

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL
KRONIS DI RUANG PUNAI 3 RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT
TENGGARONG



Oleh :

Nama : Zaeni Putri

NIM : P07220120050

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2023

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL
KRONIS DI RUANG PUNAI 3 RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT
TENGGARONG

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



Oleh :

Nama : Zaeni Putri

NIM : P07220120050

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2023

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah 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.



Samarinda, Mei 2023

Yang Menyatakan

Materai
Rp. 10.000

ZAENI PUTRI
P07220120050

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

Tanggal 14 Juni 2023

Oleh

Pembimbing



Dr. Ratanto, S. Kep., M. Kep

NIDN : 4030018001

Pembimbing Pendamping



Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes

NIDN : 4024129101

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Samarinda

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Tini, S. Kep., M. Kep

NIP. 198107012006042004

LEMBAR PENGESAHAN

**Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong
Telah Diuji
Pada Tanggal 21 Juni 2023**

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

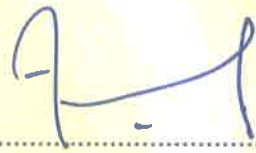
Ns. Wiyadi, S. Kep., M. Sc
NIDN. 4015036802



(.....)

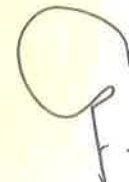
Penguji Anggota :

1. **Dr. Ratanto, S. Kep., M. Kep**
NIDN. 4030018001



(.....)

2. **Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes**
NIDN. 4024129101



(.....)

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Wiyadi, S. Kep., M. Sc
NIP. 196803151991021002

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Tini, S. Kep., M. Kep
NIP. 198107012006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Zaeni Putri
Tempat/Tanggal Lahir : Santan Tengah, 10 April 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. MT. Haryono, RT 08 Handil Dua
Santan Tengah

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008 - 2014 : SDN 016 Marangkayu
2. Tahun 2014 - 2017 : MTS As'adiyah Marangkayu
3. Tahun 2017 - 2020 : MAS As'adiyah Marangkayu
4. Tahun 2020 - Sekarang : Mahasiswa D-III Keperawatan Samarinda
Politeknik Kesehatan Kementrian
Kesehatan Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kepada Allah SWT karena dengan rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis di Ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong”. Shalawat serta salam senantiasa tercurahkan kepada Rasulullah SAW yang senantiasa menjadi tauladan. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan bantuan dan dukungan dari berbagai pihak.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Supriadi B., S. Kp., M. Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Ns. Wiyadi, S. Kep., M. Sc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
3. Ns. Tini, S. Kep., M. Kep, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
4. Dr. Ratanto, S. Kep., M. Kep selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah hingga selesai.
5. Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes selaku pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan pada penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah hingga selesai.

6. Kepada para Dosen dan seluruh Staf Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
7. Untuk seluruh keluarga saya, khususnya kedua orang tua saya yaitu, Bapak Zaenuddin dan Ibu Suhani serta Zaehan dan Syahir atas semua doa dan dukungan yang tiada henti diberikan kepada saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepada Abang saya Irmansyah terima kasih atas dukungan dan semangat yang diberikan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
9. Teman-teman tingkat III D3 Keperawatan Samarinda terutama Suci Safitri Abdullah, Firda Dwi Lestari, Sischa Febrianti, Intan Wulandari, dan Munadiya Silmy yang telah memberi semangat, motivasi, dukungan, serta masukan, juga kritikan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam membuat Karya Tulis Ilmiah ini baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Semoga motivasi dan dorongan serta doa yang diberikan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas mendapatkan rahmat dan karunia dari Allah SWT, Amin Ya Rabbal Alamin.

Samarinda, 28 Januari 2023

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS DI RUANG PUNAI 3 RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG”

Zaeni Putri¹⁾, Ratanto²⁾, Arifin Hidayat³⁾

¹⁾Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

²⁾³⁾Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Pendahuluan : Penyakit gagal ginjal kronis merupakan salah satu penyakit tidak menular yang perlu mendapatkan perhatian dunia kesehatan karena telah menjadi masalah utama kesehatan dan berdampak sangat besar terhadap morbilitas, morilitas dan sosial ekonomi. Penyakit ginjal kronis merupakan proses kerusakan ginjal selama rentang waktu lebih dari tiga bulan. Studi kasus ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

Metode : Penulisan ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan dua responden yang dirawat di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

Hasil dan Pembahasan : Berdasarkan analisa data yang diperoleh melalui pengkajian, yang membutuhkan keterampilan komunikasi yang efektif dan observasi, diagnosis keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien dan didapatkan diagnosis Hipervolemia, pola nafas tidak efektif, nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah, mual, defisit nutrisi dan risiko jatuh. Perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi dilakukan secara langsung baik formatif maupun sumatif.

Kesimpulan dan Saran : Diharapkan kedepannya bagi tenaga kesehatan untuk dapat meningkatkan keterampilan keperawatan dalam memberikan asuhan

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, gagal ginjal kronis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG DEPAN.....	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Bagi Peneliti	5
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian.....	6
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Kasus	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Klasifikasi.....	9
2.1.4 Manifestasi Klinis	10
2.1.5 Patofisiologi	13
2.1.6 Pathway	16
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	17

2.1.8	Komplikasi	18
2.1.9	Penatalaksanaan	19
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan	22
2.2.1	Pengkajian	22
2.2.2	Diagnosis Keperawatan	27
2.2.3	Intervensi Keperawatan	29
2.2.4	Implementasi Keperawatan	49
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	50
BAB 3 METODE PENELITIAN.....		51
3.1	Pendekatan (Desain Penelitian)	51
3.2	Subyek Penelitian.....	51
3.3	Batasan Istilah (Definisi Operasional)	52
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	53
3.5	Prosedur Penelitian	53
3.6	Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	53
3.7	Keabsahan Data.....	54
3.8	Analisis Data	55
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....		57
4.1	Hasil	57
4.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian	57
4.1.2	Pengkajian	58
4.1.3	Pemeriksaan Penunjang.....	65
4.1.4	Penatalaksanaan Medis	67
4.1.5	Diagnosis Keperawatan.....	67
4.1.6	Intervensi Keperawatan.....	69
4.1.7	Implementasi Keperawatan	76
4.1.8	Evaluasi Keperawatan	84
4.2	Pembahasan.....	94
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN		113
5.1	Kesimpulan	113
5.2	Saran	115

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel

Tabel 2.1 Klasifikasi Stadium Gagal Ginjal Kronis	10
Tabel 2.2 Manifestasi Klinis Sindrom Uremik pada Ginjal Kronis.....	12
Tabel 2.3 Rencana Asuhan Keperawatan Pada Gagal Ginjal Kronis	29
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis pasien di RSUD A.M. Parikesit.....	58
Tabel 4.2 Pemeriksaan Lab. Pasien 1 (Tn. H).....	65
Tabel 4.3 Pemeriksaan Lab. Pasien 2 (Tn. T).....	66
Tabel 4.4 <i>Balance</i> Cairan Pasien 1 (Tn. H)	66
Tabel 4.5 <i>Balance</i> Cairan Pasien 2 (Tn. T).....	67
Tabel 4.6 Penatalaksanaan Medis Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronis.....	67
Tabel 4.7 Daftar Diagnosis Keperawatan Pasien dengan Gagal Ginjal.....	68
Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan Pasien 1 (Tn. H).....	69
Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan Pasien 2 (Tn. T).....	72
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Pasien 1 (Tn. H)	76
Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan Pasien 2 (Tn. T).....	80
Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 (Tn. H)	84
Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan Pasien 2 (Tn. T).....	89

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 *Pathway* Gagal Ginjal Kronis 16



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Verifikasi Judul Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 2 Surat Pernyataan Kesiapan Membimbing Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 3 Surat Izin Penelitian/Askep Studi Kasus

Lampiran 4 Nota Dinas Mengikuti Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 5 Lembar Konsultasi Penyusunan Karya Tulis Ilmiah



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal Ginjal Kronis (GGK) yaitu kegagalan karena kerusakan progresif struktur ginjal dengan tanda-tanda penumpukan sisa metabolisme dalam darah, sehingga menyebabkan kegagalan untuk menjaga keseimbangan cairan, elektrolit dan metabolisme (Wajhillah, 2019). Masalah yang timbul pada penderita gagal ginjal kronis yaitu mual dan muntah, sesak napas, anemia, dan cairan yang menumpuk pada pergelangan tangan dan kaki yang mengakibatkan pembengkakan atau edema. Oleh karena itu, harus segera ditangani agar tidak terjadi komplikasi berlanjut (Diyono & Indriati, 2017).

Menurut data dari organisasi kesehatan dunia (WHO), gagal ginjal kronis mempengaruhi 10% dari populasi global pada tahun 2015 dan mengalami peningkatan di seluruh dunia setiap tahunnya. Menurut *Global Burden of Disease (GBD)* (2018), gagal ginjal merenggut 1,2 juta nyawa pada 2015 yang meningkat 32% sejak 2005. Tanpa akses ke layanan dialisis kronis, pada tahun 2010 diperkirakan 2,3 hingga 7,7 juta orang dengan penyakit ginjal stadium akhir meninggal. Oleh karena itu, diprediksi bahwa 5 hingga 10 juta perkiraan jumlah kematian akibat penyakit ginjal (Risky & Yuanita, 2020).

Menurut catatan Riskesdas 2018, populasi orang Indonesia yang berusia di atas 15 tahun lebih sering mengalami gagal ginjal kronis dengan

prevalensi 3,8% yang meningkat 2% pada dari tahun 2013. Menurut diagnosis dokter, 19,3% orang diatas usia 15 tahun di Indonesia menjalani hemodialisis karena gagal ginjal. Peresentase terendah ditemukan di provinsi Sulawesi Tenggara sebesar 2% dan tertinggi ditemukan di provinsi DKI Jakarta sebesar 38,7%, dengan Kalimantan Timur berada di posisi 16 dengan persentase 15,20%. (Tim Riskedas 2018).

Menurut data dari RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong di Ruang Punai 3 bahwa gagal ginjal kronis masuk dalam 10 kategori penyakit besar yang terjadi di ruang punai 3, pada bulan April 2023 pasien gagal ginjal kronis dengan hemodialisa berada pada urutan ke-3 dengan jumlah pasien 20 orang, kemudian pasien gagal ginjal kronis stadium 1-4 berada di urutan ke-8 yang berjumlah 10 orang.

Ada delapan penyakit katastropik dalam BPJS kesehatan Hingga akhir Desember 2020, katastropik merupakan penyakit yang memerlukan biaya pelayanan Jaminan Kesehatan (JKN) tertinggi. Gagal ginjal merupakan penyakit termahal keempat dalam JKN. Jumlah kasus sampai dengan 31 Desember 2020 sebanyak 1.602.059 kasus dengan biaya 1.922.208.770.804 dan biaya rata-rata per kasus sekitar 1.199.836 rupiah. (Profil Kesehatan Indonesia, 2020).

Gagal ginjal kronis selalu meningkat setiap tahunnya yang dimana disebabkan oleh gaya hidup buruk, jenis kelamin, obesitas, dan penyakit pencetusnya seperti diabetes mellitus, hipertensi, penyakit infeksi saluran kemih, glomerulonefritis kronis, dan penyakit ginjal polikistik. Hal ini

berdasarkan atau sesuai dengan data dari Pusat Kemenkes RI pada tahun 2017, menunjukkan bahwa gagal ginjal kronis dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti jenis kelamin, usia, obesitas, pola hidup yang tidak sehat, dan penyakit seperti diabetes mellitus (DM) dengan hipertensi (Kemenkes RI, 2017).

Karena prosedurnya mahal dan membutuhkan peralatan canggih, peningkatan yang cukup besar diantisipasi dapat menjadi beban masyarakat hingga pemerintah, maka dari itu pemerintah telah menetapkan program penanggulangan penyakit ini melalui tindakan pencegahan dan pengendalian yang berkembang dengan berfokus pada upaya promotif dan preventif. Mengubah gaya hidup dengan berolahraga teratur, makan dengan baik, mengontrol berat badan, mengendalikan tekanan darah dan kadar gula, tidak menggunakan obat-obatan, dan berhenti merokok (Kemenkes RI, 2017).

Gagal ginjal kronis dapat dicegah dengan mengontrol faktor risikonya, beberapa upaya tindakan keperawatan yang dapat membantu menghindari gagal ginjal kronis adalah memantau tekanan darah, mengatur asupan cairan, dan memilih diet rendah protein, kalium, dan natrium untuk meringankan beban ginjal. Selain itu, memonitor suhu, warna kulit, dan kelembapan, nilai nadi perifer dan edema, ubah posisi pasien setidaknya setiap 2 jam untuk mempertahankan perfusi, latihan ROM selama tirah baring, dan kolaborasi dengan tim medis lainnya.

Selain itu, transplantasi ginjal dan hemodialisa rutin pada pasien gagal ginjal stadium 5 (Sari, 2015).

Besarnya dampak penyakit gagal ginjal kronis, sehingga memerlukan perawatan yang intens dan sistem pendukung yang memadai selama proses perawatan untuk mengatasi masalah yang ada dan potensi komplikasi dapat dihindari sejak dini. Mengingat tingkat keparahan efek yang ditimbulkan oleh gagal ginjal kronis, peran perawat sangat penting dalam membantu pasien dalam mengatasi keluhan sehingga masalah yang mereka alami dapat diselesaikan dengan cara yang tepat. Oleh karena itu, perawat harus memberikan asuhan keperawatan untuk membantu menyelesaikan keluhan dan meminimalkan efek yang ditimbulkan baik untuk saat ini atau di masa mendatang.

Banyaknya jumlah penderita gagal ginjal kronis inilah yang menjadi latar belakang penulisan karya tulis ilmiah tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis (GGK) di Ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka ditetapkan rumusan masalah pada tulisan ini adalah bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis di ruang punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronis di Ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Melakukan pengkajian pada pasien dengan gagal ginjal kronis di Ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

1.3.2.2 Menegakkan diagnosis keperawatan pasien dengan gagal ginjal kronis di Ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

1.3.2.3 Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis di Ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

1.3.2.4 Melakukan Implementasi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis di Ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

1.3.2.5 Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis di Ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

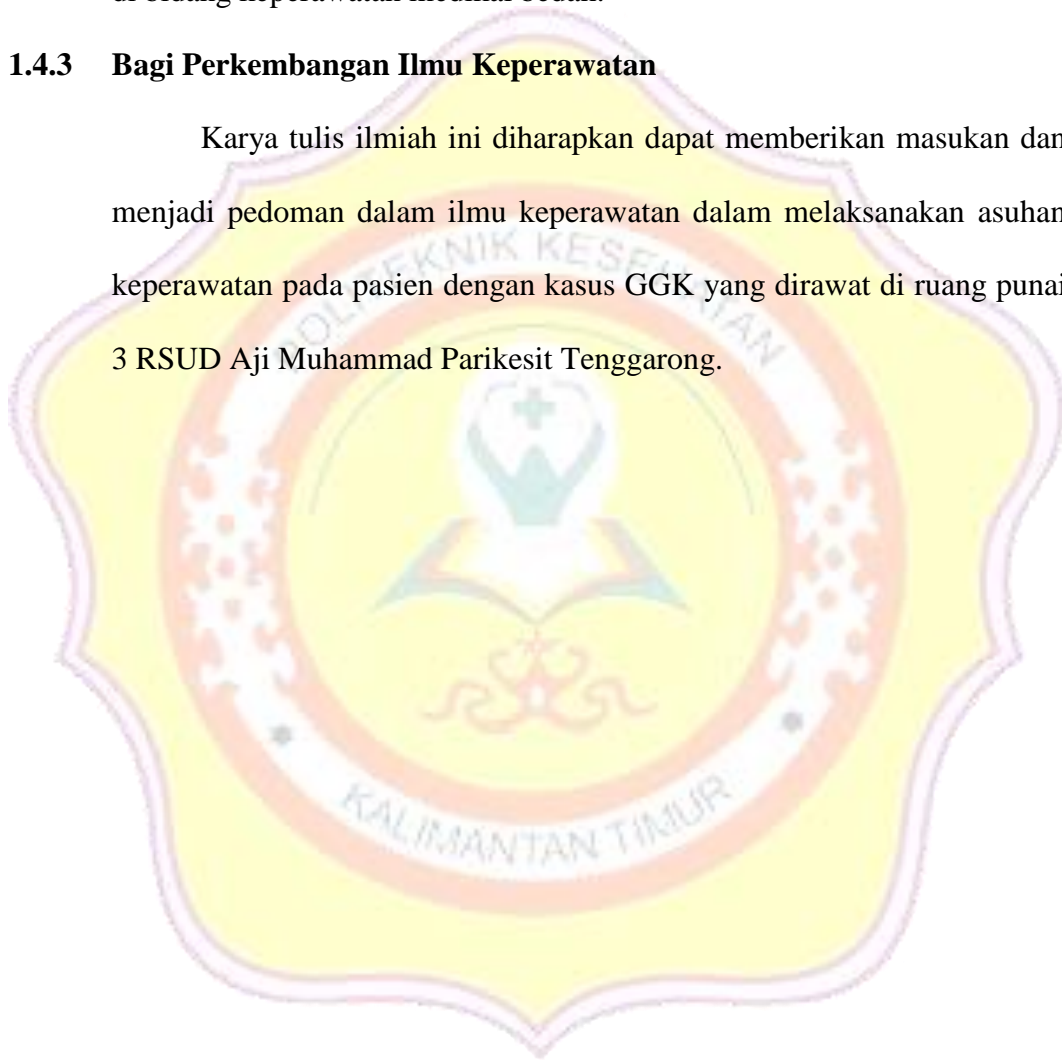
Sebagai bahan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan GGK di ruang punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong khususnya di bidang keperawatan medikal bedah.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan salah satu referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien GGK di ruang punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong khususnya di bidang keperawatan medikal bedah.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan masukan dan menjadi pedoman dalam ilmu keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus GGK yang dirawat di ruang punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Definisi

Gagal ginjal merupakan kondisi dimana ginjal tidak mampu melakukan filtrasi darah sebagaimana mestinya, sedangkan kronis berarti bahwa kondisi tersebut berlangsung perlahan dan berlangsung lama (Abbruzzese et al., 2018). Gagal ginjal kronis merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversibel di mana tubuh mengalami kegagalan untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit, sehingga menyebabkan uremia (Dila et al., 2020).

Gagal ginjal kronik adalah disfungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu mempertahankan metabolisme dan gagal mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum. Pasien gagal ginjal kronis mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa transplantasi ginjal, dialisis peritoneal, hemodialisis dan rawat jalan dalam jangka waktu yang lama (Yulianto et al., 2020).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronis adalah masalah gangguan dari fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible* yang berlangsung menurun secara bertahap selama lebih dari tiga bulan dan mengakibatkan uremia ketika tubuh tidak mempertahankan

metabolisme, keseimbangan cairan, dan kadar elektrolit. Biasanya, gejala gagal ginjal kronis baru terasa ketika sudah mencapai stadium 4 dan 5 akibat beratnya gangguan metabolisme tubuh.

2.1.2 Etiologi

Angka kejadian gagal ginjal di Indonesia maupun dunia meningkat setiap tahunnya, gagal ginjal kronis sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya sehingga disebut penyakit sekunder. Menurut Smeltzer & Bare (2015) terdapat tiga kategori utama penyebab gagal ginjal kronis, yaitu pra renal, intra renal, dan pasca renal. (Prency et al., 2018)

1. *Pra renal* (Hipoperfusi ginjal). Kondisi pra renal adalah masalah aliran darah atau vaskuler akibat hipoperfusi ginjal dan turunya laju filtrasi glomerulus. Kondisi klinis yang umum adalah status penipisan volume (hemoragi atau kehilangan cairan melalui saluran gastrointestinal), vasodilatasi (sepsis atau anafilaksis), dan gangguan fungsi jantung (hipertensi, infark miokardium, gagal jantung kongestif, atau syok karsinogenik) serta gangguan metabolik (diabetes mellitus, goiter, hiperparatiroidisme) (Smeltzer & Bare, 2015).
2. *Intra renal* (kerusakan aktual jaringan ginjal) penyebab intrarenal adalah akibat dari kerusakan struktur glomerulus atau tubulus ginjal. Kondisi ini seperti rasa terbakar, cedera akibat benturan, dan infeksi serta agen nefrotoksik dapat menyebabkan nekrosis tubulus akut (ATN) dan berhentinya fungsi renal. Cedera akibat terbakar dan benturan

menyebabkan pembebasan hemoglobin dan mioglobin (protein yang dilepaskan dari otot ketika terjadi cedera), sehingga terjadi toksik renal, iskemia, atau keduanya. Infeksi yang terjadi pada daerah gagal ginjal juga dapat menyebabkan penyakit ginjal kronis seperti infeksi saluran kemih, glomerulonefritis dan pielonefritis. Faktor penyebab lain adalah pemakaian obat-obatan antiinflamasi nonsteroid (NSAID), terutama pada pasien lansia. Medikasi ini mengganggu prostaglandin yang secara normal melindungi aliran darah renal, menyebabkan iskemia ginjal (Smeltzer & Bare, 2015).

3. *Post renal* (Obstruksi aliran urine), post renal yang menyebabkan penyakit ginjal kronis biasanya akibat dari obstruksi di bagian distal ginjal. Menyebabkan tekanan di tubulus ginjal meningkat sehingga mengakibatkan peningkatan *Glomerulus Filtration Rate* (GFR), contohnya antara lain; obstruksi traktus urinarius, batu pada saluran urin tumor, hiperplasia prostat jinak, dan bekuan darah. (Smeltzer & Bare, 2015).

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi atas derajat penyakit dibuat berdasarkan GFR yang dihitung menggunakan rumus *Cockcroft Gault*, adapun rumusnya adalah sebagai berikut (Rahmawati, 2018) :

$$\text{Glomerulus Filtration Rate} = \frac{(140 - \text{usia}) \times \text{Berat Badan}}{72 \times \text{Kreatinin Serum}}$$

(*) Dikalikan 0,85 bila perempuan

Menurut *The Renal Association* dalam Rahmawati tahun 2018 klasifikasi gagal ginjal kronis berdasarkan derajat (*stage*) GFR dimana normalnya 90 – 120 ml/min/1,73m² sebagai berikut (Rahmawati, 2018) :

Tabel 2.1 Klasifikasi stadium gagal ginjal kronis (Rahmawati, 2018)

Stadium	Deskripsi	R (mL/menit/1.73m ²)
1	Fungsi ginjal normal, disertai dengan albuminuria yang persisten	≤ 90
2	Kerusakan ginjal dengan penurunan ringan, disertai dengan peningkatan serum kreatinin dan albuminuria	60 - 89
3a	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan sampai sedang	45 - 59
3b	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR sedang hingga berat	30 - 44
4	Kerusakan ginjal dengan penurunan berat	15 - 29
5	Gagal ginjal	< 15

2.1.4 Manifestasi Klinis

Penyakit gagal ginjal kronis awalnya tidak menunjukkan tanda dan gejala namun dapat berjalan progresif menjadi gagal ginjal, penyakit ginjal bisa di cegah dan ditanggulangi dan kemungkinan untuk mendapatkan terapi yang efektif akan lebih besar jika diketahui lebih awal. Penyakit gagal ginjal kronis itu sangat sulit dideteksi secara medis sebab para dokter yang ahli di bidangnya ini tidak dapat melakukan pemeriksaan secara visual terhadap pasien. Penyakit gagal ginjal kronis ini dapat di deteksi dengan melakukan pemeriksaan di laboratorium, salah satunya menggunakan pemeriksaan *Glomerular Filtration Rate* (GFR) (Prency et al., 2018).

