

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE***  
**(CKD) DENGAN HEMODIALISA DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE**  
**SAMARINDA**



**OLEH:**

**ANNISA NURBAITI**

**P07220120006**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**SAMARINDA**

**2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE***  
**(CKD) DENGAN HEMODIALISA DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE**  
**SAMARINDA**

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



**OLEH:**

**ANNISA NURBAITI**

**P07220120006**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR**  
**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, 08 Juni 2023

Yang menyatakan



**Annisa Turbaiti**  
**NIM. P07220120006**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI**  
**UNTUK DIUJIKAN**  
**TANGGAL 30 MEI 2023**

Oleh

Pembimbing



**Ns. Indah Nur Imamah, SST., M. Kes.**

**NIDN: 4018078501**

Pembimbing Pendamping



**Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes**

**NIDN: 4024129101**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Kampus Samarinda

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



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

**LEMBAR PENGESAHAN**


Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Chronic Kidney Disease*  
(CKD) Dengan Hemodialisa Di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda  
Telah Diuji

Pada Tanggal 08 Juni 2023

**PANITIA PENGUJI**

Ketua Penguji:

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

(.....)  


Penguji anggota

**1. Ns. Indah Nur Imamah, SST., M. Kes.**  
**NIDN. 4018078501**

(.....)  


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

(.....)  


Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,



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



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

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Annisa Nurbaiti  
Tempat/Tanggal Lahir : Samarinda, 07 September 2002  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Bung Tomo Gg. Karet RT.015

### B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008 – 2014 : SD Negeri 004 Samarinda
2. Tahun 2014 – 2017 : SMP Negeri 8 Samarinda
3. Tahun 2017 – 2020 : SMK Farmasi Samarinda
4. Tahun 2020 – Sekarang : Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan  
Poltekkes Kementerian Kesehatan  
Kalimantan Timur



## KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan pertolongan-Nya yang telah memberikan kemudahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Samarinda Jurusan Keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) Dengan Hemodialisa Di RSUD. Abdul Wahab Sjahrani Samarinda”.

Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai. Ucapan terima kasih ini penulis tujukan kepada:

1. H. Supriadi B., S. Kp., M. Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
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 Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Indah Nur Imamah., SST., M. Kes, selaku Pembimbing I Prodi D-III Keperawatan Samarinda dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes, selaku Pembimbing II Prodi D-III Keperawatan Samarinda dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

6. Keluarga yang telah memberikan doa, dorongan dan semangat selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Teman-teman satu bimbingan Karya Tulis Ilmiah yang berjuang bersama dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik yang membangun dari pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penyusunan ini. Akhirnya hanya kepada Tuhan Yang Maha Esa kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah dihadapan Tuhan.

Samarinda, 8 Juni 2023

Penulis



**ABSTRAK**  
**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE***  
**(CKD) DENGAN HEMODIALISA DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE**  
**SAMARINDA”**

Annisa Nurbaiti<sup>1)</sup>, Indah Nur Imamah<sup>2)</sup>, Arifin Hidayat<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Mahasiswa program studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

<sup>2) 3)</sup>Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

**Pendahuluan :** Berdasarkan catatan pasien rumah sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, jumlah kedatangan pasien *chronic kidney disease* di bagian hemodialisa tahun 2011 sebanyak 885 kunjungan dan tahun 2012 sebanyak 1.241 kunjungan. Masalah keperawatan yang sering timbul pada *chronic kidney disease* (CKD) cukup kompleks, yang meliputi : Hipervolemia dengan tindakan memonitoring masukan cairan, defisit nutrisi dilakukannya pengkajian status nutrisinya pasien, perfusi perifer tidak efektif melakukan monitoring tanda-tanda vital, kulit mengalami kerusakan dilakukannya perawatan pada kulit, pertukaran gas terganggu melakukan pemantauan oksigen, dan intoleransi aktivitas mengobservasi aktivitasnya.

**Metode :** Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan dengan melakukan analisis pada dua pasien *Chronic Kidney Disease* dengan hemodialisa di RSUD. Abdul Wahab sjahranie samarinda selama 6 hari dari tanggal 1 sampai 6 Mei 2023.

**Hasil dan Pembahasan :** Evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan dengan intervensi hypervolemia dari kedua pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan dikatakan belum berhasil dengan indicator luaran keperawatan yang dicapai menurun.

**Kesimpulan dan Saran:** Di harapkan dapat memberikan informasi mengenai perkembangan ilmu keperawatan dibidang keperawatan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa agar mengurangi jumlah penyakit *Chronic Kidney Disease* yang terjadi.

**Kata Kunci :** Asuhan Keperawatan, *Chronic Kidney Disease*, Hemodialisa

**ABSTRACT**  
**"NURSEMENT CARE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) PATIENTS WITH  
HEMODIALYSIS AT HOSPITAL. ABDUL WAHAB SJAHRANIE  
SAMARINDA ”**

Annisa Nurbaiti<sup>1)</sup>, Indah Nur Imamah<sup>2)</sup>, Arifin Hidayat<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Mahasiswa program studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

<sup>2)</sup><sup>3)</sup>Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

**Introduction:** Based on patient records at the Abdul Wahab Sjahranie Hospital in Samarinda, the number of chronic kidney disease patients arriving at the hemodialysis department in 2011 was 885 visits and in 2012 there were 1,241 visits. Nursing problems that often arise in chronic kidney disease (CKD) are quite complex, which include: Hypervolemia by monitoring fluid intake, nutritional deficits by assessing the patient's nutritional status, peripheral perfusion is not effective in monitoring vital signs, the skin is damaged by treating the skin, impaired gas exchange monitors oxygen, and activity intolerance observes activity.

**Method:** Writing this scientific paper uses a descriptive research method in the form of a case study using a nursing care approach by conducting an analysis of two Chronic Kidney Disease patients with hemodialysis at the RSUD. Abdul Wahab sjahranie samarinda for 6 days from 1 to 6 May 2023.

**Results and Discussion:** Evaluation of the implementation of nursing care with hypervolemia interventions from both patients for nursing care that has been implemented is said to be successful with indicators of nursing outcomes achieved quite a decrease.

**Conclusions and Suggestions:** It is expected to provide information regarding the development of nursing science in the field of nursing and understanding of nursing care in patients with Chronic Kidney Disease with Hemodialysis in order to reduce the number of Chronic Kidney Disease that occurs.

**Keywords:** Nursing Care, Chronic Kidney Disease, Hemodialysis

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul Dalam .....	i
Halaman Pernyataan.....	ii
Halaman Perasetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan .....	iv
Halaman Daftar Riwayat Hidup .....	v
Halaman Kata Pengantar.....	vi
Abstrak .....	viii
Daftar Isi .....	x
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Bagan .....	xiv
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	4
1.3. Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1. Tujuan Umum .....	4
1.3.2. Tujuan Khusus .....	4
1.4. Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1. Bagi Peneliti .....	5
1.4.2. Bagi Tempat Penelitian .....	5
1.4.3. Bagi Profesi Keperawatan .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Konsep Dasar Medis .....	6
2.1.1. Pengertian .....	6
2.1.2. Etiologi .....	7
2.1.3. Manifestasi Klinis .....	8
2.1.4 Patofisiologi .....	9
2.1.5. Klasifikasi .....	11

2.1.6. Faktor-faktor Resiko .....	13
2.1.7. Komplikasi .....	15
2.1.8. Pemeriksaan Penunjang .....	16
2.1.9. Penatalaksanaan .....	18
2.2. Asuhan Keperawatan .....	24
2.2.1. Pengkajian Keperawatan .....	24
2.2.2. Diagnosis Keperawatan .....	30
2.2.3. Perencanaan Keperawatan .....	35
2.2.4. Pelaksanaan Keperawatan .....	51
2.2.5. Evaluasi Keperawatan .....	51
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b>	
3.1. Pendekatan (Desain Penelitian) .....	54
3.2. Subyek Penelitian .....	54
3.3. Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	54
3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	55
3.5. Prosedur Penelitian .....	55
3.6. Teknik dan Instrumen Pengumpulan data .....	55
3.7. Uji Keabsahan Data .....	56
3.8. Analisis Data .....	57
<b>BAB 4 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1. Hasil Studi Kasus .....	58
4.1.1. Gambaran Lokasi Studi Kasus .....	58
4.1.2. Data Asuhan Keperawatan .....	59
4.2. Pembahasan .....	98
4.2.1. Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi .....	98
4.2.2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan .....	102
4.2.3. Gangguan mobilitas fisik .....	104
4.2.4. Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular .....	107



4.2.5. Resiko jatuh ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran .....109  
4.2.6. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun .....111  
4.2.7. Resiko perfusi renal tidak efektif ditandai dengan hipertensi .....113

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1.Kesimpulan .....115  
5.2.Saran .....116

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Stadium CKD .....	12
Tabel 2.2 Diagnosis Keperawatan .....	30
Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan .....	35
Tabel 4.1 Hasil Pengkajian Pasien 1 Dan Pasien 2 .....	59
Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien 1 Dan Pasien 2 .....	60
Tabel 4.3 Balance Cairan Pasien 1 .....	64
Tabel 4.4 Balance Cairan Pasien 2 .....	65
Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien 1 dan Pasien 2 .....	65
Tabel 4.6 Terapi Obat Pasien 1 dan Pasien 2 .....	66
Tabel 4.7 Diagnosis Keperawatan Pada Pasien 1 dan Pasien 2 .....	67
Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan Pasien 1 .....	69
Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan Pasien 2 .....	73
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Pasien 1 .....	77
Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan Pasien 2 .....	82
Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 .....	85
Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan Pasien 2 .....	93



**DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.1 Patofisiologi *Chronic Kidney Disease* (CKD) ..... 10



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Sistokopi, Ultrasound ginjal, <i>voiding cystourethrography</i> .....	17
Gambar 2.2 KUB foto, arteriogram ginjal, urografi intravena .....	18



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Format Pengkajian Keperawatan
Lampiran 2	Lembar Format Balance Cairan
Lampiran 3	Lembar Verifikasi Judul Karya Tulis Ilmiah
Lampiran 4	Lembar Kesediaan Membimbing Karya Tulis Ilmiah
Lampiran 5	Surat Permohonan Izin Praktik Askep Dan Studi Kasus
Lampiran 6	Surat Praktik Klinik Mahasiswa DIII Keperawatan Poltekkes Kaltim
Lampiran 7	Lembar Nota Dinas Menguji Ujian Hasil Karya Tulis Ilmiah
Lampiran 8	Lembar Konsultasi Penyusunan Karya Tulis Ilmiah



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Ginjal merupakan bagian dari organ vital terpenting dalam tubuh. Salah satu fungsi ginjal termasuk membersihkan darah dan mengeluarkan cairan tubuh, selain fungsi ginjal yaitu mengatur kandungan kimiawi darah dalam tubuh dan menjaga keseimbangan asam basa darah. Hasil buangan berupa urin keluar dari ginjal melalui saluran kemih untuk keluar dari tubuh. Ginjal terletak di belakang peritoneum dan karenanya disebut organ retroperitoneal. (Smeltzer & Bare, 2013).

Hemodialisis merupakan metode pengobatan untuk penderita *chronic kidney disease* (CKD) stadium akhir. Penderita *chronic kidney disease* (CKD), terjadi perubahan pada sistem kekebalan tubuh yang melemahkan pertahanan tubuh dan meningkatkan risiko infeksi dari penyakit lain. Hemodialisa tidak bisa menyembuhkan atau memperbaiki ginjal dan tidak dapat mengkompensasi hilangnya metabolik ginjal atau fungsi endokrin, atau dampak gagal ginjal dan pengobatannya terhadap kualitas hidup. (Muttaqin, 2013)

Menurut data (*World Health Organization*, 2021), Prevalensi penyakit *chronic kidney disease* (CKD), diperkirakan mencapai 434,3 juta (95%) orang dewasa dengan *chronic kidney disease* (CKD), termasuk sekitar 65,6 juta orang dengan *chronic kidney disease* (CKD). Pada saat yang sama, jumlah penderita *chronic kidney disease* (CKD) yang dihemodialisa meningkat sebesar 8% setiap tahunnya dari tahun 2018.

Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, dikatakan bahwa pada 2013 angka *chronic kidney disease* (CKD) di Indonesia pada usia 15 tahun sekitar 3,8 persen dan meningkat menjadi 2 persen. Saat ini, jumlah penduduk Indonesia diperkirakan mencapai 274 juta jiwa, sehingga jumlah pasien *chronic kidney disease* (CKD) menjadi 1.041.200 jiwa (Tim Riskesdas, 2019). Terdapat pada penderita *chronic kidney disease* (CKD) yang melakukan hemodialisa di tahun 2015 ada 238 jiwa yang mengikutinya, namun pada tahun 2017 jumlahnya bertambah sebanyak 568 pasien baru. Berdasarkan catatan pasien rumah sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, jumlah kedatangan pasien *chronic kidney disease* (CKD) di bagian hemodialisa tahun 2011 sebanyak 885 kunjungan dan tahun 2012 sebanyak 1.241 kunjungan.

Masalah keperawatan yang sering timbul pada *chronic kidney disease* (CKD) cukup kompleks, yang meliputi : Hipervolemia dengan tindakan memonitoring masukan cairan, defisit nutrisi dilakukannya pengkajian status nutrisinya pasien, perfusi perifer tidak efektif melalukan monitoring tanda-tanda vital, kulit mengalami kerusakan dilakukannya perawatan pada kulit, pertukaran gas terganggu melakukan pemantauan oksigen, dan intoleransi aktivitas mengobservasi aktivitasnya. Ada beberapa intervensi yang dilakukan yaitu, memberitahukan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan menjelaskan tentang perjalanan penyakit (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Selain menimbulkan gangguan pada keadaan fisik, *chronic kidney disease* (CKD) dapat juga mengakibatkan gangguan psikologis, salah satunya yaitu



depresi yang memperburuk keadaan pasien.(Faridah et al., 2022).

Terus meningkatnya angka *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan hemodialisis membuat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia membuat strategi untuk mengatasi hal tersebut dengan upaya pencegahan dan pengendalian *chronic kidney disease* (CKD) melalui peningkatan tindakan promosi dan pencegahan untuk perubahan gaya hidup. Yaitu pola makan yang sehat (rendah lemak, rendah garam, tinggi serat), melalui aktivitas fisik yang teratur, mengontrol tekanan darah dan gula darah, pemantauan berat badan (BB), meminum minimal 2 liter air putih sehari, tidak minum obat yang sedang tidak disarankan dan dilarang merokok. Dan pemerintah juga sedang menggalakkan rancangan program Posbindu Pelayanan Penyakit Menular agar deteksi dini *chronic kidney disease* (CKD) dapat dilaksanakan. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018)

Oleh karena itu, peran perawat sangat dibutuhkan ketika peran perawat sebagai *care giver* (pemberian asuhan keperawatan) sangat luas dari asesmen ke asesmen dan perawat juga harus mampu melakukan tindakan seperti seperti memonitor *intake* dan *output* cairan, memonitor asupan makanan dan penentuan kesesuaian harapan pasien, keluarga dan kesehatan. (Waldani, 2022)

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk mengangkat untuk melakukan penelitian terkait asuhan keperawatan pada pasien *chronic kidney disease* (CKD) dengan hemodialisa di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.



## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan Latar Belakang masalah, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan Hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan Hemodialisa di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur 2023.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1. Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan Hemodialisa di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2023.

1.3.2.2. Menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien yang mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan Hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2023.

1.3.2.3. Menyusun perencanaan tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan Hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2023.

1.3.2.4. Melaksanakan tindakan Asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan Hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2023.

1.3.2.5. Melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan Hemodialisa di Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2023.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan Hemodialisa di RSUD. Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2023, sehingga perawat dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat.

##### **1.4.2 Bagi Tempat Penelitian**

Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai wadah untuk tempat bertukar pikiran dan memberi masukan atau saran serta menambah keluasan ilmu Asuhan Keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan Hemodialisa di RSUD. Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2023.

##### **1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan**

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan Hemodialisa di RSUD. Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2023.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Konsep Dasar Medis

##### 2.1.1. Pengertian

Penyakit Ginjal Kronis (*Chronic Kidney Disease* (CKD)) didefinisikan sebagai kerusakan fungsi ginjal yang berlangsung lebih dari 3 bulan dan dimanifestasikan oleh kelainan struktural atau fungsional ginjal dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus (*Glomerulus Filtration Rate/ GFR*) dan dengan kelainan patologis atau tanda-tanda disfungsi ginjal, termasuk kelainan komposisi kimia darah, urin atau kelainan radiologis. (Smeltzer & Bare, 2013)

*Chronic kidney disease* (CKD) merupakan suatu keadaan dimana organ ginjal sudah tidak mampu mengangkut sisa metabolisme endogen tubuh berupa zat-zat yang biasanya diekskresikan melalui urin dan terakumulasi dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit, serta asam-basa. (Abdul M., 2013)

Jadi pada pasien *chronic kidney disease* (CKD) ini terjadinya kerusakan pada fungsi ginjal, sehingga organ di ginjal tidak dapat mengangkut sisa metabolisme endogen yang berupa zat-zat yang di keluarkan melalui urin dan terakumulasi dalam cairan tubuh dan dapat menyebabkan gangguan pada fungsi endokrin dan metabolik, cairan elektrolit dan asam-basa.

Penanganan *Chronic Kidney Disease* (CKD) dapat dilakukan dengan dua cara yaitu pertama transplantasi ginjal dan kedua Hemodialisa atau cuci darah. Hemodialisis adalah metode pengobatan untuk pasien *chronic kidney disease* (CKD) stadium akhir. Hemodialisis tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal, atau mengkompensasi hilangnya metabolisme ginjal atau fungsi endokrin, atau dampak gagal ginjal dan pengobatannya terhadap kualitas hidup. (Abdul M., 2013)

### 2.1.2. Etiologi

Kondisi klinis yang memungkinkan dapat menyebabkan terjadinya *chronic kidney disease* (CKD) bisa diakibatkan oleh (Kramer et al., 2016):

#### 1) Penyakit dari ginjal

Penyakit pada saringan (glomerulus): *Glomerulonefritis*, Infeksi kuman: *pyelonefritis*, *ureteritis*, Batu ginjal: *nefrolitiasis*, Kista di ginjal: *polycystis kidney*, Trauma langsung pada ginjal, Keganasan pada ginjal, Sumbatan: batu, tumor, penyempitan/striktur.

#### 2) Penyakit umum di luar ginjal

Penyakit sistemik: Diabetes Melitus, Hipertensi, Kolesterol tinggi, *Dyslipidemia*, *Systemic Lupus Erythematosus*, Infeksi dibadan: TBC paru, sipilis, malaria, hepatitis, Pre-eklamsi, Obat-obatan, dan kehilangan banyak cairan secara mendadak (luka bakar).



### 2.1.3. Manifestasi Klinis

Pasien yang didiagnosis dengan *chronic kidney disease* (CKD) hadir dengan beberapa gejala klinis. Tingkat keparahan tanda dan gejala juga sebagian bergantung pada tingkat kerusakan ginjal itu sendiri. (Smeltzer & Bare, 2013) Manifestasi klinis dari penyakit Gagal Ginjal Kronis adalah sebagai berikut:

- 1) Manifestasi Kardiovaskular, mencakup hipertensi diakibatkan oleh retensi cairan dan natrium karena aksi sistem renin-angiotensin-aldosteron. Selanjutnya Gagal Jantung Kongestif, iritasi perikardial akibat perikarditis uremik toksik, edema paru, edema periorbital, edema ekstremitas, dan dilatasi vena jugularis akibat kelebihan cairan.
- 2) Pulmoner yaitu ditandai dengan krekels, sputum kental dan liat, napas dangkal serta pernapasan kussmaul
- 3) Gejala Dermatologi sering mencakup gatal hebat (pruritus) yang disebabkan oleh penumpukan kristal ureum dibawah kulit, saat ini jarang terjadi karena penanganan dini. Warna kulit menjadi abu-abu dan berkilau, kulit menjadi kering dan bersisik, muncul memar, dan rambut menjadi tipis dan rapuh.
- 4) Gejala Gastrointestinal juga sering terjadi, seperti anoreksia, mual, muntah, cegukan, penurunan aliran saliva, penurunan kemampuan pengecap dan penciuman, perdarahan pada saluran GI, konstipasi, dan diare
- 5) Gejala neurologi mencakup kelemahan dan keletihan, perubahan

tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi, kedutan otot, dan kejang

- 6) Gejala Musculokeletal meliputi kram otot, kekuatan otot hilang, fraktur tulang, dan *foot drop*
- 7) Gejala Reproduksi meliputi amenor dan atrofi testikuler

#### 2.1.4. Patofisiologi

Pada gagal ginjal kronik fungsi ginjal menurun secara drastis yang berasal dari nefron. Insufisiensi dari gagal ginjal tersebut akan mengalami penurunan sekitar 20 – 50% dalam hal GFR. Pada penurunan fungsi rata-rata 50%, biasanya akan muncul tanda dan gejala azotemia hipertensi dan anemia. Selain itu selama terjadi kegagalan fungsi ginjal maka pada keseimbangan cairan dan elektrolit pun akan mengalami masalah. (Brunner, 2016)

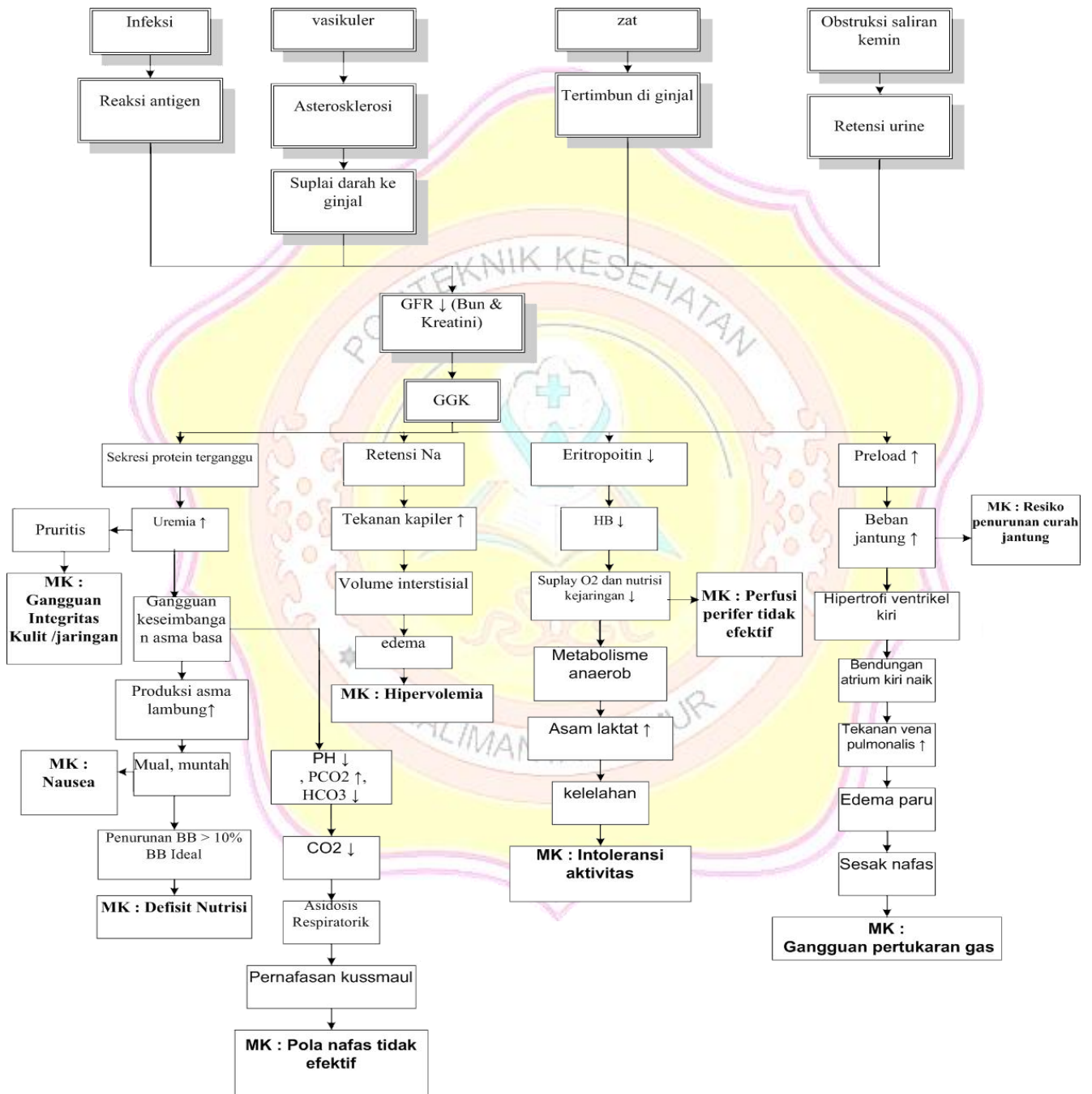
Kerusakan ginjal akan menurunkan produksi eritopoetin sehingga tidak terbentuknya eritrosit yang menimbulkan anemia dengan gejala pucat kelelahan dan aktivitas fisik berkurang. Proteinuria merupakan tanda terjadinya kerusakan ginjal. Penurunan fungsi ginjal menyebabkan permeabilitas glomerulus meningkat sehingga molekul protein seperti albumin akan bebas melewati membrane filtrasi. Selain itu fungsi filtrasi yang terganggu akan menyebabkan akumulasi urea dalam darah. (Brunner, 2016)

Penumpukan urea dalam tubuh dapat menyebabkan gangguan keseimbangan asam dan basa yang mempengaruhi produksi asam dalam tubuh termasuk produksi asam lambung sehingga muncul tanda dan gejala



mual muntah dan anoreksia. Selain itu penumpukan urea dalam tubuh dapat menyebabkan pruritus sehingga muncul gangguan integritas kulit. (Brunner, 2016)

Bagan 2.1 patofisiologi *Chronic Kidney Disease* (CKD)



Sumber : (Brunner, 2016)

### 2.1.5. Klasifikasi

Menurut (Muttaqin, 2013) dalam buku Keperawatan Medikal Bedah gagal ginjal kronik dibagi menjadi 3 stadium yaitu:

#### 1) Stadium 1

Pada stadium 1, didapati ciri yaitu menurunnya cadangan ginjal, pada stadium ini kadar kreatinin serum berada pada nilai normal dengan kehilangan fungsi nefron 40-75%.

