

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PENYAKIT GINJAL
KRONIK DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA



Disusun Oleh:

Nama: Kristia Ayu Indah Puspitasari

NIM : P07220116017

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

2019

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PENYAKIT GINJAL
KRONIK DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA

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



Disusun Oleh:

Nama: Kristia Ayu Indah Puspitasari

NIM : P07220116017

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

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT
GINJAL KRONIK DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 20 MEI 2019

Oleh
Pembimbing



Ismansyah, S. Kp., M. Kep
NIDN: 4018126802

Pembimbing Pendamping



Diah Setiani, SST., M.Kes
NIDN: 4010088601

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep
NIP. 19680329199402201

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT
GINJAL KRONIK DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA

Telah Diuji

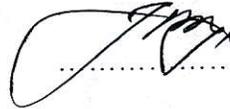
Pada tanggal 29 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua penguji

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

NIDN: 4015036802


.....

Penguji Anggota

1. Ismansyah, S. Kp., M, Kep

NIDN: 4018126802


.....

2. Diah Setiani, SST., M.Kes

NIDN: 4010088601


.....

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur


.....

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

NIP. 196508251985032001

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur


.....

Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep

NIP. 19680329199402201

RIWAYAT HIDUP



I. Identitas

Nama : Kristia Ayu Indah Puspitasari
NIM : P07220116017
Tempat, tanggal lahir : Mangkajang, 13 Juni 1998
Pekerjaan : Mahasiswa
Agama : Islam
Suku/bangsa : Jawa/Indonesia
Alamat : Jl. Gunung Maritam, Berau

II. Pendidikan

1. Tahun 2004-2010 : Lulus SDS Cikini Kiani
2. Tahun 2010-2013 : Lulus SMPN 9 Berau
3. Tahun 2013-2016 : SMAN 4 Berau
4. Tahun 2016-sekarang : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Samarinda, Poltekkes Kemenkes Kaltim

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Penyakit Ginjal Kronik di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi tugas akhir sebagai bahan untuk melakukan penelitian di lapangan.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih memiliki kekurangan dan dapat terselesaikan karena adanya bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih serta penghargaan setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Ibu Hj.Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur
3. Ibu Ns. Andi Lis AG, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Bapak Ismansyah, S.Kp., M.Kep, selaku pembimbing utama yang telah memberikan masukan dan membimbing saya dalam proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini

5. Ibu Diah Setiani, SST., M.Kes selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan masukan dan membimbing saya dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Para Dosen dan Staf Pendidikan Politeknik Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan
7. Dr.Rachim Dinata Marsidi, Sp. B, FINAC, M.Kes, selaku Direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah
8. Kepala ruangan Flamboyan yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah
9. Kepada kedua orangtua saya, kedua adik yang selalu mendoakan dan mensupport saya baik moral maupun material agar dapat menyelesaikan tugas akhir ini dan lulus tepat waktu.
10. Rekan-rekan mahasiswa Poltekkes Kaltim Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan angkatan 2016 khususnya tingkat III-A yang saling mendukung untuk dapat lulus dan menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik.

Akhir kata saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan dari semua pihak yang terkait dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat membawa manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Samarinda, Mei 2019

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PENYAKIT GINJAL
KRONIS DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

ABSTRAK

Pendahuluan : Penyakit Ginjal Kronis merupakan penyakit kronik yang bersifat irreversible dan memerlukan pengobatan dengan rawat jalan dalam jangka waktu yang lama. Pasien dengan penyakit ginjal umumnya mengalami tanda dan gejala seperti sesak napas, napsu makan menurun, edema, nyeri punggung, kulit gatal dan kering, anemia, dan lain sebagainya.

Tujuan: Memberikan gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit ginjal kronis secara komprehensif.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan, sampel yang digunakan sebanyak 2 subyek, dilakukan di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahrane.

Hasil: Pada subjek 1 pada awal pengkajian mengalami sesak napas, napsu makan turun, demam, aktifitas nya terhambat, dan masalah perfusi perifer tidak efektif dan setelah dilakukan perawatan di hari terakhir perawatan dilakukan pengkajian masalah tersebut teratasi tapi masalah perfusi teratasi sebagian . Sedangkan subjek 2 saat dilakukan pengkajian awal mengalami sesak napas, napsu makan turun, nyeri ulu hati, terhambat aktifitasnya, perfusi perifer tidak efektif dan resiko jatuh dan setelah dilakukan perawatan dihari terakhir dilakukan pengkajian masalah tersebut teratasi.

Kesimpulan: Pada pasien 1 terdapat 1 masalah yang teratasi sebagian yaitu perfusi perifer tidak efektif, dan 6 masalah lainnya teratasi seperti pola napas tidak efektif, hipertermi, deficit nutrisi, hipervolemi, resiko jatuh dan gangguan mobilitas. Sedangkan pasien 2 terdapat 6 masalah keperawatan yang teratasi yaitu pola napas tidak efektif, nyeri akut, deficit nutrisi, gangguan mobilitas, hipervolemi dan resiko jatuh. Sedangkan 1 masalah perfusi teratasi sebagian.

Saran: Saran untuk masalah keperawatan yang belum teratasi yaitu perfusi perifer tidak efektif pada pasien 1 dengan tindakan kolaborasi pemberian transfuse darah pada pasien

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Penyakit Ginjal Kronis

NURSING PATIENTS WITH PATIENTS WITH CHRONIC SYMPTOM DISEASE IN RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

ABSTRACT

Introduction :Chronic Kidney Disease is a chronic disease that is irreversible and requires treatment with outpatients in the long term. Patients with kidney disease generally experience signs and symptoms such as shortness of breath, decreased appetite, edema, back pain, dry and itchy skin, anemia, and so on

Aim: To provide a comprehensive nursing care for patients with chronic kidney disease.

Method: This study used a descriptive research method in the form of a case study with the Nursing Care approach. The samples used 2 subjects, hospitalized in Ruang Flamboyan of Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.

Results: In subject 1 at the beginning of the study, patient experienced shortness of breath, decreased appetite, fever, inhibited activity, and ineffective peripheral perfusion problems, and after treatment, on the last day the treatment of the problem was resolved. While subject 2, during the initial assessment experienced shortness of breath, decreased appetite, heartburn, inhibited activities, and the risk of falling, after treatment on the last day the problem was resolved.

Conclusion: In subject 1 there was one problem that was partially resolved, namely ineffective peripheral perfusion, and 4 other problems resolved namely ineffective breathing patterns, hypertermia, nutritional deficits, and impaired mobility. Whereas in subject 2 there were 5 nursing problems that were overcome namely ineffective breathing pattern, acute pain, nutritional deficit, mobility disorder, and the risk of falling

Suggestion: Suggestions for nursing problems that have not been overcome are collaboration in giving blood transfusions to patients.

Keywords: Nursing Care, Chronic Kidney Disease

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat.....	ii
Riwayat Hidup	iii
Halaman Pernyataan.....	iv
Halaman Persetujuan.....	v
Halaman Pengesahan	vi
Halaman Kata Pengantar.....	vii
Abstrak	ix
Daftar Isi.....	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran.....	xv

BAB 1: PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
1.4.1 Bagi Penulis	5
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian.....	6
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	6

BAB 2: TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kasus	7
2.1.1 Definisi	7

2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Tanda dan Gejala	9
2.1.4 Patofisiologi.....	11
2.1.5 Komplikasi.....	12
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	12
2.1.6.1 Pemeriksaan Laboratorium	12
2.1.6.2 Pemeriksaan Radiologi	13
2.1.7 Stadium Penyakit Ginjal Kronik.....	13
2.1.8 Penatalaksanaan.....	14
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	15
2.2.1 Pengkajian.....	15
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	18
2.2.3 Intervensi	19
2.2.4 Implementasi.....	30
2.2.5 Evaluasi.....	30

BAB 3: METODE PENULISAN

3.1 Pendekatan/Desain Penulisan	31
3.2 Subyek Penulisan	31
3.2.1 Kriteria Inklusi.....	31
3.2.2 Kriteria Enklusi.....	32
3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)	32
3.4 Lokasi dan Waktu Penulisan.....	33
3.5 Prosedur Penulisan.....	33
3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	34
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	34
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....	35
3.7 Keabsahan Data.....	35
3.7.1 Data Primer.....	36
3.7.2 Data Sekunder.....	36
3.7.3 Data Tersier	36
3.8 Analisis Data	36

BAB 4: HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil	38
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	38
4.1.2 Pengkajian.....	40
4.1.3 Diagnosa Keperawatan	50
4.1.4 Intervensi Keperawatan	55
4.1.5 Implementasi Keperawatan	63
4.1.6 Evaluasi Keperawatan	73

4.2 Pembahasan.....	89
---------------------	----

BAB 5: KESEIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	111
5.2 Saran	113

DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Stadium Penyakit Ginjal Kronik.....	13
Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan	19
Table 4.1 Anamnesis Biodata Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik	40
Table 4.2 Hasil Riwayat Kesehatan Pasien dengan penyakit Ginjal Kronik .	41
Table 4.3 Hasil Pengkajian Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik	42
Table 4.4 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Fisik	43
Table 4.5 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Penunjang	48
Table 4.6 Penatalaksanaan Terapi Pasien	49
Table 4.7 Daftar Diagnosa Keperawatan Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik	50
Table 4.8 Intervensi Keperawatan Pasien 1	55
Table 4.9 Intervensi Keperawatan Pasien 2	58
Table 4.10 Implementasi Keperawatan Pasien 1	63
Table 4.11 Implementasi Keperawatan Pasien 2	67
Table 4.12 Evaluasi Keperawatan Pasien 1	73
Table 4.13 Evaluasi Keperawatan Pasien 2	81

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Penyakit Ginjal Kronik	11
--	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permintaan Penelitian

Lampiran 2 Surat Balasan Penelitian

Lampiran 3 Informed Consent

Lampiran 4 Lembar Konsultasi



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ginjal merupakan organ penting yang berfungsi menjaga komposisi darah dengan mencegah menumpuknya limbah serta mengendalikan keseimbangan cairan dalam tubuh, menjaga keseimbangan elektrolit seperti sodium, potassium, dan fosfat tetap stabil, serta memproduksi hormone dan enzim yang membantu dalam mengendalikan tekanan darah, membuat sel darah merah dan menjaga tulang tetap kuat.(Infodatin, 2017)

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan prevalensi dan insiden gagal ginjal yang meningkat, prognosis yang buruk dan biaya yang tinggi. Prevalensi penyakit ginjal kronik meningkat seiring meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut dan kejadian penyakit diabetes mellitus serta hipertensi.(Infodatin, 2017)

Kedua ginjal setiap hari menyaring sekitar 120-150 liter darah dan menghasilkan sekitar 1-2 liter urin. Tiap ginjal tersusun dari sekitar sejuta unit penyaring yang disebut nefron. Nefron terdiri dari glomerulus dan tubulus. Glomerulus menyaring cairan dan limbah untuk dikeluarkan serta mencegah keluarnya sel darah dan molekul besar yang sebagian besar berupa protein. Selanjutnya melewati tubulus yang mengambil kembali mineral yang dibutuhkan tubuh dan membuang limbahnya. (Infodatin, 2017)

Penyakit ginjal kronik merupakan masalah kesehatan dunia dengan peningkatan insidensi, prevalensi serta tingkat morbiditas dan mortalitas. Prevalensi global telah meningkat setiap tahunnya. Menurut data *World Health Organization* (WHO), penyakit ginjal kronik telah menyebabkan kematian pada 850.000 orang setiap tahunnya. Angka tersebut menunjukkan bahwa penyakit ginjal kronik menduduki peringkat ke-12 tertinggi sebagai penyebab angka kematian dunia. Prevalensi gagal ginjal di dunia menurut ESRD Patients (End-Stage Renal Disease) pada tahun 2011 sebanyak 2.786.000 orang, tahun 2012 sebanyak 3.018.860 orang dan tahun 2013 sebanyak 3.200.000 orang. Dari data tersebut disimpulkan adanya peningkatan angka kesakitan pasien penyakit ginjal kronik tiap tahunnya sebesar 6%. Prevalensi penyakit ginjal kronik di Amerika Serikat setiap tahunnya meningkat, data terakhir yang didapatkan terdapat sekitar 350.000.000 insiden ESRD (Rajiv, 2016)

Prevalensi PGK di Indonesia dari tahun ke tahun terus mengalami kenaikan. Perkumpulan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) dalam Program Indonesian Renal Registry (IRR) melaporkan jumlah penderita PGK di Indonesia pada tahun 2011 tercatat 22.304 dengan 68,8% kasus baru dan pada tahun 2012 meningkat menjadi 28.782 dengan 68,1% kasus baru (IRR, 2016). Menurut data dalam laporan Indonesian Renal Registry 2016 terdapat peningkatan penderita gagal ginjal yang melakukan HD, terbukti dalam pengiriman data yang dikirim oleh renal unit, data tersebut berdasarkan kunjungan harian pasien HD. Tahun 2015 renal unit yang mengirim data terbanyak pada bulan Januari sebanyak 204 unit berate 44,2 % dari total 460 renal unit yang terdaftar.

Perawatan penyakit ginjal di Indonesia merupakan ranking kedua pembiayaan terbesar dari BPJS kesehatan setelah penyakit jantung (Infodatin, 2017). Prevalensi penyakit ginjal kronis (permil) pada penduduk umur lebih dari 15 tahun di Indonesia yaitu 3,8‰, meningkat dari tahun 2013 yaitu 2,0‰. Saat ini, penduduk Indonesia diperkirakan berjumlah 265 juta jiwa, sehingga total penduduk yang menderita penyakit ginjal kronis adalah 1.007.000 jiwa. Sedangkan untuk penduduk yang pernah/sedang cuci darah umur lebih dari 15 tahun adalah 19,3%, sehingga totalnya kemungkinan 51.145 jiwa (Riskesdas, 2018)

Berdasarkan data dari RSUD AWS Samarinda mengenai 10 penyakit terbanyak rawat inap tahun 2016, PGK masuk dalam urutan ke-5 dengan jumlah kasus 601, kemudian mengalami peningkatan pada tahun 2017 menjadi urutan ke-2 dengan jumlah kasus 1.040. PGK juga termasuk ke dalam 10 daftar penyakit terbanyak penyebab kematian, dengan jumlah kasus 107 dan termasuk dalam urutan ke-2 pada tahun 2016. Sedangkan pada tahun 2017 PGK menjadi penyakit penyebab kematian urutan ke-3 dengan jumlah kasus 133 (Profil RSUD A.W.Sjahanie, 2017)

Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada pasien dengan penyakit ginjal adalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kongesti paru, penurunan curah jantung, penurunan perifer yang mengakibatkan asidosis laktat, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, hipervolemi berhubungan dengan penurunan haluaran urine, deficit nutrisi berhubungan dengan anoreksia, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan perlemahan aliran darah

keseluruh tubuh, intoleransi aktivitas berhubungan dengan keletihan, anemia, dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan pruritus (NANDA, 2015)

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan pertukaran gas berhubungan dengan kongesti paru dengan memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis dengan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, hipervolemi berhubungan dengan penurunan haluaran urine dengan kolaborasi pemberian diuretic, deficit nutrisi berhubungan dengan anoreksia dengan monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan perlemahan aliran darah keseluruhan tubuh dengan batasi gerakan pada kepala, leher, punggung, intoleransi aktivitas berhubungan dengan keletihan, anemia dengan membantu klien dalam aktivitas, dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan pruritus dengan mengoleskan lotion pada daerah yang tertekan (NANDA, 2015)

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka ditetapkan rumusan masalah Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien PGK di Ruang Flamboyan RSUD. AWS ?

1.3 Tujuan Penulisan

Adapun tujuan pada karya tulis ilmiah ini akan dibedakan menjadi 2 tujuan yaitu sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit ginjal kronik

1.3.2 Tujuan Khusus

Untuk mendeskripsikan dan memberikan pengalaman langsung dalam hal:

1.3.2.1 Pengkajian pasien dengan penyakit ginjal kronik

1.3.2.2 Penegakan diagnosa pasien penyakit ginjal kronik

1.3.2.3 Penyusunan rencana asuhan keperawatan pada pasien penyakit ginjal kronik

1.3.2.4 Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien penyakit ginjal kronik

1.3.2.5 Evaluasi asuhan keperawatan pasien penyakit ginjal kronik

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

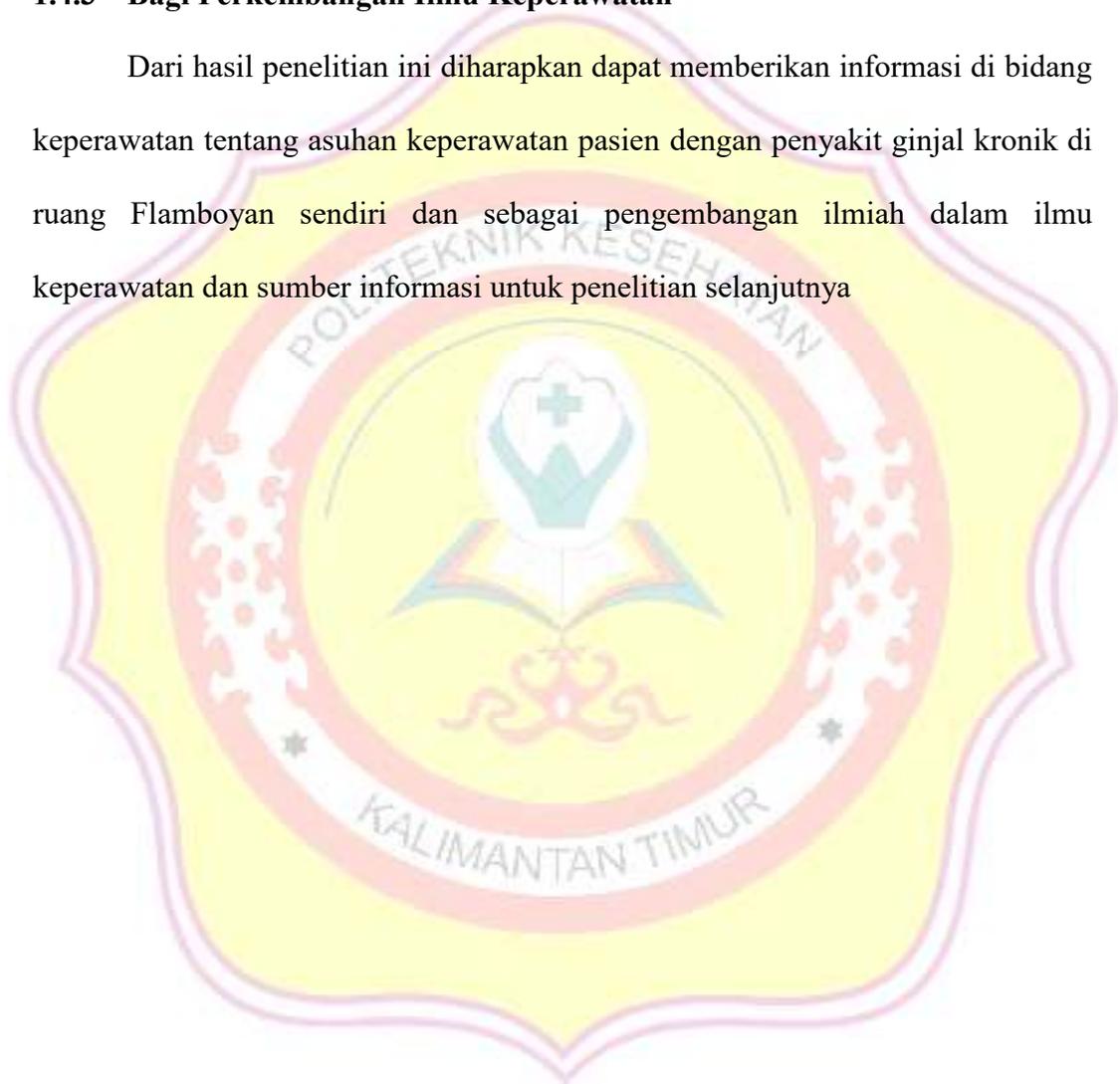
Sebagai bahan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit ginjal kronik khususnya di bidang keperawatan medical bedah