Pada ginjal kronik akan terjadi rangkaian perubahan. Bila GFR menurun 5-10% dari keadaan normal dan terus mendekati nol, maka

pasien akan menderita sindrome uremik, yaitu suatu kompleks gejala yang diakibatkan atau berkaitan dengan retensi metabolit nitrogen akibat gagal ginjal. Dua kelompok gejala klinik dapat terjadi pada sindrome uremik, yaitu : Gangguan fungsi pengaturan dan ekskresi dengan kelainan volume cairan dan elektrolit, ketidakseimbangan asam basa, retensi metabolit nitrogen serta metabolit lainnya, serta anemia akibat defisiensi sekresi ginjal (eritropoetin), dan gabungan kelainan kardiovaskular, neuromuskuler, saluran cerna, dan kelainan lainnya (dasar kelainan sistem ini belum banyak diketahui. (Suharyanto, et al. 2013)



Tabel 2.2 Manifestasi klinis sindrom uremik pada ginjal kronis

Sitem Tubuh	Manifestasi	Sistem Tubuh	Manifestasi
Biokimia	<ul style="list-style-type: none"> • Asidosis Metabolik • Asotemia (penurunan GFR, menyebabkan peningkatan BUN dan kreatinin) • Hiperkalemia • Retensi Na • Hipermagnesia • Hiperurisemia 	Saluran Cerna	<ul style="list-style-type: none"> • Anoreksia, mual, muntah • Nafas bau amoniak • Mulut kering • Perdarahan saluran cerna • Diare stomatitis, parotitis
Berkemih	<ul style="list-style-type: none"> • Poliuria, berlanjut menuju oliguri, lalu anuri. • Nokturia • BJ urine 1,010 • proteinuri 	Metabolisme	<ul style="list-style-type: none"> • Protein, sintesis abnormal • Hiperglikemik, kebutuhan insulin menurun • Lemak, peningkatan kadar trigliserid
Sex	<ul style="list-style-type: none"> • Libido hilang • Amenore, impotensi dan sterilitas 	Neuromuskuler	<ul style="list-style-type: none"> • Mudah lelah, otot mengecil dan lemah • SSP : penurunan ketajaman mental, konsentrasi buruk, kekacauan mental, koma • Otot berkedut, kejang.
Kardiovaskuler	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensi • Beban sirkulasi berlebih • Edema • Gagal jantung kongestif • Disritmia 	Gangguan kalsium	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperfosfatemia, Hipokalsemia, Hiperparatiroidis-me • Deposit garam kalsium pada sendi, pembuluh darah, jantung dan paru-paru. • Konjungtivitas (uremia mata merah)
Pernafasan	<ul style="list-style-type: none"> • Kussmaul, dispnea, edema paru, pneumonitis. 	Kulit	<ul style="list-style-type: none"> • Pucat, pruritus, kristal uremia, kulit kering, dan memar
Hematologik	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Hemolisis • Kecenderungan perdarahan • Risiko infeksi 		

Sumber: suharyanto, et al.2013

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi penyakit ginjal kronis pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Berdasarkan proses perjalanan penyakit dari berbagai penyebab seperti penyebab *pra renal*, *intra renal* dan *postrenal* yang menyebabkan kerusakan pada glomerulus dan pada akhirnya akan terjadi kerusakan nefron pada glomerulus sehingga menyebabkan penurunan 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 ke dalam urine dan mengakibatkan proteinuria. Hilangnya protein yang mengandung albumin dan antibody yang dapat mengakibatkan tubuh mudah terkena infeksi dan mengakibatkan penurunan aliran darah. (Silbernag, et al. 2014)

Normalnya, albumin berbentuk seperti spons yang berfungsi sebagai pengatur cairan, menarik cairan ekstra dari tubuh dan membersihkannya di dalam ginjal. Ketika glomerulus mengalami kebocoran dan albumin dapat masuk ke dalam urine, 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 (Sari, 2015).

Ginjal juga kehilangan fungsinya dalam mengeluarkan produk sisa (sampah dari tubuh) sehingga produk sampah tetap tertahan di dalam 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 di dalam tubuh dan mengakibatkan penderita mengalami mual, muntah hingga gastritis akibat iritasi lambung. Kelebihan komponen asam di dalam tubuh juga mengakibatkan penderita bernapas dengan cepat dan pernapasan yang dalam dan lambat (kasmaul), serta dalam keadaan berat, dapat menyebabkan koma (Silbernag, et al 2014).

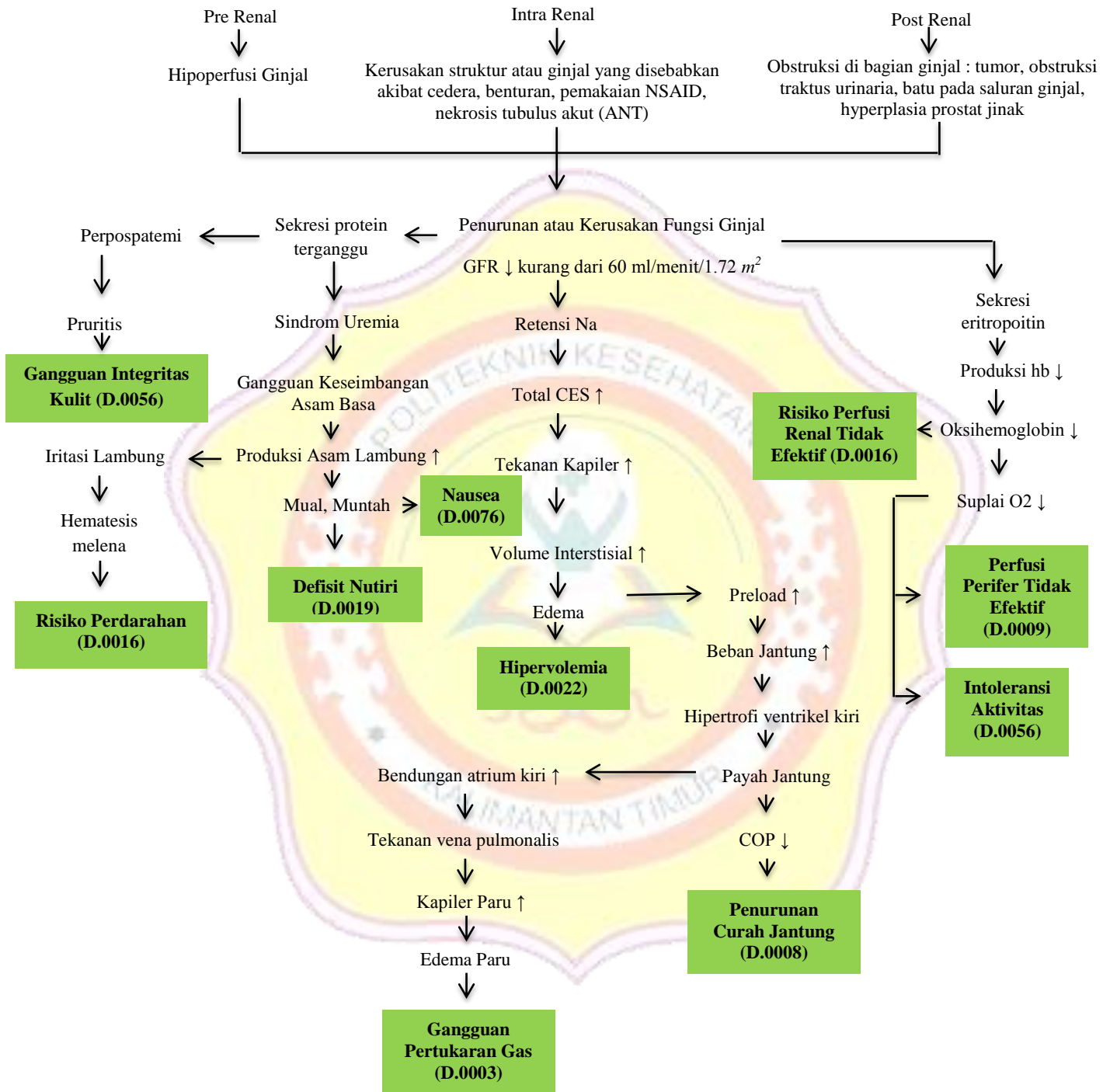
Ginjal juga mengalami penurunan dalam mengekresikan kalium, sehingga penderita mengalami hiperkalemia. Hiperkalemia dapat menyebabkan gangguan ritme jantung, dimana hal ini berkaitan dengan keseimbangan ion-ion dalam jaringan otot yang mengatur elektrofisiologi jantung. Pompa natrium kalium berperan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

Ginjal juga mengalami penurunan dalam memproduksi hormon eritropoeitin dimana tugas dari hormon tersebut yaitu untuk merangsang

sumsum tulang belakang dalam memproduksi sel darah merah. Hal ini mengakibatkan produksi sel darah merah yang mengandung hemoglobin menurun sehingga klien 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, et al.2015)



2.1.6 Pathway



Bagan 2.1 Modifikasi Pathway Nurarif & Smeltzer (2015)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang agar dapat memastikan penyakit ginjal kronik yaitu dengan melakukan 4 pemeriksaan, diantaranya adalah biokimiawi, urinalis, ultrasonografi ginjal, dan imaging. Pertama, biokimiawi pasien dengan gagal ginjal kronik data laboratorium yang menjadi perhatian ialah kadar hemoglobin, ureum, kreatinin, kalium, natrium, kalsium, dan fosfor. Umumnya kadar hemoglobin rendah, kadar ureum < 200 mg/dl, kreatinin, kadar kalium, Natrium, dan fosfor di atas normal namun kadar albumin relatif normal akan tetapi perlu diperhatikan bila turun. (Fatmasari, 2021)

Kedua, urinalisis adalah suatu identifikasi urin melalui makroskopik, analisis kimia serta pemeriksaan mikroskopik. Pemeriksaan ini mampu untuk mendeteksi kelainan ginjal termasuk gagal ginjal dan yang lainnya. Ketiga, pemeriksaan ultrasonografi dilakukan sebagai pemeriksaan awal secara rutin untuk mendapatkan informasi mengenai parenkim, *system collecting* dan pembuluh darah ginjal. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) juga digunakan untuk melihat adanya pembesaran ginjal, kristal, batu ginjal dan menganalisis aliran urin pada ginjal. (Fatmasari, 2021).

Hasil yang terlihat dari klien gagal ginjal kronis melalui pemeriksaan USG yaitu orteks lebih hiperekoik sampai-sampai sepadan dengan sinus realis, ukuran ginjal mengecil dan tidak jelasnya batas korteks medula. Pemeriksaan USG menunjukkan adanya peradangan

apabila terdapat gambaran hiperekoik pada parenkim ginjal. Parenkim ginjal pada bagian korteks mempunyai sonodensitas lebih rendah dari hepar keadaan ini menunjukkan normalnya keadaan ginjal. Keempat, imaging pada pasien gagal ginjal kronis yang tergambarkan umumnya ialah menurunnya ukuran ginjal menipisnya korteks, dan terdapat masa kistik. Kerap kali dijumpai meningkatnya ekogenisitas korteks pada penderita gagal ginjal kronis (Fatmasari, 2021)

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronis antara lain: Penyakit tulang, penyakit kardiovaskuler, anemia, dan disfungsi seksual. Pertama penyakit tulang, pada kondisi ini penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan reklasifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur patologis. Kedua penyakit kardiovaskuler, ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri). (Khanmohamadi, 2014)

Ketiga anemia, selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal mengakibatkan penurunan hemoglobin. Keempat disfungsi seksual, dengan gangguan sirkulasi pada ginjal maka

libido sering mengalami penurunan dan terjadi impoten pada pria. Pada wanita dapat terjadi hiperprolaktinemia. (Sari, 2015)

2.1.9 Penatalaksanaan

Pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 2 (dua) tahap, yaitu tindakan konservatif dan dialisis atau transplantasi ginjal (Suharyanto et al., 2013).

1. Tindakan konservatif

Tujuan pengobatan pada tahap ini adalah untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif, pada tindakan konservatif ini dilakukan pengaturan diet protein, kalium, natrium, cairan dan pencegahan dan pengobatan komplikasi. Pada pembatasan protein tidak hanya mengurangi kadar BUN, tetapi juga mengurangi asupan kalium dan fosfat, serta mengurangi produksi ion hidrogen yang berasal dari protein. Pembatasan asupan protein telah terbukti menormalkan kembali kelainan ini dan memperlambat terjadinya gagal ginjal (Suharyanto et al., 2013).

Diet rendah kalium untuk pasien yang mengalami hiperkalemia dimana biasanya merupakan masalah pada gagal ginjal lanjut. Asupan kalium dikurangi, diet yang dianjurkan adalah 40 – 80 mEq/hari. Penggunaan makanan dan obat-obatan yang tinggi kadar kaliumnya dapat menyebabkan hiperkalemia. Kemudian diet rendah natrium, diet Na yang dianjurkan adalah 40 – 90 mEq/hari (1 – 2 g Na). Asupan natrium yang terlalu longgar dapat mengakibatkan retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif (Yulianto et al., 2020)

Pengaturan cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi dengan seksama. Parameter yang tepat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah pengukuran berat badan harian. Asupan yang bebas dapat menyebabkan beban sirkulasi menjadi berlebihan dan edema. Sedangkan asupan yang terlalu rendah mengakibatkan dehidrasi, hipotensi dan gangguan fungsi ginjal (Jeklin, 2016).

Penatalaksanaan pencegahan dan pengobatan komplikasi pada gagal ginjal kronis yaitu pada pasien dengan komplikasi hipertensi dapat dikontrol dengan pembatasan Natrium dan cairan, pemberian obat antihipertensi : metildopa (aldomet), propranolol, klonidin (catapres). Apabila penderita sedang mengalami terapi hemodialisa, pemberian antihipertensi dihentikan karena dapat mengakibatkan hipotensi dan syok yang diakibatkan oleh keluarnya cairan intravaskuler melalui ultrafiltrasi, dan pemberian diuretik: furosemid (lasix) (Suharyanto et al., 2013).

Hiperkalemia merupakan komplikasi yang paling serius, karena bila K^+ serum mencapai sekitar 7 mEq/L, dapat mengakibatkan aritmia dan juga henti jantung. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena, yang akan memasukkan K^+ ke dalam sel, atau dengan pemberian kalsium glukonat 10 %. Kemudian anemia pada gagal ginjal kronik diakibatkan penurunan sekresi eritropoetin oleh ginjal. Pengobatannya adalah pemberian hormon eritropoetin, yaitu rekombinan

eritropoeitin (r-EPO), selain dengan pemberian vitamin dan asam folat, besi dan transfusi darah (Suharyanto et al., 2013).

Pasien asidosis ginjal biasanya tidak diobati kecuali HCO_3 plasma turun dibawah angka 15 mEq/L. Bila asidosis berat akan dikoreksi dengan pemberian Na HCO_3 (Natrium Bikarbonat) parenteral. Koreksi Ph darah yang berlebihan dapat mempercepat timbulnya tetani, maka harus di monitor dengan seksama. Penatalaksanaan pencegahan komplikasi selanjutnya adalah dengan diet rendah fosfat dengan pemberian gel yang dapat mengikat fosfat di dalam usus. Gel yang dapat mengikat fosfat harus dimakan bersama dengan makanan.(Dila et al, 2020)

Pengobatan hiperurisemia pada penyakit ginjal lanjut adalah pemberian alopurinol. Obat ini mengurangi kadar asam urat dengan menghambat biosintesis sebagai asam urat total yang dihasilkan tubuh (suharyanto, et al. 2013).

2. Dialisis dan transplantasi

Pengobatan gagal ginjal stadium akhir adalah dengan dialisis dan transplantasi ginjal. Dialisis dapat digunakan untuk mempertahankan penderita dalam keadaan klinis yang optimal sampai tersedia donor ginjal. Dialisis dilakukan apabila kadar kreatinin serum biasanya diatas 6 mg/100 ml pada laki-laki atau 4 ml/100 ml pada wanita, dan GFR kurang dari 4 ml/menit. (Jeklin, 2016)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses keperawatan dilakukan secara komprehensif dengan melakukan anamnesa subjektif (didapatkan dari klien maupun keluarga) dan data objektif (hasil dari observasi terhadap klien). Kegiatan ini merupakan tahap awal untuk melakukan pengumpulan data, pengelompokan data, serta untuk mendapatkan diagnosis keperawatan (Jeklin, 2016).

2.2.1.1 Data umum

1. Identitas klien dan identitas penanggung jawab yang, untuk identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, diagnosis medis, tanggal dan jam masuk. Sedangkan identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.
2. Keluhan utama meliputi keluhan yang sangat dirasakan klien.
Kelemahan, susah berjalan atau bergerak, kram otot, gangguan istirahat dan tidur, takikardi atau takipnea pada waktu melakukan aktivitas.
3. Riwayat kesehatan sekarang
Keluhan lain yang menyertai, umumnya : gangguan pernapasan, anemia, hiperkalemia, anoreksia, gatal-gatal, asidosis metabolik.
4. Riwayat kesehatan lalu meliputi penyakit yang pernah dialami, kecelakaan, pernah dirawat, alergi, imunisasi.

5. Riwayat kesehatan keluarga meliputi susunan kesehatan keluarga, penyakit yang pernah diderita anggota keluarga, penyakit yang sedang diderita keluarga.
6. Riwayat kesehatan lingkungan meliputi kebersihan rumah dan lingkungan, kemungkinan terjadinya bahaya.

2.2.1.2 Data fokus

1. Aktivitas/istirahat, biasanya gejala yang muncul yaitu kelelahan ekstrem, kelemahan, malaise. Gangguan tidur (insomnia/gelisah atau samnolen). Adapaun tanda-tandanya adalah kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak
2. Sirkulasi, adanya riwayat hipertensi lama atau berat, palpatasi, nyeri dada, hipertensi, edema jaringan umum dan terdapat pitting edema, nadi lemah atau nadi kuat, hipotensi ortostatik menunjukkan hipovolemia
3. Integritas ego, biasanya terdapat tanda-tanda seperti menolak, ansietas, takut, marah, mudah tersinggung, dan perubahan kepribadian. Gejala yang bisa terjadi karena faktor stres, contoh finansial, perasaan tak berdaya, tidak ada harapan dan tidak ada kekuatan.
4. Eliminasi, gejala yang biasanya muncul adalah penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare, atau konstipasi. Kemudian tanda-tanda yang biasanya muncul adalah perubahan warna urine, contoh kuning pekat, merah, coklat, dan Oliguria, anuria (pada gagal ginjal tahap lanjut).

5. Makanan/cairan, gejala yang umum diantaranya adalah peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernapasan amonia), dan penggunaan obat diuretik. Tanda tanda yang biasanya muncul adalah distensi abdomen/asites, pembesaran hati (tahap akhir), perubahan turgor kulit/kelembaban, ulserasi gusi, perdarahan gusi/lidah, penurunan otot, penurunan lemak subkutan, dan penampilan tidak bertenaga.
6. Neurosensori, gejala yang bisanya terjadi yaitu sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot/kejang : sindrom kaki gelisah, kebas rasa terbakar pada telapak kaki, kebas/kesemutan dan kelemahan, khususnya ekstremitas bawah (neuropati perifer). Umumnya, tanda-tanda yang biasanya muncul adalah gangguan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran, stupor, koma, penurunan DTR, tanda chvostek dan trousseau positif, kejang, rambut tipis, kuku rapuh dan tipis.
7. Nyeri/kenyamanan, gejala yang biasa muncul yaitu nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki (memburuk saat malam hari). Tanda-tanda yang biasanya muncul adalah pasien berperilaku hati-hati/distraksi, dan gelisah.
8. Pernapasan, gejala yang biasa terjadi yaitu napas pendek, dispnea nokturnal paroksismal, batuk dengan tanpa sputum kental dan banyak. Tanda-tanda yang muncul biasanya adalah takipnea, dispnea, peningkatan

frekuensi/kedalaman (pernapasan kussmaul). Batuk produktif dengan sputum merah muda encer (edema paru)

9. Kenyamanan, kulit gatal, ada atau berulangnya infeksi, pruritus, demam, normotermia dapat secara actual terjadi peningkatan pada pasien yang mengalami suhu tubuh lebih rendah dari normal, petekie, area ekimosis pada kulit, keterbatasan gerak sendi.
10. Seksualitas, gejala yang biasanya muncul yaitu penurunan libido, amenorea, dan infertilitas
11. Interaksi sosial, biasanya pasien kesulitan menentukan kondisi, contoh tak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga

2.2.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum dan TTV, biasanya keadaan umum klien lemah, letih dan terlihat sakit berat. Tingkat kesadaran klien menurun sesuai dengan tingkat uremia dimana dapat mempengaruhi system saraf pusat. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital ditemukan : RR meningkat, tekanan darah didapati adanya hipertensi.

2. Kepala

Pada rambut biasanya ditemukan: klien berambut tipis dan kasar, klien sering sakit kepala, kuku rapuh dan tipis. Pada wajah biasanya klien berwajah pucat. Pada mata biasanya mata klien memerah, penglihatan kabur, konjungtiva anemis, dan sklera tidak ikterik. Pada hidung biasanya tidak ada pembengkakan polip dan klien bernafas pendek dan kusmaul. Bibir biasanya terdapat peradangan mukosa mulut, ulserasi gusi,

perdarahan gusi, dan napas berbau. Pada gigi biasanya tidak terdapat karies pada gigi dan kemudian lidah biasanya tidak terjadi perdarahan

3. Leher, tidak terjadi pembesaran kelenjar tyroid atau kelenjar getah bening.
4. Dada / Thorak, saat di inspeksi klien dengan napas pendek, pernapasan kusmaul (cepat/dalam), palpasi biasanya fremitus kiri dan kanan, perkusi: biasanya sonor, auskultasi biasanya vesikular.
5. Jantung, saat di inspeksi biasanya ictus cordis tidak terlihat, palpasi biasanya ictus cordis teraba di ruang inter costal 2 linea dekstra sinistra, perkusi biasanya ada nyeri, auskultasi biasanya terdapat irama jantung yang cepat
6. Abdomen pada saat di inspeksi biasanya terjadi distensi abdomen, acites atau penumpukan cairan, klien tampak mual dan muntah, auskultasi biasanya bising usus normal, berkisar antara 5-35 kali/menit, Palpasi : biasanya acites, nyeri tekan pada bagian pinggang, dan adanya pembesaran hepar pada stadium akhir, perkusi : biasanya terdengar pekak karena terjadinya acites.
7. Genitourinaria, biasanya terjadi penurunan frekuensi urine, anuria distensi abdomen, diare atau konstipasi, perubahan warna urine menjadi pekat, merah coklat dan berwarna.
8. Ekstremitas, biasanya didapatkan adanya nyeri panggul, edema pada ekstremitas, kram otot, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki, keterbatasan gerak sendi.

