

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DI RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2021



Disusun oleh :

AHMAD YUSUF
NIM. P07220118061

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2021

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DI RSUD dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2021

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Disusun oleh :

AHMAD YUSUF
NIM. P07220118061

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2021

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan, 26 Juli 2021

Yang menyatakan



Amad Yusuf
P07220118061

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 26 Juli 2021

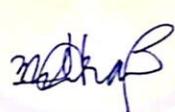
Oleh

Pembimbing



Ns. Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd
NIDN.4020027901

Pembimbing Pendamping



Ns. Rus Andraini, A.Kp, MPH
NIDN.4006027101

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan Kampus C
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S. Kep., M. Kep
NIP.196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr.
Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

Telah Diuji

Pada tanggal 26 Juli 2021

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

Ns. Siti Nurvanti, S.Kep., M.Pd
NIDN. 4023126901

(.....)

Penguji Anggota:

1. Ns. Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd
NIDN. 4020027901

(.....)

2. Ns. Rus Andraini, A.Kp, MPH
NIDN. 4006027101

(.....)

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan
Timur

Ketua Program Studi D III
Keperawatan Poltekkes Kemenkes
Kalimantan Timur,

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP.196508251985032001

Ns. Andi Lis A.G, S. Kep., M. Kep
NIP.196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Ahmad Yusuf
2. Jenis Kelamin : Laki-laki
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 25 Februari 1998
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jalan Mulawarman RT.05 Kelurahan Teritip, Kecamatan Balikpapan Timur.

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 017 Balikpapan Timur tahun 2004-2010
2. SMPN 13 Balikpapan Timur tahun 2010-2013
3. SMAN 07 Balikpapan Timur tahun 2013-2016
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2018 sampai sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala atas limpahan rahmat, taufik dan inayah-Nya, serta nikmat sehat sehingga penyusunan laporan tugas akhir guna memenuhi tugas akhir ini dapat selesai sesuai dengan yang diharapkan. Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada baginda Nabi Muhammad Shallallahu'alaihi Wasallam dan semoga kita selalu berpegang teguh pada sunnahnya.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tentunya hambatan selalu mengiringi namun atas bantuan, dorongan dan bimbingan dari orang tua, dosen pembimbing dan teman-teman yang tidak bisa peneliti sebutkan satu per satu, tidak lupa saya mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. DR. Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Dr. Edy Iskandar, Sp.PD., FINASIM., MARS, selaku Direktur Rumah Sakit Umum dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Andi Lis Arming Gandini,S. Kep., M. Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
6. Ns. Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd, selaku Pembimbing I dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
7. Ns. Rus Andraini, A.Kp, MPH, selaku Pembimbing II dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
8. Dan seluruh pihak yang terkait yang tidak mungkin disebut satu persatu dalam menyelesaikan Program dan Karya Tulis Ilmiah ini.

Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Allah Subhanahu Wata'ala kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah dihadapan Allah Subhanahu Wata'ala.

Balikpapan, 26 Juli 2021



Ahmad Yusuf

ABSTRAK
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DI RUMAH SAKIT dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2021

Pendahuluan: Gagal Ginjal Kronis adalah sebagai kerusakan fungsi ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan struktural maupun fungsional ginjal dengan atau tanpa disertai penurunan laju filtrasi glomerulus (*Glomerulus Filtration Rate / GFR*). Peningkatan angka kesakitan pasien penyakit ginjal kronis tiap tahunnya naik sebesar 6%. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil dua kasus sebagai unit analisis. Unit analisis adalah pasien dengan gagal ginjal kronik. Metode pengambilan data melalui identifikasi, menginterpretasi dan menganalisis dari 2 pasien. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Hasil dan Pembahasan: Berdasarkan analisa data didapatkan kesamaan dan kesenjangan antara 2 pasien kasus, diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien 1 adalah diagnosa pola nafas tidak efektif b.d sindrom hipoventilasi, perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin, intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit, dan resiko jatuh dibuktikan dengan anemia sedangkan pada pasien 2 ditemukan diagnosa perfusi perifer b.d penurunan konsentrasi hemoglobin, gangguan eliminasi urine b.d efek tindakan medis dan diagnostic, intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi dan resiko jatuh d.d anemia. Perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung.

Kesimpulan dan Saran: Dalam penegakan diagnosa diharapkan peneliti juga harus teliti dalam mengangkat dan merumuskan diagnosa keperawatan agar masalah keperawatan pada pasien dapat teratasi dan mendapatkan penanganan secara komprehensif dan menyeluruh, diharapkan perawat melakukan kerjasama yang baik antar perawat, dan perawat agar selalu memperdalam ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik.

Kata Kunci : Gagal Ginjal Kronik, Asuhan Keperawatan, Studi Kasus.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG DEPAN	
HALAMAN SAMBUNG DALAM DAN PRASYARAT	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus	6
D. Manfaat Penelitian	6
1. Bagi Peneliti.....	6
2. Bagi Tempat Penelitian.....	7
3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Medis Gagal Ginjal Kronik (GGK).....	8
1. Pengertian	8
2. Etiologi.....	9
3. Anatomi dan Fisiologi Ginjal	10
4. Pathway.....	19

5. Patofisiologi	20
6. Faktor Resiko	22
7. Manifestasi Klinis	24
8. Pemeriksaan Penunjang	25
9. Komplikasi.....	26
10. Penatalaksanaan	26
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	28
1. Definisi.....	28
2. Kriteria Mayor & Minor	28
3. Faktor Yang Berhubungan.....	28
C. Konsep Asuhan Keperawatan	38
1. Pengkajian Keperawatan.....	38
2. Diagnosa Keperawatan	41
3. Perencanaan Keperawatan	42
4. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan	65
5. Evaluasi Keperawatan.....	66
BAB II METODOLOGI PENELITIAN	67
A. Desain Penelitian	67
B. Subyek Penelitian.....	67
C. Definisi Operasional	68
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	69
E. Prosedur Penelitian	69
F. Metode dan instrument Pengumpulan Data.....	69
G. Keabsahan Data	71
H. Analisis Data.....	72
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	74
A. Hasil	74
B. Pembahasan.....	127
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	155
A. Kesimpulan	155
B. Saran	157

DAFTAR PUSTAKA	158
----------------------	-----

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi keperawatan Gagal Ginjal Kronik.....	43
Tabel 4.1	Hasil Anamnesis Pasien 1 dan 2 Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.....	75
Tabel 4.2	Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien 1 dan 2 dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.....	79
Tabel 4.3	Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.....	84
Tabel 4.4	Hasil Penatalaksanaan Terapi Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.....	85
Tabel 4.5	Diagnosa Keperawatan Pasien 1 dan 2 dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.....	85
Tabel 4.6	Perencanaan Pasien 1 dan 2 dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.....	89
Tabel 4.7	Implementasi keperawatan Pasien 1 dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.....	102
Tabel 4.8	Implementasi Pasien 2 dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.....	107
Tabel 4.9	Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien 2 dengan Gagal Ginjal Kronik RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.....	113
Tabel 4.10	Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien 2 dengan Gagal Ginjal Kronik RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.....	120

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal.....	10
Gambar 2.2 Fisiologi Ginjal.....	14

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Informed Consent Pasien 1
- Lampiran 2 Informed Consent Pasien 2
- Lampiran 3 Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Selama kurun waktu 30 tahun terakhir, terjadi perubahan pola penyakit terkait dengan perilaku manusia. Tahun 1990 penyebab terbesar kesakitan dan kematian adalah penyakit menular yakni infeksi saluran pernafasan, tuberkulosis dan diare. Namun, pada tahun 2010, penyebab terbesar kesakitan dan kematian adalah Penyakit Tidak Menular (PTM). Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyakit yang tidak dapat ditularkan kepada orang lain. Penyakit Tidak Menular (PTM) biasanya terjadi karena faktor keturunan, dan gaya hidup yang tidak sehat. Yang termasuk kedalam PTM yaitu seperti penyakit kardiovaskuler, stroke, diabetes mellitus, kanker dan gagal ginjal (Irwan, 2018).

Prevalensi gagal ginjal kronis di dunia menurut *Patients End-Stage Renal Disease* (ERSD) pada tahun 2011 sebanyak 2.786.000 orang, tahun 2012 sebanyak 3.018.860 orang dan tahun 2013 sebanyak 3.200.000 orang. Dari data tersebut dapat disimpulkan adanya peningkatan angka kesakitan pasien penyakit ginjal kronis tiap tahunnya sebesar 6%. Sedangkan data dari *Indonesian Renal Registry* (IRR) pada tahun 2016, dari 249 unit fasilitas pelayanan dialysis yang melapor, tercatat 30.554 pasien aktif menjalani dialysis pada tahun 2015, sebagian besar adalah pasien dengan penyakit ginjal kronis. IRR juga menyebutkan terdapat beberapa penyakit yang memiliki

proporsi besar dalam PGK, yaitu diantaranya Nefropati Diabetik yang menempati urutan pertama sebanyak 52% dan penyakit Ginjal Hipertensi yang menempati posisi kedua dengan 24% (Irwan, 2018).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) tahun 2013, Gagal Ginjal Kronis di Kalimantan Timur menempati urutan ke-10 setelah sebelumnya menempati peringkat ke-12 sebagai penyakit terminal yang membahayakan nyawa manusia dengan prevalensinya sebesar 0.1% kemudian mengalami peningkatan pada tahun 2018 menjadi 4,0%. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) pada tahun 2018, menunjukkan kenaikan prevalensi PTM dibandingkan dengan Rikesdas 2013, (Infodatin, 2017). Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) yang perlu mendapatkan perhatian dalam dunia kesehatan karena telah menjadi masalah utama kesehatan dan berdampak sangat besar terhadap morbiditas, mortalitas dan sosial ekonomi. Gagal Ginjal Kronis (GGK) adalah suatu proses patofisiologi dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif dan irreversible serta umumnya berakhir dengan gagal ginjal (Suwitra, 2015).

Gagal ginjal dapat disebabkan karena usia, jenis kelamin, dan riwayat penyakit seperti diabetes, hipertensi maupun penyakit gangguan metabolik lain yang dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal Glomerulonefritis, hipertensi esensial, dan pielonefritis merupakan penyebab paling sering dari gagal ginjal kronik, kira-kira 60%. Selain itu juga faktor-faktor yang diduga berhubungan dengan meningkatnya kejadian gagal ginjal kronik antara lain

merokok, minuman suplemen berenergi dan penggunaan obat analgetik dan Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS) baik secara bebas maupun yang diresepkan dokter selama bertahun-tahun dapat memicu risiko nekrosis papiler (Pranandari & Supadmi, 2015).

Gagal Ginjal Kronik (GGK) juga mengakibatkan munculnya berbagai macam masalah keperawatan, diantaranya adalah nyeri akut, gangguan pertukaran gas, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, gangguan eliminasi urin, intoleransi aktivitas, defisit nutrisi, ansietas dan lain – lain. Masalah – masalah tersebut harus segera ditangani agar tidak terjadi penurunan derajat kesehatan dan komplikasi lebih lanjut. Komplikasi yang muncul akibat GGK antara lain yaitu hiperkalemia atau kelebihan kalium didalam, edema paru atau pembengkakan pada paru – paru, asidosis atau kelebihan asam dalam tubuh, osteodistrofi ginjal, anemia, gagal jantung dan lainnya (Huda, 2016).

Upaya keperawatan yang dapat dilakukan yaitu dengan menjaga tekanan darah, menjaga dan membatasi asupan cairan ke dalam tubuh, menjaga diet asupan nutrisi seperti rendah protein, rendah kalium dan rendah natrium yang bertujuan untuk meringankan beban kerja ginjal. Upaya lain yang dapat dilakukan guna mempertahankan fungsi ginjal yaitu dengan upaya kolaboratif yaitu melakukan terapi pengganti ginjal atau hemodialisa yang dapat mencegah kematian namun tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan fungsi ginjal secara keseluruhan. Selain itu pengobatan yang diperlukan yaitu transplantasi ginjal dan dialysis peritoneal (Prameswari, 2019).

Penelitian sebelumnya tentang asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang ICU Melati 1 RSUD Dr. Moewardi Surakarta dengan tindakan pembatasan kebutuhan cairan Kelebihan volume cairan pada pasien gagal ginjal kronik dapat dilakukan penatalaksanaan non farmakologi yang dapat diberikan adalah optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan salah satunya dengan pemantauan intake output cairan untuk pembatasan asupan cairan pada pasien. Upaya nonfarmakologi adalah dengan melakukan pemantauan dengan cara mencatat jumlah cairan yang masuk dan jumlah urine yang dikeluarkan pasien setiap harinya menggunakan chart atau tabel. Hasil studi kasus ini dengan masalah kelebihan volume cairan yang dilakukan tindakan pemantauan intake output cairan selama tiga hari menunjukkan terjadinya penurunan dalam cairan balance yang signifikan pada hari kedua serta pada hari ketiga juga mengalami penurunan namun tidak sebanyak penurunan balance cairan pada hari kedua karena perawat telah mempertimbangkan jumlah pembatasan cairan yang masuk pada pasien dalam jumlah kebutuhan cairan pasien (Ramadhani, 2020).

Peneliti akan melakukan praktik klinik dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan melaksanakan peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (care provider), peneliti dan pembaharu. Peran perawat dalam pemberi asuhan keperawatan adalah dengan melakukan intervensi keperawatan mandiri dan kolaborasi. Pelaksanaan peran perawat sebagai peneliti diantaranya adalah peneliti menerapkan intervensi keperawatan yang didasarkan pada hasil penelitian atau berdasarkan pembuktian (evidence based)

dan melaksanakan peran pembaharu dalam upaya meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.

Berdasarkan data rekam medis di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwobowo didapatkan data pada bulan Januari 2021 sampai dengan April 2021 bahwa didapatkan kasus pasien dengan diagnosa gagal ginjal kronik di ruangan Flamboyan B adalah 77 kasus dan laki-laki mendominasi jumlah terbanyak dengan 58 kasus dan wanita 24 kasus. (Rekam Medic RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo, 2019). Berdasarkan uraian diatas, peneliti ingin mendapatkan gambaran pelaksanaan dalam “Asuhan Keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021 secara komprehensif guna memperoleh gambaran secara nyata.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021 ?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian terhadap pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.
- b. Dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.
- c. Dapat membuat perencanaan tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.
- d. Dapat melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.
- e. Dapat membuat evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah :

1. Bagi Peneliti

Melalui kegiatan penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi bagi peneliti tentang asuhan keperawatan dengan masalah gagal ginjal kronik, selain itu tugas akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu cara peneliti dalam mengaplikasikan ilmu yang

diperoleh di dalam perkuliahan khususnya Asuhan Keperawatan pasien dengan Gagal Ginjal Kronik.

2. Bagi Tempat Penelitian

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada orang terdekat mengenai Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik sehingga dapat menjadi perantara untuk mengatasi masalah pasien dalam proses penyembuhan.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik secara langsung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis Gagal Ginjal Kronik (GGK)

1. Pengertian

Gagal Gagal Ginjal Kronis didefinisikan sebagai kerusakan fungsi ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan struktural maupun fungsional ginjal dengan atau tanpa disertai penurunan laju filtrasi glomerulus (*Glomerulus Filtration Rate / GFR*) dengan manifestasi kelainan patologis atau terdapat tanda-tanda kelainan ginjal, termasuk kelainan dalam komposisi kimia darah, urin atau kelainan patologis atau terdapat tanda-tanda kelainan ginjal (Smeltzer & Bare, 2015).

Gagal ginjal kronik adalah suatu proses dengan etiologi yang beragam patofisiologis, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang *progressive*, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Selanjutnya, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal, gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang *irreversibel*. Uremia adalah suatu sindrom klinik dan laboratorik yang terjadi pada semua organ, akibat penurunan fungsi ginjal pada penyakit ginjal kronik pada semua organ (Suwitra, 2015).

Gagal ginjal yaitu ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal

volume dan komposisi. Biasanya dibagi menjadi dua kategori yaitu kronik dan akut gagal ginjal. Progresif dan lambat pada setiap nefron Penyakit ginjal kronik merupakan perkembangan gagal ginjal yang (biasanya berlangsung beberapa tahun dan tidak *reversible*). Penyakit ginjal kronik seringkali berkaitan dengan penyakit kritis, dan biasanya *reversible* bila pasien dapat bertahan dengan penyakit kritisnya dengan berkembang cepat dalam hitungan beberapa hari hingga minggu. (Price & Wilson, 2006 dalam Nanda Nic-Noc, 2015).

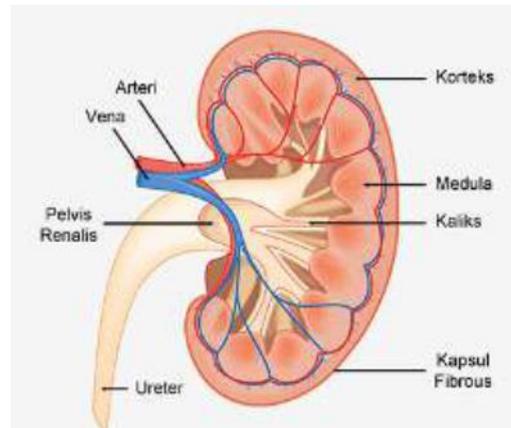
2. Etiologi

Penting dalam memperkirakan perjalanan klinis Gagal Ginjal Kronis (GGK) dan penanggulangan Etiologi memegang peranan. Penyebab primer GGK juga akan mempengaruhi manifestasi klinis yang akan sangat membantu diagnosa, contoh: gout akan menyebabkan nefropati gout. Penyebab terbanyak GGK pada dewasa ini adalah nefropati DM, glomerulonephritis, *hypertension*, penyakit ginjal herediter seperti ginjal polikistik dan sindroma alport, uropati obstruksi, dan interstisial nephritis (Irwan, 2018).

Sedangkan di Indonesia, penyebab GGK terbanyak adalah glomerulonefritis, infeksi saluran kemih (ISK), batu saluran kencing, nefropati diabetik, nefrosklerosis hipertensi, ginjal polikistik, dsb (Irwan, 2018).

3. Anatomi dan Fisiologi Ginjal

a. Anatomi ginjal



Gambar 2.1 Anatomi Ginjal

Ginjal (kidney) merupakan organ yang berguna dalam produksi urine dan mengeluarkan urine dari dalam tubuh. Ginjal melakukan fungsi yang paling penting dengan menyaring plasma dan memindahkan zat dan filtrat pada kecepatan yang bervariasi tergantung pada kebutuhan tubuh. Akhirnya ginjal membuang zat yang tidak diinginkan dengan cara filtrasi darah dan menyekresinya melalui urin, sementara zat yang masih dibutuhkan akan kembali ke dalam darah. Pada orang dewasa, panjang ginjal kira – kira 11 cm dengan lebar 5 – 7.5 cm dan tebalnya 2.5 cm dan beratnya sekitar 150 gram. Organ ginjal berbentuk kurva yang terletak di area retroperitoeal, pada bagian belakang dinding abdomen di samping depan vertebrata, setinggi torakal 12 sampai lumbal ke 3. Ginjal disokong oleh jaringan adipose dan jaringan penyokong yang disebut fascia gerota serta dibungkus oleh

kapsul ginjal, yang berguna untuk mempertahankan ginjal, pembuluh darah dan kelenjar adrenal terhadap adanya trauma.

Menurut (Syarifuddin, 2011), terdapat beberapa fungsi ginjal adalah sebagai berikut :

1) Mengatur volume air (cairan) dalam tubuh.

Kelebihan air dalam tubuh akan dieksresikan oleh ginjal sebagai urin yang encer dalam jumlah besar. Kekurangan air (kelebihan keringat) menyebabkan urin yang dieksresikan jumlahnya berkurang dan konsentrasinya menjadi lebih pekat sehingga susunan dan volume cairan tubuh dapat dipertahankan relatif normal.

2) Mengatur keseimbangan osmotik dan keseimbangan ion.

Fungsi ini terjadi dalam plasma bila terdapat pemasukan dan pengeluaran yang abnormal dari ion – ion. Akibat pemasukan garam yang berlebihan atau penyakit perdarahan, diare, dan muntah – muntah, ginjal akan meningkatkan ekskresi ion – ion yang penting, seperti : Na, K, Cl, Ca dan fosfat.

3) Mengatur keseimbangan asam basa cairan tubuh.

Tergantung pada apa yang dimakan, campuran makanan (mixed diet) akan menghasilkan urin yang bersifat agak asam, pH kurang dari 6. Hal ini disebabkan oleh hasil akhir metabolisme protein. Apabila banyak makan sayur – sayuran, urin akan bersifat

basa, pH urin bervariasi antara 4,8 – 8,3. Ginjal menyekresi urin sesuai dengan perubahan pH darah.

4) Ekskresi sisa – sisa hasil metabolisme. (ureum, asam urat, kreatinin)

Bahan – bahan yang dieksresikan oleh ginjal antara lain zat toksik, obat – obatan, hasil metabolisme hemoglobin, dan bahan kimia asing (pestisida) .

5) Fungsi hormonal dan metabolisme.

Ginjal menyekresi hormon renin yang mempunyai peranan penting dalam mengatur tekanan darah (sistem renin-angiotensin-aldesteron) yaitu untuk mengatur pembentukan sel darah merah (eritropoiesis). Disamping itu, ginjal juga membentuk hormon dihidroksi kolekalsiferol (vitamin D aktif) yang diperlukan untuk absorpsi ion kalsium di usus.

6) Pengaturan tekanan darah

Ginjal sebagai pengatur tekanan darah dan menghasilkan enzim renin, angiotensin, dan aldesteron yang berfungsi meningkatkan tekanan darah.

7) Pengeluaran zat racun.

Ginjal mengeluarkan polutan, zat tambahan makanan, obat – obatan, atau zat kimia asing lain dari tubuh.