#### 2) Stadium 2

Pada Stadium 2, terjadi insufisiensi ginjal dimana > 75% jaringan telah rusak *Blood Urea Nitrogen* (BUN) dan kreatinin serum meningkat akibatnya ginjal kehilangan kemampuannya untuk memekatkan urin dan terjadi azotemia.

#### 3) Stadium 3

Pada Stadium 3 atau lebih dikenal dengan gagal ginjal stadium akhir. Pada kondisi ini, kadar kreatinin serum dan BUN meningkat secara signifikan sebagai respons terhadap penurunan GFR (*Glomerulo Filtration rate*), yang menyebabkan ketidakseimbangan kadar nitrogen urea darah dan elektrolit, membuat pasien memenuhi syarat atau bahkan membutuhkan dialisis, transplantasi ginjal.

Berikut adalah tabel klasifikasi stadium penyakit ginjal kronik menurut *The Renal Association* (2013).

Tabel 2.1 klasifikasi stadium CKD

Sumber: (Muttaqin, 2013)

Stadium	Deskripsi	GFR (mL/menit/1.73m <sup>2</sup> )
1	Fungsi ginjal normal, tetapi temuan urin, abnormalitas struktur atau ciri genetik menunjukkan adanya penyakit ginjal	≥ 90
2	Penurunan ringan fungsi ginjal, dan temuan lain (seperti pada stadium 1) menunjukkan adanya penyakit ginjal	60-89
3a	Penurunan sedang fungsi ginjal	45-59
3b	Penurunan sedang fungsi ginjal	30-44
4	Penurunan fungsi ginjal berat	15-29
5	Gagal ginjal	<15

Klasifikasi penyakit ginjal kronis didasarkan atas dua hal yaitu, atas dasar derajat (*stage*) penyakit dan atas dasar diagnosis etiologi. Klasifikasi atas derajat penyakit, dibuat berdasarkan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang dihitung dengan menggunakan rumus *Kockkcroft-Gault* sebagai berikut :

$$\text{Laju Filtrasi Glomerulus (LFG)} = \frac{(140 - \text{usia}) \times \text{Berat Badan} (*)}{72 \times \text{Kreatinin Serum}}$$

(\*) Dikalikan 0,85 bila perempuan (Corwin, 2009).

### 2.1.6. Faktor-Faktor Resiko

Terdapat beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan penyakit ginjal kronis menurut (Arifa et al., 2017) , diantaranya adalah :

#### 1) Usia

Usia yang lebih tua memiliki risiko lebih tinggi terkena *chronic kidney disease* (CKD) daripada orang yang lebih muda. Penurunan GFR (*Glomerulo Filtration rate*) merupakan “*normal aging*” dimana ginjal tidak dapat meregenerasi nefron baru, sehingga terjadi kerusakan ginjal, atau proses penuaan mengakibatkan penurunan jumlah nefron. Pada usia 40 tahun, jumlah nefron fungsional berkurang sekitar 10% setiap 10 tahun, dan pada usia 80 tahun, hanya 40% nefron yang berfungsi. Hasil dari *Baltimore Longitudinal Study on Aging* (BLSA) menunjukkan bahwa kreatinin menurun rata-rata 0,75 ml/menit/tahun seiring bertambahnya usia pada individu tanpa penyakit ginjal atau penyakit penyerta lainnya, namun tidak semua orang mengalami penurunan kreatinin. Hal ini karena ada faktor lain yang mempercepat penurunan *Glomerulo Filtration rate* (GFR).

#### 2) Jenis Kelamin

Laki – laki memiliki resiko lebih tinggi terkena *chronic kidney disease* (CKD). Data *chronic kidney disease* (CKD) dari Indonesia *internal rate of return* (IRR, 2018) dan Australia menunjukkan bahwa pria lebih berisiko terkena *chronic kidney disease* (CKD) dibandingkan wanita. Hal ini disebabkan pengaruh hormon reproduksi, gaya hidup seperti



konsumsi protein, garam, rokok dan alkohol antara laki-laki dan perempuan.

### 3) Sosial Ekonomi

Individu dengan status sosial ekonomi rendah berisiko lebih tinggi. Sebuah studi kohort di Amerika Serikat juga menemukan bahwa wanita kulit putih dan Afrika-Amerika dengan status sosial ekonomi rendah memiliki risiko penyakit gagal ginjal kronis yang lebih besar dibandingkan dengan status sosial ekonomi yang lebih tinggi. Hal ini dimungkinkan karena akses pemeriksaan dan pengobatan fungsi ginjal terbatas pada masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah.

### 4) Penyakit Pemicu

Diabetes melitus dan hipertensi merupakan faktor risiko gagal ginjal. Hasil analisis menunjukkan bahwa pasien diabetes mellitus memiliki risiko 2,5 kali lebih tinggi terkena penyakit ginjal kronik dibandingkan pasien tanpa diabetes melitus. Hal ini disebabkan oleh tingginya kadar gula darah yang mempengaruhi struktur ginjal dan merusak pembuluh darah halus pada ginjal. Sementara itu, orang dengan hipertensi memiliki risiko 3,7 kali lebih besar terkena penyakit ginjal kronik dibandingkan orang tanpa hipertensi. Hubungan antara penyakit ginjal kronik dan hipertensi bersifat siklis, penyakit ginjal dapat menyebabkan hipertensi dan sebaliknya hipertensi jangka panjang dapat menyebabkan penyakit ginjal.

## 5) Obesitas

Obesitas mempunyai resiko 2,5 kali lebih besar untuk mengalami PGK. Obesitas menyebabkan aktivasi system syarafsimpatis, aktivasi *system renninangiostensin* (RAS), sitokin adiposity (misalnya : leptin), kompresi fisik ginjal akibat akumulasi lemak intrarenal dan matriks ekstraseluler, perubahan hemodinamik-hiperfiltrasi karena peningkatan tekanan intraglomeruler, gangguan tekanan ginjal natriuresis (tekanan tinggi dibutuhkan ekskresi natrium). Hal tersebut dapat menyebabkan kerusakan ginjal.

### 2.1.7. Komplikasi

Menurut (Prabowo & Pranata, 2014) komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronis antara lain :

- 1) Penyakit tulang Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan dekasifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama kan menyebabkan fraktur patologis.
- 2) Penyakit Kardiovaskuler Ginjal sebagai control sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri)
- 3) Anemia Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritopoetin yang mengalami defisiensi di ginjal mengakibatkan penurunan hemoglobin.



- 4) Disfungsi seksual Dengan gangguan sirkulasi pada ginjal, maka libido sering mengalami penurunan dan terjadi impoten pada pria. Pada wanita dapat terjadi hiperprolaktinemia.

### 2.1.8. Pemeriksaa penunjang

Beberapa pemeriksaan penunjang untuk pasien yang mengalami *chronic kidney disease* (CKD) (Brunner, 2016), yaitu:

#### 1) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium antara lain, hematologi : Melihat kadar hemoglobin dan hematokrit pada pasien penyakit ginjal kronis, yang biasanya menderita komplikasi anemia, dimana kadar hemoglobin dan hematokrit darah menurun akibat penurunan produksi erythropoietin, penurunan usia sel, dan perdarahan saluran cerna.

Kimia Darah : Dilakukan pemeriksaan kadar nitrogen dalam darah (*Blood Urea Nitrogen* (BUN)), dan kreatinin serum, dimana keduanya terbukti meningkat dalam darah, menandakan penurunan fungsi ginjal karena keduanya membuang zat racun dalam tubuh. Kreatinin serum merupakan indikator kuat fungsi ginjal, dengan peningkatan kreatinin tiga kali lipat menunjukkan penurunan fungsi ginjal sebesar 75%. Kreatinin serum juga digunakan untuk memperkirakan *Glomerulos Filtration rate* (GFR).

Analisis gas darah (AGD): Digunakan untuk melihat asidosis metabolik, ditandai dengan penurunan pH plasma.

## 2) Pemeriksaan urin

Dilakukan pemeriksaan urinalisis yaitu untuk melihat adanya sel darah merah, protein, glukosa, dan leukosit didalam urin. Pemeriksaan urin juga untuk melihat volume urin yang biasanya < 400 ml/jam atau oliguria atau urin tidak ada/anuria, perubahan warna urin bisa disebabkan karena ada pus, darah, bakteri, lemak, partikel koloid, miglobin, berat jenis < 1.015 menunjukkan gagal ginjal, osmolalitas < 350 menunjukkan kerusakan tubular.

## 3) Pemeriksaan Radiologis

Terdapat beberapa pemeriksaan radiologi antara lain ; sistokopi (melihat lesi pada kandung kemih dan batu), *voiding cystourethrography* (kateterisasi kandung kemih yang digunakan untuk melihat ukuran dan bentuk kandung kemih), *ultrasound* ginjal (mengidentifikasi adanya kelainan pada ginjal diantaranya kelianan struktural, batu ginjal, tumor, dan massa yang lain), urografi intravena (melihat aliran pada glomerulus atau tubulus, refluks vesikouter, dan batu), KUB foto (untuk menunjukkan ukuran ginjal), arteriogram ginjal (mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstrasvaskuler, massa).



Gambar 2.1 Sistokopi, Ultrasound ginjal, *voiding cystourethrography*



Gambar 2.2 KUB foto, arteriogram ginjal, urografi intravena

Sumber: [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

### 2.1.9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien *chronic kidney disease* (CKD) dengan hemodialisa (Abdul M., 2013) yaitu :

#### 2.1.9.1. Dialysis

Dialysis merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut.

Dialysis dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi gagal ginjal yang serius, seperti hiperkalemia (Jumlah kalium dalam darah sangat tinggi), pericarditis (Iritasi dan peradangan pada lapisan tipis yang malapisi jantung), dan kejang. Dialysis memperbaiki abnormalitas biokimia; menyebabkan cairan, protein, dan natrium dapat dikonsumsi secara bebas; menghilangkan kecendrungan pendarahan dan membantu penyembuhan luka.

Komplikasi terapi dialysis dapat mencakup hal-hal sebagai berikut:

- 1) Hipotensi, dapat terjadi selama terapi dialysis ketika cairan dikeluarkan
- 2) Emboli udara, komplikasi ini jarang terjadi tetapi jika udaramemasuki

sistem vaskuler

- 3) Nyeri dada, dapat terjadi karena PCO<sub>2</sub> menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah di luar tubuh
- 4) Pruritus, dapat terjadi selama terapi dialysis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit
- 5) Gangguan keseimbangan dialysis, terjadi kerana, perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang. Komplikasi ini kemungkinan terjadinya lebih besar jika terdapat gejala uremia yang berat
- 6) Kram otot, terjadi ketika cairan dan elektrolit dengan cepat meninggalkan ruang ekstrasel
- 7) Mual dan muntah, merupakan peristiwa yang sering terjadi.

Ada 3 prinsip dasar dalam HD yang bekerja pada saat yang sama yaitu:

- 1) Proses Difusi Merupakan proses berpindahnya suatu zat terlarut yang disebabkan karena adanya perbedaan konsentrasi zat-zat terlarut dalam darah dan dialisat. Perpindahan molekul terjadi dari zat yang berkonsentrasi tinggi ke yang berkonsentrasi lebih rendah. Pada HD pergerakan molekul/zat ini melalui suatu membrane semi permeable yang membatasi kompartemen darah dan kompartemen dialisat. Proses difusi dipengaruhi oleh Perbedaan konsentrasi, Berat molekul (makin kecil BM suatu zat, makin cepat zat itu keluar), QB (*Blood Pump*), Luas permukaan membran, Temperatur cairan, Proses konvektik, Tahanan /



resistensi membran, Besar dan banyaknya pori pada membran, Ketebalan / permeabilitas dari membrane.

- 2) Proses Ultrafiltrasi Berpindahnya zat pelarut (air) melalui membrane semi permeable akibat perbedaan tekanan hidrostatis pada kompartemen darah dan kompartemen dialisa. Tekanan hidrostatis /ultrafiltrasi adalah yang memaksa air keluar dari kompartemen darah ke kompartemen dialisa. Besar tekanan ini ditentukan oleh tekanan positif dalam kompartemen darah (*positive pressure*) dan tekanan negatif dalam kompartemen dialisa (*negative pressure*) yang disebut TMP (*trans membrane pressure*) dalam mmHg.
- 3) Proses Osmosis Berpindahnya air karena tenaga kimiawi yang terjadi karena adanya perbedaan tekanan osmotik (osmolalitas) darah dan dialisa. Proses osmosis ini lebih banyak ditemukan pada peritoneal dialysis.

Ada beberapa hal yang harus kita ketahui tentang indikasi dan kontraindikasi dialysis yaitu:

- 1) Indikasi : Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata, K serum  $> 6$  mEq/L, Ureum darah  $> 200$  mg/Dl, pH darah  $< 7,1$ , Anuria berkepanjangan ( $> 5$  hari), *Fluid overloaded*.
- 2) Kontraindikasi: tidak didapatkannya akses vaskuler pada hemodialisa, akses vaskuler sulit, instabilitas hemodinamik dan koagulasi. Kontraindikasi hemodialisa yang lainnya adalah penyakit alzheimer, demensia multi infark, sindrom hepatorenal, sirosis hati lanjut dengan



ensefalopati dan keganasan lanjut.

Terdapat 2 teknik yang digunakan dalam dialysis yaitu:

- 1) Hemodialisis (cuci darah dengan mesin dialiser) Hemodialisis atau HD adalah jenis dialisis dengan menggunakan mesin dialiser yang berfungsi sebagai ginjal buatan. Pada proses ini, darah dipompa keluar dari tubuh, masuk kedalam mesin dialiser. Didalam mesin dialiser, darah dibersihkan dari zat-zat racun melalui proses difusi dan ultrafiltrasi oleh dialisat (suatu cairan khusus untuk dialisis), lalu setelah darah selesai dibersihkan, darah dialirkan kembali kedalam tubuh. Proses ini dilakukan 1-3 kali seminggu di rumah salit dan setiap kalinya membutuhkan waktu sekitar 2-4 jam.
- 2) Dialisis peritoneal (cuci darah melalui perut) Terapi kedua adalah dialisis peritoneal untuk metode cuci darah dengan bantuan membrane peritoneum (selaput rongga perut). Jadi, darah tidak perlu dikeluarkan dari tubuh untuk dibersihkan dan disaring oleh mesindialisis.

Kapan seseorang harus di hemodialisa? *National kidney foundation* merekomendasikan untuk melakukan hemodialisa ketika fungsi ginjal turun hingga 15% atau jika seseorang memiliki gejala parah dikarenakan penyakit ginjal, seperti sesak nafas, kelelahan, kram otot, mual atau muntah.

#### 2.1.9.2. Operasi

- 1) Transplantasi ginjal

Transplantasi memberikan kesempatan kepada pasien untuk menjalani hidup yang relatif normal dan merupakan bentuk terapi pilihan untuk

anak-anak yang menderita gagal ginjal kronik.

### 2.1.9.3. Mengontrol jumlah cairan

Mengontrol jumlah cairan yang boleh masuk ke tubuh pasien dalam sehari dengan cara menghitung jumlah urine/output urine 24 jam + 500 ml (IWL). Cairan yang dimaksud sudah termasuk infus, minum, dan obat-obatan. Pada pasien yang menjalani hemodialisa menggunakan IDWG, dimana peningkatan volume cairan yang dimanifestasikan dengan peningkatan berat badan sebagai dasar untuk mengetahui jumlah cairan yang masuk selama periode interdialitik. Pasien secara rutin diukur berat badannya sebelum dan sesudah hemodialisis untuk mengetahui kondisi cairan dalam tubuh pasien, kemudian IDWG dihitung berdasarkan berat badan kering setelah hemodialisis. (Istanti, 2014)

IDWG diukur dengan cara menghitung berat badan pasien setelah (*pro*) hemodialisa pada periode Hemodialisa pertama (pengukuran 1). Saat periode kedua, berat badan pasien di timbang lagi sebelum (*pre*) hemodialisa (pengukuran 2), selanjutnya menghitung selisih antara pengukuran 2 dikurangi pengukuran 1 dibagi pengukuran 2 dikalikan 100%. Pasien yang mengikuti dan melaksanakan petunjuk menjaga keseimbangan cairan dapat membantu mempertahankan IDWG 2,5% sampai 3,5% berat badan kering atau tidak melebihi 5% berat badan kering. (Istanti, 2014).

$$\text{IDWG} = \frac{\text{BB Pre} - \text{BB Post}}{\text{BB Post}} \times 100\%$$

Rumus menghitung kebutuhan cairan pada pasien Hemodialisa:

$$500 \text{ cc} + \text{Jumlah urine 24 jam (cc)}$$

atau

$$(\text{BB} \times 10) + \text{Jumlah Urine 24 jam (cc)}$$

(Kopple et al., 2021) merekomendasikan tentang masukan cairan ideal yang dikonsumsi pasien setiap harinya adalah 600 ml + urine output + extrarenal waterlosses. Enam ratus ml merupakan cairan yang hilang setiap harinya, sedangkan extrarenal waterlosses meliputi diare, muntah dan sekresi nasogastrik.

Rumus *insensible water loss* (IWL):

$$\text{IWL} = (15 \times \text{BB}) / 24 \text{ jam}$$

Perhitungan balance cairan:

a. Input cairan:

$$\text{Air (makan+Minum)} = \dots\dots\text{cc}$$

$$\text{Cairan Infus} = \dots\dots\text{cc}$$

$$\text{Therapi injeksi} = \dots\dots\text{cc}$$

$$\text{Air Metabolisme} = \dots\dots\text{cc (Hitung AM= 5 cc/kgBB/hari)}$$

b. Output cairan: Urine =  $\dots\dots\text{cc}$

$$\text{Feses} = \dots\dots\text{cc (kondisi normal 1 BAB feses} = 100 \text{ cc)}$$

$$\text{Muntah/perdarahan cairan drainage luka/ cairan NGT terbuka} = \dots\dots\text{cc}$$

$$\text{IWL} = \dots\dots\text{cc (hitung IWL= 15 cc/kgBB/hari) (Insensible Water Loss)}$$

c. Cairan masuk – Cairan keluar total

## **2.2. Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1. Pengakjian Keperawatan**

#### 2.2.1.1. Identitas Diri

##### 1) Biodata

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan. Status perkawinan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medik, diagnosis medis dan alamat. Laki-laki memiliki resiko lebih tinggi dari pada perempuan, karena kebiasaan pekerjaan dan pola hidup yang sehat. Resiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat. Gagal ginjal kronis merupakan periode lanjut dari insidensi gagal ginjal akut sehingga tidak berdiri sendiri.