9. Sistem integumen, biasanya warna kulit abu-abu, kulit gatal, kering dan bersisik adanya area ekimosis pada kulit.
10. Sistem neurologi, biasanya terjadi gangguan status mental seperti penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan konsentrasi, kehilangan memori, penurunan tingkat kesadaran, disfungsi serebral, seperti perubahan proses pikir dan disorientasi. Klien sering didapati kejang, dan adanya neuropati perifer

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

2.2.2.1 Masalah keperawatan

Masalah keperawatan merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi klinis kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2017)

2.2.2.2 Kriteria mayor dan minor

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

2.2.2.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017)

Berdasarkan pada diagnosis keperawatan utama pada kasus gagal ginjal kronis yang dapat muncul diantaranya adalah :

1. (D.0003) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi – perfusi d.d dyspnea, PCO₂ meningkat/menurun, PO₂ menurun, Takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan.
2. (D.0009) Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.
3. (D.0022) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan Natrium d.d ortopnea, dyspnea, edema anasarka dan/atau edema perifer distensi vena jugularis
4. (D.0019) Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, ketidakmampuan mencerna makanan d.d kram, nyeri abdomen, nafsu makan menurun dan serum albumin turun
5. (D.0056) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂ d.d megeluh lelah, dyspnea saat/setelah aktivitas, tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat.
6. (D.0129) Gangguan integritas kulit b.d kelebihan volume cairan d.d kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.
7. (D.0008) Penurunan curah jantung b.d perubahan frekuensi jantung d.d lelah, dispnea, edema, tekanan darah meningkat/menurun, *capillaryrefill time* > 3 detik, warna kulit pucat dan/atau sianosis
8. (D.0076) Nausea b.d gangguan biokimiawi (uremia) d.d megeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan

9. (D.0016) Risiko perfusi renal tidak efektif d.d disfungsi ginjal, asidosis metabolik.
10. (D.0012) Risiko perdarahan d.d Gangguan gastrointestinal (kerusakan ginjal).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keprawatan disusun atas dasar diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus, intervensi keperawatan tersebut terdiri dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia.

Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang akan dilakukan perawat dan dilakukan atas dasar pengetahuan dan penilaian klinis untuk tercapainya luaran (*outcome*) yang diharapkan. (PPNI, 2018)

Tabel 2.3 Rencana Asuhan Keperawatan pada Gagal Ginjal Kronis

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>(D.0003) Gangguan Pertukaran Gas b.d ketidakseimbangan ventilasi – perfusi d.d Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PCO2 meningkat/ menurun 2. PO2 menurun 3. Takikardi 4. pH arteri meningkat/ menurun 5. bunyi nafas tambahan <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pusing <p>Penglihatan kabur</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan</p> <p>Pertukaran Gas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat (5) - Dispnea menurun (5) - Bunyi napas tambahan menurun(5) - Pusing menurun (5) - Penglihatan kabur menurun (5) - Diaforesis menurun (5) - Gelisah menurun 	<p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. 1.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, atastik) 1.3 Monitor kemampuan batuk efektif 1.4 Monitor adanya produksi sputum 1.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas 1.6 Palpasi kesimetrisan ekspansi 1.7 Auskultasi bunyi napas 1.8 Monitor saturasi oksigen 1.9 Monitor nilai AGD 1.10 Monitor hasil x-ray toraks <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.11 Atur interval pemantauan

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	DO : 1. Sianosis 2. Diaforesis 3. Gelisah 4. Napas cuping hidung 5. Pola napas abnormal (cepat/lambat, reguler/ireguler, dalam/dangkal) 6. Warna kulit abnormal (mis. Pucat, kebiruan) 7. Kesadaran menurun	(5) - Napas cuping hidung menurun (5) - PCO2 membaik (5) - PO2 membaik (5) Takikardia membaik (5) - pH arteri membaik (5) - Sianosis membaik (5) - Pola napas membaik (5) - Warna kulit membaik (5)	respirasi sesuai kondisi pasien 1.12 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.14 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu Terapi Oksigen (I.01026) Observasi 1.15 Monitor kecepatan aliran oksigen 1.16 Monitor posisi alat terapi oksigen 1.17 Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 1.18 Monitor efektivitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, analisa gas darah), jika perlu 1.19 Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan 1.20 Monitor tanda-tanda hipoventilasi 1.21 Monitor tanda dan gejala toksikasi dan atelektasis 1.22 Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen 1.23 Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen Terapeutik 1.24 Bersihkan sekret pada mulut, hidung, hidung dan trakea, jika perlu 1.25 Perhatikan kepatenan jalan napas 1.26 Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 1.27 Berikan oksigen tambahan, jika perlu 1.28 Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi 1.29 Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			mobilitas pasien Edukasi 1.30 Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah Kolaborasi 1.31 Kolaborasi penentuan dosis oksigen 1.32 Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan atau tidur.
2.	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin, d.d Gejala dan Tanda Mayor DS : 1. - DO: 1. CRT > 3 detik 2. Nadi perifer menurun/tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun Gejala dan Tanda Minor DS : 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) DO : 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle braachial < 0,90 4. Burit femoral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Perfusi Perifer meningkat dengan kriteria hasil : - Denyut nadi perifer meningkat (5) - Penyembuhan luka meningkat (5) - Sensasi meningkat (5) - Warna kulit pucat menurun (5) - Edema perifer menurun (5) - Nyeri ekstremitas menurun (5) - Parastesia menurun (5) - Kelemahan otot menurun (5) - Kram otot menurun (5) - Bruit femoralis menurun (5) - Nekrosis menurun (5) - Pengisian kapiler membaik (5) - Akral membaik (5) - Turgor kulit membaik (5) - Tekanan darah sistolik membaik (5) - Tekanan darah diastolik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial indekx) 2.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 2.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi 2.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 2.6 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera 2.7 Lakukan pencegahan infeksi 2.8 Lakukan perawatan kaki dan kuku 2.9 Lakukan hidrasi Edukasi 2.10 Anjurkan berhenti merokok 2.11 Anjurkan berolahraga rutin 2.12 Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 2.13 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 2.14 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		membaik (5) - Tekanan arteri rata-rata membaik (5) - Indeks ankle brachial membaik (5)	2.15 Anjurkan menghindari penggunaan obat penyakit beta 2.16 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki) 2.17 Anjurkan program rehabilitasi vaskuler 2.18 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi 2.19 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) Manajemen Sensasi Perifer (L.06195) Observasi 2.20 Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2.21 Identifikasi penggunaan alat pengikat, prostesis, sepatu, dan pakaian 2.22 Periksa perbedaan sensasi tajam atau alat tumpul 2.23 Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin 2.24 Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda 2.25 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2.26 Monitor perubahan kulit 2.27 Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena Terapeutik 2.28 Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) Edukasi 2.29 Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air 2.30 Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak 2.31 Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah Kolaborasi 2.32 Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			2.33 Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu
3.	<p>(D.0022) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, d.d Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. <i>Paroxymal nocturnal dsypnea</i> (PND) <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarka / edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat Jagular venous pressure (JVP) dan / atau central venous pressure (CVP) meningkat 4. Refleks hepatojugular positif <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. – <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara napas tambahan 3. Hepatomegali 4. Kadar Hb/Ht turun 5. Oliguria 6. Intake lebih banyak dari output (balance cairan positif) 7. Kongesti paru 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan</p> <p>Keseimbangan Cairan (L.03020) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema menurun menurun (5) - Dehidrasi menurun (5) - Asites menurun (5) - Konfusi menurun (5) - Tekanan darah membaik (5) - Denyut nadi radial membaik (5) - Tekanan arteri rata-rata membaik (5) - Membran mukosa membaik (5) - Mata cekung membaik (5) - Turgor kulit membaik (5) - Berat badan membaik (5) 	<p>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 3.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.3 Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 3.6 Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat) 3.7 Monitor kecepatan infus secara ketat 3.7 Monitor kecepatan infus secara kuat 3.8 Monitor efek samping diuretik (mis: hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hiponatremia) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.9 Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 3.10 Batasi asupan cairan dan garam 3.11 Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat 3.12 Edukasi 3.13 Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 3.14 Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari 3.15 Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.16 Kolaborasi pemberian diuretic 3.17 Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>3.18 Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu.</p> <p>Pemantauan Cairan (I.03121) Observasi</p> <p>3.19 Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>3.20 Monitor frekuensi napas</p> <p>3.21 Monitor tekanan darah</p> <p>3.22 Monitor berat badan</p> <p>3.23 Monitor waktu pengisian kapiler</p> <p>3.24 Monitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>3.25 Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin\</p> <p>3.26 Monitor kadar albumin dan protein total</p> <p>3.27 Monitor hasil pemeriksaan serum (mis: osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan BUN)</p> <p>3.28 Monitor intake dan output cairan</p> <p>3.29 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, hasil, lemah, konsentrasi urin meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>3.30 Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>3.31 Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis: prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi</p>

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			intestinal) Terapeutik 3.32 Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 3.33 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 3.34 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantaua 3.35 Dokumentasikan hasil pemantauan
4.	(D. 0019) Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (keengganan untuk maka) d.d Gejala dan Tanda Mayor DS : 1. – DO : 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal Gejala dan Tanda Minor DS : 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun DO : 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat Rambut rontok berlebihan 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Status Nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria hasil : - Porsi makanan yang yang dihabiskan meningkat (5) - Kekuatan otot mengunyah meningkat (5) - Kekuatan otot menelan meningkat (5) - Serum albumin meningkat (5) - Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat (5) - Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat (5) - Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat (5) - Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 4.1 Identifikasi status nutrisi 4.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 4.3 Identifikasi makanan yang disukai 4.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 4.6 Monitor asupan makanan 4.7 Monitor berat badan 4.8 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 4.9 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 4.10 Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 4.11 Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4.12 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4.13 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 4.14 Berikan suplemen makanan, jika perlu 4.15 Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 4.16 Ajarkan posisi duduk, jika mampu 4.17 Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 4.18 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		<ul style="list-style-type: none"> - Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat (5) - Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat (5) - Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat (5) - Perasaan cepat kenyang menurun (5) - Nyeri abdomen menurun (5) - Sariawan menurun (5) - Rambut rontok menurun (5) - Diare menurun (5) - Berat badan membaik (5) - Indeks massa tubuh (IMT) membaik (5) - Frekuensi makan membaik (5) - Nafsu makan membaik (5) - Bising usus membaik (5) - Tebal lipatan kulit trisep membaik (5) - Membran mukosa membaik (5) 	<p>nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>4.19 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p>Promosi Berat Badan (I.03136)</p> <p>Observasi</p> <p>4.20 Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang</p> <p>4.21 Monitor adanya mual dan muntah</p> <p>4.22 Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari</p> <p>4.23 Monitor berat badan</p> <p>4.24 Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.25 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu</p> <p>4.26 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis: makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi)</p> <p>4.27 Hidangkan makanan secara menarik</p> <p>4.28 Berikan suplemen, jika perlu</p> <p>4.29 Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai</p> <p>Edukasi</p> <p>4.30 Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</p> <p>4.31 Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan</p>
5.	<p>(D.0056) Intoleransi Aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂, kelemahan d.d Gejala dan Tanda Mayor DS :</p> <p>1. Mengeluh lelah</p> <p>DO :</p> <p>Frekuensi jantung</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Toleransi Aktivitas (L.05047) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi meningkat (5) - Saturasi oksigen 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</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</p>

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<p>meningkat >20% dari kondisi istirahat</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia <ol style="list-style-type: none"> 1. Sianosis 	<p>meningkat (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5) - Kecepatan berjalan meningkat (5) - Jarak berjalan meningkat (5) - Kekuatan tubuh bagian atas meningkat (5) - Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat (5) - Toleransi menaiki tangga meningkat (5) - Keluhan lelah menurun (5) - Dispnea saat beraktivitas menurun (5) - Dispnea setelah beraktivitas menurun (5) - Perasaan lemah menurun (5) - Aritmia saat beraktivitas menurun (5) - Aritmia setelah beraktivitas menurun (5) - Sianosis menurun (5) - Warna kulit membaik (5) - Tekanan darah membaik (5) - Frekuensi napas membaik (5) - EKG iskemia membaik (5) 	<p>melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.5 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 5.6 Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 5.7 Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 5.8 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.9 Anjurkan tirah baring 5.10 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5.11 Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 5.12 Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.13 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>Terapi Aktivitas (I.01026)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.14 Identifikasi defisit tingkat aktivitas 5.15 Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 5.16 Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan 5.17 Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 5.18 Identifikasi makna aktivitas rutin (mis: bekerja) dan waktu luang 5.19 Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.20 Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 5.21 Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas 5.22 Fasilitasi memilih aktivitas dan

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</p> <p>5.23 Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>5.24 Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</p> <p>5.25 Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</p> <p>5.26 Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</p> <p>5.27 Fasilitasi aktivitas rutin (mis: ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</p> <p>5.28 Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</p> <p>5.29 Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>5.30 Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</p> <p>5.31 Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>5.32 Fasilitasi aktivitas aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis: kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia, jika sesuai</p> <p>5.33 Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</p> <p>5.34 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>5.35 Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>5.36 Fasilitasi mengembangkan</p>

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>motivasi dan penguatan diri</p> <p>5.37 Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p>5.38 Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p>5.39 Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Edukasi</p> <p>5.40 Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</p> <p>5.41 Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>5.42 Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan Kesehatan</p> <p>5.43 Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</p> <p>5.44 Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.45 Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</p> <p>5.46 Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu</p>
6.	<p>(D.0129) Gangguan Integritas Kulit b.d kelebihan volume cairan, perubahan sirkulasi d.d Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>DS :</p> <p>1. –</p> <p>DO :</p> <p>1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>DS :</p> <p>1. –</p> <p>DO :</p> <p>1. Nyeri</p> <p>2. Perdarahan</p> <p>3. Kemerahan</p> <p>4. hematoma</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elastisitas meningkat (5) - Hidrasi meningkat (5) - Perfusi jaringan meningkat (5) - Kerusakan jaringan menurun (5) - Kerusakan lapisan kulit (5) - Nyeri menurun (5) - Perdarahan menurun (5) - Kemerahan menurun (5) 	<p>Perawatan Integritas Kulit (L.11353)</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.2 Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>6.3 Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</p> <p>6.4 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>6.5 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>6.6 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik</p>

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		<ul style="list-style-type: none"> - Hematoma menurun (5) - Pigmentasi abnormal menurun (5) - Jaringan parut menurun (5) - Nekrosis menurun (5) - Abrasi korena menurun (5) - Suhu kulit membaik (5) - Sensasi membaik (5) - Tekstur membaik (5) - Pertumbuhan rambut membaik (5) 	<p>pada kulit sensitive</p> <p>6.7 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>6.8 Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)</p> <p>6.9 Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>6.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>6.11 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>6.12 Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim</p> <p>6.13 Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah</p> <p>6.14 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p> <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <p>6.15 Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>6.16 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.17 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>6.18 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</p> <p>6.19 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>6.20 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6.21 Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</p> <p>6.22 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>6.23 Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>6.24 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>6.25 Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>6.26 Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari</p> <p>6.27 Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A,</p>

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi 6.28 Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu Edukasi 6.29 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6.30 Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 6.31 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 6.32 Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 6.33 Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
7.	(D.0008)Penurunan Curah Jantung b.d perubahan frekuensi jantung d.d Gejala dan Tanda Mayor DS : 1. Perubahan irama jantung 1) Palpitasi 2. Perubahan preload 1) Lelah 3. Perubahan afterload 1) Dispnea 4. Perubahan kontraktilitas 1) <i>Paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND) 2) Ortopnea 3) Batuk DO : 1. Perubahan irama jantung 1) Bradikardia / takikardia 2) Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi 2. Perubahan preload 1) Edema 2) Distensi vena jugularis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka Curah Jantung (L.02008) meningkat dengan kriteria hasil : - Kekuatan nadi perifer meningkat (5) - <i>Ejection fraction</i> (EF) meningkat (5) - <i>Cardiac indekx</i> (CI) meningkat (5) - <i>Left ventricular stroke work indeks</i> (LVSWI) meningkat (5) - <i>Stroke volume index</i> (SVI) meningkat (5) - Papitasi menurun (5) - Bradikardia menurun (5) - Takikardia menurun (5) - Gambaran EKG aritmia menurun (5) - Lelah menurun (5) - Edema menurun (5) - Distensi vena jugularis menurun (5)	Perawatan Jantung (I.02075) Observasi 7.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP). 7.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 7.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 7.4 Monitor intake dan output cairan 7.5 Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama 7.6 Monitor saturasi oksigen 7.7 Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) 7.8 Monitor EKG 12 sadapan 7.9 Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 7.10 Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP) 7.11 Monitor fungsi alat pacu

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	3) Central venous pressure (CVP) meningkat / menurun 4) hepatomegali 3. Perubahan afterload 1) Tekanan darah meningkat / menurun 2) Nadi perifer teraba lemah 3) Capillary refill time > 3 detik 4) Oliguria 5) Warna kulit pucat dan / atau sianosis 4. Perubahan kontraktilitas 1) Terdengar suara jantung S3 dan / atau S4 2) Ejection fraction (EF) menurun Gejala dan Tanda Minor DS : 1. Perubahan preload 1) - 2. Perubahan afterload 1) - Perubahan kontraktilitas 1) - 3. Perilaku emosional 1) cemas 2) gelisah DO : 1. Perubahan preload 1) Murmur jantung 2) Berat badan bertambah 3) Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun 2. Perubahan afterload 1) Pulmonary vaskular resistance (PVR) meningkat / menurun 2) System vaskular	- Dispnea menurun (5) - Oliguria menurun (5) - Pucat/sianosis menurun (5) - Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun (5) - Ortopnea menurun (5) - Batuk menurun (5) - Suara jantung S3 menurun (5) - Suara jantung S4 menurun (5) - Murmur jantung menurun (5) - Berat badan menurun (5) - Hepatomegali menurun (5) - Pulmonary vaskular resistance menurun (5) - Systemic vaskular resistance menurun (5) - Tekanan darah membaik (5) - Capillary refill time (CRT) membaik (5) - Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) membaik (5) - Central venous pressure (CVP) menurun (5)	jantung 7.12 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 7.13 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin) Terapeutik 7.14 Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 7.15 Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) 7.16 Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi 7.17 Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 7.18 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu 7.19 Berikan dukungan emosional dan spiritual 7.20 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% Edukasi 7.21 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 7.22 Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 7.23 Anjurkan berhenti merokok 7.24 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi 7.25 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu 7.26 Rujuk ke program rehabilitasi jantung Perawatan Jantung Akut (I.02076) Observasi 7.27 Identifikasi karakteristik nyeri dada (meliputi faktor pemicu dan Pereda, kualitas, lokasi,

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<p><i>resistance</i> (SVR) meningkat / menurun</p> <p>3. Perubahan kontraktilitas</p> <p>1) <i>Cardiac index</i> (CI) menurun</p> <p>2) <i>Left ventricular stroke work index</i> (LSWI) menurun</p> <p>3) <i>Stroke volume index</i> (SVI) menurun</p> <p>4. Perilaku/emosional</p> <p>1) -</p>		<p>radiasi, skala, durasi, dan frekuensi)</p> <p>7.28 Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>7.29 Monitor EKG 12 sadapan untuk perubahan ST dan T</p> <p>7.30 Monitor elektrolit yang dapat meningkatkan risiko aritmia (mis: kalium, magnesium serum)</p> <p>7.31 Monitor enzim jantung (mis: CK, CK-MB, Troponin T, Troponin I)</p> <p>7.32 Monitor saturasi oksigen</p> <p>7.33 Identifikasi stratifikasi pada sindrom koroner akut (mis: skor TIMI, Killip, Crusade)</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.34 Pertahankan tirah baring minimal 12 jam</p> <p>7.35 Pasang akses intravena</p> <p>7.36 Puaskan hingga bebas nyeri</p> <p>7.37 Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi ansietas dan stress</p> <p>7.38 Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan</p> <p>7.39 Siapkan menjalani intervensi koroner perkutan, jika perlu</p> <p>7.40 Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>Edukasi</p> <p>7.41 Anjurkan segera melaporkan nyeri dada</p> <p>7.42 Anjurkan menghindari manuver Valsava (mis: mengedan saat BAB atau batuk)</p> <p>7.43 Jelaskan Tindakan yang dijalani pasien</p> <p>7.44 Ajarkan Teknik menurunkan kecemasan dan ketakutan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.45 Kolaborasi pemberian antiplatelet, jika perlu</p> <p>7.46 Kolaborasi pemberian antianginal (mis: nitroglicerine, beta blocker, calcium channel blocker)</p> <p>7.47 Kolaborasi pemberian morfin, jika perlu</p> <p>7.48 Kolaborasi pemberian inotropic, jika perlu</p>

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			7.49 Kolaborasi pemberian obat untuk mencegah manuver Valsava (mis: pelunak tinja, antiemetik) 7.50 Kolaborasi pencegahan trombus dengan antikoagulan, jika perlu 7.51 Kolaborasi pemeriksaan x-ray dada, jika perlu.
8.	(D.0076) Nausea d.d gangguan biokimiawi (uremia) d.d Gejala dan Tanda Mayor: DS : 1. Mengeluh mual 2. Merasa ingin muntah 3. Tidak berminat makan DO : 1. – Gejala dan Tanda Minor DS : 1. Merasa asam di mulut 2. Sensasi panas/dingin 3. Sering menelan DO : 1. Saliva meningkat 2. Pucat 3. Diaphoresis 4. Takikardia 5. Pupil dilatasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka Tingkat Nausea (L.08065) menurun dengan kriteria hasil : - Nafsu makan meningkat (5) - Keluhan mual menurun (5) - Perasaan ingin muntah menurun (5) - Perasaan asam di mulut menurun (5) - Sensasi panas menurun (5) - Sensasi dingin menurun (5) - Frekuensi menelan menurun (5) - Diaforesis menurun (5) - Jumlah saliva menurun (5) - Pucat membaik (5) - Takikardia membaik (5) - Dilatasi pupil membaik (5)	Manajemen Mual (I.03117) Observasi 8.1 Identifikasi pengalaman mual 8.2 Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) 8.3 Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 8.4 Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 8.5 Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) 8.6 Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) Terapeutik 8.7 Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 8.8 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) 8.9 Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 8.10 Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu Edukasi 8.11 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 8.12 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 8.13 Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>8.14 Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8.15 Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu</p> <p>Manajemen Muntah (I.03118)</p> <p>Observasi</p> <p>8.16 Identifikasi pengalaman muntah</p> <p>8.17 Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif)</p> <p>8.18 Identifikasi dampak muntah terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)</p> <p>8.19 Identifikasi faktor penyebab muntah (mis: pengobatan dan prosedur)</p> <p>8.20 Identifikasi antiemetik untuk mencegah muntah (kecuali muntah pada kehamilan)</p> <p>8.21 Monitor muntah (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</p> <p>Terapeutik</p> <p>8.22 Kontrol lingkungan penyebab muntah (mis: bau tidak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan)</p> <p>8.23 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis: kecemasan, ketakutan)</p> <p>8.24 Atur posisi untuk mencegah aspirasi</p> <p>8.25 Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>8.26 Bersihkan mulut dan hidung</p> <p>8.27 Berikan dukungan fisik saat muntah (mis: membantu membungkuk atau menundukkan kepala)</p> <p>8.28 Berikan kenyamanan selama muntah (mis: kompres dingin di dahi, atau sediakan pakaian kering dan bersih)</p>

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			8.29 Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah Edukasi 8.30 Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah 8.31 Anjurkan memperbanyak istirahat 8.32 Ajarkan penggunaan Teknik non farmakologis untuk mengelola hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) Kolaborasi 8.33 Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu
9.	(D.0016) Risiko perfusi renal tidak efektif d.d disfungsi ginjal, asidosis metabolik.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka Perfusi Renal (L.02013) meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah urin meningkat (5) - Nyeri abdomen menurun (5) - Mual menurun (5) - Muntah menurun (5) - Distensi abdomen menurun (5) - Tekanan arteri rata-rata membaik (5) - Kadar urea nitrogen darah membaik (5) - Kadar kreatinin plasma membaik (5) - Tekanan darah sistolik membaik (5) - Tekanan darah diastolik membaik (5) - Kadar elektrolit membaik (5) - Keseimbangan asam-basa membaik (5) - Bising usus membaik (5) - Fungsi hati 	Pencegahan Syok (L.02068) Observasi 9.1 Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 9.2 Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 9.3 Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 9.4 Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 9.5 Periksa Riwayat alergi Terapeutik 9.6 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% 9.7 Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 9.8 Pasang jalur IV, jika perlu 9.9 Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin, jika perlu 9.10 Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi Edukasi 9.11 Jelaskan penyebab/faktor risiko syok 9.12 Jelaskan tanda dan gejala awal syok 9.13 Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 9.14 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 9.15 Anjurkan menghindari alergen