Ginjal terdiri atas tiga area yaitu korteks, medulla dan pevis.

a) Korteks

Korteks merupakan bagian paling luar ginjal, dibawah kapsula fibrosa sampai dengan lapisan medulla, tersusun atas nefron – nefron yang jumlahnya lebih dari 1 juta. Semua glomerulus berada di korteks dan 90% aliran darah menuju pada korteks.

b) Medulla

Medulla terdiri dari saluran – saluran atau duktus collecting yang disebut piramid ginjal yang tersusun antara 8 – 18 buah.

c) Pelvis

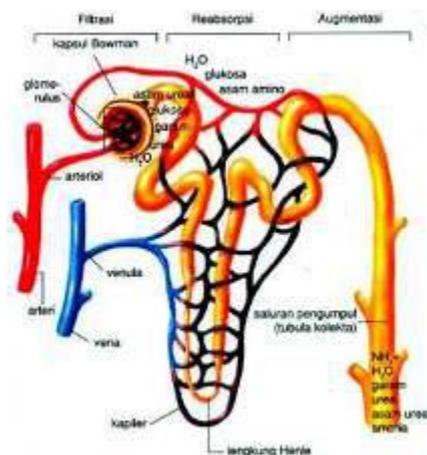
Pelvis merupakan area yang terdiri dari kaliks minor yang kemudian bergabung menjadi kaliks mayor. Empat sampai lima kaliks minor bergabung menjadi kaliks mayor dan dua sampai tiga kaliks mayor bergabung menjadi pelvis ginjal yang berhubungan dengan ureter bagian proksimal (Tarwoto & Wartonah, 2015).

b. Letak Anatomi Ginjal

Pembuluh darah pada ginjal dimulai dari arteri renalis sinistra yang membawa darah dengan kandungan tinggi CO₂ masuk ke ginjal melalui hilum renalis. Secara khas, didekat hilum renalis masing - masing arteri menjadi lima cabang arteri segmentalis yang melintas ke segmenta renalis. Beberapa vena menyatukan darah dari ginjal dan bersatu membentuk pola yang berbeda - beda, untuk membentuk vena

renalis. Vena renalis terletak ventral terhadap arteri renalis, dan vena renalis sinistra lebih panjang, melintas ventral terhadap aorta. Masing - masing vena renalis bermuara ke vena cava inferior Arteri lobaris merupakan arteri yang berasal dari arteri segmentalis dimana masing - masing arteri lobaris berada pada setiap piramis renalis. Selanjutnya, arteri ini bercabang menjadi 2 atau 3 arteri interlobaris yang berjalan menuju korteks di antara piramid renalis. Pada perbatasan korteks dan medula renalis, arteri interlobaris bercabang menjadi arteri arkuata yang kemudian menyusuri lengkungan piramis renalis. Arteri arkuata mempercabangkan arteri interlobularis yang kemudian menjadi arteriol aferen.

c. Fisiologi Ginjal



Gambar 2.2 Fisiologi Ginjal

Sumber : (Evelyn, 2000)

Masing - masing ginjal manusia terdiri dari sekitar 1.000.000 nefron yang masing - masing dari nefron tersebut memiliki tugas untuk membentuk urin. Ginjal tidak dapat membentuk nefron baru,

disebabkan karena trauma, penyakit ginjal, atau penuaan ginjal normal, yang akan menyebabkan penurunan jumlah nefron secara bertahap. Setelah usia 40 tahun, jumlah nefron biasanya menurun setiap 10 tahun. Berkurangnya fungsi ini seharusnya tidak mengancam jiwa karena adanya proses adaptif tubuh terhadap penurunan fungsi faal ginjal. Setiap nefron memiliki 2 komponen utama yaitu glomerulus dan tubulus. Glomerulus (kapiler glomerulus) dilalui sejumlah cairan yang difiltrasi dari darah sedangkan tubulus merupakan saluran panjang yang mengubah cairan yang telah difiltrasi menjadi urin dan dialirkan menuju keluar ginjal. Glomerulus tersusun dari jaringan kapiler glomerulus bercabang dan beranastomosis yang mempunyai tekanan hidrostatik tinggi (kira – kira 60mmHg), dibandingkan dengan jaringan kapiler lain.

Kapiler - kapiler glomerulus dilapisi oleh sel - sel epitel dan seluruh glomerulus dilingkupi dengan kapsula bowman. Cairan yang difiltrasi dari kapiler glomerulus masuk ke dalam kapsula bowman dan kemudian masuk ke tubulus proksimal, yang terletak pada korteks ginjal. Dari tubulus proksimal kemudian dilanjutkan dengan ansa Henle (*Loop of Henle*). Pada ansa Henle terdapat bagian yang desenden dan asenden. Pada ujung cabang asenden tebal terdapat makula densa. Makula densa juga memiliki kemampuan kosong untuk mengatur fungsi nefron. Setelah itu dari tubulus distal, urin menuju tubulus rektus dan tubulus koligentes modular hingga urin mengalir melalui ujung

papilla renalis dan kemudian bergabung membentuk struktur pelvis renalis.

Terdapat 3 proses dasar yang berperan dalam pembentukan urin yaitu filtrasi glomerulus, reabsorpsi tubulus, dan sekresi tubulus. Filtrasi dimulai pada saat darah mengalir melalui glomerulus sehingga terjadi filtrasi plasma bebas - protein menembus kapiler glomerulus ke kapsula bowman. Proses ini dikenal sebagai filtrasi glomerulus yang merupakan langkah pertama dalam pembentukan urin. Setiap hari terbentuk rata - rata 170 liter filtrat glomerulus. Dengan menganggap bahwa volume plasma rata - rata pada orang dewasa adalah 2,75 liter, hal ini berarti seluruh volume plasma tersebut difiltrasi sekitar enam puluh lima kali oleh ginjal setiap harinya. Apabila semua yang difiltrasi menjadi urin, volume plasma total akan habis melalui urin dalam waktu setengah jam. Namun, hal itu tidak terjadi karena adanya tubulus - tubulus ginjal yang dapat mereabsorpsi kembali zat - zat yang masih dapat dipergunakan oleh tubuh. Perpindahan zat - zat dari bagian dalam tubulus ke dalam plasma kapiler peritubulus ini disebut sebagai reabsorpsi tubulus. Zat - zat yang direabsorpsi tidak keluar dari tubuh melalui urin, tetapi diangkut oleh kapiler peritubulus ke sistem vena dan kemudian ke jantung untuk kembali diedarkan. Dari 170 liter plasma yang difiltrasi setiap hari, 178,5 liter diserap kembali dengan 1,5 liter sisanya terus mengalir melalui pelvis renalis dan keluar sebagai urin. Secara umum, zat - zat yang masih diperlukan tubuh akan direabsorpsi

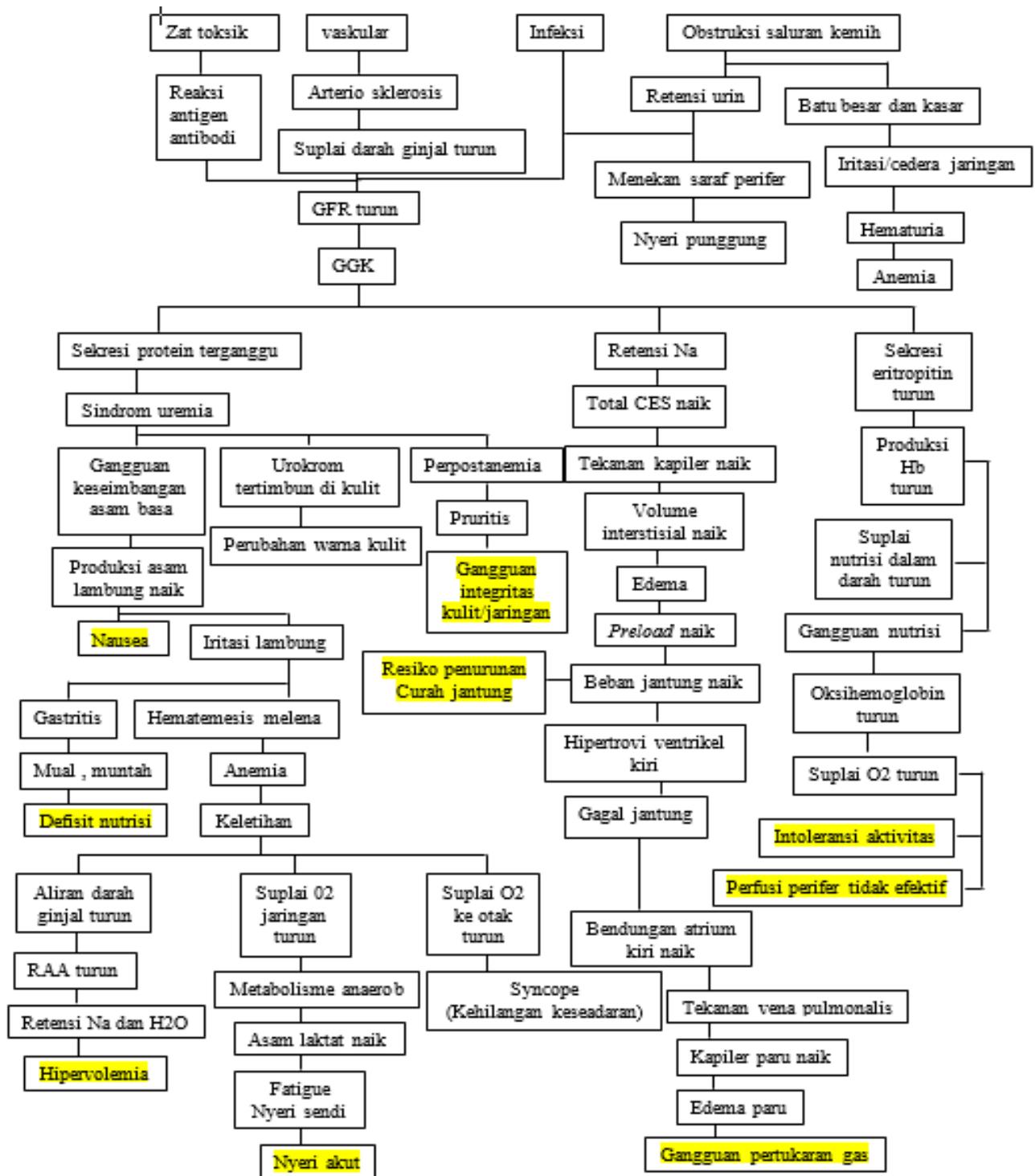
kembali sedangkan yang sudah tidak diperlukan akan tetap bersama urin untuk dikeluarkan dari tubuh.

Proses ketiga adalah sekresi tubulus yang mengacu pada perpindahan selektif zat - zat dari darah kapiler peritubulus ke lumen tubulus. Sekresi tubulus merupakan rute kedua bagi zat - zat dalam darah untuk masuk ke dalam tubulus ginjal. Cara pertama adalah dengan filtrasi glomerulus dimana hanya 20% dari plasma yang mengalir melewati kapsula Bowman, sisanya terus mengalir melalui arterioli eferen ke dalam kapiler peritubulus. Beberapa zat, mungkin secara diskriminatif dipindahkan dari plasma ke lumen tubulus melalui mekanisme sekresi tubulus. Melalui 3 proses dasar ginjal tersebut, terkumpullah urin yang siap untuk diekskresi. Ginjal memainkan peranan penting dalam fungsi tubuh, tidak hanya dengan menyaring darah dan mengeluarkan produk - produk sisa, namun juga dengan menyeimbangkan tingkat - tingkat elektrolit dalam tubuh, mengontrol tekanan darah, dan menstimulasi produksi dari sel - sel darah merah.

Ginjal mempunyai kemampuan untuk memonitor jumlah cairan tubuh, konsentrasi dari elektrolit - elektrolit seperti sodium dan potassium, dan keseimbangan asam - basa dari tubuh. Ginjal menyaring produk - produk sisa dari metabolisme tubuh, seperti urea dari metabolisme protein dan asam urat dari uraian DNA. Dua produk sisa dalam darah yang dapat diukur adalah Blood Urea Nitrogen (BUN) dan kreatinin (Cr). Ketika darah mengalir ke ginjal, sensor - sensor dalam

ginjal memutuskan berapa banyak air dikeluarkan sebagai urin, bersama dengan konsentrasi apa dari elektrolit - elektrolit. Contohnya, jika seseorang mengalami dehidrasi dari latihan olahraga atau dari suatu penyakit, ginjal akan menahan sebanyak mungkin air dan urin menjadi sangat terkonsentrasi. Ketika kecukupan air dalam tubuh, urin adalah jauh lebih encer, dan urin menjadi bening. Sistem ini dikontrol oleh renin, suatu hormon yang diproduksi dalam ginjal yang merupakan sebagian daripada sistem regulasi cairan dan tekanan darah tubuh. (Syarifuddin, 2011).

4. Pathway



Bagan 2.1 Pathway GGK

(Sumber: Brunner&Sudart, 2013 dan SDKI, 2017)

5. Patofisiologi

Berdasarkan proses perjalanan penyakit dari berbagai penyebab seperti penyebab prerenal, intra renal dan postrenal yang menyebabkan kerusakan pada glomerulus dan pada akhirnya akan terjadi kerusakan nefron pada glomerulus sehingga menyebabkan penurunan (*Glomerulus Filtration Rate*) GFR dan berakhir menjadi Gagal Ginjal Kronis dimana ginjal mengalami gangguan dalam fungsi ekskresi dan sekresi. Akibat rusaknya glomerulus, protein tidak dapat disaring sehingga sering lolos kedalam urin dan mengakibatkan proteinuria. Hilangnya protein yang mengandung albumin dan antibody yang dapat mengakibatkan tubuh mudah terkena infeksi dan mengakibatkan penurunan aliran darah (Silbernagl & Lang, 2015)

Normalnya, albumin berbentuk seperti spons yang berfungsi sebagai pengatur cairan, menarik cairan ekstra dari tubuh dan membersihkannya didalam ginjal. Ketika glomerulus mengalami kebocoran dan albumin dapat masuk kedalam urin, darah kehilangan kemampuannya dalam menyerap cairan ekstra dari tubuh. Akibatnya cairan dapat menumpuk di rongga antar sel atau di ruang interstisial yang mengakibatkan pembengkakan pada kedua ekstremitas atas dan bawah, terutama ekstremitas bawah, pergelangan kaki, wajah, hingga bawah mata (Silbernagl & Lang, 2015)

Ginjal juga kehilangan fungsinya dalam mengeluarkan produk sisa (sampah dari tubuh) sehingga produk sampah tetap tertahan didalam tubuh. Produk sampah ini berupa ureum dan kreatinin, dimana dalam jangka waktu

panjang, penderita dapat mengalami sindrom uremia yang dapat mengakibatkan pruritus kemudian dapat mengakibatkan perubahan pada warna kulit. Sindrom uremia juga mengakibatkan asidosis metabolik yang dapat meningkatkan produksi asam didalam tubuh dan mengakibatkan penderita mengalami mual, muntah hingga gastritis akibat iritasi lambung. Kelebihan komponen asam didalam tubuh juga mengakibatkan penderita bernapas dengan cepat dan pernapasan yang dalam dan lambat (kusmaul), serta dalam keadaan berat, dapat menyebabkan koma (Silbernagl & Lang, 2015).

Ginjal juga mengalami penurunan dalam mengeksresikan kalium, sehingga penderita mengalami hiperkalemia. Hiperkalemia dapat menyebabkan gangguan ritme jantung, dimana hal ini berkaitan dengan keseimbangan ion –ion dalam jaringan otot yang mengatur elektrofisiologi jantung. Pompa natrium kalium berperan penting dalam menjaga keseimbangan proses bioelektrikal sel – sel pacu jantung. Penghantaran listrik dalam jantung terganggu akibatnya terjadi penurunan *Cardiac Output* (COP), sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung dan terganggunya aliran darah ke seluruh tubuh (Smeltzer & Bare, 2015).

Ginjal juga mengalami penurunan dalam memproduksi hormon eritopoetin dimana tugas dari hormone tersebut yaitu untuk merangsang sumsum tulang belakang dalam memproduksi sel darah merah. Hal ini mengakibatkan produksi sel darah merah yang mengandung hemoglobin menurun sehingga pasien mengalami anemia. Sel darah merah juga

berfungsi dalam mengedarkan suplai oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh, maka ketika sel darah merah mengalami penurunan, tubuh tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang cukup sehingga tubuh menjadi lemas, tidak bertenaga, dan sesak. (Smeltzer & Bare, 2015)

6. Faktor Resiko

Terdapat beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan penyakit ginjal kronis, diantaranya adalah :

a. Usia

Usia yang lebih tua mempunyai resiko GGK yang lebih besar dibanding usia yang lebih muda. Penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) merupakan proses “*normal aging*” dimana ginjal tidak dapat meregenerasikan nefron yang baru, sehingga terjadi kerusakan ginjal, atau proses penuaan terjadi penurunan jumlah nefron. Pada usia 40 tahun jumlah nefron yang berfungsi berkurang sekitar 10% setiap 10 tahun dan pada usia 80 tahun, hanya 40% nefron yang berfungsi. Hasil *Baltimore Longitudinal Study of Aging* (BLSA) menunjukkan terjadinya penurunan klirens kreatinin rata – rata 0,75 mL/min/tahun pada individu tanpa penyakit ginjal atau penyakit penyerta lainnya dari waktu ke waktu seiring bertambahnya usia, namun tidak semua individu mengalami penurunan klirens kreatinin, hal ini karena adanya faktor komorbid yang akan mempercepat penurunan LFG.

b. Jenis Kelamin

Laki-laki memiliki resiko lebih besar mengalami GGK. Data *Indonesian Renal Registry (IRR)* dan di Australia menunjukkan bahwa resiko GGK pada laki – laki lebih besar dibanding perempuan. Hal ini disebabkan karena pengaruh perbedaan hormon reproduksi, gaya hidup seperti konsumsi protein, garam, rokok, dan konsumsi alkohol pada laki-laki dan perempuan.

c. Sosial Ekonomi

Individu dengan sosial ekonomi rendah memiliki resiko lebih besar. Studi kohort di Amerika Serikat juga menyimpulkan bahwa laki-laki kulit putih dan perempuan Afrika - Amerika dengan status sosial ekonomi rendah memiliki resiko lebih besar untuk mengalami GGK dibandingkan dengan status sosial ekonomi yang lebih tinggi. Hal ini dimungkinkan karena akses untuk mendapatkan pemeriksaan fungsi ginjal dan pengobatan lebih kecil pada masyarakat dengan sosial ekonomi rendah.

d. Penyakit Pemicu

Diabetes melitus (DM) dan hipertensi merupakan faktor resiko terjadinya gangguan fungsi ginjal. Hasil analisis menunjukkan bahwa individu dengan DM beresiko 2,5 kali lebih besar untuk terjadinya GGK dibandingkan yang tidak DM. hal ini dikarenakan kadar gula dalam darah tinggi yang akan mempengaruhi struktur ginjal, merusak pembuluh darah halus diginjal. Sedangkan individu dengan hipertensi

beresiko 3,7 kali lebih besar untuk terjadinya GJK dibandingkan yang tidak hipertensi. Hubungan antara PGK dan hipertensi adalah siklik, penyakit ginjal dapat menyebabkan tekanan darah naik dan sebaliknya hipertensi dalam waktu lama dapat menyebabkan gangguan ginjal.

e. **Obesitas**

Obesitas mempunyai resiko 2,5 kali lebih besar untuk mengalami GJK. Obesitas menyebabkan aktivasi system syaraf simpatis, aktivasi system *Sistem renin-angiotensin (RAS)*, sitokin adiposity (misalnya : leptin), kompresi fisik ginjal akibat akumulasi lemak intrarenal dan matriks ekstraseluler, perubahan hemodinamik-hiperfiltrasi karena peningkatan tekanan intraglomerular, gangguan tekanan ginjal natriuresis (tekanan tinggi dibutuhkan ekskresi natrium). Hal tersebut dapat menyebabkan kerusakan ginjal. (Eva & Sri, 2015).

7. Manifestasi Klinis

Tanda dan Gejala dari penyakit ginjal kronik menurut Smeltzer & Bare tahun 2015 yaitu:

- a. Kardiovaskuler: hipertensi, pitting edema (kaki, tangan, sakrum), edema periorbital, *friction rub pericardial*, pembesaran vena leher
- b. Integumen: warna kulit abu-abu mengkilat, kulit kering (bersisik), pruritus, ekimosis, kuku tipis dan rapuh, rambut tipis dan kasar
- c. Pulmoner: krekels, sputum kental dan liat, napas dangkal, pernapasan kussmaul.

- d. Gastrointestinal: napas berbau ammonia, ulserasi dan perdarahan pada mulut, anoreksia (mual muntah), konstipasi dan diare, perdarahan dari saluran GI.
- e. Neurologi: kelemahan dan keletihan, konfusi, disorientasi, kejang, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki
- f. Muskuloskeletal: kram otot, kekuatan otot hilang, fraktur tulang, foot drop
- g. Reproduksi : amenore, dan atrofi testikuler.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium seperti: pemeriksaan urin (volumenya biasanya < 400 ml/jam atau oliguria atau urin tidak ada/anuria, perubahan warna urin bisa disebabkan karena ada pus/darah/bakteri/lemak/partikel koloid/miglobin, berat jenis <1.015 menunjukkan gagal ginjal, osmolalitas <350 menunjukkan kerusakan tubular), pemeriksaan kliren kreatinin mungkin agak turun, pemeriksaan natrium, pemeriksaan protein, dan pemeriksaan darah (kreatinin, sel darah merah, Hitung darah lengkap, glukosa darah acak) Pemeriksaan radiologi terdiri dari pemeriksaan ultrasonografi ginjal, biopsi ginjal, endoskopi ginjal, Elektrokardiogram (EKG), Kidney ureter bladder (KUB) foto (untuk menunjukkan ukuran ginjal), arteriogram ginjal (mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstrasvaskuler, massa), pyelogram retrograd (untuk menunjukkan abnormalitas pelvis ginjal), sistoureterogram (berkemih untuk menunjukkan ukuran kandung kemih, refluk kedalam ureter, dan retensi) (Nuari, 2017).

9. Komplikasi

Komplikasi yang dapat muncul menurut (Corwin, 2009) antara lain:

- a. Pada gagal ginjal progresif, terjadi beban volume, ketidakseimbangan elektrolit, asidosis metabolic, azotemia, dan uremia
- b. Pada gagal ginjal stadium 5 (penyakit stadium akhir), terjadi azotemia dan uremia berat. Asidosis metabolic memburuk, yang secara mencolok merangsang kecepatan pernafasan
- c. Hipertensi, anemia, osteodistrofi, hiperkalemia, ensefalopati uremic, dan pruritus (gatal) adalah komplikasi yang sering terjadi
- d. Penurunan pembentukan eritropoietin dapat menyebabkan sindrom anemia kardiorenal, suatu trias anemia yang lama, penyakit kardiovaskular, dan penyakit ginjal yang akhirnya menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas
- e. Dapat terjadi gagal jantung kongestif
- f. Tanpa pengobatan terjadi koma dan kematian

10. Penatalaksanaan

Pengkajian klinik menentukan jenis penyakit ginjal, adanya penyakit penyerta, derajat penurunan fungsi ginjal, komplikasi akibat penurunan fungsi ginjal, factor resiko untuk penurunan fungsi ginjal, dan factor risiko untuk penyakit kardiovaskular. Penatalaksanaan menurut (Huda, 2016) yaitu:

- a. Terapi penyakit ginjal
- b. Pengobatan penyakit penyerta

- c. Penghambatan penurunan fungsi ginjal
- d. Pencegahan dan pengobatan penyakit kardiovaskular
- e. Pencegahan dan pengobatan komplikasi akibat penurunan fungsi ginjal
- f. Terapi pengganti ginjal dengan dialysis atau transplantasi jika timbul gejala dan tanda uremia

Sedangkan menurut (Corwin, 2009) dalam Buku Saku Patofisiologi Ed.3, pengobatan perlu dimodifikasi seiring dengan perburukan penyakit, yaitu:

- a. Untuk gagal ginjal stadium 1, 2, dan 3 tujuan pengobatan adalah memperlambat kerusakan ginjal lebih lanjut, terutama dengan membatasi asupan protein dan pemberian obat-obat anti hipertensi. Inhibitor enzim pengubah-angiotensin atau *Angiotensin converting enzyme* (ACE) terutama membantu dalam memperlambat perburukan.
- b. *Renal anemia management period* (RAMP), diajukan karena adanya hubungan antara gagal jantung kongestif dan anemia terkait dengan penyakit gagal ginjal kronis. RAMP adalah batasan waktu setelah suatu awitan penyakit ginjal kronis saat diagnosis dini dan pengobatan anemia memperlambat progresi penyakit ginjal, memperlambat komplikasi kardiovaskular, dan memperbaiki kualitas hidup. Pengobatan anemia dilakukan dengan memberikan *Recombinant human erythropoietin* (rHuEPO). Obat ini terbukti secara dramatis memperbaiki fungsi jantung secara bermakna.