1.4.2 Bagi Tempat Peneliti

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam meningkatkan pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan pada pasien dengan penyakit ginjal kronik khususnya dibidang keperawatan medical bedah

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi di bidang keperawatan tentang asuhan keperawatan pasien dengan penyakit ginjal kronik di ruang Flamboyan sendiri dan sebagai pengembangan ilmiah dalam ilmu keperawatan dan sumber informasi untuk penelitian selanjutnya



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kasus

2.1.1 Definisi

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

Gagal ginjal yaitu ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal. Gagal ginjal biasanya dibagi menjadi dua kategori yaitu kronik dan akut. Penyakit ginjal kronik merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat pada setiap nefron (biasanya berlangsung beberapa tahun dan tidak reversible). Penyakit ginjal kronik seringkali berkaitan dengan penyakit kritis, berkembang cepat dalam hitungan beberapa hari hingga minggu, dan biasanya reversible bila pasien dapat bertahan dengan penyakit kritisnya. (Price & Wilson, 2006 dalam Nanda Nic-Noc, 2015)

Penyakit ginjal kronik (Chronic Renal Failure, CRF) terjadi apabila kedua ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam yang cocok untuk kelangsungan hidup. Kerusakan pada kedua ginjal ini ireversibel. Eksaserbasi nefritis, obstruksi saluran kemih, kerusakan vascular akibat diabetes mellitus, dan hipertensi yang berlangsung terus-menerus dapat mengakibatkan pembentukan jaringan parut pembuluh darah dan hilangnya fungsi ginjal secara progresif. (Baradero. 2009)

Selama penyakit ginjal kronik, beberapa nefron termasuk glomeruli dan tubula masih berfungsi, sedangkan nefron yang lain sudah rusak dan tidak berfungsi lagi. Nefron yang masih utuh dan berfungsi mengalami hipertrofi dan menghasilkan filtrate dalam jumlah banyak. Reabsorpsi tubula juga meningkat walaupun laju filtrasi glomerulus berkurang. Kompensasi nefron yang masih utuh dapat membuat ginjal mempertahankan fungsinya sampai tiga perempat nefron rusak. Solut dalam cairan menjadi lebih banyak dari yang dapat direabsorpsi dan mengakibatkan diuresis osmotik dengan poliuria dan haus. Akhirnya, nefron yang rusak bertambah dan terjadi oliguria akibat sisa metabolisme tidak diekskresikan. (Baradero. 2009)

2.1.2 Etiologi

Etiologi memegang peranan penting dalam memperkirakan perjalanan klinis PGK dan penanggulangannya. Penyebab primer PGK juga akan mempengaruhi manifestasi klinis yang akan sangat membantu diagnosa, contoh: gout akan menyebabkan nefropati gout. Penyebab terbanyak PGK pada dewasa

ini adalah nefropati DM, hipertensi, glomerulonefritis, penyakit ginjal hereditas seperti ginjal polikistik dan sindroma alport, uropati obstruksi, dan nefritis interstisial (Irwan, 2016).

Sedangkan di Indonesia, penyebab PGK terbanyak adalah glomerulonefritis, infeksi saluran kemih (ISK), batu saluran kencing, nefropati diabetik, nefrosklerosis hipertensi, ginjal polikistik, dsb (Irwan, 2016).

2.1.3 Tanda dan Gejala

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

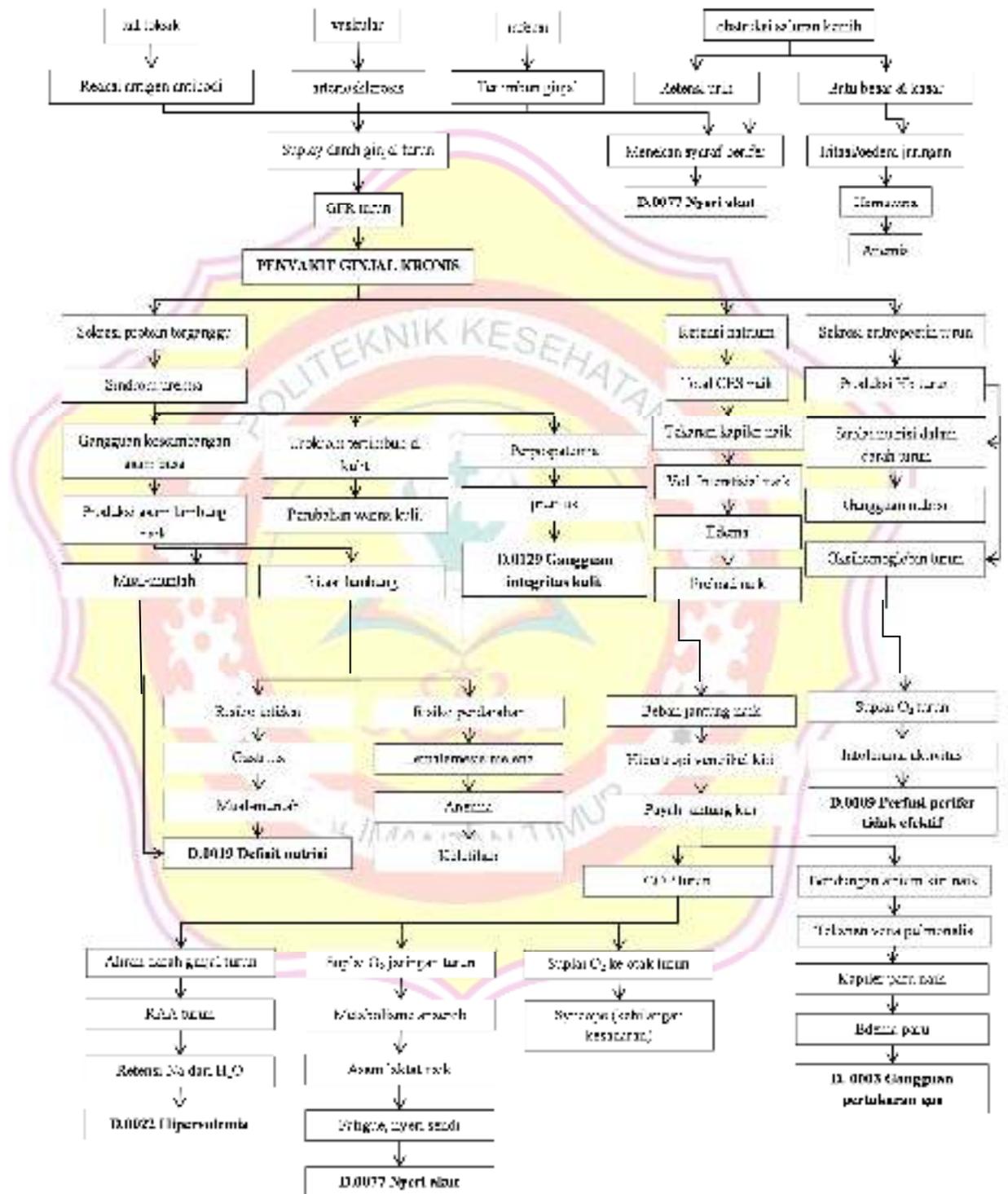
2. 1.3.1 Kardiovaskuler: hipertensi, pitting edema (kaki, tangan, sakrum), edema periorbital, friction rub pericardial, pembesaran vena leher
2. 1.3.2 Integumen: warna kulit abu-abu mengkilat, kulit kering (bersisik), pruritus, ekimosis, kuku tipis dan rapuh, rambut tipis dan kasar
2. 1.3.3 Pulmoner: krekels, sputum kental dan liat, napas dangkal, pernapasan kussmaul
2. 1.3.4 Gastrointestinal: napas berbau ammonia, ulserasi dan perdarahan pada mulut, anoreksia (mual muntah), konstipasi dan diare, perdarahan dari saluran GI
2. 1.3.5 Neurologi: kelemahan dan keletihan, konfusi, disorientasi, kejang, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki
2. 1.3.6 Muskuloskeletal: kram otot, kekuatan otot hilang, fraktur tulang, foot drop
2. 1.3.7 Reproduksi: amenore, dan atrofi testikuler

Tanda dan gejala dari penyakit ginjal kronik menurut Mary Baradero (2008) yaitu:

2. 1.3.1 System hematopoetik: anemia, cepat lelah, trombositopenia, ekimosis, perdarahan
2. 1.3.2 Sistem kardiovaskuler: hypervolemia, hipertensi, takikardi, distrimia, gagal jantung kongestif, pericarditis
2. 1.3.3 Sistem pernapasan: takipnea, pernapasan kussmaul, halitosis uremic atau fetor, sputum yang lengket, batuk disertai nyeri, suhu tubuh meningkat, hilar pneumonitis, pleural friction rub, edema paru
2. 1.3.4 Sistem gastrointestinal: anoreksia, mual dan muntah, perdarahan gastrointestinal, distensi abdomen, diare dan konstipasi
2. 1.3.5 Sistem neurologi: perubahan tingkat kesadaran: letargi, bingung, stupor, dan koma, kejang, tidur terganggu, asteriksis
2. 1.3.6 Sistem skeletal: osteodistrofi ginjal, rickets ginjal, nyeri sendi, pertumbuhan lambat pada anak
2. 1.3.7 Kulit: pucat, pigmentasi, pruritus, ekimosis, lecet, uremic frosts
2. 1.3.8 Sistem perkemihan: haluaran urin berkurang, berat jenis urine menurun, proteinuria, fragmen dan sel dalam urine, natrium dalam urine berkurang
2. 1.3.9 Sistem reproduksi: infertilitas, libido menurun, disfungsi ereksi, amenorea, lambat pubertas

2.1.4 Patofisiologi

2.1 Bagan Pathway Penyakit Ginjal Kronik



Sumber: Modifikasi dari Nurarif, 2015, dan SDKI

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi yang dapat muncul menurut Corwin,2015 antara lain:

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

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

2.1.6.1 Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium seperti: pemeriksaan urin (volumenya biasanya < 400 ml/jam atau oliguria atau urin tidak ada/anuria, perubahan warna urin bisa disebabkan karena ada pus/darah/bakteri/lemak/partikel koloid/miglobin, berat jenis <1.015 menunjukkan gagal ginjal, osmolalitas <350 menunjukkan kerusakan tubular), pemeriksaan kliren kreatinin mungkin agak turun,

pemeriksaan natrium, pemeriksaan protein, dan pemeriksaan darah (kreatinin, SDM, Hitung darah lengkap, GDA)

2.1.6.2 Pemeriksaan radiologi

Pemeriksaan radiologi terdiri dari pemeriksaan ultrasonografi ginjal, biopsy ginjal, endoskopi ginjal, EKG, KUB foto (untuk menunjukkan ukuran ginjal), arteriogram ginjal (mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstrasvaskuler, massa), pyelogram retrograd (untuk menunjukkan abnormalitas pelvis ginjal), sistouretrogram (berkemih untuk menunjukkan ukuran kandung kemih, refluk kedalam ureter, dan retensi) (Nuari. 2017)

2.1.7 Stadium Penyakit Ginjal Kronik

2.1 Tabel klasifikasi stadium penyakit ginjal kronik

Stadium	Deskripsi	GFR (mL/menit/1.73 m ²)
1	Fungsi ginjal normal, tetapi temuan urin, abnormalitas struktur atau ciri genetic 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 sedaag fungsi ginjal	45-59
3b	Penurunan sedang fungsi ginjal	30-44
4	Penurunan fungsi ginjal berat	15-29
5	Gagal ginjal	< 15

Sumber: (The Renal Association, 2013)

2.1.8 Penatalaksanaan

Pengkajian klinik menentukan jenis penyakit ginjal, adanya penyakit penyerta, derajat penurunan fungsi ginjal, komplikasi akibat penurunan fungsi ginjal, factor resiko untuk penurunan fungsi ginjal, dan factor risiko untuk penyakit kardiovaskular. Penatalaksanaan menurut Nurarif, Huda A. 2015 yaitu:

2.1.8.1 Terapi penyakit ginjal

2.1.8.2 Pengobatan penyakit penyerta

2.1.8.3 Penghambatan penurunan fungsi ginjal

2.1.8.4 Pencegahan dan pengobatan penyakit kardiovaskular

2.1.8.5 Pencegahan dan pengobatan komplikasi akibat penurunan fungsi ginjal

2.1.8.6 Terapi pengganti ginjal dengan dialysis atau transplantasi jika timbul gejala dan tanda uremia

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

2.1.8.1 Untuk gagal ginjal stadium 1, 2, dan 3 tujuan pengobatan adalah memperlambat kerusakan ginjal lebih lanjut, terutama dengan membatasi asupan protein dan pemberian obat-obat anti hipertensi. Inhibitor enzim pengubah-angiotensin (ACE) terutama membantu dalam memperlambat perburukan.

2.1.8.2 *Renal anemia management period*, RAMP diajukan karena adanya hubungan antara gagal jantung kongestif dan anemia terkait dengan penyakit gagal ginjal kronis. RAMP adalah batasan waktu setelah suatu awitan penyakit ginjal kronis saat diagnosis dini dan pengobatan anemia

memperlambat progresi penyakit ginjal, memperlambat komplikasi kardiovaskular, dan memperbaiki kualitas hidup. Pengobatan anemia dilakukan dengan memberikan eritropoitein manusia rekombinan (rHuEPO). Obat ini terbukti secara dramatis memperbaiki fungsi jantung secara bermakna.

2.1.8.3 Pada stadium lanjut, terapi ditujukan untuk mengoreksi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit

2.1.8.4 Pada penyakit stadium akhir, terapi berupa dialysis atau transplantasi ginjal

2.1.8.5 Pada semua stadium, pencegahan infeksi perlu dilakukan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Alam pengkajian semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan klien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komperhensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social, maupun spiritual klien. (Asmadi, 2008)

Data dasar pengkajian menurut Doengoes, 2000 adalah:

2.2.1.1 Aktivitas/istirahat

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

2.2.1.2 Sirkulasi

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

2.2.1.3 Integritas ego

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

2.2.1.4 Eliminasi

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

2.2.1.5 Makanan/cairan

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

2.2.1.6 Neurosensori

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

2.2.1.7 Nyeri/kenyamanan

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

2.2.1.8 Pernafasan

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

2.2.1.9 Keamanan

Kulit gatal. Ada/berulangnya infeksi. Pruritus. Demam (sepsis, dehidrasi), normotermia dapat secara actual terjadi peningkatan pada pasien yang mengalami suhu lebih rendah dari normal (efek PGK/depresi respon imun). Patekie, area ekimosis pada kulit. Fraktur tulang, defosit fosfat kalsium (klasifikasi metastatik). Pada kulit, jaringan lunak, sendi, keterbatasan gerak sendi.

2.2.1.10 Seksualitas

Penurunan libido, amenore, infertilitas.

2.2.1.11 Interaksi Sosial

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

2.2.1.12 Penyuluhan/Pembelajaran

Riwayat DM, keluarga (resiko tinggi untuk gagal ginjal), penyakit polikistik, nefritis hereditas, kalkulus urinaria, malignansi. Riwayat terpajan pada toksin, contoh obat, racun lingkungan. Penggunaan antibiotik nefrotoksik atau berulang

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah penilaian klinik tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual atau potensial, diagnosa Keperawatan memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat.(Allen, 1998). Setelah dilakukan pengkajian kemungkinan diagnosa yang akan muncul pada klien dengan penyakit ginjal kronik menurut Nurarif, 2015.

