - O : mengoleskan baby oil pada permukaan kulit yang beresiko terjadi luka tekan saat pasien dilakukan mobilisasi mika-miki	
	14.00		9.12 Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam	S : - O : pasien dilakukan mika-miki setiap 2 jam sekali, pada jam 10 pasien dimiringkan pada posisi mika	
	14.00		9.13 Membuat jadwal perubahan posisi	S : - O : 08.00-10.00 pasien harus pada posisi terlentang, 10.00-12.00 pasien harus pada posisi miring kanan, 12.00-14.00 pasien harus pada posisi supinasi, 14.00-16.00 pasien harus pada posisi miring kiri	
	14.05		9.14 Menawarkan dukungan dan bantalan untuk area bertekanan tinggi atau tulang yang menonjol	S : - O : pasien telah diberikan bantalan empuk pada tonjolan tulang	
	14.05		9.15 Menjaga seprai tetap kering dan bersih	S : - O : seprai pasien dalam keadaan kering dan tidak ada basah dari keringat maupun cairan pasien	
	14.10	X	10.1 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh	S : - O : pasien dalam pengaruh obat midazolam, kesadaran pasien GCS E1VettM1, pasien tirah baring	
	14.15		10.4 Menghitung resiko jatuh dengan morse scale	S : - O : skor skala morse pasien >45 yang dimana artinya memiliki resiko tinggi jatuh	

	14.15		10.7 Jaga agar roda tempat tidur tetap terkunci setiap saat.	S : - O : roda tempat tidur pasien dalam keadaan baik dan terkunci	
	14.15		10.8 Memasang <i>handrell</i> tempat tidur	S : - O : <i>handrell</i> pasien terpasang kanan kiri	
3.	23/12/2023 08.45	I	1.1 Kelelahan otot dapat dideteksi untuk membantu pernapasan.	S : - O : pasien menggunakan ventilator mode SimV+, dengan setingan Fio2:40%, peep 8, flow/trigger : 3.0	
	08.45		1.3 Memonitor status respirasi dan oksigenisasi	S : - O : rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan, spo2 100%	
	08.50		1.5 Memberikan posisi semi fowler	S : - O : pasien berada ditempat tidur dengan posisi semi fowler	
	08.55		1.12 Mengkolaborasi pemberian bronkhodilator	S : - O : pasien diberikan nebu dengan Nacl 0,9%	
	09.00	II	2.3 Perhatikan hemodinamik pasien	S : - O: td : 145/88 mmHg MAP : 98 mmHg Nadi : 94	
	09.05		2.4 Mengawasi konsumsi dan keluaran cairan masyarakat	S : - O : pasien diberikan susu neprisol dengan takaran 50ml dibilas dengan air putih sebanyak 30ml, dengan hasil produksi urin selama 4 jam 5cc. input : 366 output : 146 balance = +220	
	09.10		2.10 Mengurangi asupan cairan	S : - O: pasien diberikan diit susu neprisol via NGT sebanyak 50ml	
	09.10		2.11 Meninggikan kepala tempat tidur 30°	S : - O : pasien berada pada posisi kepala 30°	

	09.10		2.16 Memberikan obat furosemide 2ampul di encerkan dengan spuit 20cc dan dibolus melalui syringepump dengan rate 0,3	S :- O :pasien telah diberikan furosemide melalui alat syringe pump via IV pada kaki kanan pasien	
	09.15	III	3.1 Memeriksa frekuensi napas	S : - O: pasien terpasang ETT napas dibantu dengan ventilator, dengan setingan venti rr masuk 15×/menit rr keluar 16×/menit	
	09.20		3.7 Mendengarkan bunyi napas	S : - O : suara napas vesikuler, tidak terdengar suara napas tambahan	
	09.20		3.8 Memonitor saturasi oksigen	S: - O : Spo2 : 100%	
	09.30		3.9 Memonitor nilai AGD	S : - O : PCO2 : 47,3 mmHg, Ph arteri 7,136	
	09.40	IV	4.3 Memeriksa produksi sputum	S : - O : terdapat sputum saat dilakukan suction ETT sebanyak 5cc putih kental	
	09.50		4.7 Melakukan fisioterapi dada	S : - O : melakukan clapping pada dada klien	
	10.00		4.8 Melakukan suction	S : - O : sputum pada ETT berwarna putih dengan konsistensi kental sebanyak 5cc	
	10.00		4.9 Memberikan hiperoksigenasi sebelum dilakukan suction	S : - O : spo2 : 100%	
	10.20		4.14 Memberikan nebu	S : - O : pemberian nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc	
	10.25	V	5.1 Memonitor status kardiopulmonal	S : -	

				<p>O : nadi 108×/menit, nadi teraba kuat, napas support ventilator rr masuk 15× rr keluar 16×, TD 137/86mmHg</p> <p>S : -</p> <p>O : cairan masuk : susu nefrisol 50ml, air putih 20 ml, cairan infus, cairan keluar : sputum 5cc, urine/4jam 5cc, tidak ada residu</p>	
10.30		5.3	Memonitor status cairan		
10.35		5.4	Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil	<p>S : -</p> <p>O : GCS E1VettM1, respon pupil + terhadap cahaya, ukuran pupil kanan kiri 2</p>	
10.40		5.14	Melakukan pemberian terapi farmakologi furosemide	<p>S : -</p> <p>O : memberikan terapi farmakologi furosemide 2 ampul dicairkan dengan nacl menggunakan spuit 20cc dibolus menggunakan syringe pump dengan rate 0,3, infus jalur furosemide terpasang pada ekstremitas bawah dextra</p>	
10.50	VI	6.3	Memonitor tekanan darah	<p>S : -</p> <p>O : TD 149/90mmHg</p>	
11.30		6.18	Memberikan terapi relaksasi	<p>S : -</p> <p>O : melakukan <i>foot massage</i></p>	
11.40	VII	7.1	Mengidentifikasi tanda gejala hipoglikemia	<p>S : -</p> <p>O : pasien mengalami penurunan kesadaran dengan skor GCS E1VettM1</p>	
11.45		7.7	Mempertahankan akses IV	<p>S : -</p> <p>O : pasien terpasang jalur infus pada ekstremitas bawah kanan, dengan furosemide dan pada CDL dengan cairan D10%</p>	
11.55				<p>S : -</p>	

			7.16 Mengkolaborasi pemberian cairan dextrose	O : terpasang cairan maintenance d10% pada CDL pasien dengan rate 30, GDS 110mg/dl	
	12.00	VIII	8.1 Memeriksa tanda gejala infeksi	S : - O : pasien terpasang CDL pada midclavicula di vena jugularis di tanggal 20 Desember, tidak ditemukan tanda kemerahan dan bengkak pada daerah luka, GV/ 2 hari	
	12.10		8.2 Membatasi jumlah pengunjung	S : - O : ketika sudah jam kunjungan keluarga pasien di edukasi untuk bergantian masuk dan selalu harus cuci tangan sebelum ke pasien dan setelah dari pasien tujuannya untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi	
	12.10		8.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah menangani pasien atau barang miliknya.	S : - O : mencuci tangan menggunakan aseptik dan sabun dengan 6 langkah yang benar	
	12.15		8.5 Mempertahankan teknik aseptik	S : - O : perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
	12.20		IX	9.7 Memeriksa kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi	S : - O : tidak ada kemerahan, tidak ada keringat pada daerah kulit yang memiliki tonjolan tulang
	12.20	9.8 Memeriksa sumber tekanan dan gesekan		S : - O : pasien mengalami tirah baring dan tidak menggunakan kasur dekubitus	
	12.30	9.11 Menggunakan barrier		S : - O : mengoleskan baby oil pada permukaan kulit yang beresiko terjadi luka tekan saat pasien	

	14.00		9.12 Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam	dilakukan mobilisasi mika-miki S : - O : pasien dilakukan mika-miki setiap 2 jam sekali, pada jam 10 pasien dimiringkan pada posisi mika	
	14.05		9.13 Membuat jadwal perubahan posisi	S : - O : 08.00-10.00 pasien harus pada posisi terlentang, 10.00-12.00 pasien harus pada posisi miring kanan, 12.00-14.00 pasien harus pada posisi supinasi, 14.00-16.00 pasien harus pada posisi miring kiri	
	14.05		9.14 Menawarkan dukungan dan bantalan untuk area bertekanan tinggi atau tulang yang menonjol	S : - O : pasien telah diberikan bantalan empuk pada tonjolan tulang	
	14.05		9.15 Menjaga seprai tetap kering dan bersih	S : - O : seprai pasien dalam keadaan tidak basah	
		X	10.1 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh	S : - O : pasien masih dalam pengaruh obat dengan GCS E1VettM1	
	14.10		10.4 Menghitung resiko jatuh dengan morse scale	S : - O : skor skala morse pasien >45 yang dimana artinya memiliki resiko tinggi jatuh	
	14.10		10.7 Menjaga agar roda tempat tidur tetap terkunci setiap saat.	S : - O : roda tempat tidur pasien dalam keadaan baik dan terkunci	
	14.10		10.8 Memasang <i>handrell</i> tempat tidur	S : - O: <i>handrell bed</i> pasien sudah terpasang kanan dan kiri	

G. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 15 Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tgl/jam	Dx kep	Evaluasi (SOAP)	Paraf														
1.	21/12/2023 15.00	I	<p>S : pasien tidak bisa dikaji, terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Napas on ventilator mode SimV dengan setingan venti Fio2 :40%, peep 8, flow trigger : 3.0 - Rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan, spo2 100% - Pasien berada di bed pasien dengan posisi semi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah gangguan ventilasi spontan belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PCO2</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.1 mengidentifikasi adanya kelelahan otot - 1.3 memonitor status respirasi dan oksigenasi - 1.5 memberikan posisi semi fowler - 1.12 mengkolaborasi pemberian bronkhodilator 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Dispnea	1	5	1	PCO2	1	5	1			
		Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah													
		Dispnea	1	5	1													
PCO2	1	5	1															
II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak bisa dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - napas support ventilator - edema pada ekstremitas - turgor kulit >5detik - td 149/90/nadi 114×/menit - balance cairan +1,2 - SP furosemide masih berjalan dengan rate 0,3 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah hipervolemia belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Haluaran urin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Edema</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.1 memeriksa tanda dan gejala hipervolemia - 2.3 memonitor status hemodinamika - 2.4 memonitor intake output cairan - 2.10 membatasi asupan cairan - Meninggikan kepala tempat tidur - Memberikan obat furosemide 2 ampul 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Haluaran urin	1	5	1	Edema	1	5	1	Turgor kulit	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah															
Haluaran urin	1	5	1															
Edema	1	5	1															
Turgor kulit	1	5	1															
III	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suara napas vesikuler 																	