- c. Pada stadium lanjut, terapi ditujukan untuk mengoreksi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit
- d. Pada penyakit stadium akhir, terapi berupa dialysis atau transplantasi ginjal
- e. Pada semua stadium, pencegahan infeksi perlu dilakukan.

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Definisi

Masalah keperawatan merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2017).

2. Kriteria Mayor & Minor

Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis (PPNI, 2017).

3. Faktor Yang Berhubungan

Kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakan suatu diagnosis atau masalah keperawatan (PPNI, 2017).

a. Masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus Gagal Ginjal

Kronik yaitu :

1) Gangguan Pertukaran Gas (**D.0003**).

Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran aveolus-kapiler.

Penyebab :

- a) Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
- b) Perubahan membran alveolus-kapiler

Tanda dan Gejala

a) Mayor :

- (1) Subjektif : Dispnea
- (2) Objektif : PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan

b) Minor :

- (1) Subjektif : Pusing, penglihatan kabur
- (2) Objektif : Sianosis, diaforesis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal (cepat/lambat, regular/ireguler, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (mis. Pucat, kebiruan), kesadaran menurun.

2) Perfusi perifer tidak efektif (**D.0009**).

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Penyebab :

- a) Hiperglikemi
- b) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- c) Peningkatan tekanan darah
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Penurunan arteri dan/atau vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. Merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)
- g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. Diabetes melitus, hiperlipidemia)
- h) Kurang aktivitas fisik

Gejala dan tanda

a) Mayor

(1) Subjektif : -

(2) Objektif : Pengisian kapiler 3 detik, naadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

b) Minor

(1) Subjektif : Parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)

(2) Objektif : Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brachial <0,90, bruit femoral.

3) Risiko Penurunan Curah Jantung (**D.0011**).

Berisiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Faktor Resiko :

- a) Perubahan afterload
- b) Perubahan frekuensi jantung
- c) Perubahan irama jantung
- d) Perubahan kontraktilitas
- e) Perubahan preload

4) Nausea (**D.0076**).

Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

Penyebab :

- a) Gangguan biokimiawi (mis. Uremia ketoasidosis diabetik)
- b) Gangguan pada esofagus
- c) Distensi lambung
- d) Iritasi lambung
- e) Gangguan pankreas
- f) Peregangan kapsul limpa

- g) Tumor terlokalisasi (mis. Neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis tulang dasar tengkorak)
- h) Peningkatan tekanan intraabdominal (mis. Keganasan intraabdomen)
- i) Peningkatan tekanan intrakranial
- j) Peningkatan tekanan intraorbital (mis. Glaukoma)
- k) Mabuk perjalanan
- l) Kehamilan
- m) Aroma tidak sedap
- n) Rasa makanan/minuman yang tidak enak
- o) Stimulus penglihatan tidak menyenangkan
- p) Faktor psikologis (mis. Kecemasan, ketakutan, stres)
- q) Efek agen farmakologis
- r) Efek toksin

Tanda dan Gejala

a) Mayor :

(1) Subjektif : Mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan

(2) Objektif : -

b) Minor :

(1) Subjektif : Merasa asam di mulut, sensasi panas/dingin, ering menelan

(2) Objektif : Sliva meningkat, pucat, diaforesis, takikardia, pupil dilatasi.

5) Nyeri Akut (**D.0077**).

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan bakar iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Tanda dan Gejala :

a) Mayor :

(1) Subjektif : Mengeluh nyeri

(2) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b) Minor :

(1) Subjektif :-

(2) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

6) Defisit Nutrisi (**D.0019**).

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. Stres, keengganan untuk makan)

Tanda dan Gejala

a) Mayor :

(1) Subjektif : -

(2) Objektif : Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

b) Minor :

(1) Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun

(2) Objektif : Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat,

sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

7) Hipervolemia (**D.0022**).

Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan / atau intraselular.

Penyebab :

- a) Gangguan mekanisme regulasi
- b) Kelebihan asupan cairan
- c) Kelebihan asupan natrium
- d) gangguan aliran balik vena
- e) Efek agen farmakologis (mis. kortikosteroid, chlorpropamide, tolbutamide, vincristine, tryptilinescarbamazepine)

Tanda dan Gejala

a) Mayor :

- (1) Subjektif : Ortopnea, Dispenea, Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)
- (2) Objektif : Ederma anasarka dan/atau ederma perifer, Berat badan meningkat dalam waktu singkat, Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat, Refleks hepatojugular positif.

b) Minor :

- (1) Subjektif : -

(2) Objektif : Ditensi vena jugularis, Terdengar suara nafas tambahan, Hepatomegali, Kadar Hb/Ht turun, Oliguria, Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif), Kongesti paru.

8) Intoleransi aktivitas (**D.0056**).

Ketidakadekuatan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab :

- a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- b) Tirah baring
- c) Kelemahan
- d) Imobilitas
- e) Gaya Hidup Monoton

Tanda dan Gejala :

a) Mayor :

(1) Subyektif : Mengeluh lelah

(2) Objektif : Frekuensi jantung meningkat 20% dari kondisi istirahat

b) Minor :

(1) Subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah

(2) Objektif : Tekana darah berubah 20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

9) Gangguan integritas kulit/jaringan (**D.0129**).

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).

Penyebab :

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas'bahan kimia iritatif
- e) Suhu lingkungan ekstrem
- f) Faktor mekanis (mis. Penekanan pad atonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiametri, energi listrik bertegangan tinggi)
- g) Efek samping terapi radiasi
- h) Kelembapan
- i) Proses penuaan
- j) Neuropati ferifer
- k) Perubahan pigmentasi
- l) Perubahan hormonal

- m) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

Tanda dan Gejala

a) Mayor :

- (1) Subjektif : -
- (2) Objektif : Krusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

b) Minor :

- (1) Subjektif : -
- (2) Objektif : Nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Alam pengkajian semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komperhensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social, maupun spiritual pasien (Asmadi, 2013).

Data dasar pengkajian menurut (Doenges, 2018) adalah:

a. Aktivitas/istirahat

Kelelahan ekstrem, kelemahan, malaiase, gangguan tidur (insomnia/gelisah/somnolen), kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentan gerak.

b. Sirkulasi

Riwayat hipertensi lama/berat, hipertensi, DVJ, nadi kuat, edema jaringan umum, dan pitting pada kaki, telapak tangan, disritmia jantung, Nadi lemah, hipotensi ortostatik menunjukkan hipovolemia, yang jarang pada penyakit tahap akhir. Friction rub pericardial (respon terhadap akumulasi sisa). Pucat, kulit coklat kehijauan, kuning. Kecenderungan perdarahan.

c. Integritas ego

Faktor stres, contoh finansial, hubungan dan sebagainya. Perasaan tidak berdaya, tak ada harapan, tidak ada kekuatan, menolak, ansietas, takut, marah, mudah terangsang, perubahan kepribadian.

d. Eliminasi

Penurunan frekuensi urine, oliguria, urinaria (gagal tahap lanjut). Abdomen kembung, diare/konstipasi, perubahan warna urine, contoh kuning pekat, merah, coklat, berawan. Oliguria, dapat menjadi anuria.

e. Makanan/cairan

Peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi). Anoreksia, nyeri ulu hati, mual / muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernapasan ammonia), Penggunaan diuretik, distensi abdomen/asites, pembesaran hati (tahap akhir). Perubahan turgor kulit/kelembapan.. Edema (umum, tergantung). Ulserasi gusi, perdarahan gusi/lidah. Penurunan otot, penurunan lemak subkutan, penampilan tak bertenaga.

f. Neurosensori

Sakit kepala, penglihatan kabur. Kram otot/kejang, sindrom “kaki gelisah”, kebas terasa terbakar pada telapak kaki. Kebas/kesemutan dan kelemahan, khususnya ekstremitas bawah (neuropati perifer), gangguan status mental, contoh: penurunan lapang pandang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran, stupor, koma. Penurunan DTR. Tanda Chvostek dan Trousseau positif. Kejang, fasikulasi otot, aktifitas kejang. Rambut tipis, kuku rapuh dan tipis.

g. Nyeri/kenyamanan

Nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki (memburuk saat malam hari), perilaku hati-hati/distraksi, gelisah.

h. Pernafasan

Nafas pendek, dispnea, nokturnal, paroksismal, batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak. Takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi atau kedalaman (pernapasan kausmal). Batuk produktif dengan sputum merah muda encer (edema paru).

i. Keamanan

Kulit gatal. Ada/berulangnya infeksi. Pruritus. Demam (sepsis, dehidrasi), normotermia dapat secara actual terjadi peningkatan pada pasien yang mengalami suhu lebih rendah dari normal (efek PGK/depresi respon imun). Patekie, area ekimosis pada kulit. Fraktur

tulang, defosit fosfat kalsium (klasifikasi metastatik). Pada kulit, jaringan lunak, sendi, keterbatasan gerak sendi.

j. Seksualitas

Penurunan libido, amenore, infertilitas.

k. Interaksi Sosial

Kesulitan menentukan kondisi, contoh: tak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran, biasanya dalam keluarga

l. Penyuluhan/Pembelajaran

Riwayat DM, keluarga (resiko tinggi untuk gagal ginjal), penyakit polikistik, nefritis herediter, kalkulus urinaria, malignansi.

Riwayat terpajan pada toksin, contoh obat, racun lingkungan.

Penggunaan antibiotik nefrotoksik atau berulang.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017)

Diagnosa Keperawatan adalah penilaian klinik tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual atau potensial, diagnosa Keperawatan memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang

merupakan tanggung jawab perawat. (Allen, 1998). Setelah dilakukan pengkajian kemungkinan diagnosa yang akan muncul pada pasien dengan penyakit ginjal kronik menurut (Smeltzer & Bare, 2015) :

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveoluskapiler (D.0003).
- b. D.0009 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hb (D.0009).
- c. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan preload naik (D.0011)
- d. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan (D.0019).
- e. D.0122 Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium (D.0122).
- f. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).
- g. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi (D.0076)
- h. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077).
- i. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelebihan volume cairan, sindrom uremia (D.0129).

3. Perencanaan Keperawatan

Tahap intervensi memberikan kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga, dan orang terdekat untuk merumuskan rencana tindakan yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah pasien. Dalam intervensi terdapat empat komponen tahap perencanaan, yaitu: membuat prioritas

urutan diagnose keperawatan, membuat kriteria hasil, menulis instruksi keperawatan, dan menulis rencana asuhan keperawatan (Allen, 1998).

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan Gagal Ginjal Kronik

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003).	Pertukaran Gas (L.01003). Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Dispnea menurun 3. Bunyi napas tambahan menurun 4. Pusing menurun 5. Penglihatan kabur menurun 6. Diaforesis menurun 7. Gelisah menurun 8. Napas cuping hidung menurun 9. PCO2 membaik 10. PO2 membaik 11. Takikardia membaik 12. pH arteri membaik 13. Sianosis membaik 14. Pola napas membaik 15. Warna kulit membaik	Pemantauan Respirasi (I.01014). Observasi 1.1 Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas 1.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, <i>Cheyne-Stokes</i> , Biot, ataksik) 1.3 Monitor kemampuan batuk efektif 1.4 Monitor adanya produksi sputum 1.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas 1.6 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 1.7 Auskultasi bunyi napas 1.8 Monitor saturasi oksigen 1.9 Monitor nilai AGD 1.10 Monitor hasil x-ray toraks Terapeutik 1.11 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 1.12 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.14 Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>

		<p>Terapi Oksigen (I.01026)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Monitor kecepatan aliran oksigen</p> <p>2.2 Monitor posisi alat terapi oksigen</p> <p>2.3 Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</p> <p>2.4 Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan</p> <p>2.5 Monitor tanda-tanda hipoventilasi</p> <p>2.6 Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelaktasis</p> <p>2.7 Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</p> <p>2.8 Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.9 Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu</p> <p>2.10 Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>2.11 Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen</p> <p>2.12 Berikan oksigen tambahan, jika perlu</p> <p>2.13 Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi</p> <p>2.14 Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>2.15 Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.16 Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p>
--	--	--

			2.17 Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur.
2	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009).	Perfusi Perifer (L.02011). Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Parastesia menurun 6. Kelemahan otot menurun 7. Kram otot menurun 8. Bruit femoralis menurun 9. Nekrosis menurun 10. Pengisian kapiler membaik 11. Akral membaik 12. Turgor kulit membaik 13. Tekanan darah sistolik membaik 14. Tekanan darah diastolik membaik 15. Tekanan arteri rata-rata membaik 16. Indeks anklebrachial membaik 	Perawatan Sirkulasi (I.02079). Observasi <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 3.2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) 3.3. Monitor panans, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas Teraupetik <ol style="list-style-type: none"> 3.4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi 3.5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi 3.6. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 3.7. Lakukan pencegahan infeksi 3.8. Lakukan perawatan kaki dan kuku Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 3.9. Anjurkan berhenti merokok 3.10. Anjurkan berolah raga rutin 3.11. Anjurkan mengecek air mandi untuk

			<p>menghindari kulit terbakar</p> <p>3.12. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, <i>jika perlu</i></p> <p>3.13. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>3.14. Anjurkan menggunakan obat penyekat beta</p> <p>3.15. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>3.16. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>Manajemen Sensasi Perifer (I.06195). Observasi</p> <p>4.1. Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>4.2. Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian</p> <p>4.3. Periksa perbedaan sensasi tajam dan tumpul</p> <p>4.4. Periksa perbedaan sensasi panas dan dingin</p> <p>4.5. Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</p> <p>4.6. Monitor terjadinya parestesia, jika perlu</p>
--	--	--	--

			<p>4.7. Monitor perubahan kulit</p> <p>4.8. Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena</p> <p>Teraupetik</p> <p>4.9. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p>Edukasi</p> <p>4.10. Anjurkan penggunaan thermometer untuk menguji suhu air</p> <p>4.11. Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak</p> <p>4.12. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.13. Kolaborasi pemberian analgesik, <i>jika perlu</i></p> <p>4.14. Kolaborasi pemberian kortikosteroid, <i>jika perlu.</i></p>
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (D.0019).	<p>Status Nutrisi (I.03030).</p> <p>Ekspektasi: membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119).</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Identifikasi status nutrisi 5.2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 5.3. Identifikasi makanan yang disukai 5.4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5.5. Monitor asupan makanan 5.6. Monitor berat badan 5.7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Teraupetik</p> <p>5.8. Lakukan oral <i>hygiene</i> sebelum makan, <i>jika perlu</i></p>

		<p>7. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat</p> <p>8. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat</p> <p>9. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat</p> <p>10. Penyiapan dan</p> <p>11. Penyimpanan minuman yang aman meningkat</p> <p>12. Sikap terhadap</p> <p>13. makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat</p> <p>14. Perasaan cepat kenyang menurun</p> <p>15. Nyeri abdomen</p> <p>16. menurun</p> <p>17. Sariawan menurun</p> <p>18. Rambut rontok Menurun</p> <p>19. Diare menurun</p> <p>20. Berat badan</p> <p>21. Membaik</p> <p>22. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik</p> <p>23. Frekuensi makan membaik</p> <p>24. Nafsu makan membaik</p> <p>25. Bising usus Membaik</p> <p>26. Tebal lipatan kulit trisep membaik</p> <p>27. Membran mukosa membaik</p>	<p>5.9. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)</p> <p>5.10. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>5.11. Berikan makanantinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>5.12. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>5.13. Berikan makanan rendah protein</p> <p>Edukasi</p> <p>5.14. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>5.15. Anjurkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.16. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), <i>jika perlu</i></p> <p>5.17. Kolaborasi dengan ahli gizi menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu.</i></p> <p>Promosi Berat Badan (I.03136).</p> <p>Observasi</p> <p>6.1. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang</p> <p>6.2. Monitor adanya mual muntah</p> <p>6.3. Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari</p> <p>6.4. Monitor berat badan</p> <p>6.5. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum</p> <p>Teraupetik</p> <p>6.6. Berikan perawatan mulut sebelum</p>
--	--	--	---

			<p>pemberian makan, <i>jika perlu</i></p> <p>6.7. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis. Makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau <i>gastrostomy</i>, total parenteral nutrition sesuai indikasi)</p> <p>6.8. Hidangkan makanan secara menarik</p> <p>6.9. Berikan suplemen, <i>jika perlu</i></p> <p>6.10. Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai</p> <p>Edukasi</p> <p>6.11. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</p> <p>6.12. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan.</p>
4	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium (D.0022).</p>	<p>Keseimbangan Cairan (L.03020) Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Kelembaban membran mukosa meningkat 4. Asupan makanan meningkat 5. Edema menurun 6. Dehidrasi menurun 7. Asites menurun 8. Konfusi menurun 9. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Hipervolemia (I.03114). Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara npas tambahan) 7.2. Identifikasi penyebab hipervolemia 7.3. Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), <i>jika tersedia</i>.

		<p>10. Denyut nadi radial membaik</p> <p>11. Tekanan arteri rata-rata membaik</p> <p>12. Membran mukosa membaik</p> <p>13. Mata cekung membaik</p> <p>14. Turgor kulit membaik</p> <p>15. Berat badan membaik</p>	<p>7.4. Monitor intake dan output cairan</p> <p>7.5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</p> <p>7.6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat)</p> <p>7.7. Monitor kecepatan infus secara ketat</p> <p>7.8. Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.9. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>7.10. Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>7.11. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°</p> <p>Edukasi</p> <p>7.12. Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>7.13. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari</p> <p>7.14. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>7.15. Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.16. Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>7.17. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</p>
--	--	---	--

			<p>7.18. Kolaborasi pemberian continous renal replacement therapy (CRRT), <i>jika perlu</i>.</p> <p>Pemantauan Cairan (I.03121). Observasi</p> <p>8.1. Monitor frekuensi dan kekuatas nadi</p> <p>8.2. Monitor frekuensi napas</p> <p>8.3. Monitor tekanan darah</p> <p>8.4. Monitor berat badan</p> <p>8.5. Monitor waktu pengisian kapiler</p> <p>8.6. Monitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>8.7. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</p> <p>8.8. Monitor kadar albumin dan protein total</p> <p>8.9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. Osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN)</p> <p>8.10. Monitor intake dan output cairan</p> <p>8.11. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>8.12. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia</p>
--	--	--	--

			<p>(mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>8.13. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>8.14. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>8.15. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>8.16. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>8.17. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu.</i></p>
5	<p>Intoleransi aktivitas Berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).</p>	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047). Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 4. Kecepatan berjalan meningkat 5. Jarak berjalan meningkat 	<p>Manajemen Energi (I.05178). Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 9.2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 9.3. Monitor pola dan jam tidur 9.4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p>

		<p>6. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</p> <p>7. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</p> <p>8. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat</p> <p>9. Keluhan lelah</p> <p>10. Dipsnea saat aktivitas menurun</p> <p>11. Dipsnea setelah aktivitas menurun</p> <p>12. Perasaan lemah menurun</p> <p>13. Aritmia saat beraktivitas menurun</p> <p>14. Aritmia setelah beraktivitas menurun</p> <p>15. Sianosis menurun</p> <p>16. Warna kulit membaik</p> <p>17. Tekanan darah membaik</p> <p>18. Frekuensi napas membaik</p> <p>19. EKG Iskemia membaik</p>	<p>9.5. Sediakan lingkungan nyaman dan Rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan).</p> <p>9.6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p>9.7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>9.8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>9.9. Anjurkan tirah baring</p> <p>9.10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>9.11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>9.12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9.13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</p> <p>Terapi Aktivitas (I.05186).</p> <p>Observasi</p> <p>10.1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</p> <p>10.2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>10.3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p>10.4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</p> <p>10.5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis.</p>
--	--	---	--

			<p>bekerja) dan waktu luang</p> <p>10.6. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas.</p> <p>Terapeutik</p> <p>10.7. Fasilitasi fokus pada kemampuan, buka defisit yang dialami</p> <p>10.8. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <p>10.9. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</p> <p>10.10. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>10.11. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</p> <p>10.12. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</p> <p>10.13. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</p> <p>10.14. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</p> <p>10.15. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</p> <p>10.16. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>10.17. Tingkatkan aktivitas fisik untuk</p>
--	--	--	--

			<p>memelihara berat badan, jika sesuai</p> <p>10.18.Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>10.19.Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. Kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia</p> <p>10.20.Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</p> <p>10.21.Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)</p> <p>10.22.Libatkan keluarga dalam aktivitas, <i>jika perlu</i></p> <p>10.23.Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</p> <p>10.24.Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p>10.25.Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p>10.26.Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Edukasi</p>
--	--	--	--

			<p>10.27. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</p> <p>10.28. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>10.29. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</p> <p>10.30. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, <i>jika sesuai</i></p> <p>10.31. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10.32. Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</p> <p>10.33. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, <i>jika perlu</i>.</p>
6	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).	<p>Tingkat Nyeri (L.08066).</p> <p>Ekspektasi: menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238).</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 11.2. Identifikasi skala nyeri 11.3. Identifikasi respons nyeri non verbal 11.4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 11.5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 11.6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

		<p>10. Perasaan depresi (tertekan) menurun</p> <p>11. Perasaan takut mengalami cedera tulang menurun</p> <p>12. Anoreksia Menurun</p> <p>13. Perineum terasa tertekan menurun</p> <p>14. Uterus teraba membulat menurun</p> <p>15. Ketegangan otot menurun</p> <p>16. Pupil dilatasi menurun</p> <p>17. Muntah menurun</p> <p>18. Mual menurun</p> <p>19. Frekuensi nadi membaik</p> <p>20. Pola napas membaik</p> <p>21. Tekanan darah membaik</p> <p>22. Proses berpikir membaik</p> <p>23. Fokus membaik</p> <p>24. Fungsi berkemih membaik</p> <p>25. Perilaku membaik</p> <p>26. Nafsu makan membaik</p> <p>27. Pola tidur membaik</p>	<p>11.7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>11.8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>11.9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>11.10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbi-mbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>11.11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>11.12. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>11.13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>11.14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>11.15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>11.16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>11.17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>11.18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p>
--	--	---	---

		<p>11.19. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p> <p>Pemberian Analgesik (I.08243).</p> <p>Observasi</p> <p>12.1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)</p> <p>12.2. Identifikasi riwayat alergi obat</p> <p>12.3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</p> <p>Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik</p> <p>12.4. Monitor efektifitas analgesik</p> <p>Terapeutik</p> <p>12.5. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, <i>jika perlu</i></p> <p>12.6. Perimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum</p> <p>12.7. Tetapkan target efektifitas untuk mengoptimalkan respons pasien</p> <p>12.8. Dokumentasikan respons terhadap Efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</p> <p>Edukasi</p> <p>12.9. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>Kolaborasi</p>
--	--	--

			12.10.Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik, sesuai indikasi.
7.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan, sindrom uremia (D.0129).	Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125). Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun 5. Kerusakan lapisan kulit menurun 6. Nyeri menurun 7. Perdarahan menurun 8. Kemerahan menurun 9. Hematoma menurun 10. Pigmentasi abnormal menurun 11. Jaringan parut menurun 12. Nekrosis menurun 13. Abrasi kornea menurun 14. Suhu kulit membaik 15. Sensasi membaik 16. Tekstur membaik 17. Pertumbuhan rambut membaik 	Perawatan Integritas Kulit (I.11353). Observasi <ol style="list-style-type: none"> 13.1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 13.2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 13.3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, <i>jika perlu</i> 13.4. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 13.5. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 13.6. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 13.7. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 13.8. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 13.9. Anjurkan minum air yang cukup 13.10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