2.2.2.1 D.0003 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler

2.2.2.2 D.0009 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hb

- 2.2.2.3 D.0019 Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan
- 2.2.2.4 D.0122 Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium
- 2.2.2.5 Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 2.2.2.6 Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
- 2.2.2.7 Gangguan integritas kulit b.d kelebihan volume cairan, sindrom uremia

2.2.3 Intervensi

Tahap intervensi memberikan kesempatan kepada perawat, klien, keluarga, dan orang terdekat untuk merumuskan rencana tindakan yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah klien. Dalam intervensi terdapat empat komponen tahap perencanaan, yaitu: membuat prioritas urutan diagnose keperawatan, membuat kriteria hasil, menulis instruksi keperawatan, dan menulis rencana asuhan keperawatan (Allen, 1998)

2.2 Tabel perencanaan keperawatan

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	<p>D.0003 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler.</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif: 1. Dispnea</p>	<p>L.01003 Pertukaran Gas</p> <p>Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat - Dispnea menurun - Bunyi napas tambahan menurun - Pusing menurun - Penglihatan kabur menurun - Diaforesis 	<p>I.01014 Pemantauan Respirasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas - Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>Kussmaul</i>, <i>Cheyne-Stokes</i>, <i>Biot</i>, ataksik) - Monitor kemampuan batuk efektif - Monitor adanya produksi sputum - Monitor adanya sumbatan jalan napas - Palpasi kesimetrisan ekspansi paru - Auskultasi bunyi napas - Monitor saturasi oksigen

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PCO₂ meningkat/me nurun 2. PO₂ menurun 3. Takikardia 4. pH arteri meningkat/me nurun 5. Bunyi napas tambahan <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pusing 2. Penglihatan kabur <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sianosis 2. Diaforesis 3. Gelisah 4. Napas cuping hidung 5. Pola napas abnormal (cepat/lambat, reguler/iregule r, dalam/dangkal) 6. Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan) 7. Kesadaran menurun 	<p>menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gelisah menurun - Napas cuping hidung menurun - PCO₂ membaik - PO₂ membaik - Takikardia membaik - pH arteri membaik - Sianosis membaik - Pola napas membaik - Warna kulit membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor nilai AGD - Monitor hasil <i>x-ray</i> toraks <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> <p>I.01026 Terapi Oksigen</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan aliran oksigen - Monitor posisi alat terapi oksigen - Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup - Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan - Monitor tanda-tanda hipoventilasi - Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelaktasis - Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen - Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, <i>jika perlu</i> - Pertahankan kepatenan jalan napas - Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen - Berikan oksigen tambahan, <i>jika perlu</i> - Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi - Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi penentuan dosis oksigen - Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
2	D.0009 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.	<p>L.02011 Perfusi Perifer</p> <p>Ekspektasi: meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi perifer meningkat - Penyembuhan luka meningkat 	<p>I.02079 Perawatan Sirkulasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) - Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks <i>ankle-brachial</i> <0,90 4. Bruit femoralis 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensasi meningkat - Warna kulit pucat menurun - Edema perifer menurun - Nyeri ekstremitas menurun - Parastesia menurun - Kelemahan otot menurun - Kram otot menurun - Bruit femoralis menurun - Nekrosis menurun - Pengisian kapiler membaik - Akral membaik - Turgor kulit membaik - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolik membaik - Tekanan arteri rata-rata membaik - Indeks <i>ankle-brachial</i> membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor panans, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas <p><i>Teraupetik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi - Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera - Lakukan pencegahan infeksi - Lakukan perawatan kaki dan kuku <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berhenti merokok - Anjurkan berolah raga rutin - Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar - Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu - Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur - Anjurkan menggunakan obat penyekat beta - Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikam omega 3) - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Raasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) <p>I.06195 Manajemen Sensasi Perifer</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab perubahan sensasi - Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian - Periksa perbedaan sensasi tajam dan tumpul - Periksa perbedaan sensasi panas dan dingin - Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda - Monitor terjadinya parestesia, jika perlu - Monitor perubahan kulit - Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena <p><i>Teraupetik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan penggunaan thermometer untuk menguji suhu air - Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak - Anjurkan memakai sepatu lembut dan

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			bertumit rendah <i>Kolaborasi</i> - Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu - Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu
3	<p>D.0019 Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif: <i>(tidak tersedia)</i> Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal <p>Gejala dan tanda minor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cepat kenyang setelah makan Kram/nyeri abdomen Nafsu makan menurun <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bising usus hiperaktif Otot pengunyah lemah Otot menelan lemah Membran mukosa pucat Sariawan Serum albumin turun Rambut rontok berlebihan Diare 	<p>I.03030 Status Nutrisi Ekspektasi: membaik Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Porsi makanan yang dihabiskan meningkat Kekuatan otot pengunyah meningkat Kekuatan otot menelan meningkat Serum albumin meningkat Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat Perasaan cepat kenyang menurun Nyeri abdomen menurun Sariawan menurun Rambut rontok 	<p>I.03119 Manajemen Nutrisi <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi makanan yang disukai Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient Monitor asupan makanan Monitor berat badan Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p><i>Teraupetik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lakukaoral hygiene sebelum makan, jika perlu Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Berikan makanantinggi serat untuk mencegah konstipasi Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Berikan makanan rendah protein <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Anjurkan posisi duduk, jika mampu Anjurkan diet yang diprogramkan <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), jika perlu Kolaborasi dengan ahli gizi menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu <p>I03136 Promosi Berat Badan <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang Monitor adanya mual muntah Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari Monitor berat badan Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum <p><i>Teraupetik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis. Makanan dengan tekstur halus,

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		menurun - Diare menurun - Berat badan membaik - Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan membaik - Bising usus membaik - Tebal lipatan kulit trisepe membaik - Membran mukosa membaik	makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi) - Hidangkan makanan secara menarik - Berikan suplemen, jika perlu - Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai <i>Edukasi</i> - Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau - Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan
4	D.0022 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium. Gejala dan tanda mayor Subjektif: 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. <i>Paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND) Objektif: 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. <i>Jugular Venous Pressure</i> (JVP) dan/atau <i>Central Venous Pressure</i> (CVP)	L.03020 Keseimbangan Cairan Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil: - Asupan cairan meningkat - Haluaran urin meningkat - Kelembaban membran mukosa meningkat - Asupan makanan meningkat - Edema menurun - Dehidrasi menurun - Asites menurun - Konfusi menurun - Tekanan darah membaik - Denyut nadi radial membaik - Tekanan arteri rata-rata membaik - Membran mukosa membaik - Mata cekung membaik - Turgor kulit membaik - Berat badan membaik	I.03114 Manajemen Hipervolemia <i>Observasi</i> - Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleksi hepatojugular positif, suara napas tambahan) - Identifikasi penyebab hipervolemia - Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), <i>jika tersedia</i> - Monitor intake dan output cairan - Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) - Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat) - Monitor keceptan infus secara ketat - Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) <i>Terapeutik</i> - Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama - Batasi asupan cairan dan garam - Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <i>Edukasi</i> - Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam - Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari - Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan - Ajarkan cara membatasi cairan <i>Kolaborasi</i> - Kolaborasi pemberian diuretik

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<p>meningkat</p> <p>4. Refleks hepatojugular positif</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara napas tambahan 3. Hepatomegali 4. Kadar Hb/Ht turun 5. Oliguria 6. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) 7. Kongesti paru 		<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik - Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT), jika perlu <p>I.03121 Pemantauan Cairan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi dan kekuatan nadi - Monitor frekuensi napas - Monitor tekanan darah - Monitor berat badan - Monitor waktu pengisian kapiler - Monitor elastisitas atau turgor kulit - Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine - Monitor kadar albumin dan protein total - Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN) - Monitor intake dan output cairan - Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat) - Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) - 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><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
5	D.0056 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan	L.05047 Toleransi Aktivitas Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil: - Frekuensi nadi meningkat	I.05178 Manajemen Energi <i>Observasi</i> - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<p>oksigen.</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif: 1. Mengeluh lelah Objektif: 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif: 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Objektif: 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saturasi oksigen meningkat - Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Kecepatan berjalan meningkat - Jarak berjalan meningkat - Kekuatan tubuh bagian atas meningkat - Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat - Toleransi dalam menaiki tangga meningkat - Keluhan lelah - Dipsnea saat aktivitas menurun - Dipsnea setelah aktivitas menurun - Perasaan lemah menurun - Aritmia saat beraktivitas menurun - Aritmia setelah beraktivitas menurun - Sianosis menurun - Warna kulit membaik - Tekanan darah membaik - Frekuensi napas membaik - EKG Iskemia membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>I.05186 Terapi Aktivitas</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi defisit tingkat aktivitas - Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu - Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan - Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas - Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang - Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi fokus pada kemampuan, buka defisit yang dialami - Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas - Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial - Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia - Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih - Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, <i>jika sesuai</i> - Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>mengakomodasi aktivitas yang dipilih</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), <i>sesuai kebutuhan</i> - Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak - Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif - Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, <i>jika sesuai</i> - Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot - Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia - Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif - Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. <i>vocal group</i>, bola voli, tenis meja, <i>jogging</i>, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu) - Libatkan keluarga dalam aktivitas, <i>jika perlu</i> - Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri - Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan - Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari - Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, <i>jika perlu</i> - Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih - Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan - Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, <i>jika sesuai</i> - Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, <i>jika sesuai</i> - Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, <i>jika perlu</i>

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
6	<p>D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif: 1. Mengeluh nyeri Objektif: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur</p> <p>Gejala dan tanda minor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis</p>	<p>L.08066 Tingkat Nyeri Ekspektasi: menurun Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menuntaskan aktifitas meningkat - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaforesis menurun - Perasaan depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cedera tulang menurun - Anoreksia menurun - Perineum terasa tertekan menurun - Uterus teraba membulat menurun - Ketegangan otot menurun - Pupil dilatasi menurun - Muntah menurun - Mual menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berpikir membaik - Fokus membaik - Fungsi berkemih membaik - Perilaku membaik 	<p>I.08238 Manajemen Nyeri <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> <p>I.08243 Pemberian Analgesik <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) - Identifikasi riwayat alergi obat - Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		<ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik - Monitor efektifitas analgesik <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, <i>jika perlu</i> - Perimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum - Tetapkan target efektifitas untuk mengoptimalkan respons pasien - Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik, <i>sesuai indikasi</i>
7	<p>D.0129 Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan, sindrom uremia.</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif: <i>(tidak tersedia)</i> Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit <p>Gejala dan tanda minor Subjektif: <i>(tidak tersedia)</i> Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma 	<p>L.14125 Integritas Kulit dan Jaringan Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elastisitas meningkat - Hidrasi meningkat - Perfusi jaringan meningkat - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan kulit menurun - Nyeri menurun - Perdarahan menurun - Kemerahan menurun - Hematoma menurun - Pigmentasi abnormal menurun - Jaringan parut menurun - Nekrosis menurun - Abrasi kornea menurun - Suhu kulit membaik - Sensasi membaik - Tekstur membaik - Pertumbuhan rambut membaik 	<p>I.11353 Perawatan Integritas Kulit</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, <i>jika perlu</i> - Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare - Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur - Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem - Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah - Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>I.4564 Perawatan Luka</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda-tanda infeksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Cukur rambut di sekitar daerah luka, <i>jika perlu</i> - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i> - Bersihkan jaringan nekrotik - Berikan salep yang sesuai kulit/lesi, <i>jika perlu</i> - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase - Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien - Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5g/kgBB/hari - Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitami C, Zinc, asam amino), <i>sesuai indikasi</i> - Berikan terapi TENS (stimulasi sarap transkutaneus), <i>jika perlu</i> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi prosedur <i>debridement</i> (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), <i>jika perlu</i> - Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i>

2.2.4 Implementasi

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

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya secara umum, evaluasi ditujukan untuk melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai. Evaluasi terbagi menjadi dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan, dirumuskan dengan empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, subyektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori), perencanaan. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2008)

BAB III

METODE PENULISAN

3.1 Pendekatan/Desain Penulisan

Desain penelitian merupakan bentuk rancangan yang digunakan dalam melakukan prosedur penelitian (Hidayat, 2008). Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Nursalim, 2008). Studi kasus ini adalah asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal di RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

3.2 Subyek Penulisan

Subyek yang digunakan dalam penulisan studi kasus ini menggunakan dua responden dengan diagnose medis Penyakit Ginjal Kronis di Ruang Flamboyan, RSUD Abdul WahabSyahranie. Adapun criteria inklusi dan enklusinya yaitu:

3.2.1 Kriteria Inklusi

- 3.2.1.1 Bersedia menjadi responden
- 3.2.1.2 Umur 40-60tahun
- 3.2.1.3 Memiliki penyakit penyerta yang sama

- 3.2.1.4 Berjenis kelamin yang sama
- 3.2.1.5 Dalam stage yang sama
- 3.2.1.6 Dalam keadaan sadar
- 3.2.1.7 Dapat berkomunikasi dengan baik
- 3.2.1.8 Memiliki pendengaran yang baik

3.2.2 Kriteria Eklusi

- 3.2.2.1 Pasien yang mengundurkan diri pada saat penelitian sedang berlangsung
- 3.2.2.2 Pasien meninggal sebelum penelitian berakhir
- 3.2.2.3 Pasien dengan komplikasi

3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Asuhan keperawatan adalah suatu tindakan atau proses dalam praktik keperawatan yang memerlukan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien atau keluarga. Asuhan keperawatan terdiri dari lima tahap yang berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Nursalam, 2001).

Penyakit ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Selanjutnya, gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialysis atau transplantasi ginjal. Uremia adalah suatu sindrom klinik dan

laboratorik yang terjadi pada semua organ, akibat penurunan fungsi ginjal pada penyakit ginjal kronik (Suwitra, 2015).

3.4 Lokasi dan Waktu Penulisan

Studi kasus ini akan dilakukan pada tanggal 7 Januari 2019 dan dilaksanakan sekitar 6 hari. Studi kasus ini akan dilakukan di Ruang Rawat Inap Flamboyan RSUD Abdul Wahab Syahranie

3.5 Prosedur Penulisan

Prosedur penulisan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah sebagai berikut:

- 3.5.1 Melakukan penyusunan proposal mengenai kasus yang akan dicapai
- 3.5.2 Proposal disetujui oleh pembimbing.
- 3.5.3 Meminta izin pengumpulan data dan pelaksanaan penelitian di Ruang Rawat Inap Flamboyan melalui surat izin penelitian dari pihak RSUD Abdul Wahab Syahranie
- 3.5.4 Mencari responden sebanyak dua orang yang sesuai dengan criteria inklusi
- 3.5.5 Memberikan informasi singkat mengenai tujuan dan manfaat dari penelitian studi kasus terhadap responden dalam keikutsertaan dan partisipasi responden di dalam penelitian studi kasus.

- 3.5.6 Memberikan lembar persetujuan (Informed Consent) kepada responden yang setuju untuk di tandatangani serta meminta keluarga untuk turut serta berpartisipasi dalam penelitian studi kasus.
- 3.5.7 Melakukan pemeriksaan fisik, menegakkan diagnose keperawatan yang muncul, menentukan intervensi keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan klien, melakukan implementasi keperawatan yang sesuai dengan intervensi, mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan, melakukan dokumentasi tindakan keperawatan terhadap klien dengan penyakit ginjal kronik.

3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

3.6.1.1 Wawancara

Wawancara merupakan suatu metode pengumpulan data untuk mendapatkan informasi secara langsung dengan mengungkapkan pertanyaan-pertanyaan langsung kepada responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung. Wawancara berarti berhadapan langsung antara interview dengan responden, dan kegiatannya dilakukan secara lisan (P. JokoSubayo, 2011). Peneliti mengumpulkan data dengan mewawancarai narasumber sebagai sumber data utama (responden), hasil dari wawancara merupakan hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan lain-lain.

3.6.1.2 Observasi dan Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

Observasi merupakan pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung kepada responden untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Studi kasus ini menggunakan pendekatan IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi) sebagai metode pengamatan/observasi dan pemeriksaan fisik pada tubuh klien.

3.6.1.3 Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi didapatkan dari catatan medis atau rekam medik, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan diagnostic, dari perawat lain atau tim kesehatan lainnya, catatan dokter serta bias dari kepustakaan atau literature yang berhubungan dengan masalah yang terdapat pada klien.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Alat instrument pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah format pengkajian asuhan Keperawatan Medikal Bedah (KMB) terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, dan evaluasi pada klien dengan Penyakit Ginjal Kronis.

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 primer merupakan sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dirasakannya. Data yang dapat ditemukan dari klien seperti Data Subjektif (informasi yang diucapkan klien selama wawancara pengkajian keperawatan, contohnya keluhan utama yang dirasakan) dan Data Obyektif (data yang diperoleh melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi)

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari orang terdekat klien (keluarga), seperti orang tua, saudara, atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien. Data yang dapat diperoleh seperti riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, dan pola hidup klien.

3.7.3 Data Tersier

Data tersier merupakan data yang diperoleh dari catatan medis atau rekam medik, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan diagnostic, dari perawat lain atau tim kesehatan lainnya, serta bias dari kepustakaan atau literature yang berhubungan dengan masalah yang terdapat pada klien.

3.8 Analisis Data

Analisis data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data

tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Nursalam, 2008)



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hasil pengamatan tentang data umum pasien dan tentang gambaran lokasi umum penelitian yaitu ruangan Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 3 – 6 April 2019 dengan jumlah sampel sebanyak dua pasien. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang berada di Jl. Palang Merah Indonesia No.1, Kelurahan Sidodadi, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie merupakan salah satu dari 2 rumah sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur yang merupakan rumah sakit rujukan tertinggi di Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie diresmikan pada tanggal 22 September 1986, dimana sebelumnya bernama Lanschap Hospital yang dibangun pada tahun 1933 pada zaman penjajahan Belanda.

Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie ini antara lain: Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Farmasi, Instalasi Gawat Darurat 24 jam, Ruang Rawat Inap, dan Fisioterapi. Untuk fasilitas Rawat Jalan terdiri dari Poliklinik, Medichal Check-Up, dan Resume Medis. Sedangkan fasilitas pemeriksaan penunjang yang dimiliki RSUD Abdul Wahab Sjahranie antara lain: Laboratorium

Patologi Klinik, Laboratorium Patologi Anatomi, Radiologi, Hemodialisa, CT-Scan, OKA Sentral, Laundry, Farmasi, dan Ahli Gizi. Unit Rawat Inap yang dimiliki RSUD Abdul Wahab Sjahranie terdiri dari berbagai ruangan, yaitu: Ruang Flamboyan, Seruni, Dahlia, Angsoka, Melati, Tulip, Anggrek, Cempaka, Aster, Edelwis, Mawar, Bougenvil, Teratai, ICU, ICCU, HCU, Stroke Center, dan Sakura.

Dalam studi kasus ini, penulis melakukannya di Ruang Flamboyan, yaitu ruang rawat inap kelas tiga bagi laki-laki dewasa maupun perempuan dewasa yang diterima langsung dari IGD ataupun Poliklinik. Kasus yang terdapat di Ruang Flamboyan kebanyakan gangguan pada system pencernaan, perkemihan, dan imun. Misalnya Penyakit Ginjal, DM, Anemia, Sirosis Hepatis, Cholelithiasis, dll. Namun tak jarang pasien dengan penyakit lain masuk dalam Ruang Flamboyan.