		<ul style="list-style-type: none"> - spo2 100% - PCO2 45,7mmHg, Ph arteri 7,081 - PO2 354 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PO2</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Takikardi</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ph arteri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.1 memeriksa frekuensi napas - 3.7 mendengarkan bunyi napas - 3.8 memonitor saturasi oksigen - 3.9 memonitor nilai AGD 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	PO2	1	5	1	Takikardi	1	5	1	Ph arteri	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																
PO2	1	5	1																
Takikardi	1	5	1																
Ph arteri	1	5	1																
	IV	<p>S : tidak bisa dikaji terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sputum ETT 5cc putih kental - sputum pada mulut 3cc putih kental - spo2 100% - pasien telah diberikan nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah bersihan jalan napas belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4.3 memeriksa produksi sputum - 4.7 melakukan fisioterapi dada - 4.8 melakukan suction - 4.9 memberikan hiperoksigenasi sebelum suction - 4.14 memberikan nebu NACL 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Produksi sputum	1	5	1									
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																
Produksi sputum	1	5	1																
	V	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - td 114x/menit - nadi teraba kuat - rr masuk 15 rr keluar 16 - urine/4jam 5cc - respon pupil + terhadap cahaya - ukuran pupil kanan kiri 2 - sudah dilakukan pemberian transfusi darah PRC sebanyak 238 unit dengan golongan darah B+ - kadar kreatinin 17,6 - kadar ureum 255 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko perfusi renal belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar urea nitrogen</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar kreatinin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Kadar urea nitrogen	1	5	1	Kadar kreatinin	1	5	1					
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																
Kadar urea nitrogen	1	5	1																
Kadar kreatinin	1	5	1																

			<p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5.1 memonitor status kardipulmonal - 5.3 memonitor status cairan - 5.4 memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil - 5.14 melakukan pemberian terapi furosemide 												
	VI	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien edema pada ekstremitas atas dan bawah - turgor kulit >5 detik - urine 5cc - td 149/90mmHg - sudah dilakukan pemberian terapi <i>foot massage</i> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko penurunan curah jantung belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6.3 memonitor tekanan darah - 6.18 Memberikan terapi relaksasi <i>foot massage</i> 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Tekanan darah	1	5	1					
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah												
Tekanan darah	1	5	1												
	VII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tingkat kesadaran E1VettM1 - gds : 88mg/dl - masih terpasang cairan maintenance D10% pada CDL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa darah dalam tubuh</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7.7 mempertahankan akses Iv - 7.16 mengkolaborasi pemberian cairan 	Kriteria	sebelum	Target	Sesudah	Kesadaran	1	5	1	Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	2	
Kriteria	sebelum	Target	Sesudah												
Kesadaran	1	5	1												
Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	2												
	VIII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak ada kemerahan pada area luka CDL - tidak ada bengkak pada area luka <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	Sebelum	Target	sesudah	Kadar sel darah putih	3	5	3					
Kriteria	Sebelum	Target	sesudah												
Kadar sel darah putih	3	5	3												

			<table border="1"> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8.1 memeriksa tanda gejala infeksi - 8.2 membatasi jumlah pengunjung - 8.4 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien - 8.5 mempertahankan teknik aseptik 	Kemerahan	3	5	3	Bengkak	3	5	3	
Kemerahan	3	5	3									
Bengkak	3	5	3									
	IX	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tirah baring - skor skala norton : 8 yang dimana jika kurang dari 12 maka dikatakan beresiko mengalami luka dekubitus - mika-miki tiap 2 jam - seprai masih dalam keadaan kering <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko luka tekan belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9.7 memeriksa kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi - 9.8 memeriksa sumber tekanan dan gerakan - 9.11 menggunakan barrier - 9.12 mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam - 9.13 membuat jadwal perubahan posisi - 9.14 memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang - 9.15 menjaga seprai tetap kering dan bersih 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Kerusakan lapisan kulit	3	5	3		
kriteria	sebelum	target	sesudah									
Kerusakan lapisan kulit	3	5	3									
	X	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengalami penurunan kesadaran - GCS E1VtM1 - Pasien tirah baring sejak tanggal 19 desember - Terpasang handrell pada tempat tidur pasien - Roda tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko jatuh belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10.1 mengidentifikasi faktor resiko jatuh - 10.4 Menghitung resiko jatuh dengan morse scale - 10.7 memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci - 10.8 memasang handrell tempat tidur 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Tingkat kesadaran	1	5	1		
kriteria	sebelum	target	sesudah									
Tingkat kesadaran	1	5	1									

No	Hari/tgl/jam	Dx kep	Evaluasi (SOAP)	Paraf														
1.	22/12/2023 14.30	I	<p>S : pasien tidak bisa dikaji, terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Napas on ventilator mode SimV dengan setingan venti Fio2 :40%, peep 8, flow trigger : 3.0 - Rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan, spo2 100% - Pasien berada di bed pasien dengan posisi semi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah gangguan ventilasi spontan belum teratasi <table border="1" data-bbox="655 595 1254 692"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PCO2</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.1 mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - 1.3 memonitor status respirasi dan oksigenasi - 1.5 memberikan posisi semifowler - 1.12 mengkolaborasi pemberian 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Dispnea	1	5	1	PCO2	1	5	1			
		Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah													
		Dispnea	1	5	1													
PCO2	1	5	1															
II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak bisa dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - napas support ventilator - edema pada ekstremitas - turgor kulit >5detik - td 143/87nadi 104×/menit - balance cairan +228,2 - SP furosemide masih berjalan dengan rate 0,3 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah hipervolemia belum teratasi <table border="1" data-bbox="735 1245 1302 1435"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Haluaran urin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Edema</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.3 m3monitor status hemodinamik - 2.4 memonitor intake output cairan - 2.10 membatasi asupan cairan - 2.11 meninggikan kepala tempat tidur - 2.16 memberikan obat furosemide 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Haluaran urin	1	5	1	Edema	1	5	1	Turgor kulit	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah															
Haluaran urin	1	5	1															
Edema	1	5	1															
Turgor kulit	1	5	1															
III	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suara napas vesikuler - spo2 100% - PCO2 35,8 mmHg, Ph arteri 7,019 - PO2 168 <p>A :</p>																	

			<ul style="list-style-type: none"> - masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian pada PO₂ yang dimana sebelumnya 354 menjadi 168 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PO₂</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Takikardi</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ph arteri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.1 memeriksa frekuensi napas - 3.7 mendengarkan bunyi napas - 3.8 memonitor saturasi oksigen - 3.9 memonitor nilai AGD 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	PO ₂	1	5	2	Takikardi	1	5	1	Ph arteri	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																	
PO ₂	1	5	2																	
Takikardi	1	5	1																	
Ph arteri	1	5	1																	
	IV	<p>S : tidak bisa dikaji terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sputum ETT 5cc berwarna putih kental - sputum pada mulut 3cc warna putih kental - spo₂ 100% - pasien telah diberikan nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah bersihan jalan napas belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4.4 memeriksa produksi sputum - 4.7 melakukan fisioterapi dada - 4.8 melakukan suction - 4.9 memberikan hiperoksigenasi sebelum dilakukan suction - 4.14 memberikan nebu 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Produksi sputum	1	5	1										
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																	
Produksi sputum	1	5	1																	
	V	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - td 143/87mmHg - nadi teraba kuat - rr masuk 15 rr keluar 16 - urine/4jam 5cc - respon pupil + terhadap cahaya - ukuran pupil kanan kiri 2 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko perfusi renal belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar urea nitrogen</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar kreatinin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5.1 memonitor status kardiopulmonal - 5.3 memonitor status cairan - 5.4 memonitor tingkat kesadaran respon pupil 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Kadar urea nitrogen	1	5	1	Kadar kreatinin	1	5	1						
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																	
Kadar urea nitrogen	1	5	1																	
Kadar kreatinin	1	5	1																	

			- 5.14 melakukan pemberian terapi furosemide													
	VI	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien edema pada ekstremitas atas dan bawah - turgor kulit >5 detik - urine 5cc - td 143/87mmHg - sudah dilakukan pemberian terapi <i>foot massage</i> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko penurunan curah jantung teratasi sebagian dimana sebelumnya tekanan darah 149/90mmHg menjadi 143/87mmHg <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6.3 memonitor tekanan darah - 6.18 melakukan <i>foot massage</i> 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Tekanan darah	1	5	2						
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah													
Tekanan darah	1	5	2													
	VII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tingkat kesadaran E1VettM1 - gds : 104 mg/dl - masih terpasang cairan maintenance D10% pada CDL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian dimana sebelumnya kadar glukosa darah pasien pada hari pertama 88mg/dl pada hari kedua setelah pemberia D10% GDS pasien 104mg/dl <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa darah dalam tubuh</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7.1 mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia - 7.7 mempertahankan akses Iv - 7.16 mengkolaborasi cairan dextrose 	Kriteria	sebelum	Target	Sesudah	Kesadaran	1	5	1	Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	3		
Kriteria	sebelum	Target	Sesudah													
Kesadaran	1	5	1													
Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	3													
	VIII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak ada kemerahan pada area luka CDL - tidak ada bengkak pada area luka <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	Sebelum	Target	sesudah	Kadar sel darah putih	3	5	3	Kemerahan	3	5	3		
Kriteria	Sebelum	Target	sesudah													
Kadar sel darah putih	3	5	3													
Kemerahan	3	5	3													

			<table border="1"> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8.1 memeriksa tanda dan gejala infeksi - 8.2 membatasi jumlah pengunjung - 8.4 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - 8.5 mempertahankan teknik aseptik 	Bengkak	3	5	3				
Bengkak	3	5	3								
	IX	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tirah baring - skor skala norton : 8 yang dimana jika kurang dari 12 maka dikatakan beresiko mengalami luka dekubitus - mika-miki tiap 2 jam - seprai masih dalam keadaan kering <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko luka tekan belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9.7 memeriksa kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi - 9.8 memeriksa sumber tekanan dan gesakan - 9.11 menggunakan barrier - 9.12 mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam - 9.13 membuat jadwal perubahan posisi - 9.14 memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang - 9.15 menjaga seprai tetap kering 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Kerusakan lapisan kulit	3	5	3	
kriteria	sebelum	target	sesudah								
Kerusakan lapisan kulit	3	5	3								
	X	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengalami penurunan kesadaran - GCS E1VtM1 - Pasien tirah baring sejak tanggal 19 desember - Terpasang handrell pada tempat tidur pasien - Roda tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko jatuh belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10.1 mengidentifikasi faktor resiko jatuh - 10.4 menghitung resiko jatuh dengan morse scale - 10.7 memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci - 10.8 memasang <i>handrell</i> tempat tidur pasien 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Tingkat kesadaran	1	5	1	
kriteria	sebelum	target	sesudah								
Tingkat kesadaran	1	5	1								