#### 2.2.1.2. Keluhan Utama

Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa penurunan kesadaran karena komplikasi pada system sirkulasi-ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, keringat dingin, kelelahan, napas berbau urea, dan pruritus (rasa gatal), kondisi ini dipicu oleh karena penumpukan (akumulasi) zat sisa metabolisme/toksin dalam tubuh karena ginjal mengalami kegagalan filtrasi. Selain itu menurut (Doenges, 2018) kelelahan ekstrem, kelemahan, malaiase, gangguan tidur (insomnia/ gelisah/ somnolen), kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentan gerak merupakan keluhan utama penderita gagal ginjal kronik yang mengganggu aktivitas/istirahat. Kondisi ini dipicu karena penumpukkan (akumulasi) zat sisa metabolisme atau



toksin dalam tubuh karena ginjal mengalami kegagalan filtrasi. (Prabowo & Pranata, 2014)

#### 2.2.1.3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* pada hemodialisa biasanya terjadi perubahan pada integritas kulit seperti bersisik dan munculnya pruritus, penurunan jumlah urine, perubahan pola napas dan adanya karena komplikasi dari gangguan system ventilasi, kelelahan, perubahan fisiologis kulit, bau urea pada napas, selain itu, karena berdampak pada proses metabolisme, maka akan terjadi anoreksia, mual dan muntah sehingga beresiko untuk terjadinya gangguan nutrisi. (Smeltzer & Bare, 2013)

#### 2.2.1.4. Riwayat Penyakit Dahulu

*Chronic Kidney Disease* (CKD) dimulai dari gagal ginjal akut dengan berbagai penyebab. Oleh karena itu, informasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk penegakan masalah. Kaji riwayat penyakit Infeksi Saluran Kemih, payah jantung, penggunaan obat berlebihan khususnya obat yang bersifat nefrotoksik, *Benign prostatic hyperplasia* (BPH) dan lain sebagainya yang mampu mempengaruhi kerja ginjal. Selain itu, ada beberapa penyakit yang langsung mempengaruhi/ menyebabkan gagal ginjal seperti diabetes militus, hipertensi, dan batu saluran kemih. (Brunner, 2016)

#### 2.2.1.5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit vascular hipertensif, penyakit metabolik, riwayat keluarga mempunyai penyakit gagal ginjal



kronik, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes melitus, asma, dan lain-lain. *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan hemodialisa bukan penyakit menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus sekunder seperti Diabetes Melitus dan Hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit *Chronic Kidney Disease*, karena penyakit tersebut bersifat hereditas. Kaji pola kesehatan keluarga yang diterapkan jika ada anggota keluarga yang sakit, misalnya minum jamu saat sakit. (Brunner, 2016)

#### 2.2.1.6. Riwayat Psikososial

Kondisi ini tidak selalu ada gangguan jika klien memiliki coping yang baik. Pada pasien *Chronic Kidney Disease* dengan hemodialisa, biasanya perubahan psikososial terjadi pada waktu klien mengalami perubahan struktur fungsi tubuh dan menjalani proses dialisis. Pasien akan mengurung diri dan lebih banyak berdiam diri murung. Selain itu, kondisi ini juga dipicu oleh biaya yang dikeluarkan selama proses pengobatan, sehingga pasien mengalami kecemasan. (Brunner, 2016)

#### 2.2.1.7. Pemeriksaan Fisik

##### 1) Keadaan Umum dan Tanda Tanda Vital

Kondisi klien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan hemodialisa biasanya lemah, tingkat kesadaran bergantung pada tingkat toksisitas. Pada pemeriksaan TTV sering didapatkan meningkat RR meningkat, hipertensi/hipotensi sesuai dengan kondisi fluktuatif (Abdul M., 2013).

## 2) Kepala

- a) Rambut : Pada pasien terlihat berambut tipis dan kasar, klien sering sakit, kepala, kuku rapuh dan tipis.
- b) Wajah : Pada pasien terlihat berwajah pucat
- c) Mata : Pada mata pasien memerah, penglihatan kabur, konjungtiva anemis, dan sclera tidak ikterik.
- d) Hidung : pada pasien tidak ada pembengkakan polip dan klien bernafas pendek dan kusmaul, pernafasan cuping hidung
- e) Bibir: Pada pasien terdapat peradangan mukosa mulut, ulserasi gusi, perdarahan gusi, dan napas berbau urea
- f) Gigi : pada pasien tidak terdapat karies pada gigi.
- g) Lidah : pada pasien tidak terjadi perdarahan pada lidah

## 3) Leher

Pada pasien gagal ginjal kronis tidak terjadi pembesaran kelenjar tyroid atau kelenjar getah bening

## 4) Dada/thoraks

Pada Pasien saat di inspeks pasien mengalami sesak nafas dan terdapat pernafasan kusmaul, saat di Palpasi gagal ginjal fremitus kiri dan kanan, saat di Perkusi terdengar sonor , dan Auskultasi pada pasien terdengar suara ronkhi kering atau basah diakibatkan edema paru.

## 5) Pemeriksaan Jantung

Retensi natrium dan air akan mengalami peningkatan kerana tekanan darah. Tekanan darah meningkat diatas keambangan akan

mempengaruhi volume vaskuler sehingga akan terjadi peningkatan beban jantung pada klien *Chronic Kidney Disease*. Pada pasien *chronic kidney disease* saat di inspeksi terdapat ictus cordisnya tidak terlihat, saat di palpasi pada pasien ictus cordis teraba di ruang intercostal 2 linea dekstra sinistra, saat di perkusi pada pasien terdapat ada nyeri, dan saat di auskultasi terdapat irama jantung yang cepat.

#### 6) Pemeriksaan Abdomen

Pada pasien *chronic kidney disease* saat di Inspeksi terjadi distensi abdomen, acites atau penumpukan cairan, klien tampak mual dan muntah, saat di Auskultasi bising usus normal, berkisar antara 5-35 kali/menit, saat di Palpasi terdapat acites, nyeri tekan pada bagian pinggang, dan adanya pembesaran hepar pada stadium akhir dan saat di Perkusi dapat terdengar pekak karena terjadinya acites.

#### 7) Genitourinaria

Pada pasien terjadi penurunan frekuensi urine, anuria distensi abdomen, diare atau konstipasi, perubahan warna urine menjadi kuning pekat, merah coklat dan berwarna.

#### 8) Ekstremitas

Pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa didapatkan adanya nyeri panggul, oedema pada ekstermitas, kram otot, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki, keterbatasan gerak sendi.

#### 9) Sistem Integumen

Pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa warna kulit abu-

abu, kulit gatal, kering dan bersisik adanya area ekimosis pada kulit.

#### 10) System Hematologi

Biasanya ditemukan *friction rub* pada kondisi uremia berat. Selain itu, biasa terjadi peningkatana tekanan darah, akral teraba dingin, CRT >3 detik, terjadi palpitasi jantung, *chest pain*, dyspnea, terjadi gangguan di irama jantung dan terjadi gangguan sirkulasi lainnya. Jika zat sisa metabolisme semakin tinggi dalam tubuh akan semakin buruk karena tidak efektif dalam proses pembuangan sisa. Juga dapat terjadi gangguan anemia karena penurunan eritropoetin.

#### 11) System Neuromuskuler

Terjadi penurunan kognitif serta terjadi disorientasi pada pasien *Chronic Kidney Disease* dengan hemodialisa. Terjadi penurunan kesadaran terjadi jika telah mengalami hiperkarbik dan sirkulasi cerebral terganggu.

#### 12) System Endokrin

Berhubungan dengan pola seksualitas, pasien dengan *Chronic Kidney Disease* dengan hemodialisa akan mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormone reproduksi. Selain itu, jika kondisi *Chronic Kidney Disease* berhubungan dengan penyakit diabetes militus, maka akan ada gangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada proses metabolisme.

#### 13) System Perkemihan

Terjadinya penurunan frekuensi urine, oliguria, atau anuri, distensi



abdomen.

#### 14) System Pencernaan

Gangguan yang terjadi pada system pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit itu sendiri. Sering ditemukan anoreksia, mual, muntah, dan diare.

#### 15) System Muskuloskeletal

Dengan terjadinya gangguan penurunan atau kegagalan fungsi sekresi pada ginjal maka berdampak pada proses demineralisasi pada tulang, sehingga beresiko terjadinya pengkroposan tulang yang tinggi.

### 2.2.2. Diagnosis Keperawatan

Tabel 2.2 Diagnosis Keperawatan

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

No.	Masalah	Pengertian	Etiologi	Gejala dan tanda mayor minor
1.	Hipervolemia	Peningkatan volume cairan intravascular, interstisial, dan/atau intraselular	Gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium	<p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ortopnea</li> <li>2. Dispnea</li> <li>3. <i>Paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND)</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema anasarka dan /atau edema perifer</li> <li>2. <i>Jugular Venou Pressure</i> (JVP) dan/atau <i>Centra Venous Pressure</i>(CVP) meningkat</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b> (Tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distensi vena jugularis</li> <li>2. Terdengar suara</li> </ol>



				<p>nafas tambahan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Hepatomegali</li> <li>4. Kadar Hb/Ht turun</li> <li>5. Oliguria</li> <li>6. Intake lebihbanyak dari output</li> <li>7. Kongesti paru</li> </ol>
2.	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme	Penurunan konsentrasi hemoglobin, Peningkatan tekanan darah	<p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif:</b> (tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengisian kapiler &gt;3 detik</li> <li>2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba</li> <li>3. Akral teraba dingin</li> <li>4. Warna kulit pucat</li> <li>5. Turgor kulit menurun</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parastesia</li> <li>2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema</li> <li>2. Penyembuhan luka lambat</li> <li>3. Indeks anlebrachial</li> <li>4. Bruit femoralis</li> </ol>
3.	Gangguan integritas kulit	Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen)	Kelebihan volume cairan, sindrom uremia	<p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif:</b> (tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b> (tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri</li> <li>2. Perdarahan</li> <li>3. Kemerahan</li> <li>4. Hematoma</li> </ol>
4.	Risiko	Berisiko mengalami	Perubahan <i>afterload</i> ,	-

	penurunan curah jantung	pemompaan, jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.	perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload	
5.	Pola napas tidak efektif	Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat	Depresi pusat pernafasan, Sindrom hipoventilasi	<p><b>Gejala dan tanda mayor</b>  <b>Subjektif :</b>  1. Dispnea  <b>Objektif :</b>  1. Penggunaan otot bantu napas  2. Fase ekspirasi memanjang  3. Pola napas abnormal</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b>  <b>Subjektif:</b>  1. Ortopnea  <b>Objektif :</b>  1. Pernapasan pursedlip  2. Pernapasan cuping hidung  3. Diameter thoraks anteriorposterior  4. Ventilasi semenit menurun  5. Kapasitas vital menurun  6. Tekanan ekspirasi menurun  7. Tekanan inspirasi  8. Ekskursi dada berubah</p>
6.	Gangguan pertukaran gas	Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler	Ketidakeimbangan ventilasi-perfusi	<p><b>Gejala dan tanda mayor</b>  <b>Subjektif :</b>  1. Dispnea  <b>Objektif:</b>  1. PCO<sub>2</sub> meningkat /menurun  2. PO<sub>2</sub> menurun  3. Takikardia  4. pH arteri meningkat /menurun  5. Bunyi napas tambahan</p>

				<p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pusing</li> <li>2. Penglihatan kabur</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sianosis</li> <li>2. Diaforesis</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Napas cuping hidung</li> <li>5. Pola napas abnormal (cepat/lambat reguler/ireguler, dalam/dangkal)</li> <li>6. Warna kulit abnormal (mis.pucat, kebiruan)</li> <li>7. Kesadaran menurun</li> </ol>
7.	Nausea	Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah	Gangguan biokimiawi (Uremia)	<p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh mual,</li> <li>2. Merasa ingin muntah,</li> <li>3. Tidak berminat makan.</li> </ol> <p><b>Objektif:</b> (tidak tersedia)</p> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa asam dimulut,</li> <li>2. Sensasi panas/dingin,</li> <li>3. Sering menelan.</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saliva meningkat,</li> <li>2. Pucat,</li> <li>3. Diaphoresis,</li> <li>4. Takikardia,</li> <li>5. Pupil dilatasi.</li> </ol>
8.	Defisir nutrisi	Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme	Ketidakmampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme	<p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif:</b> (tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p>

				<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cepat kenyang setelah makan</li> <li>2. Kram/nyeri abdomen</li> <li>3. Nafsu makan menurun</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bising usus hiperaktif</li> <li>2. Otot pengunyah lemah</li> <li>3. Otot menelan lemah</li> <li>4. Membran mukosa pucat</li> <li>5. Serum albumin turun</li> </ol>
9.	Intoleransi aktivitas	Ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari	ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh lelah</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea saat/setelah aktivitas</li> <li>2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</li> <li>3. Merasa lemah</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</li> <li>2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas</li> <li>3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</li> <li>4. Sianosis</li> </ol>



### 2.2.3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan

Sumber: (PPNI, 2018) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

No.	Diagnosis	Luaran dan Kriteria hasil	Intervensi
1.	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 (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Keseimbangan Cairan (L.03020)</b> membaik Kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Kelembaban membran mukosa meningkat 4. Asupan makanan meningkat 5. Edemamenurun 6. Dehidrasi menurun 7. Asites menurun 8. Konfusi menurun 9. Tekanan darah membaik 10. Denyut nadi radial membaik 11. Tekanan arteri rata-rata membaik 12. Membran mukosa membaik 13. Mata cekung membaik 14. Turgor kulit membaik 15. Berat badan membaik	<b>I.03114 ManajemenHipervolemia</b> <b>Observasi</b> 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 <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 1.5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 1.6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat) 1.7. Monitor kecepatan infus secara ketat 1.8. Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) <b>Terapeutik</b> 1.9. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 1.10. Batasi asupan cairan dan garam 1.11. Tinggikan kepala tempat tidur 30- 40° <b>Edukasi</b> 1.12. Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 1.13. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari

			<p>1.14. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>1.15. Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1.16. Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>1.17. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</p> <p>1.18. Kolaborasi pemberian <i>continous renal replacement therapy</i> (CRRT), jika perlu</p> <p><b>I.03121 Pemantauan Cairan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1.1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>1.2. Monitor frekuensi napas</p> <p>1.3. Monitor tekanan darah</p> <p>1.4. Monitor berat badan</p> <p>1.5. Monitor waktu pengisian kapiler</p> <p>1.6. Monitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>1.7. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</p> <p>1.8. Monitor kadar albumin dan protein total</p> <p>1.9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN)</p> <p>1.10. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan</p> <p>1.11. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>1.12. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, berat badan menurun)</p>
--	--	--	--

			<p>dalam waktu singkat)</p> <p>1.13. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1.14. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>1.15. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1.16. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>1.17. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
2.	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d Pengisian kapiler &gt;3 detik, Nadi perifer menurun atau tidak teraba, Akral teraba dingin, Warna kulit pucat, Turgor kulit menurun, Edema (D.0009)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Perfusi Perifer (L.02011)</b> meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>2. Penyembuhan luka meningkat</li> <li>3. Sensasi meningkat</li> <li>4. Warna kulit pucat menurun</li> <li>5. Edema perifer menurun</li> <li>6. Nyeri ekstremitas menurun</li> <li>7. Parastesia menurun</li> <li>8. Kelemahan otot menurun</li> <li>9. Kram otot menurun</li> <li>10. .Bruit femoralis menurun</li> <li>11. Nekrosis menurun</li> <li>12. Pengisian kapiler membaik</li> <li>13. Akral membaik</li> <li>14. Turgor kulit membaik</li> <li>15. Tekanan darah</li> </ol>	<p><b>I.02079 Perawatan Sirkulasi Observasi</b></p> <p>2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ankle brachial index</i>)</p> <p>2.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi ( mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi)</p> <p>2.3 Monitor panans, kemerahan,nyeri atau bengkak pada ekstermitas</p> <p><b>Teraupetik</b></p> <p>2.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi</p> <p>2.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>2.6 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <p>2.7 Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>2.8 Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>2.9 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>2.10 Anjurkan berolah raga rutin</p> <p>2.11 Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar</p>

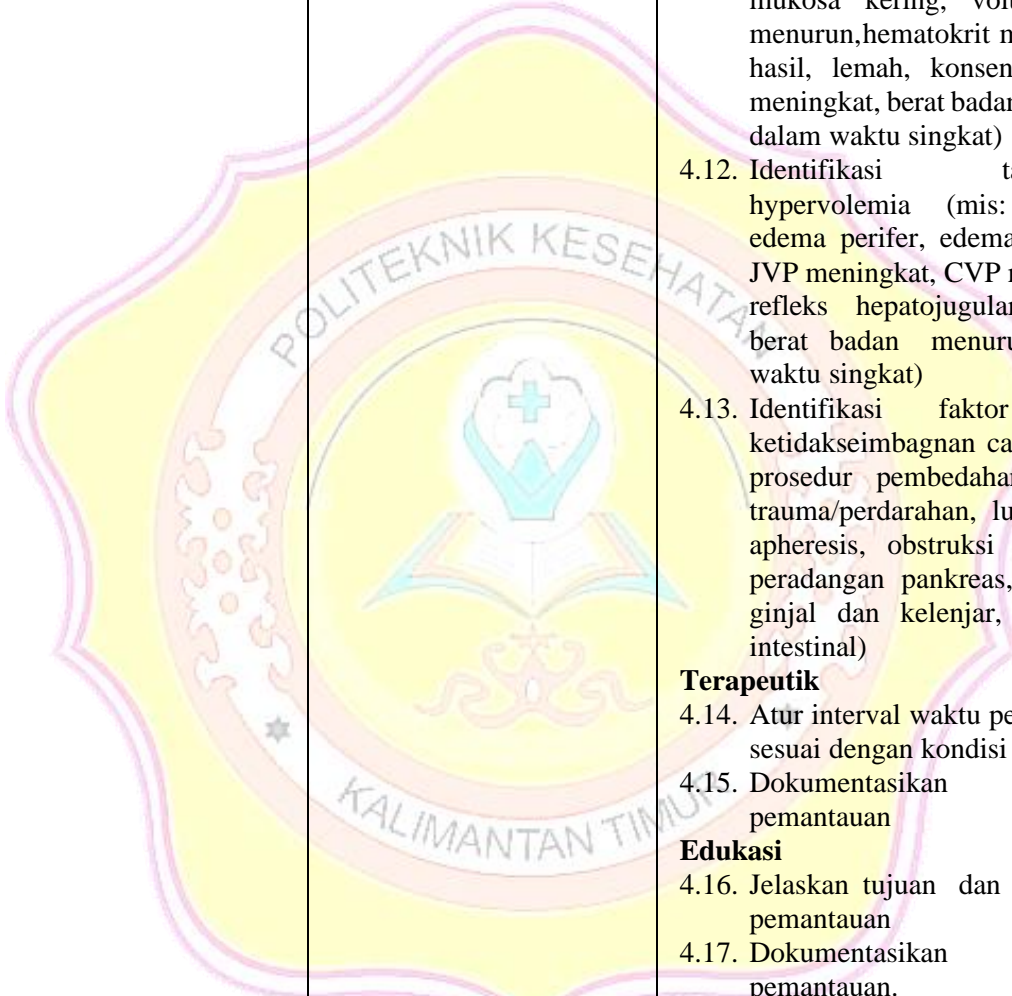
		<p>sistolik membaik</p> <p>16. Tekanan darah diastolik membaik</p> <p>17. Tekanan arteri rata-rata membaik</p> <p>18. Indeks anklebrachial membaik</p>	<p>2.12 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu</p> <p>2.13 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>2.14 Anjurkan menggunakan obat penyekat beta</p> <p>2.15 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi ( mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>2.16 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Raasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p><b>I.06195 Manajemen Sensasi Perifer Observasi</b></p> <p>2.1. Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>2.2. Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian</p> <p>2.3. Periksa perbedaan sensasi tajam dan tumpul</p> <p>2.4. Periksa perbedaan sensasi panas dan dingin</p> <p>2.5. Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</p> <p>2.6. Monitor terjadinya parestesia, jika perlu</p> <p>2.7. Monitor perubahan kulit</p> <p>2.8. Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena</p> <p><b>Teraupetik</b></p> <p>2.9. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>2.10. Anjurkan penggunaan <i>thermometer</i> untuk menguji suhu air</p> <p>2.11. Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak</p> <p>2.12. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p>
--	--	--	---



			<p><b>Kolaborasi</b></p> <p>2.13. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</p> <p>2.17 Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu</p>
3.	<p>Gangguan integritas kulit b.d kelebihan volume cairan, sindrom uremia d.d dyspnea, PCO2 meningkat/menurun, PO2 menurun, Takikardia, pH arteri meningkat/menurun, Bunyi napas tambahan, Nafas cuping hidung, Pola nafas abnormal (cepat/lambat, regular/irregular, dalam/dangkal) (D.0129)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</b> meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Hidrasi meningkat</li> <li>3. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>Kerusakan jaringan menurun</li> <li>4. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>5. Nyeri menurun</li> <li>6. Perdarahan menurun</li> <li>7. Kemerahan menurun</li> <li>8. Hematoma menurun</li> <li>9. Pigmentasi abnormal menurun</li> <li>10. Jaringan parut menurun</li> <li>11. Nekrosis menurun</li> <li>12. Abrasi kornea menurun</li> <li>13. Suhu kulit membaik</li> <li>14. Sensasi membaik</li> <li>15. Tekstur membaik</li> <li>16. Pertumbuhan rambut membaik</li> </ol>	<p><b>I.11353 Perawatan Integritas Kulit</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>3.3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</li> <li>3.4. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</li> <li>3.5. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</li> <li>3.6. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif</li> <li>3.7. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.8. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)</li> <li>3.9. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>3.10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>3.11. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>3.12. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</li> <li>3.13. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah</li> <li>3.14. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun</li> </ol> <p>Secukupnya</p> <p><b>I.4564 Perawatan Luka</b></p> <p><b>Observasi</b></p>

			<p>3.1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>3.2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</p> <p>3.5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>3.6. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>3.7. Berikan salep yang sesuai kulit/lesi, jika perlu</p> <p>3.8. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>3.9. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>3.10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>3.11. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>3.12. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25- 1,5g/kgBB/hari</p> <p>3.13. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</p> <p>3.14. Berikan terapi TENS (stimulasi sarap transkutaneus), jika perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3.15. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>3.16. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>3.17. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>3.18. Kolaborasi prosedur <i>debridement</i> (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>3.19. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
4.	Risiko penurunan curah jantung d.d perubahan preload (D.0011)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	<p><b>I.02075 Perawatan Jantung Observasi</b></p> <p>4.1. Identifikasi tanda/gejala primer</p>

		<p>diharapkan <b>Curah Jantung (L.02008)</b> Meningkat</p> <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2. Gambaran EKG aritmia menurun</li> <li>3. Lelah menurun</li> <li>4. Edema menurun</li> <li>5. Dispnea menurun</li> <li>6. Oliguria menurun</li> <li>7. Pucat/ sianosis menurun</li> <li>8. Tekanan darah membaik</li> <li>9. capillary reffil time (CRT) membaik</li> </ol>	<p>penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, palpitasi, rongki basah, batuk)</li> <li>4.3. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)</li> <li>4.4. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan</li> <li>4.5. Monitor saturasi oksigen</li> <li>4.6. Monitor keluhan nyeri dada</li> <li>4.7. Monitor airtmia (kelainan irama dan frekuensi)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.8. Posisikan pasien semi-fowler dan fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</li> <li>4.9. Berikan dukungan emosional dan spiritual</li> <li>4.10. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.11. Anjurkan berhenti merokok</li> <li>4.12. Ajarkan pasien atau keluarga mengukur <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan harian.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.13. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</li> </ol> <p><b>I.03121 Pemantauan Cairan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>4.2. Monitor frekuensi napas</li> <li>4.3. Monitor tekanan darah</li> <li>4.4. Monitor berat badan</li> <li>4.5. Monitor waktu pengisian kapiler</li> <li>4.6. Monitor elastisitas atau turgor kulit</li> <li>4.7. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin</li> <li>4.8. Monitor kadar albumin dan protein total</li> <li>4.9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis: osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan</li> </ol>
--	--	---	---

			<p>BUN)</p> <p>4.10. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan</p> <p>4.11. Identifikasi tanda-tanda hypovolemia (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>4.12. 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>4.13. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis: prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>4.14. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>4.15. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>4.16. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>4.17. Dokumentasikan hasil pemantauan.</p>
5.	<p>Pola napas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan dan hiperventilasi d.d pasien mengeluh sesak napas saat aktivitas maupun istirahat, Pola nafa abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, <i>cheyne-stokes</i>) (D. 0005)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Pola Napas (L. 01004)</b> Membaik kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ventilasi semenit meningkat</li> <li>2. Kapasitas vital meningkat</li> <li>3. Diameter throaks anterior posterior</li> </ol>	<p><b>I.01014 Pemantauan Respirasi Observasi</b></p> <p>5.1. Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas</p> <p>5.2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, <i>CheyneStokes</i>, Biot, ataksik)</p> <p>5.3. Monitor kemampuan batuk efektif</p> <p>5.4. Monitor adanya produksi sputum</p>