Bangunan Ruang Flamboyan terletak ditengah dimana disebelah Utara terdapat Ruang Melati, sebelah Selatan Ruang Seruni, sebelah Barat terdapat parkir Teaching Center Universitas Mulawarman, dan sebelah Timur terdapat Kantin pengunjung. Ruang Flamboyan terdiri dari 2 Tim, yaitu Tim 1 dan Tim 2, dalam Ruang Flamboyan terdiri dari 1 Ruang Kepala Ruangan, 2 Ruang Perawat, 2 Kamar Mandi Perawat, 1 Ruang Mahasiswa, 1 Dapur, 1 Mushola, 2 Ruang Tindakan, 1 Gudang, 10 Kamar tidur Pasien dengan kapasitas 50 tempat tidur dengan dua kamar mandi di masing-masing kamar tidur, dan 1 Ruang Isolasi dengan kapasitas 2 tempat tidur dan 2 kamar mandi.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Biodata Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. A	Ny. W
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Tanggal lahir	13 April 1971	31 Desember 1967
Umur	48 tahun	52 tahun
Suku	Sunda	Bugis
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SD	SD
Pekerjaan	IRT	IRT
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Alamat	Jl. Krayon, RT. 1, Longikis	Jl. R.A Kartini, RT 2
Diagnose Medis	CKD Stadium V	CKD Stadium V
No. RM	78.87xx	01.05.36xx
MRS/Tanggal Pengkajian	25 Maret 2019/ 3 April 2019	3 April 2019/ 3 April 2019

Dari Tabel 4.1 didapatkan hasil bahwa kedua pasien memiliki persamaan dari jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan terakhir, status perkawinan dan diagnose medis yaitu CKD stadium V. Sedangkan perbedaan yang terdapat pada kedua pasien yaitu alamat rumah, umur, suku, alamat, dan tanggal masuk rumah sakit

Table 4.2 Hasil Riwayat Kesehatan Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik

Data Subjektif	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan utama	Sesak napas	Sesak napas
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien masuk RS tanggal 25Maret 2019. Pasien dilarikan ke RS karena meraksakan sesak. Pasien awalnya mengalami demam dan menggigil selama \pm 4 hari, dan pasien merasakan sesak napas selama demam tersebut, sempat dirawat di RSUD AWS dan sempat pulang 2 hari, kemudian masuk rumah sakit lagi dengan keluhan yang sama yaitu demam dan sesak. Pasien sudah \pm 4 tahun terdiagnosa penyakit ginjal, dan sudah sering melakukan cuci darah di RS. Kanudjoso. Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh sesak napas, mual, badan lemas, dan demam. Terpasang nasal kanul 5lpm, aktivitasnya juga dibatu keluarga. Hasil vital sign yaitu TD: 150/80mmHg, N: 90x/menit, RR: 28x/menit, T:38°C.	Pasien dibawa ke RSUD AWS karena mengeluh sesak napas karena kecapekan. Pasien mengaku baru saja keluar dari RS dua hari yang lalu karena menjaga suaminya yang kecelakaan di RSUD AWS. Pasien mengaku sudah setahun terakhir terkena penyakit ginjal, dan sudah melakukan cuci darah. Pasien mengatakan sesak jarang terjadi, baru ini yang rasanya sangat sesak. Saat dilakukan pengkajian pasien memakai nasal kanul 5lpm. Pasien mengaku sesak saat berbaring dan lebih nyaman ketika dalam posisi duduk. Pasien juga mengeluh sakit ulu hati karena memang memiliki magh, pasien mengatakan sakitnya seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 dan sakitnya hilang timbul. Terpasang dc, sirimp-up furosemide 10 mg/jam, dan nasal kanul 5lpm. Saat dilakukan pengkajian hasil vital sign yaitu TD: 170/90 mmHg, N:96x/menit, RR:29x/menit, T:36,5° C.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien memiliki riwayat Diabetes Mellitus dan Hipertensi sebelum terkena penyakit ginjal	Pasien memiliki riwayat Diabets Mellitus dan Hipertensi sebelum terkena penyakit ginjal
Riwayat Kesehatan Keluarga	Dari orangtua (mama) memiliki penyakit Diabetes Mellitus, dan dari kakak kandung yang pertama juga terkena penyakit ginjal	Dari orangtua (mama) memiliki penyakit Diabetes Mellitus dan sudah meninggal

Berdasarkan Tabel 4.2 ditemukan persamaan data, dimana pasien 1 dan 2 mengeluh sesak napas. Dari riwayat penyakit sekarang pasien 1 dan 2 telah melakukan cuci darah, mengeluh sesak dan terpasang nasal kanul 5lpm. Pada riwayat penyakit terdahulu pasien 1 dan 2 sama-sama memiliki penyakit Diabetes Mellitus dan Hipertensi. Sedangkan dari riwayat penyakit keluarga pasien 1 dan 2 memiliki penyakit turunan yaitu Diabetes Mellitus.

Table 4.3 Hasil Pengkajian pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik

Observasi	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan Umum	Posisi klien supin 180°, terpasang vemplon, dc, dan nasal kanul 5lpm. Tidak ada tanda klinis yang mencolok, dan tergolong sakit sedang	Posisi klien supin 180° terpasang sirimp-up furosemide 10mg/jam, dc, dan nasal kaul 5 lpm. Tidak ada tanda klinis yang mencolok dan tergolong sakit sedang
Kesadaran	Pasien dalam keadaan somnolen dan GCS E ₄ M ₄ V ₃	Pasien dalam keadaan kompos mentis dan GCS E ₄ M ₆ V ₅
Pemeriksaan tanda-tanda vital	TD: 150/80 mmHg N: 90x/menit RR: 28x/menit T: 38° C MAP: 103,3 mmHg	TD: 170/90 mmHg N: 96x/menit RR: 29x/menit T: 36,5° C MAP: 116,67 mmHg
Kenyamanan/nyeri	Tidak merasakan nyeri	P: Magh Q: Tertusuk-tusuk R: Ulu hati S: 4 T: Hilang timbul
Status Fungsional/aktivitas dan mobilitas (Barthel Indeks)	<ul style="list-style-type: none"> - Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB) skor 1 (kadang tak terkendali) - Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) skor 0 (pakai kateter) - Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) skor 1 (mandiri) - Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan da menyiram) skor 0 (tergantung pertolongan orang lain) - Makan skor 1 (perlu ditolong memotong makan) - Berubah sikap dari berbaring ke duduk skor 2 (bantuan 2 orang) - Berpindah/berjalan skor 2 (berjalan dengan batuan 1 orang) - Memakai baju skor 1 (sebagian dibantu) - Naik turun tangga skor 0 (tidak mampu) - Mandi skor 0 (tergantung orang lain) <p>Total: 8 (ketergantungan berat)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB) skor 0 (tak teratur) - Mengendalikan rangsang berkemih (BAK) skor 0 (pakai kateter) - Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) skor 1 (mandiri) - Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan da menyiram) skor 1 (perlu pertolongan pda beberapa kegiatan) - Makan skor 1 (perlu ditolong memotong makan) - Berubah sikap dari berbaring ke duduk skor 2 (bantuan 2 orang) - Berpindah/berjalan skor 2 (berjalan dengan batuan 1 orang) - Memakai baju skor 1 (sebagian dibantu) - Naik turun tangga skor 0 (tidak mampu) - Mandi skor 0 (tergantung orang lain) <p>Total: 8 (ketergantungan berat)</p>

Berdasarkan Tabel 4.3 ditemukan data hasil dari pengkajian pasien 1 saat dikaji dalam posisi semi fowler dan pasien 2 dalam posisi fowler, kedua pasien terpasang nasal kanul 5lpm dan dc, pasien 1 terpasang vemplon dan pasien 2 terpasang sirimp-up furosemide 10mg/jam, pasien 2 kesadaran compos mentis dengan GCS E₄M₆V₅, pasien 1 somnolen dengan GCS E₄M₄V₃ dan hasil barthel indeks kedua pasien 8 yaitu ketergantungan berat.

Table 4.4 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Fisik Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik

Pemeriksaan Fisk	Pasien 1	Pasien 2
A. Pemeriksaan Kepala dan Leher 1. Kepala dan rambut	<ul style="list-style-type: none"> - Finger print ditengah frontal terhidrasi. - Kulit kepala bersih tidak ada luka ataupun ketombe - Penyebaran rambut merata - Rambut berwarna hitam - Rambut mudah patah - Rambut tidak bercabang, kelihatan kusam dan tidak ada kelainan lainnya 	<ul style="list-style-type: none"> - Finger print ditengah frontal terhidrasi. - Kulit kepala bersih tidak ada luka ataupun ketombe - Penyebaran rambut merata - Rambut berwarna hitam - Rambut tidak mudah patah - Rambut tidak bercabang, kelihatan kusam dan tidak ada kelainan lainnya
2. Mata	<ul style="list-style-type: none"> - Mata lengkap, simetris kanan dan kiri - Sklera berwarna putih, - Konjungtiva anemis - Palpebra tidak ada edema - Kornea mata jernih - Adanya reflek cahaya dikedua mata - Pupil isokor kanan dan kiri. VOS 2/6 dan VOD 2/6 	<ul style="list-style-type: none"> - Mata lengkap, simetris kanan dan kiri - Sklera berwarna putih, - Konjungtiva anemis - Palpebra tidak ada edema - Kornea mata jernih - Adanya reflek cahaya dikedua mata - Pupil isokor kanan dan kiri. VOS 2/6 dan VOD 2/6
3. Hidung	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat pernafasan cuping hidung - Posisi septum nasal ditengah - Lubang hidung bersih tidak ada secret, - Dapat membedakan bau parfum dan minyak kayu putih, dan tidak ada kelainan 	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat pernafasan cuping hidung - Posisi septum nasal ditengah - Lubang hidung bersih tidak ada secret, - Dapat membedakan bau parfum dan minyak kayu putih, dan tidak ada kelainan lainnya

Pemeriksaan Fisk	Pasien 1	Pasien 2
	lainnya	
4. Mulut dan lidah	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. tonsil ukuran normal, uvula terletak simetris ditengah	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. tonsil ukuran normal, uvula terletak simetris ditengah
5. Telinga	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri, daun telinga elastis. Lubang telinga bersih tidak ada serumen berlebih, dan fungsi pendengaran baik	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri, daun telinga elastis. Lubang telinga bersih tidak ada serumen berlebih, dan fungsi pendengaran baik
6. Leher	Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea ditengah dan tidak ada kelainan lain	Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea ditengah dan tidak ada kelainan lain
B. Pemeriksaan thorak system pernafasan 1. Inspeksi 2. Palpasi 3. Perkusi 4. Auskultasi	Mengeluh sesak napas, tidak mengalami batuk. Bentuk dada simetris, irama napas cepat, pola napas abnormal, terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat otot bantu pernapasan, menggunakan nasal kanul 5lpm. Vocal premitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi paru redup sebelah kanan, terdengar suara napas tambahan (ronkhi)	Mengeluh sesak napas, tidak mengalami batuk. Bentuk dada simetris, irama napas cepat, pola napas abnormal, terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat otot bantu pernapasan, menggunakan nasal kanul 5lpm. Vocal premitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi paru redup sebelah kiri, terdengar suara napas tambahan (ronkhi)
C. Pemeriksaan jantung 1. Inspeksi dan palpasi 2. Perkusi batas jantung 3. Auskultasi	Pada pemeriksaan inspeksi CRT > 2 detik, tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung: Batas atas ICS V kanan linea parasternal kanan, batas bawah ICS V kiri ke medial linea midklavikula kiri, batas kanan ICS IV kanan linea parasternal dan batas kiri ICS III kiri linea paristernal. Pemeriksaan auskultasi: Bunyi jantung I saat di auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II terdengar bunyi jantung normal dan regular, tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan	Pada pemeriksaan inspeksi CRT > 2 detik, tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung: Batas atas ICS V kanan linea parasternal kanan, batas bawah ICS V kiri ke medial linea midklavikula kiri, batas kanan ICS IV kanan linea parasternal dan batas kiri ICS III kiri linea paristernal. Pemeriksaan auskultasi: Bunyi jantung I saat di auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II terdengar bunyi jantung normal dan regular, tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan
D. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan	- BB sesudah sakit: 45 kg - BB sebelum sakit: 60 kg - TB: 155 cm	- BB sesudah sakit: 48 kg - BB sebelum sakit: 55 kg - TB: 160 cm

Pemeriksaan Fisk	Pasien 1	Pasien 2
Status Nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> - IMT: 18,73 kgm² (kategori kurus) - Terdapat penurunan berat badan ±15 kg - Nafsu makan menurun - BAB 3x/hari, konsistensi lunak, terakhir tanggal 3 April 2019 - Diet padat - Jenis diet: Nasi tim DM 1700 RP 50 RG - Porsi makan tidak habis, hanya ¼ porsi 	<ul style="list-style-type: none"> - IMT: 18,75 kgm² (kategori kurus) - Terdapat penurunan berat badan ±7 kg - Nafsu makan menurun - BAB 1x/hari, konsistensi lunak, terakhir tanggal 30 Maret 2019 - Diet lunak - Jenis diet: BRP DM 2100 RPRG cukup kalori - Porsi makan tidak habis, hanya 2 sendok makan
E. Pemeriksaan abdomen 1. Inspeksi 2. Auskultasi 3. Palpasi 4. Perkusi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada bayangan vena, tidak ada benjolan/massa, tidak bekas luka operasi, tidak terpasang drain, 2. Auskultasi: peristaltic usus 25x/menit 3. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar, tidak nyeri pada lien dan ginjal 4. Perkusi: tidak ada asites, tidak ada nyeri ketuk pada ginjal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada bayangan vena, tidak ada benjolan/massa, tidak bekas luka operasi, tidak terpasang drain, 2. Auskultasi: peristaltic usus 20x/menit 3. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar, tidak nyeri pada lien dan ginjal 4. Perkusi: tidak ada asites, tidak ada nyeri ketuk pada ginjal
F. Pemeriksaan Sistem Persyarafan	<ul style="list-style-type: none"> - Memori: panjang - Perhatian: dapat mengulang - Bahasa: baik - Kognisi: baik - Orientasi: orang, tempat, dan waktu - Saraf sensoris: nyeri tusuk, suhu, dan sentuhan - Reflek fisiologis: patella normal, Achilles normal, bisep normal, trisep normal, brankioradialis normal - Reflek patologis: Babinski (-) - Tidak ada keluhan pusing - Istirahat/tidur 8 jam/hari <p>Pemeriksaan saraf kranial</p> <ul style="list-style-type: none"> - N I (olfaktorius): penciuman baik, bisa membedakan bau minyak kayu putih dengan parfum - N II (optikus): jarak pandang 	<ul style="list-style-type: none"> - Memori: panjang - Perhatian: dapat mengulang - Bahasa: baik - Kognisi: baik - Orientasi: orang, tempat, dan waktu - Saraf sensoris: nyeri tusuk, suhu, dan sentuhan - Reflek fisiologis: patella normal, Achilles normal, bisep normal, trisep normal, brankioradialis normal - Reflek patologis: Babinski (-) - Tidak ada keluhan pusing - Istirahat/tidur 8 jam/hari <p>Pemeriksaan saraf kranial</p> <ul style="list-style-type: none"> - N I (olfaktorius): penciuman baik, bisa membedakan bau minyak kayu putih dengan parfum - N II (optikus): jarak pandang

Pemeriksaan Fisk	Pasien 1	Pasien 2
	<p>VOS dan VOD 2/6</p> <ul style="list-style-type: none"> - N III (okulomotorius): adanya reflek rangsangan pada pupil - N IV (troklearis): bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah - N V (trigeminus): tidak ada kesulitan mengunyah - N VI (abduksen): bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri - N VII (facialis): dapat mengekspresikan wajah terhadap rasa - N VIII (vestibulotroklearis): dapat mendengar suara bisikan - N IX (glosofaringeus): tidak ada nyeri telan - N X (vagus): bisa mengucapkan "ah" dan menelan saliva - N XI (assessorius): bisa mengangkat bahu dan menoleh - N XII (hipoglosus): bisa menjulurkan lidah, dan menggerakkan lidah ke kanan dan kiri 	<p>VOS dan VOD 2/6</p> <ul style="list-style-type: none"> - N III (okulomotorius): adanya reflek rangsangan pada pupil - N IV (troklearis): bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah - N V (trigeminus): tidak ada kesulitan mengunyah - N VI (abduksen): bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri - N VII (facialis): dapat mengekspresikan wajah terhadap rasa - N VIII (vestibulotroklearis): dapat mendengar suara bisikan - N IX (glosofaringeus): tidak ada nyeri telan - N X (vagus): bisa mengucapkan "ah" dan menelan saliva - N XI (assessorius): bisa mengangkat bahu dan menoleh - N XII (hipoglosus): bisa menjulurkan lidah, dan menggerakkan lidah ke kanan dan kiri
G. Pemeriksaan Sistem Perkemihan	Kebersihan genitalia bersih, kencing sedikit (oliguria), berkemih dengan kateter hari ke-4, produksi urin/hari ± 100 ml, tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih	Kebersihan genitalia bersih, kencing sedikit (oliguria), berkemih dengan kateter hari ke-1, produksi urin/hari ± 600 ml, tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih
H. Balance cairan	<p>Hari ke-1 Input: 325,5 ml Output: 1250 ml Balance cairan: -924,5 ml</p> <p>Hari ke-2 Input: 376 ml Output: 850 ml Balance cairan: -474 ml</p> <p>Hari ke-3 Input: 395,3 ml Output: 650 ml Balance cairan: -254,7ml</p> <p>Hari ke-4 Input: 385 ml</p>	<p>Hari ke-1 Input: 782,75 ml Output: 1.140 ml Balance cairan: -357,25 ml</p> <p>Hari ke-2 Input: 869,5 ml Output: 1.210 ml Balance cairan: -340,5 ml</p> <p>Hari ke-3 Input: 873 ml Output: 1.290 ml Balance cairan: -417 ml</p> <p>Hari ke-4 Input: 943 ml</p>

Pemeriksaan Fisk	Pasien 1	Pasien 2								
	Output: 850 ml Balance cairan: -492ml	Output: 1.290 ml Balance cairan: -347 ml								
I. Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan sendi bebas - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> - Tidak ada kelainan ekstermitas - Tidak ada kelainan tulang belakang - Tidak ada fraktur - Kulit kering - Turgor baik - Tidak ada luka - Edema kaki kanan kiri +1 	5	5	4	4	<ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan sendi bebas - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> - Tidak ada kelainan ekstermitas - Tidak ada kelainan tulang belakang - Tidak ada fraktur - Kulit normal - Turgor baik - Tidak ada luka - Edema kaki kanan kiri +1 	5	5	4	4
5	5									
4	4									
5	5									
4	4									
J. System Endokrin	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid - Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening - GDS sewaktu 150 	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid - Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening - GDS sewaktu 120 								