No	Hari/tgl/jam	Dx kep	Evaluasi (SOAP)	Paraf																
1.	23/12/2023 15.00	I	<p>S : pasien tidak bisa dikaji, terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Napas on ventilator mode SimV dengan setingan venti Fio2 :40%, peep 8, flow trigger : 3.0, PCO2 47,3mmHg - Rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan, spo2 100% - Pasien berada di bed pasien dengan posisi semi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah gangguan ventilasi spontan belum teratasi <table border="1" data-bbox="655 622 1251 723"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PCO2</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.1 mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - 1.3 memonitor status respirasi dan oksigenasi - 1.5 memberikan posisi semifowler - 1.12 mengkolaborasi pemberian 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Dispnea	1	5	1	PCO2	1	5	1					
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																	
Dispnea	1	5	1																	
PCO2	1	5	1																	
		II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak bisa dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - napas support ventilator - edema pada ekstremitas - turgor kulit >5detik - urine 5cc - td 137/86/nadi 108×/menit - balance cairan +220 - SP furosemide masih berjalan dengan rate 0,3 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah hipervolemia belum teratasi <table border="1" data-bbox="735 1305 1305 1496"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Haluaran urin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Edema</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.3 m3monitor status hemodinamik - 2.4 memonitor intake output cairan - 2.10 membatasi asupan cairan - 2.11 meninggikan kepala tempat tidur - 2.16 memberikan obat furosemide 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Haluaran urin	1	5	1	Edema	1	5	1	Turgor kulit	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																	
Haluaran urin	1	5	1																	
Edema	1	5	1																	
Turgor kulit	1	5	1																	
		III	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suara napas vesikuler - spo2 100% - PCO2 47,3 mmHg, Ph arteri 7,136 - PO2 103 																	

		<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian dimana pada tanggal 22 hasil AGD PO2 menunjukkan nilai 168, lalu pada tanggal 23 hasil AGD 103 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PO2</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Takikardi</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ph arteri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.1 memeriksa frekuensi napas - 3.7 mendengarkan bunyi napas - 3.8 memonitor saturasi oksigen - 3.9 memonitor nilai AGD 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	PO2	2	5	3	Takikardi	1	5	1	Ph arteri	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																
PO2	2	5	3																
Takikardi	1	5	1																
Ph arteri	1	5	1																
	IV	<p>S : tidak bisa dikaji terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masih terdapat sputum ETT 5cc putih kental - sputum pada mulut 3cc putih kental - spo2 100% - pasien telah diberikan nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah bersihan jalan napas belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4.4 memeriksa produksi sputum - 4.7 melakukan fisioterapi dada - 4.8 melakukan suction - 4.9 memberikan hiperoksigenasi sebelum dilakukan suction - 4.14 memberikan nebu 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Produksi sputum	1	5	1									
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																
Produksi sputum	1	5	1																
	V	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - td 137/87mmHg - nadi teraba kuat - rr masuk 15 rr keluar 16 - urine/4jam 5cc - respon pupil + terhadap cahaya - ukuran pupil kanan kiri 2 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko perfusi renal belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar urea nitrogen</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar kreatinin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5.1 memonitor status kardiopulmonal - 5.3 memonitor status cairan 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Kadar urea nitrogen	1	5	1	Kadar kreatinin	1	5	1					
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																
Kadar urea nitrogen	1	5	1																
Kadar kreatinin	1	5	1																

			<ul style="list-style-type: none"> - 5.4 memonitor tingkat kesadaran respon pupil - 5.14 melakukan pemberian terapi furosemide 												
	VI	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien edema pada ekstremitas atas dan bawah - turgor kulit >5 detik - produksi urine 5cc - td 137/86mmHg - sudah dilakukan pemberian terapi <i>foot massage</i> selama 30 menit <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko penurunan curah jantung teratasi dimana pada tanggal 22 desember tekanan darah pasien menunjukkan nilai 143/87mmHg, lalu pada tanggal 23 Desember tekanan darah 137/87mmHg <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6.3 memonitor tekanan darah - 6.18 melakukan <i>foot massage</i> <p>Lanjutkan</p>	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Tekanan darah	2	5	4					
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah												
Tekanan darah	2	5	4												
	VII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tingkat kesadaran E1VettM1 - gds : 110mg/dl - masih terpasang cairan maintenance D10% pada CDL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian dimana kadar gula darah pasien pada tanggal 22 104mg/dl, pada tanggal 23 desember GDS pasien 110mg/dl <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa darah dalam tubuh</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7.1 mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia - 7.7 mempertahankan akses Iv - 7.16 mengkolaborasi cairan dextrose 	Kriteria	sebelum	Target	Sesudah	Kesadaran	1	5	1	Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	3	
Kriteria	sebelum	Target	Sesudah												
Kesadaran	1	5	1												
Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	3												
	VIII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak ada kemerahan pada area luka CDL - tidak ada bengkak pada area luka <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko infeksi teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	Sebelum	Target	sesudah	Kadar sel darah putih	3	5	3					
Kriteria	Sebelum	Target	sesudah												
Kadar sel darah putih	3	5	3												

			<table border="1"> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8.1 memeriksa tanda dan gejala infeksi - 8.2 membatasi jumlah pengunjung - 8.4 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - 8.5 mempertahankan teknik aseptik 	Kemerahan	3	5	4	Bengkak	3	5	4	
Kemerahan	3	5	4									
Bengkak	3	5	4									
	IX	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tirah baring - skor skala norton : 8 yang dimana jika kurang dari 12 maka dikatakan beresiko mengalami luka dekubitus - mika-miki tiap 2 jam - seprai masih dalam keadaan kering <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko luka tekan teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9.7 memeriksa kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi - 9.8 memeriksa sumber tekanan dan gesakan - 9.11 menggunakan barrier - 9.12 mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam - 9.13 membuat jadwal perubahan posisi - 9.14 memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang - 9.15 menjaga seprai tetap kering 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Kerusakan lapisan kulit	3	5	4		
kriteria	sebelum	target	sesudah									
Kerusakan lapisan kulit	3	5	4									
	X	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengalami penurunan kesadaran - GCS E1VettM1 - Pasien tirah baring sejak tanggal 19 desember - Terpasang handrell pada tempat tidur pasien - Roda tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko jatuh belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10.1 mengidentifikasi faktor resiko jatuh - 10.4 menghitung resiko jatuh dengan morse scale - 10.7 memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci - 10.8 memasang <i>handrell</i> tempat tidur pasien 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Tingkat kesadaran	1	5	1		
kriteria	sebelum	target	sesudah									
Tingkat kesadaran	1	5	1									

BAB IV

ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktik

1. Sejarah RSUD A. M. Parikesit Tenggarong

Semula RSUD Aji Muhammad Parikesit melayani masyarakat Kerajaan Kutai. Tujuan awalnya adalah untuk memberikan pengobatan gratis kepada penduduk Kutai dan untuk memenuhi kebutuhan pengobatan keraton. Jalan Pattimura, atau yang lebih sering dikenal warga Kutai, Gunung Pedidik Tenggarong, dulunya merupakan lokasi pusat kesehatan.

Nama Rumah Sakit Parikesit diambil dari nama Raja Kutai yang bertahta pada tahun 1920 hingga 1960 pada masa Belanda. Setelah kemerdekaan negara tersebut, raja Kutai mengalihkan kendali rumah sakit kerajaan kepada Pemerintah Daerah Kabupaten Kutai. Jalan Mayjen Panjaitan Tenggarong yang berbatasan dengan Toraga Barat menjadi lokasi relokasi rumah sakit akibat kejadian kemudian. Namun RSUD Jalan Mayjen Panjaitan dinilai tidak layak memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat akibat perkembangan Kabupaten Kutai. Rumah sakit di Kabupaten Kutai telah mengalami sejumlah perbaikan, termasuk pada infrastruktur dan struktur organisasinya, sehingga dapat melayani masyarakat Kabupaten Kutai dengan lebih baik melalui layanan kesehatan yang murah dan berkualitas tinggi. H. Soewandi, Gubernur Provinsi Kalimantan Timur, akhirnya meresmikan rumah sakit baru di Jalan Imam Bonjol pada tanggal 12 November 1983. Fasilitas tersebut memiliki infrastruktur yang jauh lebih baik.

Sultan Aji Muhammad Parikesit dari Kutai menjadi inspirasi nama rumah sakit tersebut, RSUD Aji Muhammad Parikesit.

2. Direktur RSUD A. M. Parikesit Dari Masa ke Masa

- a. dr. Soewondo (1945)
- b. dr. Achmad Tantowi (1974-1979)
- c. dr. Eko Suhartono (1979-1983)
- d. dr. Bambang Trijanto (1983-1989)
- e. dr. Said Suharmani (1989-1999)
- f. dr. Ali Haidar, M.Kes (1999-2004)
- g. dr. Teguh Widodo Slamet, SpBO (2004-2013)
- h. dr. Martina Yulianti Sp.PD.FINASIM.,M.Kes.,(MARS)

3. Visi dan Misi RSUD A. M. Parikesit

Visi

Terwujudnya rumah sakit yang unggul dan terpercaya

Misi

- a. Menciptakan layanan kelas satu yang dibangun khusus untuk meningkatkan kesehatan masyarakat
- b. Memberikan pelayanan terbaik kepada klien sehingga mereka mendapatkan pengalaman yang positif
- c. Menyelenggarakan penelitian, pendidikan, dan pelatihan untuk menghasilkan sumber daya manusia yang kompeten, berwawasan luas, dan terlibat

- d. Meningkatkan efisiensi pelayanan melalui penerapan teknik lean management berbasis teknologi
4. Instalasi, Unit, Tim, Dan Panitia RSUD A. M. Parikesit
 - a. Instalasi Gawat Drurat
 - b. Instalasi Rawat Jalan
 - c. Instalasi Rawat Inap
 - d. Instalasi Rawat Intensif
 - e. Instalasi Bedah Sentral
 - f. *General Check Up*
 - g. Hemodialisa
 - h. Endoscopy
 - i. Cathlab
 - j. MRI
 - k. Poliklinik Perjanjian
 - l. Instalasi Laboratorium

B. Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep CKD Pada Pasien Kelolaan

1 Hipertensi yang terjadi pada pasien

Kemungkinan terkena CKD pada penderita hipertensi meningkat seiring dengan lamanya kondisi mereka. Mereka yang menderita hipertensi selama satu sampai lima tahun memiliki peningkatan risiko tiga belas kali lipat, dan mereka yang menderita hipertensi selama sepuluh tahun atau lebih memiliki peningkatan risiko tiga puluh empat kali lipat (Hidayat et al., 2018). penyakit

ginjal kronik. Sekitar 20,8% kasus CKD di Indonesia disebabkan oleh hipertensi. (Yogiantoro,2012).