		<p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Tekanan ekspirasi meningkat</li> <li>5. Tekanan inspirasi meningkat</li> <li>6. Dispnea menurun</li> <li>7. Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>8. Pemanjang fase ekspirasi menurun</li> <li>9. Ortopnea menurun</li> <li>10. Pernapasan pursed-tip menurun</li> <li>11. Pernapasan cuping hidung menurun</li> <li>12. Frekuensi napas membaik</li> <li>13. Kedalaman napas membaik</li> <li>14. Ekskursi dada menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5.5. Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>5.6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>5.7. Auskultasi bunyi napas</li> <li>5.8. Monitor saturasi oksigen</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.9. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>5.10. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.11. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>5.12. Informasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>I.01026 Terapi Oksigen</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1. Monitor aliran kecepatan oksigen</li> <li>5.2. Monitor posisi alat terapi oksigen</li> <li>5.3. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</li> <li>5.4. Monitor efektifitas terapi oksigen</li> <li>5.5. Monitor tanda-tanda hipoventilasi</li> <li>5.6. Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis</li> <li>5.7. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</li> <li>5.8. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.9. Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea</li> <li>5.10. Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>5.11. Siapkan dan atur alat pemberian oksigen</li> <li>5.12. Berikan oksigen tambahan</li> <li>5.13. Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi</li> <li>5.14. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.15. Ajarkan pasien dan keluarga</li> </ol>
--	--	---	--

			<p>cara menggunakan oksigen di rumah</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>5.16. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p>5.17. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan tidur</p>
6.	<p>Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi – perfusi d.d dyspnea, PCO2 meningkat/menurun, PO2 menurun, Takikardia, pH arteri meningkat/menurun, Bunyi napas tambahan, Nafas cuping hidung, Pola nafas abnormal (D.0003)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Pertukaran Gas L.01003</b> meningkat</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Dispnea menurun</li> <li>3. Bunyi napas Tambahan menurun</li> <li>4. Pusing menurun</li> <li>5. Penglihatan kabur menurun</li> <li>6. Diaforesis menurun</li> <li>7. Gelisah menurun</li> <li>8. Napas cuping hidung menurun</li> <li>9. PCO2 membaik</li> <li>10. PO2 membaik</li> <li>11. Takikardia membaik</li> <li>12. pH arteri membaik</li> <li>13. Sianosis membaik</li> <li>14. Pola napas membaik</li> <li>15. Warna kulit membaik</li> </ol>	<p><b>I.01014 Pemantauan Respirasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1. Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas</li> <li>6.2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, <i>CheyneStokes</i>, Biot, ataksik)</li> <li>6.3. Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>6.4. Monitor adanya produksi sputum</li> <li>6.5. Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>6.6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>6.7. Auskultasi bunyi napas</li> <li>6.8. Monitor saturasi oksigen</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.9. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>6.10. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.11. Jelaskan tujuan dan prosedur Pemantauan</li> <li>6.12. Informasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>I.01026 Terapi Oksigen</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1. Monitor aliran kecepatan oksigen</li> <li>6.2. Monitor posisi alat terapi oksigen</li> <li>6.3. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</li> <li>6.4. Monitor efektifitas terapi oksigen</li> <li>6.5. Monitor tanda – tanda hipoventilasi</li> <li>6.6. Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelectasis</li> <li>6.7. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</li> </ol>

			<p>6.8. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>6.9. Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea</p> <p>6.10. Pertahanakan kepatenan jalan napas</p> <p>6.11. Siapkan dan atur alat pemberian oksigen</p> <p>6.12. Berikan oksigen tambahan</p> <p>6.13. Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi</p> <p>6.14. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>6.15. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>6.16. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p>6.17. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan tidur</p>
7.	<p>Nausea b.d Gangguan biokimiawi (Uremia) d.d Mengeluh mual, Merasa ingin muntah, Tidak berminat makan (D.0076)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Tingkat nausea L.08065</b> menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan meningkat</li> <li>2. Keluhan mual menurun</li> <li>3. Perasaan ingin muntah menurun</li> <li>4. Perasaan asam dimulut menurun</li> <li>5. Wajah pucat membaik</li> <li>6. Takikardia membaik</li> </ol>	<p><b>I.03117 Manajemen Mual Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1. Identifikasi pengalaman mual</li> <li>7.2. Identifikasi faktor penyebab mual</li> <li>7.3. Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi dan tingkat keparahan)</li> <li>7.4. Monitor asupan makanan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.5. Kendalikan faktor penyebab mual (mis. Bau tak sedap)</li> <li>7.6. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.7. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>7.8. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</li> <li>7.9. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</li> <li>7.10. Anjurkan menggunakan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis.</li> </ol>


			<p>Relaksasi, terapi musik, hypnosis)</p> <p><b>I.03118 Manajemen Muntah Observasi</b></p> <p>7.1. Identifikasi pengalaman muntah</p> <p>7.2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif)</p> <p>7.3. Identifikasi dampak muntah terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)</p> <p>7.4. Identifikasi faktor penyebab muntah (mis: pengobatan dan prosedur)</p> <p>7.5. Identifikasi antiemetik untuk mencegah muntah (kecuali muntah pada kehamilan)</p> <p>7.6. Monitor muntah (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>7.7. Kontrol lingkungan penyebab muntah (mis: bau tidak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan)</p> <p>7.8. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis: kecemasan, ketakutan)</p> <p>7.9. Atur posisi untuk mencegah aspirasi</p> <p>7.10. Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>7.11. Bersihkan mulut dan hidung</p> <p>7.12. Berikan dukungan fisik saat muntah (mis: membantu membungkuk atau menundukkan kepala)</p> <p>7.13. Berikan kenyamanan selama muntah (mis: kompres dingin di dahi, atau sediakan pakaian kering dan bersih)</p> <p>7.14. Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah</p>
--	--	--	--



			<p><b>Edukasi</b></p> <p>7.15. Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah</p> <p>7.16. Anjurkan memperbanyak istirahat</p> <p>7.17. Ajarkan penggunaan Teknik non farmakologis untuk mengelola muntah (mis: <i>biofeedback</i>, hipnosis, relaksasi, terapi musik,akupresur)</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>7.18. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu</p>
8.	Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan d.d Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, nafsu makan menurun (D.0019).	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <p><b>Keseimbangan Cairan L.03020</b> membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan meningkat</li> <li>2. Haluaran urin meningkat</li> <li>3. Kelembaban membran mukosa meningkat</li> <li>4. Asupan makanan meningkat - Edema menurun</li> <li>5. Dehidrasi menurun</li> <li>6. Asites menurun</li> <li>7. Konfusi menurun</li> <li>8. Tekanan darah membaik</li> <li>9. Denyut nadi radial membaik</li> <li>10. Tekanan arteri rata-rata membaik</li> <li>11. Membran mukosa membaik - Mata cekung membaik</li> <li>12. Turgor kulit membaik</li> <li>13. Berat badan membaik</li> </ol>	<p><b>I.03119 Manajemen Nutrisi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8.1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>8.2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>8.3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>8.4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>8.5. Monitor asupan makanan</li> <li>8.6. Monitor berat badan</li> <li>8.7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8.8. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>8.9. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.Piramida makanan)</li> <li>8.10.Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>8.11.Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>8.12.Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>8.13.Berikan makanan rendah protein</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8.14.Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>8.15.Anjurkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8.16.Kolaborasi pemberian medikasi sebelum</li> <li>8.17.makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), jika perlu</li> <li>8.18.Kolaborasi dengan ahli gizi</li> </ol>

			<p>menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p><b>I.03136 Promosi Berat Badan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>8.1. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang</p> <p>8.2. Monitor adanya mual muntah</p> <p>8.3. Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari</p> <p>8.4. Monitor berat badan</p> <p>8.5. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum</p> <p><b>Teraupetik</b></p> <p>8.6. Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu</p> <p>8.7. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis. Makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomi, total parenteral nutrition sesuai indikasi)</p> <p>8.8. Hidangkan makanan secara menarik</p> <p>8.9. Berikan suplemen, jika perlu</p> <p>8.10. Berikan pujian pada pasien /keluarga untuk peningkatan yang dicapai</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>8.11. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</p> <p>8.12. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan</p>
9.	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d mengeluh lelah, dyspnea saat/setelah aktivitas, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Toleransi Aktivitas L.05047</b> meningkat Kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan	<p><b>I.05178 Manajemen Energi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>9.1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>9.2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>9.3. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>9.4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>9.5. Sediakan lingkungan nyaman</p>

		<p>aktivitas sehari-hari meningkat</p> <p>4. Kecepatan berjalan meningkat</p> <p>5. Jarak berjalan meningkat</p> <p>6. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</p> <p>7. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</p> <p>8. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat</p> <p>9. Keluhan lelah</p> <p>10. Dipsnea saat aktivitas menurun</p> <p>11. Dipsnea setelah aktivitas menurun</p> <p>12. Perasaan lemah menurun</p> <p>13. Aritmia saat beraktivitas menurun</p> <p>14. Aritmia setelah beraktivitas menurun</p> <p>15. Sianosis menurun</p> <p>16. Warna kulit membaik</p> <p>17. Tekanan darah membaik</p> <p>18. Frekuensi napas membaik</p> <p>19. EKG Iskemia membaik</p>	<p>dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>9.6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p>9.7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>9.8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>9.9. Anjurkan tirah baring</p> <p>9.10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>9.11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>9.12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>9.13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara</p> <p>9.14. Meningkatkan asupan makanan</p> <p><b>I.05186 Terapi Aktivitas Observasi</b></p> <p>9.1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</p> <p>9.2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>9.3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p>9.4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</p> <p>9.5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang</p> <p>9.6. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>9.7. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</p> <p>9.8. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <p>9.9. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai Kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</p>
--	--	--	---

			<p>9.10. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>9.11. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</p> <p>9.12. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</p> <p>9.13. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</p> <p>9.14. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</p> <p>9.15. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</p> <p>9.16. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>9.17. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</p> <p>9.18. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>9.19. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. Kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia</p> <p>9.20. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</p> <p>9.21. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)</p> <p>9.22. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>9.23. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</p> <p>9.24. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau</p> <p>9.25. kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p>
--	--	--	---



		<p>9.26. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p>9.27. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>9.28. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</p> <p>9.29. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>9.30. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</p> <p>9.31. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</p> <p>9.32. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>9.33. Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</p> <p>9.34. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu</p>
--	--	---

#### 2.2.4. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi. (Ramadhani, 2017)

#### 2.2.5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan

yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Santa, 2019).

Terdapat dua jenis evaluasi :

1) Evaluasi formatif (Proses)

Evaluasi formatif adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilakukan segera setelah perencanaan keperawatan di implementasikan untuk menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilakukan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan. Contoh : membantu pasien duduk semifowler, pasien dapat duduk selama 30 menit dan mengatakan nyaman dengan posisinya tanpapusing.

2) Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Tujuan dari evaluasi sumatif ini yaitu menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah tujuan tercapai/masalah teratasi, tujuan tercapai

sebagian/masalah teratasi sebagian, tujuan tidak tercapai/ masalah tidak tertasi dan bahkan timbul masalah baru. Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah di tetapkan.

- a) S (Subjektif) : informasi berupa ungkapan yang di dapat dari klien setelah diberi tindakan.
- b) O (Objektif) : informasi yang di dapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- c) A (Analisis) : membandingkan antara gejala mayor dan gejala minor yang terjadi pada pasien terhadap luaran keperawatan yang sudah ditetapkan dalam rencana keperawatan. Analisis dalama evaluasi merujuk pada ekspektasi luaran keperawatan
- d) P (Planing) : rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan analisa.

## BAB 3

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)

Jenis penulisan pada Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian bertujuan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Adapun pendekatan yang digunakan pada saat penelitian adalah dengan asuhan keperawatan.

#### 3.2 Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah pasien yang terdiagnosa dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan hemodialisa di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada saat penelitian dilakukan. Subyek penelitian yang diteliti berjumlah dua responden yang mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan kriteria yang sesuai, yaitu :

- 1) Pasien usia 15-70 tahun
- 2) Pasien dalam keadaan sadar maupun tidak sadar
- 3) Pasien dengan masa perawatan minimal 3-6 hari
- 4) Bersedia menjadi responden

#### 3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan melalui metode asuhan keperawatan yang



ilmiah, sistematis dan berkesinambungan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan (UU No. 38, 2014 ; Tentang Keperawatan).

### **3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Asuhan keperawatan dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No.1 Kec. Samarinda Ulu, Samarinda, Kalimantan Timur. Studi kasus ini dilakukan sejak pertama kali masuk rumah sakit sampai dengan pulang atau pasien yang di rawat minimal 3 sampai 6 hari.

### **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 Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, maka akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Setelah itu adalah menegakkan diagnose 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 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **3.6.1. Metode Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

- 1) Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dan keluhan yang

masih dirasakan sekarang) sumber data dari pengkajian, pemeriksaan penunjang dan perawat lainnya.

- 2) Observasi dan pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi).
- 3) Dokumentasi laporan asuhan keperawatan.

### **3.6.2. Instrumen Pengumpulan data**

Pada studi kasus ini, alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi.

### **3.7 Keabsahan Data**

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, orangtua, 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 Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban – jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi.

## **BAB 4**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1. Hasil Studi Kasus**

##### **4.1.1. Gambaran Lokasi Studi Kasus**

Penelitian ini dilakukan di Ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda yang terletak di Jl. Palang Merah Indah No. 01, kelurahan Sidodadi Kecamatan Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Syahrani adalah rumah sakit tipe A sebagai Rumah Sakit rujukan terdapat fasilitas pelayanan IGD 24 jam, Poliklinik Spesialis, Laboratorium. Instalasi Radiologi, Instalasi Bedah Sentral, Apotek, Instalasi Gizi, Histologi atau Kamar Jenazah, Fisioterapi, Ruang Kemoterapi, CSSD, Ruang Intensif Terpadu, Ruang Hemodialisa, Ruang Bersalin/VK, Gedung Pravilium, Instalasi Rawat Inap (Kelas I, II, III, dan VIP).

Dalam studi kasus ini peneliti melakukan studi kasus pada tanggal 1 sampai 6 Mei 2023 di ruang Aster yaitu ruang rawat inap kelas 2 dan pasien diterima langsung dari IGD atau dari poliklinik, Tenaga keperawatan di ruang Aster terdiri dari 25 orang dengan kasus penyakit meliputi diantaranya pasien dengan penyakit Diabetes Melitus, CKD, luka bakar, dan penyakit dalam lainnya. Adapun ruangnya terdiri dari 10 Ruang kamar dengan 40 kapasitas tempat tidur, 32 kamar mandi pasien, 2 kamar mandi perawat, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang obat, 1 nurse station.



Dalam penelitian ini dilakukan di ruang Aster dimulai dari tanggal 1 Mei 2023 dengan metode penelitian studi kasus, lama waktu pengambilan data pasien dimulai pada tanggal 1 sampai dengan 6 Mei 2023 untuk pasien I dan pada tanggal 2 Mei sampai 6 Mei 2023 untuk pasien 2. Pasien merupakan pasien kelolaan penulis sendiri di ruang Aster pada semester 6.

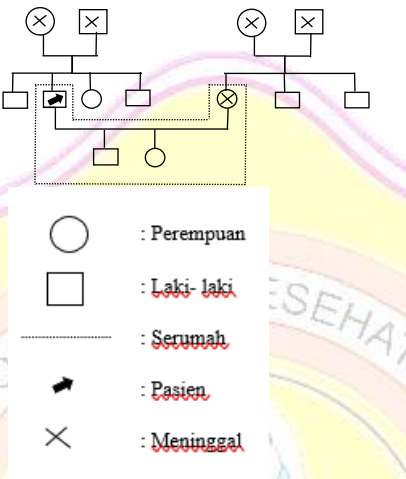
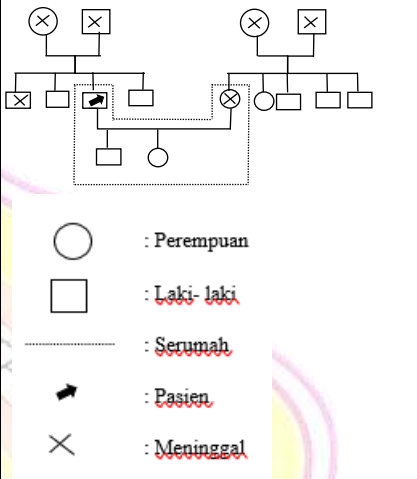
#### 4.1.2. Data Asuhan Keperawatan

##### 1. Pengkajian

**Tabel 4.1**

Hasil pengkajian Pasien 1 dan Pasien 2 dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa Di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

Data Anamnesis	Pasien 1	Pasien 2
Identitas Klien	Tn. W, 56 tahun, tanggal lahir 3 April 1967 jenis kelamin laki-laki, suku Jawa, Pendidikan terakhir SLTA, agama Islam, pekerjaan swasta, alamat di JL. Gunung Sari, tanggal masuk rumah sakit 21 April 2023 dengan nomor register 01.15.51.xx, masuk dengan diagnose medis CKD on HD	Tn. B, 64 tahun, tanggal lahir 2 Juni 1956, jenis kelamin laki-laki, suku Banjar, Pendidikan terakhir SLTA, agama Islam, pekerjaan swasta, alamat rumah Perumahan Bukit Sari, tanggal masuk rumah sakit 26 April 2023 dengan nomor register 01.30.xx.xx, masuk dengan diagnose CKD + AKI Riwayat HD
Keluhan utama	Penurunan kesadaran	Edema pada ekstremitas
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga pasien mengatakan saat di rumah pasien di temukan tidak sadarkan diri di jam 7 pagi. Dengan keluraganya langsung di bawa ke IGD RSUD.AWS pada tanggal 21 April 2023, selama di IGD pasien tidak ada peningkatan kesadaran selama 1 setengah hari, setelah itu di bawa ke ICU dan di ICU pasien di rawat selama 6 hari, di hari sabtu pasien operasi pemasangan Thrakeostomi dan saat hari minggu sore pasien di pindahkan ke ruangan Aster	Keluarga pasien mengatakan rujukan dari Rumah Sakit Hermina ke Rumah Sakit AWS dengan keluhan pasien mengeluarkan darah dari gusi terus menerus hingga 1 minggu setelah itu di bawa ke Hermina, di rawat di Hermina selama 1 minggu dan mengalami peningkatan kalium setelah itu di bawa ke IGD RS.AWS tanggal 26 April 2023 dan dipindahkan ke ruang Aster pada tanggal 28 April 2023 muncul edema pada kaki bagian kiri pasien

<p>Riwayat penyakit dahulu dan keluarga</p>	<p>Pasien dulu pernah dirawat di RSUD. AWS ruangan aster Kurang lebih 1 minggu pada tahun 2020 karena mengalami stroke non-hemoragik di bagian tubuh sebelah kiri, pasien tidak memiliki Riwayat penyakit keluarga</p>  <p>○ : Perempuan  □ : Laki-laki  --- : Serumah  ➔ : Pasien  × : Meninggal</p>	<p>Pasien dulu pernah di rawat di RSUD. AWS ruangan aster/cempaka karena mengalami stroke ringan tetapi keluarga pasien tidak ingat kapan terakhir masuk rumah sakit, pasien mengatakan memiliki penyakit keturunan yaitu hipertensi</p>  <p>○ : Perempuan  □ : Laki-laki  --- : Serumah  ➔ : Pasien  × : Meninggal</p>
---	--	---

Tabel 4.2

Hasil pemeriksaan Fisik Pasien 1 dan Pasien 2 dengan *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa Di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
Kondisi umum	Kesadaran pasien Somnolen dengan GCS: E3M5V1, pasien tidak ada mengeluh nyeri, Total skor status fungsional Barthel indeks pasien yaitu 0 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat	Kesadaran pasien Composmentis dengan GCS : E4M6V5, Pasien tidak ada mengeluh nyeri. Total skor status fungsional Barthel indeks pasien yaitu 6 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat, pasien tidur sekitar 7-8 jam perhari
Tanda-tanda Vital	TD: 120/81 mmHg N: 81 x/m RR: 18 x/m Temp: 36°C MAP: 94 mmHg	TD: 125/92 mmHg N: 118 x/m RR: 20 x/m Temp: 35.6 °C MAP: 103 mmHg
Pemeriksaan fisik kepala	<b>Kepala:</b> Kulit kepala kotor, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam dan tidak ada kelainan.  <b>Mata:</b>	<b>Kepala:</b> Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam dan putih beruban dan tidak ada kelainan

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
	<p>Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak edema, pasien memiliki reflek cahaya , pupil isokor dan tidak ada kelainan</p> <p><b>Hidung:</b> Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal di tengah, lubang hidung bersih</p> <p><b>Rongga Mulut:</b> Warna bibir kecoklatan dan sedikit pucat, warna lidah merah muda, mukosa lembab</p>	<p><b>Mata:</b> Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak edema, pasien memiliki reflek cahaya , pupil isokor dan tidak ada kelainan</p> <p><b>Hidung:</b> Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal di tengah, lubang hidung bersih</p> <p><b>Rongga mulut:</b> Warna bibir kecoklatan dan sedikit pucat, warna lidah merah muda, mukosa agak kering</p>
Pemeriksaan Thorax	<p><b>Inspeksi:</b> Saat di inpeksi bentuk dada simetris, irama nafas teratur dengan frekuensi 18x/m, pola nafas , tidak ada pernafasan cuping hidung, ada penggunaan otot bantu nafas, Gurgling</p> <p><b>Palpasi:</b> Tidak dapat dikaji</p> <p><b>Perkusi:</b> Sonor, suara tambahan saat ekspirasi maupun inspirasi</p> <p><b>Asukultasi:</b> Suara nafas vesikuler</p>	<p><b>Inspeksi:</b> Bentuk dada simetris, irama nafas teratur dengan frekuensi 20x/m, pola nafas , tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu nafas</p> <p><b>Palpasi:</b> Teraba Vocal premitus dada di seluruh lapang dada baik dextra maupun sinistra saat pasien berbicara</p> <p><b>Perkusi:</b> Sonor</p> <p><b>Asukultasi:</b> Suara nafas vesikuler</p>
Pemeriksaan jantung	<p><b>Inpeksi :</b> Saat di inpeksi Tidak adanya sianosis pada pasien, CRT pasien &gt;2 detik</p> <p><b>Palpasi :</b> Saat di palpasi Ictus cordis teraba di ICS V dan akral dingin</p> <p><b>Perkusi :</b> Saat di perkusi terdengar Batas atas berada di ICS II line sterna dextra, Batas bawah berada ICS V line midclavicular sinistra, Batas kanan berada di ICS III line sterna dextra, Batas kiri berada di ICS III line sterna sinistra</p> <p><b>Auskultasi:</b> Saat di auskultasi BJ II-Aorta terdengar irama regular, tunggal, dan intensitas kuat, BJ II-Pulmonal terdengar irama regular, tunggal, dan intensitas</p>	<p><b>Inpeksi :</b> Saat di inpeksi Tidak adanya sianosis pada pasien, CRT pasien &lt;2 detik</p> <p><b>Palpasi :</b> Saat di palpasi Ictus cordis teraba di ICS V dan akral hangat</p> <p><b>Perkusi :</b> Saat di perkusi terdengar Batas atas berada di ICS II line sterna dextra, Batas bawah berada ICS V line midclavicular sinistra, Batas kanan berada di ICS III line sterna dextra, Batas kiri berada di ICS III line sterna sinistra</p> <p><b>Auskultasi :</b> Saat di auskultasi BJ II-Aorta terdengar irama regular, tunggal, dan intensitas kuat, BJ II-Pulmonal terdengar irama regular, tunggal, dan intensitas kuat, BJ I-</p>