Berdasarkan Tabel 4.4 diperoleh data dari hasil pemeriksaan fisik kedua pasien dimana terdapat masalah pada pemeriksaan mata yaitu konjungtiva anemis, VOD dan VOS 2/6. Masalah pada pemeriksaan hidung yaitu terdapat pernapasan cuping hidung. Masalah pada pemeriksaan mulut dan lidah yaitu mukosa bibir kering. Kedua pasien mengeluh sesak napas, pasien 1 RR: 28x/menit sedangkan pasien 2 RR: 29x/menit, terdapat pernapasan cuping hidung dan otot bantu pernapasan. Kedua pasien juga mengalami penurunan berat badan, napsu makan kedua pasien menurun, pasien 1 hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi dari makanannya sedangkan pasien 2 hanya menghabiskan 2 sendok makan dari makanannya. Kedua pasien tidak mengalami edema. GDS pasien 1 adalah 150, sedangkan pasien 2 adalah 120

Table 4.5 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Penunjang dengan Penyakit Ginjal Kronik

Tindakan	Pasien 1	Pasien 2
Pengkajian spiritual sebelum sakit	Sering	Sering
Pengkajian spiritual selama sakit	Kadang-kadang	Sering
GFR	$\frac{(140 - umur) \times BB/kg}{72 \times serum \text{ creatinine}} \times 0,85$ $= \frac{(140-48) \times 45}{72 \times 8,8} \times 0,85$ $= 5,5$	$\frac{(140 - umur) \times BB/kg}{72 \times serum \text{ creatinine}} \times 0,85$ $= \frac{(140-52) \times 48}{72 \times 5,7} \times 0,85$ $= 8,7$
Pemeriksaan penunjang	<p><u>Pemeriksaan laboratorium tanggal 3/4/2019</u></p> <p>Leukosit 30,31 10³/μL Eritrosit 3,25 10⁶/μL Haemoglobin 9,0 gr/dL Hematokrit 28,2 % PLT 32,0 10³/μL Ureum 271,2 mg/dL Kreatinin 8,8 mg/dL Natrium 133 mmol/L Kalium 5,5 mmol/L Chloride 95 mmol/L</p> <p><u>Pemeriksaan laboratorium tanggal 6/4/2019</u></p> <p>Leukosit 8,71 10³/μL Eritrosit 2,56 10⁶/μL Haemoglobin 7,0 gr/dL Hematokrit 22,1 % PLT 21 10³/μL Ureum 287,8 mg/dL Kreatinin 9,8 mg/dL Natrium 134 mmol/L Kalium 5,1 mmol/L Chloride 97 mmol/L</p>	<p><u>Pemeriksaan laboratorium tanggal 3/4/2019</u></p> <p>Leukosit 6,98 10³/μL Eritrosit 3,88 10⁶/μL Haemoglobin 8,1 gr/dL Hematokrit 25,2 % PLT 226 10³/μL Ureum 130,6 mg/dL Kreatinin 5,7 mg/dL Natrium 125 mmol/L Kalium 5,6 mmol/L Chloride 98 mmol/L GDS sewaktu 120</p>

Berdasarkan Table 4.5 ditemukan hasil GFR pasien 1 yaitu 5,5 sedangkan pasien 2 yaitu 8,7. Hasil pemeriksaan lab haemoglobin pada tanggal 3 April 2019 pasien 1 yaitu 9,0 gr/dL sedangkan pasien 2 yaitu 8,1 gr/dL, hasil pemeriksaan ureum pasien 1 yaitu 271,2 mg/dL dan hasil pemeriksaan kreatinin pasien 1 yaitu

8,8 mg/dL, sedangkan pasien 2 hasil pemeriksaan ureum yaitu 130,6 mg/dL dan hasil pemeriksaan kreatinin yaitu 5,7 mg/dL. Hasil pemeriksaan ureum kreatinin pada tanggal 3 April 2019 pasien 1 lebih tinggi daripada pasien 2.

Table 4.6 Penatalaksanaan Terapi Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik

Penatalaksanaan Terapi	
Pasien 1	Pasien 2
1. Levofloxacin (IV) 1 x 500 mg	1. Furosemide (IV) 10mg/jam
2. Furosemide (IV) 3 x 10 mg	2. Ranitidine (IV) 2 x 1 mg
3. Ranitidine (IV) 2 x 1 mg	3. Tomit (IV) 3 x 1 mg
4. Parasetamol (IV) 3 x 10 mg/ml	4. Amplodipin (oral) 1 x 10 mg
5. Amplodipin (oral) 1 x 10 mg	
6. Micardis (oral) 1 x 80 mg	

Berdasarkan table 4.6 pasien 1 dan 2 memiliki penatalaksanaan terapi yang sama yaitu ranitidine, furosemide dan amplodipin.



4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Table 4.7 Daftar Diagnosa Keperawatan Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik

No	Pasien 1		Pasien 2	
	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan
1.	03/04/2019	<p>Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru (D.0005). Ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan napasnya sesak - Pasien mengatakan napasnya terengah-engah <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat pernapasan cuping hidung - Terdapat penggunaan otot bantu pernapasan - Pola napas cepat/takipneu - RR: 28x/menit - Fase ekspirasi lebih panjang dibandingkan inspirasi - Terdengar suara ronkhi 	03/04/2019	<p>Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru (D.0005). Ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan napasnya sesak - Pasien mengatakan nafasnya lebih enak ketika duduk <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat pernapasan cuping hidung - Terdapat penggunaan otot bantu pernapasan - Pola napas cepat/takipneu - RR: 29x/menit - Fase ekspirasi lebih panjang dibandingkan inspirasi - Terdapat suara ronkhi
2.	03/04/2019	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb.(D.0009) Ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya sering kesemutan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral teraba dingin - Warna kulit pucat - Turgor kulit menurun - CRT > 2 detik - Hb: 9 gr/dL - Ht: 28,2 % - Eritrosit: 3,25 $10^6/\mu\text{L}$ 	03/04/2019	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb.(D.0009) Ditandai dengan:</p> <p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral teraba dingin - Warna kulit pucat - CRT > 2 detik - Hb: 8,1 gr/dL - Ht: 25,5 % - Eritrosit: 3,88 $10^6/\mu\text{L}$ - Turgor kulit menurun
3.	03/04/2019	<p>Deficit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan (D.0019). Ditandai dengan:</p>	03/04/2019	<p>Deficit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan (D.0019). Ditandai dengan:</p>

No	Pasien 1		Pasien 2	
	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan
		DS: - Pasien mengatakan cepat merasa kenyang - Pasien mengatakan nafsu makan berkurang - Pasien mengatakan badan terasa lemas DO: - Pasien mual - Napsu makan turun - Pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan - Bising usus 25x/menit - Mengalami penurunan BB 15 kg - A: BB sebelum sakit: 60 kg BB sesudah sakit: 45 kg Tinggi Badan: 155 cm IMT: 18,73 - B: Hb: 9,0 gr/dl Ht: 28,2% - C: Pasien terlihat kurus, mukosa bibir kering pucat, pasien mual ketika memasukkan makanan - D: Nasi tim DM 1700 RP 50 RG		DS: - Pasien mengatakan mulut terasa pahit - Pasien mengatakan nafsu makan berkurang - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan berat badan turun 7 kg - Pasien mengatakan cepat merasa kenyang DO: - Pasien mual muntah - Napsu makan turun - Pasien hanya menghabiskan 1-2 sendok makan dari makanannya - Bising usus 20x/menit - Mengalami penurunan BB 7 kg - Muntah pasien berwarna putih ±50ml - A: BB sebelum sakit: 55 kg BB sesudah sakit: 48 kg Tinggi Badan: 160 cm IMT: 18,75 - B: Hb: 8,1 gr/dl Ht: 25,5 - C: Pasien terlihat kurus, mukosa bibir kering pucat, pasien mual ketika memasukkan makanan dan muntah setelah makanan masuk - D: BRP DM 2100 RPRG cukup kalori
4.	03/04/2019	Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022). ditandai dengan: DS: - Pasien mengatakan napasnya sesak	03/04/2019	Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022). Ditandai dengan: DS: - Pasien mengatakan napasnya terasa sesak

No	Pasien 1		Pasien 2									
	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan								
		<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan selama di rumah kencing sedikit (oliguria) DO: <ul style="list-style-type: none"> - Hb turun: 9 gr/dL - Ht turun: 28,2 % - Oliguria - Frekuensi napas 28x/menit - Terdengar suara napas tambahan ronkhi - Balance cairan - - Hasil pemeriksaan thoraks: edema pulmonal - Terdapat edema di kaki +1 		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan selama di rumah kencingnya sedikit (oliguria) DO: <ul style="list-style-type: none"> - Hb turun: 8,1 gr/dL - Ht turun: 25, % - Oliguria - Frekuensi napas 29x/menit - Terdengar suara napas tambahan ronkhi - Balance cairan - - Hasil pemeriksaan thoraks: edema pulmonal - Terdapat edema di kaki +1 								
5.	03/04/2019	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik (D.0054). Ditandai dengan: DS: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan sulit menggerakkan kaki DO: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya berbaring di tempat tidur - Sendi kaki kaku - Rentang gerak terbatas - Aktivitas sehari-hari dibantu keluarga - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Gerakan terbatas - Sendi kaku 	5	5	4	4	03/04/2019	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik (D.0054). Ditandai dengan: DS: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri - Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan kaki - Pasien mengatakan badan terasa lemas DO: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya berbaring di tempat tidur - Aktivitas sehari-hari dibantu keluarga - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Gerakan terbatas - Sendi kaki kaku - Rentang gerak terbatas 	5	5	4	4
5	5											
4	4											
5	5											
4	4											
6.	03/04/2019	Hipertermi b.d proses penyakit (D.0130). Ditandai dengan: DS: <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien demam - Pasien mengatakan 	03/04/2019	Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis (D.0077). Ditandai dengan: DS: <ul style="list-style-type: none"> - P: Magh - Q: Tertusuk-tusuk - R: Ulu hati 								

No	Pasien 1		Pasien 2									
	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan								
		badannya panas DO: - T: 38° C - Kulit teraba hangat - RR: 28x/menit - N: 90x/menit - TD: 150/80x/menit - Kulit terlihat kemerahan - Pasien menggigil		S: 4 T: Hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri ulu hati DO: - Pasien terlihat meringis saat nyeri timbul - Pasien terlihat gelisah - Irama napas cepat/takipneu - Napsu makan turun - TD: 170/90 mmHg - RR: 29x/menit - N: 96x/menit								
7.	03/04/2019	Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143). Ditandai dengan: DS:- DO: - Skala morse yaitu 45 (resiko tinggi) - Pasien gelisah - Terpasang kateter, vemplon, dan nasal kanul - Kekuatan otot menurun <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">4</td></tr> </table>	5	5	4	4	03/04/2019	Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun (D.0143). Ditandai dengan: DS:- DO: - Tempat tidur tinggi - Terpasang sirimp-ump, oksigen nasal kanul, kateter - Skala morse yaitu 45 (resiko tinggi) - Pagar pengaman tidak terpasang - Pasien terlihat lemas - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">4</td></tr> </table>	5	5	4	4
5	5											
4	4											
5	5											
4	4											

Berdasarkan Table 4.7 diperoleh hasil diagnose keperawatan yang telah dirumuskan dari hasil pengkajian, dimana kedua pasien memiliki diagnose yang sama dan berbeda. Diagnose keperawatan pasien 1 yaitu: pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, resiko perfusi renal tidak efektif, deficit nutrisi, hypervolemia, gangguan mobilitas, hipertermi, dan resiko jatuh. Sedangkan pada pasien 2 ditemukan masalah keperawatan yaitu: pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, resiko perfusi renal tidak efektif, deficit nutrisi,

hypervolemia, gangguan mobilitas, nyeri akut, dan resiko jatuh. Masalah keperawatan yang sama diantara kedua pasien yaitu: pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, resiko perfusi renal tidak efektif, deficit nutri, hypervolemia, gangguan mobilitas, dan resiko jatuh. Sedangkan yang berbeda yaitu pasien 1 mengalami hipertermi sedangkan pasien 2 tidak, dan pasien 2 mengalami nyeri akut tetapi pasien 1 tidak.



4.1.4 Intervensi Keperawatan

Table 4.8 Intervensi Keperawatan pasien 1 dengan Penyakit Ginjal Kronik

Pasien 1				
No. Dx	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
I	03/04/2019	Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	Setelah dilakukan intervensi 4 x 24 jam maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Dipsnea sedang - Penggunaan otot bantu napas sedang - Pernapasan cuping hidung sedang - Ortopnea sedang 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan 1.3 Monitor sputum 1.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Berikan minum air hangat 1.6 Beri oksigen, jika perlu 1.7 Ajarkan batuk efektif
II	03/04/2019	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb	Setelah dilakukan intervensi 4 x 24 maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit pucat menurun - Edema perifer menurun - Parestesia menurun - Pengisian kapiler membaik - Akral membaik - Turgor kulit membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2.2 Identifikasi rencana transfuse darah 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.4 Monitor hasil laboratorium yang dibutuhkan 2.5 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2.6 Lakukan pencegahan infeksi 2.7 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 2.8 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis.

Pasien 1				
No. Dx	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
				Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) 2.9 Kolaborasi pemberian transfuse darah
III	03/04/2019	Deficit nutrisi b.d mual muntah	Setelah dilakukan intervensi 4 x 24 jam maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: - Porsi makan yang dihabiskan cukup meningkat - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan membaik - Bising usus membaik - Membrane mukosa membaik - Pengetahuan tentang standard asupan nutrisi yang tepat meningkat	3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Identifikasi alergi terhadap makanan 3.3 Identifikasi makanan yang disukai 3.4 Monitor asupan makanan 3.5 Monitor berat badan 3.6 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 3.7 Berikan makanan rendah protein dan rendah garam 3.8 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 3.9 Ajarkan diet yang diprogramkan 3.10 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentuka jumlah kalori da jenis nutrient yang dibutuhka jika perlu
IV	03/04/2019	Hypervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan intervensi 4 x 24 jam maka keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil: - Haluaran urin sedang - Kelembapan membrane mukosa sedang - Edema sedang	4.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemi(mis. Ortopnea, dipsnea, edema, suara napas tambahan) 4.2 Identifikasi penyebab hipervolemi 4.3 Monitor intake dan

Pasien 1				
No. Dx	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah membaik - Turgor kulit membaik - Berat badan membaik 	<ul style="list-style-type: none"> output cairan 4.4 Monitor tanda-tanda vital 4.5 Batasi asupan cairan dan garam 4.6 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 4.7 Kolaborasi pemberian diuretic 4.8 Monitor tanda-tanda vital pasca hemodialisa
V	3/4/2019	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik	<p>Setelah dilakukan intervensi 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstermitas cukup meningkat - Kekuatan otot cukup meningkat - Rentang gerak cukup meningkat - Kelemahan fisik menurun - Gerakan terbatas menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 5.2 Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 5.3 Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, jika perlu 5.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 5.5 Jelaskan tujuan prosedur ambulasi 5.6 Anjurkan melakukan ambulasi dini 5.7 Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan
VI	03/04/2019	Hipertermi b.d proses penyakit	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, maka termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggigil menurun - Kulit merah menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi penyebab hipertermi 6.2 Monitor suhu tubuh 6.3 Monitor haluaran urin 6.4 Longgarkan/lepaskan pakaian 6.5 Basahi dan kipasi permukaan tubuh 6.6 Anjurkan tirah baring

Pasien 1				
No. Dx	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<ul style="list-style-type: none"> - Takipnea menurun - Takikardi menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik - Tekanan darah membaik 	6.7 Kolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
VII	3/4/2019	Resiko jatuh b.d penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat duduk menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat berjalan menurun 	7.1 Identifikasi factor resiko jatuh 7.2 Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 7.3 Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, jika perlu 7.4 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7.5 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam terkunci 7.6 Pasang handrail tempat tidur

Table 4.9 Intervensi Keperawatan Pasien 2 dengan Penyakit Ginjal Kronik

Pasien 2				
No. Dx	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
I	03/04/2019	Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	Setelah dilakukan intervensi 4 x 24 jam maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Dipsnea sedang - Penggunaan otot bantu napas sedang - Pernapasan cuping hidung sedang - Ortopnea sedang 	1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan 1.3 Monitor sputum 1.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Berikan minum air

Pasien 2				
No. Dx	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
				hangat 1.6 Beri oksigen, jika perlu 1.7 Ajarkan batuk efektif
II	03/04/2019	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb	Setelah dilakukan intervensi 4 x 24 maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: - Warna kulit pucat menurun - Edema perifer cukup menurun - Parestesia cukup menurun - Pengisian kapiler membaik - Akral membaik - Turgor kulit membaik	2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2.2 Identifikasi rencana transfuse darah 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.4 Monitor hasil laboratorium yang dibutuhkan 2.5 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2.6 Lakukan pencegahan infeksi 2.7 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 2.8 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa) 2.9 Kolaborasi pemberian transfuse darah
III	03/04/2019	Deficit nutrisi b.d mual muntah	Setelah dilakukan intervensi 4 x 24 jam maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: - Porsi makan yang dihabiskan cukup	3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Identifikasi alergi terhadap makanan 3.3 Identifikasi makanan yang disukai

Pasien 2				
No. Dx	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			meningkat - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan membaik - Bising usus membaik - Membrane mukosa membaik - Pengetahuan tentang standard asupan nutrisi yang tepat meningkat	3.4 Monitor asupan makanan 3.5 Monitor berat badan 3.6 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 3.7 Berikan makanan rendah protein dan rendah garam 3.8 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 3.9 Ajarkan diet yang diprogramkan 3.10 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentuka jumlah kalori da jenis nutrient yang dibutuhka jika perlu
IV	03/04/2019	Hypervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan intervensi 4 x 24 jam maka keseimbangan cairan meningkat, dengan kriteria hasil: - Haluaran urin sedang - Kelembapan membrane mukosa sedang - Edema sedang - Tekanan darah membaik - Turgor kulit membaik - Berat badan membaik	4.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemi (mis. Ortopnea, dipsnea, edema, suara napas tambahan) 4.2 Identifikasi penyebab hipervolemi 4.3 Monitor intake dan output cairan 4.4 Monitor tanda-tanda vital 4.5 Batasi asupan cairan dan garam 4.6 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 4.7 Kolaborasi pemberian diuretik
V	03/04/2019	Gangguan mobilitas fisik b.d	Setelah dilakukan intervensi 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik	5.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Pasien 2				
No. Dx	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		ketidakbugaran fisik	meningkat, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstermitas cukup meningkat - Kekuatan otot cukup meningkat - Rentang gerak cukup meningkat - Kelemahan fisik menurun - Gerakan terbatas menurun 	<p>5.2 Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</p> <p>5.3 Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, jika perlu</p> <p>5.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>5.5 Jelaskan tujuan prosedur ambulasi</p> <p>5.6 Anjurkan melakukan ambulasi dini</p> <p>5.7 Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</p>
VI	03/04/2019	Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik 	<p>6.1 Identifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</p> <p>6.2 Identifikasi ketidaknyamanan secara non verbal</p> <p>6.3 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>6.4 Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>6.5 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (napas dalam, kompres hangat/dingin, terapi pijat, aromaterapi, terapi musik)</p> <p>6.6 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.</p>

Pasien 2				
No. Dx	Tanggal ditemukan	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
				Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6.7 Fasilitasi istirahat dan tidur 6.8 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6.9 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 6.10 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
VII	03/04/2019	Resiko jatuh b.d lingkungan tidak aman	Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil: - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat duduk menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat berjalan menurun	7.1 Identifikasi factor resiko jatuh 7.2 Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 7.3 Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, jika perlu 7.4 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7.5 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam terkunci 7.6 Pasang handrail tempat tidur

Berdasarkan Tabel 4.8 dan Table 4.9 telah ditetapkan intervensi keperawatan berdasarkan hasil diagnose yang telah ditetapkan di Tabel 4.7. Intervensi keperawatan pasien 1 dan pasien 2 dibuat sesuai dengan diagnose keperawatan yang telah ditemukan.