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		membaik (5)	<p>Kolaborasi</p> <p>9.16 Kolaborasi pemberian IV, jika perlu</p> <p>9.17 Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu</p> <p>9.18 Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu</p> <p>Manajemen Perdarahan (I.02040)</p> <p>Observasi</p> <p>9.19 Identifikasi penyebab perdarahan</p> <p>9.20 Periksa adanya darah pada muntah, sputum, feses, urin, pengeluaran NGT, dan drainase luka, jika perlu</p> <p>9.21 Periksa ukuran dan karakteristik hematoma, jika ada</p> <p>9.22 Monitor terjadinya perdarahan (sifat dan jumlah)</p> <p>9.23 Monitor nilai hemoglobin dan hematokrit sebelum dan setelah kehilangan darah</p> <p>9.24 Monitor tekanan darah dan parameter hemodinamik (tekanan vena sentral dan tekanan baji kapiler atau arteri pulmonal), jika ada</p> <p>9.25 Monitor intake dan output cairan</p> <p>9.26 Monitor koagulasi darah (prothrombin time (PT), partial tromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin, dan jumlah trombosit), jika ada</p> <p>9.27 Monitor deliveri oksigen jaringan (mis: PaO₂, SaO₂, hemoglobin, dan curah jantung)</p> <p>9.28 Monitor tanda dan gejala perdarahan masif</p> <p>Terapeutik</p> <p>9.29 Istirahatkan area yang mengalami perdarahan</p> <p>9.30 Berikan kompres dingin, jika perlu</p> <p>9.31 Lakukan penekanan atau balut tekan, jika perlu</p> <p>9.32 Tinggikan ekstremitas yang mengalami perdarahan</p> <p>9.33 Pertahankan akses IV</p> <p>Edukasi</p> <p>9.34 Jelaskan tanda-tanda</p>

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>perdarahan</p> <p>9.35 Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda perdarahan</p> <p>9.36 Anjurkan membatasi aktivitas</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9.37 Kolaborasi pemberian cairan, jika perlu</p> <p>9.38 Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu</p>
10	(D.0012) Risiko Perdarahan d.d Gangguan gastrointestinal (kerusakan ginjal)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka Tingkat Perdarahan (L.02017) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelembapan membran mukosa meningkat(5) - Kelembapan kulit meningkat (5) - Kognitif meningkat (5) - Hemoptisis menurun (5) - Hematemesis menurun (5) - Hematuria menurun (5) - Perdarahan anus menurun (5) - Distensi abdomen menurun (5) - Perdarahan vagina menurun (5) - Perdarahan paska operasi menurun (5) - Hemoglobin membaik (5) - Hematokrit membaik (5) - Tekanan darah membaik (5) - Frekuensi nadi membaik (5) - Suhu tubuh membaik (5) - 	<p>Pencegahan Perdarahan (I.02067)</p> <p>Observasi</p> <p>10.1 Monitor tanda dan gejala perdarahan</p> <p>10.2 Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</p> <p>10.3 Monitor tanda-tanda vital ortostatik</p> <p>10.4 Monitor koagulasi (mis: prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet)</p> <p>Terapeutik</p> <p>Pertahankan bed rest selama perdarahan</p> <p>10.5 Batasi tindakan invasive, jika perlu</p> <p>10.6 Gunakan kasur pencegah decubitus</p> <p>10.7 Hindari pengukuran suhu rektal</p> <p>Edukasi</p> <p>10.8 Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</p> <p>10.9 Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi</p> <p>10.10 Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</p> <p>10.11 Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</p> <p>10.12 Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</p> <p>10.13 Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10.14 Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika</p>

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			perlu 10.15 Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu 10.16 Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik, tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun untuk mencapai klien dan mencapai tujuan yang diharapkan (sembuh). Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul di kemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan. (Fajrian & Kelas, 2019).

Beberapa metode yang digunakan dalam tahap implementasi keperawatan pada asuhan keperawatan yaitu :

2.2.4.1 Membantu dalam aktivitas kehidupan sehari-hari

Aktivitas kehidupan sehari-hari adalah aktivitas yang biasanya dilakukan dalam sepanjang hari normal : mencakup ambulasi, makan, berpakaian, menyikat gigi, berhias.

2.2.4.2 Konseling

Konseling adalah metode implementasi yang membantu klien menggunakan proses pemecahan masalah untuk mengenali dan menangani stres yang memudahkan hubungan interpersonal antara klien, keluarganya, dan tim perawatan kesehatan. Ini bertujuan untuk membantu klien menerima perubahan yang akan terjadi, yang diakibatkan stres berupa dukungan emosional, intelektual, spiritual, dan psikologis.

2.2.4.3 Penyuluhan

Penyuluhan adalah metode implementasi yang digunakan untuk menyajikan prinsip prosedur, dan teknik yang tepat tentang perawatan kesehatan untuk klien dan untuk menginformasikan klien tentang kesehatannya.

2.2.4.4 Memberikan asuhan keperawatan langsung

2.2.4.5 Kompensasi untuk reaksi yang merugikan

2.2.4.6 Teknik tepat dalam memberikan perawatan dan menyiapkan klien untuk prosedur.

2.2.4.7 Mencapai tujuan perawatan

2.2.4.8 Mengawasi dan mengevaluasi kerja dari anggota staf lain. (Fajrian & Kelas, 2019).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus – menerus terhadap respons pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setiap selesai tindakan.

Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP sebagai acuan (Koten et al., 2021)

S (subjective) : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakn.

O (objective) : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A (assesment) : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muuncul masalah baru.

P (planning) : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respons pasien.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)

Jenis penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronis di Ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong. Adapun pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

3.2 Subyek Penelitian

Subyek dalam studi kasus ini menggunakan dua responden gagal ginjal kronis di Ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong dengan kriteria :

- 3.2.1 Pasien dengan riwayat gagal ginjal kronis stadium 1 - 4, sedang menjalani pengobatan di ruang rawat inap
- 3.2.2 Pasien dalam keadaan sadar
- 3.2.3 Pasien dewasa dengan rentang usia 18 – 65 tahun

3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Batasan istilah digunakan untuk mendapatkan gambaran yang jelas untuk menghindari penafsiran yang salah mengenai istilah yang digunakan dalam penulisan. Istilah-istilah yang diberi penjelasan sebagai berikut :

3.3.1 Gagal Ginjal Kronis

Gagal ginjal kronis merupakan suatu keadaan dimana terjadinya kerusakan pada ginjal berupa kelainan struktural maupun fungsional dengan penurunan laju GFR kurang dari 60 ml/menit/1.72 m² selama 3 bulan atau lebih yang dengan etiologi beragam seperti hipertensi, diabetes melitus, glomerulonefritis, nefropati obstruksi, penyakit ginjal polistik dan lainnya. Progresivitas penyakit ginjal kronik ini akan terus berlanjut hingga mencapai tahap akhir yaitu gagal ginjal kronik stadium 5, disebut juga Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) atau *End – Stage Renal Disease* (ERSD), ditandai dengan LFG < 15 ml/menit/1.72 m². (Hana Ariyani et al., 2019)

3.3.2 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan dalam pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pada klien dalam merawat dirinya (Fatmasari, 2021).

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini akan dilakukan di ruang rawat inap punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong, waktu pengumpulan data dilakukan selama 3 hari (mulai Tanggal 08 - 11 Mei 2023)

3.5 Prosedur Penelitian

Prosedur penulisan ini diawali dengan penyusunan proposal oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah dikonsultasikan dan mendapat persetujuan pembimbing, serta mendapat izin dari pihak RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong, maka akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data.

Setelah itu adalah menegakkan diagnosis keperawatan, kemudian menyusun intervensi atau perencanaan. Selanjutnya adalah melakukan implementasi dari perencanaan tersebut hingga yang terakhir adalah melakukan evaluasi dari kegiatan yang telah dilakukan.

3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

3.6.1.1 Wawancara

Wawancara dilakukan kepada pasien dan keluarga. Hasil wawancara berupa anamnesis identitas pasien, keluhan utama yang dirasakan saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, genogram, riwayat sosial, kebutuhan dasar; nutrisi, aktivitas dan istirahat, personal hygiene, pole eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

3.6.1.2 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara melakukan pengamatan langsung ke responden untuk melihat perubahan atau keadaan menyimpang yang perlu diteliti. Dalam teknik observasi ini dilakukan juga tindakan pemeriksaan fisik dengan pendekatan IAPP (Inspeksi, Auskultasi, Palpasi dan Perkusi) pada semua sistem tubuh klien dengan tujuan menentukan status kesehatan

3.6.1.3 Dokumentasi

Data yang diperoleh dari wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, dituliskan dalam format asuhan keperawatan medikal bedah.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Pada studi kasus ini, alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format pengkajian keperawatan medikal bedah yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

3.7 Keabsahan Data

Keabsahan data yang dilakukan peneliti bertujuan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dengan melakukan pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan menghasilkan data yang akurat. Pengamatan yang teliti, rinci dan terus – menerus selama proses pengkajian berlangsung diikuti dengan kegiatan wawancara secara intensif terhadap klien dan keluarga klien.

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data dan informasi yang diperoleh dalam studi kasus sehingga menghasilkan data yang akurat. Data dapat diperoleh dari beberapa sumber, yaitu :

3.7.1 Data Primer

Data yang didapatkan langsung dari pasien, dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang sedang dialami oleh pasien. contohnya yaitu data yang diperoleh melalui hasil wawancara langsung dengan pasien.

3.7.2 Data Sekunder

Data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien yaitu seperti keluarga, orang tua, saudara yang mengerti dan dekat dengan pasien.

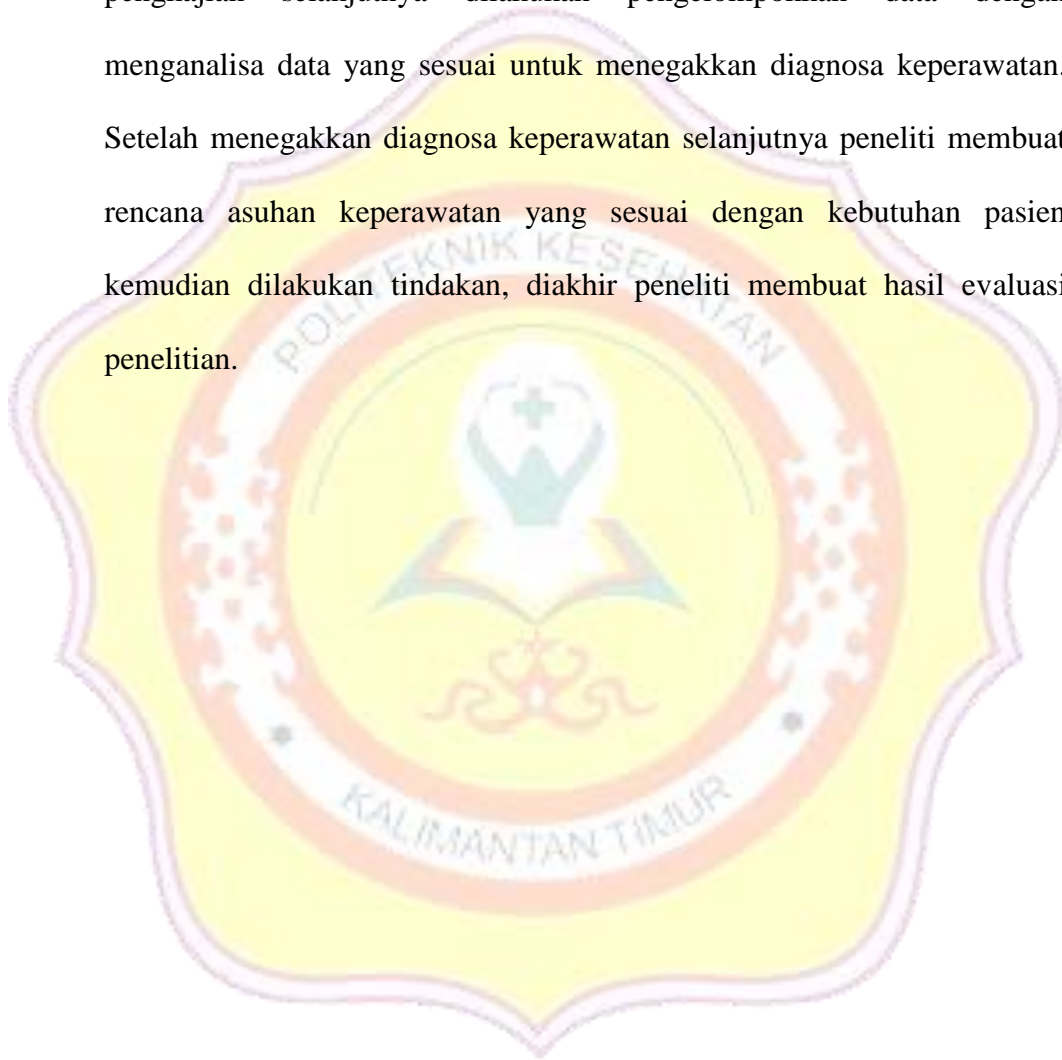
3.7.3 Data Tersier

Data yang diperoleh dari catatan pasien yaitu dokumen perawatan atau rekam medis pasien yang merupakan riwayat penyakit pasien dan perawatan pasien di masa lalu.

3.8 Analisis Data

Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menerasikan jawaban – jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian.

Pada penelitian analisis data dimulai sejak peneliti di lapangan. Dalam mengemukakan data dikelompokkan berdasarkan data subjektif yang berasal dari pasien atau keluarga dan data objektif yang berasal dari pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan data hasil pengkajian selanjutnya dilakukan pengelompokan data dengan menganalisa data yang sesuai untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Setelah menegakkan diagnosa keperawatan selanjutnya peneliti membuat rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien kemudian dilakukan tindakan, diakhir peneliti membuat hasil evaluasi penelitian.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD AM Parikesit Kutai Kartanegara yang berada di Jl. Ratu Agung No.1, Tenggarong Seberang, Kutai Kartanegara, Provinsi Kalimantan Timur. RSUD Aji Muhammad Parikesit merupakan Rumah Sakit Tipe B yang terakreditasi paripurna oleh Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (KARS). RSUD Aji Muhammad Parikesit merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas seperti Instalasi Gawat Darurat dengan pelayanan 24 jam, Poliklinik Spesialis, Laboratorium Sentral, Instalasi Radiologi, Instalasi Bedah Sentral, Depo Farmasi Rawat Inap dan Apotek, Kamar Jenazah, HCU/ICU/ICCU, Ruang Maternitas, PICU/NICU, Perinatologi, Hemodialisa, Instalasi Rawat Inap (VIP, Kamar utama, Kelas 1, Kelas 2, Kelas 3).

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan studi kasus di ruang Punai 3 yang berada di lantai 3, ruangan Punai 3 adalah ruangan yang digunakan untuk merawat pasien rawat inap laki-laki dan perempuan, remaja maupun dewasa. Ruang Punai 3 terbagi atas 3 tim, dimana tim 1 mengelola pasien dari kamar 301 – 304 dan tim 2 mengelola pasien dari kamar 305 – 309 dan tim 3 mengelola pasien dari kamar 310 – 312 dengan tambahan 1 ruang isolasi airborne, dimana masing masing kamar dapat menampung 4 – 6 pasien, dengan 1 kamar mandi di setiap kamarnya. Selain itu Ruang

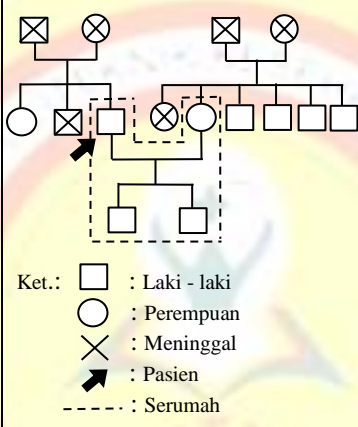
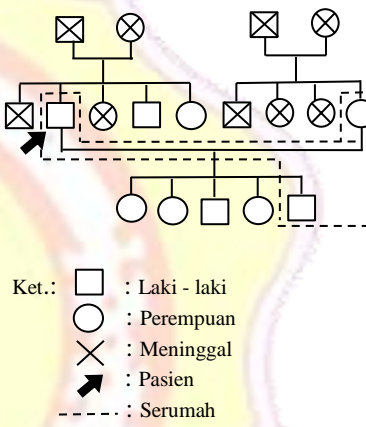
Punai 3 memiliki 1 ruang Kepala Ruangan, 2 Ruangan Obat-obatan, Ruang Konsultasi, 3 kamar mandi umum, 1 dapur, 1 penyimpanan alat, 1 gudang dan 1 ruang khusus dapur gizi.

4.1.2 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada 2 pasien di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong diruang Punai 3 pada tanggal 09 Mei 2023.

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis pasien 1 (Tn. H) dan pasien 2 (Tn. T) di ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn. H)	Pasien 2 (Tn. T)
1.	Identitas Pasien	Pasien bernama Tn. H, lahir pada tanggal 16 Juni 1964 (58 Tahun), suku Kutai, beragama Islam, pendidikan terakhir SD, tidak bekerja (pengangguran), alamat di Jln, Loa Kulu RT 12 Tenggarong, pasien masuk rumah sakit pada hari Senin, 08 Mei 2023 pada jam 23.30 WITA di instalasi rawat darurat kemudian pada jam 15.13 WITA di transfer ke ruang rawat inap, nomor registrasi 04091820	Pasien bernama Tn.T, lahir pada tanggal 07 september 1960 (62 tahun), suku jawa, beragama Islam, pendidikan terakhir SD, bekerja sebagai petani, alamat di Jln. Rapak Lambur RT 05 Tenggarong, pasien masuk rumah sakit pada hari Senin, 08 Mei 2023 pada jam 23.00 WITA di instalasi rawat darurat, beberapa jam kemudian di transfer ke ruang rawat inap, nomor registrasi 02120417
2.	Diagnosa Medis	DM, Anemia dan CKD (stadium 4)	CKD (stadium 4) dan Anemia
3.	Sumber Informasi	Pasien, Keluarga Pasien dan Rekam Medik	Pasien, Keluarga Pasien dan Rekam Medik
4.	Tanggal Pengkajian	Selasa, 09 Mei 2023	Selasa, 09 Mei 2023
5.	Keluhan Utama	Bengkak pada kaki	Mual dan muntah
6.	Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang ke IGD dengan keluhan lemas, sesak napas sejak jam 08.00 WITA kemudian memberat sehingga datang ke RS, sesak napas bertambah berat apabila dibawa beraktivitas ataupun berbaring. Kemudian bengkak di seluruh tubuh sejak 05 Mei 2023 disertai nyeri pada kedua kaki jika digerakkan sehingga tidak dapat berjalan disertai tidak nafsu makan. Kemudian pada jam 15.13 WITA	Pasien datang ke IGD dengan keluhan mual muntah sejak 06 Mei 2023 disertai lemas dan tidak nafsu makan, dan tidak mau makan sejak 2 hari yang lalu, pasien juga mengeluh kedua kaki nya bengkak sejak 03 Mei 2023. Kemudian pada jam 11.30 WITA pasien diantar keruang punai 3. Saat ini pasien mengatakan hanya dapat makan ¼ porsi kemudian selang beberapa menit memuntahkannya, dan mual berkurang jikadibawa beristirahat

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn. H)	Pasien 2 (Tn. T)
		pasien di antar keruang punai 3.	dan meminum air/teh hangat.
7.	Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien pernah di rawat di RSUD A.M Parikesit selama 5 hari pada bulan Januari tahun 2023 karena sesak nafas dan DM, pasien memiliki riwayat minum Amlodipine dan metformin selama di rumah dan tidak memiliki alergi makanan dan obat.	Pasien pernah di rawat di RSUD A.M Parikesit Tenggarong selama 6 hari pada tanggal 10 Februari 2023 dengan diagnosis gagal ginjal kronis dan transfusi darah 2 kolf. Pasien memiliki riwayat minum obat amlodipine selama dirumah dan tidak memiliki alergi makanan dan obat.
8.	Riwayat Penyakit Keluarga	Tn. H mengatakan keluarga memiliki riwayat DM	Tn.T mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit Hipertensi, DM, ataupun penyakit jantung lainnya.
9.	Genogram	 <p>Ket.: □ : Laki - laki ○ : Perempuan × : Meninggal ➔ : Pasien ----- : Serumah</p>	 <p>Ket.: □ : Laki - laki ○ : Perempuan × : Meninggal ➔ : Pasien ----- : Serumah</p>
10.	Keadaan Umum	Sedang	Sedang
11.	Kesadaran	Kesadaran pasien compos mentis dengan nilai GCS 15, E ₄ M ₆ V ₅ .	Kesadaran pasien compos mentis dengan nilai GCS 15, E ₄ M ₆ V ₅
12.	Tanda – Tanda Vital	Hasil pemeriksaan tanda - tanda vital pasien: tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 105x/menit, suhu 36,1 ⁰ C, SPO ₂ : 98% dan frekuensi napas 26x/menit	Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital pasien: tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36.2 ⁰ C, SPO ₂ : 97%, dan frekuensi napas 21x/menit
13.	Kenyamanan atau Nyeri	Pasien mengeluh nyeri P : Nyeri akibat kaki bengkak dan muncul saat kaki digerakkan Q : Nyeri seperti di tusuk – tusuk R : Kedua kaki S : 3 T : Nyeri hilang timbul, nyeri saat digerakkan.	Tidak ada keluhan nyeri
	Masalah Keperawatan	Nyeri Akut	Tidak ada masalah keperawatan
14.	Status Fungsional	Total Skor : 12	Total skor 14

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn. H)	Pasien 2 (Tn. T)
	Barthel Indeks	Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah Ketergantungan Ringan	Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah Ketergantungan Ringan
	Masalah Keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan
15.	Pemeriksaan Kepala	<p>Kepala : Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam dan tidak ada kelainan</p> <p>Mata : Sklera putih konjungtiva anemis, palpebral tidak ada edema, kornea jernih, refleks cahaya +, pupil isokor</p> <p>Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal di tengah, lubang hidung bersih, ketajaman penciuman baik dan tidak ada keluhan, terpasang nasul kanul 3 lpm.</p> <p>Rongga mulut dan lidah : Keadaan mukosa kering, warna bibir pucat, tonsil ukuran normal dan letak ovula simetris di tengah</p>	<p>Kepala : Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam dan tidak ada kelainan</p> <p>Mata : Sklera putih konjungtiva anemis, palpebral tidak ada edema, kornea jernih, refleks cahaya +, pupil isokor</p> <p>Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal di tengah, lubang hidung bersih, ketajaman penciuman baik dan tidak ada keluhan.</p> <p>Rongga mulut dan lidah : Keadaan mukosa kering, warna bibir pucat, tonsil ukuran normal dan letak ovula simetris di tengah</p>
	Masalah Keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan
16.	Pemeriksaan Leher	Pembesaran kelenjar getah bening tidak ada, pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, dan posisi trakea ditengah.	Pembesaran kelenjar getah bening tidak ada, pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, dan posisi trakea ditengah.
	Masalah Keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan
17.	Pemeriksaan Thorax	<p>Keluhan : Pasien mengeluh sesak nafas</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi napas 26x/menit, irama nafas tidak teratur, pola nafas takipnea, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm dengan posisi semi fowler</p>	<p>Keluhan : Tidak ada keluhan sesak nafas.</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 21x/menit, irama nafas teratur, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan dan tidak ada penggunaan alat bantu napas.</p> <p>Palpasi : a. Vokal premitus dada teraba getaran meningkat di seluruh lapang dada baik dextra maupun sinistra saat pasien</p>