Karya ilmiah ini berfokus pada pasien yang telah didiagnosis menderita gagal napas tipe 2, CKD + SUSP SNH). Klien terdokumentasi memiliki kasus tekanan darah tinggi pada tahun 2017 dan mengalami stroke pada tahun yang sama. Klien awalnya didiagnosis menderita hipertensi 6 tahun yang lalu dan baru-baru ini mendapat diagnosis gagal ginjal sebelum dibawa ke ICU. Keluarga klien melaporkan bahwa klien mempunyai kecenderungan hipertensi secara turun temurun, hal ini juga terdapat pada ayahnya. Menurut keluarga pasien, klien belum pernah merokok sebelumnya. Mereka juga menyebutkan bahwa klien biasanya mengonsumsi amlodipine dengan dosis 10mg, namun berhenti meminumnya setelah merasa lebih baik. Namun klien akhirnya berakhir di IGD karena keluhan sesak napas. Hasil TTV sebagai berikut: td :180/120 N: 113 rr : 28 suhu : 36.

Dengan asumsi nasabah mampu melakukan upaya pencegahan sejak dini, maka gejala hipertensi tidak akan muncul. Salah satu faktor risiko populasi menua adalah peningkatan tekanan darah. Pada pria, penyakit ini mulai meningkat pada usia 45 tahun, sedangkan pada wanita, penyakit ini terus meningkat hingga sekitar usia 55 tahun. Hipertensi dapat menyerang orang dari ras atau etnis apa pun. Prevalensi hipertensi lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Seberapa aktif klien setiap hari dipengaruhi oleh pekerjaannya. Selain itu, kurang berolahraga, merokok, dan mengonsumsi

alkohol merupakan pilihan gaya hidup buruk yang dapat meningkatkan tekanan darah.

Risiko CKD meningkat seiring dengan lamanya hipertensi. Responden yang menderita hipertensi selama satu sampai lima tahun mempunyai kemungkinan tiga belas kali lipat lebih besar untuk terkena CKD, sedangkan mereka yang menderita hipertensi lebih dari sepuluh tahun mempunyai peluang tiga puluh empat kali lipat lebih besar. Sekitar 20,8% kasus CKD di Indonesia disebabkan oleh hipertensi. (Kalengkongan et al., 2013)

Temuan pemeriksaan dapat mengungkapkan masalah keperawatan pada klien yang ditangani: Masalah kelelahan otot pernapasan yang berhubungan dengan pernapasan spontan, Volume darah tidak teratur karena sistem kontrol yang tidak berfungsi, Perubahan pada membran alveolus-kapiler yang mengganggu pertukaran gas, Tertahannya sekret yang menyebabkan tidak efisiennya pembersihan jalan napas, Disfungsi ginjal merupakan ciri dari risiko perfusi ginjal. Variasi afterload menunjukkan penurunan risiko curah jantung, Hipoglikemia berhubungan dengan fluktuasi kadar glukosa darah, Prosedur invasif menimbulkan risiko infeksi karena konsekuensinya, Penurunan mobilitas adalah berhubungan dengan peningkatan risiko ulkus dekubitus, Penurunan kesadaran dikaitkan dengan peningkatan risiko terjatuh.

Hasil analisis yang dilakukan terhadap 10 diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu karena tanda gejala yang didapatkan berdasarkan data subyektif dan objektif yang sesuai dengan indikator kriteria pada SDKI.

Diagnosa keperawatan diatas akan dibahas lebih lanjut dalam pembahasan sebagai berikut:

- a. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan

Berdasarkan buku standar Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) cadangan energi seseorang secara alami turun karena gangguan ventilasi, sehingga tidak mungkin bagi mereka untuk bernapas dengan cukup. Kondisi klien saat datang kerumah sakit mengalami sesak napas saat malam hari dimana pada saat itu klien datang ke IGD dengan keluhan sesak napas $rr : 28 \times / \text{menit}$ dan terdiagnosa gagal napas, setelah itu pasien masuk ke ruang ICU pada tanggal 19 Desember 2023, klien dilakukan intubasi pemasangan ETT dengan kedalaman 21cm diatas bibir. Salah satu intervensi yang diberikan pada diagnosa ini adalah dukungan ventilasi. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan hasil evaluasi masalah keperawatan belum teratasi dilihat dari hasil data evaluasi pada tanggal 23 Desember 2023 kriteria dispnea dengan target 5 tidak ada peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 1 hal ini dikarenakan terbatasnya waktu perawatan yang hanya dilakukan selama 3 hari dan juga hal yang mempengaruhi dispnea tidak teratasi adalah komplikasi terhadap penyakit yang dimana pada pasien ini memiliki riwayat hipertensi dan terdiagnosa CKD hal ini sejalan dengan penelitian Narsa et al, (2022) yang menyatakan bahwa penyakit ginjal kronis sering

dikaitkan dengan dispnea. Hipertensi merupakan faktor risiko terjadinya sesak napas. Jika hipertensi tidak diobati, penyakit ini akan menyempit, melemahkan, dan mengeraskan arteri yang mengelilingi ginjal. Jika arteri ini rusak, darah yang dibutuhkan jaringan tidak akan dapat mencapai nefron, sehingga kekurangan oksigen dan nutrisi. Penurunan jumlah oksigen yang dapat didistribusikan ke seluruh tubuh dapat terjadi jika ginjal terkena, karena hal ini juga akan mengganggu proses pembentukan sel darah merah di sumsum tulang. Oleh karena itu, sesak napas merupakan gejala umum yang dialami oleh penderita penyakit ginjal kronis. kriteria PCO₂ dengan target 5 tidak ada peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 1.

Oleh karena itu, penggunaan alat bantu pernafasan ventilator merupakan komponen penting dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan kesulitan ventilasi spontan akibat kelelahan otot pernafasan.

Penulis menyimpulkan dari uraian di atas bahwa penyempitan, melemahnya, dan pengerasan pembuluh darah di sekitar ginjal merupakan penyebab utama sesak napas klien. Hal ini, pada gilirannya, mencegah nefron menerima oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan karena darah tidak dapat menjangkaunya.

b. Hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi

Pada diagnosa kedua yaitu hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi yang didefinisikan dalam SDKI yaitu peningkatan

volume cairan intravaskuler, interstisial dan intraselular. Pada kasus yang dibahas klien dengan diagnosa medis CKD on HD, klien terdiagnosa CKD saat klien dirawat diruang ICU, saat sejak itu klien pertama kali melakukan cuci darah serta tranfusi darah dengan jenis PRC sebanyak 238 volume unit, klien mengalami edema pada ekstremitas atas dan bawah dengan produksi urin 5cc/4jam. Salah satu intervensi yang diberikan pada diagnosa ini adalah manajemen hipervolemia. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan hasil evaluasi masalah keperawatan belum teratasi dilihat dari hasil data evaluasi pada tanggal 23 Desember 2023 kriteria haluaran urin dengan target 5 tidak ada peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 1, kriteria edema dengan target 5 tidak ada peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 1, kriteria turgor kulit dengan target 5 tidak ada peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 1. Hal ini dikarenakan pada pasien CKD mengalami retensi cairan dan natrium yang dapat mengakibatkan pasien CKD mengalami edema dan mempengaruhi keelastisan pada kulit sehingga terjadi perubahan pada turgor kulit.

Pasien yang menjalani HD harus benar-benar mematuhi protokol pembatasan cairan. Sangat penting untuk mengamati asupan cairan pada individu dengan penyakit ginjal kronis. Penilaian berat badan harian adalah kriteria yang tepat untuk diikuti selain asupan dan keluaran cairan

yang terkontrol dengan baik. Edema berlebihan dan stres peredaran darah mungkin disebabkan oleh konsumsi berlebihan. Jumlah cairan yang harus dikonsumsi ditentukan dengan menambahkan 500 mililiter (ml) pada jumlah urin yang dikeluarkan dalam 24 jam terakhir (IWL). Penderita penyakit ginjal kronis (CKD) perlu mengontrol asupan cairannya dengan hati-hati karena rasa haus tidak selalu merupakan indikator status hidrasi yang akurat (Wilson, 2006 dalam Hidayati, 2012).

Dengan adanya informasi yang diberikan, diharapkan klien dapat mengatur asupan cairan dan mengikuti pola makan yang ditentukan untuk mengurangi risiko komplikasi dan masalah baru terkait hipervolemia yang diduga disebabkan oleh gagal ginjal.

- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler

Pada diagnosa ke tiga yaitu gangguan pertukaran gas yang didefinisikan dalam SDKI adalah kelebihan atau kekurangan oksigen dan eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler. Kondisi klien menggunakan ETT dengan napas support ventilator, didapatkan data sesuai SDKI dari masalah gangguan pertukaran gas yaitu PCO₂ : 45,7mmHg, Ph arteri 7,081, kesadaran menurun. Salah satu intervensi yang diberikan pada diagnosa ini adalah pemantauan respirasi. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan hasil evaluasi masalah keperawatan teratasi sebgaiian terjadi perubahan hasil AGD pada PO₂ yang dimana pada tanggal 21 Desember menunjukkan hasil PO₂ 354

mmHg dan pada tanggal 23 Desember PO₂ menjadi 103 mmHg. Dilihat dari hasil data evaluasi pada tanggal 23 Desember 2023 kriteria PO₂ dengan target 5 terjadi peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 3, kriteria takikardi dengan target 5 tidak ada peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 1, kriteria Ph arteri dengan target 5 tidak ada peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 1.

Penurunan ekskresi natrium menyebabkan retensi cairan pada gagal ginjal, yang selanjutnya menyebabkan kelebihan volume dan edema paru. Edema paru berdampak pada pertukaran gas dan kapasitas mekanik di paru-paru melalui berbagai jalur. Selain menimbulkan atelaktasis dan penurunan produksi surfaktan, edema interstisial dan alveolar membatasi perkembangan alveoli. Akibatnya, volume tidal dan komplians paru berkurang. Sesak napas, retraksi interkostal setelah inspirasi, dan fluktuasi berat badan merupakan tanda klinis yang mungkin terjadi. (Kartikasari, 2018)

Berdasarkan uraian diatas penulis berasumsi bahwa gangguan pertukaran gas teratasi sebagian disebabkan oleh perubahan membran alveolus, oleh karena itu pemberian usaha napas harus ditingkatkan agar volume tidal tercukupi.