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
	kuat, BJ I-Triskupidalis terdengar irama regular, tunggal, dan intensitas kuat, BJ I-Mitral terdengar irama regular, tunggal, dan intensitas kuat	Triskupidalis terdengar irama regular, tunggal, dan intensitas kuat, BJ I-Mitral terdengar irama regular, tunggal, dan intensitas kuat
Pemeriksaan Abdomen	<p><b>Inpeksi :</b> Saat di inpeksi bentuk abdomen simetris tidak ada banyangan vena, Tidak terlihat adanya massa, Tidak terdapat bekas operasi, Tidak terpasang drain</p> <p><b>Auskultasi :</b> Bising usus 8x/menit</p> <p><b>Palpasi :</b> Saat di palpasi tidak terdapat nyeri tekan, adanya massa, dan pembesaran hepar</p> <p><b>Perkursori :</b> Tidak ada kelainan pada pemeriksaan perkursori abdomen</p>	<p><b>Inpeksi :</b> Saat di inpeksi bentuk abdomen simetris, Tidak terlihat adanya massa, Tidak terpasang drain, Tidak ada luka operasi pada abdomen</p> <p><b>Auskultasi :</b> Bising usus 10x/m</p> <p><b>Palpasi :</b> Saat di palpasi tidak terdapat nyeri tekan, adanya massa, dan pembesaran hepar</p> <p><b>Perkursori :</b> Tidak ada kelainan pada pemeriksaan perkursori abdomen</p>
Pemeriksaan system syaraf	Pasien tidak dapat di kaji karena penurunan kesadaran	<p>Memori pasien Panjang, pasien dapat memahami apa yang dibicarakan, pasien dapat mengulang barang yang diperlihatkan, kognisi pasien baik dan orientasi baik</p> <p>Reflex fisiologis Patella, Achilles, Bisep, Trisep, Brankialis dengan niali 2 (normal)</p> <p>Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. N1 (olfaktorius) : Normal (pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alcohol)</li> <li>2. N2 (optikus) : Normal(pasien mampu melihat 30 cm)</li> <li>3. N3 (okulomotor) : Normal (pasien mampu mangangkat kelopak mata)</li> <li>4. N4 (Troklearis): Normal (pasien mamapu menggerakkan mata ke bawah)</li> <li>5. N5 (Trigeminus): Normal (pasien mampu mengunyah)</li> <li>6. N6 (Abdusen): Normal (pasien mampu</li> </ol>



Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
		<p>menggerakkan mata kesamping)</p> <p>7. N7 (Fasialis): Normal (pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata )</p> <p>8. N8 (vestibulokolearis): Normal (pasien mampu mendengar dengan baik)</p> <p>9. N9 (glossopharyngeal): Normal (pasien mampu membedakan rasa manis dan asam)</p> <p>10. N10 (vagus): Normal (pasien mampu menelan)</p> <p>11. N11 (aksesorius): Normal (pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan)</p> <p>12. N12 (hipoglossus): Normal (pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah)</p>
Pemeriksaan system perkemihan	Alat kelamin bersih, pasien tidak ada mengeluarkan urine sama sekali, pasien menggunakan kateter, urine berwarna coklat keruh	Alat kelamin bersih, tidak ada keluhan kencing, pasien menggunakan kateter, urine berwarna kuning dan produksi urine 700 cc
Pemeriksaan system Muskuloskeletal dan intugumen	Pergerakan sendi pada pasien didapatkan keterbatasan ekstremitas atas dan bawah pada bagian kiri, kekuatan otot pasien tidak dapat dikaji karena penurunan kesadaran. Terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah bagian kanan Pitting edema grade +2	Pergerakan sendi pasien bebas, Kekuatan otot pasien ekstremitas atas kanan 5, ekstremitas atas kiri 5, ekstremitas bawah kanan 5, ekstremitas bawah kiri 3, ekstremitas bawah mengalami kelemahan. Terdapat edema pada ekstremitas bawah bagian kiri Pitting edema grade +1
Pemeriksaan system Endokrin	Pasien tidak memiliki Riwayat diabetes melitus, pembesaran tyroid	Pasien tidak memiliki Riwayat diabetes melitus, pembesaran tyroid
Status Nutrisi	Pasien memiliki Berat Badan 55 Kg, tinggi badan 170 cm dengan IMT 19 pasien masuk ke kategori Normal, pasien menggunakan NGT, keluarga pasien mengatakan selama di ruang aster tidak ada BAB, pasien diberi susu, frekuensi makannya 3x sehari	Pasien memiliki Berat Badan 50 Kg, tinggi badan 160 cm dengan IMT 19,5 pasien masuk ke kategori Normal, nafsu makan baik (pasien menghabiskan makanan di setiap porsinya), keluarga pasien mengatakan BAB terakhir pada tanggal 29 April 2023, pasien diberi Diet dirumah sakit lunak, frekuensi makannya 3x sehari

<b>Pemeriksaan Fisik</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Keamanan Lingkungan	Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 30 (pasien masuk kategori risiko sedang)	Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 30 (pasien masuk kategori risiko sedang)
Pengkajian Psikososial	Psikososial : Tidak dapat dikaji karena penurunan kesadaran	Psikososial : Pasien mengatakan jika penyakitnya ini cobaan dari tuhan, ekspresi pasien terlihat gelisah, reaksi saat berinteraksi terkadang tidak kooperatif,
Pengkajian spiritual	Spiritual/kebiasaan beribadah : Keluarga Sebelum sakit pasien sering beribadah	Spiritual/kebiasaan beribadah: a. Sebelum sakit pasien sering beribadah b. Selama sakit pasien tidak pernah beribadah
Personal Hygiene	Pasien mandi dengan cara di seka oleh keluarga pasien 1x sehari, Selama dirawat pasien tidak pernah keramas, belum ada potong kuku, tidak ada sikat gigi selama dirawat	Pasien mandi dengan cara di seka oleh keluarga pasien 1x sehari a. Selama dirawat pasien tidak pernah keramas b. Selama dirawat pasien belum ada potong kuku c. Pasien hanya 1x mengganti baju d. Pasien tidak ada sikat gigi selama dirawat e. Pasien tidak mengonsumsi alcohol ataupun merokok

**Tabel 4.3**

Balance Cairan Pasien 1 dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa Di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

Intake	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Output	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
	1 Mei 2023	2 Mei 2023	3 Mei 2023	4 Mei 2023		1 Mei 2023	2 Mei 2023	3 Mei 2023	4 Mei 2023
Minum Peroral					Urine (0,5 – 1 ml/Kg/BB/jam)	0	0	0	0
Cairan Infus	250ml	250ml	250ml	250ml	Drain (WSD)	0	0	0	0
Obat IV	5ml	5ml	10ml	5 ml	IWL (10 – 15 ml/Kg/BB/24jam)	161 ml	161 ml	161 ml	161 ml
NGT	140ml	140ml	140ml	140ml	Diare	0	0	0	0
Makanan (1 Kalori = 0,14ml/hari)	42	42	42	42	Muntah	0	0	0	0
					Pendarahan	0	0	0	0
					Feses (1 × = 200ml/hari)	0	0	0	0
Total	437	437	442	437	Total	161	161	161	161

**Tabel 4.4**  
Balance Cairan Pasien 2 dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa Di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

Intake	Tgl	Tgl	Tgl	Output	Tgl	Tgl	Tgl
	2 Mei 2023	3 Mei 2023	4 Mei 2023		2 Mei 2023	3 Mei 2023	4 Mei 2023
Minum Peroral	1000 ml	1000 ml	700 ml	Urine (0,5 – 1 ml/Kg/BB/jam)	700 ml	850 ml	600 ml
Cairan Infus	250ml	250ml	250ml	Drain (WSD)	0	0	0
Obat IV	10ml	5ml	0	IWL (10 – 15 ml/Kg/BB/24jam)	217 ml	217 ml	217 ml
NGT	0	0	0	Diare	0	0	0
Makanan (1 Kalori = 0,14ml/hari)	350 ml	300 ml	400 ml	Muntah	0	0	0
				Pendarahan	0	0	0
				Feses (1× = 200ml/hari)	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1.610</b>	<b>1.555</b>	<b>1.350</b>	<b>Total</b>	<b>917</b>	<b>1.067</b>	<b>817</b>

**Tabel 4.5**  
Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien 1 dan Pasien 2 dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa Di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

Pemeriksaan Penunjang	Pasien 1	Pasien 2
Pemeriksaan Klinis	<b>Minggu, 30 April 2023</b> <b>Pemeriksaan klinis</b> 1. Albumin : 2.6 g/dL 2. Kalium : 5.2 mmol/L 3. Natrium : 126 mmol/L 4. Clorida : 94 mmol/L	<b>Sabtu, 28 April 2023</b> <b>Pemeriksaan klinis</b> 1. Albumin : 2.9 g/dL 2. Kalium : 4.1 mmol/L 3. Natrium : 144 mmol/L 4. Clorida : 102 mmol/L
Pemeriksaan Hematologi	<b>Minggu, 30 April 2023</b> 1. Leukosit : 8,69 10 <sup>3</sup> μ/L 2. Eritrosit : 3.79 10 <sup>3</sup> μ/L 3. Hemoglobin : 10.1 10 <sup>3</sup> μ/L 4. Hematokrit : 31.1 10 <sup>3</sup> μ/L 5. Ureum : 152.8 mg/dL 6. Creatinin : 6.1 mg/dL	<b>Sabtu, 28 April 2023</b> 1. Leukosit : 9.87 10 <sup>3</sup> μ/L 2. Eritrosit : 3.72 10 <sup>3</sup> μ/L 3. Hemoglobin : 9.7 10 <sup>3</sup> μ/L 4. Hematokrit : 29.1 10 <sup>3</sup> μ/L 5. Ureum : 80.7 mg/dL 6. Creatinin : 2.5 mg/dL
Pemeriksaan Radiologi	<b>Minggu, 23 April 2023</b> Foto thoraks AP Cor : besar dan bentuk normal Paru : tak tampak infiltrat Kesan : Jantung dan paru dalam batas normal	<b>Sabtu, 28 April 2023</b> Foto thoraks AP Cor : besar dan bentuk normal Paru : tak tampak infiltrat Kesan : Jantung dan paru dalam batas normal

**Tabel 4.6**  
 Terapi dan Obat Pasien 1 dan Pasien 2 dengan penyakit *Chronic Kidney Disease*  
 dengan Hemodialisa Di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda  
 Tahun 2023

<b>Terapi dan obat</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Penatalaksanaan terapi dan obat yang diterima	Ceftriaxone 1x1 via Iv Dextrose 40% 10 tpm	Selasa, 02 Mei 2023 Tranex 1x1 via iv Ceftriaxone 1x1 via iv NaCl 0,9% 20 tpm
	Selasa, 02 Mei 2023 Ceftriaxone 1x1 via Iv Dextrose 40% 10 tpm	Rabu, 03 Mei 2023 Ceftriaxone 1x1 via iv NaCl 0,9% 20 tpm
	Rabu, 03 Mei 2023 Ceftriaxone 1x1 via Iv Dextrose 40% 10 tpm Tranex acid 1x1	Kamis, 04 Mei 2023 NaCl 0,9% 20 tpm
	Kamis, 04 Mei 2023 Ceftriaxone 1x1 via Iv Dextrose 40% 10 tpm	



## 2. Diagnosis keperawatan

**Tabel 4.7**  
Diagnosis keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 di Ruang Aster  
RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda  
Tahun 2023

No.	Pasien 1		Pasien 2	
	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan
1.	DS:  DO: - Pasien terlihat tidak mengeluarkan urine sama sekali selama di ruangan aster - terdapat edema dengan grade +2 pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri - bc :+ 276 cc	Hypervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d edema anasarca dan/atau edema perifer D.0022	DS : pasien mengatakan ada edema pada kaki sebelah kiri  DO: - Intake pasien lebih banyak dari pada output. - Balance cairan + 879 cc. - Terdapat edema pada kaki pasien +1 ekstremitas bawah bagian kiri	Hypervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d edema anasarca dan/atau edema perifer D.0022
2	DS :  DO : - Pasien terpasang trakeostomi, pasien terlihat batuk dan terdengar suara snoring - RR : 18 x/m - Spo <sup>2</sup> : 98 %	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d secret yang tertahan d.d Sputum berlebih D.0001	DS : pasien mengatakan pasien mempunyai Riwayat hipertensi  DO : TD : 125/92 mmHg N : 118x/m RR : 20x/m S : 35,6°C MAP : 103	Resiko perfusi renal tidak efektif d.d hipertensi D. 0014
3	DS :  DO : - Gerakkan pasien terbatas - Semua aktivitas dan mobilisasi sepenuhnya dibantu oleh perawat	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d Kekuatan otot menurun D.0054	DS : Pasien mengatakan susah menggerakkan kaki sebelah kiri  DO : - Kekuatan otot pasien menurun, Kekuatan otot pasien ekstremitas atas kanan 5, ekstremitas atas kiri 5, ekstremitas bawah kanan 5, ekstremitas bawah kiri 3, ekstremitas bawah mengalami kelemahan.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d Kekuatan otot menurun D.0054

No.	Pasien 1		Pasien 2	
	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan
4	DS :  DO : - Pasien hanya di lakukan seka bagian wajah 1x sehari, - pasien tidak pernah di mika miki oleh keluarga pasien, - keluarga pasien juga tidak ada mengganti pempers pasien	Deficit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler d.d tidak mampu/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri D.0109	DS: pasien mengatakan susah berpindah tempat karena kaki terasa lemah dan tidak bertenaga  DO : - Total skor penilaian resiko jatuh dengan skala morse berjumlah 30	Resiko jatuh d.d kekuatan otot menurun D.0143
5	DS :  DO : - Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS: E3V1M5) kesadaran pasien somnolen - Total skor penilaian resiko jatuh dengan skala morse berjumlah 30	Resiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran D.0143		

### 3. Intervensi Keperawatan

**Tabel. 4.8**

Intervensi keperawatan Pasien 1 dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* dengan hemodialisa di ruang Aster RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

No.	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosis keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Senin, 01 Mei 2023	Hypervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi d.d edema anasarca dan/atau edema perifer D.0022	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Keseimbangan Cairan (L.03020)</b> membaik Kriteria hasil: 1. Haluaran urin meningkat 2. Edema menurun	<b>Pemantauan Cairan (L.03121)</b> <b>Observasi</b> 1.1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 1.2. Monitor frekuensi napas 1.3. Monitor tekanan darah 1.4. Monitor berat badan 1.5. Monitor waktu pengisian kapiler 1.6. Monitor elastisitas atau turgor kulit 1.7. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine 1.8. Monitor kadar albumin dan protein total 1.9. Monitor hasil pemeriksaan serum (hematokrit, natrium, kalium) 1.10. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 1.11. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. volume urin menurun) 1.12. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka.) 1.13. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan <b>Terapeutik</b> 1.14. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 1.15. Dokumentasikan hasil pemantauan <b>Edukasi</b> 1.16. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.17. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

No.	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosis keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi Keperawatan
				<p><b>I.03114 Manajemen Hipervolemia</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>1.2. Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>1.3. Monitor status hemodinamik</li> <li>1.4. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan</li> <li>1.5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</li> <li>1.6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat)</li> <li>1.7. Monitor kecepatan infus secara ketat</li> <li>1.8. Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.9. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>1.10. Batasi asupan cairan dangaram</li> <li>1.11. Tinggikan kepala tempat tidur 30- 40°</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.12. Anjurkan melapor jika haluaran urin &lt; 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>1.13. Anjurkan melapor jika BB bertambah &gt; 1 kg dalam sehari</li> <li>1.14. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</li> <li>1.15. Ajarkan cara membatasi cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.16. Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>1.17. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> <li>1.18. Kolaborasi pemberian <i>continous renal replacement therapy</i> (CRRT), jika perlu</li> </ol>
2	Senin, 01 Mei 2023	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d secret yang tertahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	<p><b>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> </ol>



No.	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosis keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi Keperawatan
		d.d Sputum berlebih D.0001	<p>diharapkan <b>Bersihan jalan nafas meningkat (L.01001)</b> dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produksi sputum Menurun</li> <li>2. Dispnea menurun</li> <li>3. Frekuensi nafas membaik</li> <li>4. Pola nafas membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling)</li> <li>2.3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan headtilt dan chin-lift</li> <li>2.5. Posisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>2.6. Berikan minum hangat</li> <li>2.7. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>2.8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>2.9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> <li>2.10. Keluarkan sumbatan benda pada dengan forsep McGill</li> <li>2.11. Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.12. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</li> <li>2.13. Ajarkan tehnik batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.14. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, jika perlu</li> </ol>
3.	Senin, 01 Mei 2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d Kekuatan otot menurun D.0054	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Mobilitas fisik meningkat (L.05042)</b> dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ol>	<p><b>Perawatan tirah baring (L.14572)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Monitor kondisi kulit</li> <li>3.2. Monitor komplikasi tirah baring (mis. Kehilangan massa otot)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Tempatkan pada kasur terapeutik, jika tersedia</li> <li>3.2. Posisikan senyaman mungkin</li> <li>3.3. Pertahankan sprej tetap kering, bersih dan tidak kusut</li> <li>3.4. Pasang siderails, jika perlu</li> <li>3.5. Posisikan tempat tidur dekat dengan nurse station, jika perlu</li> <li>3.6. Dekatkan posisi meja tempat tidur</li> <li>3.7. Berikan latihan gerak aktif dan pasif</li> <li>3.8. Pertahankan kebersihan pasien</li> <li>3.9. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari</li> <li>3.10. Berikan stocking antiembolisme, jika perlu</li> <li>3.11. Ubah posisi setiap 2 jam</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.12. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring</li> </ol>

No.	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosis keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi Keperawatan
4	Senin, 01 Mei 2023	Deficit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler d.d tidak mampu/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri D.0109	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Perawatan diri meningkat (L.11103)</b> dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan makan meningkat</li> <li>3. Mempertahankan kebersihan diri meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan perawatan diri (L.11348)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>4.2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>4.3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)</li> <li>4.5. Siapkan keperluan pribadi</li> <li>4.6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>4.7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>4.8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>4.9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>
5	Senin, 01 Mei 2023	Resiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran (D. 0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Tingkat Jatuh (L.14138) meningkat</b> dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>2. Jatuh saat duduk menurun</li> <li>3. Jatuh saat dipindahkan menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan jatuh (L. 14540)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1. Identifikasi faktor jatuh (penurunan tingkat kesadaran)</li> <li>5.2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</li> <li>5.3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>5.4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale), jika perlu</li> <li>5.5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>5.7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>5.8. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>5.9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> </ol>

No.	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosis keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi Keperawatan
				5.10. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station\ 5.11. Gunakan alat bantu berjalan 5.12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <b>Edukasi</b> 5.13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 5.14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 5.15. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 5.16. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5.17. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

**Tabel. 4.9**

Intervensi keperawatan Pasien 2 dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* dengan hemodialisa di ruang Aster RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

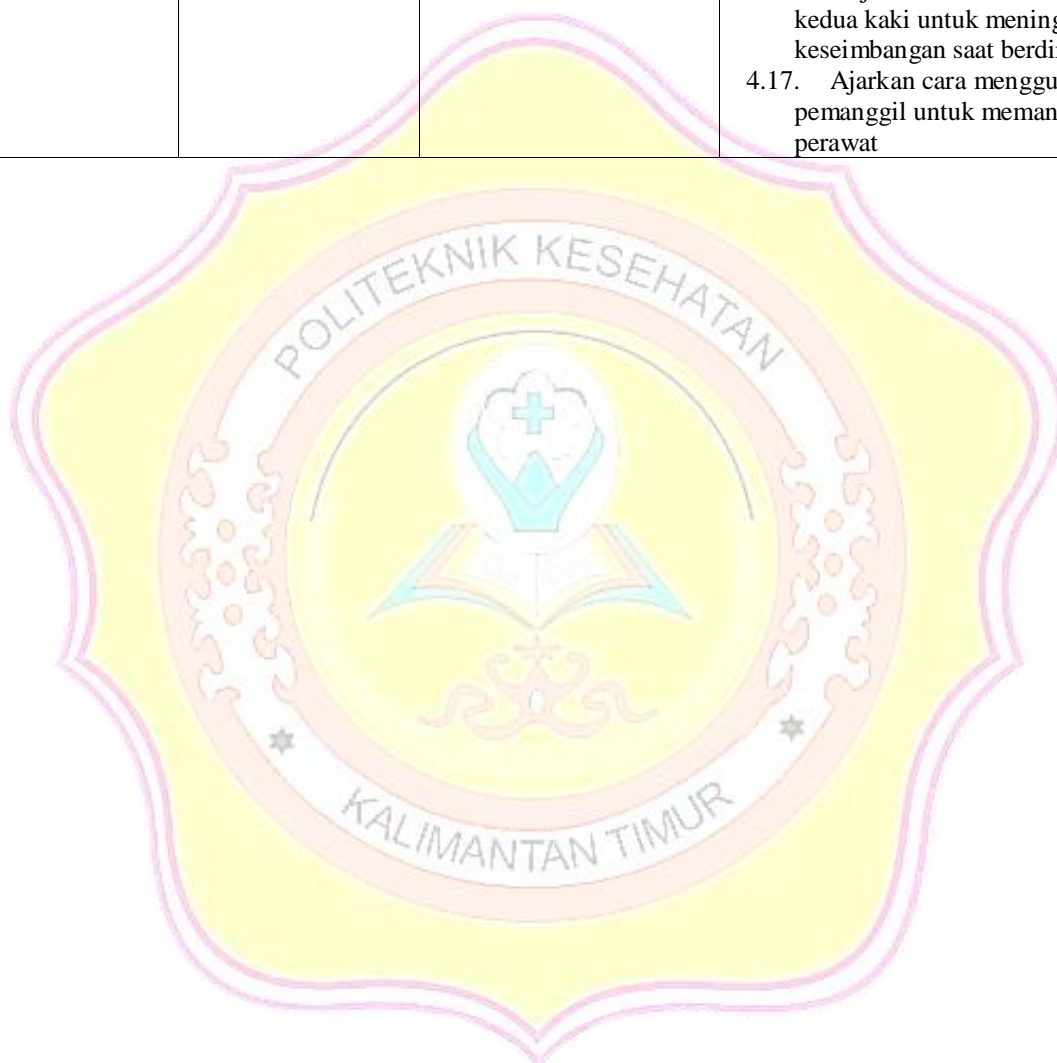
No.	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Selasa, 02 Mei 2023	Hypervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi d.d edema anasarca dan/atau edema perifer D.0022	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Keseimbangan Cairan (L.03020) membaik</b> dengan Kriteria hasil: 1. Haluaran urin meningkat 2. Edema menurun 3. Tekanan darah membaik	<b>Pemantauan Cairan (L03121) Observasi</b> 1.1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 1.2. Monitor frekuensi napas 1.3. Monitor tekanan darah 1.4. Monitor berat badan 1.5. Monitor waktu pengisian kapiler 1.6. Monitor elastisitas atau turgor kulit 1.7. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine 1.8. Monitor kadar albumin dan protein total 1.9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis.osmolaritas serum, hematokrit, natrium,kalium, BUN) 1.10. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 1.11. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. volume urin