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Table 4.10 Implementasi Keperawatan pada pasien 1 dengan Penyakit Ginjal Kronik

Pasien 1				
No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	3/4/2019 13.00	6.1 Menanyakan dan mencari penyebab mengapa terjadi dema	Infus phlebitis	
2.	13.05	6.2 Mengukur suhu tubuh pasien	38° C	
3.	13.08	6.3 Mengukur pengeluaran urin	Urine dari pagi ± 6 jam 110ml	
4.	13.10	1.1 Memonitor pola napas pasien	Pola napas pasien cepat dengan frekuensi napas 28x/menit	
5.	13.12	1.3 Menanyakan ada atau tidaknya mengeluarkan dahak	Terkadang ada	
6.	13.15	1.2 Mendengarkan ada atau tidaknya suara napas tambahan	Terdengar ronkhi	
7.	13.18	1.4 Memposisikan pasien fowler	Pasien merasa nyaman	
8.	13.20	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer	TD: 150/80 mmHg N: 90x/menit RR: 28x/menit T: 38° C Edema di kaki +1, warna kulit kemerahan, CRT>2 detik	
9.	13.22	2.2 Mengidentifikasi ada/tidak rencana melakukan transfuse darah	Tidak ada	
10.	13.23	2.3 Memonitor adanya panas, kemerahan, bengkak pada ekstermitas	Kaki kanan kiri bengkak dengan pitting edema +1	
11.	13.25	2.4 Memonitor hasil hb dan ht	Hb: 9,0 gr/dL dan Ht: 28,2 %	
12.	13.26	2.5 Memonitor terjadinya kesemutan	Kesemutan sering terjadi	
13.	13.27	2.7 Menganjurkan pasien rutin minum obat pengontrol tekanan darah	Pasien rutin minum amlodipin setiap pagi	
14.	13.28	2.8 Menginformasikan pasien dan keluarga untuk melaporkan jika ada tanda dan gejala darurat seperti nyeri yang tidak hilang/ yang lainnya	Keluarga pasien memahaminya	
15.	13.30	3.1 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemi	Pasien mengalami ortopnea, dipsnea, edema, dan suara napas tambahan ronkhi	

Pasien 1				
No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
16.	13.32	3.2 Mengidentifikasi penyebab hipervolemi	Kemungkinan karena retensi natrium	
17.	13.33	3.3 Memonitor intake dan output pasien	Input: 180ml (07.00-sekarang) Output: 110ml (07.00-sekarang)	
18.	13.34	4.5 Membatasi asupan cairan dan garam pada pasien	Keluarga pasien paham	
19.	13.35	4.6 Mengajarkan keluarga pasien untuk mencatat input-output setiap 24 jam	Keluarga paham	
20.	13.38	3.1 Menanyakan pada keluarga apakah pasien menghabiskan 1 porsi makanannya	Pasien makan hanya ¼ porsi dari makanan yang diberikan	
21.	13.40	3.2 Menanyakan ada/tidak alergi terhadap makanan	Tidak ada	
22.	13.41	3.3 Menanyakan makanan yang disukai	Keluarga mengatakan pasien suka semua makanan apalagi yang manis-manis	
23.	13.42	3.5 Mengukur berat badan pasien	BB: 45 kg	
24.	13.43	5.1 Menanyakan ada/tidak nyeri ditubuh pasien	Tidak ada	
25.	13.44	5.5 Menjelaskan tujuan dilakukan ambulasi kepada pasien dan keluarga	Pasien dan keluarga paham dengan yang dijelaskan	
26.	13.45	5.6 Mengajukan melakukan ambulasi dini	Keluarga menyetujui dan menanyakan caranya	
27.	13.46	5.4 Meminta keluarga untuk membantu dalam meningkatkan ambulasi	Keluarga menyetujui	
28.	13.47	3.6 Melihat hasil lab pasien	Hb: 9,0 gr/dl Ht: 28,2 %	
29.	13.48	7.1 Mengidentifikasi factor resiko jatuh	Pasien dalam keadaan kesadaran menurun dan kekuatan otot menurun	
30.	13.49	7.2 Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh	Pagar tidak terpasang	
31.	13.50	7.3 Mengitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, jika perlu	Skala morse 45	
32.	13.52	7.4 Mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga	Keluarga paham	
33.	13.53	7.5 Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam terkunci	Roda tempat tidur terkunci	
34.	13.55	7.6 Memasang handrail tempat tidur	Pagar pengaman dipasang	
1.	4/4/2019 09.00	4.7 Memberikan furosemide 5cc IV	Pasien merasakan nyeri ketika disuntikkan obat	

Pasien 1				
No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
2.	09.05	1.1 Memonitor pola napas	Irama napas cepat, frekuensi napas 28x/menit	
3.	09.10	1.2 Memonitor suara napas tambahan	Terdengar ronkhi	
4.	09.12	1.3 Memonitor pengeluaran sputum	Keluar sedikit	
5.				
6.	09.17	1.4 Memberikan posisi fowler	Pasien merasa nyaman	
	09.20	1.5 Memberikan air hangat	Minum sekitar 6 sendok	
7.	09.21	1.6 Memasangkan nasal kanul 5lpm	Pasien lebih nyaman karena sebelumnya dilepas	
8.	09.22	1.7 Mengajarkan cara batuk efektif	Pasien bisa melakukannya	
9.				
	09.23	6.2 Mengukur suhu tubuh	38,2°C	
10.	09.25	6.4 Melonggarkan pakaian pasien	Pasien merasa lebih nyaman	
11.	09.26	6.6 Memberikan pct infus	Pct infus masuk melalui intravena	
	09.30	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer	TD:150/90 mmHg N: 87x/menit RR: 29x/menit T: 38,2°C Warna kulit kemerahan, kaki bengkak, CRT > 2 detik	
12.	09.32	2.3 Memonitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas	Kaki masih bengkak tidak ada panas/kemerahan/nyeri	
13.	09.33	2.5 Memonitor terjadinya kesemutan	Kesemutan masih terasa	
14.	09.35	3.9 Mengajarkan keluarga tentang makanan rendah protein dan rendah garam	Keluarga sudah mengetahuinya	
15.	09.40	5.7 Mengajarkan untuk perlahan duduk di pinggir bed	Pasien dibantu keluarga melakukannya perlahan	
16.	09.50	5.2 Memonitor keadaan pasien saat melakukan ambulasi	Pasien mampu melakukannya perlahan	
17.	09.55	4.3 Memonitor intake dan output	Intake ±3 jam: 50ml Output ±3 jam: -	
18.	12.40	3.7 Memberikan makanan sesuai dengan diet pasien	Keluarga pasien menerima makanan	
19.	13.00	3.4 Memonitor asupan makanan	Pasien sedikit demi-sedikit mengunyah makanan dan porsinya bertambah sedikit dari sebelumnya	
1.	5/4/2019 09.00	4.7 Memberikan furosemide 5cc IV	Pasien biasa saja	
2.	09.05	1.1 Memonitor pola napas	Irama napas normal dengan frekuensi napas 26x/menit	
3.	09.07	1.2 Memonitor suara napas tambahan	Ronkhi berkurang	
4.	09.10	1.3 Memonitor pengeluaran sputum	Sputum keluar banyak	

Pasien 1				
No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
5.	09.12	1.4 Memberikan posisi fowler	Pasien merasa nyaman	
6.	09.10	6.1 Mengukur suhu tubuh pasien	37,8° C	
7.	09.15	6.2 Mengukur pengeluaran urine	Urine dari pagi ±3 jam 40ml	
8.	09.20	6.3 Membasahi/mengompres diketiak pasien	Pasien terlihat nyaman	
9.	09.27	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer	TD: 140/80 mmHg N: 86x/menit RR: 26x/menit T: 37,8° C Bengkak di kaki berkurang, kemerahan dikulit hilang, CRT < 2 detik	
10.	09.30	2.3 Memonitor panas, bengkak, nyeri, kemerahan pada ekstermitas	Bengkak berkurang	
11.	09.31	2.5 Memonitor terjadinya kesemutan	Kesemutan berkurang	
12.	09.35	5.7 Melakukan ambulasi sederhana duduk di pinggir bed	Pasien perlahan tapi pasti melakukannya dengan bantuan keluarga	
13.	09.36	4.3 Memonitor intake dan output	Intake ±3 jam: 80ml Output ±3 jam: 50 ml	
14.	09.40	5.2 Memonitor kondisi pasien saat melakukan ambulasi	Keadaan pasien stabil	
15.	12.40	3.7 Memberikan makanan sesuai diit yang ditentukan	Keluarga pasien menerima	
16.	13.00	3.4 Memonitor asupan makanan	Asupan makanan pasien makin hari semakin meningkat	
1.	6/4/2019 09.00	1.1 Memonitor pola napas	Pola napas baik RR: 22x/menit	
2.	09.03	1.2 Memonitor suara napas tambahan	Suara ronkhi berkurang	
3.	09.05	1.3 Memonitor pengeluaran sputum	Sputum banyak keluar	
4.	09.07	1.4 Memberikan posisi fowler	Pasien merasa nyaman	
5.	09.10	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer	TD: 140/70 mmHg N: 82x/menit RR: 22x/menit T: 36,8° C	
6.	09.12	2.3 Memonitor bengkak, kemerahan, nyeri pada ekstermitas	Bengkak pada kaki berkurang	
7.	09.15	2.4 Memonitor hasil hb dan ht	Hb: 7,0 gr/dl dan Ht: 22,1%	
8.	09.16	2.5 Memonitor kesemutan	Kesemutan tidak lagi terjadi	
9.	09.18	4.3 Memonitor input dan output	Input : 50ml Output : 40 ml	
10.	09.20	3.4 Memonitor asupan makanan	Keluarga mengatakan pasien menghabiskan setengah porsi makanannya dengan lahap	

Pasien 1				
No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
11.	09.25	3.5 Mengukur berat badan pasien	Berat badan pasien 45 kg, tidak ada penurunan berat badan	
12.	09.30	3.6 Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium	Hb: 7,0 gr/dL Ht: 22,1 %	
13.	09.35	5.7 Melatih pasien untuk berdiri di pinggir tempat tidur	Pasien harus dibantu	
14.	09.45	5.2 Memonitor ku pasien	Ku baik	

Table 4.11 Implementasi Keperawatan pada pasien 2 dengan Penyakit Ginjal Kronik

Pasien 2				
No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	3/4/2019 15.00	1.1 Memonitor pola napas	Pola napas cepat dengan frekuensi 29x/menit	AG
2.	15.03	1.2 Mendengarkan ada tidaknya suara napas tambahan	Terdengar ronchi tambahan	
3.	15.05	1.3 Menanyakan ada/tidak mengeluarkan dahak	Ada	
4.	15.07	1.4 Memberikan posisi fowler/duduk pada pasien	Pasien merasa nyaman	
5.	15.10	6.1 Mengidentifikasi nyeri	P: Magh Q: Tertusuk-tusuk R: Ulu hati S: 4 T: Hilang timbul	
6.	15.15	6.2 Mengidentifikasi ketidaknyamanan melalui ekspresi	Pasien meringis jika nyeri timbul	
7.	15.20	6.3 Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kehidupan sehari-hari	Pasien terganggu saat nyeri timbul	
8.	15.22	6.9 Menjelaskan penyebab nyeri dan pemicu nyeri	Pasien paham dengan yang dijelaskan	
9.	15.25	6.8 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam	Pasien mampu mengulangi yang telah diajarkan	
10.	15.30	3.1 Menanyakan pola makan pasien	Pasien mengatakan makan sekali sehari dan hanya menghabiskan 2 sendok	

Pasien 2				
No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
11.	15.35	3.2 Menanyakan ada tidaknya alergi makanan	makan Tidak ada	
12.	15.33	3.3 Menanyakan makanan yang disukai	Menyukai semua makanan	
13.	15.35	3.5 Mengukur berat badan pasien	48 kg	
14.	15.38	3.4 Memonitor asupan makanan pasien	Hanya menghabiskan 2 sendok makan	
15.	15.40	3.6 Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium	Hb: 8,1 gr/dL Ht: 25,5%	
16.	15.42	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)	N: 90x/menit CRT > 2 detik, edema di kaki +1, suhu tubuh 36,6° C	
17.	15.45	2.2 Mengidentifikasi rencana transfuse darah	Tidak ada rencana transfuse darah	
19.	15.49	2.3 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas	Bengkak pada kaki	
20.	15.50	2.4 Memonitor hasil laboratorium yang dibutuhkan	Hb: 8,0 gr/dL dan Ht: 25,5 %	
21.	15.51	2.5 Memonitor terjadinya parestesia, jika perlu	Tidak ada	
22.	15.52	2.6 Melakukan pencegahan infeksi dengan cuci tangan 6 langkah	Pasien mampu melakukan cuci tangan 6 langkah	
23.	15.53	2.7 Mengajarkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur	Pasien rutin minum amlodipin setiap pagi	
24.	15.55	2.8 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)	Keluarga dan pasien mengerti	
25.	16.00	5.1 Mengidentifikasi adanya nyeri ditubuh	Di ulu hati	
26.	16.02	5.5 Menjelaskan tujuan dilakukannya ambulasi	Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan	
27.	16.03	5.6 Mengajarkan melakukan ambulasi dini	Pasien dan keluarga antusias	
28.	16.04	5.7 Mengajarkan pasien untuk	Keluarga membantu	

Pasien 2				
No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
		duduk dipinggir tempat tidur		
29.	16.05	7.1 Mengidentifikasi factor resiko jatuh	Pasien lemah dan kekuatan otot menurun	
30.	16.06	7.2 Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh	Tempat tidur tinggi, pagar pengaman tidak terpasang	
31.	16.07	7.3 Menghitung resiko jatuh	Hasil skala morse 45 (beresiko tinggi)	
32.	16.08	7.4 Mengorientasikan ruangan pada pasien	Pasien mengerti dengan yang dijelaskan	
33.	16.09	7.5 Memastikan roda tempat tidur terkunci	Roda tempat tidur sudah terkunci	
34.	16.10	7.6 Memasang pagar pengaman tempat tidur	Pagar sudah terpasang	
35.	16.11	4.1 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemi (mis. Ortopnea, dipsnea, edema, suara napas tambahan)	Terdapat sesak, ortopnea, edema, dan suara ronkhi	
36.	16.12	4.2 Mengidentifikasi penyebab hipervolemi	Retensi natrium	
37.	16.13	4.3 Memonitor intake dan output cairan	Intake: 250ml Output: 350 ml	
38.	16.14	4.4 Memonitor tanda-tanda vital	TD: 160/80 mmHg N: 88x/mrnit RR: 29x/menit T: 36,6° C	
39.	16.18	4.5 Membatasi asupan cairan dan garam	Pasien mengerti	
40.	16.20	4.6 Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan kepada keluarga	Pasien dan keluarga mengerti	
1.	Rabu, 4/4/2019 10.10	1.1 Memonitor pola napas pasien	Irama pernapasan cepat dengan frekuensi 27x/menit Terdengar suara ronkhi	24
2.	10.13	1.2 Memonitor suara napas tambahan	Sputum keluar lumayan banyak	
3.	10.15	1.3 Memonitor sputum	Pasien merasa nyaman	
4.	10.17	1.4 Memberikan posisi fowler	Pasien merasa nyaman	
5.	10.20	1.5 Memberikan minum air hangat	Pasien merasa nyaman	

Pasien 2				
No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
6.	10.23	1.6 Memberikan nasal kanul 5lpm	Pasien mampu melakukan batuk efektif	
7.	10.25	1.7 Mengajarkan batuk efektif	P: Magh	
8.	10.23	6.1 Mengidentifikasi nyeri	Q: tertusuk-tusuk R: ulu hati S: 3 T: hilang timbul Pasien meringis ketika nyeri muncul	
9.	10.25	6.2 Mengidentifikasi ketidaknyamanan melalui ekspresi pasien	Pasien sering melakukannya	
10.	10.28	6.5 Memberikan teknik kompres hangat untuk mengurangi nyeri	Suhu ruangan cukup pas	
11.	10.30	6.6 Mengontrol suhu ruangan agar pasien nyaman	Pasien merasa nyaman	
12.	10.31	6.7 Memfasilitasi pasien untuk istirahat	Pasien mampu duduk ketika makan	
13.	10.32	3.8 Mengajarkan posisi duduk ketika makan	Pasien paham dengan yang diajarkan	
14.	10.33	3.9 Mengajarkan diet yang diprogramkan	Pasien bisa perlahan	
15.	10.40	5.7 Mengajarkan pasien duduk di pinggir tempat tidur dan berdiri pegangan dengan kasur	Keluarga pasien mendampingi	
16.	10.42	5.4 Melibatkan keluarga dalam melakukan ambulasi	Pasien dalam keadaan baik ketika berlatih	
17.	10.50	5.2 Memonitor keadaan pasien ketika berlatih ambulasi	Pasien menerima	
18.	12.30	3.7 Memberikan makanan rendah protein dan rendah garam	Pasien sedikit-sedikit dan pelan-pelan makannya	
19.	12.35	3.4 Memonitor asupan makanan	menghabiskan 4 sendok Intake \pm 5 jam: 200 ml Output \pm 5 jam: 250 ml Pasien merasa nyaman	
20.	12.36	4.3 Memonitor intake dan output pasien		
21.	12.40	4.7 Memberikan furosemide 10mg/jam sirimp-ump	N: 88x/menit	
22.	12.45	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer	Edema di kaki, CRT > 2 detik, suhu tubuh 36,6 Bengkak pada kaki	