			<p>13.11. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>13.12. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</p> <p>13.13. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah</p> <p>13.14. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.</p> <p>Perawatan Luka (I.4564).</p> <p>Observasi</p> <p>14.1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>14.2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>14.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>14.4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, <i>jika perlu</i></p> <p>14.5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>14.6. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>14.7. Berikan salep yang sesuai kulit/lesi, <i>jika perlu</i></p> <p>14.8. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>14.9. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>14.10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>14.11. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>14.12. Berikan diet dengan kalori 30-35</p>
--	--	--	---

			<p>kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5g/kgBB/hari</p> <p>14.13. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</p> <p>14.14. Berikan terapi TENS (stimulasi sarap transkutaneus), <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi</p> <p>14.15. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>14.16. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>14.17. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>14.18. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), <i>jika perlu</i></p> <p>14.19. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></p>
8.	<p>Risiko Penurunan Curah Jantung ditandai dengan perubahan irama jantung (D.0011).</p>	<p>Curah Jantung (L.02008). Ekspetasi : Meningkatkan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Ejection fraction (EF)</i> meningkat 2. <i>Cardiac index (CI)</i> meningkat 3. <i>Left ventricular stroke work index (LVSWI)</i> meningkat 4. <i>Stroke volume index (SVI)</i> meningkat 5. Palpitasi menurun 6. Bradikardia menurun 	<p>Perawatan Jantung (I.02075). Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 15.1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, <i>paroxymal nocturnal dyspnea</i>, peningkatan CVP). 15.2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena)

		<p>7. Takikardia menurun</p> <p>8. Gambaran EKG aritmia menurun</p> <p>9. Lelah menurun</p> <p>10. Edema menurun</p> <p>11. Distensi vena jugularis menurun</p> <p>12. Dispnea menurun</p> <p>13. Oliguria menurun</p> <p>14. Pucat/sianosis menurun</p> <p>15. <i>Paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND) menurun</p> <p>16. Ortopnea menurun</p> <p>17. Batuk menurun</p> <p>18. Suara jantung S3 menurun</p> <p>19. Suara jantung S4 menurun</p> <p>20. Murmur jantung menurun</p> <p>21. Berat badan menurun</p> <p>22. Hepatomegali menurun</p> <p>23. <i>Pulmonary vascular resistance</i> (PVR) menurun</p> <p>24. <i>Systemic vascular resistance</i> menurun</p> <p>25. Tekanan darah membaik</p> <p>26. <i>Capillary refill time</i> (CRT) membaik</p> <p>27. <i>Pulmonary artery wedge pressure</i> (PAWP) membaik</p> <p>28. <i>Central venous pressure</i> membaik</p>	<p>jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)</p> <p>15.3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, <i>jika perlu</i>)</p> <p>15.4. Monitor intake dan output cairan</p> <p>15.5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>15.6. Monitor saturasi oksigen</p> <p>15.7. Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)</p> <p>15.8. Monitor EKG 12 sadapan</p> <p>15.9. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>15.10. Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, Ntpro-BNP)</p> <p>15.11. Monitor fungsi alat pacu jantung</p> <p>15.12. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</p> <p>15.13. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. Beta blocker, ACE inhibitor, <i>calcium channel blocker</i>, digoksin)</p> <p>Terapeutik</p> <p>15.14. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>15.15. Berikan diet jantung yang sesuai (mis.</p>
--	--	--	---

			<p>Batasi asupan kefein, natrium, kolestrol, dan makanan tinggi lemak)</p> <p>15.16. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi</p> <p>15.17. Fasilitas asien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat</p> <p>15.18. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, <i>jika perlu</i></p> <p>15.19. Berikan dukungan emosional dan spritual</p> <p>15.20. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen 94%</p> <p>Edukasi</p> <p>15.21. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>15.22. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>15.23. Anjurkan berhenti merokok</p> <p>15.24. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian</p> <p>15.25. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian</p> <p>Kolaborasi</p> <p>15.26. Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i></p> <p>15.27. Rujuk ke program rehabilitasi jantung.</p> <p>Perawatan Jantung Akut (I.02076).</p> <p>Observasi</p> <p>16.1. Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan pereda, kualitas, lokasi,</p>
--	--	--	--

			<p>radiasi, skala, durasi dan frekuensi)</p> <p>16.2. Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T</p> <p>16.3. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>16.4. Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia (mis. Kalium, magnesium serum)</p> <p>16.5. Monitor enzim jantung (mis. CK,CK-MB, Troponin T, Troponin I)</p> <p>16.6. Monitor saturasi oksigen</p> <p>16.7. Identifikasi stratifikasi pada sindrom koroner akut (mis. Skor TIMI, Killip, Crusade)</p> <p>Terapeutik</p> <p>16.8. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam</p> <p>16.9. Pasang akses intravena</p> <p>16.10. Puaskan hingga bebas nyeri</p> <p>16.11. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stres</p> <p>16.12. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan</p> <p>16.13. Siapkan menjalanin intervensi koroner perkutan, <i>jika perlu</i></p> <p>16.14. Berikan dukungan emosional dan spritual.</p> <p>Edukasi</p> <p>16.15. Anjurkan segera melaporkan nyeri dada</p> <p>16.16. Anjurkan menghindari manuver Valsava</p>
--	--	--	--

			<p>(mis.mengedan saat BAB atau batuk 16.17.Jelaskan tindakan yang dijalani pasien 16.18.Ajarkan teknik menurunkan kecemasan dan ketakutan Kolaborasi 16.19.Kolaborasi pemberian antiplatelet, <i>jika perlu</i> 16.20.Kolaborasi pemberian antiangina (mis. Nitrogliserin, beta bloker, calcium channel blocker) 16.21.Kolaborasi pemberian morfin, <i>jika perlu</i> 16.22.Kolaborasi pemberian inotropik, <i>jika perlu</i> 16.23.Kolaborasi pemberian obat untuk mencegah manuver Valsava (mis. Pelunak tinja, antimetik) 16.24.Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan, <i>jika perlu</i> 16.25.Kolaborasi pemeriksaan <i>x-ray</i> dada, <i>jika perlu</i>.</p>
--	--	--	--

4. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Selama tahap implementasi perawat melaksanakan rencana asuhan keperawatan. Instruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu pasien memenuhi kriteria hasil. Dalam implementasi terdapat tiga komponen tahap implementasi, yaitu: tindakan keperawatan mandiri, tindakan keperawatan kolaboratif, dan dokumentasi tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap asuhan keperawatan (Allen, 1998).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya secara umum, evaluasi ditujukan untuk melihat dan menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai. Evaluasi terbagi menjadi dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan, dirumuskan dengan empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, subyektif (data berupa keluhan pasien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori), perencanaan. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2013)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif, bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan pasien gagal ginjal kronik di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan ini adalah :

1. Kriteria Inklusi

Merupakan persyaratan umum atau karakteristik agar dapat memenuhi subjek penelitiannya yang diharapkan oleh peneliti (Sani, 2018).

- a. Pasien berjenis kelamin laki – laki maupun perempuan
- b. Pasien sadar penuh dengan kesadaran compos mentis
- c. Pasien bersedia menjadi partisipan.
- d. Pasien yang dirawat di ruang perawatan dewasa.
- e. Pasien yang dirawat di ruang perawatan RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- f. Pasien dengan diagnosa Gagal Ginjal Kronik

2. Kriteria eksklusi

Merupakan suatu karakteristik dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi namun tidak dapat disertakan menjadi subjek penelitian (Sani, 2018).

- a. Pasien yang mengalami kerusakan sistem saraf pusat dan kejang
- b. Pasien yang akan melakukan tranplantasi ginjal
- c. Pasien yang mengalami depresi akibat efek samping pengobatan

C. Definisi Operasional

Definisi operasional variabel penelitian menurut (Sugiyono, 2015) adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari obyek atau kegiatan yang memiliki variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.

1. Gagal Ginjal Kronik merupakan suatu kondisi dimana ginjal sudah tidak mampu mengangkut sampah sisa metabolik tubuh berupa bahan yang biasanya dibuang melalui urin dan menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi ginjal. Pada kasus ini untuk menentukan gagal ginjal kronik adalah berdasarkan rekam medis pasien yang telah didiagnosis oleh dokter.
2. Asuhan keperawatan pasien dengan gagal ginjal kronik adalah asuhan keperawatan komprehensif yang diberikan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian, penegakan masalah keperawatan, menentukan intervensi, melakukan intervensi, lalu evaluasi pada pasien yang mempunyai diagnose medis gagal ginjal kronik.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Peneliti memilih lokasi tersebut karena ruangan tersebut adalah salah satu ruangan yang dikhususkan untuk merawat subyek dewasa dan terdapat fasilitas serta sarana yang memadai bagi subyek dan peneliti. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 7 Juni – 25 Juni di RSKD dr. Kanujoso Djatiwibowo.

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Peneliti telah lulus ujian porposal
2. Peneliti telah mendapatkan izin mengambil data di rumah sakit
3. Peneliti meminta izin ke kepala ruangan Flamboyan B
4. Peneliti meminta izin ke perawat jaga untuk mengambil kasus
5. Peneliti melakukan pengkajian ke pasien sesuai kasus yang diambil
6. Peneliti melapor kepembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang diperoleh
7. Setelah disetujui oleh pembimbing kemudian membuat kasus dari kedua pasien.

F. Metode dan instrument Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan, antara lain :

- a) Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data antara peneliti dan pasien, Tujuan dari wawancara ialah mendengarkan dan meningkatkan kesejahteraan pasien melalui hubungan saling percaya dan suportif. Teknik ini digunakan untuk mendapatkan masalah utama pasien dan riwayat penyakit saat ini (Lynn S, et.al, 2014).

b) Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi merupakan kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indera seperti pendengaran, penglihatan, perasa, sentuhan, dan cita rasa berdasarkan pada fakta-fakta peristiwa empiris (Hasanah, 2016).

Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan tubuh pasien untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), mendengarkan (auskultasi) pada system tubuh pasien (Kedokteran, 2018) Pada gagal ginjal kronik, Periksa tekanan darah pasien untuk melihat adanya hipertensi atau tidak. Pada mata, dapat ditemukan edema periorbita, dan pada funduskopi dapat ditemukan tanda retinopati diabetik atau hipertensi. Pada auskultasi paru, bisa terdapat ronki yang mengarah ke edema paru. Pada abdomen, dapat ditemukan asites. Pada kulit juga dapat ditemukan adanya xerosis kutis atau

ruam. Kencing berbusa atau berwarna seperti teh yang mana merupakan kunci dari diagnosis gagal ginjal kronis.

c) Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan suatu data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Studi dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan melihat hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium, radiologi.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data yang dilakukan peneliti dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Selain itu, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi data dalam pengumpulan data. Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan data dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam penelitian menggunakan 3 triangulasi (Sugiyono, 2015) yaitu :

1. Triangulasi sumber

Triangulasi sumber berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Misalnya melalui observasi dan wawancara, peneliti bisa menggunakan observasi terlihat pada dokumen-dokumen pasien atau rekam medis, dan pemeriksaan penunjang yang dapat berupa foto atau gambar.

2. Triangulasi teknik

Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama. Dalam penelitian kualitatif, peneliti dapat menggunakan wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik untuk mengecek kebenaran.

3. Triangulasi waktu

Triangulasi waktu juga dapat mempengaruhi kredibilitas data. Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara di pagi hari saat narasumber masih segar sehingga akan memungkinkan data yang lebih valid.

H. Analisis Data

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya melakukan analisis data. Analisis data dilakukan sejak peneliti di lahan penelitian, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Teknik analisis dapat dilakukan dengan cara mengumpulkan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah.

Kemudian dengan cara observasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya dikumpulkan oleh peneliti.

Data yang dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien berupa suatu pendapat terhadap suatu situasi atau kejadian. Sedangkan data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, yang diperoleh menggunakan panca indera (melihat, mendengar, mencium, dan meraba) selama pemeriksaan fisik. Dari data tersebut, selanjutnya peneliti menegakkan diagnose keperawatan. Kemudian peneliti menyusun ntervensi atau rencana keperawatan, melakukan implementasi atau penatalaksanaan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jalan MT Haryono No. 656 Balikpapan. RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo atau dahulu dikenal dengan Rumah Sakit Umum Balikpapan ini dibuka sejak tanggal 12 September 1949. Fasilitas yang tersedia antara lain: instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan UGD 24 jam.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan data dari kasus dari praktek keperawatan medical bedah II di ruang Flamboyan B. Ruangan Flamboyan B adalah ruangan yang dikhususkan merawat pasien laki-laki kasus bedah dan non bedah.

Adapun batasan-batasan Ruangan Flamboyan B yaitu sebagai berikut: sebelah timur berbatasan dengan jalan menuju tangga turun ke lantai 1, sebelah utara berbatasan dengan Ruangan Isolasi, dan sebelah selatan berbatasan dengan Ruangan Flamboyan C serta sebelah barat berbatasan dengan Ruangan Flamboyan A.

Bangunan Ruang Flamboyan B terdiri dari 8 Ruangan dan 32 tempat tidur, tempat tidur pasien yang terbagi menjadi 1 ruangan 4 tempat tidur, 1 ruang tindakan, ruang makan dan ruang perawat (*nurse station*).

Kasus yang dirawat meliputi kasus pasien Gagal Ginjal Kronik

Pada sub-sub ini akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Pasien 1 dan 2 Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

DATA ANAMNESIS	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. I	Tn. S
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Umur	59 Tahun	70 Tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	-	-
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SMA
Alamat	Jl. Jendral Sudirman No.75 Klandasan Ilir	Jl. Indrakila III No.61 Gunung Samarinda
Diagnosa Medis	CKD on HD, Arthritis Gout dan Hematochezia	CKD on HD dan Anemia
Nomor Register	08 XX XX	08 XX XX
MRS/ Tgl Pengkajian	09 Juni 2021/ 09 Juni 2021	10 Juni 2021/ 10 Juni 2021
Keluhan utama	Sedikit sesak, Gatal-gatal, dan badan kurang enak.	Buang Air Kecil (BAK) sedikit dan lemas
Keluhan penyakit sekarang	Tahun 2016 mengalami CKD, sebelumnya mengalami tekanan darah tinggi setelah itu mengalami CKD, pada tahun yang sama juga sebelumnya dipasang double lument setelah itu dipasang cimino dan untuk sekarang sebelum ke rumah sakit pasien ke puskesmas dengan keluhan lemah dan diperiksa lab puskesmas mengalami HB rendah, dan diberi rujukan ke rumah sakit, besoknya pasien ke rumah sakit lewat poli dan dirawat. Keluhan pada saat datang	Sebelumnya mengalami penyakit tumor prostat dan dikemoterapi setelah selesai pengobatan kemoterapi sampai tuntas. Pasien mengatakan dari selesai menjalani pengobat kemoterapi pasien mengalami drop/lemah dan asam lambung naik dan diperiksa di rumah sakit mengalami CKD bulan Mei 2021 dan sekarang ingin melakukan HD rutin dengan keluhan lemas dan BAK sedikit dan sulit, dan pengkajian PQRST pasien mengatakan tidak ada nyeri, kualitas nyeri tidak

	sesak, gatal dan badan kurang enak, dan pengkajian PQRST pasien mengatakan tidak ada nyeri, kualitas nyeri tidak ada, penyebaran nyeri tidak ada, tidak ada keparahan, dan waktu nyeri tidak ada.	ada, penyebaran nyeri tidak ada, tidak ada keparahan, dan waktu nyeri tidak ada.
Riwayat penyakit dahulu	Pasien mengatakan mengalami penyakit hipertensi	Pasien mengatakan pernah mengalami tumor prostat dan menjalani kemoterapi hingga tuntas.
Riwayat penyakit keluarga	Pasien mengatakan Keluarga ada yang memilik penyakit Hipertensi dari Ibu pasien	Pasien mengatakan Keluarga tidak ada yang memiliki kelainan / kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat
Psikososial	Pasien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan Pasien adalah istrinya. Ekspresi Pasien terhadap penyakitnya yaitu tidak ada masalah. Pasien mengatakan interaksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah. Reaksi saat interaksi dengan Pasien kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.	Pasien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan Pasien adalah istrinya. Ekspresi Pasien pada penyakitnya tidak ada masalah. Pasien mengatakan interaksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah. Reaksi saat interaksi dengan Pasien kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.
Personal Hygiene dan Kebiasaan	Saat di rumah Pasien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 2 kali sehari, sikat gigi sebanyak 2 kali sehari dan tidak keramas karena botak, memotong kuku seminggu sekali. Pasien mengatakan merokok 1 hari 1 bungkus dan pasien mengatakan pernah meminum minuman beralkohol	Saat di rumah Pasien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 2 kali sehari, dan sikat gigi sebanyak 2 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali. Selama di rumah sakit pasien mengatakan diseka menggunakan handuk sama istrinya dan menyikat gigi 2x sehari dan mengganti baju pada pagi dan sore hari

	sebelum di diagnosa CKD. Selama di rumah sakit pasien mengatakan diseka menggunakan handuk dan menyikat gigi 2x sehari dan mengganti baju pada pagi hari	
Spiritual	Sebelum sakit Pasien sering untuk beribadah selama sakit pasien tidak beribadah.	Sebelum sakit Pasien sering untuk beribadah selama sakit pasien tidak beribadah.

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas pasien. Pada pasien 1 bernama Tn. I berusia 59 tahun, berjenis laki-laki, masuk rumah sakit pada tanggal 09 Juni 2021 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Juni 2021 dengan diagnosa medis *Cronic Kidney Disease* (CKD) on Hemodialisa (HD), Arthritis Gout dan Hematochezia. Sedangkan pada pasien 2 bernama Tn. S berusia 70 tahun, berjenis kelamin laki – laki, masuk rumah sakit pada tanggal 10 Juni 2021 dan dilakukan pengkajian yaitu pada tanggal 10 Juni 2021 dengan diagnosa medis CKD on HD dan Anemia.

Pada pengkajian riwayat kesehatan pada pasien 1 keluhan utama yaitu ditemukan pasien mengatakan gatal-gatal, badan kurang enak dan sedikit sesak sedangkan pada pasien 2 keluhan utama ditemukan pasien mengatakan Buang Air Kecil (BAK) sedikit dan lemas. Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data pasien 1 pasien mengatakan sebelum ke rumah sakit pasien ke Puskesmas tanggal 08 Juni 2021 dengan keluhan lemah dan diperiksa Lab Puskesmas

mengalami HB rendah, dan diberi rujukan ke rumah sakit, besoknya tanggal 09 Juni 2021 pasien ke rumah sakit lewat poli dan dari dokter poli disarankan untuk dirawat. Sedangkan pada pasien 2 didapatkan data dari riwayat penyakit sekarang yaitu pasien mengatakan datang dari (Instalasi Rawat Darurat) IRD masuk Flamboyan B jam 12.00 pasien mengatakan sekarang ingin melakukan HD rutin dengan keluhan lemas dan BAK sedikit dan sulit, pasien tidak mengeluh adanya mual muntah.

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu ditemukan data pasien 1 pasien mengatakan mengalami penyakit hipertensi dan pasien 2 mengatakan pasien mengatakan pernah mengalami tumor prostat dan menjalani kemoterapi hingga tuntas. Pada riwayat penyakit keluarga pasien 1 pasien mengatakan keluarga ada yang memiliki penyakit hipertensi dari Ibu pasien dan pasien 2 tidak ditemukan masalah, keluarga tidak ada yang memiliki kelainan / kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat.

Pada pengkajian data psikososial pada pasien 1 dan pasien 2 tidak ditemukan masalah keperawatan pola komunikasinya baik, pasien dapat berinteraksi dengan kooperatif dan tidak ada gangguan pada konsep diri.

Pada pengkajian data Personal *hygiene* dan kebiasaan pasien 1 pasien mengatakan merokok 1 hari 1 bungkus dan pasien mengatakan

pernah meminum minuman beralkohol sebelum di diagnosa CKD sedangkan pasien 2 tidak mempunyai masalah personal *hygiene*.

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien 1 dan 2 dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
1. Keadaan umum	Sedang Tampak terpasang intravena cateter	Sedang Tampak terpasang intravena cateter
2. Kesadaran	Compos Mentis GCS : E4 M6 V5	Compos Mentis GCS : E4 M6 V5
3. Tanda-tanda vital	TD : 126/61 mmHg Nadi : 108x/menit Suhu : 36,5°C RR : 20x/menit	TD : 147/77 mmHg Nadi : 85x/menit Suhu : 36,5°C RR : 20x/menit
4. Kenyamanan/nyeri	pasien mengatakan tidak mengalami nyeri	pasien mengatakan tidak mengalami nyeri
5. Status Fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks	Nilai skor : 11 Kategori ketergantungan : sedang	Nilai skor : 11 Kategori ketergantungan : sedang
6. Pemeriksaan kepala a. Rambut	Bentuk kepala Pasien oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala Pasien, fingerprint di tengah frontal terhidrasi, kulit kepala bersih, tidak mempunyai rambut.	Bentuk kepala Pasien bulat, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala Pasien, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna hitam, tidak bercabang.
b. Mata	Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, sclera putih, konjungtiva anemia, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, reflek +, pupil isokor	Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, sclera putih, konjungtiva anemia, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, reflek +, pupil isokor

c. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi di tengah, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, ketajaman penciuman normal, dan tidak ada kelainan	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi di tengah, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, ketajaman penciuman normal, dan tidak ada kelainan
d. Rongga mulut	Bibir berwarna merah muda, lidah berwarna merah muda, mukosa lembab, tonsil tidak membesar	Bibir berwarna merah keunguan, lidah berwarna merah muda, mukosa lembab, tonsil tidak membesar.
e. Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga bersih kanan dan kiri, tidak ada benda asing dan bersih pada lubang telinga,	Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga bersih kanan dan kiri, tidak ada benda asing dan bersih pada lubang telinga.
7. Pemeriksaan Leher	Tidak ada lesi jaringan parut, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, Tidak teraba adanya massa di area leher, tidak ada teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada teraba pembesaran kelenjar limfe	Tidak ada lesi jaringan parut, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, Tidak teraba adanya massa di area leher, tidak ada teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada teraba pembesaran kelenjar limfe
8. Pemeriksaan thorak: Sistem Pernafasan	Ada sesak , tidak ada batuk. Bentuk dada simetris, pola nafas normal, frekuensi 20x/menit, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu nafas. Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat Pasien mengucap tujuh-tujuh. Ada alat bantu nafas Nasal Canul dengan Flow 3 lpm. Tidak terdapat krepitasi. Batas paru hepar normal ICS ke 4 suara perkusi sonor Suara nafas vesikuler, suara ucapan jelas, tidak ada suara nafas tambahan	Tidak ada sesak, tidak ada batuk. Bentuk dada simetris, frekuensi 20x/menit, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu nafas,.Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat Pasien mengucap tujuh-tujuh, tidak terdapat krepitasi. Batas paru hepar normal ICS ke 4 suara perkusi sonor Suara nafas vesikuler, suara ucapan jelas, tidak ada suara nafas tambahan