No.	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				<p>menurun,)</p> <p>1.12. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. edema perifer, edema anasarka)</p> <p>1.13. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1.18. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>1.19. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1.20. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>1.21. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
2.	Selasa, 02 Mei 2023	Resiko perfusi renal tidak efektif d.d hipertensi D. 0016	Setelah dilakukan Tindakan selama 3x24 jam diharapkan <b>perfusi renal meningkat (L.02013)</b> dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>2. Tekanan darah diastolik membaik</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Tanda Vital (1. 02060)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>2.1. Monitor tekanan darah</p> <p>2.2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)</p> <p>2.3. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)</p> <p>2.4. Monitor suhu tubuh</p> <p>2.5. Monitor oksimetri nadi</p> <p>2.6. Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</p> <p>2.7. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>2.8. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien</p> <p>2.9. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>2.10. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2.11. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
3.	Selasa, 02 Mei 2023	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d Kekuatan otot menurun D.0054	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>mobilitas fisik meningkat (L.05042)</b> dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>3.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>3.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>3.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</p> <p>3.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p>



No.	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			3. Rentang gerak (ROM) meningkat	<p><b>Terapeutik</b></p> <p>3.5 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (walker tanpa roda)</p> <p>3.6 Fasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>3.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3.8 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>3.9 Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3.10 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
4.	Selasa, 02 Mei 2023	Resiko jatuh d.d kekuatan otot menurun (D. 0143)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Tingkat Jatuh (L.14138) meningkat</b> dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>2. Jatuh saat duduk menurun</li> <li>3. Jatuh saat dipindahkan menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan jatuh (I. 14540)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia &gt; 65 tahun)</li> <li>4.2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</li> <li>4.3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>4.4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</li> <li>4.5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.6. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>4.7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>4.8. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur</li> <li>4.9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>4.10. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</li> <li>4.11. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)</li> <li>4.12. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ol>

No.	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				<p><b>Edukasi</b></p> <p>4.13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>4.14. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>4.15. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>4.16. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>4.17. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>



#### 4. Implementasi Keperawatan

**Tabel 4.10**  
Implementasi keperawatan Pasien 1 dengan Penyakit *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2023

Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
Hari 1 Senin, 01 Mei 2023		
08.10	2.1. Memonitor pola napas pasien (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2. Memonitor bunyi napas tambahan (gurgling)	Terdengar suara Snoring/Gurgling Frekuensi 18x/m, dan ada otot bantu pernafasan pada pasien
08.30	2.14. Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik,	Pasien tampak mengeluarkan sputumnya melalui trakeostomi, pemberian obat Ventolin dan Pulmicort 3 cc
08.50	2.3. Memonitor sputum pasien (jumlah, warna) 2.8. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	Tampak Warna sputum berwarna merah Di lakukan suction dengan Spo <sup>2</sup> : 98%
09.10	2.11. Memberikan oksigen RM 11 LPM	RR 18x/m dengan SPO <sup>2</sup> : 98%, pasien terlihat tidak sesak
09.40	3.5. Mempertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut	Tempat tidur tampak bersih dan rapi
09.45	4.7. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan dengan melakukan seka	Pasien tampak bersih setelah diseka dan diganti balutan trakeostomi
10.00	5.1. Mengidentifikasi faktor jatuh (penurunan tingkat kesadaran)	Pasien mengalami penurunan kesadaran
10.10	5.4. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: <i>fall morse scale</i> )	Skor <i>fall morse scale</i> pasien 30
10.15	3.6. Memasang <i>siderails</i> , jika perlu	<i>Siderails</i> telah terpasang
10.30	3.1. Memonitor kondisi kulit	Kulit pasien lembab diberikan minyak Pasien tampak lebih nyaman
10.40	2.5. Memposisikan <i>semi-fowler</i> atau <i>fowler</i> pada pasien	Pasien tampak lebih nyaman dan tidak gelisah

Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
11.10	1.12. Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka,)	Pasien tampak adanya edema pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri dengan pitting edema grade +2
11.30	1.7. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis urine	Pasien terlihat tidak ada mengeluarkan urinenya di urine bag, urine berwarna coklat keruh
12.20	1.10. Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan	Balance Cairan : +276 cc
13.05	1.1. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi 1.2. Memonitor frekuensi napas 1.3. Memonitor tekanan darah	TD: 125/79 mmHg N: 72 x/m RR: 18 x/m
13.50	2.1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling)	Frekuensi 18x/m, pasien terlihat adanya otot bantu pernafasan, tidak terdengar suara tambahan
14.20	2.3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)	Pasien tampak tidak ada terdengar ada sputum
Hari 2 Selasa, 02 Mei 2023		
08.30	2.1. Memonitor pola napas pada pasien (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling)	Frekuensi nafas 17 x/m, terlihat pasien ada otot bantu pernafasan dan terdengar pasien gurgling
08.55	2.14. Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	Pasien tampak mengeluarkan sputum dari trakeostomi, Ventolin dan Pulmicort 3 cc
09.30	2.3. Memonitor sputum pasien (jumlah, warna, aroma) 2.8. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	Warna sputum berwarna merah karena, Spo <sup>2</sup> : 95%, pasien tampak tidak sesak
09.45	2.11. Memberikan oksigen RM 11 LPM	RR 19 x/m dengan SPO <sup>2</sup> : 98%, pasien tidak terlihat sesak
10.05	3.5. Mempertahankan sprej tetap kering, bersih dan tidak kusut	Tempat tidur pasien tampak rapi dan bersih



Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
10.20	4.5. Menyiapkan keperluan pribadi pasien (alat menyeka)	Menyiapkan handuk basah untuk seka basah
10.30	4.7. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan (menyeka pasien dengan handuk basah dan mengganti pempers)	Pasien tampak bersih dan diganti balutan trakeostomi
10.55	3.1. Memonitor kondisi kulit pasien	Kulit pasien tampak lembab dan di telah beri minyak
11.25	5.7. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 5.8. Memasang <i>handrail</i> tempat tidur	Roda tempat tidur telah terkunci dan terpasang <i>handrail</i>
11.40	3.4. Memposisikan pasien senyaman mungkin	Pasien terlihat lebih tenang dan nyaman
12.20	1.10. Memonitor <i>intake</i> dan <i>ouput</i> cairan 1.12. Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka.)	Balance Cairan : +276 Terdapat edema pada ekstremitas pasien, pitting edema grade +2 ekstremitas atas dan bawah bagian kiri
13.30	1.1. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi 1.2. Memonitor frekuensi napas 1.3. Memonitor tekanan darah	TD : 118/78 mmHg N : 64 x/m RR : 20 x/m S : 36.2°C
13.40	2.1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling)	RR : 20x/m, ada otot bantu pernafasan, tidak ada terdengar suara gurgling
14.15	2.3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)	Pasien terlihat tidak mengeluarkan sputum dan berbatuk
Hari 3 Rabu, 03 Mei 2023		
08.40	2.1. Memonitor pola napas (frekuensi) 2.2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling)	RR : 19x/m, terdapat otot bantu pernafasan, ada suara gurgling/snoring
08.50	2.3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)	Sputum berwarna merah dan kental
09.10	1.7. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis urine	Pasien tampak tidak ada mengeluarkan cairan

Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
09.15	1.12. Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka,) 2.14. Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu	Tampak ada edema pada ekstremitas, pitting edema grade +2 ekstremitas atas dan bawah bagian kiri Pasien tampak mengeluarkan sputumnya dan berbatuk
09.50	2.3. Memonitor sputum pad pasien(jumlah, warna, aroma) 2.8. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	Sputum berwarna merah, Spo <sup>2</sup> : 98%
10.05	2.11. Memberikan oksigen RM 12 LPM	Pasien terpasang oksigen RM 12 LPM, RR 19 x/m dengan SPO <sup>2</sup> : 99%
10.15	4.5. Menyiapkan keperluan pribadi (alat menyeka) 4.7. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan (menyeka pasien dengan handuk basah dan mengganti pempers)	Pasien tampak bersih dan mengganti balutan trakeostomi
10.20	3.13. Mengubah posisi pasien kurang lebih 2 jam	Pasien di ubah posisinya dengan dimiringkan sebelah kiri
10.35	3.1. Memonitor kondisi kulit	Kulit pasien lembab dengan di berikan minyak
11.20	5.7. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda pasien selalu dalam kondisi terkunci 5.8. Memasang <i>handrail</i> tempat tidur pasien	Roda tempat tidur pasien telah terkunci dan terpasang <i>handrail</i>
11.50	3.4. Memposisikan pasien nyaman mungkin	Pasien terlihat nyaman dan tidak gelisah
12.35	1.10. Memonitor <i>intake</i> dan <i>ouput</i> cairan 1.7. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis urine	Pasien tidak ada mengeluarkan urine sedikit pun Balance Cairan : +281
13.40	1.1. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi 1.2. Memonitor frekuensi napas 1.3. Memonitor tekanan darah	TD: 130/95 mmHg N: 78 x/m RR: 21 x/m Temp: 36.2°c
14.20	2.1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling) 2.3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)	RR : 21x/m, ada otot bantu nafas, tidak lagi terdengar suara gurgling/snoring Pasien tampak tidak bebrbatuk dan mengeluarkan sputum

Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
Hari 4 Kamis, 04 Mei 2023		
08.20	2.1. Memonitor pola napas pasien (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	Terdengar suara gurgling, frekuensi, dan ada otot bantu nafas pada pasien
	2.2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling)	
08.45	2.3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)	Pasien tampak mengeluarkan sputumnya melalui trskeostomi berwarna kuning pucat
09.00	1.7. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis urine	Pasien tampak tidak ada mengeluarkan urine, tampak ada edema pada
	1.13. Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka.)	ekstremitas, pitting edema grade +2 pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri
09.05	2.14. Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik	Pasien tampak mengeluarkan sputumnya setelah di beri nebu Ventolin dan Pulmicort 3 cc
09.50	2.4. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)	Sputum berwarna kuning pucat, Spo <sup>2</sup> : 98%
	2.9. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	
10.00	2.11. Memberikan oksigen RM 12 LPM	Pasien tampak tidak terlalu sesak, RR : 21x/m Spo <sup>2</sup> : 98%
10.08	4.6. Menyiapkan keperluan pribadi (alat menyeka)	Pasien tampak bersih dan mengganti balutan trakeostomi
	4.8. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan (menyeka pasien dengan handuk basah dan mengganti pempers)	
10.15	5.7. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	Roda tempat tidur pasien telah terkunci dan terpasang <i>handrail</i>
	5.8. Memasang <i>handrail</i> tempat tidur	
12.35	1.11. Memonitor <i>intake</i> dan <i>ouput</i> cairan	Pasien tidak ada mengeluarkan urine sedikit pun
	1.8. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis urine	Balance Cairan : +276
13.20	2.1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	RR : 29x/m, Spo <sup>2</sup> : 93% ada otot bantu nafas, terdengar suara gurgling/snoring
	2.2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling )	Pasien tampak tidak bebrbatuk dan mengeluarkan sputum
	2.3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)	

Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
13.50	1.1. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi 1.2. Memonitor frekuensi napas 1.3. Memonitor tekanan darah	TD: 130/80 mmHg N: 96 x/m RR: 21 x/m Spo <sup>2</sup> : 98%
21.00	1.18. Mengkolaborasikan dengan hemodialisa	Pasien tampak saat di hemodialisa mengalami penurunan tekanan darah, setelah itu di berikan obat norephineprine hingga tekanan darah pasien meningkat

**Tabel 4.11**  
Implementasi keperawatan Pasien 2 dengan Penyakit *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2023

Hari/Tanggal/Jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi keperawatan
Hari 1 Selasa, 02 Mei 2023		
08.15	1.1. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi 1.2. Memonitor frekuensi napas 1.3. Memonitor tekanan darah	TD : 125/92 mmHg N: 118 x/m RR: 20 x/m Temp: 35.6 °c
09.10	1.12. Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. edema perifer, edema anasarka,)	Terlihat turgor kulit pasien baik dan CRT <2 detik, pasien telah terpasang kateter dan IV, Pasien terlihat ada edema, pitting edema grade +1 ekstremitas bawah bagian kiri
09.50	4.1. Mengidentifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun,)	Pasien terlihat kekuatan otot menurun, tidak dapat menggerakkan kaki sebelah kiri karena terasa lemah
10.40	4.7. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	Roda Tempat tidur pasien terkunci
11.30	3.5. Memasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan membantu untuk duduk	Pasien terlihat ingin duduk karena biasanya pasien dalam posisi setengah berbaring
11.50	1.12. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis urine	Warna urine kuning cerah dan berbau amonea, jumlahnya : 500cc
12.00	4.9. tempat tidur mekanis pada posisi terendah 4.4. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala	Tempat tidur pasien posisi rendah Skore morse pasien 30 masuk di kategori sedang



Hari/Tanggal/Jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi keperawatan
12.40	1.10. Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan	Balance Cairan : +693 cc
13.00	2.1. Memonitor tekanan darah 2.2. Memonitor nadi pasien 2.3. Memonitor pernafasan pasien 2.4. Memonitor suhu tubuh pasien	TD : 138/69 mmHg N: 97 x/m RR: 20 x/m Temp: 35.6 °c MAP : 92 mmHg
13.15	4.8. Memasang <i>handrail</i> tempat tidur	Tempat tidur pasien terpasang <i>handrail</i>
Hari 2 Rabu, 03 Mei 2023		
08.30	2.1. Memonitor tekanan darah 2.2. Memonitor nadi pasien 2.3. Memonitor pernafasan pasien 2.4. Memonitor suhu tubuh pasien	TD : 130/80 mmHg N: 120 x/m RR: 20 x/m Temp: 35.6 °c MAP : 97 mmHg
09.20	4.9. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah	Posisi tempat tidur pasien dalam posisi rendah
09.40	4.1. mengidentifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun,)	Pasien terlihat kekuatan otot menurun, tidak dapat menggerakkan kaki sebelah kiri karena terasa lemah
10.15	1.12. Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. edema perifer, edema anasarka,)	Pasien terlihat ada edema, pitting edema grade +1 ekstremitas bawah bagian kiri
10.40	4.7. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	Roda tempat tidur pasien terkunci
11.00	2.5. Memonitor status oksigenasi menggunakan saturasi	Spo <sup>2</sup> : 98%, pasien tidak terlihat sesak
11.40	1.7. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis urine	Warna urine kuning cerah, bau ammonia, jumlah 600 cc
12.00	4.8. Memasang <i>handrail</i> tempat tidur	Tempat tidur pasien terpasang <i>handrail</i>
13.20	1.10. Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan	Balance Cairan : +488 cc
13.45	2.1. Memonitor tekanan darah	TD : 130/90 mmHg
14.00	2.2. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi 2.3. Memonitor frekuensi napas	N : 92x/m RR : 19x/m

Hari/Tanggal/Jam	Tindakan keperawatan	Evaluasi keperawatan
Hari 3 Kamis, 04 Mei 2023		
08.10	1.1. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi 1.2. Memonitor frekuensi napas 1.3. Memonitor tekanan darah	TD : 128/80 mmHg N : 114 x/m RR : 19 x/m S : 36.4° c
08.40	4.8. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah	Tempat tidur pasien dalam posisi rendah
09.45	3.5. Mefasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan membantu untuk duduk dan membantu menggerakkan kaki	Pasien terlihat berusaha menggerakkan kakinya daan menengkukkan kakinya
10.25	3.4.Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Pasien terlihat lebih nyaman dalam melakukan gerakan
11.15	2.5.Memonitor status oksigenasi dengan saturasi	Spo <sup>2</sup> : 98%, pasien tidak terlihat sesak
11.50	1.25. Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. edema perifer, edema anasarka)	Pasien terlihat ada edema, pitting edema grade +1 ekstremitas bawah bagian kiri
12.30	1.12. Memonitor jumlah, warna dan berat jenis urine	Warna urine kuning cerah dan berbau amonea, jumlahnya : 450cc
12.55	4.5. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala	Skore morse pasien 30 masuk di kategori sedang
13.40	1.10.Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan	Balance Cairan : +533 cc
14.05	2.1. Memonitor tekanan darah 2.2. Memonitor nadi pasien 2.3. Memonitor pernafasan pasien 2.4. Memonitor suhu tubuh pasien	TD : 120/92 mmHg N: 110 x/m RR: 20 x/m Temp: 35.6 °c MAP : 101 mmHg

## 5. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 4.12**  
Evaluasi Pasien 1 dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2023

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Senin, 01 Mei 2023	Hypervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi d.d edema anasarca dan/atau edema perifer	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak ada, pitting edema grade +2 ekstremitas atas dan bawah bagian kiri</li> <li>- Pasien terlihat tidak ada mengeluarkan urinenya di urine bagna</li> <li>- Balance Cairan : +276 cc</li> <li>- TD: 125/79 mmHg</li> <li>N: 72 x/m</li> <li>RR: 18 x/m</li> </ul> <p>A : Keseimbangan cairan belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>1.2. Monitor frekuensi napas</li> <li>1.3. Monitor tekanan darah</li> <li>1.7. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</li> <li>1.10. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan</li> <li>1.14. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</li> </ol>
	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan dd sputum berlebih	<p>S : Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terdengar suara snoring/gurgling saat pagi hari</li> <li>- Pasien tampak ada otot bantu pernafasan</li> <li>- Pasien mengeluarkan sputumnya dari trakeostomi saat pagi hari</li> <li>- Sputum berwarna merah dan kental</li> <li>- Pasien terlihat terpasang RM 11 LPM dengan RR : 18 x/m, Spo<sup>2</sup> : 98%</li> </ul> <p>A : bersihan jalan nafas belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2.2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</li> <li>2.3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> <li>2.5. Memosisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>2.8. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>2.11. Memberikan oksigen</li> <li>2.14. Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</li> </ol>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d kekuatan otot menurun	<p>S : Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan terbatas</li> <li>- Tempat tidur pasien tampak bersih</li> <li>- Kulit pasien lembab karena di berikan minyak</li> <li>- Terlihat terpasangnya <i>siderails</i></li> </ul> <p>A : Mobilitas fisik belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Monitor kondisi kulit</li> <li>3.4. Posisikan senyaman mungkin</li> <li>3.5. Pertahankan sprej tetap kering, bersih dan tidak kusut</li> <li>3.6. Pasang siderails</li> <li>3.9. Berikan latihan gerak aktif dan pasif</li> <li>3.10. Pertahankan kebersihan pasien</li> <li>3.13. Ubah posisi setiap 2 jam</li> </ol>
	Deficit perawatan diri b.d gangguan neuromuscular d.d tidak mampu mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien penurunan kesadaran</li> <li>- Pasien tampak bersih setelah di seka dan diganti balutan trakeostomi</li> <li>- Barthel indeks pasien masuk ke kategori ketergantungan berat</li> <li>- Pasien tidak dapat melakukan perawatan secara mandiri</li> </ul> <p>A : perawatan diri belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.3. Identifikasi kebutuha alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> <li>4.5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>4.7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>4.8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> </ol>
	Resiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran	<p>S : Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran</li> <li>- Roda tempat tidur pasien selalu terkunci</li> <li>- <i>Handrall</i> selalu terpasang</li> <li>- Posisi tempat tidur rendah</li> </ul> <p>A : Tingkat Jatuh belum menurun</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>



Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		5.1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 5.4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5.7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 5.8. Pasang handrail tempat tidur 5.9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
Selasa, 02 Mei 2023	Hypervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi d.d edema anasarca dan/atau edema perifer	S : Pasien tidak dapat dikaji O : - Pasien tampak ada edema, pitting edema grade +2 ekstremitas atas dan bawah bagian kiri - Pasien terlihat tidak ada mengeluarkan urinenya di urine bagnya - Balance Cairan : +276 cc - TD: 118/78 mmHg N: 64 x/m RR: 20 x/m Temp: 36.2°C A : Keseimbangan cairan belum membaik P : Lanjutkan Intervensi 1.1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 1.2. Monitor frekuensi napas 1.3. Monitor tekanan darah 1.8. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine 1.11. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 1.15. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, reflex hepatjugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)
	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan dd sputum berlebih	S : Pasien tidak dapat di kaji O : - Pasien terdengar suara snoring/gurgling saat pagi hari - Pasien tampak ada otot bantu pernafasan - Pasien mengeluarkan sputumnya dari trakeostomi saat pagi hari - Sputum berwarna merah dan kental - Pasien terlihat terpasang RM 11 LPM dengan RR : 18 x/m, Spo <sup>2</sup> : 98% A : bersihan jalan nafas belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 2.1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 2.3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 2.5. Memposisikan semi-fowler atau fowler