- d. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

Berdasarkan definisi SDKI tentang retensi sekret sebagai ketidakmampuan mengeluarkan sekret atau penyumbatan saluran napas untuk mempertahankan jalan napas yang paten, diagnosis keempat adalah pembersihan saluran napas yang tidak efisien, yang berhubungan dengan retensi sekret. Pada kondisi klien tidak sadar atau mengalami penurunan kesadaran, pasien menggunakan alat bantu pernapasan *Endotrachea Tube* (ETT) saat dilakukan *suction* klien menghasilkan produksi sputum sebanyak 5cc dengan konsistensi kental berwarna putih. Salah satu intervensi yang diberikan pada diagnosa ini adalah manajemen jalan napas. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan hasil evaluasi masalah keperawatan belum teratasi dilihat dari hasil data evaluasi pada tanggal 23 Desember 2023 kriteria produksi sputum dengan target 5 tidak ada peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 1. Ini dikarenakan pada pasien yang menggunakan ETT dari pertama pasien dilakukan perawatan pada ruang ICU dan pemasangan ETT tersebut beresiko terjadinya bakteri masuk melalui alat suction, hal ini sejalan dengan penelitian Agustyn, (2017) pemasangan ETT akan membuka jalur bagi bakteri untuk langsung menyerang saluran pernapasan bagian bawah. Hal ini menimbulkan ancaman pada saluran pernapasan bagian atas dan trakea, khususnya pembukaan saluran pernapasan bagian atas dan tersedianya jalan masuk langsung bagi bakteri. Kemampuan tubuh dalam menyaring dan menghangatkan udara berkurang sehingga

membuat trakea menjadi koloni bakteri, yang pada akhirnya meningkatkan produksi dan sekresi sekret.

Berdasarkan uraian diatas penulis berasumsi bahwa yang mempengaruhi bersihan jalan napas klien belum teratasi adalah penggunaan alat ETT.

e. Resiko perfusi renal ditandai dengan disfungsi ginjal

Pada diagnosa ke lima adalah resiko perfusi renal tidak efektif ditandai dengan disfungsi ginjal yang didefinisikan dalam SDKI yaitu beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke ginjal. Pada kondisi klien dengan masalah gagal ginjal dan pertama kali melakukan cuci darah pada tanggal 21 desember 2023 sekaligus melakukan transfusi darah dengan jenis darah PRC sebanyak 238 volume dengan hasil AGD ureum 255mg/dl, creatinin 17,6 mg/dl. Klien mengalami *cardiomegaly* disertai dengan edema pada paru, hal ini didapatkan dari hasil X-Ray thorax pada tanggal 19 Desember 2023. Salah satu intervensi yang diberikan pada diagnosa ini adalah pencegahan syok. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan hasil evaluasi masalah keperawatan belum teratasi dilihat dari hasil data evaluasi pada tanggal 23 Desember 2023 kriteria kadar urea nitrogen dengan target 5 tidak ada peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 1, kriteria kadar kreatinin dengan target 5 tidak ada peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 1. Hal ini dikarenakan pasien mengalami

kerusakan pada ginjal, hal ini sejalan dengan penelitian Arhamawati et al, (2019) kerusakan pada ginjal menyebabkan peningkatan sisa metabolisme, penurunan bersihan kreatinin, dan peningkatan konsentrasi kreatinin karena lebih banyak ATP diperlukan untuk menghasilkan energi.

Berdasarkan uraian diatas penulis berasumsi bahwa klien mengalami resiko perfusi renal dikarenakan pengaruh disfungsi ginjal yang menyebabkan klien mengalami *cardiomegaly* disertai edema pada paru.

f. Resiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan *afterload*

Kerusakan pada ginjal menyebabkan peningkatan sisa metabolisme, penurunan bersihan kreatinin, dan peningkatan konsentrasi kreatinin karena lebih banyak ATP diperlukan untuk menghasilkan energi. Pada masalah ini didapatkan klien mempunyai riwayat hipertensi dan stroke pada 2017 atau 6 tahun yang lalu, dengan tekanan darah klien 149/90mmHg dan nadi 114x/menit. Salah satu intervensi yang diberikan pada diagnosa ini adalah perawatan jantung dan inovasi pemberian terapi *Foot massage*. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan hasil evaluasi masalah keperawatan teratasi dilihat dari hasil data evaluasi pada tanggal 23 Desember 2023 kriteria tekanan dengan target 5 terjadi peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 4.

Hipertensi pada lansia dapat menyebabkan masalah pada otak, mata, ginjal, dan jantung. Selain risiko yang terkait dengan penurunan curah jantung, hipertensi pada lansia dapat menimbulkan gejala masalah keperawatan. Dalam kondisi yang disebut penurunan curah jantung, jantung mungkin tidak memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. (Kelompok Pakar DPP PPNI SDKI, 2019)

Usia dan kurangnya variasi dalam aktivitas sehari-hari dapat berdampak pada curah jantung. Seiring bertambahnya usia, katup jantung kita menjadi lebih tebal dan kelenturan pembuluh darah arteri perifer biasanya menurun. Tekanan darah meningkat karena arteri perifer kurang elastis, yang pada gilirannya dapat menurunkan curah jantung (Mariyam, 2011). Penurunan curah jantung, kesulitan jantung, dan bahkan kematian dapat disebabkan oleh gaya hidup lansia yang tidak banyak bergerak, kurang berolahraga, atau kegagalan dalam mengonsumsi obat secara konsisten untuk mengatur tekanan darahnya. (Khairunnisa, 2019).

Berdasarkan uraian diatas penulis berasumsi bahwa klien beresiko mengalami penurunan curah jantung dikarenakan peningkatan tekanan darah. Sehingga diharapkan klien mampu mengontrol tekanan darah dengan diet yang sesuai untuk mengurangi resiko penurunan curah jantung.

g. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia

Menurut SDKI, fluktuasi kadar gula darah yang lebih tinggi atau lebih rendah dari kisaran normal ditandai dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah terkait hipoglikemia, yang merupakan diagnostik kedelapan. Klien dilakukan pengecekan GDS/8 jam, pada saat pemeriksaan GDS didapatkan hasil GDS pasien 88mg/dl. Terpasang CDL pada vena jugularis pasien yang dimana 2 line untuk melakukan cuci darah, dan 1 line digunakan untuk maintenance cairan menggunakan cairan D10% yang dijalankan menggunakan infus pump dengan setingan rate 30. Salah satu intervensi yang diberikan pada diagnosa ini adalah manajemen hipoglikemia. Setelah dilakukan pelaksanaan selama 3 hari, diketahui bahwa hasil evaluasi masalah keperawatan hanya terselesaikan sebagian. Hal ini terlihat dari data evaluasi pada 23 Desember 2023. Secara khusus kriteria kesadaran dengan target 5 tidak menunjukkan adanya peningkatan dari hari pertama hingga hari ketiga. Awalnya, tingkat kesadaran adalah 1, dan tetap sama setelah 3 hari. Begitu pula dengan kriteria kadar glukosa tidak menunjukkan adanya perubahan. Jumlah darah dalam tubuh, awalnya 1, bertambah menjadi 3 pada hari ketiga, dengan target 5. Pada masalah ini pasien diberikan cairan maintenance D10% untuk meningkatkan gula darah dalam tubuh pasien selama 3 hari berturut-turut dengan rate 30, cairan D10% diberikan menggunakan infus pump yang dimana tetesan pada obat telah di setting

sedemikian, sedangkan pasien masih dalam pengaruh obat maka dari itu tingkat kesadaran pasien belum teratasi.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah, yang ditandai dengan hipoglikemia atau hiperglikemia, dapat terjadi pada penderita diabetes lanjut usia. Ketika mekanisme tubuh dalam mengatur gula darah terganggu, akibatnya adalah peningkatan kadar gula darah. Di antara tiga tantangan utama yang dihadapi lansia ketika mencoba mengendalikan kadar gula darahnya: resistensi insulin, peningkatan kadar gula darah postprandial, dan penurunan pelepasan insulin secara bertahap. Resistensi insulin memainkan peran paling penting di antara ketiga hal ini. Kualitas lemak tubuh berubah dari 14% menjadi 30% pada lansia (jaringan lemak lebih banyak dibandingkan massa otot), penurunan reseptor insulin akibat penurunan aktivitas fisik, perubahan pola makan ke arah konsumsi karbohidrat, dan perubahan neurohormonal merupakan penyebab potensial resistensi insulin. (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Faktor risiko kadar gula darah tidak stabil antara lain kelebihan berat badan, kurang berolahraga, bertambahnya usia, dan melakukan kebiasaan baru yang tidak sehat.

h. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

Pada diagnosa ke delapan yaitu resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif didefinisikan dalam SDKI yaitu beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pada kondisi

masalah ini klien terpasang *double lumen* pada hemithorax kanan dengan tip pada midclavicula setinggi CV Th7. Salah satu intervensi yang diberikan pada diagnosa ini adalah pencegahan infeksi. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan hasil evaluasi masalah keperawatan teratasi dilihat dari hasil data evaluasi pada tanggal 23 Desember 2023 kriteria kadar sel darah putih dengan target 5 terjadi kestabilan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 3 dan sesudahnya 3, kriteria kemerahan dengan target 5 terjadi peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 3 dan sesudahnya 4, kriteria bengkak dengan target 5 terjadi peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 3 dan sesudahnya 4.

Pelayanan dialisis sama baiknya dengan akses yang dimiliki pasien, yang berarti pelayanan tersebut harus dapat diandalkan dan tanpa kompromi. Infeksi adalah konsekuensi potensial. Infeksi dapat menyebar baik secara lokal, melalui tusukan, atau ke seluruh tubuh (Lok et al., 2020).

Pada 96 pasien dengan penyakit ginjal kronik akut atau cedera ginjal akut, peneliti menemukan bahwa infeksi sekunder akibat CDL terjadi setelah pemberian antisepsis, kultur darah dari lumen kateter, dan kultur ujung kateter. Informasi ini diperoleh dari penelitian Ferreira et al. (2018). Untuk 56,2% pasien, infeksi terjadi selama pemasangan vena femoralis, dan untuk 67,7%, durasi pemasangan antara satu hingga

sepuluh hari. Diketahui bahwa 51% kateter CDL mengandung mikroorganisme, 14,3 persen pasien mengalami infeksi aliran darah atau sistemik akibat pemasangan kateter, dan 10,4 persen mengalami infeksi saat kateter dipasang. Temuan penelitian menunjukkan bahwa kateter dikaitkan dengan berbagai komplikasi kesehatan.

Pasien di seluruh dunia yang menjalani hemodialisis jangka panjang (HD) sering kali mengalami infeksi aliran darah terkait kateter. Dari 123 pasien CDL, 8,94% (11 pasien) mengalami infeksi yang disebabkan oleh gram positif pada 91,7% kasus, menurut penelitian prospektif (Allon & Sexton, 2020). Dari total 123 kasus, 14,6% berakibat fatal, dengan 2/11 kasus terjadi dalam waktu 30 hari setelah infeksi CDL. Munculnya nanah dan indurasi dua sentimeter dari lokasi tusukan merupakan tanda infeksi (Diseases Branch & of Health, 2018). Gejala: Sedhain dkk. (2019) menemukan bahwa manifestasi klinis yang paling banyak terjadi adalah demam disertai menggigil dan kaku.