	<p>istirahat tidur 8-10 jam/hari.</p> <p>Pada pemeriksaan saraf kranial, nervus I Pasien dapat membedakan bau, nervus II Pasien dapat melihat dan membaca tanpa memakai kacamata, nervus III Pasien dapat menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping, nervus IV pupil mengecil saat dirangsang cahaya, nervus V Pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, nervus VI Pasien mampu melihat benda tanpa menoleh, nervus VII Pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, nervus VIII Pasien dapat mendengar gesekan jari, nervus IX uvula berada ditengah dan simetris, nervus X Pasien dapat menelan, nervus XI Pasien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu, dan nervus XII Pasien dapat menggerakkan lidah.</p> <p>Pada pemeriksaan refleks fisiologis ditemukan adanya gerakan fleksi pada tangan kanan dan tangan kiri saat dilakukan pemeriksaan refleks bisep dan ditemukan adanya gerakan ekstensi saat dilakukan pemeriksaan refleks trisep. Pada pemeriksaan refleks patella ditemukan adanya gerakan tungkai ke depan pada kaki kanan dan kaki kiri. Pada pemeriksaan refleks patologis berupa refleks babinsky ditemukan adanya gerakan fleksi pada jari – jari.</p>	<p>pusing, istirahat tidur 8-9 jam/hari.</p> <p>Pada pemeriksaan saraf kranial, nervus I pasien dapat membedakan bau, nervus II pasien dapat melihat dan membaca tanpa memakai kacamata, nervus III Pasien dapat menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping, nervus IV pupil mengecil saat dirangsang cahaya, nervus V Pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, nervus VI Pasien mampu melihat benda tanpa menoleh, nervus VII Pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, nervus VIII Pasien dapat mendengar gesekan jari, nervus IX uvula berada ditengah dan simetris, nervus X Pasien dapat menelan, nervus XI Pasien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu, dan nervus XII Pasien dapat menggerakkan lidah.</p> <p>Pada pemeriksaan refleks fisiologis ditemukan adanya gerakan fleksi pada tangan kanan dan tangan kiri saat dilakukan pemeriksaan refleks bisep dan ditemukan adanya gerakan ekstensi saat dilakukan pemeriksaan refleks trisep. Pada pemeriksaan refleks patella ditemukan adanya gerakan tungkai ke depan pada kaki kanan dan kaki kiri. Pada pemeriksaan refleks patologis berupa refleks babinsky ditemukan</p>
--	--	---

		adanya gerakan fleksi pada jari – jari.								
12. Sistem Perkemihan	Bersih, nokturia berkemih. Produksi urine \pm 500 ml/hari, warna kuning jernih dan bau khas.	Bersih, tidak ada keluhan berkemih. Produksi urine \pm 700 ml/hari, warna kuning dan bau khas.								
13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<p>Pergerakan sendi bebas, otot simetris kanan dan kiri.</p> <p>Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan, kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> </table> <p>Penilaian edema tidak ada edema ekstremitas dan tidak ada pitting edema.</p> <p>Tidak terdapat peradangan dan ruam pada kulit.</p> <p>Total nilai pada penilaian risiko decubitus adalah 21 (kategori : low risk)</p>	5	5	5	5	<p>Pergerakan sendi bebas, otot simetris kanan dan kiri.</p> <p>Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan, kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> </table> <p>Penilaian edema tidak ada edema ekstremitas dan tidak ada pitting edema.</p> <p>Tidak terdapat peradangan dan ruam pada kulit.</p> <p>Total nilai pada penilaian risiko decubitus adalah 21 (kategori : low risk)</p>	5	5	5	5
5	5									
5	5									
5	5									
5	5									
14. Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran pada kelenjar getah bening bagian leher. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan tidak terdapat riwayat amputasi sebelumnya.	Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran pada kelenjar getah bening bagian leher. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan tidak terdapat riwayat amputasi sebelumnya.								
15. Seksualitas dan Reproduksi	tidak ada benjolan pada payudara, tidak ada kelainan pada genetalia	Tidak ada benjolan pada payudara Tidak ada kelainan pada prostat								
16. Keamanan Lingkungan	Total penilaian risiko Pasien jatuh dengan skala morse adalah 45 (kategori: resiko)	Total penilaian risiko Pasien jatuh dengan skala morse adalah 45 (kategori: resiko)								

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan fisik pada pemeriksaan status fungsional/ aktivitas terdapat kesamaan pada pasien 1 dan 2, yaitu mengalami ketergantungan sedang. Pada pemeriksaan mata terdapat di 2 pasien konjktiva anemia dan di pemeriksaan kardiovaskuler *Capillary Refill Time* (CRT) lebih dari 2 detik.

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

Pemeriksaan Penunjang	Pasien 1	Pasien 2
Laboratorium	Pada tanggal 09 Juni 2021 Pukul : 11.00 WITA Antigen (Reaktif) Hematologi Lengkap Hemoglobin: 8.0 g/dL (13.0 – 18.0) Leukosit: 9.16 10 ³ /uL (4.00 - 10.00) Eritrosit: 2.94 10 ⁶ /uL (4.50 – 6.20) Hematokrit: 24 % (40.0 – 54.0) Trombosit: 429 10 ³ /uL (150 - 450)	Pada tanggal 08 Juni 2021 Pukul : 13.00 WITA Antigen (Reaktif) Hematologi Lengkap Hemoglobin: 6.6 g/dL (13.0 – 18.0) Leukosit: 6.44 10 ³ /uL (4.00 - 10.00) Eritrosit: 2.16 10 ⁶ /uL (4.50 – 6.20) Hematokrit: 19.8 % (40.0 – 54.0) Trombosit: 157 10 ³ /uL (150 - 450)
Rontgen	Tidak ada	Tidak ada
EKG	Normal Sinus Rythm	Normal Sinus Rythm
USG	Tidak ada	Tidak ada
Lain-lain :	Antigen (-)	Antigen (-)

Berdasarkan tabel 4.3 ditemukan data pada pasien 1 dan pasien 2 dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan EKG. Pada pasien 1 pemeriksaan laboratorium

terdapat hasil yang menunjukkan Hemoglobin 8.0 g/dl dan pemeriksaan laboratorium pada pasien 2 menunjukkan Hemoglobin 6.6 g/dl, lalu pada pemeriksaan EKG pasien 1 dan 2 ditemukan hasil Normal Sinus Rhythm.

Tabel 4.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

Pasien 1	Pasien 2
Pada tanggal 09 Juni 2021 - Loratadine 1x10 g (oral) - Betametason - vaseline 10 gr (oles) - Transamin 3x250 g (oral) - Cefixime 2x100 g (oral) - Curcuma 3x20 g (oral)	Pada tanggal 10 Juni 2021 - Lasix 2 (iv) -

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data penatalaksanaan terapi pemberian obat pada pasien 1 yaitu Loratadine, betametason – vaselin, transamin, cefixime dan curcuma. Sedangkan terapi pemberian obat pada pasien 2 yaitu : lasix.

b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan Pasien 1 dan 2 dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

No Urut	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)
1.	Rabu, 9 Juni 2021	Pola nafas tidak efektif b.d sindrom hipoventilasi(D.0005) Batasan	Kamis, 10 Juni 2021	Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009) Batasan karakteristik

		<p>Karakteristik (kriteria mayor dan minor) :</p> <p>a. Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan sesak <p>b. Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan otot bantu pernapasan - Pola nafas abnormal 		<p>(kriteria mayor dan minor) :</p> <p>a. Subjektif : -</p> <p>b. Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengisian kapiler lebih dari 3 detik - KU : Sedang, kesadaran compos mentis - Akral teraba dingin - Warna kulit pucat - Turgor kulit menurun - TD : 147/77 mmHg - Nadi : 85x/menit - Suhu : 36,5°C - RR:20x/menit
2.	Rabu, 9 Juni 2021	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d</p> <p>Penurunan konsentrasi hemoglobin (D0009)</p> <p>Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) :</p> <p>a. Subjektif : -</p> <p>b. Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengisian kapiler lebih dari 3 detik - KU : Sedang, kesadaran compos mentis - Akral teraba dingin - Warna kulit pucat - Turgor kulit menurun - TD : 126/61 mmHg - Nadi : 108x/menit - Suhu : 36,5°C - RR:22x/menit 	Kamis, 10 Juni 2021	<p>Gangguan eliminasi urine b.d efek tindakan medis dan diagnostic (obat-obatan) (D.0040)</p> <p>Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) :</p> <p>a. Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidak tahu penyebab penyakitnya - pasien menyatakan sering buang air kecil - pasien mengatakan sering buang air kecil malam hari - pasien menyatakan buang air kecil tidak tuntas <p>b. Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak bingung
3	Rabu, 9 Juni 2021	Intoleransi aktivitas	Kamis, 10 Juni 2021	Intoleransi aktivitas berhubungan

		<p>berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)</p> <p>Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) :</p> <p>a. Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan mengeluh lelah - Pasien menyatakan sesak saat/setelah aktivitas - Pasien merasakan tidak nyaman setelah beraktivitas <p>b. Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi jantung meningkat 20% dari kondisi istirahat 		<p>dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)</p> <p>Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) :</p> <p>a. Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan mengeluh lelah - Pasien menyatakan sesak saat/setelah aktivitas - Pasien merasakan tidak nyaman setelah beraktivitas <p>b. Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi jantung meningkat 20% dari kondisi istirahat
4	Rabu, 9 Juni 2021	<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074)</p> <p>Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) :</p> <p>a. Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan Mengeluh tidak nyaman - Pasien menyatakan Merasa gatal - Menyatakan tidak mampu rileks <p>b. Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah 	Kamis, 10 Juni 2021	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)</p> <p>Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) :</p> <p>a. Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan masalah yang dihadapi <p>b. Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

5	Rabu, 9 Juni 2021	Resiko jatuh dibuktikan dengan anemia (D.0143) Batasan karakteristik (faktor resiko) : a. Subjektif :- b. Objektif : - Hemoglobin 7,2 g/dl. - Warna kulit pucat - Akral teraba dingin	Kamis, 10 Juni 2021	Resiko jatuh dibuktikan dengan anemia (D.0143) Batasan karakteristik (faktor resiko) : a. Subjektif :- b. Objektif : - Hemoglobin 6.6 g/dl. - Warna kulit pucat - Akral teraba dingin
---	-------------------	---	---------------------	---

Berdasarkan tabel 4.5 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada pasien 1 ditegakkan 5 diagnosa keperawatan. Urutan diagnosa keperawatan yaitu, Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit dan resiko jatuh dibuktikan dengan anemia.

Sedangkan pada pasien 2 ditegakkan 5 diagnosa keperawatan. Urutan diagnosa keperawatan yaitu, Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan resiko jatuh dibuktikan dengan anemia .

Terdapat kesamaan diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan resiko jatuh dibuktikan dengan anemia.

c. Perencanaan

Tabel 4.6 Perencanaan Pasien 1 dan 2 dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Pasien 1			
Rabu, 9 Juni 2021	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan pola nafas (L.01004) dapat membaik dengan Kriteria Hasil : 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu nafas menurun 3. Frekuensi nafas membaik 4. Ventilasi semenit membaik	I.01011 Manajemen Jalan Nafas Observasi 1.1 Monitor pola nafas 1.2 Monitor bunyi nafas tambahan 1.3 Monitor sputum Terapeutik 1.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1.6 Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1.7 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu. I.01014 Pemantauan Respirasi Observasi 2.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 2.2 Monitor pola nafas

			<p>2.3 Monitor saturasi oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.4 Dokumentasi hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.5 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2.6 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</p>
Rabu, 9 Juni 2021	Perfusi perifer tidak Efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x jam diharapkan perfusi perifer (L.02011) dapat meningkat dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Sensasi meningkat 3. Warna kulit pucat menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Akral membaik 6. Turgor kulit membaik 	<p>I.02079 Perawatan Sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 3.2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) 3.3. Monitor panans, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4. Lakukan pencegahan infeksi 3.5. Lakukan perawatan kaki dan kuku <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6. Anjurkan berhenti merokok 3.7. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 3.8. Informasikan tanda dan gejala darurat yang

			<p>harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>I.06195 Manajemen Sensasi Perifer</p> <p>Observasi</p> <p>4.1. Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>4.2. Periksa perbedaan sensasi tajam dan tumpul</p> <p>4.3. Monitor perubahan kulit</p> <p>4.4. Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.5. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p>4.6. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p>Edukasi</p> <p>4.7. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.8. Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika.</p>
Rabu, 09 Juni 2021	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan toleransi aktivitas (L.05047) dapat meningkat	<p>I.05178 Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <p>5.1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang</p>

		<p>dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Dispnea saat beraktivitas menurun 4. Warna kulit membaik 5. Saturasi oksigen membaik 6. Frekuensi nafas membaik 7. Perasaan lemah menurun 	<p>mengakibatkan kelelahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 5.3. Monitor pola dan jam tidur 5.4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 5.6. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.7. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5.8. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.9. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>I.05186 Terapi Aktivitas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 6.2. Monitor respons emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik</p>
--	--	---	---

			<p>6.3. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>6.4. Fasilitas aktivitas fisik rutin, sesuai kebutuhan</p> <p>Edukasi</p> <p>6.5. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</p> <p>6.6. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6.7. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</p>
Rabu, 09 Juni 2021	Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit (D.0074)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan status kenyamanan (L.08064) dapat meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesejahteraan fisik meningkat 2. Kesejahteraan psikologis meningkat 3. Perawatan sesuai kebutuhan meningkat 4. Gelisah menurun 5. Rileks meningkat 6. Gatal menurun 	<p>I.01019 Pengaturan Posisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.2. Tempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat 7.3. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan 7.4. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. Semi-fowler) 7.5. Tinggikan tempat tidur bagian kepala

			<p>Edukasi</p> <p>7.6. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.7. Kolaborasi pemberian</p> <p>7.8. premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu</p> <p>I.09326 Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <p>8.1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>8.2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>Terapeutik</p> <p>8.3. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>8.4. Gunakan pakaian longgar</p> <p>Edukasi</p> <p>8.5. Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>8.6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregangan)</p>
--	--	--	--

Rabu, 09 Juni 2021	Resiko jatuh dibuktikan dengan anemia (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan resiko jatuh (L.14138) dapat menurun dengan Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat berjalan menurun 4. Jatuh saat di kamar mandi menurun 	<p>I.14540 Pencegahan jatuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.1. Identifikasi faktor resiko jatuh 9.2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 9.3. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.4. Pasang handrail tempat tidur 9.5. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 9.6. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.7. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 9.8. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri <p>I.14513 Manajemen keselamatan lingkungan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10.1. Identifikasi kebutuhan keselamatan 10.2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10.3. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan 10.4. Gunakan perangkat pelindung <p>Edukasi</p>
--------------------	---	--	---

			10.5. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok resiko tinggi bahaya lingkungan.
Pasien 2			
Kamis, 10 Juni 2021	Perfusi perifer tidak Efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perfusi perifer (L.02011) dapat meningkat dengan Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Sensasi meningkat 3. Warna kulit pucat menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Akral membaik 6. Turgor kulit membaik 	I.02079 Perawatan Sirkulasi Observasi 1.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 1.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) 1.3 Monitor panans, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas Terapeutik 1.4 Lakukan pencegahan infeksi 1.5 Lakukan perawatan kaki dan kuku Edukasi 1.6 Anjurkan berhenti merokok 1.7 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) 1.8 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka

			<p>tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>I.06195 Manajemen Sensasi Perifer</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>2.2 Periksa perbedaan sensasi tajam dan tumpul</p> <p>2.3 Monitor perubahan kulit</p> <p>2.4 Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.5 Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p>2.6 Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p>Edukasi</p> <p>2.7 Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.8 Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika</p>
Kamis, 10 Juni 2021	Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostic (Obat-obatan) (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan eliminasi urine (L.04034) dapat membaik dengan Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Desakan berkemih menurun 2. Berkemih tidak tuntas menurun 3. Frekuensi BAK menurun 	<p>I.11349 Dukungan perawatan diri: BAB/BAK</p> <p>Observasi</p> <p>3.1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia</p> <p>3.2. Monitor integritas kulit pasien</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.3. Dukung penggunaan toilet</p> <p>Edukasi</p>

			<p>3.4. Anjurkan BAK/BAB secara rutin</p> <p>3.5. Anjurkan ke kamar mandi/tilet, jika perlu</p> <p>I.04152 Manajemen eliminasi urine</p> <p>Observasi</p> <p>4.1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkotinesia urine</p> <p>4.2. Monitor eliminasi urine</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.3. Batasi asupan cairan, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine</p> <p>4.5. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.6. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu.</p>
Kamis, 10 Juni 2021	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan toleransi aktivitas (L.05047) dapat meningkat dengan Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Dispnea saat beraktivitas menurun 4. Warna kulit membaik 	<p>I.05178 Manajemen energi</p> <p>Observasi</p> <p>5.1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>5.2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>5.3. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>5.4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p>

		<p>5. Saturasi oksigen membaik</p> <p>6. Frekuensi nafas membaik</p> <p>7. Perasaan lemah menurun</p>	<p>5.5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>5.6. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>5.7. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>5.8. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.9. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>I.05186 Terapi aktivitas</p> <p>Observasi</p> <p>6.1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</p> <p>6.2. Monitor respons emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.3. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>6.4. Fasilitasi aktivitas fisik rutin, sesuai kebutuhan</p> <p>Edukasi</p> <p>6.5. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga</p>
--	--	---	--

			<p>fungsi dan kesehatan</p> <p>6.6. Ajurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6.7. Kolaborasi dengan terpis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai.</p>
Kamis, 10 Juni 2021	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan (L.12111) dapat meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai dengan pengetahuan 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 4. Perilaku membaik 	<p>I.12383 Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi</p> <p>7.1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>7.3. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>7.4. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>7.5. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>7.6. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.</p>
Kamis, 10 Juni 2021	Resiko jatuh dibuktikan dengan anemia (D.0143)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan resiko jatuh (L.14138) dapat menurun</p>	<p>I.14540 Pencegahan jatuh</p> <p>Observasi</p> <p>8.1. Identifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>8.2. Identifikasi faktor lingkungan yang</p>

		<p>dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat berjalan menurun 4. Jatuh saat di kamar mandi menurun 	<p>meningkatkan risiko jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.3. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.4. Pasang handrail tempat tidur 8.5. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 8.6. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.7. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 8.8. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri. <p>I.14513 Manajemen keselamatan lingkungan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.1. Identifikasi kebutuhan keselamatan 9.2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.3. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan 9.4. Gunakan perangkat pelindung <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.5. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok resiko tinggi bahaya lingkungan.
--	--	--	---

Berdasarkan tabel 4.6 di atas menjelaskan setelah membuat perencanaan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada pasien 1 dan pasien 2, selanjutnya melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2.

d. Pelaksanaan

Tabel 4.7 Implementasi keperawatan Pasien 1 dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 Rabu, 09 Juni 2021	Melakukan Pengkajian 1.1 Memonitor pola nafas 1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan 1.3 Memonitor sputum 1.4 Memosisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Memberikan oksigen 1.6 Mengajarkan teknik batuk efektif 1.7 Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 1.8 Memonitor pola nafas 1.9 Memonitor saturasi oksigen 1.10 Mendokumentasi hasil pemantauan 1.11 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	DS : - Pasien mengatakan Sesak apabila melakukan dan setelah aktivitas - Pasien menyatakan mengerti penjelasan yang dijelaskan DO : - Pasien terpasang oksigen nasal canul flow 3 lpm - Pasien posisi semi-fowler - Pasien tidak ada nafas tambahan - Pasien tidak ada sputum - Spo2 99% - Hb : 7.2 g/dl - TD : 126/61 mmHg Nadi : 108x/menit Suhu : 36,5 oC RR : 20x/menit
Hari 1 Rabu, 09 Juni 2021	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 2.2 Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) 2.3 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.4 Melakukan pencegahan infeksi	DS : - Pasien mengatakan tidak mempunyai benda yang berlebihan suhunya - Pasien mengatakan merokok - Pasien mengatakan akan berhenti merokok - Pasien mengatakan akan memperbaiki makanan - Pasien menyatakan tidak ada panas, kemerahan, nyeri atau bengkak di tangan atau kaki - Pasien akan menginformasikan tanda dan

	<p>2.5 Melakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>2.6 Menganjurkan berhenti merokok</p> <p>2.7 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>2.8 Memonitor perubahan kulit</p> <p>2.9 Menghindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p>2.10 Menganjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p>	<p>gejala darurat yang harus dilaporkan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak tidak ada edema - Pasien memakai sandal - Pasien tidak ada bengkak, panas, kemerahan atau nyeri - Pasien tampak mempraktikkan teknik mencuci tangan - Pasien tidak mengalami perubahan sensasi - Pasien tampak kuku pendek - Pasien tidak mempunyai benda yang berlebihan suhunya
Hari 1 Rabu, 09 Juni 2021	<p>3.1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>3.2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3.3. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3.4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>3.5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>3.6. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan sesak ketika dan selesai aktivitas berjalan - Pasien menyatakan pola tidurnya cukup dan tidak terganggu <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sesak ketika melakukan aktivitas berjalan dan selesai berjalan - Emosional pasien baik menerima kondisinya - Terdapat kursi di dekat bed pasien - Pasien mengalami gangguan ginjal
Hari 1 Rabu, 09 Juni 2021	<p>4.1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p>4.2. Menempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan</p> <p>4.3. Mengatur posisi untuk mengurangi sesak (mis. Semi-fowler)</p> <p>4.4. Meninggikan tempat tidur bagian kepala</p> <p>4.5. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>4.6. Menggunakan pakaian longgar</p> <p>4.7. Menganjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>4.8. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregang)</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan teknik relaksasi yang pernah digunakan nafas dalam - Pasien menyatakan tau teknik nafas dalam - SPO2 sebelum : 99% dan sesudah : 97% <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menempatkan bel dekat dengan pasien - Posisi kepala pasien lebih tinggi atau semi-fowler - Pasien menggunakan pakaian longgar - Posisi bed pasien semi-fowler

<p>Hari 1 Rabu, 09 Juni 2021</p>	<p>5.1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh 5.2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 5.3. Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala 5.4. Memasang handrail tempat tidur 5.5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5.6. Mengajukan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5.7. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan</p>	<p>DS : - Pasien menyatakan akan melebarkan jalan ketika berdiri DO : - Pasien didiagnosa anemia - Handrail terpasang - Tempat tidur pada posisi terendah - Skala Morse : 45 (Resiko Jatuh)</p>
<p>Hari 2 Kamis, 10 Juni 2021</p>	<p>1.1 Memonitor pola nafas 1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan 1.3 Memonitor sputum 1.4 Memposisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Memberikan oksigen 1.6 Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 1.7 Memonitor pola nafas 1.8 Memonitor saturasi oksigen</p>	<p>DS : - Pasien menyatakan tidak ada sesak - Pasien menyatakan sesak ketika melakukan aktivitas berjalan dan setelah berjalan DO : - Tidak ada nafas tambahan - Pola nafas ketika ke pasien normal - Irama, kedalaman dan upaya nafas normal - SPO2 : 99% - Pasien terpasang oksigen - TD: 125/95, N: 80, S: 36,7 , RR : 19x/menit</p>
<p>Hari 2 Kamis, 10 Juni 2021</p>	<p>2.1 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 2.2 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.3 Melakukan pencegahan infeksi 2.4 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) 2.5 Memonitor perubahan kulit</p>	<p>DS : - Pasien menyatakan tidak ada kemerahan, nyeri dan bengkak pada tangan dan kaki - Pasien menyatakan akan menginformasikan apabila ada rasa sakit tidak hilang DO : - Kulit pasien pucat menurun - Pasien melakukan teknik cuci tangan - Akral dingin menurun - Pengisian kapiler 2 detik</p>
<p>Hari 2 Kamis, 10 Juni 2021</p>	<p>3.1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 3.2. Memonitor pola dan jam tidur</p>	<p>DS : - Pasien menyatakan mengalami kelelahan ketika melakukan aktivitas berjalan</p>