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		2.8. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 2.11. Memberikan oksigen 2.14. Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
	Gangguan mobilitas Fisik b.d gangguan neuromuscular d.d kekuatan otot menurun	S : Pasien tidak dapat di kaji  O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan terbatas di pasang restrain</li> <li>- Tempat tidur pasien tampak bersih</li> <li>- Kulit pasien lembab karena di berikan minyak</li> <li>- Terlihat terpasangnya <i>siderails</i></li> </ul> A : Mobilitas fisik belum membaik  P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1. Monitor kondisi kulit</li> <li>3.4. Posisikan senyaman mungkin</li> <li>3.5. Pertahankan spreng tetap kering, bersih dan tidak kusut</li> <li>3.6. Pasang siderails</li> <li>3.9. Berikan latihan gerak aktif dan pasif</li> <li>3.10. Pertahankan kebersihan pasien</li> <li>3.13. Ubah posisi setiap 2 jam</li> </ul>
	Deficit Perawatan Diri b.d gangguan neuromuscular d.d tidak mampu mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias	S: Pasien tidak dapat di kaji  O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien penurunan kesadaran</li> <li>- Pasien tampak bersih setelah di seka dan diganti balutan trakeostomi</li> <li>- Barthel indeks pasien masuk ke kategori ketergantungan berat</li> <li>- Pasien tidak dapat melakukan perawatan secara mandiri</li> </ul> A : Perawatan diri belum meningkat  P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>4.3. Identifikasi kebutuha alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> <li>4.5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>4.7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>4.8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> </ul>
	Resiko Jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran	S : Pasien tidak dapat di kaji  O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran</li> <li>- Roda tempat tidur pasien selalu terkunci</li> <li>- <i>Handrall</i> selalu terpasang</li> </ul>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posisi tempat tidur rendah</li> </ul> <p>A : Tingkat Jatuh belum menurun</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</li> <li>5.4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</li> <li>5.7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>5.8. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>5.9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> </ol>
Rabu, 03 Mei 2023	Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi d.d edema anasarca dan/atau edema perifer	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak ada edema, pitting edema grade +2 ekstremitas atas dan bawah bagian kiri</li> <li>- Pasien terlihat tidak ada mengeluarkan urinenya di urine bagna</li> <li>- Balance Cairan : + 281 cc</li> <li>- TD: 130/95 mmHg</li> <li>N: 78 x/m</li> <li>RR: 21 x/m</li> <li>Temp: 36.2°C</li> </ul> <p>A : Keseimbangan cairan belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>1.2. Monitor frekuensi napas</li> <li>1.3. Monitor tekanan darah</li> <li>1.8. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</li> <li>1.11. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan</li> <li>1.15. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, reflex hepatjugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</li> </ol>
	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan dd sputum berlebih	<p>S : Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terdengar suara snoring/gurgling saat pagi hari</li> <li>- Pasien tampak ada otot bantu pernafasan</li> <li>- Pasien mengeluarkan sputumnya dari trakeostomi saat pagi hari</li> <li>- Sputum berwarna merah dan kental</li> <li>- Pasien terlihat terpasang RM 12 LPM dengan RR : 21 x/m, Spo<sup>2</sup> : 98%</li> </ul> <p>A : bersihan jalan nafas belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		2.1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 2.3. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) 2.5. Memosisikan semi-fowler atau fowler 2.8. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 2.11. Memberikan oksigen 2.14. Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d kekuatan otot menurun	S : Pasien tidak dapat di kaji O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot pasien menurun</li> <li>- Gerakan terbatas di pasang restrain</li> <li>- Tempat tidur pasien tampak bersih</li> <li>- Kulit pasien lembab karena di berikan minyak</li> <li>- Terlihat terpasangnya <i>siderails</i></li> </ul> A : Mobilitas fisik belum meningkat P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1. Monitor kondisi kulit</li> <li>3.4. Posisikan senyaman mungkin</li> <li>3.5. Pertahankan sprej tetap kering, bersih dan tidak kusut</li> <li>3.6. Pasang siderails</li> <li>3.9. Berikan latihan gerak aktif dan pasif</li> <li>3.10. Pertahankan kebersihan pasien</li> <li>3.13. Ubah posisi setiap 2 jam</li> </ul>
	Deficit perawatan diri b.d gangguan neuromuscular d.d tidak mampu mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias	S: Pasien tidak dapat di kaji O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien penurunan kesadaran</li> <li>- Pasien tampak bersih setelah di seka dan diganti balutan trakeostomi</li> <li>- Barthel indeks pasien masuk ke kategori ketergantungan berat</li> <li>- Pasien tidak dapat melakukan perawatan secara mandiri</li> </ul> A : Perawatan diri belum meningkat P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>4.3. Identifikasi kebutuha alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> <li>4.5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>4.7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>4.8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> </ul>



Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Resiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran	<p>S : Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran</li> <li>- Roda tempat tidur pasien selalu terkunci</li> <li>- <i>Handrall</i> selalu terpasang</li> <li>- Posisi tempat tidur rendah</li> </ul> <p>A : Tingkat Jatuh belum menurun</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</li> <li>5.4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</li> <li>5.7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>5.8. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>5.9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> </ol>
Kamis, 04 Mei 2023	Hypervolemia b.d b.d Gangguan mekanisme regulasi d.d edema anasarca dan/atau edema perifer	<p>S : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak ada edema, pitting edema grade +2 ekstremitas atas dan bawah bagian kiri</li> <li>- Pasien terlihat tidak ada mengeluarkan urinenya di urine bagna</li> <li>- Balance Cairan : + 276 cc</li> </ul> <p>A : Keseimbangan cairan belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>1.5. Monitor frekuensi napas</li> <li>1.6. Monitor tekanan darah</li> <li>1.9. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</li> <li>1.12. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan</li> <li>1.16. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</li> </ol>
	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan dd sputum berlebih	<p>S : Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terdengar suara snoring/gurgling saat pagi hari</li> <li>- Pasien tampak ada otot bantu pernafasan</li> <li>- Pasien mengeluarkan sputumnya dari trakeostomi saat pagi hari</li> <li>- Sputum berwarna merah dan kental</li> <li>- Pasien terlihat terpasang RM 15 LPM dengan , Spo<sup>2</sup> : 93%</li> </ul> <p>A : bersihan jalan nafas belum meningkat</p>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.4. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2.5. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</li> <li>2.6. Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> <li>2.6. Memposisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>2.9. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>2.12. Memberikan oksigen</li> <li>2.15. Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</li> </ol>
	<p>Gangguan Mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular d.d kekuatan otot menurun</p>	<p>S : Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot pasien menurun</li> <li>- Gerakan terbatas di pasang restrain</li> <li>- Tempat tidur pasien tampak bersih</li> <li>- Kulit pasien lembab karena di berikan minyak</li> <li>- Terlihat terpasangnya <i>siderails</i></li> </ul> <p>A : Mobilitas fisik belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Monitor kondisi kulit</li> <li>3.4. Posisikan senyaman mungkin</li> <li>3.5. Pertahankan spreng tetap kering, bersih dan tidak kusut</li> <li>3.6. Pasang siderails</li> <li>3.9. Berikan latihan gerak aktif dan pasif</li> <li>3.10. Pertahankan kebersihan pasien</li> <li>3.13. Ubah posisi setiap 2 jam</li> </ol>
	<p>Deficit perawatan diri b.d gangguan neuromuscular d.d tidak mampu mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias</p>	<p>S: Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien penurunan kesadaran</li> <li>- Pasien tampak bersih setelah di seka dan diganti balutan trakeostomi</li> <li>- Barthel indeks pasien masuk ke kategori ketergantungan berat</li> <li>- Pasien tidak dapat melakukan perawatan secara mandiri</li> </ul> <p>A : Perawatan diri belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.4. Identifikasi kebutuha alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> <li>4.6. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>4.9. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>4.10. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> </ol>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Resiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran	<p>S : Pasien tidak dapat di kaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran</li> <li>- Roda tempat tidur pasien selalu terkunci</li> <li>- <i>Handrall</i> selalu terpasang</li> <li>- Posisi tempat tidur rendah</li> </ul> <p>A : Tingkat Jatuh belum menurun</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</li> <li>5.4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</li> <li>5.7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>5.8. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>5.9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> </ol>

Tabel 4.13

Evaluasi Pasien dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa di Ruang Aster RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2023

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Selasa, 02 Mei 2023	Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi d.d edema anasarca dan/atau edema perifer	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan BAB dari tiga hari yang lalu</li> <li>- Pasien mengatakan tidak tahu bahwa kakinya bengkak</li> <li>- Pasien mengatakan tidak ada kesulitan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema pada ekstremitas bawah bagian kiri dengan grade +1</li> <li>- Balance Cairan : + 693 cc</li> </ul> <p>A : Keseimbangan cairan belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>1.2. Monitor frekuensi napas</li> <li>1.3. Monitor tekanan darah</li> <li>1.7. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</li> <li>1.10. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan</li> <li>1.12. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</li> </ol>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Resiko perfusi renal tidak efektif d.d hipertensi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mempunyai Riwayat hipertensi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 138/69 mmHg</li> <li>- N: 97 x/m</li> <li>- RR: 20 x/m</li> <li>- Temp: 35.6 °c</li> <li>- MAP : 92 mmHg</li> <li>- Akral tidak terasa dingin</li> <li>- CRT pasien &lt;2 detik</li> <li>- SpO<sup>2</sup> : 99%</li> </ul> <p>A : perfusi renal cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Memonitor tekanan darah</li> <li>2.2. Memonitor nadi pasien</li> <li>2.3. Memonitor pernafasan pasien</li> <li>2.4. Memonitor suhu tubuh pasien</li> </ol>
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d kekuatan otot menurun	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan kakinya karena terasa lemah dan tidak ada kekuatan</li> <li>- Pasien mengatakan semenjak masuk RS lebih banyak berbaring</li> <li>- Pasien mengatakan kaki sebelah kiri terasa lemah dibanding kanan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot pasien menurun</li> <li>- Kaki kiri lebih lemah dari pada kaki kanan</li> <li>- Pergerakan ekstremitas bawah terbatas</li> </ul> <p>A : mobilitas fisik belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3.4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>3.6. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>3.7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>
	Resiko Jatuh d.d kekuatan otot menurun	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masuk ke kategori sedang dengan skala morse 30</li> <li>- Roda tempat tidur pasien selalu terkunci</li> <li>- <i>Handrall</i> selalu terpasang</li> <li>- Posisi tempat tidur rendah</li> </ul>



Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>A : Tingkat Jatuh belum menurun</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>4.7. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</p> <p>4.7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>4.8. Pasang handrail tempat tidur</p> <p>4.9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>
Rabu, 03 Mei 2023	Hypervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi d.d edema anasarca dan/atau edema perifer	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan belum ada BAB</li> <li>- Pasien mengatakan tidak tahu bahwa kakinya bengkak</li> <li>- Pasien mengatakan tidak ada kesulitan berkemih karena terpasang kateter</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema pada ekstremitas bawah bagian kiri dengan grade +1</li> <li>- Balance Cairan : +488 cc</li> </ul> <p>A : Keseimbangan cairan belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>1.2. Monitor frekuensi napas</p> <p>1.3. Monitor tekanan darah</p> <p>1.7. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</p> <p>1.10. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan</p> <p>1.12. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p>
	Resiko perfusi renal tidak efektif d.d hipertensi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mempunyai Riwayat hipertensi</li> <li>- Pasien mangatakan tidak ada pusing</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 130/80 mmHg</li> <li>- N: 120 x/m</li> <li>- RR: 20 x/m</li> <li>- Temp: 35.6 °c</li> <li>- MAP : 97 mmHg</li> <li>- Akral terasa hangat</li> <li>- CRT pasien &lt;2 detik</li> <li>- Spo<sup>2</sup>: 98%</li> </ul> <p>A : Perfusi renal cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1. Memonitor tekanan darah</p>

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		2.2. Memonitor nadi pasien 2.3. Memonitor pernafasan pasien 2.4. Memonitor suhu tubuh pasien 2.5. Memonitor oksimetri
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d kekuatan otot menurun	S : - Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan kakinya karena terasa lemah dan tidak ada kekuatan - Pasien mengatakan semenjak masuk RS lebih banyak berbaring - Pasien mengatakan kaki sebelah kiri terasa lemah dibanding kanan  O : - Kekuatan otot pasien menurun - Kaki kiri lebih lemah dari pada kaki kanan - Pergerakan ekstremitas bawah terbatas  A : Mobilitas fisik cukup meningkat  P : Lanjutkan Intervensi 3.2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3.6. Fasilitasi melakukan pergerakan 3.7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
	Resiko Jatuh d.d kekuatan otot menurun	S : -  O : - Pasien masuk ke kategori sedang dengan skala morse 30 - Roda tempat tidur pasien selalu terkunci - <i>Handrall</i> selalu terpasang - Posisi tempat tidur rendah  A : Tingkat Jatuh cukup menurun  P : Lanjutkan intervensi 4.1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 4.4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 4.7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 4.8. Pasang handrail tempat tidur 4.9. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
Kamis, 04 Mei 2023	Hypervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi d.d edema anasarca	S : - Pasien mengatakan masih belum ada BAB dari kemarin - Pasien mengatakan tidak tahu bahwa kakinya bengkak - Pasien mengatakan tidak ada kesulitan

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	dan/atau edema perifer	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema pada ekstremitas bawah bagian kiri dengan grade +1</li> <li>- Balance Cairan : +533 cc</li> </ul> <p>A : Keseimbangan cairan belum membaik</p> <p>P : Pasien pulang</p>
	Resiko perfusi renal tidak efektif d.d hipertensi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mempunyai Riwayat hipertensi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 120/92 mmHg</li> <li>- N: 110 x/m</li> <li>- RR: 20 x/m</li> <li>- MAP : 101 mmHg</li> <li>- Akral terasa hangat</li> <li>- CRT pasien &lt;2 detik</li> <li>- SpO<sup>2</sup> : 98%</li> </ul> <p>A : Perfusi renal meningkat</p> <p>P : Pasien pulang</p>
	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d kekuatan otot menurun	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan kakinya karena terasa lemah dan tidak ada kekuatan</li> <li>- Pasien mengatakan mulai berlatih menggerakkan kaki</li> <li>- Pasien mengatakan semenjak masuk RS lebih banyak berbaring</li> <li>- Pasien mengatakan kaki sebelah kiri terasa lemah dibanding kanan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot pasien menurun</li> <li>- Kaki kiri lebih lemah dari pada kaki kanan</li> <li>- Pergerakan ekstremitas bawah terbatas</li> </ul> <p>A : Mobilitas fisik cukup meningkat</p> <p>P : Pasien pulang</p>
	Resiko Jatuh d.d kekuatan otot menurun	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masuk ke kategori sedang dengan skala morse 30</li> <li>- Roda tempat tidur pasien selalu terkunci</li> <li>- <i>Handrall</i> selalu terpasang</li> <li>- Posisi tempat tidur rendah</li> </ul> <p>A : Tingkat Jatuh cukup menurun</p> <p>P : Pasien pulang</p>

## 4.2. Pembahasan

### 4.2.1. Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Berdasarkan dari hasil pengkajian terhadap kedua pasien, didapatkan data : Terdapat edema dengan grade +2 pada ekstremitas bawah dan atas bagian kiri pada pasien 1 dan edema grade +1 pada ekstremitas bawah bagian kiri pada pasien 2, serta balance cairan yang bernilai positif dimana pasien 1 : +276 cc dan pasien 2 : +693 cc, dari hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan data berupa peningkatan kadar ureum, kreatinin, dengan nilai kimia klinik pada pasien 1, Ureum : 152.8 mg/dL, Creatinin : 6.1 mg/dL, sedangkan pada pasien 2 Ureum : 80.7 mg/dL, Creatinin : 2.5 mg/dL. Hipervolemia diartikan sebagai kondisi kelebihan volume cairan (*fluid volume excess*, FVE) yang terjadi saat tubuh menahan air dan natrium dengan proporsi yang sama dengan CES (cairan ekstraseluler) normal. (Smeltzer & Bare, 2013)

Tanda dan gejala yang muncul pada kedua pasien kelolaan sesuai dengan konsep teori smeltzer & bere 2013 menyatakan bahwa pasien dengan *Chronic Kidney disease* dengan hemodialisa dan sesuai dengan patofisiologi penyakit ginjal kronis. Permasalahan hypervolemia dapat terjadi karena adanya stimulasi kronis ginjal untuk menahan natrium dan air serta fungsi ginjal mengalami abnormal diikuti dengan penurunan pada eksresi natrium dan air. (Smeltzer & Bare, 2013)

Penurunan fungsi ginjal juga menyebabkan gangguan eksresi produk sisa (sampah dari tubuh) sehingga tetap tertahan didalam 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. (Abdul M., 2013)

Penulis beramsumsi munculnya masalah hypervolemia pada pasien 1 dan pasien 2 karena pada gagal ginjal kronik dengan hemodialisa fungsi ginjal menurun secara drastis yang berasal dari nefron. Insufiensi dari gagal ginjal tersebut akan mengalami penurunan sekitar 20 – 50% dalam hal GFR. Pada penurunan fungsi rata-rata 50%, biasanya akan muncul tanda dan gejala azotemia hipertensi dan anemia. Selain itu selama terjadi kegagalan fungsi ginjal maka pada keseimbangan cairan dan elektrolit pun akan mengalami masalah. (Brunner, 2016).

Dari masalah yang muncul, penulis Menyusun intervensi keperawatan yang sesuai pada kedua pasien yaitu pemantauan cairan dan manajemen hypervolemia dan pemberian terapi hemodialisa jika perlu. Pemantauan cairan pada pasien bertujuan untuk mengumpulkan dan menganalisis data terkait pengaturan keseimbangan cairan. Manajemen Hipervolemia bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengelola kelebihan volume cairan intravaskuler dan ekstraseluler serta mencegah terjadinya komplikasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama empat hari kepada kedua pasien antara lain seperti memeriksa tanda gejala hypervolemia, memonitor frekuensi nadi, memonitor tekanan darah untuk melihat pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa akan mengalami kondisi overload

atau kelebihan cairan dan juga pada pasien hemodialisa, memonitor intake dan output cairan untuk mencegah terjadinya overhidrasi maupun dehidrasi. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Pemberian terapi hemodialisa pada pasien 1 pada hari kamis, 04 Mei 2023 pada jam 21.00 dalam waktu 5 jam.

Terapi hemodialisa merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut, dimana terapi ini mampu membantu mengontrol tekanan darah dan menyeimbangkan mineral penting, seperti kalium, natrium, dan kalsium, dalam darah. Salah satu proses dalam hemodialisa yaitu sirkuit cairan diasilat dimana Komposisi air tergantung lokasi geografis, sumber air, musim dan pengelolaan air PAM. Air yang digunakan untuk hemodialisis harus bersih dari elektrolit, mikroorganisme atau bahan asing lain, sehingga harus diolah dulu dengan cara filtrasi, softening, deionisasi dan paling baik dengan reverse osmosis. Air yang sudah diolah dan konsentrat diasilat dicampur dalam sebuah tangki dan selama 500-600 ml/menit cairan diasilat dipompa ke membran dialisis, kemudian dikembalikan lagi ke tangki yang selanjutnya digunakan lagi secara berkesinambungan. Air yang sudah diolah dan konsentrat disilat dicampur secara konstan oleh pompa proportioning dengan perbandingan 34 bagian air dan 1 bagian konsentrat. Campuran ini dipompa ke membran sekali saja. (Winarni, 2017). Hasil dari tindakan hemodialisa ini tidak sejalan dengan hasil dari penelitian (Rahman et al., 2021) dimana hemodialisa ini dapat membantu mengurangi beban kerja ginjal untuk membantu

mengeluarkan cairan pada tubuh sedangkan pada pasien Tn.W tidak ada perubahan dimana pasien masih terdapat edema dan urine yang tidak ada keluar. (Rahman et al., 2021)

Hasil evaluasi pada pasien 1 dan pasien 2 memiliki perbedaan dimana pasien 1 perawatan empat hari dan pasien 2 selama tiga hari perawatan. Pada hari pertama pasien 1 dan 2 didapatkan masalah keperawatan hypervolemia belum membaik karena pasien belum menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan. Pada evaluasi hari kedua hingga hari ke empat pasien 1 didapatkan masalah keperawatan hypervolemia belum membaik karena pasien belum menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan. Sedangkan untuk pasien 2 masalah belum membaik karena pasien belum menunjukkan perubahan sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan.

Penulis beramsumsi diagnosis ini pada kedua pasien belum membaik ditandai dengan balance cairan pada kedua pasien yang masih bernilai positif pada akhir masa perawatan dan edema masih belum berkurang pada kedua pasien. Terdapat penatalaksanaan hemodialisa yang berfungsi menjalankan fungsi ginjal yang terganggu pada pasien 1 tetapi tidak ada perubahan, sedangkan pada pasien 2 tidak ada mendapatkan penatalaksanaan hemodialisa. Hemodialisis atau HD adalah jenis dialisis dengan menggunakan mesin dialiser yang berfungsi sebagai ginjal buatan. Pada proses ini, darah dipompa keluar dari tubuh, masuk kedalam mesin

dialiser. Didalam mesin dialiser, darah dibersihkan dari zat-zat racun melalui proses difusi dan ultrafiltrasi oleh dialisat (suatu cairan khusus untuk dialisis), lalu setelah darah selesai di bersihkan, darah dialirkan kembali kedalam tubuh. Proses ini dilakukan 1-3 kali seminggu di rumah sakit dan setiap kalinya membutuhkan waktu sekitar 2-4 jam. (Abdul M., 2013)

#### **4.2.2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan**

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif yang muncul hanya pada pasien 1 yang ditandai dengan adanya sputum berlebih, mengi, *gurgling*, hal ini tidak terjadi pada pasien 2 karena pasien tidak mengalami sputum berlebih, mengi, *gurgling*. Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Penumpukan cairan pada rongga abdomen akan masuk ke paru – paru sehingga membuat pasien mengalami edema paru menurut (Smeltzer & Bare, 2013).

Penulis beramsumsi munculnya masalah bersihan jalan nafas tidak efektif pada pasien 1 karena kondisi pasien mengalami ancaman pada status pernafasan sehubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk akibat penurunan kesadaran dan dikarenakan terdapat penumpukan cairan diparu



– paru menyebabkan paru- paru terdesak sehingga dapat menyebabkan sesak napas. (Brunner, 2016)

Dari masalah yang muncul, penulis Menyusun intervensi keperawatan yang sesuai pada pasien 1 yaitu manajemen jalan nafas. Manajemen jalan nafas pada pasien bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas.(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari kepada pasien 1 antara lain seperti memonitor pola nafas, memonitor bunyi nafas tambahan, mengkolaborasikan pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik bertujuan untuk mengencerkan dahak, bronkospasme berkurang atau menghilang dan menurunkan hiperaktivitas bronkus serta mengatasi infeksi dan untuk pemberian obat-obat aerosol atau inhalasi. memosisikan *semi-fowler* atau *fowler* karena memperingan kesukaran napas, karena dipengaruhi oleh gaya gravitasi yang mengakibatkan otot diafragma tertarik kebawah sehingga ekspansi paru lebih dan pengangkutan oksigen menjadi lebih baik.(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Melakukan penghisapan lendir selama 15 detik dilakukan pada pasien 1 bertujuan untuk membersihkan lendir yang menumpuk pada saluran trackeobronkeal, meningkatkan proses oksigenasi, mengurangi penumpukan lendir, mencegah terjadinya sumbatan pada pipa endotrakeal, menurunkan kerja napas, mencegah terjadinya ateletaksis, dan infeksi pada sistem pernapasan. (Santoso & Utami, 2018). Setelah dilakukan penghisapan lendir pasien tidak lagi terlihat sesak dan mengeluarkan sputum dari trakeostominya sesuai

dengan hasil penelitian (Santoso & Utami, 2018), tetapi seiringnya waktu pasien mengalami penumpukkan secret kembali karena tidak dapat melakukan batuk efektif.

Hasil evaluasi pada pasien 1, Pada hari pertama hingga hari ke empat pasien 1 didapatkan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif belum meningkat karena pasien belum menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

Penulis beramsumsi masalah bersihan jalan nafas tidak efektif ini belum meningkat karena pasien masih terlihat mengeluarkan secret dari trakeostominya, masih terdengar suara gurgling dan adanya otot bantu nafas pada pasien.

#### **4.2.3. Gangguan mobilitas fisik**

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular yang muncul hanya pada pasien 1 yang ditandai dengan adanya kekuatan otot menurun, gerakan terbatas, pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS : E3V1M5), hal ini terjadi pada pasien 2 yang ditandai dengan adanya mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, gerakan terbatas, hal ini terjadi pada pasien 1 tetapi dengan penyebab yang berbeda dimana pasien mengalami penurunan kesadaran.. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan baik satu atau lebih pada ekstremitas secara mandiri dan terarah seperti

kelemahan otot dan kerusakan fungsi ekstremitas yang disebabkan oleh suatu penyakit yaitu gangguan neuromuskular (Arifa et al., 2017)

Penulis beramsumsi munculnya masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien 1 dan pasien 2 dikarenakan pasien mengalami hiperfosfatimia. Hiperfosfatimia terjadi karena penurunan GFR sehingga terjadi retensi fosfat dan menstimulus hormone paratiroid (PTH), akibat klinisnya dapat menimbulkan osteoporosis akibat hiperparatiroidisme. Sehingga pasien mengalami kesulitan menjalani aktivitas sehari-hari (Yauri, 2016).