Pasien 2				
No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
23.	12.47	2.3 Memonitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas	Tidak ada	
24.	12.48	2.5 Memonitor adanya kesemutan atau tidak		
1.	Jumat, 5/4/2019 10.00	1.1 Memonitor pola napas pasien	Pola napas sedang dengan frekuensi 24x/menit	AG
2.	10.05	1.2 Memonitor suara napas tambahan	Ronkhi berkurang	
3.	10.08	1.3 Memonitor sputum	Banyak keluar	
4.	10.15	1.4 Memberikan posisi fowler	Pasien nyaman	
5.	10.18	6.1 Mengidentifikasi nyeri	P: Magh Q: dipukul R: ulu hati S: 2 T: hilang timbul	
6.	10.20	6.7 Memfasilitasi pasien untuk istirahat	Pasien merasa nyaman	
7.	10.25	5.3 Memfasilitasi pasien untuk belajar ambulasi dengan pegangan	Pasien merasa nyaman	
8.	12.26	5.4 Melibatkan keluarga dalam membantu pasien	Keluarga antusias	
9.	12.40	5.2 Memonitor keadaan umum pasien saat melakukan latihan	Pasien dalam keadaan baik	
10.	12.30	3.7 Memberikan makanan rendah protein dan rendah garam	Pasien menerima	
11.	13.05	3.4 Memonitor asupan makanan	Pasien menghabiskan 6 sendok makan tanpa mual	
12.	13.06	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer	N: 85x/menit, edema berkurang, suhu tubuh 36° C, CRT < 2 detik	
13.	13.07	2.3 Memonitor panas, kemerahan, bengkak, nyeri pada ekstermitas	Bengkak berkurang	
14.	13.08	4.3 Memonitor intake dan output	Intake : 280 ml Output: 300 ml	
1.	6/4/2019 09.40	1.1 Memonitor pola napas pasien	Pernapsan baik dengan frekuensi 22x/menit	AG
2.	09.45	1.2 Memonitor bunyi napas	Suara ronkhi berkurang	

Pasien 2				
No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
3.	09.47	tambahan		
	09.50	1.3 Memonitor sputum	Keluar banyak	
4.	10.52	1.4 Memberikan posisi fowler	Pasien merasa nyaman	
		5.3 Memfasilitasi pasien untuk latihan	Pasien merasa nyaman	
5.	11.00	5.2 Memonitor kondisi umum pasien saat latihan	Pasien baik saja dan mapu berjalan	
6.	12.30	3.7 Memberikan makanan rendah protein dan rendah garam	Pasien menerimananya	
7.	13.00	3.4 Memonitor asupan makanan	Pasien menghabiskan setengah porsi makanan	
8.	13.05	4.3 Memonitor intake dan output	Intake: 250 ml Output: 300 ml	
9.	13.06	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer	N: 88x/menit, edem di kaki berkurang, CRT < 2detik, suhu tubuh 36,2°C	
10.	13.07	2.3 Memonitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas	Bengkak berkurang	

Berdasarkan Tabel 4.10 dan Tabel 4.11 telah dilakukan intervensi sesuai dengan implementasi keperawatan yang telah dibuat. Tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan adalah agar kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai. Implementasi pasien 1 dan pasien 2 dilakukan selama 4 hari dari hari Rabu tanggal 3 Maret 2019 s/d hari Sabtu tanggal 6 Maret 2019

4.1.6 Evaluasi

Table 4.12 Evaluasi Keperawatan pada pasien 1 dengan Penyakit Ginjal

Kronik

Pasien 1			
Hari/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
Rabu, 3/4/2019 20.00	Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sesak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irama napas cepat - RR: 29x/menit - Terdapat penggunaan otot bantu pernapasan - Terdapat cuping hidung <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan 1.3 Monitor sputum 1.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Berikan minum air hangat 1.6 Beri oksigen, jika perlu 1.7 Ajarkan batuk efektif 	42
Rabu, 3/4/2019 20.05	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki masih sering kesemutan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pucat - Turgor kulit menurun - CRT > 2 detik - Hb: 9,0 gr/dL - Ht: 28,2 % - Eritrosit: $3,25 \times 10^6/\mu\text{L}$ <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.4 Monitor hasil laboratorium yang dibutuhkan 2.5 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2.9 Kolaborasi pemberian transfuse darah 	42

Pasién 1							
Hari/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf				
Rabu, 3/4/2019 20.10	Deficit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	S: - Pasien mengatakan mulut terasa pahit O: - Pasien mual - Napsu makan turun - Hanya menghabiskan 4 sendok makan - Bibir kering dan pucat A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: 3.4 Monitor asupan makanan 3.5 Monitor berat badan 3.6 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 3.7 Berikan makanan rendah protein dan rendah garam 3.8 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 3.9 Ajarkan diet yang diprogramkan 3.10 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentuka jumlah kalori da jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu	42				
Rabu, 3/4/2019 20.15	Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi	S: - Pasien mengatakan napas sesak O: - RR: 29x/menit - Terdengar ronkhi - Pitting edem kaki kanan +1 - Input ±8 jam: 200ml - Output ±8 jam: 180 ml A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 4.3 Monitor intake dan output cairan 4.4 Monitor tanda-tanda vital 4.7 Kolaborasi pemeberian diuretic	42				
Rabu, 3/4/2019 20.20	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik	S: - Pasien mengatakan badan lemas O: - Pasien hanya baring di tempat tidur - ADL dibantu keluarga - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: 5.2 Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi	5	5	4	4	42
5	5						
4	4						

Pasien 1			
Hari/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		5.3 Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, jika perlu 5.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 5.5 Jelaskan tujuan prosedur ambulasi 5.6 Anjurkan melakukan ambulasi dini 5.7 Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan	
Rabu, 3/4/2019 20.25	Hipertermi b.d proses penyakit	S: - Keluarga mengatakan badan pasien masih demam O: - Kulit kemerahan - Kulit hangat - T: 38,1° C - RR: 29x/menit - N: 90x/menit A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: 6.1 Monitor suhu tubuh 6.2 Monitor haluaran urin 6.3 Longgarkan/lepaskan pakaian 6.4 Basahi dan kipasi permukaan tubuh 6.5 Anjurkan tirah baring 6.6 Kolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	42
Rabu, 3/4/2019 20.30	Resiko jatuh b.d kelemahan otot	S: - O: - Pagar pengaman terpasang - Kunci roda tempat tidur terkunci - Pasien tenang A: Masalah tidak terjadi P: Hentikan intervensi	42
Kamis 4/4/2019 17.00	Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	S: - Pasien mengatakan sesak tapi sudah tidak terlalu O: - RR: 27x/menit - Terdapat pernapasan cuping hidung - Irama napas sedang A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	42

Pasién 1			
Hari/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		1.2 Monitor bunyi napas tambahan 1.3 Monitor sputum 1.4 Posisikan semi-fowler atau fowler	
Kamis 4/4/2019 17.05	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb	S: - Pasien mengatakan kaki kadang kesemutan O: - Kulit pucat - Turgor kulit turun - CRT > 2 detik - TD:150/80 mmHg - N: 86x/menit - RR: 26x/menit A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: 2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.4 Monitor hasil laboratorium yang dibutuhkan 2.5 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2.9 Kolaborasi pemberian transfuse darah	42
Kamis 4/4/2019 17.10	Deficit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	S: - Pasien mengatakan mulut terasa pahit - Pasien mengatakan kadang masih mual O: - Napsu makan turun - Hanya menghabiskan 5 sendok makan dengan perlahan - Hb: 9 gr/dL - Ht:28,2 % A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: 3.4 Monitor asupan makanan 3.5 Monitor berat badan 3.6 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 3.7 Berikan makanan rendah protein dan rendah garam 3.8 Anjurkan posisi duduk, jika mampu	42
Kamis, 4/4/2019 17.15	Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi	S: - Pasien mengatakan napas sesak O: - RR: 27x/menit - Terdengar ronkhi berkurang - Pitting edem kaki kanan +1	

Pasien 1							
Hari/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf				
		<ul style="list-style-type: none"> - Input ±10 jam: 200ml - Output ±8 jam: 200 ml A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 4.3 Monitor intake dan output cairan 4.4 Monitor tanda-tanda vital 4.7 Kolaborasi pemberian diuretic					
Kamis 4/4/2019 17.20	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik	S: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bisa sedikit-sedikit untuk duduk dipinggir tempat tidur O: <ul style="list-style-type: none"> - ADL sebagian dibantu seperti mengganti pampers - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5</td> <td style="padding: 2px 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5</td> <td style="padding: 2px 10px;">5</td> </tr> </table> A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: 5.2 Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 5.3 Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, jika perlu 5.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 7.7 Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan	5	5	5	5	42
5	5						
5	5						
Kamis 4/4/2019 17.20	Hipertermi b.d proses penyakit	S: <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien sudah tidak demam - Pasien mengatakan demam berkurang O: <ul style="list-style-type: none"> - T: 37,8° C - RR: 26x/menit - N:86x/menit - Kemerahan pada kulit berkurang A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: 6.2 Monitor suhu tubuh 6.3 Monitor haluaran urin 6.4 Longgarkan/lepaskan pakaian 6.5 Basahi dan kipasi permukaan tubuh	42				

Pasien 1			
Hari/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
Jumat, 5/4/2019 17.00	Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh menghambat ekspansi paru	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak berkurang dan merasa lebih enak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR: 26x/menit - Irama napas sedang - Terdapat pernapasan cuping hidung <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan 1.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Berikan minum air hangat 	42
Jumat, 5/4/2019 17.05	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki sudah jarang kesemutan hanya sekali <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit baik - CRT < 2 detik - TD: 140/90 mmHg - N: 80x/menit - RR: 26x/menit <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.4 Monitor hasil laboratorium yang dibutuhkan 2.5 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2.9 Kolaborasi pemberian transfuse darah 	42
Jumat, 5/4/2019 17.10	Deficit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak mual lagi, tapi harus pelan-pelan makannya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menghabiskan sekitar 7 sendok makan - Pasien terlihat lebih baik dari sebelumnya <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4 Monitor asupan makanan 3.5 Monitor berat badan 3.6 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 	42

Pasién 1			
Hari/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
Jumat, 5/4/2019 17.15	Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi	S: - Pasien mengatakan sesak berkurang O: - Bengkak mulai berkurang - Kemerahan tidak ada - Frekuensi napas sedang A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: 4.3 Monitor intake dan output cairan 4.4 Monitor tanda-tanda vital 4.7 Kolaborasi pemberian diuretic	42
Jumat, 5/4/2019 17.20	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik	S: - Pasien mengatakan sudah bisa duduk dipinggir Kasur dengan perlahan O: - Pergerakan bebas - Kekuatan otot 5 5 —+— 5 5 A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	42
Jumat, 5/4/2019 17.25	Hipertermi b.d proses penyakit	S: - Keluarga pasien mengatakan sudah tidak demam lagi - Pasien mengatakan badannya tidak panas lagi O: - T: 37,3° C - N: 80x/menit - Kemerahan pada kulit sudah tidak ada A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	42
Sabtu, 6/4/2019 17.00	Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	S: - Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi O: - Pasien terlihat lebih nyaman - Tidak ada pernapasan cuping hidung - Pasien lebih aktif dari sebelumnya - RR: 22x/menit A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	42
Sabtu, 6/4/2019 17.05	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb	S: - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan kesemutan O:	42

Pasien 1			
Hari/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<ul style="list-style-type: none"> - Turgor baik - CRT < 2 detik - Hb menurun yaitu: 7,0 gr/dL - Ht menurun yaitu: 22,1 % - Akral hangat - Dapat berkomunikasi dengan baik sesuai orientasi <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.4 Monitor hasil laboratorium yang dibutuhkan 2.5 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2.9 Kolaborasi pemberian transfuse darah 	
Sabtu, 6/4/2019 17.15	Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lebih nyaman - RR: 22x/menit - Bengkak tidak ada - Balance cairan - <p>A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi</p>	42
Sabtu, 6/4/2019 17.20	Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak ada mual - Pasien mengatakan makanannya enak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lahap menghabiskan makanannya - Tidak ada mual - Pasien menghabiskan setenga porsi makanannya - Hb: 7,0 gr/Dl - Ht: 22,1% <p>A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi</p>	42

Table 4.13 Evaluasi Keperawatan pada pasien 2 dengan Penyakit Ginjal Kronik

Pasien 2			
Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
Rabu, 3/4/2019 20.30	Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sesak - Pasien mengatakan lebih enak duduk <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR: 28x/menit - Terdapat pernapasan cuping hidung - Irama pernapasan cepat - Terdapat otot bantu pernapasan <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan 1.3 Monitor sputum 1.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Berikan minum air hangat 1.6 Beri oksigen, jika perlu 	42
Rabu, 3/4/2019 20.35	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pucat - Turgor kulit menurun - CRT > 2 detik - Hb: 8,1 gr/dL - Ht: 25,5 % <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.4 Monitor hasil laboratorium yang dibutuhkan 2.5 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2.9 Kolaborasi pemberian transfuse darah 	42
Rabu, 3/4/2019 20.40	Deficit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulut terasa pahit <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya makan 2 sendok makan, minum teh dan air - Pasien muntah setiap makanan masuk 	42

Pasien 2							
Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf				
		<ul style="list-style-type: none"> - Muntahnya berwarna putih A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: <ul style="list-style-type: none"> 3.4 Monitor asupan makanan 3.5 Monitor berat badan 3.6 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 3.7 Berikan makanan rendah protein dan rendah garam 3.8 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 3.9 Ajarkan diet yang diprogramkan 3.10 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu 					
Rabu 3/4/2019 20.45	Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi	S: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan napas sesak O: <ul style="list-style-type: none"> - RR: 29x/menit - Terdengar ronkhi - Pitting edem kaki kanan +1 - Input ±8 jam: 200ml - Output ±8 jam: 250 ml A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> 4.3 Monitor intake dan output cairan 4.4 Monitor tanda-tanda vital 4.7 Kolaborasi pemberiaan diuretic 	42				
Rabu, 3/4/2019 20.50	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik	S: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badan masih lemas O: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien lemas - ADL dibantu - Pasien hanya berbaring - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">4</td> </tr> </table> A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: <ul style="list-style-type: none"> 5.1 Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 5.2 Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, jika perlu 5.3 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 	5	5	4	4	42
5	5						
4	4						

Pasien 2			
Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		5.6 Anjurkan melakukan ambulasi dini 5.7 Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan	
Rabu, 3/4/2019 20.55	Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis	S: - Pasien mengatakan nyeri berkurang saat tarik napas dalam - Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah makan sedikit O: - Skala nyeri 4 - Pasien terlihat nyaman saat tarik napas dalam - Pasien mulai bisa mengontrol nyeri A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: 6.1 Identifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 6.2 Identifikasi ketidaknyamanan secara non verbal 6.5 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (napas dalam, kompres hangat/dingin, terapi pijat, aromaterapi, terapi musik) 6.6 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6.7 Fasilitasi istirahat dan tidur 6.8 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	42
Rabu, 3/4/2019 21.00	Resiko jatuh b.d lingkungan tidak aman	S: - O: - Roda tempat tidur sudah terkunci - Pagar pengaman tempat tidur sudah terpasang - Keluarga sudah diberitahu pentingnya menjaga keamanan pasien A: Masalah tidak terjadi P: Hentikan intervensi	42
Kamis, 3/4/2019 18.00	Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	S: - Pasien mengatakan masih sesak O: - Irama pernapasan cepat dengan frekuensi 27x/menit - Terdapat pernapasan cuping hidung - Terdapat otot bantu pernapasan	42

Pasien 2			
Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		<p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan 1.3 Monitor sputum 1.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 1.5 Berikan minum air hangat 1.6 Beri oksigen, jika perlu 	
Kamis 4/4/2019 17.05	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit pucat - Turgor kulit turun - CRT > 2 detik - TD: 160/80 mmHg - N: 86x/menit - RR: 27x/menit <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.4 Monitor hasil laboratorium yang dibutuhkan 2.5 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2.9 Kolaborasi pemberian transfuse darah 	42
Kamis, 3/4/2019 18.05	Deficit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulut terasa pahit - Pasien mengatakan suka mual muntah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menghabiskan 4 sendok makan secara perlahan - Pasien mual muntah <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Monitor asupan makanan 2.5 Monitor berat badan 2.6 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 2.7 Berikan makanan rendah protein dan rendah garam 	42

Pasien 2			
Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
Kamis, 4/4/2019 18.10	Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi	S: - Pasien mengatakan napas sesak O: - RR: 27x/menit - Terdengar ronkhi berkurang - Pitting edem kaki kanan +1 - Input ±8 jam: 200ml - Output ±8 jam: 250 ml A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 4.3 Monitor intake dan output cairan 4.4 Monitor tanda-tanda vital 4.7 Kolaborasi pemberian diuretic	42
Kamis, 3/4/2019 18.15	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik	S: - Pasien mengatakan badan lemas O: - Pasien sering berlatih duduk di pinggir Kasur - Pasien pelan-pelan berlatih A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: 5.2 Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 5.3 Fasilitasi melakukan mobilitas fisik, jika perlu 5.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 5.6 Anjurkan melakukan ambulasi dini 5.7 Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan	42
Kamis, 3/4/2019 18.20	Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis	S: - Pasien mengatakan nyeri berkurang - P: Magh Q: Tertusuk-tusuk R: Ulu hati S: 3 T: Hilang timbul O: - Pasien dapat mengontrol nyeri dengan teknik napas dalam dan mengompres air hangat A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: 6.1 Identifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 6.2 Identifikasi ketidaknyamanan secara non verbal	42