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn. H)	Pasien 2 (Tn. T)
		<p>Palpasi :</p> <p>a. Vokal premitus dada teraba getaran meningkat di seluruh lapang dada baik dextra maupun sinistra saat pasien mengatakan tujuh puluh tujuh</p> <p>b. Ekspansi paru anterior dan posterior simetris antara dextra dan sinistra</p> <p>c. Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi :</p> <p>Sonor, batas paru hepar tidak ada suara tambahan saat ekspirasi maupun inspirasi</p> <p>Auskultasi :</p> <p>Suara napas vesikuler, dan tidak ada suara nafas tambahan</p>	<p>mengatakan tujuh puluh tujuh</p> <p>b. Ekspansi paru anterior dan posterior simetris antara dextra dan sinistra</p> <p>c. Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi :</p> <p>Sonor, batas paru hepar tidak ada suara tambahan saat ekspirasi maupun inspirasi</p> <p>Auskultasi :</p> <p>Suara napas vesikuler, dan tidak ada suara nafas tambahan</p>
	Masalah Keperawatan	Pola Nafas Tidak Efektif	Tidak ada masalah keperawatan
18.	Pemeriksaan Jantung	<p>Keluhan :</p> <p>Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>Inspeksi :</p> <p>CRT 3 detik, tidak ada sianosis</p> <p>Palpasi :</p> <p>Ictus cordis teraba di ICS 5, akral teraba dingin</p> <p>Perkusi :</p> <p>Batas atas pada ICS II line sternalis dextra, batas bawah pada ICS V line midclavicula sinistra, batas kanan pada ICS 1V line sternalis dextra batas kiri pada ICS IV line sternalis sinistra</p> <p>Auskultasi :</p> <p>BJ II Aorta yaitu tunggal, reguler, intensitas kuat. BJ II Pulmonal yaitu tunggal reguler, intensitas kuat. BJ I Trikuspidalis yaitu tunggal, reguler, intensitas kuat. Tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan</p>	<p>Keluhan :</p> <p>Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>Inspeksi :</p> <p>CRT 3 detik, tidak ada sianosis</p> <p>Palpasi :</p> <p>Ictus cordis teraba di ICS 5, akral teraba dingin</p> <p>Perkusi :</p> <p>Batas atas pada ICS II line sternalis dextra, batas bawah pada ICS V line midclavicula sinistra, batas kanan pada ICS 1V line sternalis dextra batas kiri pada ICS IV line sternalis sinistra</p> <p>Auskultasi :</p> <p>BJ II Aorta yaitu tunggal, reguler, intensitas kuat. BJ II Pulmonal yaitu tunggal reguler, intensitas kuat. BJ I Trikuspidalis yaitu tunggal, reguler, intensitas kuat. Tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan</p>
	Masalah Keperawatan	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Perfusi Perifer Tidak Efektif
19.	Pemeriksaan Sistem	a) BB : 60 kg	a) BB : 55 kg

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn. H)	Pasien 2 (Tn. T)
	Pencernaan dan Status Nutrisi	b) TB : 162 cm c) IMT : 22,6 Pasien masuk dalam kategori normal d) Asupan makanan : Berkurang (pasien hanya menghabiskan ½ porsi dari makanan yang diberikan) e) BAB : Pasien mengatakan BAB terakhir pada 03 Mei 2023 dengan konsistensi lunak f) Diet : Jenis diet cukup protein dan rendah kalium dengan pemberian oral dan frekuensi makan 3x sehari g) Abdomen Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya massa, tidak ada luka operasi pada abdomen dan tidak terpasang drain. Auskultasi : Bising usus 7x/menit Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, dan tidak ada pembesaran pada hepar dan lien Perkusi : <i>Shifting Dulnellnes</i> (-), dan tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal	b) TB : 175 cm c) IMT : 17,9 Pasien masuk dalam kategori kurus d) Asupan makanan : Berkurang (pasien hanya menghabiskan ¼ porsi dari makanan yang diberikan karena mual dan tidak nafsu makan e) BAB Pasien mengatakan BAB terakhir tadi pagi dengan konsistensi lunak f) Diet Jenis diet rendah garam :50 gram, bentuk makanan lunak dengan pemberian oral dan frekuensi makan 3x sehari g) Abdomen Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya massa, tidak ada luka operasi pada abdomen dan tidak terpasang drain Auskultasi : Bising usus 20x/menit Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, tidak ada pembesaran pada hepar fan lien Perkusi : <i>Shifting Dulnes</i> (-), dan tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal
	Masalah Keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan	Hipervolemia, nausea, Defisit nutrisi
20.	Pemeriksaan Sistem Syaraf	a) Memori jangka panjang : baik b) Memori jangka pendek : baik c) Perhatian : dapat mengulang d) Bahasa : baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia) e) Kognisi : baik f) Orientasi : baik (terhadap orang, tempat dan waktu g) Refleks fisiologis - Patella : 2 (normal)	a) Memori jangka panjang : baik b) Memori jangka pendek : baik c) Perhatian : dapat mengulang d) Bahasa : baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia) e) Kognisi : baik f) Orientasi : baik (terhadap orang, tempat dan waktu g) Refleks fisiologis - Patella : 2 (normal) - Achilles : 2 (normal) - Bisep : 2 (normal)

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn. H)	Pasien 2 (Tn. T)
		<ul style="list-style-type: none"> - Achilles : 2 (normal) - Bisep : 2 (normal) - Trisep : 2 (normal) - Brankialis : 2 (normal) h) Tidak ada keluhan pusing i) Istirahat/tidur 4 – 5 jam/hari j) Pemeriksaan syaraf kranial - N1 : Pasien mampu membedakan bau kulit jeruk dan aroma kopi - N2 : Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm - N3 : Pasien mampu mengangkat kelopak mata - N4 : Pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah - N5 : Pasien mampu mengunyah - N6 : Pasien mampu menggerakkan mata kesamping - N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata - N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik - N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam - N10 : Pasien mampu menelan - N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan - N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah 	<ul style="list-style-type: none"> - Trisep : 2 (normal) - Brankialis : 2 (normal) h) Tidak ada keluhan pusing i) Istirahat/tidur 4 – 5 jam/hari j) Pemeriksaan syaraf kranial - N1 : Pasien mampu membedakan bau kulit jeruk dan aroma kopi - N2 : Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm - N3 : Pasien mampu mengangkat kelopak mata - N4 : Pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah - N5 : Pasien mampu mengunyah - N6 : Normal Pasien mampu menggerakkan mata kesamping - N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata - N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik - N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam - N10 : Pasien mampu menelan - N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan - N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah
	Masalah Keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan
21.	Pemeriksaan Sistem Perkemihan	<ul style="list-style-type: none"> a) Kebersihan : bersih b) Kemampuan berkemih : Spontan dan tidak menggunakan alat bantu, produksi urine \pm500 ml/hari, warna urine kuning keruh, bau khas urine. Tidak ada distensi kandung kemih, dan tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih 	<ul style="list-style-type: none"> a) Kebersihan : bersih b) Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu jenis Folley Chateter ukuran 16 hari ke 2, produksi urine \pm500 ml/hari, warna kuning dan bau khas urine. Tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn. H)	Pasien 2 (Tn. T)
	Masalah Keperawatan	Hipervolemia	Hipervolemia
22.	Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan integumen	Pergerakan sendi bebas, kekuatan otot : $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$ <p>Tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur dan tidak ada terpasang traksi, kulit berwarna coklat, kulit lembab dan pucat, turgor kulit kurang, tidak ada ulkus diabetik, terdapat edema pada ekstremitas bawah, pitting edema grade +1 : kedalaman 1-3 mm, dan waktu kembali 3 detik. Ekstremitas atas : RU : - LU : - RL : - LL : - Ekstremitas bawah : RU : +1 LU : +1 RL : +1 LL : +1</p>	Pergerakan sendi bebas, kekuatan otot : $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>Tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur dan tidak terpasang traksi, kulit berwarna coklat, kulit kering dan pucat, turgor kulit kurang, tidak ada ulkus diabetik, terdapat edema pada ekstremitas bawah, pitting edema grade +2 : kedalaman 3-5 mm, waktu kembali 7 detik. Ekstremitas atas : RU : - LU : - RL : - LL : - Ekstremitas bawah : RU : - LU : - RL : +2 LL : +2</p>
	Masalah Keperawatan	Hipervolemia ditandai dengan pitting edema +1	Hipervolemia ditandai dengan pitting edema +2
23.	Pemeriksaan Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, merasa mudah haus namun tidak ada nafsu makan, GDS 345 mg/dl, tidak ada luka gangren.	Tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, dan tidak ada luka gangren
	Masalah Keperawatan	Ketidakstabilan kadar gluosa darah	Tidak ada masalah keperawatan
24.	Seksualitas dan Reproduksi	Tidak ada masalah prostat atau kelainan lainnya	Tidak ada masalah prostat atau kelainan lainnya
	Masalah Keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan
25.	Keamanan Lingkungan	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 55 Pasien dalam kategori risiko jatuh tinggi	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 75. Pasien dalam kategori risiko jatuh tinggi.
	Masalah Keperawatan	Risiko jatuh	Risiko jatuh
26.	Pengkajian Psikososial	Persepsi klien terhadap penyakitnya merupakan cobaan tuhan, klien tampak gelisah dengan penyakitnya, pasien kooperatif, pasien tidak mengalami gangguan konsep diri	Persepsi klien terhadap penyakitnya merupakan cobaan tuhan, klien tampak gelisah dengan penyakitnya, pasien kooperatif, pasien tidak mengalami gangguan konsep diri
	Masalah	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah keperawatan

No	Data Anamnesis	Pasien 1 (Tn. H)	Pasien 2 (Tn. T)
	Keperawatan	keperawatan	
27.	Penegkajian Spiritual	Sebelum sakit pasien sering beribadah, dan selama sakit pasien kadang-kadang beribadah	Sebelum sakit pasien sering beribadah, dan selama sakit pasien kadang-kadang beribadah
	Masalah Keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan
28.	Personal Hygiene	Pasien mandi 1x sehari dengan cara di seka dan dibantu keluarga, selama dirawat pasien tidak ada keramas, selama dirawat pasien belum ada memotong kuku, ganti pakaian 1x sehari dibantu oleh keluarga, dan sikat gigi 1x sehari dibantu oleh keluarga	Pasien mandi 1x sehari dengan cara di seka dan dibantu keluarga, selama dirawat pasien tidak ada keramas, selama dirawat pasien belum ada memotong kuku, ganti pakaian 1x sehari dibantu oleh keluarga, dan sikat gigi 1x sehari dibantu oleh keluarga
	Masalah Keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan	Tidak ada masalah keperawatan

4.1.3 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.2 Pemeriksaan Lab. Pasien 1 (T. H) dengan Gagal Ginjal Kronis

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
Senin, 08 Mei 2023	Hematologi Lengkap	1. Hemoglobin 4,9 gr/100 ml	P : 13 - 16, W : 12 - 14
		2. Hematokrit 16 vol%	P : 40 - 48, W: 37 - 43
		3. Leukosit 10.400/mm ³	5.000 - 10.000
		4. Monosit 9,8 %	2 - 8
		5. Glukosa Sewaktu 383 mg/dl	60 - 150
	Kimia Darah	6. Albumin 3,2 g/dl	3,5 - 5,2
		7. Ureum 64 mg/dl	17 - 43
		8. Creatinin 2,6 mg/dl	P : 0,7-1,2, W: 0,5-0,9
		9. Natrium 134 mmol/L	135 - 155
Serologi	HBSAG positif (+)	Negatif (-)	
Urinalisasi	1. Warna kuning muda	Kuning	
	2. Kejernihan : agak keruh	Jernih	
	3. Protein : +2	Negatif	

Tabel 4.3 Pemeriksaan Lab. Pasien 2 (Tn. T) dengan Gagal Ginjal Kronis

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
Senin, 08 Mei 2023	Hematologi	1. Hemoglobin 8,5 gr/100ml	P : 13 - 16, W : 12 - 14
		2. Hematokrit 19 vol %	P : 40 - 48, W: 37 - 43
		3. Leukosit 12.500/mm ³	5.000 - 10.000
	Kimia Darah	4. Glukosa sewaktu 119 mg/dl	60 - 150
		5. Albumin 2,9 g/dl	3,5 - 5,2
		6. Ureum 105 mg/dl	17 - 43
		7. Creatinin 3,0 mg/dl	P : 0,7-1,2, W: 0,5-0,9
		8. Natrium 130 mmol/L	135 - 155
		9. Kalium 6,2 mmol/L	3,4 - 5,3
		10. Chloride 95 mmol/L	98 - 106

Tabel 4.4 Balance Cairan Pasien 1 (Tn. H) dengan Gagal Ginjal Kronis

Intake	Tgl	Tgl	Tgl	Output	Tgl	Tgl	Tgl	Satuan
	9/5/23	10/5/23	11/5/23		9/5/23	10/5/23	11/5/23	
Minum Peroral	600	400	600	Urine (0,5 - 1 ml/Kg/BB/jam)	100	200	250	ml/hari
Cairan Infus	400	400	400	Drain	-	-	-	ml/hari
Obat IV	20	20	20	IWL (10 - 15 ml/Kg/BB/24 jam)	25	25	25	ml/hari
NGT	-	-	-	Diare	-	-	-	ml/hari
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	35	42	84	Muntah	-	-	-	
				Pendarahan	-	-	-	ml/hari
				Feses (1x = 200 ml/hari)	-	-	200	ml/hari
Total	1055	862	1.104	Total	125	225	475	

Tabel 4.5 Balance Cairan Pasien 1 (Tn. T) dengan Gagal Ginjal Kronis

Intake	Tgl	Tgl	Tgl	Output	Tgl	Tgl	Tgl	Satuan
	9/5/23	10/5/23	11/5/23		9/5/23	10/5/23	11/5/23	
Minum Peroral	300	400	400	Urine (0,5 – 1 ml/Kg/BB/jam)	200	200	300	ml/hari
Cairan Infus	400	400	400	Drain	-	-	-	ml/hari
Obat IV	20	22	22	IWL (10 – 15 ml/Kg/BB/24 jam)	23	23	23	ml/hari
NGT	-	-	-	Diare	-	-	-	ml/hari
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	21	42	70	Muntah	50	-	-	
				Pendarahan	-	-	-	ml/hari
				Feses (1x = 200 ml/hari)	200	-	-	ml/hari
Total	741	864	892	Total	473	223	323	

4.1.4 Penatalaksanaan Medis

Tabel 4.6 Penatalaksanaan Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis

Terapi Farmakologis	
Pasien 1 (Tn. H)	Pasien 2 (Tn.T)
Nacl 0,9% 24 tpm via IV Kidmin 24 tpm via IV Omeprazole 40 mg 2x1 via IV Furosemide 10 mg 3x1 via IV Novorapid 3x14 ui via SC Levemir 1x14 ui via SC	Nacl 0,9% 24 tpm via IV Kidmin 24 tpm via IV Omeprazole 1x40 mg via IV Furosemide 10 mg 3x1 via IV Ondansetron 3x1 4mg/2ml Candesartan 16 mg 2x1 via PO Carvedilol 6,85 mg 1x1 via PO Sirup sucralfat 3x2 sendok takar

4.1.5 Diagnosis Keperawatan

Hasil pengkajian yang telah didapatkan maka disusunlah penetapan masalah keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

Tabel 4.7 Daftar Diagnosis Keperawatan Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis

No	Pasien 1 (Tn. H)		No	Pasien 2 (Tn. T)	
	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan		Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan
1.	Selasa 09 Mei 2023	(D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan bengkak dikaki kanan dan kiri, dispnea, kadar hemoglobin 4,9 gr/dl, hematokrit 16 vol%, oliguria, pitting edema grade +1ekstremitas bawah kedalaman 1-3 mm, waktu kembali 3 detik dan terdapat edema pada ekstremitas	1.	Selasa 09 Mei 2023	(D.0076) Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi (uremia) dibuktikan dengan pasien mengatakan mual apabila mencium aroma makanan maupun mencoba makanan, tidak nafsu makan, saliva meningkat, kadar ureum 105 gr/dl, tampak lemas dan pucat
2.	Selasa 09 Mei 2023	(D.0005) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan dispnea, fase ekspirasi memanjang, frekuensi napas tidak teratur, RR 26x/menit, pola nafas takipnea, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm	2.	Selasa 09 Mei 2023	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan bengkak pada kaki kanan dan kiri, pitting edema grade +2 kaki kanan dan kiri kedalaman 3-5 mm, waktu kembali 7 detik, kadar hemoglobin 8,5 gr/dl, hematokrit 19 vol%, dan oliguria
3.	Selasa 09 Mei 2023	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dan kiri, pasien tampak meringis dan menghindari perubahan posisi yang membuat nyeri terasa lebih berat, nadi 105x/menit,	3	Selasa 09 Mei 2023	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan pasien mengeluh badannya terasa lemas, konjungtiva anemis, CRT 3 detik, warna kulit dan bibir pucat, HB : 8,5 gr/dl
4.	Selasa 09 Mei 2023	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan pasien mengeluh badannya terasa lemas, konjungtiva anemis CRT 3 detik, warna kulit dan bibir pucat, HB : 4,9 gr/dl	4.	Selasa 09 Mei 2023	(D.0032) Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mengabsorpsi makanan dibuktikan dengan IMT 17,9 dan berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal
5.	Selasa	(D.0027) Ketidakstabilan	5.	Selasa	(D.0143) Risiko jatuh

No	Pasien 1 (Tn. H)		No	Pasien 2 (Tn. T)	
	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan		Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan
	09 Mei 2023	kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah atau lesu, mulut kering, gula darah sewaktu 345 mg/dl.		09 Mei 2023	dibuktikan dengan anemia
6.	Selasa 09 Mei 2023	(D.0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan anemia			

4.1.6 Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan didapatkan dari hasil diagnosis keperawatan, rencana tindakan keperawatan ini disusun berdasarkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan Pasien 1 (Tn.H) dengan Gagal Ginjal Kronis

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Selasa, 09 Mei 2023	(D.0022) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d pasien mengatakan bengkak dikaki kanan dan kiri, dispnea, kadar hemoglobin 4,9 gr/dl, hematokrit 16 vol%, oliguria, pitting edema grade +1ekremitas bawah kedalaman 1-3 mm, waktu kembali 3 detik dan terdapat edema pada ekstremitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Keseimbangan Cairan (L.03020) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Haluaran urin meningkat (5) 2. Edema menurun (5) 3. Turgor kulit membaik (5)	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi 1.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 1.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 1.3 Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia 1.4 Monitor intake dan output cair 1.5 Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, Hipokalemia, hiponatremia Terapeutik

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
				1.6 Batasi asupan cairan dan garam 1.7 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat Edukasi 1.8 Ajarkan cara mengukut dan mencatat asupan haluaran Cairan Kolaborasi 1.9 Kolaborasi pemberian diuretik
2.	Selasa, 09 Mei 2023	(D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas d.d dispnea, fase ekspirasi memanjang, frekuensi napas tidak teratur, RR 26x/menit, pola nafas takipnea, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Pola Napas (L.01004) membaik dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun (5) 2. Frekuensi napas membaik (5) 3. Kedalaman napas membaik (5)	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi 2.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 2.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 2.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 2.5 Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 2.6 Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 2.7 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
3.	Selasa, 09 Mei 2023	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dan kiri, pasien tampak meringis dan menghindari perubahan posisi yang membuat nyeri terasa lebih berat, nadi 105x/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Frekuensi nadi membaik (5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 3.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri) 3.2 Identifikasi skala nyeri 3.3 Identifikasi respons nyeri non verbal 3.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 3.5 Fasilitasi istirahat dan tidur 3.6 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
				3.7 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 3.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 3.9 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
4.	Selasa, 09 Mei 2023	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d pasien mengeluh badannya terasa lemas, warna kulit dan bibir pucat, konjungtiva anemis, CRT 3 detik, HB : 4,9 gr/dl	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan perfusi perifer (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Warna kulit pucat menurun (5) 2. Pengisian kapiler membaik (5) 3. Akral membaik (5) 4. Turgor kulit membaik (5)	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 4.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ankle brachial indekx</i>) Terapeutik 4.2 Hiari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi 4.3 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Edukasi 4.4 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
5.	Selasa, 09 Mei 2023	(D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin d.d pasien mengeluh lelah/lesu, mulut kering, gula darah sewaktu 345 mg/dl.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah/lesu menurun (5) 2. Mulut kering menurun (5) 3. Kadar glukosa dalam darah membaik (5)	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi 5.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemik 5.2 Monit kadar glukosa darah, jika perlu Terapeutik 5.3 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemik tetap dan atau memburuk Edukasi 5.4 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 5.5 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga Kolaborasi 5.6 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu.
6.	Selasa, 09 Mei 2023	(D.0143) Risiko jatuh d.d anemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan	Pencegahan Jatuh (I.4540) Observasi 6.1 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			Tingkat Jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> Jatuh dari tempat tidur menurun (5) Jatuh saat duduk menurun (5) Jatuh saat dipindahkan menurun (5) 	kebijakan institusi 6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 6.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale</i>), jika perlu Terapeutik 6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 6.5 Pasang handrall tempat tidur 6.6 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah Edukasi 6.7 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 6.8 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 6.9 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan Pasien 1 (Tn.T) dengan Gagal Ginjal Kronis

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Selasa, 09 Mei 2023	(D.0076) Nausea b.d gangguan biokimiawi (uremia) d.d pasien mengatakan mual apabila mencium aroma makanan maupun mencoba makanan, tidak nafsu makan, saliva meningkat, kadar ureum 105 gr/dl, tampak lemas dan pucat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Tingkat Nausea (L.08065) menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> Nafsu makan meningkat (5) Keluhan mual menurun (5) Perasaan ingin muntah menurun (5) Pucat 	Manajemen Mual (I.03117) <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi pengalaman mual Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) Terapeutik 1.4 Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			membaik (5)	Edukasi 1.5 Anjurkan istirahat yang cukup 1.6 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 1.7 Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) Kolaborasi 1.8 Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu
2.	Selasa, 09 Mei 2023	Hipervolemia b.d gangguan regulasi d.d pasien mengatakan bengkak pada kaki kanan dan kiri, pitting edema grade +2 kedalaman 3-5 mm, waktu kembali 7 detik, kadar hemoglobin 8,5 gr/dl, hematokrit 19 vol%, dan oliguria	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Keseimbangan Cairan (L.03020) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Haluaran urin meningkat (5) 2. Edema menurun (5) 3. Turgor kulit membaik (5)	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi 2.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 2.3 Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia Monitor intake dan output cairan 2.4 Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 2.5 Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) Terapeutik 2.6 Batasi asupan cairan dan garam 2.7 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat. Edukasi 2.8 Ajarkan cara mengukut dan


No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
				mencatat asupan haluaran Cairan Kolaborasi 2.9 Kolaborasi pemberian diuretik
3.	Selasa, 09 Mei 2023	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d pasien mengeluh badannya terasa lemas, warna kulit dan bibir pucat, konjunktiva anemis, CRT 3 detik HB : 8,5 gr/dl	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan perfusi perifer (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Warna kulit pucat menurun (5) 2. Pengisian kapiler membaik (5) 3. Akral membaik (5) Turgor kulit membaik (5)	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 3.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ankle brachial indeks</i>) Terapeutik 3.2 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi 3.3 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Edukasi 3.4 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
4.	Selasa, 09 Mei 2023	(D.0032) Defisit nutrisi b.d Ketidakmampuan mengabsorpsi makanan d.d IMT 17,9 dan berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan Status Nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5) 2. Frekuensi makan membaik (5) 3. Nafsu makan membaik (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3.3 Monitor asupan makanan Terapeutik 3.4 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 3.5 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Edukasi 3.6 Ajarkan posisi duduk, jika mampu 3.7 Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 3.8 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 3.9 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
5.	Selasa, 09 Mei 2023	(D.0143) Risiko jatuh d.d anemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Pencegahan Jatuh (I.4540) Observasi 5.1 Identifikasi risiko jatuh

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			selama 3x8 jam diharapkan Tingkat Jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun (5) 2. Jatuh saat duduk menurun (5)	setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 5.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 5.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall Morse Scale</i> , <i>Humpty Dumpty Scale</i>), jika perlu Terapeutik 5.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 5.5 Pasang handrall tempat tidur 5.6 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah Edukasi 5.7 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 5.8 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 5.9 jarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

4.1.7 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan selama 3 hari yang dilakukan berdasarkan dari rencana keperawatan yang telah disusun.