Komplikasi akses vaskular, seperti infeksi, dapat menyebabkan peningkatan morbiditas, hilangnya akses, atau bahkan kematian. Pasien hemodialisis kateter lumen ganda (DLC) memiliki kemungkinan dua hingga tiga kali lebih besar untuk meninggal akibat infeksi dibandingkan pasien akses tetap. (Lok et al., 2020 dalam Widani & Suryandari, 2021)

Berdasarkan uraian diatas penulis berasumsi bahwa resiko terjadinya infeksi dikarenakan efek prosedur invasif pada klien.

i. Resiko luka tekan ditandai dengan penurunan mobilisasi

Pada diagnosa ke sembilan adalah resiko luka tekan ditandai dengan penurunan mobilisasi yang didefinisikan dalam SDKI adalah potensi kerusakan yang terjadi secara lokal pada kulit atau jaringan, paling sering pada penonjolan tulang akibat tekanan atau gesekan. Pada masalah ini klien mengalami tirah sejak tanggal 19 Desember 2023 saat klien masuk ke ruang ICU, klien tidak menggunakan kasur dekubitus sejak pertama kali dirawat di ruang ICU. Salah satu intervensi yang diberikan pada diagnosa ini adalah pencegahan luka tekan. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan hasil evaluasi masalah keperawatan teratasi dilihat dari hasil data evaluasi pada tanggal 23 Desember 2023 kriteria kerusakan lapisan kulit dengan target 5 terjadi peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 3 dan sesudahnya 4.

Ketidakmampuan untuk bergerak bebas atau aktif karena faktor eksternal dikenal dengan istilah imobilitas atau tirah baring (Negari et al., 2022 dalam Widani & Suryandari, 2021). Mengidentifikasi dan menilai kulit pada kulit sangat penting bagi pasien tirah baring sejak masuk hingga pengobatan guna mengembangkan tindakan pencegahan untuk mengurangi memburuknya ulkus dekubitus. Istirahat di tempat tidur atau imobilitas dalam waktu lama dapat menimbulkan efek fisik yang negatif, seperti kerusakan kulit, yang biasa disebut dekubitus atau luka tekan.

Imobilitas, tempat tidur tergelincir atau gesekan, keringat berlebih, drainase luka, dan inkontinensia urin atau feses merupakan faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya luka tekan pada pasien dalam perawatan kritis (Agustina, 2023). Berbagai variabel menempatkan pasien di ICU pada risiko lebih tinggi terkena luka tekan. (Rahayu, 2018).

Berdasarkan uraian teori diatas penulis berasumsi bahwa resiko luka tekan yang terjadi pada klien disebabkan oleh penurunan mobilisasi pada klien. Oleh sebab itu penting bagi perawat menjadwalkan mobilisasi pada klien yang mengalami tirah baring untuk menurunkan angka resiko terjadinya luka tekan.

j. Resiko jatuh ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran

Pada diagnosa ke sepuluh resiko jatuh ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran didefinisikan dalam SDKI yaitu beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Pada masalah ini kondisi klien dalam keadaan tidak sadar dengan pengaruh obat, klien terbaring pada tempat tidur, GCS E1VettM1. Salah satu intervensi yang diberikan pada diagnosa ini adalah pencegahan jatuh. Setelah dilakukan implementasi selama 3 hari didapatkan hasil evaluasi masalah keperawatan belum teratasi dilihat dari hasil data evaluasi pada tanggal 23 Desember 2023 kriteria tingkat kesadaran dengan target 5 tidak ada peningkatan angka dari hari pertama sampai hari ke tiga yang dimana sebelumnya 1 dan sesudahnya 1.

Pasien menduduki peringkat kedua di rumah sakit di Indonesia, tepat di bawah kesalahan pengobatan, yang merupakan salah satu dari tiga kecelakaan rumah sakit terbesar secara keseluruhan. Sebanyak 34 pasien jatuh, terhitung 14% dari seluruh pasien jatuh di rumah sakit di Indonesia, menurut data. Jatuhnya pasien tidak boleh terjadi di rumah sakit, sesuai standar Joint Commission International (JCI) (Mappanganro, Hidayat, dan Reski, 2020).

Menjaga pasien tetap aman dari terjatuh merupakan bagian penting dari tindakan keselamatan pasien di rumah sakit. Dinyatakan dalam Bab III Peraturan Menteri Kesehatan bahwa pencegahan melalui penerapan sistem keselamatan pasien merupakan langkah awal menuju keselamatan tersebut. Ada empat jenis insiden yang dapat terjadi di fasilitas kesehatan: KPC, KNC, KTC, dan KTD. Di antara kejadian-kejadian tersebut, KTD adalah jenis kecelakaan yang paling serius, karena menimbulkan bahaya cedera yang tidak terduga pada pasien, misalnya terjatuh.

Tujuan keselamatan pasien yang keenam adalah mengurangi kemungkinan jatuh. Hal ini penting karena jatuhnya pasien rawat inap merupakan alasan utama yang perlu dikhawatirkan, karena merupakan peringkat kedua dalam kejadian efek samping layanan kesehatan setelah kesalahan pengobatan. (Ainin, Dharmana, dan Santoso, 2017 dalam Widani & Suryandari, 2021)

Karena perawat memberikan kontak langsung dengan pasien sebagai bagian dari aktivitas sehari-hari, terdapat korelasi yang kuat antara jumlah pasien jatuh di rumah sakit dan jumlah perawat. Sebagian besar persyaratan keselamatan pasien menargetkan perawat, sehingga menempatkan mereka pada posisi di mana mereka cenderung lalai dalam kaitannya dengan keselamatan pasien. Pasien di rumah sakit sangat rentan terhadap terjatuh, dan perawat memainkan peran penting dalam mengurangi risiko ini. Inilah sebabnya mengapa sangat penting bagi perawat untuk memahami prosedur operasi standar (SOP) terkait risiko jatuh. Untuk lebih mengurangi kemungkinan jatuh dan cedera yang diderita pasien akibat kejadian tersebut, perawat wajib menjalankan standar operasional prosedur (SOP) risiko jatuh sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan.

C. Analisis Intervensi Pemberian *Foot Massage* Dengan Konsep dan Penelitian Terkait

Jeong et al (2020) menyatakan hipertensi sebagai faktor penentu potensial gagal ginjal, penyakit kardiovaskular kronis, dan kematian. Pembacaan tekanan darah di siang hari praktis merupakan satu-satunya alat untuk diagnosis dan pengobatan hipertensi. Kerusakan ginjal sering terjadi pada pasien hipertensi, dan sebagian besar dari orang-orang ini tidak berhasil mengendalikan tekanan darahnya (Abene et al., 2020).

Satoh et al (2020) menemukan bahwa tekanan darah tinggi sangat meningkatkan kemungkinan gagal ginjal kronis, dan pasien tanpa obat

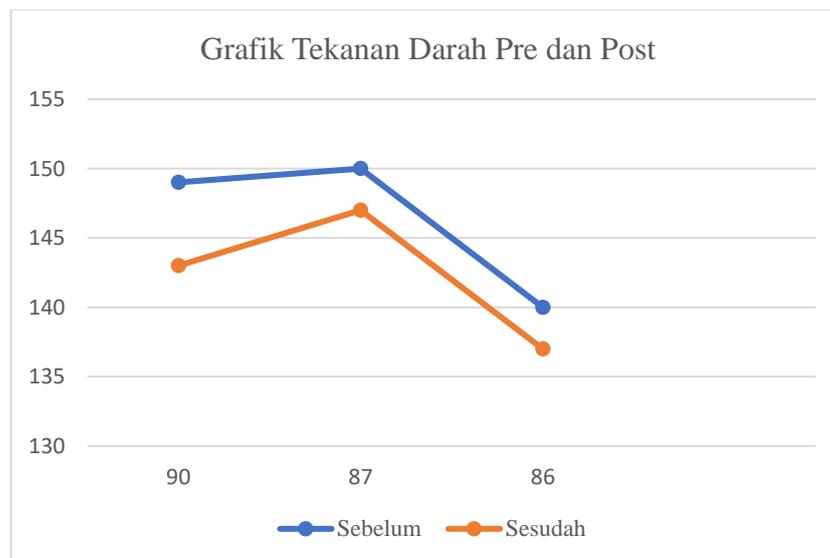
antihipertensi juga mungkin mengalami peningkatan frekuensi denyut nadi. Dibandingkan pria yang tidak menerima terapi, wanita memiliki korelasi yang lebih lemah antara tekanan darah dan kemungkinan terkena gagal ginjal kronis. Masalah jantung dan berkembangnya penyakit ginjal kronis sangat diprediksi oleh peningkatan tekanan darah di malam hari dan tidak turunnya tekanan darah di malam hari. (Jeong et al., 2020)

Pasien telah mengalami gangguan tekanan darah selama 6 tahun terhitung sejak tahun 2017. Mereka tidak konsisten mengonsumsi amlodipine dengan dosis 10mg. Salah satu intervensi keperawatan untuk mengatasi peningkatan tekanan darah pada pasien adalah dengan memberikan terapi *foot massage* mutakhir.

Pada implementasi terapi *foot massage* terhadap penurunan tekanan darah menunjukkan hasil signifikan. Selama 3 hari melakukan intervensi *foot massage* menunjukkan klien mengalami penurunan tekanan darah.

Tabel 3. 16 Pre dan Post Hasil Tekanan Darah

Hari/tanggal	Pemeriksaan	TD (mmHg)
Kamis 21/12/2023	Pre	149/90mmHg
	Post	143/87mmHg
Jumat 22/12/2023	Pre	150/87mmHg
	Post	147/81mmHg
Sabtu 23/12/2023	Pre	140/90mmHg
	Post	137/86mmHg



Ruliyana (2017) menemukan bahwa individu hipertensi yang kakinya dipijat dengan terapi selama 30 menit setiap hari selama dua hari mengalami penurunan tekanan darah yang signifikan.

Pemikiran ini juga dianut oleh karya Daud dan Sari (2020). Temuan penelitian menunjukkan penurunan yang cukup besar pada MAP, HR, RR, tekanan darah sistolik dan diastolik. Di sisi lain, saturasi oksigen tidak terpengaruh. Selain menenangkan sistem saraf, memijat kaki dapat memicu sekresi hormon endorfin yang pada akhirnya menurunkan aktivitas parasimpatis dan simpatis. Rangsangan saraf tepi mempunyai dampak menenangkan dan menyegarkan, serta dapat menstabilkan status hemodinamik dengan meningkatkan sirkulasi saraf tepi melalui sistem saraf simpatis, yang pada akhirnya dapat merelaksasi otot dan meningkatkan sirkulasi pembuluh darah. *Foot massage* dapat secara signifikan mengubah pembacaan tekanan darah (sistol dan diastol) karena pijatan ini melemaskan otot-otot yang tegang,

yang pada gilirannya menyebabkan vasodilatasi dan penurunan tekanan darah secara bertahap. (Ainun, Kristina dan Leini, 2021).

D. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan

Foot massage adalah strategi lain untuk mengurangi hipertensi. Menurut temuan penelitian, pembacaan tekanan darah dapat dipengaruhi oleh perawatan *foot massage* selama tiga hari. Salah satu pilihan penatalaksanaan non farmakologi untuk menurunkan tekanan darah hipertensi pada proses keperawatan adalah relaksasi aromaterapi lavender. Nilai p-value tekanan darah sistolik dan diastolik sebesar 0,000 ($p < 0,05$) pada penelitian yang dilakukan oleh Sutrisno dkk. (2021). Hal ini menunjukkan bahwa tekanan darah sistolik dan diastolik pasien hipertensi diturunkan dengan aromaterapi sebelum dan setelah lavender.. Sistem mental dan fisiologis keduanya dipengaruhi oleh aromaterapi lavender. Kecemasan, hipertensi, detak jantung, stres, dan peningkatan sintesis hormon perasaan senang melatonin dan serotonin semuanya dapat diatasi dengan penggunaan aromaterapi lavender. (Jaelani, 2009 dalam Sutrisno et al., 2021)

Selain pengobatan, pijat *effleurage* adalah pilihan lain untuk menurunkan tekanan darah. Ada banyak manipulasi dan teknik berbeda yang dapat digunakan dalam pemijatan. Teknik *effleurage* merupakan metode yang disukai dan sederhana. Salah satu metode paling mendasar dalam pijat olahraga adalah teknik *effleurage*. Memberikan tekanan ringan memiliki efek sedatif sekaligus meningkatkan sirkulasi darah dan cairan getah bening. (Ananto, 2017 dalam Redho et al., 2023) pada penelitian yang dilakukan oleh (Redho et al., 2023) didapatkan nilai Asymp. Sig. (2-tailed) sebesar 0,000, yang berarti H1 diterima

dan H0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa teknik pijat effluage berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah, karena nilai Pvaluenya kurang dari α ($\alpha = 0,05$). Penelitian menunjukkan bahwa teknik pijat *effleurage* dapat memberikan pengaruh positif terhadap tekanan darah pada individu penderita hipertensi (Setiyowati, 2021 dalam Redho et al., 2023), hal ini sejalan dengan temuan penelitian ini. Metode pijat *effleurage* dapat menurunkan kadar kortisol, norepinefrin, dan dopamin dengan merangsang pusat saraf yang melepaskan endorfin, yang berdampak pada aktivitas saraf parasimpatis. Akibatnya, jantung menerima darah lebih efisien melalui pembuluh darah dan pembuluh darah membesar, sehingga menyebabkan keadaan relaksasi dan penurunan tekanan darah.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kasus kelolaan dengan pasien CKD pada inovasi terapi *Foot massage* terhadap penurunan tekanan darah sebagai berikut :

- a. Diagnosa keperawatan yang muncul adalah Gangguan Ventilasi Spontan akibat kelelahan otot pernafasan. Hipervolemia dikaitkan dengan proses regulasi. Masalah pertukaran gas terkait dengan perubahan pada membran alveolar-kapiler. Gangguan kemampuan membersihkan jalan nafas akibat adanya sekret yang terakumulasi. Risiko perfusi ginjal ditandai dengan gangguan fungsi ginjal. Bahaya penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan *afterload*. Hipoglikemia dikaitkan dengan ketidakstabilan kadar gula darah. Risiko infeksi ditentukan oleh konsekuensi dari operasi invasif. Berkurangnya mobilitas merupakan faktor penentu kerentanan terhadap ulkus dekubitus. Obat farmakologis sedatif merupakan faktor penentu risiko jatuh.
- b. Penilaian terhadap pelaksanaan terapi *foot massage* yang dilakukan selama tiga hari berturut-turut menunjukkan adanya perbaikan. Pada hari pertama terjadi penurunan tekanan darah dari 149/90mmHg menjadi 143/87mmHg setelah dilakukan *foot massage*. Pada hari kedua terjadi penurunan tekanan darah dari 150/87mmHg menjadi 147/81mmHg setelah dilakukan *foot massage*. Pola ini berlanjut pada hari ketiga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tekanan darah pasien sebelum dilakukan

foot massage adalah 140/90mmHg, namun setelah dilakukan *foot massage* menurun menjadi 137/86mmHg. Temuan ini menunjukkan perubahan penting pada tekanan darah pasien setelah pemberian terapi *foot massage* baru selama tiga hari berturut-turut, dengan setiap sesi berlangsung selama 15 menit.

B. Saran

1. Institusi akademis

Institusi akademis harus memprioritaskan diskusi mengenai kemajuan mutakhir dalam perawatan kritis, khususnya mengatasi tantangan penurunan tekanan darah melalui metode non-farmakologis tanpa bergantung pada pengobatan. Hal ini akan memungkinkan mahasiswa untuk meningkatkan keterampilan berpikir kritis mereka dan secara efektif menerapkan intervensi keperawatan mandiri berdasarkan temuan penelitian terbaru yang diterbitkan dalam jurnal akademik.

2. Perawat

Perawat menawarkan peningkatan layanan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien melalui penurunan tekanan darah dan pemberian motivasi, sehingga memberikan dampak positif terhadap kesehatan pasien dan keluarganya.

3. Mahasiswa

Mahasiswa harus menggunakan otonomi yang lebih besar dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien yang menunjukkan

peningkatan tekanan darah dan penurunan kesadaran agar dapat mengatasi hipertensi secara efektif.

Selain itu, mahasiswa harus mendedikasikan lebih banyak waktu untuk belajar dan secara aktif mencari sumber informasi lain, termasuk buku dan publikasi penelitian terbaru.

4. Saran bagi perawat dan tenaga kesehatan

Sebagai kegiatan sosial, *foot massage* dapat membantu perawat belajar lebih banyak tentang pasien tekanan darah tinggi dan cara membantu mereka, yang pada akhirnya meningkatkan kualitas layanan yang mereka berikan. Hal ini diantisipasi untuk meningkatkan efisiensi rehabilitasi klien.

5. Saran bagi penulis

Meningkatkan pemahaman asuhan keperawatan pada klien CKD dan tekanan darah tinggi untuk memudahkan perolehan pengetahuan untuk meningkatkan hasil.

6. Saran bagi dunia keperawatan

Menciptakan terapi baru sebagai inisiatif otonom oleh perawat yang unggul, memungkinkan semua praktisi kesehatan untuk memanfaatkan pendekatan *foot massage* ini ketika menawarkan intervensi untuk klien dengan gangguan kesadaran dan pasien dengan tekanan darah tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abene, E. E., Gimba, Z. M., Edah, J. O., Akinbuwa, B. A., Uchendu, D. G., Onyenuche, C., Ojo, O. S., Tzamaloukas, A. H., & Agaba, E. I. (2020). Blood pressure control and kidney damage in hypertension: Results of a three-center cross-sectional study in North Central Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23(11). https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_271_20
- Agustina, D. (2023). Efektivitas Massage Effleurage Minyak Zaitun Kombinasi Pengaturan Posisi Terhadap Pencegahan Luka Tekan Grade 1 (Nonblanchable Erythema) Pada Pasien Tirah Baring Lama. *Jurnal Stikes Kendal*, 15(September), 1331–1338.
- Diseases Branch, C., & of Health, D. (2018). Guideline: haemodialysis catheters. Queensland Government, 1–33. https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0025/444670/i_care-haemodialysis-guideline.pdf
- Afianti & Mardhiyah. (2017). Pengaruh *Foot Massage* terhadap Kualitas Tidur Pasien di Ruang ICU. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5(1), 86–97. <https://doi.org/10.24198/jkp.v5n1.10>
- Ai, A. N. dan M. (2017). Pedoman Tatalaksana Hipertensi pada Penyakit Kardiovaskuler. *Physical Review D*, 42(7), 24. <https://doi.org/10.1103/PhysRevD.42.2413>
- Elinsanse, C. (2022). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.S dengan Chronic Kidney Disease di Ruang Melati RSUD Curup Tahun 2022*.
- Firda, L. D. (2023). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis (Chronic Kidney Disease) On Hemodialisis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggara*.
- Hakiki, B. Z., & Rakhmawati, A. (2023). *The Effect of Foot Massage Therapy on Lowering Blood Pressure in Primary Hypertension Patients in The Working Area of Cigemblong Health Center*.
- Hijriyah, E. (2020). *Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan pada Anggota Keluarga Yang diRawat di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun*.
- Kalengkongan, D. J., Makahaghi, Y. B., & Tinungki, Y. L. (2013). *Faktor-Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Chronik Kidney Disiase (CKD) Penderita yang dirawat Dirumah Sakit Daerah Liungendage Tahuna*. 1–16.
- Kartikasari, D. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan Masalah Gangguan Pertukaran Gas di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan*.

- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. In *Kementrian Kesehatan RI* (Vol. 53, Issue 9).
- Kemenkes RI. (2020). Permenkes No 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. *Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit*, 3, 1–80. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/web/filesa/peraturan/119.pdf>
- Laro, M. (2019). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Pnemothorax Terpasang Ventilator dengan Intervensi Inovasi Terapi Kombinasi Foot Massage dan Lateral Position Terhadap Status Hemodinamik di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD Abdul Wahab Syahrane Samarín.*
- Nasution, F., Darmansyah, I. M., Larasati, D. S., & Anggeria, E. (2022). *Pengaruh Foot Massage Terhadap Penurunan Tekanan Darah dan Stres Psikologis pada Keluarga Pasien Gagal Ginjal Kronik*. 7(1), 37–43. <https://doi.org/10.30829/jumantik.v7i1.10881>
- National Kidney Foundation (NKF). (2015). *Faktor risiko Chronik Kidney Disease (CKD)*.
- Norris, K. C., (2019). Rationale and design of a multicenter Chronic Kidney Disease (CKD) and at-risk for CKD electronic health records-based registry: CURE-CKD. *BMC Nephrology*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1558-9>
- Prayulis, I., & Susanti, I. H. (2024). *Asuhan Keperawatan Pola Napas Tidak Efektif dengan Ballon Blowing pada Pasien Chronic Kidney Disease*. 6(April), 503–508.
- Price & Wilson. (2006). *Patofisiologi. Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*.
- Qalbi, H., & Maryoto, M. (2023). *Efektifitas Pemberian Foot Massage dan Murotal Al-Quran pada Pasien Lansia Dengan Hipertensi*. 4(5), 957–962.
- Redho, A., Lestari, T. I. Y., & Nurul, S. (2023). *Pengaruh Massage Teknik Effluage terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Lansia Dengan Hipertensi*. 12, 9–14.
- Siregar Putra Apriadi, Simanjuntak Sri, G. aB. (2020). Aktivitas Fisik , Konsumsi Makanan Asin dan Kejadian Hipertensi Masyarakat Pesisir Kota Medan Physical Activity , Consumption of Salty Foods and the Occurrence of. *Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIKA)*, 2(1), 1–8.
- Smeltzer, S. . (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Volume 1*. http://oasis.iik.ac.id/library/index.php?p=show_detail&id=5163
- Supriyadi. (2022). Pengaruh Pemberian Masase Dalam Penurunan Nyeri Kepala Pada Lansia Penderita Hipertensi Di Desa Dasan Tereng Wilayah Kerja Puskesmas Narmada. *Jurnal Ilmiah STIKES Yarsi Mataram*, 10(2), 0–44. <https://doi.org/10.57267/jisym.v10i2.68>

- Sutrisno, Widayati, C. N., & Rahmawati, I. P. (2021). *Pengaruh Pemberian Relaksasi Aromaterapi Lavender terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Hipertensi Dusun Pengkol Desa Depok Kecamatan Toroh*. 6(1).
- Widani, N. L., & Suryandari, H. (2021). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan keadian Infeksi Cateter Double Lumen pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisis di Rs X Jakarta*. 3(493), 493–502.
- Yanita, N. I. S. (2022). *Berdamai dengan Hipertensi*. Bumi Medika.
<https://books.google.co.id/books?id=yAVjEAAAQBAJ>
- Zulkharisma, I., Husain, F., & Setiyawan, A. (2023). *Penerapan Terapi Foot Massage Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Ruang ICU Di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar*. 1(3).