	<p>3.3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>3.4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>3.5. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan tidur tadi malam nyenyak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mematikan lampu - Menyediakan kursi didekat tempat tidur
<p>Hari 2 Kamis, 10 Juni 2021</p>	<p>4.1. Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p>4.2. Menempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan</p> <p>4.3. Mengatur posisi untuk mengurangi sesak (mis. Semi-fowler)</p> <p>4.4. Meninggikan tempat tidur bagian kepala</p> <p>4.5. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>4.6. Menggunakan pakaian longgar</p> <p>4.7. Mengajukan mengambil posisi nyaman</p> <p>4.8. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregangan)</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan sudah di posisi nyaman - SOP2 Sebelum : 99% dan sesudah : 96% - Pasien menggunakan minyak kayu putih sebagai penghilang gatal yang efektif <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menempatkan bel dekat dengan pasien - Posisi pasien semi-fowler - Pasien memakai pakaian longgar - Pasien mempraktikkan teknik nafas dalam
<p>Hari 2 Kamis, 10 Juni 2021</p>	<p>5.1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>5.2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>5.3. Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>5.4. Memasang handrail tempat tidur</p> <p>5.5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.6. Mengajukan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>5.7. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan akan melakukan jalan kaki dengan melebarkan kakinya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien pada posisi terendah - Pasien masih pucat - Handrail pasien terpasang - Skala Morse : 45 (Resiko Jatuh)
<p>Hari 3 Jumat, 11 Juni 2021</p>	<p>1.1 Memonitor pola nafas</p> <p>1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan</p> <p>1.3 Monitor sputum</p> <p>1.4 Memosisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>1.5 Memberikan oksigen</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan tidak sesak - Pasien menyatakan tidak ada dahak - Pasien menyatakan tidak ada keluhan sesak

	<p>1.6 Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas</p> <p>1.7 Memonitor pola nafas</p> <p>1.8 Memonitor saturasi oksigen</p>	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak terpasang nasal canul - Posisi pasien semi-fowler - Tidak ada bunyi nafas tambahan - Pola nafas pasien baik - SPO2 : 100% - Frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas pasien baik - TD : 130/95 - N : 90x/menit - RR : 20x/menit - S : 36,5
<p>Hari 3 Jumat, 11 Juni 2021</p>	<p>2.1 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)</p> <p>2.2 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas</p> <p>2.3 Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>2.4 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>2.5 Memonitor perubahan kulit</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan tidak ada kemerahan, nyeri, bengkak pada tangan atau kaki - Pasien akan menginformasikan apabila terjadi gejala <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N : 90x/menit - Tidak ada edema, pengisian kapiler kurang dari 2 detik - Warna kulit tidak pucat - Suhu : 36,5 - Tidak ada bengkak dan kemerahan pada pasien - Tangan pasien tidak dingin/hangat
<p>Hari 3 Jumat, 11 Juni 2021</p>	<p>3.1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3.2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3.3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>3.4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>3.5. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan tidur tadi malam nyenyak dan tidak ada gangguan - Pasien menyatakan nyaman <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi kursi di dekat bed pasien
<p>Hari 3 Jumat, 11 Juni 2021</p>	<p>4.1. Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p>4.2. Menempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan</p> <p>4.3. Mengatur posisi untuk mengurangi sesak (mis. Semi-fowler)</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan sudah nyaman <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SPO2 sebelum : 100% dan sesudah SPO2 : 97%. - Bel pasien pada posisi jangkauan - Posisi pasien semi-fowler

	<p>4.4. Meninggikan tempat tidur bagian kepala</p> <p>4.5. Menggunakan pakaian longgar</p> <p>4.6. Mengajukan mengambil posisi nyaman</p> <p>4.7. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregangan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien menggunakan pakaian longgar - Pasien mempraktikkan peregangan yang dicontohkan perawat
<p>Hari 3 Jumat, 11 Juni 2021</p>	<p>5.1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>5.2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>5.3. Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>5.4. Memasang handrail tempat tidur</p> <p>5.5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.6. Mengajukan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan akan melebar jarak kedua kaki ketika berjalan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko jatuh akibat anemia - Handraill pasien terpasang - Tempat tidur di posisi terendah - Skala Morse : 35 (Sedang)

Pada tabel 4.7 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada pasien 1 sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 selama 3 hari. Implementasi dilakukan pada tanggal 09 Juni 2021 sampai 11 Juni 2021.

Tabel 4.8 Implementasi keperawatan Pasien 2 dengan Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
<p>Hari 1 10 Juni 2021</p>	<p>1.1 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)</p> <p>1.2 Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mempunyai benda yang berlebihan suhunya - Pasien mengatakan akan memperbaiki makanan

	<p>tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi)</p> <p>1.3 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas</p> <p>1.4 Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>1.5 Melakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>1.6 Menganjurkan berhenti merokok</p> <p>1.7 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>1.8 Memonitor perubahan kulit</p> <p>1.9 Menghindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p>1.10 Menganjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan tidak ada panas, kemerahan, nyeri atau bengkak di tangan atau kaki - Pasien akan menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak tidak ada edema - Pasien memakai sandal - Pasien tidak ada bengkak, panas, kemerahan atau nyeri - Pasien tampak mempraktikkan teknik mencuci tangan - Pasien tidak mengalami perubahan sensasi - Pasien tampak kuku pendek - Pasien tidak mempunyai benda yang berlebihan suhunya - TD : 147/77 - N : 85 - RR : 20x/menit - S : 36.5 - Hb : 6,6 g/dl. - Spo2 : 98%
Hari 1 10 Juni 2021	<p>2.1 Mengidentifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia</p> <p>2.2 Memonitor integritas kulit pasien</p> <p>2.3 Menganjurkan BAK/BAB secara rutin</p> <p>2.4 Menganjurkan ke kamar mandi/tilet, jika perlu</p> <p>2.5 Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine</p> <p>2.6 Memonitor eliminasi urine</p> <p>2.7 Membatasi asupan cairan, jika perlu</p> <p>2.8 Mengajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine</p> <p>2.9 Menganjurkan mengurangi minum menjelang tidur</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan mengikuti anjuran BAK secara rutin - Pasien menyatakan ke kamar mandi ketika BAK - Pasien menyatakan BAK sering dan Sedikit/tidak tuntas - BAK sering di malam hari sebelum tidur - Pasien mengatakan akan mengurangi minum sebelum tidur <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien pucat, turgor kulit baik
Hari 1 10 Juni 2021	<p>3.1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>3.2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3.3. Memonitor pola dan jam tidur</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan pola tidurnya cukup dan tidak terganggu - Pasien menyatakan ketidaknyamanan/capek

	<p>3.4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>3.5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>3.6. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</p>	<p>ketika berjalan dan lokasi di nafas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emosional pasien baik menerima kondisinya - Terdapat kursi di dekat bed pasien - Pasien mengalami gangguan ginjal - Pasien didiagnosa CKD - Kelelahan fisik akibat penyakit CKD
Hari 1 10 Juni 2021	<p>4.1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>4.2. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>4.3. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>4.4. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>4.5. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan bertanya mengenai penyebab penyakit ckd - Pasien menyatakan akan mengikuti sesuai anjuran - Pasien menyatakan paham apa yang disampaikan perawat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memahami apa yang dijelaskan perawat
Hari 1 10 Juni 2021	<p>5.1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>5.2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>5.3. Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>5.4. Memasang handrail tempat tidur</p> <p>5.5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.6. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>5.7. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan akan melebarkan jalan ketika berdiri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan penunjang pasien Hb : 6,6 g/dl. - Handrail terpasang - Tempat tidur pada posisi terendah - Skala Morse : 45 (Resiko Jatuh) - Pasien bersama istrinya
Hari 2 11 Juni 2021	<p>1.1 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)</p> <p>1.2 Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi)</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mempunyai benda yang berlebihan suhunya - Pasien mengatakan habis porsi makanan yang diberi rumah sakit - Pasien menyatakan tidak ada panas, kemerahan, nyeri atau bengkak di tangan atau kaki

	<p>1.3 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas</p> <p>1.4 Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>1.5 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>1.6 Meonitor perubahan kulit</p> <p>1.7 Menghindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien akan menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Pasien tampak tidak ada edema - Pasien tampak mempraktikkan teknik mencuci tangan - Pasien tidak mengalami perubahan sensasi - Pasien tidak mempunyai benda yang berlebihan suhunya - Pasien tidak ada bengkak, panas, kemerahan atau nyeri
Hari 2 11 Juni 2021	<p>2.1 Mengidentifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia</p> <p>2.2 Memonitor integritas kulit pasien</p> <p>2.3 Mengajarkan BAK/BAB secara rutin</p> <p>2.4 Mengajarkan ke kamar mandi/tilet, jika perlu</p> <p>2.5 Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine</p> <p>2.6 Memonitor eliminasi urine</p> <p>2.7 Membatasi asupan cairan, jika perlu</p> <p>2.8 Mengajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine</p> <p>2.9 Mengajarkan mengurangi minum menjelang tidur</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan mengikuti anjuran BAK secara rutin - Pasien menyatakan ke kamar mandi ketika BAK - Pasien menyatakan BAK sering dan Sedikit/tidak tuntas berkurang - BAK sering di malam hari sebelum tidur - Pasien mengatakan akan mengurangi minum sebelum tidur <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien pucat menurun - Turgor kulit baik
Hari 2 11 Juni 2021	<p>3.1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>3.2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3.3. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3.4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>3.5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>3.6. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan pola tidurnya cukup dan tidak terganggu - Pasien menyatakan ketidaknyamanan/capek ketika berjalan dan lokasi di nafas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emosional pasien baik menerima kondisinya - Terdapat kursi di dekat bed pasien - Pasien mengalami gangguan ginjal - Pasien didiagnosa CKD - Kelelahan fisik akibat penyakit CKD

<p>Hari 2 11 Juni 2021</p>	<p>4.1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 4.2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 4.3. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 4.4. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>	<p>DS : - Pasien menyatakan tidak ada pertanyaan - Pasien menyatakan paham apa yang disampaikan perawat DO : - Pasien tampak memahami dan mengikuti anjuran yang disampaikan perawat</p>
<p>Hari 2 11 Juni 2021</p>	<p>5.1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh 5.2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 5.3. Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala 5.4. Memasang handrail tempat tidur 5.5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5.6. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5.7. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan</p>	<p>DS : - - Pasien menyatakan akan melebarkan jalan ketika berdiri DO : - Pasien masih pucat - Handrail terpasang - Tempat tidur pada posisi terendah - Skala Morse : 45 (Resiko Jatuh) - Pasien bersama istrinya</p>
<p>Hari 3 12 Juni 2021</p>	<p>1.1 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 1.2 Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) 1.3 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 1.4 Melakukan pencegahan infeksi 1.5 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) 1.6 Meonitor perubahan kulit 1.7 Menghindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p>	<p>DS : - Pasien mengatakan mempunyai termos - Pasien mengatakan habis porsi makanan yang diberi rumah sakit - Pasien menyatakan tidak ada panas, kemerahan, nyeri atau bengkak di tangan atau kaki - Pasien akan menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan DO : - Pasien tampak pucat - Pasien tampak tidak ada edema - Pasien tampak mempraktikan teknik mencuci tangan - Pasien tidak mengalami perubahan sensasi - Pasien tidak mempunyai benda yang berlebihan suhunya - Pasien tidak ada bengkak, panas, kemerahan atau nyeri</p>

<p>Hari 3 12 Juni 2021</p>	<p>2.1 Mengidentifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia 2.2 Memonitor integritas kulit pasien 2.3 Anjurkan BAK/BAB secara rutin 2.4 Menganjurkan ke kamar mandi/tilet, jika perlu 2.5 Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi atau inkotinesia urine 2.6 Memonitor eliminasi urine 2.7 Membatasi asupan cairan, jika perlu 2.8 Mengajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 2.9 Menganjurkan mengurangi minum menjelang tidur</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan mengikuti anjuran BAK secara rutin - Pasien menyatakan ke kamar mandi ketika BAK - Pasien menyatakan BAK sering dan Sedikit/tidak tuntas masih ada - BAK sering di malam hari sebelum tidur - Pasien mengatakan mengikuti anjuran dokter untuk minum <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien pucat berkurang - Turgor kulit baik
<p>Hari 3 12 Juni 2021</p>	<p>3.1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 3.2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 3.3. Memonitor pola dan jam tidur 3.4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 3.5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 3.6. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan pola tidurnya cukup dan tidak terganggu - Pasien menyatakan ketidaknyamanan/capek ketika berjalan dan lokasi di nafas/dada <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emosional pasien baik menerima kondisinya - Terdapat kursi di dekat bed pasien - Pasien mengalami gangguan ginjal - Pasien didiagnosa CKD - Kelelahan fisik akibat penyakit CKD
<p>Hari 3 12 Juni 2021</p>	<p>5.1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh 5.2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 5.3. Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala 5.4. memasang handrail tempat tidur 5.5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5.6. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5.7. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan akan melebarkan jalan ketika berdiri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih pucat - Pemeriksaan Penunjang tanggal 12 Maret 2021, Hb : 8,8 g/dl - Handrail terpasang - Tempat tidur pada posisi terendah - Skala Morse : 35 (Sedang) - Pasien bersama istrinya.

Pada tabel 4.8 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada pasien 2 sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 2 dilaksanakan selama 3 hari yaitu, tanggal 10 Juni 2021 sampai 12 Juni 2021 yang dilakukan secara komperhensif.

e. Evaluasi

Tabel 4.9 Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 1 dengan Gagal Ginjal Kronik RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari Ke 1 Rabu, 9 Juni 2021	Dx 1 Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi. (D.0005)	S : - Pasien menyatakan sesak setelah melakukan aktivitas O : - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu nafas menurun - Frekuensi nafas membaik - Ventilasi semenit membaik - KU : Sedang, kesadaran compos mentis - TD : 126/61 mmHg - Nadi :108x/menit - Suhu : 36,5oC - RR:22x/menit - Spo2 : 99% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1.1 Memonitor pola nafas 1.2 Memonitor bunyi mafas tambahan 1.3 Monitor sputum 1.4 Memosisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Memberikan oksigen 1.6 Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 1.7 Memonitor pola nafas 1.8 Memonitor saturasi oksigen

<p>Hari Ke 1 Rabu, 9 Juni 2021</p>	<p>Dx 2 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan tidak ada kesemutan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi perifer meningkat - Sensasi menurun - Warna kulit pucat - Pengisian kapiler menurun - Akral menurun - Turgor kulit meningkat <p>A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan</p> <p>2.1 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)</p> <p>2.2 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas</p> <p>2.3 Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>2.4 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>2.5 Monitor perubahan kulit</p>
<p>Hari Ke 1 Rabu, 9 Juni 2021</p>	<p>Dx 3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menatakan sesak saat/setelah aktivitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Keluhan lelah menurun - Saturasi oksigen membaik - Frekuensi nafas membaik - Perasaan lemah menurun <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>3.1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3.2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3.3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>3.4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>3.5. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p>
<p>Hari Ke 1 Rabu, 9 Juni 2021</p>	<p>Dx 4 Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan tidak nyaman menurun

		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan sesuai kebutuhan meningkat - Gelisah menurun - Rileks meningkat - Gatal menurun <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p>4.2. Menempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan</p> <p>4.3. Mengatur posisi untuk mengurangi sesak (mis. Semi-fowler)</p> <p>4.4. Meninggikan tempat tidur bagian kepala</p> <p>4.5. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>4.6. Menggunakan pakaian longgar</p> <p>4.7. Menganjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>4.8. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregangan)</p>
Hari Ke 1 Rabu, 9 Juni 2021	Dx 5 Resiko jatuh dibuktikan dengan anemia	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1. Identifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>5.2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>5.3. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>5.4. Pasang handrail tempat tidur</p> <p>5.5. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.6. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>5.7. Identifikasi kebutuhan keselamatan</p>

<p>Hari Ke 2 Kamis, 10 Juni 2021</p>	<p>Dx 1 Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan tidak ada sesak - Pasien menyatakan sesak ketika melakukan aktivitas berjalan dan setelah berjalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada nafas tambahan - Pola nafas ketika ke pasien normal - Irama, kedalaman dan upaya nafas normal - SPO2 : 99% - Pasien terpasang oksigen - TD: 125/95 - N: 80 - S: 36,7 - RR : 19x/menit - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu nafas menurun - Frekuensi nafas membaik - Ventilasi semenit membaik <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Memonitor pola nafas 1.2 Memonitor bunyi nafas tambahan 1.3 Monitor sputum 1.4 Memposisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Memberikan oksigen 1.6 Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 1.7 Memonitor pola nafas 1.8 Memonitor saturasi oksigen
<p>Hari Ke 2 Kamis, 10 Juni 2021</p>	<p>Dx 2 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan tidak ada kesemutan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi perifer meningkat - Sensasi menurun - Warna kulit pucat menurun - Pengisian kapiler membaik - Akral menurun - Turgor kulit meningkat <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 2.2 Cuci tangan seblum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 2.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi.

		<p>2.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</p> <p>2.5 Ajarkan etika batuk.</p> <p>2.6 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>2.7 Anjurkan meningkatkan asupan cairan.</p>
<p>Hari Ke 2 Kamis, 10 Juni 2021</p>	<p>Dx 3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan kelelahan ketika setelah berjalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Dispnea saat beraktivitas menurun - Warna kulit membaik - Saturasi oksigen membaik - Frekuensi nafas membaik <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3.2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3.3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>3.4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>3.5. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p>
<p>Hari Ke 2 Kamis, 10 Juni 2021</p>	<p>Dx 4 Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan tidak merasakan gatal lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesejahteraan fisik meningkat - Kesejahteraan psikologis meningkat - Perawatan sesuai kebutuhan meningkat - Gelisah menurun - Rileks meningkat - Gatal tidak ada <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>4.1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p>4.2. Menempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan</p> <p>4.3. Mengatur posisi untuk mengurangi sesak (mis. Semi-fowler)</p>

		<p>4.4. Meninggikan tempat tidur bagian kepala</p> <p>4.5. Menggunakan pakaian longgar</p> <p>4.6. Mengajukan mengambil posisi nyaman</p> <p>4.7. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregangan)</p>
<p>Hari Ke 2 Kamis, 10 Juni 2021</p>	<p>Dx 5 Resiko jatuh dibuktikan dengan anemia</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat berjalan menurun - Jatuh saat di kamar mandi menurun - Skala : 35 (sedang) <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan</p> <p>5.1. Identifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>5.2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>5.3. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>5.4. Pasang handrail tempat tidur</p> <p>5.5. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.6. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p>
<p>Hari Ke 3 Jumat, 11 Juni 2021</p>	<p>Dx 1 Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan capek ketika berjalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spo2 : 100% - S: 36,7 - TD : 130/95 - N : 90 - RR : 20x/menit - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu nafas menurun - Frekuensi nafas membaik - Ventilasi semenit membaik <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

<p>Hari Ke 3 Jumat, 11 Juni 2021</p>	<p>Dx 2 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>S : - O : - Denyut nadi perifer meningkat - Sensasi meningkat - Warna kulit pucat menurun - Pengisian kapiler membaik - Akral membaik - Turgor kulit membaik - Lab Darah : Hb :8,8 g/dl. A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan</p>
<p>Hari Ke 3 Jumat, 11 Juni 2021</p>	<p>Dx 3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>S : - O : - Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Dispnea saat beraktivitas menurun - Warna kulit membaik - Saturasi oksigen membaik - Frekuensi nafas membaik A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
<p>Hari Ke 3 Jumat, 11 Juni 2021</p>	<p>Dx 4 Gangguan rasa nyaman gejala penyakit</p>	<p>S : - - Pasien menyatakan tidak merasakan gatal O : - Kesejahteraan fisik meningkat - Kesejahteraan psikologis meningkat - Perawatan sesuai kebutuhan meningkat - Gelisah menurun - Rileks meningkat - Gatal tidak ada A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
<p>Hari Ke 3 Jumat, 11 Juni 2021</p>	<p>Dx 5 Resiko jatuh dibuktikan dengan anemia</p>	<p>S : - Pasien menyatakan selama di rumah sakit tidak pernah jatuh O : - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat berjalan menurun - Jatuh saat di kamar mandi menurun - Skala : 15 (rendah) A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan</p>

Berdasarkan tabel 4.9 di atas bahwa pada pasien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit. Pada hari ke 1 ditemukan 5 masalah keperawatan dan mempunyai masalah teratasi sebagian dan intervensi dipertahankan di hari selanjutnya. Pada hari ke 2 ditemukan 5 masalah keperawatan yang sama, masalah keperawatan tersebut teratasi sebagian sehingga intervensi di pertahankan di hari selanjutnya. Pada hari ke 3 yaitu diagnosa intoleransi aktivitas dan gangguan rasa nyaman teratasi dan pola nafas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif dan resiko jatuh teratasi sebagian namun intervensi dihentikan dikarenakan pasien pulang.