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Pasien 1 (Tn. H) dengan Gagal Ginjal Kronis

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	Selasa, 09 Mei 2023			
	07.30	2.1 Memonitor pola napas	Pasien mengatakan merasa sesak RR: 26x/menit, irama napas tidak teratur, fase ekspirasi memanjang, tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun	
	07.35	2.2 Memonitor bunyi napas tambahan	Tidak terdapat bunyi napas tambahan	
	07.38	1.7, 2.4 Mengubah bed pasien posisi <i>semi fowler</i>	Pasien lebih nyaman jika di posisikan <i>semi fowler</i> dibanding posisi sebelumnya	
	08.10	1.3 Memonitor status hemodinamik	Pasien mengatakan merasa pusing dan sedikit lemas. TD : 140/90 mmHg, N : 105x/menit, S : 36,1 °C, RR : 26x/menit, MAP : 107 mmHg	
	08.25	1.9 Memberikan injeksi terapi diuretik dan antibiotik	Diberikan terapi furosemide 10 mg/2ml dan omeprazole 40 mg	
	08.35	5.2 Memonitor kadar glukosa darah	Pasien mengatakan pusing, GDS 345 mg/dl	
	09.14	2.5 Memberikan oksigen dengan nasal kanul 3 lpm	Pasien mengeluh sesak napas, RR : 26x/menit, SPO ₂ : 98%	
	09.20	3.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri	P : nyeri akibat kaki bengkak, Q : rasa nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : Lokasi nyeri pada kaki kanan dan kiri, S : Skala 3, T : Nyeri hilang timbul dan terasa nyeri apabila kaki digerakkan	
	09.24	3.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Pasien menunjukkan skala nyeri 3	
	09.28	3.8 Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Memberikan teknik tarik nafas dalam	

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	10.13	4.1 Mengukur CRT, nadi perifer dan akral	untuk mengurangi nyeri CRT 3 detik, akral dingin, nadi teraba, dan warna kulit pucat, konjungtiva anemis	J
	10.20	1.1 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	Edema ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +1 LL : +1	
	11.00	5.6 Kolaborasi pemberian insulin	Pasien diberikan Novorapid 14 ui via SC	
	12.00	6.3 Menghitung risiko jatuh dengan skala morse	Nilai skala morse adalah 55, pasien dalam kegori risiko jatuh tinggi	
	13.00	Memberikan transfusi darah PRC	1 kolf jenis PRC, Vol: 150 cc dengan 38 Tpm, Rhesus B+, Tidak ada reaksi alergi	
	14.45	1.4 Monitor intake dan output cairan	<i>Input</i> : 1055 cc <i>Output</i> : 125 cc <i>Balance</i> : 930 cc	
2.	Rabu, 10 Mei 2023			J
	07.45	1.3 Memonitor status Hemodinamik	Pasien mengatakan pusing sudah berkurang dan masih merasa lemas. TD : 130/90 mmHg, N : 98x/menit, S : 36,2 ⁰ C, RR : 24x/menit, MAP : 103 mmHg	
	08.05	1.1 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	Edema ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +1 LL : +1	
	08.10	6.4 Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	Pasien mengatakan nyeri pada kakinya dan sering gelisah, roda tempat tidur tampak telah terkunci dengan baik	
	08.12	6.5 Memasang handrall tempat tidur	<i>Handrall</i> telah terpasang dan pasien sering memegang handrall bed	
	08.20	1.9 Memberikan injeksi terapi diuretik dan antibiotik	Diberikan terapi furosemide 10 mg/2ml dan omeprazole 40 mg	
	08.35	2.1 Memonitor pola napas	Pasien mengatakan merasa sesak napas, RR : 24x/menit, irama napas teratur Pasien nyaman dan sesak berkurang	

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	09.05	1.7, 2.4 Memposisikan pasien posisi <i>semi fowler</i> 2.5 Memberikan oksigen dengan nasal kanul 3 lpm	dengan posisi <i>semi fowler</i> Pasien mengeluh sesak napas, SPO ₂ : 96%	
	09.20	3.1 Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri	P : nyeri akibat kaki bengkak, Q : rasa nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : lokasi nyeri pada kaki kanan dan kiri, S : skala 2, T : nyeri hilang timbul dan terasa nyeri apabila kaki digerakkan	
	09.32	3.2 Mengidentifikasi skala nyeri 2.2 Memonitor bunyi napas tambahan	Pasien menunjukkan skala nyeri 2 Tidak terdapat bunyi napas tambahan	
	09.35	3.8 Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Memberikan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	
	09.48	4.1 Mengukur CRT, nadi perifer dan akral	CRT 3 detik, akral dingin, nadi teraba, dan warna kulit pucat, konjungtiva anemis	
	09.55	4.3 Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi	Pengukuran tekanan darah dilakukan pada ekstremitas atas, yaitu tangan kanan dan kiri	
	10.36			
	11.25	6.7 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	Pasien dan keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah pindah dari bed karena nyeri pada kakinya dan lemas	
	11.27	5.2 Memonitor kadar glukosa darah	GDS : 255 mg/dl	
	12.15	5.6 Kolaborasi pemberian insulin	Pasien diberikan novorapid 10 ui via SC	
	13.30	Memberikan transfusi darah PRC	Jenis PRC, Vol: 150 cc dengan 38 Tpm, dan tidak ada reaksi alergi	
	14.45	1.4 Memonitor intake dan output cairan	<i>Input</i> : 862 cc <i>Output</i> : 225 cc <i>Balance</i> : 637cc	
3.	Kamis, 11 Mei 2023 07.40	1.3 Memonitor status hemodinamik	Pasien mengatakan sudah tidak pusing namun saja masih merasa sedikit lemas. TD : 140/90 mmHg, N : 90x/menit, S : 36 ⁰ C, RR :	



No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
			21x/menit, MAP : 107 mmHg, SPO ₂ : 97%	
	08.10	4.2 Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi	Pengukuran tekanan darah dilakukan pada ekstremitas atas, yaitu tangan kanan dan kiri	
	08.15	2.1 Memonitor pola napas	Pasien mengatakan sesak napas berkurang, RR : 21x/menit, irama napas teratur	
	08.22	1.7, 2.4 Memposisikan pasien <i>semi fowler</i>	Pasien mengatakan nyaman dengan posisi saat ini	
	08.45	6.4 Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	Pasien mengatakan nyeri pada kakinya berkurang dan tidak gelisah lagi, roda tempat tidur tampak telah terkunci dengan baik	
	08.47	6.5 Memasang handrall tempat tidur	<i>Handrall</i> telah terpasang dan pasien sering memegang handrall bed	
	09.30	3.1 Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri	Pasien mengatakan nyeri pada kakinya sudah tidak lagi, pasien dapat menggerakkan kakinya tanpa ekspresi meringis	
	09.34	1.1 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	Edema ekstremitas bawah RU : - LU : - RL : +1 LL : +1	
	09.36	1.9 Memberikan terapi diuretik dan antibiotik	Diberikan terapi furosemide 10 mg/2ml dan omeprazole 40 mg via IV	
	09.39	4.1 Mengukur CRT, nadi perifer dan akral	CRT 2 detik, akral dingin, nadi teraba, dan warna kulit pucat, HB : 7,2 gr/100ml	
	12.32	5.2 Memonitor kadar glukosa darah	GDS : 196 mg/dl	
	13.05	5.6 Kolaborasi pemberian insulin	Pasien diberikan Novorapid 8 ui via SC	
	13.30	Memberikan transfusi darah PRC	Jenis PRC, Vol: 150 cc dengan 38 Tpm, dan tidak ada reaksi alergi	
	14.45	1.4 Memonitor intake dan output cairan	<i>Intake</i> : 1.104 cc <i>Output</i> : 475 cc	

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
			Balance : 629 cc	


Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan Pasien 2 (Tn. T) dengan Gagal Ginjal Kronis

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	Selasa, 09 Mei 2023			
	08.15	2.3 Memonitor status hemodinamik	TD :150/90 mmHg, N : 90x/menit, S : 36.2 ^o C, RR : 21x/menit, MAP : 110 mmHg	
	08.20	1.1 Menanyakan kepada pasien penyebab mual	Pasien mengatakan mual dan ingin muntah apabila mencoba makan dan mencium aroma masakan/makanan yang menyengat	
	08.24	1.2 Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup	Pasien mengatakan mual sejak 3 hari yang lalu, pasien juga mengatakan tidak nafsu makan dan tampak lesu dan pucat, porsi makan hanya habis ¼ .	
	08.26	5.3 Menghitung risiko jatuh dengan skala morse	Nilai skala morse adalah 75, pasien dalam kegori risiko jatuh tinggi	
	08.28	1.3 Memonitor mual	Pasien mengatakan sering mual apabila ketika mencium aroma makanan	
	08.52	2.1 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	Edema RL +2 dan LL +2	
	08.58	1.8 Memberikan terapi injeksi omeprazole	Omeprazole 40 mg via IV, Pasien mengatakan masih mual, tidak ada reaksi alergi	
	09.05	3.1 Mengukur CRT, nadi perifer dan akral	CRT 3 detik, akral dingin, warna kulit pucat, konjungtiva anemis	
	09.10	Memberikan transfusi darah PRC	Jenis PRC, Vol: 150 ml dengan 38 Tpm, Rhesus O+ dan tidak ada reaksi alergi	
	10.50	2.8 Memposisikan pasien <i>semi fowler</i>	Pasien lebih nyaman jika diposisikan <i>semi fowler</i>	
	11.12	2.3 Memonitor tanda hemokonsentrasi	Natrium : 130 mmol/L, ureum : 105 mg/dl, hematokrit : 19 vol%	
	11.20	4.1 Mengidentifikasi	BB : 55 kg, TB : 175 , IMT : 17,9 .	

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	11.22	status nutrisi 4.2 Mengidentifikasi alergi makan pasien	Pasien masuk dalam kategori kurus Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan	B
	13.30	4.3 Memonitor asupan makanan	Pasien makan 3 kali sehari, pasien hanya menghabiskan ¼ porsi dari makanan yang diberikan	
	14.50	2.4 Memonitor intake dan output cairan	<i>Intake</i> : 741 cc <i>Output</i> : 473 cc <i>Balance</i> : +304 cc	
2.	Rabu, 10 Mei 2023			B
	07.55	2.3 Memonitor status hemodinamik	TD : 160/90 mmHg, N: 84x/menit, S : 36°C, RR : 19x/menit, MAP : 113	
	08.57	3.3 Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi	Dilakukan pengukuran tekanan darah pada ekstremitas atas, yaitu tangan kanan	
	10.05	1.1 Menanyakan kepada pasien penyebab mual	Pasien mengatakan mual berkurang dan tidak ada muntah pada hari ini, pasien tidak mual lagi ketika mencium makanan, tetapi mual ketika mencium bau susu dan masih merasa mual ketika sedang makan	
	10.07	1.2 Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup	Pasien mengatakan mual sudah menurun, dan sudah bisa makan lebih banyak dibanding hari kemarin, porsi makan yang dihabiskan adalah ½ porsi dari makanan yang diberikan	
	10.10	1.3 Memonitor mual	Pasien mengatakan mual muncul pada saat makan dan mencium bau susu	
	10.14	1.4 Menjauhkan makanan dan sesuatu yang berbau tajam (pewangi)	Pasien mengatakan mual muncul pada saat makan dan mencium bau susu Mual pasien tampak berkurang jika tidak mencium aroma yang tajam seperti pewangi pakaian (parfum)	
	10.20	1.8, 4.8 Kolaborasi pemberian obat antiemetik dan antibiotik	Pasien mengatakan mual menurun, injeksi Ondansentron 4 mg/2 ml dan omeprazole 40 mg via IV	
	10.23	2.10 Kolaborasi pemberian diuretik	Injeksi furosemide 10 mg via IV	
	11.35	2.1 Memeriksa tanda dan	Edema RL +2 dan LL +2	

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
		gejala hipervolemia		
	11.38	3.1 Mengukur CRT, nadi perifer dan akral	CRT 2 detik, akral dingin, warna kulit pucat, konjungtiva anemis	
	11.40	Memberikan transfusi darah PRC	Jenis PRC, Vol: 150 ml dengan 38 Tpm, Rhesus O+ dan tidak ada reaksi alergi	
	12.45	2.8 Memposisikan pasien <i>semi fowler</i>	Pasien lebih nyaman jika diposisikan <i>semi fowler</i>	
	13.45	4.3 Memonitor asupan makanan	Pasien makan 3 kali sehari, pasien hanya menghabiskan ½ porsi dari makanan yang diberikan.	
	14.00	1.6, 4.4 Menganjurkan sering membersihkan mulut sebelum makan kecuali jika merangsang mual	Pasien mengatakan tidak pernah sikat gigi selama di rumah sakit, dan akan sikat gigi setiap pagi dan sebelum tidur.	
	14.02	6.4 Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	Pasien mengatakan masih lemas dan roda bed pasien tampak telah terkunci dengan baik	
	14.05	6.5 Memasang handrail tempat tidur	<i>Handrall</i> tempat tidur telah terpasang dan pasien tampak bangun duduk dengan memegang handrail bad	
	14.07	6.7 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	Pasien mengatakan selama sakit pasien merasa lemas dan membuat tidak mampu untuk berpindah	
	14.55	2.4 Memonitor intake dan output cairan	<i>Intake</i> : 864 cc <i>Output</i> : 223 cc <i>Balance</i> : 641 cc	
3.	Kamis, 11 Mei 2023			
	07.30	2.3 Memonitor status hemodinamik	TD : 140/90 mmHg, N: 86x/menit, S : 36,3 ⁰ C, RR : 20x/menit, MAP : 107 mmHg	
	07.37	3.2 Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi	Dilakukan pengukuran tekanan darah pada ekstremitas atas, yaitu tangan kanan	
	08.30	1.1 Menanyakan kepada	Pasien mengatakan mual berkurang,	


No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
		pasien penyebab mual	mampu makan lebih banyak dibanding kemarin dan pasien juga mengatakan hidungnya sudah tidak sensitif terhadap bau tajam.	
	08.35	1.3 Memonitor mual	Pasien mengatakan sudah jarang mual	
	09.05	1.8, 4.8 Kolaborasi pemberian obat antiemetik dan antibiotik	Pasien mengatakan mual menurun, injeksi Ondansentron 4 mg/2 ml dan omeprazole 40 mg via IV	
	09.08	2.10 Kolaborasi pemberian diuretik	Injeksi furosemide 10 mg via IV	
	09.15	2.8 Memosisikan pasien <i>semi fowler</i>	Pasien lebih nyaman jika diposisikan <i>semi fowler</i>	
	09.20	1.6, 4.4 Mengajarkan sering membersihkan mulut sebelum makan kecuali jika merangsang mual	Pasien mengatakan sikat gigi sejak kemarin malam dan telah sikat gigi pagi tadi, pasien juga mengatakan tidak ada mual selama sikat gigi dan merasa segar sehingga meningkatkan nafsu makannya	
	09.22	6.4 Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	Pasien mengatakan masih lemas dan roda bed pasien tampak telah terkunci dengan baik	
	09.25	6.5 Memasang <i>handrall</i> tempat tidur	<i>Handrall</i> tempat tidur telah terpasang dan pasien tampak bangun duduk dengan memegang <i>handrail</i> bad	
	10.03	2.1 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	Edema RL +1 dan LL +1	
	10.10	3.1 Mengukur CRT, nadi perifer dan akral	CRT <2 detik, akral hangat, warna kulit pucat, Hb : 9,9 gr/100 ml	
	11.30	Memberikan transfusi darah PRC	Jenis PRC, Vol: 150 cc dengan 38 Tpm dan tidak ada reaksi alergi	
	13.40	4.3 Memonitor asupan makanan	Pasien makan 3 kali sehari, pasien mengatakan nafsu makan membaik dan telah menghabiskan lebih dari ½ porsi dari makanan yang diberikan	
	14.05	2.5 Memonitor tanda hemokonsentrasi	Natrium : 135 mmol/L, ureum : 97 mg/dl, hematokrit : 28vol%	
	14.55	2.4 Memonitor intake dan output cairan	<i>Input</i> : 892 cc <i>Output</i> : 323	


No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	14.57	1.5 Anjurkan istirahat yang cukup	Balance : 569 Pasien tampak lebih segar setelah beristirahat	



4.1.8 Evaluasi Keperawatan


Evaluasi keperawatan dilakukan setelah implementasi dilakukan untuk menilai respons pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan.


Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 (Tn. H) dengan Gagal Ginjal Kronis


No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Selasa, 09 Mei 2023	DX 1 Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi DX 2 Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya	S : - Pasien mengatakan bengkak pada kaki kanan dan kiri sejak tanggal 05 Mei 2023 - Pasien mengatakan baru pertama kali bengkak pada kedua kakinya O : - Edema grade +1 dengan kedalaman 3 cm dalam waktu kembali 3 detik Ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +1 LL : +1 - Oliguria, urine: 100 ml/8 jam - Balance cairan : 930 - TD : 140/90 mmHg, N : 105x/menit, S : 36,1 ⁰ C, RR : 26x/menit A : Hipervolemia belum teratasi P : 1.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 1.3 Monitor status hemodinamik 1.4 Monitor intake dan output cairan 1.7 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat 1.9 Kolaborasi pemberian diuretik S : - Pasien mengatakan sesak nafas sejak kemarin pada jam 08.00 namun sudah berkurang - Pasien mengatakan sesak nafas memberat	

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<p>napas</p> <p>DX 3</p> <p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <p>DX 4</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>DX 5</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin</p>	<p>apabila berbaring dan beraktivitas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 26x/menit, irama nafas tidak teratur, SPO₂ : 98 %, tidak ada bunyi nafas tambahan - Terpasang nasal kanul 3 lpm - Fase ekspirasi memanjang - Tekanan ekspirasi dan inspirasi menurun <p>A : Pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor pola napas 2.2 Monitor bunyi napas tambahan 2.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 2.5 Berikan oksigen, jika perlu <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri - P : nyeri akibat bengkak, Q : rasa nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : lokasi nyeri pada kaki kanan dan kiri, S : skala 3, T : nyeri hilang timbul dan terasa nyeri apabila kaki digerakkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis dan gelisah, N : 105x/menit <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3.2 Identifikasi skala nyeri 3.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>S : Pasien mengatakan lemas dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT 3 detik, akral dingin, konjungtiva anemis, pasien tampak pucat, HB : 4,9 gr/100 ml - Transfusi darah PRC 1 kolf, Vol: 150 cc dengan 38 Tpm, Rhesus B+ dan tidak ada reaksi alergi <p>A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Periksa sirkulasi perifer 4.3 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi <p>S : Pasien mengatakan pusing, sering merasa penglihatannya kabur dan lelah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS : 345 mg/dl, pasien mendapatkan insulin jenis novorapid 14 ui via SC, - Mulut pasien tampak kering <p>A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum</p>	


No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		DX 6 Risiko jatuh dibuktikan dengan anemia	teratasi P : 5.2 Monit kadar glukosa darah, jika perlu 5.6 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu S : - Pasien mengatakan lemas, nyeri pada kaki dan sering mencari posisi yang nyaman saat duduk ataupun saat berbaring O : - Nilai skala morse adalah 55, pasien dalam kegori risiko jatuh tinggi - Terpasang gelang fall risk - Pasien tampak gelisah A : Risiko jatuh belum teratasi P : 6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 6.5 Pasang handrall tempat tidur 6.7 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	
2.	Rabu, 10 Mei 2023	DX 1 Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi DX 2 Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas	S : - Pasien mengatakan bengkak pada kaki masih sama - Pasien mengatakan sering BAK O : - Edema grade +1 dengan kedalaman 3 cm dalam waktu kembali 3 detik Ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +1 LL : +1 - urine: 200 ml/8 jam - Balance cairan : +637 - TD : 130/90 mmHg, N : 98x/menit, S : 36,2°C, RR : 24x/menit, MAP : 103 mmHg - Turgor Kulit 3 detik A : Hipervolemia teratasi sebagian P : 1.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 1.3 Monitor status hemodinamik 1.4 Monitor intake dan output cairan 1.7 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat 1.9 Kolaborasi pemberian diuretik S : - Pasien mengatakan sesak nafas berkurang jika posisi duduk O : - RR : 24x/menit, irama nafas teratur, SPO ₂ : 96 %, tidak ada bunyi nafas tambahan, tidak ada otot bantu nafas, tekanan ekspirasi dan inspirasi meningkat - Terpasang nasal kanul 3 lpm	


No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<p data-bbox="520 577 584 607">DX 3</p> <p data-bbox="520 640 692 730">Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <p data-bbox="520 1193 584 1223">DX 4</p> <p data-bbox="520 1256 692 1402">Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p data-bbox="520 1619 584 1648">DX 5</p> <p data-bbox="520 1682 692 1827">Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin</p>	<p data-bbox="727 371 1206 551">- Pasien dalam posisi semi fowler A : Pola nafas tidak efektif teratasi sebagian P : 2.1 Monitor pola napas 2.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 2.5 Berikan oksigen, jika perlu</p> <p data-bbox="727 584 1238 1155">S : - Pasien mengatakan keluhan nyeri yang dirasakan sudah menurun - P : nyeri akibat bengkak, Q : rasa nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : lokasi nyeri pada kaki kanan dan kiri, S : skala 2, T : nyeri hilang timbul dan terasa nyeri apabila kaki digerakkan - Pasien mengatakan telah mengerti cara meredakan nyeri dengan teknik relaksasi napas dalam O : pasien tampak meringis, pasien tampak sering melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, N : 98x/menit, A : Nyeri akut teratasi sebagian P : 3.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p data-bbox="727 1189 1238 1581">S : Pasien mengatakan lemas dan pusing O : - CRT 3 detik, akral dingin, konjungtiva anemis, pasien tampak pucat, HB : 4,9 gr/100 ml - Transfusi darah PRC 1 kolf, Vol: 150 cc dengan 38 Tpm, Rhesus B+, dan ada reaksi alergi A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P : 4.1 Periksa sirkulasi perifer 4.3 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p data-bbox="727 1615 1238 1984">S : - Pasien mengatakan pusing menurun, dan rasa lelah menurun O : - GDS : 255 mg/dl, pasien mendapatkan insulin jenis novorapid 10 ui via SC, - Mulut pasien tampak kering A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P 5.2 Monit kadar glukosa darah, jika perlu 5.6 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p>	