LAMPIRAN

Lampiran 1

BIODATA PENELITI



A. Data Pribadi

Nama : Putri Aulia Susanti
Tempat, Tanggal Lahir : Samarinda, 06 Februari 2002
Alamat asal : Jalan Damanhuri Perumahan BTI

B. Riwayat Pendidikan

1. Tamat SD dan Tahun Lulus 2013 di SD Negeri 011 Samarinda
2. Tamat SMP dan Tahun Lulus 2016 di SMP Negeri 1 Samarinda
3. Tamat SMK dan Tahun Lulus 2019 di SMK Muhammadiyah 4 Istiqomah

Samarinda, 09 Januari 2024

Mahasiswa,

Putri Aulia Susanti
NIM. 2311102412007

Lampiran 2

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

FOOT MASSAGE

Definisi *Foot Massage*

Foot massage adalah manipulasi jaringan lunak pada kaki secara umum dan tidak terpusat pada titik-titik tertentu pada telapak kaki yang berhubungan dengan bagian lain pada tubuh. *Foot massage* merupakan salah satu terapi komplementer yang aman dan mudah diberikan dan mempunyai efek meningkatkan sirkulasi mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot dan memberikan rasa nyaman pada pasien (Ainun & Leini, 2021).

Tujuan terapi *Foot massage*

Foot massage bertujuan menurunkan tekanan darah, mengurangi kegiatan jantung dalam memompa, mengurangi mengerutnya dinding-dinding pembuluh nadi sehingga tekanan pada dinding-dinding pembuluh darah berkurang dan aliran darah menjadi lancar sehingga dapat menurunkan tekanan darah (Patria & Haryani, 2019)

No	SOP FOOT MASSAGE
Pengkajian	
1.	Kaji Tekanan darah
2.	Kaji kesiapan klien/keluarga pasien
3.	Kaji kesiapan perawat
Diagnosa	
4.	Diagnosa keperawatan yang sesuai : - Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan <i>afterload</i>
Indikasi dan Kontraindikasi	
5.	Indikasi : - Pasien penderita hipertensi untuk menurunkan tekanan darah - Pasien stroke ringan - Pasien dalam keadaan kritis dengan hemodinamik tidak stabil - Pasien dengan reumatik - Ibu post natal untuk melancarkan ASI - Pasien dengan tingkat nyeri tak terkontrol
	Kontraindikasi - Hindari tekanan dan gesekan pada luka memar , ruam, luka bakar dan sengatan matahari - Hindari gerakan menekan pada daerah keseleo pergelangan kaki dan cedera tulang lainnya
Fase pre interaksi	
6.	Menuci tangan

7.	Persiapan alat dan lingkungan - Buku catatan - Jam/stopwatch - Handscoon bersih
Fase Orientasi	
8.	Memberi salam dan menyapa nama klien
9.	Memperkenalkan diri
10.	Melakukan kontrak waktu jika bersama keluarga pasien
11.	Menjelaskan Tujuan dan Prosedur pelaksanaan
12.	Menanyakan kesediaan klien untuk dilakukan tindakan
13.	Menjaga privasi klien
14.	Mendekatkan alat-alat
Fase Kerja	
15.	Membaca basmalah
16.	Memposisikan klien nyaman mungkin
17.	Memeriksa tekanan darah sebelum Tindakan <i>foot massage</i>
18.	Memasang handscoon
19.	Melumuri telapak tangan menggunakan minyak zaitun
20.	Melakukan pemijatan dari telapak kaki sampai dengan jari-jari kaki selama 15 detik disetiap bagian kaki
21.	Gunakan tumit telapak tangan peneliti, gosok dan pijit telapak kaki pasien secara perlahan dari arah dalam kearah luar selama 15 detik dan lakukan pada kaki kanan dan kiri
21.	Pegang semua jari jari kaki dengan tangan kanan peneliti dan tangan kiri peneliti menopang tumit pasien kemudian lakukan gerakan memutar pada pergelangan kaki pasien sebanyak 3 kali searah jarum jam dan 3 kali berlawanan arah jarum jam selama 15 detik.
23.	Tahan kaki di posisi yang menunjukkan ujung jari kaki mengarah keluar, gerakkan maju dan mundur 3 kali selama 15 detik.
24.	Letakkan kedua ibu jari peneliti di telapak kaki pasien dan keempat jari peneliti di punggung kaki pasien, dari kedua belah bagian, gerakkan kaki ke sisi depan dan ke belakang 3 kali selama 15 detik.
25.	Tangan kiri peneliti menopang kaki kiri pasien kemudian tangan kanan memutar dan memijit jari-jari kaki sebanyak 3 kali selama 15 detik untuk memeriksa ketegangan
26.	Dengan posisi yang sama, tangan kiri menopang kaki kemudian tangan kanan menggenggam punggung kaki pasien lalu lakukan pemijatan dari punggung kaki hingga ke jari-jari pasien selama 15 detik.
27.	Posisi tangan berganti, tangan kanan peneliti menopang kaki pasien dan tangan kiri peneliti menggenggam punggung kaki pasien, lakukan pemijatan selama 15 detik.
28.	Menopang tumit menggunakan tangan kiri dan tangan kanan memutar searah dan berlawanan arah jarum jam lalu berikan tekanan lembut dengan mendorong kaki selama 15 detik.
29.	Menopang tumit menggunakan tangan kiri dan tangan kanan memberikan tekanan dan memijat sela-sela jari dengan gerakan ke atas dan kebawah selama 15 detik

30.	Tangan kiri memegang jari kaki dan tangan kanan memijit telapak kaki kearah tumit selama 15 detik
Fase terminasi	
31.	Membaca hamdalah
32.	Merapikan klien kembali
33.	Mengevaluasi status hemodinamika klien
34.	Memberi reinforcement positif kepada klien
35.	Membuat kontrak pertemuan selanjutnya
36.	Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama klien membaca doa <p style="text-align: center;"> اَللّٰهُمَّ رَبَّ النَّاسِ اذْهَبِ الْبَاسَ اِشْفِ اَنْتَ الشَّافِي لَا شِفَاءَ اِلَّا شِفَاؤَكَ شِفَاءً لَا يُعَادِرُ سَقَمًا </p> <p>Artinya (Ya Allah. Tuhan segala manusia, hilangkan segala kelainannya, angkat penyakitnya, sembuhkan lah ia, engkau maha penyembuh, tiada yang menyembuhkan selain engkau, sembuhkanlah dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi) dan berpamitan dengan mengucapkan salam pada pasien/keluarga pasien.</p>
37.	Kumpulkan dan bersihkan alat-alat
38.	Melepaskan sarung tangan & mencuci tangan
Evaluasi	
39.	Evaluasi proses dan hasil dari terapi menggunakan catatan terapi yang telah dilakukan
40.	Evaluasi sesi yang telah dilakukan untuk melihat keefektifan terapi
41.	Evaluasi diri perawat
Dokumentasi	
42.	Catat waktu, hemodinkamika dan tanggal dilakukannya tindakan serta respon pasien pada status/catatan perkembangan klien

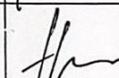
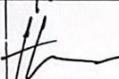
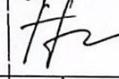
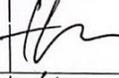
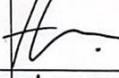
Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Putri Aulia Susanti
 Nim : 2311102312007
 Jurusan : Profesi Ners
 Judul KIAN : Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD) dengan Intervensi Inovasi *Terapi Foot Massage* Terhadap Penurunan Tekanan Darah Tinggi Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rsud Aji Muhammad Parikesit Tenggara

Dosen Pembimbing : Thomas Ari Wibowo, M.Kep

Kegiatan Konsultasi :

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda Tangan Pembimbing
1.	17 Desember 2023	Konsul jurnal pertama via google meet	
2.	18 Desember 2023	Konsul terkait dengan kasus pasien	
3.	20 Desember 2023	Konsul Standar Operasional Prosedur (SOP) Foot Massage	
4.	22 Desember 2023	Konsul terkait diagnosa keperawatan terhadap tujuan dari terapi Foot Massage	
5.	24 Desember 2023	Konsul pasien terkait dengan diagnosa medis untuk menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan	
6.	25 Desember 2023	Konsul longcase bersamaan dengan responsi longcase secara offline dikampus	
7.	27 Desember 2023	Konsul Karya Ilmiah Akhir Ners BAB 1-3	
8.	31 Desember 2023	Konsul Karya Ilmiah Akhir Ners BAB secara keseluruhan dari BAB 1-5	
9.	1 Januari 2024	ACC melakukan sidang pada tanggal 09 Desember 2024	
10.		-	

UJI PLAGIASI

Putri Aulia Susanti_ Analisis
Praktik Klinik Keperawatan
Pada Pasien Chronik Kidney
Disease (CKD) Dengan
Intervensi Inovasi Terapi Foot
Massage Terhadap Penurunan
Tekanan Darah Tinggi KIAN

by Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Submission date: 10-Jun-2024 01:24PM (UTC+0800)

Submission ID: 2204395232

File name: Putri_Aulia_Susanti_2311102412007.docx (1,011.34K)

Word count: 26803

Character count: 157727

Putri Aulia Susanti_ Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Chronik Kidney Disease (CKD) Dengan Intervensi Inovasi Terapi Foot Massage Terhadap Penurunan Tekanan Darah Tinggi KIAN

ORIGINALITY REPORT

27% SIMILARITY INDEX	27% INTERNET SOURCES	4% PUBLICATIONS	11% STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	------------------------------

PRIMARY SOURCES

1	dspace.umkt.ac.id Internet Source	11%
2	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	5%
3	repository.universitalirsyad.ac.id Internet Source	1%
4	www.slideshare.net Internet Source	1%
5	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	1%
6	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
7	pdfcoffee.com Internet Source	1%
8	www.scribd.com Internet Source	1%