Dari masalah yang muncul, penulis Menyusun intervensi keperawatan yang sesuai pada pasien 1 yaitu perawatan tirah baring. Perawatan tirah baring pada pasien 1 bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan dan keamanan serta mencegah komplikasi pasien yang menjalani tirah baring (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Sedangkan pada pasien 2 yaitu dukungan mobilisasi. Dukungan mobilisasi pada pasien 2 bertujuan untuk memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari kepada pasien 1 antara lain seperti memonitor kondisi kulit bertujuan mencegah terjadinya luka decubitus pada pasien karena mengalami tirah baring dan adanya tekanan karena *bedrest* yang bekepanjang, memposisikan senyaman mungkin, mempertahankan seprei tetap kering, memasang *siderails*, memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari, mempertahankan kebersihan pasien, mengubah posisi setiap 2 jam. (Tim Pokja SIKI DPP

PPNI, 2018) Menurut Potter and Perry (2005) menyatakan ada 3 (tiga) area intervensi keperawatan utama dalam pencegahan luka tekan akibat tirah baring yakni (pertama) perawatan kulit yang meliputi perawatan hygiene dan pemberian topikal, (kedua) pencegahan mekanik dan dukungan permukaan yang meliputi penggunaan tempat tidur, pemberian posisi dan kasur terapeutik dan (ketiga) edukasi. Hasil dari penelitian potter and perry ini sejalan dimana melakukan tindakan memonitor kondisi kulit dan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari dapat mencegah terjadinya luka akibat tekanan tirah baring dan memberikan pasien rasa nyaman.

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari kepada pasien 2 antara lain seperti mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Memfasilitasi melakukan pergerakan tujuan untuk melatih fleksibilitas, kekuatan, dan daya tahan otot yang ditujukan untuk memperbaiki dan meningkatkan lingkup gerak sendi, kekuatan otot, mobilitas, fleksibilitas dan keseimbangan, serta kemampuan fungsional.(Amin et al., 2018). Hasil dari tindakan pada pasien kelolaan penulis dengan hasil penelitian (Amin et al., 2018) sejalan dimana pasien 2 (Tn.B) dapat menggerakkan ekstremitas bawahnya dan berpindah tempat walaupun masih dalam pemantauan dari keluarga dan perawat.

Hasil evaluasi pada pasien 1, Pada hari pertama hingga hari ke empat pasien 1 didapatkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum



meningkat karena pasien belum menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan. Hasil evaluasi pada pasien 2, Pada hari pertama pasien 2 didapatkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum meningkat karena pasien belum menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan. Pada evaluasi hari kedua hingga hari ketiga pasien 2 didapatkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik cukup meningkat karena pasien menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang sudah di tetapkan.

Penulis beramsumsi munculnya masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien 1 dan 2 belum membaik hingga hari terakhir perawatan pasien dimana pasien bisa bergerak dengan bebas dikarenakan pasien mengalami hiperfosfatimia. Hiperfosfatimia terjadi karena penurunan GFR sehingga terjadi retensi fosfat dan menstimulus hormone paratiroid (PTH) dan (Yauri, 2016).

#### **4.2.4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular**

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan defisit perawatan diri yang muncul hanya pada pasien 1 yang ditandai dengan adanya tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS : E3V1M5), hal ini tidak terjadi pada pasien 2 karena tidak didapatkan adanya tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, pasien mengalami penurunan kesadaran. Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi pada

seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (hygiene), berpakaian/berhias, makan, dan BAB/BAK (toileting) (Fitria,2012).

Penulis beramsumsi berdasarkan hasil wawancara pada keluarga pasien 1 dikarenakan terjadinya penurunan kesadaran pasien tidak dapat melakukan perawatan diri secara mandiri, dan keluarga tidak mampu melakukan perawatan diri pasien sendiri. (Fitria,2012).

Dari masalah yang muncul, penulis Menyusun intervensi keperawatan yang sesuai pada pasien 1 yaitu dukungan perawatan diri. Dukungan perawatan diri pada pasien 1 bertujuan untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari kepada pasien 1 antara lain seperti memonitor tingkat kemandirian, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan, memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan, menyiapkan keperluan pribadi. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan, menyiapkan keperluan pribadi Upaya yang dilakukan terhadap klien dengan defisit perawatan diri sesuai dengan tugas perawat dalam aktivitas perawatan diri personal hygiene, yaitu dengan fungsi-fungsi tertentu seperti mandi, toileting, kebersihan tubuh secara umum dan berhias Aggriana T.W (2010). Hasil dari tindakan pada pasien kelolaan penulis dengan hasil penelitian Aggriana T.W (2010) tidak sejalan dimana pasien 1 (Tn.w) masih tidak

dapat melakukan aktivitas sehari-hari karena penurunan kesadaran dan keluarga masih butuh bantu perawat untuk melakukan perawatan diri pada pasien 1 (Tn.w).

Hasil evaluasi pada pasien 1, Pada hari pertama hingga hari ke empat pasien 1 didapatkan masalah keperawatan deficit perawatan diri belum meningkat karena pasien belum menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

Penulis beramsumsi masalah ini belum meningkat di karenakan hingga pada hari terakhir perawatan keluarga masih membutuhkan bantuan untuk melakukan perawatan diri pada pasien.

#### **4.2.5. Resiko jatuh ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran**

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan resiko jatuh ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran yang muncul hanya pada pasien 1 yang ditandai dengan adanya pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS : E3V1M5), Total skor penilaian resiko jatuh dengan skala morse berjumlah 30, hal ini terjadi pada pasien 2 dengan penyebab berbeda karena tidak didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran. Risiko jatuh terjadi secara patofisiologi yaitu karena pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak sehingga mengakibatkan terjadinya risiko jatuh dan penurunan kesadaran pada pasien gelisah juga bisa mengakibatkan risiko jatuh (Kusuma, H., & Nurarif, 2014).

Penulis beramsumsi dari hasil wawancara dengan keluarga pasien bahwa pasien tidak dapat bergerak bebas dan mengalami penurunan

kesadaran Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 30 (pasien masuk kategori risiko sedang)

Dari masalah yang muncul, penulis Menyusun intervensi keperawatan yang sesuai pada pasien 1 yaitu pencegahan jatuh. Pencegahan jatuh pada pasien 1 bertujuan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis.(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari kepada pasien 1 antara lain seperti mengidentifikasi factor jatuh, menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, memasang *handrall* tempat tidur, memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Mengatur tempat tidur dalam posisi terendah menurut Merryweather et al (2015) melihat torsi ekstremitas bawah yang disebabkan ketika pasien berusaha untuk bergerak dari tempat tidur dengan ketinggian yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan pentingnya penilaian risiko multifaktorial, di mana perawat harus menyesuaikan penggunaan tempat tidur untuk kebutuhan individu pasien. Hasil dari tindakan pada pasien kelolaan penulis dengan hasil penelitian Merryweather et al (2015) tidak sejalan dimana pasien 1 (Tn.w) masih tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari karena penurunan kesadaran.

Hasil evaluasi pada pasien 1, Pada hari pertama hingga hari ke empat pasien 1 didapatkan masalah keperawatan resiko jatuh belum menurun



karena pasien belum menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

Penulis beramsumsi dari masalah resiko jatuh pasien tidak dapat bergerak bebas dan mengalami penurunan kesadaran Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 30 (pasien masuk kategori risiko sedang) hingga hari terakhir perawatan

#### **4.2.6. Resiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun**

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan resiko jatuh ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran yang muncul hanya pada pasien 2 yang ditandai dengan adanya Total skor penilaian resiko jatuh dengan skala morse berjumlah 30, hal ini terjadi pada pasien 1 dengan penyebab berbeda karena didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran. Risiko jatuh terjadi secara patofisiologi yaitu karena pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak sehingga mengakibatkan terjadinya risiko jatuh dan penurunan kesadaran pada pasien gelisah juga bisa mengakibatkan risiko jatuh (Kusuma, H., & Nurarif, 2014).

Penulis beramsumsi berdasarkan hasil wawancara dimana pasien mengatakan merasa tidak memiliki kekuatan/tenaga untuk menggerakkan kakinya dan berpindah tempat serta Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 30 (pasien masuk kategori risiko sedang) sehingga tingkat jatuh pada pasien meningkat secara teori berhubungan dengan penyakit *chronic kidney disease* dengan hemodialisa dimana Kerusakan ginjal akan menurunkan produksi eritopoetin sehingga tidak terbentuknya

eritrosit yang menimbulkan anemia dengan gejala pucat kelelahan dan aktivitas fisik berkurang. (Yauri, 2016).

Dari masalah yang muncul, penulis Menyusun intervensi keperawatan yang sesuai pada pasien 2 yaitu pencegahan jatuh. Pencegahan jatuh pada pasien 2 bertujuan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari kepada pasien 2 antara lain seperti mengidentifikasi factor jatuh, menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, memasang *handrall* tempat tidur, mengatur tempat tidur dalam posisi terendah, memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Mengatur tempat tidur dalam posisi terendah menurut Merryweather et al (2015) melihat torsi ekstremitas bawah yang disebabkan ketika pasien berusaha untuk bergerak dari tempat tidur dengan ketinggian yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan pentingnya penilaian risiko multifaktorial, di mana perawat harus menyesuaikan penggunaan tempat tidur untuk kebutuhan individu pasien. Hasil dari tindakan pada pasien kelolaan penulis dengan hasil penelitian Merryweather et al (2015) tidak sejalan dimana pasien 2 (Tn.B) masih tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari karena penurunan kesadaran.

Hasil evaluasi pada pasien 2, Pada hari pertama pasien 2 didapatkan masalah keperawatan resiko jatuh belum teratasi karena pasien belum

menunjukkan perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan. Pada evaluasi hari kedua hingga hari ketiga pasien 2 didapatkan masalah keperawatan tingkat jatuh cukup menurun karena pasien menunjukkan Sebagian perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan.

Penulis beramsumsi bahwa masalah resiko jatuh pada pasien 2 cukup menurun hingga hari terakhir masa perawatan dimana pasien serta Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 35 (pasien masuk kategori risiko sedang).

#### **4.2.7. Resiko perfusi renal tidak efektif ditandai dengan hipertensi**

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan resiko perfusi renal ditandai dengan dengan adanya pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi TD: 125/92 mmHg, N: 118 x/m, RR: 20 x/m, Temp: 35.6 °c, MAP: 103 mmHg, hal ini tidak terjadi pada pasien 1 dengan karena tidak didapatkan pasien mengalami hipertensi. Risiko perfusi renal merupakan suatu kondisi yang beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke ginjal. (Brunner, 2016)

Penulis beramsumsi dari hasil wawancara pasien memiliki Riwayat hipertensi menahun dan minum obat hipertensi secara teratur, secara teori hipertensi berhubungan dengan penyakit *chronic kidney disease* dengan hemodialisa karena Ketika pembuluh darah menjadi rusak, nefron yang menyaring darah tidak menerima oksigen dan nutrisi yang mereka butuhkan agar berfungsi dengan baik. Inilah sebabnya tekanan darah tinggi atau

hipertensi adalah penyebab utama kedua gagal ginjal. Seiring waktu, tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol menyebabkan arteri di sekitar ginjal menyempit, melemah, atau mengeras. Arteri yang rusak ini tidak mampu memberikan cukup darah ke jaringan ginjal (Brunner, 2016)

Dari masalah yang muncul, penulis Menyusun intervensi keperawatan yang sesuai pada pasien 2 yaitu pemantauan tanda vital. Pemantauan tanda vital pada pasien 2 bertujuan untuk mengumpulkan dan menganalisis data hasil pengukuran fungsi vital kardiovaskular, pernafasan dan suhu tubuh. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari kepada pasien 2 antara lain seperti memonitor tekanan darah, memonitor nadi pasien, memonitor pernafasan pasien, memonitor suhu tubuh pasien, memonitor status oksigenasi kadar oksigen pada darah. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Hasil evaluasi pada pasien 2, Pada hari pertama hingga hari ketiga pasien 2 didapatkan masalah keperawatan perfusi renal cukup meningkat karena pasien menunjukkan Sebagian perubahan yang sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

Penulis beramsumsi bahwa hasil dari resiko perfusi renal tidak efektif cukup meingkat karena pada pasien 2 didapatkan tekanan darah pasien dalam keadaan normal dan pasien masih meminum obat hipertensi hingga hari terakhir perawatan.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1. KESIMPULAN

- 5.1.1. Dari hasil pengkajian dua pasien kelolaan, ditemukan persamaan dan perbedaan data. Pada persamaan data ditemukan : pasien terdapat edema pada ekstremitas bawah dan atas bagian kiri, produksi urine tidak sesuai dengan intake pada kedua pasien, pasien 1 Tn.W balance cairan +276 cc dan pada pasien 2 Tn.B balance cairan +693 cc. Adapun perbedaan data yang ditemukan : pada pasien 1 (Tn. W) keluhan utama yang didapatkan ialah penurunan kesadaran, sedangkan pada pasien 2 (Tn. B) keluhan utama yang didapatkan adalah Edema pada ekstremitas.
- 5.1.2. Dari diagnosis keperawatan yang ditemukan pada pasien I (Tn. W) terdapat 5 diagnosis keperawatan dan pada pasien 2 (Tn. B) terdapat 4 diagnosis keperawatan. Adapun perbedaan pada diagnosis yang muncul dari kedua pasien yaitu, pada pasien 1 (Tn. W) ditemukan adanya, bersihan jalan nafas tidak efektif, defisit perawatan diri, sedangkan pada pasien II (Tn. S) ditemukan adanya resiko perfusi renal tidak efektif ditandai dengan hipertensi.
- 5.1.3. Perencanaan keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria mayor dan minor serta kondisi terkini dari pasien itu sendiri.

- 5.1.4. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan kepada pasien 1 selama empat hari disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun berdasarkan teori dan kebutuhan yang ada pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* dengan hemodialisa. Sedangkan pasien 2 selama tiga hari disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun berdasarkan teori dan kebutuhan yang ada pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* dengan hemodialisa.
- 5.1.5. Hasil evaluasi keperawatan dari pemberian asuhan pada kedua pasien dengan *Chronic Kidney Disease* dengan hemodialisa . Didapatkan pada pasien 1 (Tn. W) diagnosis keperawatan yang belum sesuai ekspektasi luaran keperawatan yang disusun penulis berjumlah 5 yaitu keseimbangan cairan, bersihan jalan nafas , mobilitas fisik, defisit perawatan diri, tingkat jatuh. Pada pasien 2 (Tn. B) didapatkan diagnosis keperawatan belum sesuai ekspektasi luaran keperawatan yang disusun penulis berjumlah 1 yaitu, keseimbangan cairan. Diagnosis keperawatan yang cukup sesuai ekspektasi luaran keperawatan berjumlah 3 yaitu, resiko perfusi renal tidak efektif, gangguan mobilitas fisik dan resiko jatuh.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi Peneliti

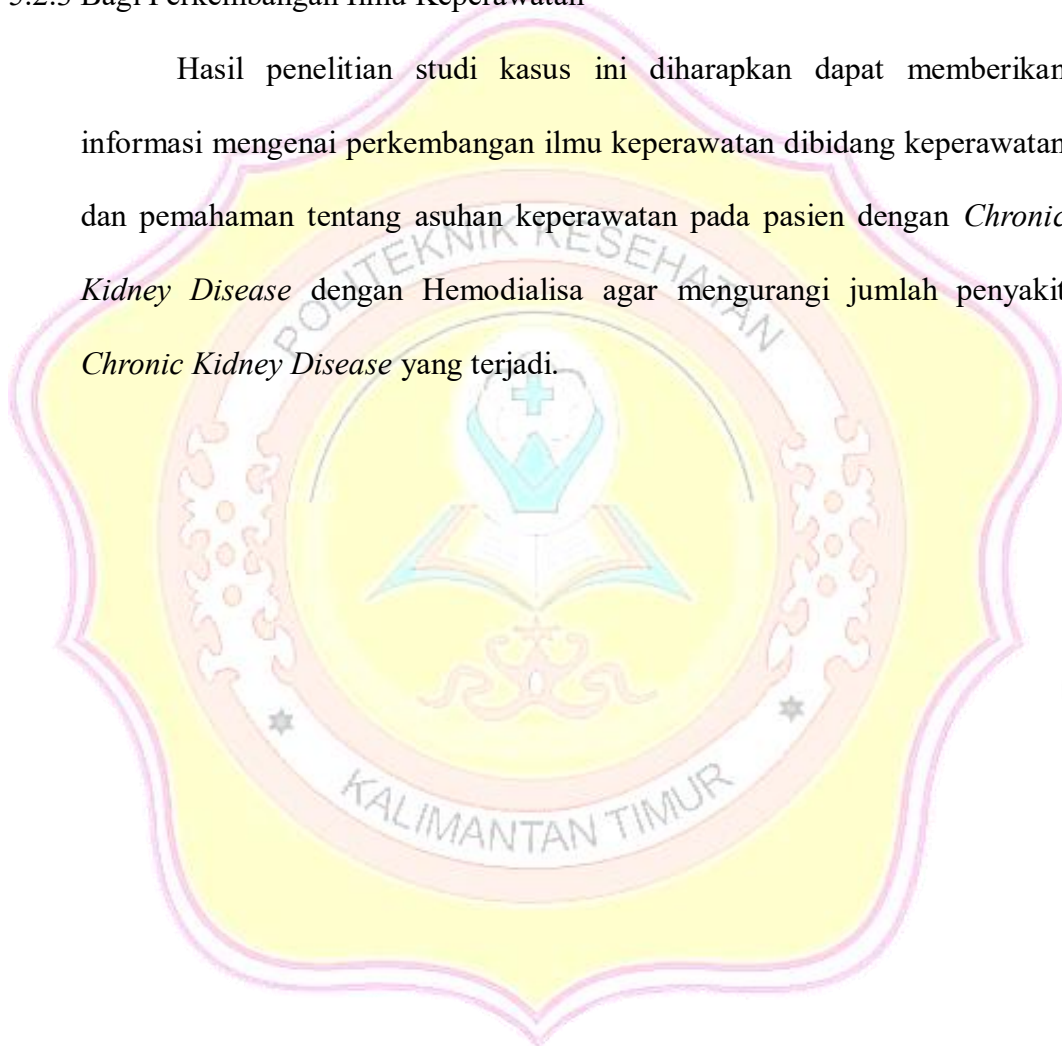
Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan pengetahuan dan menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa, dan dapat mengaplikasikan ilmu tersebut kepada masyarakat.

### 5.2.2 Bagi Instansi Rumah Sakit

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan serta referensi Karya Tulis Ilmiah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa.

### 5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai perkembangan ilmu keperawatan dibidang keperawatan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* dengan Hemodialisa agar mengurangi jumlah penyakit *Chronic Kidney Disease* yang terjadi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Arifa, S. I., Azam, M., & Handayani, O. W. K. (2017). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Ginjal Kronik Pada Penderita Hipertensi Di Indonesia. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 13(4), 319.
- Kitong, B., Mulyadi, N., & Malara, R. (2018). Pengaruh Tindakan Penghisapan Lendir Endotrakeal Tube (Ett) Terhadap Kadar Saturasi Oksigen Pada Pasien Yang Dirawat Di Ruang Icu Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 2(2), 106772.
- Rahman, T. S., Dwiningsih, S. U., & Indriyawati, N. (2021). Nursing Care to Meet Fluid and Electrolyte Needs of Chronic Kidney Disease Patient. *Jendela Nursing Journal*, 5(1), 48–63.
- Winarni, Y. K. (2017). *Perbedaan Hasil Pemeriksaan Kadar Kreatinin Sampel Serum Dan Plasma Edta Sebelum Hemodialisis*. 1–16.
- Abdul M., T. S. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*, 83-120.
- Arifa, S. I., Azam, M., & Handayani, O. W. K. (2017). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Ginjal Kronik Pada Penderita Hipertensi Di Indonesia. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 13(4), 319.
- Brunner, S. (2016). Buku ajar keperawatan medikal bedah brunner & suddarth edisi 8 volume 1,2. jakarta: penerbit buku kedokteran indonesia EGC. *Water (Switzerland)*.
- Corwin, E. J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi. Edisi 3. Jakarta: EGC (3rd ed.)*. Jakarta : EGC., 2009.
- Doenges, M. E. (2018). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa, Ed. 9, Volume 2 (Ed. 9)*. Jakarta : EGC., 2018.
- Faridah, U., Hartinah, D., & Himawati, N. (2022). Hubungan Frekuensi Hemodialisa Dengan Perubahan Citra Tubuh Pada Pasien Hemodialisa Di Rs Islam Arafah Rembang. *Indonesia Jurnal Perawat*, 6(1), 1.
- IRR. (2018). 11th report Of Indonesian renal registry 2018. *Indonesian Renal Registry (IRR)*, 14–15.
- Istanti, Y. P. (2014). Hubungan antara Masukan Cairan dengan Intersalytic Weight Gains (IDWG) pada Pasien Chronic Kidney Disease di Unit Hemodialisis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *PROFESI*, 10.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Peran pemerintah dalam pencegahan dan pengendalian gangguan ginjal. *Penyakit Tropik Di Indonesia, November*, 5–8.



- Kramer, H., Yee, J., Weiner, D. E., Bansal, V., Choi, M. J., Brereton, L., Berns, J. S., Samaniego-Picota, M., Scheel, P., & Rocco, M. (2016). Ultrafiltration Rate Thresholds in Maintenance Hemodialysis: An NKF-KDOQI Controversies Report. *American Journal of Kidney Diseases*, 68(4), 522–532.
- Muttaqin, A. & S. K. (2013). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan, Jakarta; In *Jurnal Keperawatan Priority* (Vol. 2, Issue 1).
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. In *Dpp Ppni*. DPP PPNI.
- Prabowo, E., & Pranata, A. E. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*.
- Ramadhani, W. (2017). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Disease (Ckd) Di Ruang Penyakit Dalam Pria Rsup Dr. M. Djamil Padang. *Kesehatan Keluarga*, 1, 206.
- Santa, M. (2019). Teori Keperawatan profesional. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Smeltzer & Bare. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Suddarth Edisi 8. Jakarta: EGC. *EGC*, 1(1), xxii, 716 p. ;30 cm.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. (2013). Textbook of Medical Surgical Nursing: In One Volume. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (1st ed., pp. 328–xiv). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. In *International Journal of Technology Vocational Education and Training* (Vol. 1, Issue 1).
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta. *Practice Nurse*, 49(5).
- Tim Riskesdas. (2018). Laporan Provinsi Kalimantan Timur Riskesdas 2018. *Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan*, 472.
- Waldani, F. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Tn Z dengan Chronic Kidney Disease (CKD). *Jurnal Ilmiah Cerebral Medika*, 4(2), 1–8.
- World Health Organization. (2021). *World Health Organization. (2021). Global Status Report on Noncommunicable Disease 2021 in China and India* (Issue February).