No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		DX 6 Risiko jatuh dibuktikan dengan anemia	S : - Pasien mengatakan lemas berkurang, nyeri pada kaki berkurang dan sering mencari posisi yang nyaman saat duduk ataupun saat berbaring O : - Terpasang gelang fall risk - Gelisah pasien tampak menurun A : Risiko jatuh teratasi sebagian P : 6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 6.5 Pasang handrall tempat tidur	
3.	Kamis, 11 Mei 2023	DX 1 Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi DX 2 Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas DX 3	S : - Pasien mengatakan bengkak pada kaki masih sama - Pasien mengatakan sering BAK O : - Edema grade +1 dengan kedalaman 3 cm dalam waktu kembali 3 detik Ekstremitas bawah RU : - LU : - RL : +1 LL : +1 - urine: 250 ml/8 jam - Balance cairan : +629 - TD : 140/90 mmHg, N : 90x/menit, S : 36 ⁰ C, RR : 21x/menit, MAP : 107 mmHg - Turgor Kulit 2 detik A : Hipervolemia teratasi sebagian P : 1.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 1.3 Monitor status hemodinamik 1.4 Monitor intake dan output cairan 1.7 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat 1.9 Kolaborasi pemberian diuretik S : - Pasien mengatakan sesak nafas berkurang dan mengatakan merasa nyaman jika nasal kanul tidak di pakai O : - RR : 21x/menit, irama nafas teratur, SPO ₂ : 97 %, tidak ada bunyi nafas tambahan, tidak ada otot bantu nafas - Nasal kanul dilepas - Pasien dalam posisi semi fowler A : Pola nafas tidak efektif teratasi P : Hentikan intervensi S : Pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan	


No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <p>DX 4</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>DX 5</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin</p> <p>DX 6</p> <p>Risiko jatuh dibuktikan dengan anemia</p>	<p>nyeri</p> <p>O : N : 90 x/menit,</p> <p>A : Nyeri akut teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p>S : Pasien mengatakan lemas dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT 2 detik, akral dingin, konjungtiva anemis, pasien tampak pucat, HB : 7,9 gr/100 ml - Transfusi darah PRC 1 kolf, Vol: 150 cc dengan 38 Tpm, Rhesus B+, dan ada reaksi alergi <p>A : Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>4.1 Periksa sirkulasi perifer</p> <p>4.3 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>S : pasien mengatakan tidak pusing dan lelah menurun</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS : 196 mg/dl, pasien mendapatkan insulin jenis novorapid 8 ui via SC, - Mulut pasien tampak kering <p>A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>5.2 Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</p> <p>5.6 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas berkurang, sudah tidak ada nyeri. <p>O : Terpasang gelang fall risk</p> <p>A : Risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>6.5 Pasang handrall tempat tidur</p>	



Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan Pasien 2 (Tn. T) dengan Gagal Ginjal Kronis

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Selasa, 09 Mei 2023	DX 1 Nausea b.d gangguan biokimiawi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa mual dan ingin muntah apabila mencoba makan ataupun mencium aroma masakan/makanan, pasien mengatakan nafsu makan menurun 	

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<p>(uremia)</p> <p>DX 2</p> <p>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</p> <p>DX 3</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>DX 4</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lesu dan pucat, porsi makan hanya habis ¼ porsi saja, kadar ureum 105 mg/dl <p>A: Nausea belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi pengalaman mual 1.2 Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 1.3 Monitor mual 1.5 Kendalikan faktor lingkung penyebab mual 1.6 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 1.8 Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bengkak pada kaki kanan dan kiri sejak tanggal 03 Mei 2023 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema grade +2 dengan kedalaman 3-5 mm dalam waktu kembali 7 detik Ekstremitas bawah RL : +2 LL : +2 - Oliguria, urine: 200 ml/8 jam - Balance cairan : +304 - TD : 150/90 mmHg, N : 90x/menit, S : 36,2⁰C, RR : 21x/menit, MAP : 110 mmHg <p>A : Hipervolemia belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2.3 Monitor status hemodinamik 2.4 Monitor intake dan output cairan 2.8 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat 2.10 Kolaborasi pemberian diuretik <p>S : Pasien mengatakan lemas dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT 3 detik, akral dingin, konjungtiva anemis, pasien tampak pucat, HB : 8,5 gr/100 ml - Transfusi darah PRC 1 kolf, Vol: 150 cc dengan 38 Tpm, Rhesus O+, dan tidak ada reaksi alergi <p>A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Periksa sirkulasi perifer 4.3 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi <p>S : Pasien mengatakan selama sakit tidak pernah</p>	

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<p>Defisit nutrisi b.d Ketidakmampuan mengabsorpsi makanan</p> <p>DX 5</p> <p>Risiko jatuh dibuktikan dengan anemia</p>	<p>nafsu makan dikarekan mual. Tidak ingin makan dikarenakan selalu mual dan setiap makanan yang dimakan akan dimuntahkan, pasien mengatakan ada muntah tadi pagi, pasien mengatakan makan 3x/sehari dan makanan yang dihabiskan adalah ¼ porsi.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMT 17,9 pasien masuk dalam kategori kurus - Bising usus hiperaktif 20x/menit <p>A : Defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>4.3 Monitor asupan makanan</p> <p>4.4 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas, <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nilai skala morse adalah 75, pasien dalam kategori risiko jatuh tinggi - Terpasang gelang fall risk <p>A : Risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>5.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>5.5 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>5.7 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>	
2.	Rabu, 10 Mei 2023	<p>DX 1</p> <p>Nausea b.d gangguan biokimiawi (uremia)</p> <p>DX 2</p> <p>Hipervolemia b.d gangguan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mual berkurang dan tidak ada muntah pada hari ini, pasien tidak mual lagi ketika mencium makanan, tetapi mual ketika mencium bau susu dan masih merasa mual ketika sedang makan, pasien juga mengatakan bahwa penciumannya sensitif terhadap sesuatu yang berbau tajam. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan habis ½ porsi, kadar ureum 105 mg/dl, albumin 2,9 g/dl <p>A: Nausea teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>1.1 Identifikasi pengalaman mual</p> <p>1.3 Monitor mual</p> <p>1.5 Anjurkan istirahat yang cukup</p> <p>1.6 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>1.8 Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bengkak kakinya masih sama dengan hari kemarin <p>O :</p>	

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<p>mekanisme regulasi</p> <p>DX 3</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>DX 4</p> <p>Defisit nutrisi b.d Ketidakmampuan mengabsorpsi makanan</p> <p>DX 5</p> <p>Risiko jatuh dibuktikan dengan anemia</p>	<p>- Edema grade +2 dengan kedalaman 3-5cm dalam waktu kembali 5 detik Ekstremitas bawah RL : +2 LL : +2</p> <p>- Oliguria, urine: 200 ml/8 jam</p> <p>- Balance cairan : +641</p> <p>- TD : 160/90 mmHg, N : 84x/menit, S : 36 °C, RR : 19x/menit, MAP : 113 mmHg</p> <p>A : Hipervolemia belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>2.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>2.3 Monitor status hemodinamik</p> <p>2.4 Monitor intake dan output cairan</p> <p>2.5 Monitor tanda hemokonsentrasi</p> <p>2.8 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat</p> <p>2.10 Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>S :</p> <p>- Pasien mengatakan lemas dan pusing berkurang</p> <p>O :</p> <p>- CRT 2 detik, akral hangat, konjungtiva anemis, pasien tampak pucat, HB : 8,5 gr/100 ml</p> <p>- Transfusi darah PRC 1 kolf, Vol: 150 cc dengan 38 Tpm, Rhesus O+ dan tidak ada reaksi alergi</p> <p>A : Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>3.1 Periksa sirkulasi perifer</p> <p>3.3 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>S : Pasien mengatakan jumlah makanan yang dia makan sudah banyak dibanding hari kemarin, pasien makan 3x/sehari dan makanan yang dihabiskan adalah ½ porsi.</p> <p>O :</p> <p>- IMT 17,9 pasien masuk dalam kategori kurus</p> <p>- Bising usus 15x/menit</p> <p>A : Defisit nutrisi teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>4.3 Monitor asupan makanan</p> <p>4.4 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>S :</p> <p>- Pasien mengatakan lemas</p> <p>O :</p> <p>- Terpasang gelang fall risk</p> <p>A : Risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P :</p>	

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			5.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 5.5 Pasang handrail tempat tidur	
3.	Kamis, 11 Mei 2023	<p>DX 1</p> <p>Nausea b.d gangguan biokimiawi (uremia)</p> <p>DX 2</p> <p>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi</p> <p>DX 3</p> <p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mual berkurang dan tidak ada muntah pada hari ini, mampu makan lebih banyak dibanding kemarin - Pasien juga mengatakan penciumannya sudah tidak sensitif terhadap sesuatu yang berbau tajam <p>O : Porsi makan habis lebih dari ½ porsi, kadar ureum 97 mg/dl, albumin 3,2 g/dl</p> <p>A: Nausea teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>1.1 Identifikasi pengalaman mual 1.3 Monitor mual 1.5 Anjurkan istirahat yang cukup 1.8 Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bengkak pada kakinya berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema grade +1 dengan kedalaman 3 cm dalam waktu kembali 3 detik Ekstremitas bawah RL : +1 LL : +1 - urine: 300 ml/8 jam - Balance cairan : +569 - TD : 140/90 mmHg, N : 86x/menit, S : 36,3 °C, RR : 20x/menit, MAP : 107 mmHg - Natrium : 135 mmol/L, ureum : 97 mg/dl, hematokrit : 28 vol% <p>A : Hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>2.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2.3 Monitor status hemodinamik 2.4 Monitor intake dan output cairan 2.8 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat 2.10 Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas dan pusing berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT <2 detik, akral hangat, konjungtiva anemis, pucat tampak menurun un, HB : 9,9 gr/100 ml - Transfusi darah PRC 1 kolf, Vol: 150 cc dengan 38 Tpm, Rhesus O+, dan tidak ada reaksi alergi <p>A : Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p>	

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		DX 4 Defisit nutrisi b.d Ketidakmampuan mengabsorpsi makanan	P : 3.1 Periksa sirkulasi perifer 3.3 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi S : - Pasien mengatakan jumlah makanan yang dimakan sudah banyak dibanding hari kemarin, pasien makan 3x/sehari dan makanan yang dihabiskan adalah lebih dari ½ porsi. O : - IMT 17,9 pasien masuk dalam kategori kurus - Bising usus 10x/menit A : Defisit nutrisi teratasi sebagian	B
		DX 5 Risiko jatuh dibuktikan dengan anemia	P : 4.3 Monitor asupan makanan 4.4 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu S : Pasien mengatakan lemas O : Terpasang gelang fall risk A : Risiko jatuh teratasi sebagian P : 5.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci Pasang handrail tempat tidur	

4.2 Pembahasan

4.2.1 (D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Berdasarkan dari hasil pengkajian terhadap kedua pasien, didapatkan data pasien mengalami bengkak pada ekstremitas bawahnya, pasien mengatakan haluaran urin dalam jumlah sedikit. Pada pasien1 dan 2 Terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah, terdapat pitting edema dengan penilaian pada pasien 1 : RU : +1, LU : +1, RL : +1, LL : +1 dan pasien 2 : RL : +2, LL : +2, serta balance cairan yang bernilai positif

dimana pasien 1 : +730 ml dan pasien 2 : +218. Hasil laboratorium terkhusus pemeriksaan kimia klinik , didapatkan data berupa peningkatan kadar ureum, kreatinin dengan nilai kimia klinik pada pasien 1 yaitu, ureum : 64 mg/dl, kreatinin : 2,6 mg/dl natrium 134 mmol/L, sedangkan nilai kimia klinik pada pasien 2 yaitu ureum : 105 mg/dl, kreatinin : 3,0 mg/dl, natrium : 130 mmol/L, kalium : 6,2 mmol/L.

Tanda dan gejala yang muncul pada kedua pasien kelolaan penulis sesuai dengan teori pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronis dan sesuai dengan patofisiologi penyakit gagal ginjal kronis, permasalahan hipervolemia dapat terjadi karena adanya stimulasi kronis ginjal untuk menahan natrium dan air serta fungsi ginjal mengalami abnormal diikuti dengan penurunan pada ekskresi natrium dan air. Gejala yang akan dialami yaitu meliputi sesak napas, peningkatan pada tekanan darah, dan edema. Ginjal kehilangan kemampuan untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urine secara normal sehingga terjadi penahanan cairan dan natrium yang meningkatkan resiko terjadinya edema (Fatmasari, 2021).

Berdasarkan analisa data dari hasil pengkajian pada pasien 1 dan 2, penulis mengangkat masalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi sebagai diagnosis aktual, yang dibuktikan dengan tanda mayor yaitu dispnea / sesak napas dan edema, pada tanda minor yaitu penurunan HB, oliguria, balance cairan positif. Hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial dan/atau intra seluler yang memiliki batasan karakteristik : dispnea, edema, kadar Hb/Ht

menurun, oliguria, intake lebih banyak dari hasil output (balance cairan positif) (SDKI,2017).

Pada penyakit ginjal kronis, ginjal tidak dapat mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi edema. Edema merujuk pada penimbunan cairan di jaringan subkutan yang menyebabkan cairan merembes ruang interstisial. Penurunan fungsi ginjal juga menyebabkan gangguan ekskresi produk sisa (sampah dari tubuh) sehingga tetap bertahan di dalam tubuh. Produk sampah ini berupa ureum dan kreatinin, dimana dalam jangka panjang dapat menyebabkan intoksikasi oleh ureum dalam konsentrasi tinggi yang disebut dengan sindrom uremia (Smeltzer, 2015).

Penurunan fungsi ginjal juga menyebabkan gangguan ekskresi produk sisa (sampah dari tubuh) sehingga tetap tertahan di dalam tubuh. Produk sampah ini berupa ureum dan kreatinin, dimana dalam jangka panjang dapat menyebabkan intoksikasi oleh ureum dalam konsentrasi tinggi yang disebut dengan sindrom uremia. Kadar tingginya kreatinin juga berdampak GFR yang dapat menyebabkan oliguria yaitu kondisi produksi urin $< 0,5 - 1 \text{ ml/kg/BB/24 jam}$ bahkan anuria yaitu kondisi dimana ginjal tidak mampu memproduksi urin (Hana et al., 2019). Maka tindakan yang dilakukan berupa Monitoring tanda dan gejala hipervolemia, monitor status hemodinamik, monitor intake dan output cairan, tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, dan kolaborasi pemberian diuretik berupa furosemide.

Menurut penelitian Angraini dan Putri (2016) pemantauan dan pembatasan jumlah asupan cairan dan garam pada pasien dengan penyakit ginjal kronis sangat efektif dalam mengurangi terjadinya overload cairan yang merupakan faktor pemicu terjadinya gangguan kardiovaskular, bahkan kematian pada pasien gagal ginjal kronis. Pemantauan dilakukan dengan cara mencatat jumlah cairan yang diminum dan jumlah urine yang keluar setiap harinya. Pemberian cairan pada pasien gagal ginjal kronis harus sesuai dengan jumlah urine yang keluar untuk mencegah terjadinya overhidrasi maupun dehidrasi (Angraini et al., 2016)

Selain itu pemberian obat antidiuretic, furosemide merupakan obat golongan *loop diuretic* berpotensi tinggi yang banyak digunakan dalam aplikasi klinik. Senyawa ini adalah derivat asam antranilat yang biasanya digunakan untuk terapi pada pasien dengan kondisi hipervolemik. Diantara indikasi penggunaan furosemide adalah kondisi *volume overload* pada pasien penyakit gagal ginjal kronis. Kondisi ini biasanya ditandai dengan adanya edema perifer, edema paru, dan timbulnya hipertensi. Ketiganya merupakan manifestasi akibat perubahan handling air dan garam yang terjadi pada pasien gagal ginjal kronis terutama pada pasien stadium V (Makani et al., 2017).

Furosemide bekerja pada bagian segmen tebal pars asendens lengkung henle dengan menghambat kontransporter $\text{Na}^+/\text{K}^+/\text{Cl}^-$ (disebut NKCC2) pada membran luminal tubulus. Kerja NKCC2 mereabsorpsi ketiga elektrolit natrium, kalium, dan klorida. Paska reabsorpsi via

NKCC2, kadar ion K^+ berlebihan di dalam sel sehingga ion kalium berdifusi kembali ke lumen tubular. Hal ini memicu reabsorpsi kation (Mg^{2+} , Ca^{2+}) ke dalam cairan interstisial via jalur paraselular. Akibatnya pemberian furosemide akan menghambat reabsorpsi natrium, kalium, dan klorida. Selain meningkatkan ekskresi $NaCl$, obat ini juga meningkatkan ekskresi magnesium dan kalsium (Rahmawati, 2018).

Penurunan reabsorpsi tersebut akan meningkatkan konsentrasi zat terlarut yang dihantarkan ke bagian distal nefron serta penurunan osmolaritas interstisium medula ginjal. Penurunan osmolaritas medula ginjal mengakibatkan reabsorpsi cairan pada duktus koligentes menurun serta memicu penurunan absorpsi air dan pars desenden ansa henle. Pada akhirnya tak hanya ekskresi ion-ion tersebut yang meningkat tetapi ekskresi air dalam urin juga meningkat. Hingga saat ini loop diuretik seperti furosemide masih menjadi pilihan diuretik yang digunakan pada pasien gagal ginjal kronis karena dianggap dapat meningkatkan pengeluaran natrium hingga 20% dan karena efeknya tidak bergantung pada GFR (Makani et al., 2017).

Hasil dari tindakan keperawatan selama 3 hari didapatkan kedua pasien menyatakan bengkak berkurang, terlihat edema yang berkurang pada pasien 1 RL : +1, LL : +1 dan pasien 2 1 RL : +1, LL : +1, pasien mampu memahami pentingnya membatasi asupan cairan dan garam. Sehingga dapat disimpulkan pada diagnosis hipervolemia berhubungan

dengan gangguan mekanisme regulasi didapatkan hasil teratasi sebagian pada kedua pasien.

4.2.2 (D.0005) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya pernafasan

Hasil pengkajian didapatkan masalah keperawatan pola napas tidak efektif pada pasien 1 sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada pasien 2. Pada pasien 1 didapatkan data pasien mengeluh sesak, respirasi 26x/menit, fase ekspirasi memanjang, SpO₂ 98 %, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, pasien menggunakan nasal kanul 3 lpm. Berdasarkan analisa data dari hasil pengkajian pada pasien 1, penulis mengangkat masalah keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas sebagai diagnosa aktual, yang ditandai dengan data mayor yaitu dispnea / sesak napas, pola napas takipnea, fase ekspirasi memanjang. Pola nafas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Pola nafas tidak efektif memiliki batasan karakteristik yaitu : dispnea, pola napas abnormal (kussmaul, takipnea, hiperventilasi, bradipnea), pernapasan cuping hidung dan ventilasi semenit menurun (SDKI, 2017)

Patofisiologi dari penyakit ginjal kronis mengarah pada kelebihan komponen asam di dalam tubuh. Untuk dapat mengatur keseimbangan antara asam dan basa dalam tubuh, secara fisiologis tubuh manusia memiliki mekanisme pengaturan yang dapat mengendalikan asam-basa. Tubuh akan membuang kelebihan asam melalui pernapasan dalam bentuk

karbon dioksida (CO_2). Seiring dengan menurunnya pH darah, pernapasan menjadi lebih dalam dan lebih cepat sebagai usaha tubuh untuk menurunkan kelebihan asam dalam darah dengan cara menurunkan jumlah karbon dioksida (Silbernag, et al 2014).

Implementasi yang dilakukan yaitu memonitor pola napas, memposisikan fowler atau semi fowler, memberikan terapi oksigen 3 lpm, relaksasi napas dalam dan menganjurkan beristirahat dan tidur yang cukup. Diagnosis keperawatan ini teratasi sejalan dengan konsep teori yang menyatakan penatalaksanaan farmakologis, dan tindakan terapeutik seperti pemberian oksigen dan posisi semi fowler dapat mengembalikan frekuensi napas menjadi membaik. Saat sesak napas pasien lebih nyaman dengan posisi duduk atau setengah duduk sehingga posisi semi fowler memberikan kenyamanan dan membantu memperingan kesukaran bernapas (Sari, 2015).

Secara teori, posisi semi fowler adalah posisi setengah duduk (30° - 45°) dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan. Posisi ini untuk mempertahankan kenyamanan dan memaksimalkan fungsi pernapasan pasien. posisi semi fowler dengan kemiringan 30° - 45° menggunakan gaya gravitasi untuk pengembangan paru-paru dan mengurangi tekanan dari abdomen ke diafragma. Saat sesak napas, pasien lebih nyaman dengan posisi duduk atau setengah duduk sehingga posisi semi fowler memberikan kenyamanan dan membantu memperingan kesulitan dalam bernapas (Saranani, 2016).

Hasil implemtasi yang dilakukan selama 3 hari adalah terlihat pola napas yang efektif dengan hasil pada pasien 1 mengalami frekuensi napas dalam rentang normal, yaitu 21x/menit, SpO₂ : 97%, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, tidak menggunakan alat bantu oksigen dalam bernapas dan pola napas reguler. Pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, telah dilakukan perawatan selama 3 hari dan didapatkan hasil teratasi.

4.2.3 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Hasil pengkajian didapatkan masalah keperawatan nyeri akut pada pasien 1 sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada pasien 2. Pada pasien 1 muncul masalah nyeri akut dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dan kiri dengan skala 3, nyeri tersebut hilang timbul atau muncul saat kaki digerakkan, rasa nyeri seperti di tusuk-tusuk, tampak meringis, Nadi 105x/menit, sesak nafas, dan pasien tampak gelisah.

Nyeri akut adalah 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 (SDKI, 2017) . Nyeri akut dapat muncul pada penyakit ginjal kronis dikarenakan adanya retensi natrium yang menyebabkan edema sehingga preload naik beban jantung pun meningkat dan *cardiac output* turun mengakibatkan suplai O₂ jaringan menurun dan terjadi metabolisme aneorob yang membuat asam laktat meningkat dan

menyebabkan fatigue serta nyeri sendi sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut.(Dila et al, 2020)

Dari data tersebut dilakukan implementasi yaitu manajemen nyeri yaitu mengidentifikasi karakteristik nyeri, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Teknik relaksasi napas dalam dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Endorfin dan enkefalin merupakan substansi di dalam tubuh yang berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri (Widiani, 2020).

Endorfin merupakan neurotransmitter yang menghambat pengiriman rangsangan nyeri sehingga dapat menurunkan sensasi nyeri. Penurunan intensitas nyeri tersebut dipengaruhi oleh peralihan fokus responden pada nyeri yang dialami terhadap penatalaksanaan teknik relaksasi napas dalam sehingga suplai oksigen dalam jaringan akan meningkat dan otak bisa berelaksasi. Otak yang relaksasi itulah yang akan merangsang tubuh untuk menghasilkan hormon endorfin untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak dan dapat menurunkan sensasi terhadap nyeri yang akhirnya menyebabkan intensitas nyeri yang dialami pasien berkurang (Jeklin, A, 2016)

Pada hari ke 3 didapat data dari hasil evaluasi pada pasien 1 mengatakan rasa nyeri berkurang, pasien mampu mempraktikkan secara mandiri teknik relaksasi nafas dalam, pola nafas reguler, gelisah menurun

dan meringis menurun. Pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, telah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, dan didapatkan hasil teratasi yang ditandai dengan : pasien mengatakan tidak ada nyeri dan nyeri juga jarang muncul, meringis menurun, gelisah menurun dan pola nafas reguler.