Tabel 4.10 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien 2 dengan Gagal Ginjal Kronik RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1 10 Juni 2021	Dx 1 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	S : - O : - Denyut nadi perifer meningkat - Sensasi meningkat - Warna kulit pucat - Pengisian kapiler membaik - Akral dingin - Turgor kulit membaik - TD : 147/77 - N : 85 - RR : 20x/menit - S : 36.5 - Hb : 6,6 g/dl. - Spo2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan Intervensi 1.1 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 1.2 Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi)

		<p>1.3 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas</p> <p>1.4 Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>1.5 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>1.6 Monitor perubahan kulit</p> <p>1.7 Menghindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p>
Hari 1 10 Juni 2021	Dx 2 Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostic (Obat-obatan)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan BAK sering malam hari dan tidak tuntas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desakan berkemih - Berkemih tidak tuntas - Frekuensi BAK <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia</p> <p>2.2 Monitor integritas kulit pasien</p> <p>2.3 Anjurkan BAK/BAB secara rutin</p> <p>2.4 Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu</p> <p>2.5 Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine</p> <p>2.6 Monitor eliminasi urine</p> <p>2.7 Batasi asupan cairan, jika perlu</p> <p>2.8 Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine</p> <p>2.9 Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur</p>
Hari 1 10 Juni 2021	Dx 3 Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan lelah/capek - Pasien menyatakan melakukan aktivitas sehari-hari menurun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan lelah - Dispnea saat beraktivitas - Warna kulit pucat - Saturasi oksigen normal - Frekuensi nafas dispnea ketika beraktivitas - Perasaan lemah <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>3.2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p>

		<p>3.3. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3.4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>3.5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>3.6. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</p>
Hari 1 10 Juni 2021	Dx 4 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengerti dan paham apa yang diajarkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak paham - Perilaku sesuai dengan pengetahuan - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun - Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun - Perilaku membaik <p>A : Masalah tertatasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>4.1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>4.2. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>4.3. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>4.4. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
Hari 1 10 Juni 2021	Dx 5 Resiko jatuh dibuktikan dengan anemia	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan akan melebarkan jalan ketika berdiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan penunjang pasien Hb : 6,6 g/dl. - Handrail terpasang - Tempat tidur pada posisi terendah - Skala Morse : 45 (Resiko Jatuh) - Pasien bersama istrinya <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>5.1. Identifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>5.2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>5.3. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>5.4. Pasang handrail tempat tidur</p> <p>5.5. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.6. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p>

		5.7. Identifikasi kebutuhan keselamatan
Hari 2 11 Juni 2021	Dx 1 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi perifer meningkat - Sensasi meningkat - Warna kulit pucat menurun - Pengisian kapiler membaik - Akral membaik - Turgor kulit membaik - TD : 140/80 - N : 85 - RR : 19x/menit - S : 36.7 - Spo2 : 99% <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>1.1 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)</p> <p>1.2 Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>1.3 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas</p> <p>1.4 Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>1.5 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>1.6 Monitor perubahan kulit</p> <p>1.7 Menghindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p>
Hari 2 11 Juni 2021	Dx 2 Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostic (Obat-obatan)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan masih sering BAK dan keluar sedikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desakan berkemih menurun - Berkemih tidak tuntas menurun - Frekuensi BAK menurun <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia</p> <p>2.2 Monitor integritas kulit pasien</p> <p>2.3 Anjurkan BAK/BAB secara rutin</p> <p>2.4 Anjurkan ke kamar mandi/tilet, jika perlu</p> <p>2.5 Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkotinesia urine</p> <p>2.6 Monitor eliminasi urine</p>

		<p>2.7 Batasi asupan cairan, jika perlu</p> <p>2.8 Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin</p> <p>2.9 Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur</p>
<p>Hari 2 11 Juni 2021</p>	<p>Dx 3 Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan cape ketika melakukan aktivitas berjalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Keluhan lelah menurun - Dispnea saat beraktivitas menurun - Warna kulit membaik - Saturasi oksigen membaik - Frekuensi nafas membaik - Perasaan lemah menurun <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>3.2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3.3. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3.4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>3.5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>3.6. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</p>
<p>Hari 2 11 Juni 2021</p>	<p>Dx 4 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan memahami apa yang disampaikan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak ada pertanyaan untuk masalah penyakitnya - Perilaku sesuai dengan pengetahuan - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi tidak ada - Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun - Perilaku membaik <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

<p>Hari 2 11 Juni 2021</p>	<p>Dx 5 Resiko jatuh dibuktikan dengan anemia</p>	<p>S : - O : - Pasien masih pucat - Handrail terpasang - Tempat tidur pada posisi terendah - Skala Morse : 35 (Sedang) - Pasien bersama istrinya A : Masalah Teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 4.1. Identifikasi faktor resiko jatuh 4.2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 4.3. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala 4.4. Pasang handrail tempat tidur 4.5. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 4.6. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 4.7. Identifikasi kebutuhan keselamatan</p>
<p>Hari 3 12 Juni 2021</p>	<p>Dx 1 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>S : O : - Denyut nadi perifer meningkat - Sensasi meningkat - Warna kulit pucat menurun - Pengisian kapiler membaik - Akral membaik - Turgor kulit membaik - TD : 135/85 - N : 90 - RR : 20x/menit - S : 36.6 - Spo2 : 100% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan</p>
<p>Hari 3 12 Juni 2021</p>	<p>Dx 2 Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostic (Obat-obatan)</p>	<p>S : - Pasien menyatakan desakan untuk BAK menurun - Pasien menyatakan berkemih tidak tuntas menurun - Pasien menyatakan frekuensi BAK menurun O : A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan</p>
<p>Hari 3 12 Juni 2021</p>	<p>Dx 3 Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>S : - Pasien menyatakan lelah menurun O : - Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Keluhan lelah menurun - Dispnea saat beraktivitas menurun - Warna kulit membaik</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Saturasi oksigen membaik - Frekuensi nafas membaik - Perasaan lemah menurun <p>A : masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
Hari 3 12 Juni 2021	Dx 4 Resiko jatuh dibuktikan dengan anemia	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan Penunjang tanggal 12 Juni 2021, Hb : 8,8 g/dl - Handrail terpasang - Tempat tidur pada posisi terendah - Skala Morse : 35 (Sedang) - Pasien bersama istrinya <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan</p>

Berdasarkan tabel 4.10 di atas bahwa pada pasien 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit. Pasien 2 menunjukkan 5 masalah keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif, gangguan eliminasi urine, intoleransi aktivitas, defisit pengetahuan dan resiko jatuh yang ditangani pada hari pertama menunjukkan masalah belum teratasi dan diagnosa defisit pengetahuan teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan di hari selanjutnya. Hari ke 2 perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin, gangguan eliminasi urine b.d efek tindakan medis dan diagnostik (obat-obatan), intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dan resiko jatuh dibuktikan dengan anemia menunjukkan masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan di hari selanjutnya dan diagnosa defisit pengetahuan menunjukkan masalah teratasi. Hari ke 3 perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin, gangguan eliminasi urine b.d efek tindakan medis dan diagnostik

(obat-obatan), dan resiko jatuh dibuktikan dengan anemia menunjukkan masalah teratasi sebagian dan intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen masalah teratasi, dan pasien direncanakan pulang sehingga intervensi dihentikan.

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada pasien 1 dan 2 dengan kasus Gagal ginjal kronik yang telah dilakukan sejak tanggal 09 s/d 12 Juni 2021 di Ruang Flamboyan B RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada pasien 1 dan pasien 2 ditemukan beberapa perbedaan yaitu pasien 1 berusia 59 tahun dan pasien 2 berusia 70 tahun dengan jenis kelamin pasien 1 dan pasien 2 laki-laki.

Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yaitu meliputi : pengkajian, menegakkan diagnose keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan.

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada hari Rabu, 09 Juni 2021 dan pasien 2 dilakukan pada hari Kamis, 10 Juni 2021. Pasien 1 berusia 59 tahun dan pasien 2 berusia 70 tahun, terdapat keluhan pasien 1 yaitu gatal-gatal, sesak dan badan kurang enak dan pasien 2 yaitu lemas dan, BAK sulit dan sedikit. Hal ini sesuai dengan teori (Smeltzer & Bare, 2015) Ginjal juga mengalami penurunan dalam memproduksi hormon eritopoetin dimana tugas dari hormone tersebut yaitu untuk merangsang sumsum tulang belakang dalam memproduksi sel darah merah. Hal ini mengakibatkan produksi sel darah merah yang mengandung hemoglobin menurun sehingga pasien mengalami anemia. Sel darah merah juga berfungsi dalam mengedarkan suplai oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh, maka ketika sel darah merah mengalami penurunan, tubuh tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang cukup sehingga tubuh menjadi lemas, tidak bertenaga, dan sesak.

Menurut peneliti pasien 1 dan pasien 2 memiliki kesamaan keluhan yaitu lemas terjadi karena hormon eritopoetin mengalami penurunan yang mengakibatkan rangsangan untuk memproduksi sel darah merah menurun dan mengakibatkan hemoglobin rendah dan lemah.

Pada pemeriksaan keluhan penyakit sekarang pasien 1 mengatakan penyakit gagal ginjal kronik sudah sejak 2016 dan pada saat sekarang pasien ke puskesmas dengan keluhan lemah dan diperiksa lab Puskesmas mengalami hb rendah dan dirujuk ke rumah sakit melewati poli dan dari poli disarankan untuk dirawat. Sedangkan pada pasien 2 mengatakan sejak selesai melakukan terapi kemoterapi hingga tuntas, pasien mengeluh lemah dan diperiksa mengalami gagal ginjal. Menurut teori (Smeltzer & Bare, 2015) Ginjal juga mengalami penurunan dalam memproduksi hormon eritopoetin dimana tugas dari hormone tersebut yaitu untuk merangsang sumsum tulang belakang dalam memproduksi sel darah merah. Hal ini mengakibatkan produksi sel darah merah yang mengandung hemoglobin menurun sehingga pasien mengalami anemia. Sel darah merah juga berfungsi dalam mengedarkan suplai oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh, maka ketika sel darah merah mengalami penurunan, tubuh tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang cukup sehingga tubuh menjadi lemas, tidak bertenaga, dan sesak.

Menurut peneliti pasien 1 dan 2 mengalami kesamaan keluhan penyakit sekarang yaitu lemah. Kondisi lemah pasien dikarenakan berkurangnya produksi sel darah merah pada sumsum tulang belakang yang diakibatkan ginjal mengalami produksi hormon eritropoietin.

Pada pemeriksaan riwayat penyakit keluarga pasien 1 mengatakan ibu pasien mengalami hipertensi, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan (Kalangi, Umboh, & Pateda, 2015) Remaja dengan riwayat keluarga

hipertensi mempunyai risiko lebih tinggi untuk menderita hipertensi dibandingkan dengan remaja dengan keluarga tanpa hipertensi. Studi oleh *Singh*, sekitar 30-60% variasi pada tekanan darah di berbagai individu disebabkan oleh efek faktor genetik. Anak yang mempunyai riwayat keturunan hipertensi pada kedua orangtuanya mempunyai risiko 40-60 % hipertensi ketika beranjak dewasa. Studi oleh Miyao dan Furusho menemukan jika kedua orangtua penderita hipertensi, maka insidensi hipertensi pada anak meningkat 4 sampai 15 kali dibandingkan dengan anak yang kedua orangtuanya normotensif dan menurut (Eva & Sri, 2015) individu dengan hipertensi beresiko 3,7 kali lebih besar untuk terjadinya GGK dibandingkan yang tidak hipertensi. Hubungan antara PGK dan hipertensi adalah siklik, penyakit ginjal dapat menyebabkan tekanan darah naik dan sebaliknya hipertensi dalam waktu lama dapat menyebabkan gangguan ginjal.

Sedangkan pada pasien 2 di pemeriksaan riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan pernah mengalami tumor prostat dan menjalani kemoterapi. Menurut teori

Menurut peneliti pada pemeriksaan riwayat penyakit dahulu penyakit gagal ginjal kronik pada pasien 1 disebabkan oleh hipertensi dan pasien 2 diakibatkan oleh komplikasi terapi kemoterapi.

Pada pemeriksaan psikososial pasien 1 dan 2 tidak mengalami gangguan psikososial, pasien 1 dan 2 dapat berkomunikasi dengan baik ke

perawat, ekspresi pasien terhadap masalah penyakitnya tidak ada masalah dan pasien berinteraksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah.

Pada pemeriksaan personal hygiene dan kebiasaan sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan pada pasien 1 yaitu sering mengkonsumsi alkohol dan rokok. Hal ini sesuai dengan teori (Eva & Sri, 2015) laki-laki memiliki resiko lebih besar mengalami GJK. Data *Indonesian Renal Registry* (IRR) dan di Australia menunjukkan bahwa resiko GJK pada laki – laki lebih besar dibanding perempuan. Hal ini disebabkan karena pengaruh perbedaan hormon reproduksi, gaya hidup seperti konsumsi protein, garam, rokok, dan konsumsi alkohol pada laki-laki dan perempuan. Sedangkan pada pasien 2 personal hygiene dan kebiasaan sebelum sakit baik dan tidak ada masalah.

Menurut peneliti kebiasaan pada pasien 1 yaitu sering mengkonsumsi alkohol dan kebiasaan merokok yang menyebabkan pasien menderita penyakit gagal ginjal kronik.

Pada pengkajian spiritual pasien 1 dan 2 memiliki kesamaan, sebelum sakit pasien 1 dan 2 sering untuk beribadah dan selama dirawat di rumah sakit pasien tidak beribadah.

Pada pemeriksaan fisik. Keadaan umum pasien didapatkan pada pasien 1 yaitu kesadaran umum sedang, terpasang infus ditangan kanan dan sakit sedang. Sedangkan pada pasien 2 dengan kesadaran umum sedang.

Pada pemeriksaan tanda tanda vital didapatkan pada pasien 1 dengan tekanan darah 126/61 mmhg, Nadi 108 x/menit, Suhu 36,5C, Respirasi 20 x/menit dan MAP 82 mmhg. Dan pada pasien 2 didapatkan tanda tanda vital

dengan tekanan darah 147/77 mmhg, Nadi 85x/menit, Respirasi 20x/menit, Suhu 36.5C.

Menurut teori (Potter&Ferry, 2005). *Mean Arterial Pressure* adalah tekanan arteri rata rata selama satu siklus denyutan jantung yang didapatkan dari pengukuran tekanan darah *systole* dan tekanan darah *diastole*. Pada perhitungan *MAP* akan didapatkan gambaran penting dalam tekanan darah yaitu tekanan *sistolik* adalah tekanan maksimal ketika darah dipompakan dari ventrikel kiri, batas normal dari tekanan sistolik adalah 100-140 mmhg, tekanan diastolic adalah tekanan darah pada saat relaksasi, batas normal dari tekanan diastolic adalah 60-80 mmhg. Tekanan diastolik menggambarkan tahanan pembuluh darah yang harus dicapai jantung. Menurut peneliti pada pemeriksaan tanda tanda vital pada pasien 2 dimana pasien mengalami tekanan darah.

Pada pemeriksaan fisik kenyamanan/nyeri pada kedua pasien dilakukan pengkajian nyeri dengan PQRST dimana didapatkan pada kedua pasien tidak mengalami nyeri.

Pada pengkajian status fungsional/aktivitas dan mobilisasi *Barthel indeks*, Dimana pada pasien 1 perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain dan total score barthel indeks 11 (ketergantungan sedang). Sedangkan pada pasien 2 perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain dan total score barthel indeks 11 (ketergantungan sedang).

Pada pemeriksaan mata didapatkan persamaan pada pasien 1 dan 2 dimana pada kedua pasien didapatkan data konjungtiva anemia. Berdasarkan teori yang ada menurut (Smeltzer & Bare, 2015) Ginjal juga mengalami penurunan dalam memproduksi hormon eritopoetin dimana tugas dari hormone tersebut yaitu untuk merangsang sumsum tulang belakang dalam memproduksi sel darah merah. Hal ini mengakibatkan produksi sel darah merah yang mengandung hemoglobin menurun sehingga pasien mengalami anemia.

Pada pengkajian bagian telinga, data yang didapatkan oleh peneliti terhadap kedua pasien kurang lengkap, dimana peneliti pada pasien 1 dan 2 hanya melakukan pengkajian pada telinga dibagian kanalis telinga . Pada pasien 1 dan pasien 2 sama-sama tidak dilakukan pemeriksaan tes weber, tes rinne, dan tes swbach.

Pada pemeriksaan thorak : sistem pernapasan pasien 1 menyatakan sesak, sesuai teori (Smeltzer & Bare, 2015) Ginjal juga mengalami penurunan dalam memproduksi hormon eritopoetin dimana tugas dari hormone tersebut yaitu untuk merangsang sumsum tulang belakang dalam memproduksi sel darah merah. Hal ini mengakibatkan produksi sel darah merah yang mengandung hemoglobin menurun sehingga pasien mengalami anemia. Sel darah merah juga berfungsi dalam mengedarkan suplai oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh, maka ketika sel darah merah mengalami penurunan, tubuh tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang cukup sehingga tubuh menjadi lemas, tidak bertenaga, dan sesak. Sedangkan pada

pasien 2 tidak ada masalah di sistem pernapasan. Menurut peneliti pada pasien 1 mengalami sesak karena oksigen di sel darah merah mengalami penurunan sehingga pasien mengalami sesak.

Pada pengkajian pemeriksaan jantung : sistem kardiovaskuler pasien 1 dan 2 memiliki kesamaan yaitu Capillary Refill Time (CRT) lebih dari 2 detik. Hal ini sejalan dengan teori (Smeltzer & Bare, 2015) Ginjal juga mengalami penurunan dalam mengeksresikan kalium, sehingga penderita mengalami hiperkalemia. Hiperkalemia dapat menyebabkan gangguan ritme jantung, dimana hal ini berkaitan dengan keseimbangan ion –ion dalam jaringan otot yang mengatur elektrofisiologi jantung. Pompa natrium kalium berperan penting dalam menjaga keseimbangan proses bioelektrikal sel – sel pacu jantung. Penghantaran listrik dalam jantung terganggu akibatnya terjadi penurunan *Cardiac Output* (COP), sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung dan terganggunya aliran darah ke seluruh tubuh.

Pada pengkajian pemeriksaan system pencernaan dan status nutrisi data yang didapatkan oleh peneliti terhadap pasien 1 memiliki IMT 23.4 (Kategori: Normal) dan pasien 2 memiliki IMT 21.1 (Katagori: Normal), pasien 1 mengatakan BAB 1x/hari,nafsu makan baik, frekuensi makan 3x sehari dan pasien 2 mengatakan BAB 1x/hari, frekuensi makan 3x sehari. Porsi makan habis pada kedua pasien.

Pada pemeriksaaan fisik abdomen pada pasien 1 dilakukan Inspeksi dan bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan vena, tidak ada lesi dan ada

benjolan atau massa, tidak ada luka bekas operasi. Lalu, melakukan Auskultasi didengarkan bising usus 15x/menit. Selanjutnya Palpasi tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal. Lalu melakukan Perkusi, tidak ada asites. Sedangkan pada pasien 2 dilakukan inspeksi dan bentuk abdomen datar, tidak terdapat bayangan vena, tidak ada lesi dan tidak ada benjolan atau massa, lalu melakukan Auskultasi didengarkan bising usus 15x/menit. Selanjutnya Palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada area epigastrium, tidak ada benjolan atau massa, tidak ada luka operasi. Lalu lakukan perkusi, tidak ada asites.

Menurut peneliti terdapat kesenjangan pada pengkajian abdomen dimana pada saat didapatkan data nyeri tekan pada palpasi kedua pasien yang kurang lengkap karena tidak menyertakan kuadran dan regio.

Pada pengkajian bagian sistem persyarafan, pengkajian yang dilakukan oleh peneliti terhadap pasien 1 dan 2 kurang lengkap. Dimana peneliti tidak melakukan pengkajian reflek fisiologis (achilles, bisept, trisept dan brankioradialis) terhadap pasien 1 dan 2.

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada pasien kedua pasien dengan diagnosa gagal ginjal kronik pada pemeriksaan penunjang laboratorium darah lengkap pasien 1 dan 2 terdapat tanda yang sama yaitu Hemoglobin rendah hal ini sesuai dengan komplikasi pada teori bahwa terdapat anemia pada kedua pasien. Hemoglobin rendah ini berasal dari sekresi eritropoetin turun menyebabkan produksi Hb turun (Brunner&Sudrat, 2013).

Menurut peneliti untuk kelebihan pada pengambilan data sesuai pada pola dasar datang nya penyakit yang difokuskan dalam penambihan data pada hasil anamnese dan difokuskan pada pemeriksaan fisik, serta untuk kekurangan nya sendiri ada beberapa data hasil pengkajian yang belum terlalu lengkap guna untuk menunjang hasil diagnose yang lebih maksimal.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Berdasarkan hal tersebut peneliti dalam kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal ginjal kronik menegakkan masalah keperawatan berdasarkan dari pengkajian yang didapatkan.

Menurut (Brunner&Sudrat, 2013) terdapat 9 diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan pada pasien Gagal ginjal kronik yaitu : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveoluskapiler, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hb, Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan, Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Nyeri

akut b.d agen pencedera fisiologis, Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelebihan volume cairan, sindrom uremia, nausea b.d gangguan biokimiawi dan resiko penurunan curah jantung d.d perubahan preload.

Diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 yang sesuai dengan teori (Brunner&Sudrat, 2013) antara lain:

1) Perfusi perifer tidak efektif

Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Kriteria mayor yang tidak dapat ditemukan data objektif sementara data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah pengisian kapiler 3 detik, naadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data subjektif meliputi Parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) dan data objektif edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brachial $<0,90$, bruit femoral (PPNI, 2017).

Pada pasien 1 diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Saat pengkajian tidak didapatkan data subjektif dan data objektif didapatkan yaitu Pengisian kapiler lebih dari 3 detik Kesadaran Umum (KU) : sedang, kesadaran compos mentis, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, TD : 126/61 mmHg, Nadi : 108x/menit, suhu : 36,5c, dan RR:20x/menit.

Pada pasien 2 diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Saat pengkajian tidak didapatkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan yaitu Pengisian kapiler lebih dari 3 detik, KU : Sedang, kesadaran compos mentis, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, TD : 147/77 mmHg, nadi :85x/menit, suhu : 36,5c dan RR:20x/menit.

2) Intoleransi Aktivitas

Intoleransi Aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kriteria mayor yang dapat ditemukan berupa data objektif frekuensi jantung meningkat lebih dari 20% dari kondisi istirahat dan data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah mengeluh lelah. Sedangkan kriteria minor yang dapat ditemukan berupa data subjektif dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas dan merasa lemah . Sedangkan kriteria minor data objektif yaitu tekanan darah berubah lebih dari 20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia dan sianosis (PPNI, 2017).

Pada pasien 1 diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan data subjektif mengeluh lelah dan data objektif pasien tampak frekuensi jantung meningkat lebih dari 20% dari kondisi isitrahahat.

Pada pasien 2 diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan data subjektif mengeluh lelah dan data objektif pasien tampak frekuensi jantung meningkat lebih dari 20% dari kondisi isitrahahat.

Diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 yang terdapat kesenjangan dengan teori (Brunner&Sudrat, 2013) antara lain:

1) Pola nafas tidak efektif

Pola nafas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat, kriteria mayor yang dapat ditemukan berupa data objektif yaitu pola nafas abnormal, penggunaan otot bantu pernapasan. Data subjektif yaitu dispnea. Sedangkan kriteria minor yang dapat ditemukan berupa data objektif yaitu tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun (PPNI, 2017).

Pada pasien 1 diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi, dengan data objektif penggunaan otot bantu pernapasan dan pola nafas abnormal, dan data subjektif pasien menyatakan dispnea.

2) Gangguan Eleminasi Urine

Gangguan eliminasi urine adalah disfungsi eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostic (obat-obatan) dengan gejala dan tanda mayor data subjektif yaitu desakan

berkemih, sering buang air kecil dan urin menetes dan data objektif yaitu berkemih tidak tuntas (PPNI, 2017).

Pada pasien 2 diagnosa gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostic (obat-obatan) dengan data subjektif yaitu sering buang air kecil dan urine menetes dan data objektif yaitu berkemih tidak tuntas.

3) Gangguan rasa nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial dengan gejala dan tanda mayor data subjektif yaitu mengeluh tidak nyaman, mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah dan data objektif yaitu gelisah, menunjukkan gejala distres, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah dan iritabilitas (PPNI, 2017).

Pada pasien 1 diagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, gejala dan tanda mayor data subjektif mengeluh tidak nyaman dan data objektif gelisah dan gejala dan tanda minor data subjektif merasa gatal dan mengeluh lelah dan data objektif tidak ditemukan di pasien.

4) Defisit pengetahuan

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan gejala dan tanda

mayor data subjektif yaitu menanyakan masalah yang dihadapi dan data objektif yaitu menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah dan menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran. Gejala dan tanda minor data subjektif tidak tersedia dan data objektif yaitu menjalani pemeriksaan yang tidak tepat dan menunjukkan perilaku berlebih (PPNI, 2017).

Pada pasien 2 diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, gejala dan tanda mayor data subjektif menanyakan masalah yang dihadapi dan data objektif menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

5) Resiko jatuh

Resiko jatuh adalah beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Faktor resiko dari resiko jatuh yaitu usia lebih 65 tahun atau kurang 2 tahun, riwayat jatuh, anggota gerak bawah prosthesis, penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman, kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati dan efek agen farmakologis (PPNI, 2017).

Pada pasien 1 diagnosa resiko jatuh dibuktikan dengan anemia dikarenakan dalam pengkajian pasien ditemukan data bahwa pemeriksaan penunjang lab darah (hb :7,2 g/dl).

Pada pasien 2 diagnosa resiko jatuh dibuktikan dengan anemia dikarenakan dalam pengkajian pasien ditemukan data bahwa pemeriksaan penunjang lab darah (hb :6,6 g/dl).

3. Intervensi

Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Huda, 2016).