4.2.4 (D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Hasil pengkajian pada kedua pasien menunjukkan adanya perfusi perifer tidak efektif yang dibuktikan dengan pada pasien 1 dan 2 yaitu mengatakan badannya terasa lemas warna kulit dan bibir pucat, akral teraba dingin, konjungtiva anemis, pengisian kapiler 3 detik ditunjang dengan pemeriksaan laboratorium, dimana terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin pada pasien 1 yaitu 4,9 gr/100 ml, sedangkan pada pada pasien 2 yaitu 8,5 mg/100 ml. Tanda dan gejala yang muncul pada pasien penyakit ginjal kronis sesuai dengan teori proses perjalanan penyakit ginjal kronis dimana adanya gangguan pada ginjal menyebabkan penurunan suplai darah ke ginjal serta penurunan GFR yang menyebabkan sekresi eritroprotein terganggu dan terjadi penurunan Hb dan suplai oksigen turun sehingga muncul masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif (Rahmawati, 2018)

Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh dengan batasan karakteristik yaitu : pengisian kapiler >3 detik, akral teraba dingin, warna

kulit pucat, turgor kulit menurun, edema, kelemahan (SDKI, 2017). Kekurangan Hb atau anemia merupakan patofisiologi dari penyakit ginjal kronis dimana ketika terjadi kerusakan fungsi ginjal, maka terjadi penurunan produksi hormon eritropoitin (EPO) yang berfungsi merangsang sumsum tulang belakang dalam menghasilkan sel darah merah. Ketika produksi EPO menurun, otomatis sumsum tulang belakang membuat sel darah merah yang lebih sedikit dan menyebabkan anemia (Smeltzer, et al.2015).

Implementasi yang dilakukan pada kedua pasien yaitu dengan mengobservasi sirkulasi perifer dan pada pasien 1 dan 2 diberikan transfusi darah PRC (*Packed Red Cell*). Total pemberian transfusi darah pasien 1 dan 2 yaitu 1 kantong darah PRC per-hari Selama 4 jam. PRC adalah suatu konsentrat eritrosit yang berasal dari sentrifugasi *whole blood*, PRC merupakan pilihan utama untuk anemia kronis karena volumenya yang lebih kecil dibandingkan dengan *whole blood*. Setiap unit PRC mempunyai volume kira 120-240 ml, tergantung kadar hemoglobin donor dan proses separasi komponen awal. (Indyanie et al., 2016)

Tujuan transfusi darah PRC adalah untuk menaikkan hemoglobin klien tanpa menaikkan volume darah secara nyata. PRC digunakan pada pasien anemia yang tidak disertai penurunan volume darah seperti gagal ginjal kronis, PRC diberikan sampai tanda *oxygen Seed* hilang, biasanya pada hemoglobin 8-10 gr/dl, meskipun begitu diperlukan pemeriksaan hematologi secara teratur untuk mengetahui kadar hemoglobin pasien.

Selain itu masalah ini dirasakan kurang maksimal karena mual yang dirasakan pasien 2 sehingga tidak nafsu makan yang mempengaruhi keefektifan perfusi perifer, sehingga diperlukan peran aktif keluarga untuk meningkatkan asupan nutrisi (Taruna A, 2014)

Dari hasil evaluasi pada pasien 1 diperoleh kondisi pasien CRT 2 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat dan konjungtiva anemis dan kadar hemoglobin meningkat yaitu 7,2 gr/100 ml, sedangkan pasien 2 diperoleh kondisi CRT <2 detik, akral teraba hangat, warna kulit pucat dan konjungtiva anemis dan kadar hemoglobin yaitu 9,9 gr/100 ml, sehingga masalah ini hanya teratasi sebagian karena belum memenuhi kadar Hb normal.

4.2.5 (D.0027) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Dari hasil pengkajian didapatkan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien 1 sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada pasien 2. Adanya ketidakstabilan kadar gula darah pada pasien 1 dibuktikan adanya keluhan lelah, lesu dan pusing, dan kadar glukosa darah 345 mg/dL. DM dapat terjadi dikarenakan faktor risiko (genetik, tidak menjaga pola makan & pola hidup), mengakibatkan sel beta pankreas terganggu dan membuat produksi insulin menurun, lalu terjadi peningkatan glikogen yang membuat hiperglikemik dan gangguan toleransi glukosa darah pada tubuh, sehingga muncul masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah (Abbruzzese et al., 2018)

Ketidakstabilan kadar glukosa darah memiliki arti kadar glukosa darah naik atau turun dari rentang normal dengan batasan karakteristik berupa perasaan lelah/lesu, mulut kering, rasa haus meningkat dan kadar glukosa dalam darah atau urin tinggi (SDKI, 2017). Sesuai klasifikasi WHO, glukosa normal jika kadar glukosa plasma puasa < 110 mg/dl, glukosa plasma terganggu jika kadar glukosa puasa antara 110-125 mg/dl kemudian resistensi insulin berarti ketidakmampuan insulin memberi efek biologik yang normal pada kadar gula darah tertentu, dikatakan resistensi insulin bila dibutuhkan kadar insulin yang lebih banyak untuk mencapai kadar glukosa darah yang normal (Herlina et al., 2021).

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 berupa memonitor kadar glukosa darah, memonitor intake dan output cairan, memonitor tanda-tanda vital, dan memberikan insulin pen novorapid. Pemberian novorapid merupakan tipe insulin yang bekerja cepat (rapid acting), insulin ini memungkinkan penggantian insulin pada waktu makan secara fisiologis karena mula kerjanya yang cepat, keuntungan lainnya yaitu karena insulin ini dapat diberikan segera sebelum makan tanpa mengganggu kontrol glukosa. Obat ini bekerja dengan menggantikan insulin yang diproduksi secara alami di dalam tubuh dan dapat diserap cepat, selain itu ia juga membantu memindahkan gula darah dalam darah menuju jaringan tubuh lainnya sehingga bisa digunakan sebagai sumber energi (Dila et al., 2020) Kemudian dilakukan evaluasi pada hari ke-3 dengan hasil kadar glukosa

darah 196 mg/dL, dan mulut tampak kering sehingga hasil ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian.

4.2.6 Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi (uremia)

Hasil pengkajian pada pasien 2 didapatkan masalah keperawatan nausea sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada pasien 1. Adanya nausea pada pasien 2 karena penurunan GFR yaitu 20 mg/dl yang menyebabkan terjadinya peningkatan BUN (*blood urea nitrogen*) dan kreatinin dalam darah menyebabkan sekresi protein menjadi terganggu yang menyebabkan peningkatan urea di dalam darah, peningkatan produksi asam lambung sehingga muncul manifestasi klinis mual dan muntah terus menerus sehingga muncul masalah keperawatan nausea (Yulianto et al., 2020)

Nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah (SDKI, 2017). Pasien dengan gagal ginjal kronis telah kehilangan fungsi ginjal untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, keseimbangan asam dan basa serta pengeluaran produk sampah hasil metabolisme. Pada kondisi ini, terjadi retensi sisa pembuangan metabolisme protein yang ditandai dengan peningkatan kadar ureum > 50 mg/dL dan biasa disebut dengan uremia. Sampah sisa metabolisme ini dianggap sebagai racun oleh tubuh, dan ketika ginjal kehilangan fungsinya sebagai sistem ekskresi, maka terjadi penumpukan racun di dalam tubuh yang bersifat asam dan

dapat membuat tubuh bereaksi dengan menimbulkan gejala mual dan dapat pula disertai dengan keluhan muntah (Jeklin, 2016).

Implementasi yang telah dilakukan adalah manajemen mual yaitu memonitor mual (frekuensi dan durasi), mengendalikan faktor lingkungan yang menyebabkan mual misalnya bau tak sedap, menganjurkan pasien untuk membersihkan mulut, beristirahat dan tidur yang cukup, memberikan injeksi obat omeprazole 1x40 mg via IV untuk mengurangi mual. Omeprazole adalah obat untuk mengatasi masalah perut dan kerongkongan yang disebabkan oleh asam lambung. Cara kerjanya adalah dengan menghambat sekresi asam lambung oleh penghambat spesifik pompa proton yang ada di permukaan sekresi sel parietal lambung dalam jangka waktu yang lama sesuai dengan stimulus yang diberikan (Septiwi, et al., 2020).

Omeprazole mampu menghambat sekresi asam lambung baik pada pagi maupun malam hari dan juga menghambat produksi asam lambung yang distimulasi makanan. Selain itu, untuk mengurangi rasa mual, lambung sebaiknya tidak bekerja terlalu berat. Makan dalam porsi sedikit atau *small frequent meal* merupakan salah satu cara membantu dan meringankan kerja lambung. *Small frequent meal* akan mengurangi produksi asam lambung yang akan meningkat bila terjadi pengosongan lambung, atau pengisian lambung secara berlebih akibat dari jumlah makanan yang terlalu banyak. *Small frequent meal* juga membantu mengisi perut agar tidak terlalu lama kosong (Septiwi, et al., 2020)

Pada hari kedua, pasien mengatakan sudah tidak terlalu sering mual ketika mencoba atau mencium bau makanan dan mampu menghabiskan sebanyak $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang diberikan, pada hari ketiga pasien mengatakan sudah tidak mual saat mencoba makanan dan mencium makanan dan mampu menghabiskan $\frac{1}{2}$ lebih porsi makanan yang diberikan. Pada hari ketiga, pasien mengatakan mual berkurang dan tidak ada muntah, mampu makan lebih banyak dibanding hari kemarin dan porsi makanan habis lebih dari $\frac{1}{2}$ porsi makan yang diberikan, kadar ureum 97 mg/dl dengan hasil nausea teratasi sebagian.

Menurut asumsi penulis masalah nausea teratasi sejalan dengan teori yang mengatakan mual dapat teratasi dengan mengendalikan faktor-faktor yang menyebabkan mual, melakukan kebersihan mulut sesering mungkin, meningkatkan istirahat dan tidur yang cukup, pemberian obat antiemetic berupa omeprazole. Selain itu nausea dapat teratasi dengan melakukan edukasi kebersihan mulut dan dengan dukungan motivasi dari keluarga agar pasien bisa menghabiskan makanannya.

4.2.7 (D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan

Masalah defisit nutrisi hanya ditemukan pada pasien 2. Hasil dari pengkajian dari pasien 2 didapatkan pasien mengeluh nafsu makannya menurun, bibir tampak pucat, berdasarkan hasil laboratorium kimia klinik didapatkan data albumin 2,9 g/dl dan IMT 17,9 . Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

(SDKI, 2017). Diagnosis ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pada pasien dengan gagal ginjal kronis sekresi protein terganggu sehingga terjadi peningkatan uremia dan menyebabkan terjadinya gangguan keseimbangan asam basa dan produksi asam lambung menjadi meningkat sehingga muncul rasa mual dan ingin muntah, anoreksia dan terjadi penurunan berat badan (Jeklin, 2016).

Pada penelitian Windiana (2017) diperkuat hasil bahwa gagal ginjal kronis terjadi karena gangguan keseimbangan fisiologis dan keseimbangan metabolisme protein yang menyebabkan mual muntah, anoreksia dan kondisi ini dapat menyebabkan defisit nutrisi. Defisit nutrisi pada klien gagal ginjal kronis adalah salah satu masalah yang dapat menimbulkan inflamasi, menurunkan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis (Yuniardi et al., 2020). Penyebab defisit nutrisi yaitu ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, adanya faktor ekonomi misalnya finansial yang tidak mencukupi, dan adanya faktor psikologis seperti stres dan keengganan untuk makan (SDKI, 2017).

Implementasi yang telah dilakukan adalah manajemen nutrisi yaitu mengidentifikasi status nutrisi, alergi dan intoleransi makanan, menganjurkan makan dengan posisi duduk, oral hygiene sebelum makan serta pemberian obat omeprazole 1x40 mg via IV untuk mengurangi mual. Untuk mengatasi masalah ini dilakukan edukasi mengenai diet yang

diprogramkan yaitu diit rendah garam, pengetahuan yang lebih luas akan menghasilkan sikap yang lebih positif dalam menghadapi suatu permasalahan, yang berarti dengan memiliki pengetahuan yang baik maka akan lebih mampu mengatasi kecemasan yang dialami (Wajhillah, 2019).

Dari hasil studi kasus ini didapatkan hasil defisit nutrisi teratasi sebagian, pada pemeriksaan berat badan pada pasien memang tidak mengalami peningkatan berat badan, namun pasien mengalami peningkatan pemahaman mengenai diit rendah garam. Hasil evaluasi pada pasien 2, pada hari pertama pasien menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi, hari kedua pasien menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi, dan hari ketiga pasien menghabiskan lebih dari $\frac{1}{2}$ porsi sehingga hasil masalah keperawatan defisit nutrisi teratasi sebagian.

4.2.8 (D.0143) Risiko jatuh

Berdasarkan data analisa pengkajian pada pasien 1 dan 2 didapatkan hasil, yaitu pasien mengatakan badan terasa lemas terutama ekstremitas bawah, pada penilaian risiko jatuh menggunakan skala morse, didapatkan hasil pada pasien 1 adalah 55 : risiko jatuh tinggi, dan pasien 2 adalah 75 : risiko jatuh tinggi, kedua konjungtiva pasien anemis dan kelemahan akibat anemia. Skala morse adalah instrumen penilai resiko jatuh yang dirancang untuk mengantisipasi pasien jatuh oleh karena faktor fisiologis. Skala ini terdiri dari 6 item penilaian, yang terdiri dari riwayat jatuh, diagnosa sekunder, ada tidaknya alat bantu ambulasi, terapi intravena, gaya berjalan dan status mental (Dila et al., 2020) Tanda dan

gejala yang muncul pada pasien 1 dan 2 sesuai dengan teori kasus penyakit gagal ginjal kronis dimana penyakit ginjal kronis biasanya akan muncul masalah seperti anemia, ketidakseimbangan kalsium dan fosfat yang sangat berpengaruh terhadap resiko jatuh pasien (Wajhillah, 2019).

Risiko jatuh adalah beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh (SDKI, 2017). Pada risiko jatuh dilakukan implementasi mengidentifikasi faktor risiko jatuh (anemia), menghitung skala jatuh menggunakan skala morse, memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci, menyediakan alat bantu keamanan lingkungan, menggunakan perangkat pelindung seperti handrail yang terpasang pada tempat tidur pasien, menganjurkan untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan. Setelah 3 hari perawatan dan di evaluasi didapatkan hasil risiko jatuh teratasi sebagian.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penerapan asuhan keperawatan selama tiga hari perawatan (09 Mei – 11 Mei 2023) pada Tn. H dan Tn. T dengan diagnosis medis Gagal Ginjal Kronis di Ruang Punai 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggara peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

Hasil dari pengkajian yang didapatkan dari kedua pasien umumnya keluhan yang dirasakan pada pasien 1 dan 2 tidak sama. Hasil pengkajian pada data dua pasien didapatkan pasien 1 Tn. H mengeluh bengkak pada kedua kaki disertai nyeri, sesak napas, lemas dan pusing, pasien memiliki riwayat DM dan sesak napas dan baru mengetahui terdiagnosa gagal ginjal kronis. Sedangkan Pasien 2 Tn. Mengeluh mual muntah, bengkak pada kaki kanan dan kiri, lemas dan pusing, pasien pernah dirawat di RS 2 bulan yang lalu dengan diagnosa yang sama yaitu gagal ginjal kronis dan anemia. Dari hasil pemeriksaan laboratorium kedua pasien sama-sama mengalami penurunan hemoglobin, yaitu Tn. H kadar Hb 4,9 g/dl dan Tn. T kadar Hb 8,5 g/dl

.Diagnosis keperawatan pada Tn. H adalah hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya napas, nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis, perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin, ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin, risiko jatuh d.d anemia. Sedangkan diagnosis Tn. T

adalah nausea b.d gangguan biokimiawi (uremia), hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin, defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorpsi makanan, risiko jatuh d.d anemia.

Intervensi keperawatan yang sama pada kedua pasien, seperti manajemen hipervolemia, manajemen jalan napas, perawatan sirkulasi, dan pencegahan jatuh. Intervensi keperawatan yang digunakan berbeda pada kedua pasien seperti, pada pasien 1 diberikan manajemen jalan napas, manajemen nyeri, manajemen hiperglikemik, sedangkan pada pasien 2 diberikan manajemen mual dan manajemen nutrisi.

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Penatalaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 sesuai dengan perencanaan yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Evaluasi ialah akhir dari proses keperawatan yang melihat hasil akhir dari asuhan keperawatan yang telah diberikan. Pada evaluasi yang penulis lakukan pasien 1, didapatkan 2 masalah teratasi, 4 masalah teratasi sebagian, sedangkan pada pasien 2, didapatkan hasil 1 masalah teratasi, dan 4 masalah teratasi sebagian.

5.2 Saran

Guna terciptanya Peningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan diantaranya:

5.2.1 Bagi Penulis

Penulis berharap pada penulisan studi kasus selanjutnya agar didapatkan data lengkap mengenai pemeriksaan penunjang untuk mendukung diagnosis yang diangkat.

5.2.2 Bagi Instansi Rumah Sakit

Instansi Rumah Sakit dapat menjadikan hasil studi kasus ini sebagai dasar pertimbangan dalam meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien terutama pasien dengan penyakit gagal ginjal kronis.

5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat bermanfaat sebagai sumber informasi dan menambah wawasan mengenai penyakit gagal ginjal kronis

DAFTAR PUSTAKA

- Abbruzzese, (2018). *The interface of pancreatic cancer with diabetes, obesity, and inflammation: Research gaps and opportunities: Summary of a national Institute of Diabetes and digestive and kidney diseases workshop*. *Pancreas*,47(5),516–525. <https://doi.org/10.1097/MPA.0000000000001037>
- Angraini, F., & Putri, A. F. (2016). *Pemantauan Intake Output Cairan Pada Pasien Gag Ginjall*.Pendahuluan Hasil Metode. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19(3), 152–160.
- Devi, B. (2021) *Anatomi Fisiologi dan Biokimia Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Diyono, D., & Indriati, R. (2017). *Analisis Gaya Hidup (Lifestyle) Sebagai Faktor Resiko Penyakit Gagal Ginjal Kronis*. *KOSALA : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(2), 147–151. <https://doi.org/10.37831/jik.v5i2.136>
- Fajrian, F., & Kelas, D. (2019). *Proses Implementasi Asuhan Keperawatan*. *Proses Implementasi Asuhan Keperawatan*, 3–6. <https://osf.io/e47gh/download#:~:text=>
- Fatmasari, N. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Chronic Kidney Disease (Ckd) Di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*.
- Hana Ariyani,dkk. (2019). *Gambaran Karakteristik Pasien Gagal Ginjal Kronis di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Umum dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya*. *Jurnal Keperawatan & Kebidanan*, 3(November), 1–6.
- Hapipah,dkk. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan Berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI*. Bandung: Media Sains Indonesia
- Herlina, S., Yuliana, S., & Saldy, Y. (2021). *Efek Pendidikan Teknik Injeksi Insulin Terhadap Kontrol Glikemik Pada Pasien Diabetes Mellitus: A*

systematic review. Seminar Nasional Riset Kedokteran, 2(1), 106–116.
<https://conference.upnvj.ac.id/index.php/sensorik/article/view/1018>

Indayanie, N., & Rachmawati, B. (2016). *Packed Red Cell Dengan Delta Hb Dan Jumlah Eritrosit Anemia Penyakit Kronis*. Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory, 21(3), 220.
<https://doi.org/10.24293/ijcpml.v21i3.726>

Jeklin, A. (2016). Asuhan keperawatan dengan diagnosis meis gagal ginjal kronik. *Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosis Meis Gagal Ginjal Kronik*, July, 1–23.

Khanmohamadi, S. A. (2014). *In light of another's word: European ethnography in the middle ages*. In Light of Another's Word: European Ethnography in the Middle Ages, 2, 1–211.
<https://doi.org/10.1080/13507486.2015.1047603>

Koten, Elisabet. (2021). *Optimalisasi Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan dengan Pendekatan SOAP di Rawat Jalan Anak: Pilot Study*. Journal of Telenursing (JOTING), 3, 5–24.

Makani, M., & Setyaningrum, N. (2017). *Pola penggunaan furosemid dan perubahan elektrolit pasien gagal jantung di Rumah Sakit X Yogyakarta*. Jurnal Ilmiah Farmasi, 13(2), 57–68.
<https://doi.org/10.20885/jif.vol13.iss2.art3>

PPNI. (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. DPP PPNI.

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil*. DPP PPNI.

PPNI.(2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI

- Prency, D., Irawan, D., Cholissodin, I., & Santoso, E. (2018). *Klasifikasi Risiko Gagal Ginjal Kronis Menggunakan Extreme Learning Machine*. 2(11), 5220–5228.
- Rahmawati, F. (2018). *Aspek Laboratorium Gagal Ginjal Kronik*. Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma, 6(1), 14. <https://doi.org/10.30742/jikw.v6i1.323>
- Dila, R. R. & Panma Y. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Gagal Ginjal Kronik RSUD Kota Bekasi*. Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan, 3(1), 41–61. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v3i1.60>
- Saranani, M. (2016). *Efektifitas Posisi Semi Fowler Terhadap Penurunan Sesak Nafas Pada Pasien Asma Bronchiale Di RSUD Kota Kendari*. Terpeutik Jurnal, 11(2), 85–91.
- Sari, M. Y. A. (2015). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Anggrek Di Rsud Bangil Pasuruan*. 0–23.
- Septiwi, C., & Setiaji, W. R. (2020). *Penerapan Model Adaptasi Roy Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Penyakit Ginjal Kronis*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, 16(2), 101. <https://doi.org/10.26753/jikk.v16i2.482>
- Silbernagl, L. (2014). *Tkes dan Atlas Berwarna Patfisiologi*. Jakarta: EGC
- Smeltzer, B. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Suharyanto, T & Majid, A. (2013) *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. DKI Jakarta: Trans Info Media
- Taruna A. (2014). *Chronic Kidney Disease Stage V Ardiansyah 1*. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung Medula, 2(3), 21–30.

- Tim Riskesdas 2018. (2019). *Laporan Provinsi Kalimantan Timur Riskesdas 2018*. Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan, 472.
<https://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/lpb/article/view/3760>
- Wajhillah, R. (2019). *Penerapan Metode Algoritma Id3 Untuk Prediksi Diagnosa Gagal Ginjal Kronis* (Studi Kasus: Rsud Sekarwangi Sukabumi). *Klik - Kumpulan Jurnal Ilmu Komputer*, 6(1), 97.
<https://doi.org/10.20527/klik.v6i1.211>
- Widiani, H. (2020). *Penyakit Ginjal Kronik Stadium V Akibat nefrolitiasis*. *Intisari Sains Medis*, 11(1), 160–164.
<https://doi.org/10.15562/ism.v11i1.680>
- Yulianto, A., Wahyudi, Y., & Marlinda, M. (2020). *Mekanisme Koping Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Pre Hemodialisa*. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 4(2), 436.
- Yuniardi, A. P., Isro'in, L., & Maghfirah, S. (2020). *Studi Literatur: Edukasi Nutrisi Metode Konseling Intensif Dengan Follow Up Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi*. *Health Sciences Journal*, 4(2), 1. <https://doi.org/10.24269/hsj.v4i2.507>