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 disusun setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari: menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

a. Pola Nafas Tidak Efektif

Rencana tindakan keperawatan pada gagal ginjal kronik yang akan dilakukan pada pasien 1 dengan masalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi, peneliti telah mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan pola nafas dapat membaik dengan kriteria hasil dispnea menurun, penggunaan otot bantu nafas menurun, frekuensi nafas membaik dan ventilasi semenit membaik antara lain : 1.

Monitor pola nafas, 2. Monitor bunyi nafas tambahan, 3. Monitor sputum, 4. Posisikan semi-fowler atau fowler, 5. Berikan oksigen, 6. Ajarkan teknik batuk efektif, 7. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas, 8. Monitor pola nafas, 9. Monitor saturasi oksigen, 10. Dokumentasi hasil pemantauan, 11. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

b. Perfusi Perifer Tidak Efektif

Rencana tindakan keperawatan pada gagal ginjal kronik yang akan dilakukan pada pasien 1 dengan masalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, peneliti telah mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan perfusi perifer dapat meningkat dengan kriteria hasil denyut nadi perifer meningkat, sensasi meningkat, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, dan turgor kulit membaik yaitu 1. Periksa sirkulasi perifer, 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, 4. Melakukan pencegahan infeksi, 5. Melakukan perawatan kaki dan kuku, 6. Menganjurkan berhenti merokok, 7. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan, 8. Monitor perubahan kulit, 9. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya, 10. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah.

Rencana tindakan keperawatan pada gagal ginjal kronik yang akan dilakukan pada pasien 2 dengan masalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, peneliti telah mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan perfusi perifer dapat meningkat dengan kriteria hasil denyut nadi perifer meningkat, sensasi meningkat, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, dan turgor kulit membaik yaitu 1. Periksa sirkulasi perifer, 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, 4. Melakukan pencegahan infeksi, 5. Melakukan perawatan kaki dan kuku, 6. Menganjurkan berhenti merokok, 7. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan, 8. Monitor perubahan kulit, 9. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya, 10. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah.

c. Gangguan Eleminasi Urine

Rencana tindakan keperawatan pada gagal ginjal kronik yang akan dilakukan pada pasien 2 dengan masalah gangguan eleminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik (Obat-obatan), peneliti telah mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan eleminasi urine dapat membaik dengan kriteria hasil desakan berkemih menurun, berkemih tidak tuntas menurun dan frekuensi BAK menurun yaitu 1.

Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia, 2. Monitor integritas kulit, 3. Anjurkan BAK/BAB secara rutin, 4. Anjurkan ke kamar mandi/tolilet, jika perlu, 5. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkotinesia urine, 6. Monitor eliminasi urine, 7. Batasi asupan cairan, jika perlu, 8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine, 9. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur.

d. Intoleransi Aktivitas

Rencana tindakan keperawatan pada gagal ginjal kronik yang akan dilakukan pada pasien 1 dengan masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, peneliti telah mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan toleransi aktivitas dapat meningkat dengan kriteria hasil kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun, warna kulit membaik, saturasi oksigen membaik, frekuensi nafas membaik, dan perasaan lemah menurun yaitu : 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional, 3. Monitor pola dan jam tidur, 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, 6. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

Rencana tindakan keperawatan pada gagal ginjal kronik yang akan dilakukan pada pasien 2 dengan masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, peneliti telah mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan toleransi aktivitas dapat meningkat dengan kriteria hasil kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat beraktivitas menurun, warna kulit membaik, saturasi oksigen membaik, frekuensi nafas membaik, dan perasaan lemah menurun yaitu : 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional, 3. Monitor pola dan jam tidur, 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, 6. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

e. Gangguan Rasa Nyaman

Rencana tindakan keperawatan pada gagal ginjal kronik yang akan dilakukan pada pasien 1 dengan masalah gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit peneliti telah mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan status kenyamanan dapat meningkat dengan kriteria hasil kesejahteraan fisik meningkat, kesejahteraan psikologis meningkat, perawatan sesuai kebutuhan meningkat, gelisah menurun,

rileks meningkat, dan gatal menurun yaitu : 1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi, 2. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan, 3. Atur posisi untuk mengurangi sesak, 4. Tinggikan tempat tidur bagian kepala, 5. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, 6. Gunakan pakaian longgar, 7. Anjurkan mengambil posisi nyaman, 8. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi.

f. Defisit Pengetahuan

Rencana tindakan keperawatan pada gagal ginjal kronik yang akan dilakukan pada pasien 2 dengan masalah defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, peneliti telah mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan tingkat pengetahuan dapat meningkat dengan kriteria hasil perilaku sesuai pengetahuan, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun, dan perilaku membaik yaitu : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, 2. Berikan kesempatan untuk bertanya, 3. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, 4. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, 5. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

g. Resiko Jatuh

Rencana tindakan keperawatan pada gagal ginjal kronik yang akan dilakukan pada pasien 1 dengan masalah resiko jatuh dibuktikan dengan anemia, peneliti telah mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan resiko jatuh dapat menurun dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, dan jatuh saat di kamar mandi menurun yaitu : 1. Identifikasi faktor resiko jatuh, 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, 3. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, 4. Pasang handrail tempat tidur, 5. Mengatur tempat tidur pada posisi terendah, 6. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri, 7. Identifikasi kebutuhan keselamatan.

Rencana tindakan keperawatan pada gagal ginjal kronik yang akan dilakukan pada pasien 2 dengan masalah resiko jatuh dibuktikan dengan anemia, peneliti telah mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan resiko jatuh dapat menurun dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, dan jatuh saat di kamar mandi menurun yaitu : 1. Identifikasi faktor resiko jatuh, 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, 3. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, 4. Pasang handrail tempat tidur, 5. Mengatur tempat tidur pada posisi terendah, 6.

Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri, 7. Identifikasi kebutuhan keselamatan.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dilakukan pada tempat yang sama yaitu pada pasien 1 dan 2 di ruang Flamboyan B dan waktu yang berbeda yang dilakukan tindakan keperawatan pasien 1 pada tanggal 09 sd 11 Juni 2021 dan sedangkan untuk pasien 2 dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 10 sd 12 Juni 2021. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien.

Intervensi yang tidak di implementasikan pada pasien 1 yaitu pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipovolemia 1.6 ajarkan teknik batuk efektif dikarenakan pasien tidak ada sputum atau hal yang mengganggu di saluran pernapasan, pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin 2.5 lakukan perawatan kaki dan kuku dikarenakan kuku rutin dipotong dan kaki pasien rutin dibersihkan, dan diagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit 4.3 mengatur posisi untuk mengurangi sesak (semi-fowler) karena pasien sudah pada posisi semi-fowler.

Intervensi yang tidak di implementasikan pada pasien 2 yaitu pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin 1.5 lakukan perawatan kaki dan kuku dikarenakan pasien rutin memotong kuku dan perawatan kaki, pada diagnosa gangguan eliminasi urine berhubungan dengan tindakan medis dan diagnostik (obat-obatan) 2.8 ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine dikarenakan pasien meminum cairan sesuai anjuran dokter.

Berdasarkan perencanaan yang disusun oleh peneliti melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pola nafas tidak efektif pada pasien 1. Tindakan yang dilakukan yaitu memposisikan semi-fowler atau fowler. Menurut penelitian (Prastika, 2018) Standart prosedur operasional (SPO) menyebutkan bahwa saat menjalani terapi nebulizer pasien dapat di posisikan pada posisi fowler atau semifowler, pada posisi fowler akan menghilangkan tekanan pada diafragma yang memungkinkan pertukaran volume lebih besar sehingga melancarkan jalan napas dan obat yang di hirup akan masuk maksimal. Sedangkan untuk posisi semifowler, posisi tersebut akan terjadi penarikan gaya gravitasi bumi sehingga paru bebas untuk berkespirasi dan obat yang terhirup dapat masuk maksimal saluran pernapasan.

Berdasarkan perencanaan yang disusun oleh peneliti melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif pada pasien 1 dan 2. Tindakan yang dilakukan yaitu melakukan pencegahan infeksi dengan mengajarkan pasien cuci tangan dengan baik dan benar.

Menurut (WHO, 2009) menjaga kondisi tangan tetap bersih dan mengangkat mikroorganisme yang ada di tangan sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi silang (*cross infection*). Tindakan membersihkan tangan yang bertujuan untuk menghilangkan kotoran, organik material, atau mikroorganisme yang menempel pada tangan. Dan pasien 1 tindakan juga dilakukan menganjurkan berhenti merokok. Menurut (Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, 2017) dalam 24-48 jam berhenti merokok, nikotin mulai tereliminasi dari tubuh, fungsi pengecap dan penciuman mulai membaik, serta sistem kardiovaskular meningkat baik. 5 hari berhenti merokok, sebagian besar metabolit dalam tubuh sudah hilang, fungsi perasa atau pengecap, dan pencium jauh lebih baik, sistem kardiovaskular terus meningkat baik.

Berdasarkan perencanaan yang disusun oleh peneliti melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan eliminasi urine pada pasien 2. Tindakan yang dilakukan membatasi asupan cairan. Menurut (Anita & Novitasari, 2015) pasien (Gagal Ginjal Kronik) GGK perlu mengontrol dan membatasi jumlah asupan cairan yang masuk dalam tubuh. Pembatasan asupan cairan penting agar pasien yang menderita GGK tetap merasa nyaman pada saat sebelum, selama dan sesudah terapi hemodialisa.

Berdasarkan perencanaan yang disusun oleh peneliti melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas pada pasien 1 dan 2. Tindakan yang dilakukan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Menurut (Smeltzer & Bare, 2015) Ginjal juga mengalami penurunan dalam memproduksi hormon eritopoetin dimana tugas dari hormone tersebut yaitu untuk merangsang sumsum tulang

belakang dalam memproduksi sel darah merah. Hal ini mengakibatkan produksi sel darah merah yang mengandung hemoglobin menurun sehingga pasien mengalami anemia. Sel darah merah juga berfungsi dalam mengedarkan suplai oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh, maka ketika sel darah merah mengalami penurunan, tubuh tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang cukup sehingga tubuh menjadi lemas, tidak bertenaga, dan sesak.

Berdasarkan perencanaan yang disusun oleh peneliti melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan rasa nyaman pada pasien 1. Tindakan yang dilakukan mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan. Menurut (Madjid, 2019) Sensasi gatal akan berkurang jika kulit didinginkan, misalnya dengan mandi dengan air hangat, memakai pakaian dengan bahan ringan, dan penggunaan AC, lotion pendingin misalnya kalamine, lotion mentol aqueous 1%, Steroid topikal tidak bersifat antipruritus, dan tidak diindikasikan, Kapsaicin topikal digunakan untuk keluhan gatal lokalisata, Doksepin 5% krim efektif untuk pruritus karena dermatitis., TENS (transepidermal electric nerve stimulation) atau CSF (*cutaneous field stimulation*) untuk pruritus lokalisata, paroxetin (SSRI), odansentron (5-HT₃-reseptor antagonist) dan opioid reseptor antagonist yang diberikan peroral efektif untuk menghilangkan pruritus terutama pada penderita yang mengalami gangguan tidur dan kelainan depresi Pengobatan terhadap penyakit dasarnya (kelainan kulit maupun kelainan sistemik).

Berdasarkan perencanaan yang disusun oleh peneliti melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah resiko jatuh pada pasien 1 dan 2. Tindakan yang dilakukan menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala. Menurut (Putri, 2017) pengkajian risiko pasien jatuh merupakan metode pengukuran risiko pasien untuk jatuh yang dilakukan oleh petugas kesehatan pada semua pasien yang menjalani rawat inap, bertujuan memberikan perhatian khusus pada pasien yang berisiko untuk jatuh dibandingkan dengan yang tidak memiliki risiko untuk jatuh dan meminimalkan atau mencegah jumlah kejadian pasien jatuh dan cedera.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

Hasil evaluasi keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik pada pasien 1 dari 5 diagnosa yang muncul terdapat 2 teratasi yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan pasien mengatakan mengeluh lelah tidak ada dan gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan pasien tidak mengeluhkan gatal-gatal atau pruritus.

Dan 3 diagnosa teratasi sebagian yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi ditandai dengan pasien mengatakan nafas dispnea ketika setelah beraktivitas, perfusi perifer tidak

efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan pasien sudah tampak kulit pucat tidak ada, pengisian kapiler kurang 2 detik dan tangan tidak dingin namun pasien mengatakan pusing ketika berdiri, resiko jatuh berhubungan dengan anemia ditandai dengan pasien mengatakan ketika berdiri sedikit pusing.

Hasil evaluasi keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik pada pasien 2 dari 5 diagnosa yang muncul terdapat 2 teratasi yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pasien mengatakan mengeluh lelah tidak ada dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan menanyakan masalah yang dihadapi tidak ada. 3 diagnosa teratasi sebagian yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan pemeriksaan penunjang tanggal 12 Juni 2021 (Hb:8,8g/dl), gangguan eliminasi urine berhubungan dengan tindakan medis dan diagnostik (Obat-obatan) ditandai dengan pasien masih mengalami sering berkemih, dan resiko jatuh dibuktikan dengan anemia pasien mengatakan ketika berdiri sedikit pusing.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 pada pasien gagal ginjal kronik di Ruang Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pada pengkajian pasien 1 dan 2 dimana pengkajian ini difokuskan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik. Pengkajian pada pasien 1 umur 59 tahun dilakukan pada tanggal 09 Juni 2021 dan pada pasien 2 umur 70 tahun dilakukan pada 10 Juni 2021. Berdasarkan dari hasil pengkajian pada pasien 1 dengan diagnosa medis ckd on hd, artritis gout dan hematochezia dan pasien 2 dengan diagnosa medis ckd on hd dan anemia. Pada kedua pasien memiliki keluhan yang berbeda pasien 1 dengan keluhan gatal-gatal, badan kurang enak dan sesak dan pasien 2 dengan keluhan bak sulit dan sedikit dan lemas.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut teori yang dikemukakan peneliti pada bab sebelumnya diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada pasien gagal ginjal kronik sebanyak 9 diagnosa. Namun pada pasien 1 peneliti hanya

menemukan 2 diagnosa yang sama dengan teori. Sedangkan pada pasien 2 peneliti hanya menemukan 2 diagnosa yang sesuai dengan teori.

3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, Intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kejasama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.

4. Pelaksanaan tindakan

Pelaksanaan tindakan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah di buat namun ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan, sesuai dengan kebutuhan kedua pasien dengan gagal ginjal kronik.

5. Evaluasi Keperawatan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dan 2 selama 3 hari oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Respon pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan baik, pasien cukup kooperatif dalam pelaksanaan setiap tindakan keperawatan. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dan 2 menunjukkan bahwa masalah yang dialami pada kedua pasien banyak yang belum teratasi.

B. Saran

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengalaman serta menambah wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik sesuai dengan buku SDKI, SIKI dan SLKI secara profesional dan komprehensif.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan perawat melakukan kerjasama yang baik antar perawat di rumah sakit serta memperhatikan keselamatan pasien dalam melaksanakan asuhan keperawatan pasien gagal ginjal kronik sesuai SDKI, SIKI dan SLKI, dan memberikan asuhan secara profesional dan komprehensif.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar selalu menambah wawasan dan memperdalam ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, C. V. (1998). *Memahami Proses Keperawatan dengan Pendekatan Latihan*. Jakarta: EGC.
- Anita, D. C., & Novitasari, D. (2015). KEPATUHAN PEMBatasan ASUPAN CAIRAN TERHADAP LAMA MENJALANI HEMODIALISA. *Prodi Ilmu Keperawatan Universitas μ\$LV\L\DK<RJ\DNDUWD*, 105.
- Asmadi. (2013). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC. Retrieved from <http://scholar.unand.ac.id>
- Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat. (2017). “*Ramadhan Saat yang Tepat untuk Mulai Berhenti Merokok*” Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI. Retrieved from <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/tips-sehat/20170220/1219750/cara-berhenti-merokok-dan-manfaatnya/>
- Brunner&Sudrat. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta: EGC.
- Corwin, E. J. (2009). *Buku Saku Potofisiologi (3 ed.)*. Jakarta: EGC. Retrieved from http://opac.kaltimprov.go.id/ucs/index.php?p=show_detail&id=31862
- Doenges, M. E. (2018). *Rencana Asuhan Keperawatan Doenges Edisi 9 Vol. 3*. Jakarta: EGC.
- Eva, S., & Sri, I. (2015). Faktor yang berhubungan dengan Penyakit Ginjal Kronik di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*. Retrieved Februari 6, 2021, from <http://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/3155>
- Evelyn. (2000). *Anatomi dan fisiologi untuk paramedic (23 ed.)*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Hasanah, H. (2016). TEKNIK-TEKNIK OBSERVASI (Sebuah Alternatif Metode Pengumpulan Data Kualitatif Ilmu-ilmu Sosial). *at-Taqaddum*. doi:10.21580/at.v8i1.1163
- Huda, N. A. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Tangerang: Mediacion publishing. Retrieved from http://lib.stikesyatsi.ac.id//index.php?p=show_detail&id=10362
- Infodatin. (2017, May 4). *Situasi Penyakit Ginjal Kronis*. Retrieved from Situasi Penyakit Ginjal Kronis: <https://pusdatin.kemkes.go.id/article/view/17050400001/situasi-penyakit-ginjal-kronis.html>
- Irwan. (2018). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Yogyakarta: Deepublish.

- Kalangi, J. A., Umboh, A., & Pateda, V. (2015). HUBUNGAN FAKTOR GENETIK DENGAN TEKANAN DARAH PADA REMAJA. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, 67.
- Kedokteran, F. (2018). *Keterampilan Basic Physical Examination : Teknik Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan. Auskultasi*. Surakarta: KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS SEBELAS MARET.
- Lynn S, et.al. (2014). *Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan: (Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking)* (7 ed.). Jakarta: ECG.
- Madjid, A. (2019). *PRURITUS (GATAL)*. Makassar: Departemen Dermatologi & Venereologi, RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo.
- Manurung. (2011). *Buku ajar keperawatan maternitas asuhan keperawatan intranatal*. Jakarta: Trans Info Media.
- Nuari, N. A. (2017). *Gangguan Pada Sistem Perkemihan & Penatalaksanaannya, Ed.1*. Yogyakarta: Deepublish.
- Nurarif, A. H. (2015). *Aplikasi: Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA & NIC-NOC Jilid 1*. Yogyakarta: Media Action.
- Potter&Ferry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (1st ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Prameswari, N. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIS DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA. *KARYA TULIS ILMIAH*, 5.
- Pranandari, R., & Supadmi, W. (2015). FAKTOR RISIKO GAGAL GINJAL KRONIK DI UNIT HEMODIALISIS RSUD WATES. *Majalah Farmaseutik*, 2.
- Prastika, D. (2018). EFEKTIVITAS PEMBERIAN POSISI FOWLER DAN SEMIFOWLER TERHADAP SKALA SESAK NAPAS PASIEN PPOK SAAT MENJALANI TERAPI NEBULIZER DI RSUD K.R.M.T. WONGSONEGORO SEMARANG. 5-6.
- Putri, D. P. (2017). ANALISA PELAKSANAAN ASESMEN PENCEGAHAN RISIKO JATUH PASIEN OLEH PERAWAT DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS TANJUNGPURA PONTIANAK. *NASKAH PUBLIKASI*, 3.
- Ramadhani, A. W. (2020). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DENGAN TINDAKAN

PEMBATASAN KEBUTUHAN CAIRAN. *Program Studi D3 Keperawatan.*

- Sani, F. (2018). *Metode Penelitian Farmasi Komunitas dan Eksperimental.* Yogyakarta: Deepublish.
- Silbernagl, S., & Lang, F. (2015). *Teks dan Atlas Berwarna Patofisiologi Alih Bahasa : Setiawan, I & Mochtar I.* Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth. Ed.8. Vol.2.* Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods).* Bandung: Alfabeta.
- Suwitra, K. (2015). *Penyakit Ginjal Kronik. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam.* (5 ed.). Jakarta: Interna Publishing.
- Syarifuddin. (2011). *ANATOMI FISILOGI KURUKULUM BERBASIS KOMPETENSI : UNTUK KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN.* Jakarta: EGC. Retrieved from <http://katalogdptklomboktimur.perpusnas.go.id/detail-opac?id=5993>
- Tarwoto, & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan, Edisi 5.* Jakarta: Salemba Medika.
- WHO. (2009). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. *Library Cataloguing-in-Publication Data.*

LAMPIRAN

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai asuhan keperawatan yang akan di lakukan oleh Ahmad Yusuf dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Rumah Sakit dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021"

Saya memutuskan setuju untuk berpartisipasi pada asuhan keperawatan secara sukarela tanpa paksaan, bila selama asuhan keperawatan saya menginginkan pengunduran diri, maka saya dapat mengundukan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Balikpapan , 10 Juni 2021

Saksi

Yang Memberi Persetujuan


.....
.....

Mahasiswa


.....

INFORMED CONSENT**(Persetujuan Menjadi Partisipan)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai asuhan keperawatan yang akan di lakukan oleh Ahmad Yusuf dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Rumah Sakit dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021 ”**

Saya memutuskan setuju untuk berpartisipasi pada asuhan keperawatan secara sukarela tanpa paksaan, bila selama asuhan keperawatansaya menginginkan pengunduran diri, maka saya dapat mengundukan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Balikpapan , 9 Juli 2021

Saksi

Yang Memberi Persetujuan


.....


.....

Mahasiswa


.....
Ahmad Yusuf

Lampiran



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM
 PRODI D-III KEPERAWATAN



LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Ahmad Yusuf
 NIM : P07220118061
 PEMBIMBING I : Ns. Rahmawati Shoufiah S.ST.,M.Pd
 PEMBIMBING II : Ns. Rus Andraini A.Kp.,MPH

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	12 Februari 2021 24 Februari 2021	Apakah untuk G66 Faktor kemampuan kolumna atau HCN? Tuliskan kelainan yang ada seiring atau tidak?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apakah tidak ada kelainan, sudah sesuai kemampuan HCN atau yang sudah terdapat 2. Porsi pectoral di samping 3. Ada Value Collar di atas 4. Collar jangan terlalu tinggi 5. Letak kolumna seperti ada HCN 6. Vector L Edt dari atas, lahar, pectoral, lola 7. Pectoral 5 atau 6 8. Minimal 3 kali terdapat 9. Ujung pectoral seperti busuk 10. Ujung pectoral busuk yang 11. HCN atau lola 3x 		
2.	10 Februari 2021 4 Februari 2021	Harus revisi Pectoral atau kolumna HCN atau lola?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Harus pectoral pectoral pectoral 2. Tidak harus di samping kolumna 3. Pectoral, lola ke kolumna 4. Pectoral atau kolumna 5. Minimal kemampuan kolumna 6. Porsi pectoral HCN 7. Pectoral ke kolumna 8. Pectoral ke kolumna 9. Pectoral ke kolumna 10. Ujung pectoral atau kolumna 11. Ujung pectoral atau kolumna 12. Tidak ada di kolumna kolumna 13. Lila kolumna, HCN 14. HCN pectoral HCN di lola 		

B.	11 Juni 2021 20 Juni 2021		<ol style="list-style-type: none"> 1. Peran dan Fungsi MRP 2. Laporan MRP ke pimpinan 3. Deskripsi yang harus 4. Di bab 11 ada contoh buku dan bentuk ke 5. Diklat 6. Ada penjelasan di bab 11 buku yang ditanda- 7. kan, itu merupakan 8. Pengalihan tugas ke 9. Diklat 10. Mengetahui tugas 		
----	------------------------------------	--	---	---	---

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S. Kep., M. Kep
NIP.196803291994022001