Pasien 2			
Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		6.6 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6.7 Fasilitasi istirahat dan tidur	
Jumat, 3/4/2019 18.00	Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	S: - Pasien mengatakan sesak berkurang O: - Irama napas sedang dengan frekuensi napas 24x/menit - Tidak ada otot bantu pernapasan - Terdapat cuping hidung A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan 1.4 Posisikan semi-fowler atau fowler 1.6 Beri oksigen, jika perlu	42
Jumat, 5/4/2019 18.05	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb	S: - Pasien mengatakan kaki sudah jarang kesemutan hanya sekali O: - Turgor kulit baik - CRT < 2 detik - TD: 160/90 mmHg - N: 80x/menit - RR: 24x/menit A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: 2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.4 Monitor hasil laboratorium yang dibutuhkan 2.5 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2.9 Kolaborasi pemberian transfuse darah	42
Jumat, 3/4/2019 18.10	Deficit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	S: - Pasien mengatakan mual berkurang O: - Mual berkurang - Pasien menghabiskan 6 sendok makanan	42

Pasien 2			
Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: 2.4 Monitor asupan makanan 2.7 Berikan makanan rendah protein dan garam	
Jumat, 5/4/2019 18.15	Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi	S: - Pasien mengatakan sesak berkurang O: - Bengkak mulai berkurang - Kemerahan tidak ada - Frekuensi napas sedang A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: 4.5 Monitor intake dan output cairan 4.6 Monitor tanda-tanda vital 4.8 Kolaborasi pemberian diuretic	42
Jumat, 3/4/2019 18.20	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik	S: - Pasien mengatakan badan mulai terasa enak O: - Pasien mampu duduk di pinggir Kasur secara mandiri A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: 3.2 Monitor keadaan umum selamam melakukan ambulasi 3.3 Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu	42
Jumat, 3/4/2019 18.25	Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis	S: - P: Magh Q: dipukul R: ulu hati S: 2 T: hilang timbul O: - Pasien terlihat nyaman - Pasien mampu mengontrol nyeri A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	42
Sabtu, 6/4/2019 18.00	Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	S: - Pasien mengatakan suda lebih baik tidak sesak lagi O: - Irama napas baik dengan frekuensi 22x/menit - Tidak ada pernapasan cuping hidung - Tidak ada otot bantu pernapasan A: Masalah teratasi	42

Pasien 2			
Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		P: Hentikan intervensi	
Sabtu, 6/4/2019 18.05	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb	S:- O: - Turgor baik - CRT < 2 detik - Akral hangat - Dapat berkomunikasi dengan baik sesuai orientasi A: Masalah teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi: 2.2 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2.6 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas 2.7 Monitor hasil laboratorium yang dibutuhkan 2.8 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu 2.10 Kolaborasi pemberian transfuse darah	42
Sabtu, 6/4/2019 18.10	Deficit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	: - Pasien mengatakan sudah tidak ada rasa pahit O: - Pasien menghabiskan setengah porsi makanan - Bibir lembab A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	42
Sabtu, 6/4/2019 18.15	Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi	S: - Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi O: - Pasien terlihat lebih nyaman - RR: 22x/menit - Bengkak tidak ada - Balance cairan - A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	42
Sabtu, 3/4/2019 18.20	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik	: - Pasien mengatakan sudah sehat O: - Pasien mampu berjalan, duduk, dll - ADL mampu dilakukan sendiri - Kekuatan otot 5 5	42

Pasien 2			
Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		5 5 A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	

Berdasarkan Tabel 4.12 didapatkan hasil evaluasi keperawatan selama 4 hari kepada pasien 1 dengan 5 diagnosa keperawatan dan teratasi semua, begitupun dengan hasil evaluasi keperawatan pada pasien 2 selama 4 hari dengan 5 diagnosa keperawatan teratasi semua.

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil Asuhan Keperawatan yang dilakukan pada 2 subyek didapatkan diagnose keperawatan pada pasien 1 sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, deficit nutrisi, hipervolemi, gangguan mobilisasi, hipertermi, dan resiko jatuh. Sedangkan pada pasien 2 didapatkan diagnose keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yaitu pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, deficit nutrisi, hypervolemia, gangguan mobilitas, nyeri akut, dan resiko jatuh.

Diagnose keperawatan yang sama antara pasien 1 dan pasien 2 yaitu pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, deficit nutrisi, hypervolemia, gangguan mobilitas, dan resiko jatuh. Sedangkan perbedaannya pada pasien 1 mengalami hipertermi sedangkan pasien 2 tidak, dan pasien 2 mengalami nyeri dan pasien 2 tidak.

4.2.1 Pengkajian

Hasil pengkajian gangguan pernapasan pada pasien 1 ditemukan data subjektif dan objektif. Data subjektifnya yaitu: pasien mengatakan napasnya sesak dan terengah-engah, sedangkan data objektifnya yaitu: terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, kemudian pola napas cepat/takipneu, fase ekpirasi lebih panjang dibandingkan inspirasi, dan frekuensi napas pasien 28x/menit.

Sedangkan pasien 2 hasil pengkajian gangguan pernapasannya ditemukan data subjektifnya yaitu pasien mengatakan napasnya sesak, pasien lebih enak bernapas ketika dalam posisi duduk, dan data objektifnya yaitu: terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, kemudian pola napas cepat/takipneu, fase ekpirasi lebih panjang dibandingkan inspirasi, dan frekuensi napas pasien 29x/menit. Pasien 2 mengaku napasnya akan lebih enteng ketika dalam keadaan duduk

Menurut Mary Baradero (2009) dimana pasien dengan Penyakit Ginjal mengalami tanda dan gejala seperti sesak napas, terdapat pernapasan cuping hidung, pola napas abnormal, takipneu, pernapasan kussmaul, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, sputum yang lengket, dan edema paru.

Menurut penulis gangguan pernapasan sering terjadi pada pasien dengan penyakit ginjal dengan gejala sesak, pernapasan cuping hidung, penggunaan otot bantu pernapasan, takipneu, fase ekspirasi lebih panjang dibandingkan inspirasi dikarenakan karena banyak hal, misalnya karena posisi yang menghambat

ekspansi paru, atau adanya penumpukan cairan sesuai dengan fakta dan teori yang ada. Berdasarkan data yang ditemukan terdapat kesamaan dan kesenjangan tanda dan gejala pada pasien yang ditemukan di kenyataannya dengan tanda dan gejala yang ada pada teori yang dikemukakan pada pasien dengan penyakit ginjal.

Masalah selanjutnya adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang terdapat pada pasien 1. Masalah ini ditunjang dengan nilai hemoglobin 9,0 g/dL, pengisian kapiler (CRT) > 2 detik, akral teraba dingin, dan warna kulit pucat yang merupakan tanda dari penyakit anemia.

Pada pasien 2 terjadi perfusi perifer tidak efektif. Hal ini ditunjang dengan data nilai hemoglobin 8,1 g/dL, akral dingin, warna kulit pucat, CRT > 2 detik.

Hal ini sesuai dengan teori Suhardjono (2009), yang menyatakan bahwa anemia terjadi pada 80-90% pasien PGK, terutama bila sudah mencapai stadium III. Anemia terutama disebabkan oleh defisiensi *Erythropoietic Stimulating Factors* (ESF). Kemudian menurut National Kidney Foundation (2002), dalam keadaan normal 90% eritropoietin (EPO) dihasilkan di ginjal tepatnya oleh juxtaglomerulus dan hanya 10% yang diproduksi di hati. Eritropoietin mempengaruhi produksi eritrosit dengan merangsang proliferasi, diferensiasi dan maturasi prekursor eritroid. Keadaan anemia ini terjadi karena defisiensi eritropoietin yang dihasilkan oleh sel peritubular sebagai respon hipoksia lokal akibat pengurangan parenkim ginjal fungsional. Lalu menurut Sukandar (2006), faktor lain yang dapat menyebabkan anemia pada PGK adalah defisiensi besi,

defisiensi besi, defisiensi vitamin, penurunan masa hidup eritrosit yang mengalami hemolisis, dan akibat perdarahan. Tanda dan gejala yang ditunjukkan antara lain lemas, kelelahan, sakit kepala, masalah dengan konsentrasi, pucat, pusing, kesulitan bernapas atau sesak napas, dan nyeri dada.

Menurut penulis, antara teori dan pengkajian yang didapatkan pada pasien sesuai, karena tanda dan gejalanya sama, antara lain pasien yang merasa lemas, kulit pucat, sering pusing, dan juga data tambahan yaitu *capillary refill time* (CRT) > 2 detik serta konjungtiva anemis yang biasanya paling awal diperiksa untuk menentukan apakah pasien memiliki kemungkinan anemia atau tidak.

Hasil pengkajian gangguan nutrisi pada pasien 1 ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan mulut terasa pahit, napsu makan turun, pasien juga mengatakan mual, merasa lebih cepat kenyang, badan terasa lemas. Sedangkan data objektifnya ditemukan adanya anoreksia, mual, diare, adanya penurunan BB sebanyak 15 kg, BB awal 60 kg dan BB setelah sakit 45 kg, bising usus 25x/menit, bibir kering pucat, hasil IMT 18,73 kg/m², hasil pemeriksaan Hb 9,0 gr/dL dan pemeriksaan Ht 28,2 %.

Sedangkan hasil pengkajian gangguan nutrisi pada pasien 2 yaitu didapatkan data subjektifnya yaitu pasien mengatakan mulut terasa pahit, badan terasa lemas, tidak napsu makan, dan pasien mengatakan mual muntah, dan merasa lebih cepat kenyang. Data objektifnya yaitu anoreksia, mual muntah, muntah ±50 ml, bibir kering dan pucat, penurunan BB 7 kg, BB awal 55 kg dan

BB setelah sakit 48 kg, bising usus 20x/menit, konstipasi, hasil IMT 18,75 kgm², hasil pemeriksaan Hb 8,1 gr/dL dan pemeriksaan Ht 25,5 %.

Menurut Mary Baradero (2009) dimana pasien dengan Penyakit Ginjal pasti mengalami anoreksia, mual muntah, diare, konstipasi, perdarahan gastrointestinal, distensi abdomen dan penurunan berat badan. Pendapat lain yaitu menurut Smeltzer & Bare (2015) tanda dan gejala pada pasien dengan penyakit ginjal yaitu napas berbau ammonia, ulserasi dan pendarahan pada mulut, anoreksi (mual muntah), konstipasi dan diare, perdarahan pada saluran GI

Menurut pendapat penulis orang dengan penyakit ginjal pasti memiliki tanda dan gejala yang hampir sama, walaupun ada perbedaan tidak terlalu signifikan. Gejala seperti anoreksia, mual muntah, diare, konstipasi dan penurunan berat badan pasti terjadi sesuai dengan fakta dan teori. Berdasarkan data yang ditemukan kedua pasien mengalami tanda dan gejala yang berbeda terdapat persamaan dan kesenjangan dengan teori yang dikemukakan pada pasien dengan penyakit ginjal kronis.

Masalah selanjutnya hipervolemi pada pasien 1 mengatakan pasien sesak dengan frekuensi napas 29x/menit, dan mengalami edem ekstermitas +1 di kaki, dan mengalami edem paru, terdengar suara napas tambahan ronkhi. Sedangkan pada pasien 2 juga mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 28x/menit mengalami edem paru dan edem di kaki +1, terdengar suara napas tambahan ronkhi.

Hal ini sesuai dengan teori menurut Doenges (2014), hipervolemia ditandai dengan penurunan output, oliguria, peningkatan tekanan darah, peningkatan CVP (*Central Venous Pressure*), edema, peningkatan berat badan dalam waktu singkat, edema pulmonal, perubahan pada status mental, kegelisahan, penurunan hemoglobin/hematokrit, dan ketidakseimbangan elektrolit.

Menurut penulis, terdapat kesamaan teori dan *evidence* pada pasien PGK dengan masalah hipervolemia, karena kedua pasien mengalami penurunan output pada saat sebelum masuk RS (sebelum diberikan diuretik), peningkatan tekanan darah, edema ekstremitas, edema pulmonal, dan juga penurunan hemoglobin/hematokrit. Saat dikaji kedua pasien telah diberikan terapi diuretik, oleh karena itu *balance* cairan pasien bernilai (-) dan outputnya pun bertambah

Hasil pengkajian gangguan mobilitas fisik pada pasien 1 ditemukan data objektif yaitu pasien mengatakan badannya lemas, tidak mampu mengerjakan aktifitas sehari-hari secara mandiri. Sedangkan data objektifnya yaitu gerakan pasien terbatas, hanya berbaring, kram otot, kekuatan otot menurun, sendi kaki kaku, ADL dibantu keluarga.

Sedangkan pada pasien 2 ditemukan data subjektif yaitu: pasien mengatakan badannya teraa lemah tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri. Data objektifnya yaitu kekuatan otot kaki menurun, ADL diantu seperti membersihkan BAB, mandi, makan, bergerak harus dibantu, sendi kaki kaku, gerakan pasien terbatas, hanya bisa berbaring di tempat tidur.

Menurut Smeltzer& Bare (2015) yaitu tanda dan gejala pasien dengan penyakit ginjal seperti kelemahan dan keletihan, konfusi, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada kaki, kram otot, kekuatan otot menurun/hilang, fraktur tulang, dan foot drop.

Menurut penulis tanda dan gejala tersebut muncul pada pasien dengan penyakit ginjal karena kurangnya pergerakan karena takut akan terjadi sesak napas, mengalami kelemahan sehingga muncul tanda dan gejala yang sesuai dengan fakta dan teori.

Hasil pengkajian dari pasien 1 ditemukan data subjektif yaitu keluarga mengatakan pasien demam, pasien mengatakan badannya terasa panas dan data objektifnya yaitu suhu tubuh pasien 38° C, kulit hangat dan tubuh kemerahan, takipneu, dan suhu tubuh meningkat.

Menurut penulis tanda dan gejala ini jarang terjadi pada pasien dengan penyakit ginjal, biasanya hipertermi terjadi karena adanya infeksi yang sedang berlangsung pada pasien

Hasil pengkajian pada pasien 2 ditemukan data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri ulu hati, pasien mengatakan memang memiliki magh, nyerinya hilang timbul dengan skala 4 dan rasanya seperti tertusuk-tusuk, dan data objektifnya pasien meringis ketika nyeri timbul, pasien gelisah, takipneu, frekuensi nadi 96x/menit, dan tekanan darah 170/90 mmHg.

Menurut Nurarif (2015) magh bisa terjadi karena pada pasien dengan penyakit ginjal sekresi protein terganggu sehingga menyebabkan sindrom uremia

dan terjadi gangguan keseimbangan asam basa yang mengakibatkan produksi asam lambung meningkat dan bisa menyebabkan iritasi lambung.

Menurut penulis tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien 2 dinyatakan memiliki persamaan dan kesenjangan dengan teori. Pada teori nyeri diakibatkan karena menekan syaraf perifer tapi dinyatakan nyeri bisa terjadi karena produksi asam lambung yang meningkat.

Hasil pengkajian pada pasien 1 dan ditemukan data objektif yaitu pasien lemas, kekuatan otot turun, kesadaran menurun dan lingkungan yang tidak aman menjadi factor resiko terjadinya kejadian jatuh (pagar pengaman tidak terpasang). Sedangkan pada pasien 2 mengalami penurunan kekuatan otot, dan lingkungannya tidak aman sehingga menjadi pemicu terjadinya resiko jatuh.

Berdasarkan data yang ditemukan menurut penulis data tersebut menungjang terjadinya kejadian jatuh yang dapat membahayakan pasien dan mungkin bisa mengakibatkan masalah baru.

Berdasarkan data yang ditemukan menurut penulis data tersebut menungjang terjadinya kejadian jatuh yang dapat membahayakan pasien dan mungkin bisa mengakibatkan masalah baru.

Maka kesimpulan penulis mengenai data subjektif dan objektif yang muncul sesuai dengan fakta dan teori yang ada, namun ada juga beberapa yang tidak sesuai.

4.2.2 Diagnosa

Terdapat 7 diagnosa keperawatan yang muncul pada penyakit ginjal kronik yaitu gangguan pertukaran gas, nyeri akut, deficit nutrisi, hypervolemia, intoleransi aktivitas, perfusi perifer tidak efektif, dan gangguan integritas kulit.

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data terdapat 7 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien 1 yaitu pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb, deficit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan, hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi, gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik, hipertermi b.d proses penyakit, dan resiko jatuh b.d lingkungan tidak aman. Sedangkan pada pasien 2 timbul diagnose keperawatan yaitu pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb, deficit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan, hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi, gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik, nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis, dan resiko jatuh b.d lingkungan tidak aman.

Berikut pembahasan yang muncul sesuai teori pada kasus pasien 1 dan pasien 2:

4.2.2.1 Pola napas tdak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru

Kedua pasien mengeluh sesak napas dan pola pernapasan kedua pasien cepat/takipneu, terdapat bunyi napas tambahan, kulit pucat, terdapat pernapasan cuping hidung. Tanda dan gejala tersebut biasa muncul pada pasien dengan

penyakit ginjal. Gangguan pertukaran gas terjadi karena adanya edem pada paru sehingga mengganggu fungsi pertukaran gas di alveoli.

Menurut penulis karena adanya edem paru pada pasien lah yang mengakibatkan pasien sesak napas sehingga harus dalam posisi duduk untuk memaksimalkan ventilasi.

4.2.2.2 Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi Hb

Diagnose keperawatan perfusi perifer tidak efektif ditegakkan pada pasien 1 dan 2 dikarenakan pada pasien 1 timbul gejala seperti pasien sering merasa kesemutan, hasil pemeriksaan Hb: 9 gr/dL, hasil pemeriksaan Ht: 28,2 %, hasil pemeriksaan Eritrosit: $3,25 \cdot 10^6/\mu\text{L}$, akral dingin, CRT > 2 detik, akral dingin, dan turgor kulit menurun. Sedangkan pasien 2 timbul gejala seperti hasil pemeriksaan Hb 8,1 gr/dl, pemeriksaan Ht 25,5%, akral dingin, kulit pucat, CRT > 2 detik, dan turgor kulit menurun. Hal ini disebabkan karena sekresi eritropoetin pada ginjal menurun sehingga produksi hb turun dan oksihemoglobin turun dan mengakibatkan perfusi perifer tidak efektif.

Menurut penulis penurunan hb mengakibatkan oksihemoglobin turun, karena oksigen yang terikat pada hb dan seharusnya dialirkan keseluruh tubuh tidak berjalan sesuai dengan fungsinya. Ginjal yang terganggu mengakibatkan sekresi eritropoetin menurun dan produksi hb juga ikut turun sehingga timbullah masalah perfusi perifer tidak efektif.

4.2.2.3 Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan

Kedua pasien mengeluh mulut terasa pahit, mual, muntah, nafsu makan turun, mukosa bibir pucat dan kering, hb kurang dari normal, berat badan turun, dan konjungtiva anemis. Deficit nutrisi pada pasien ginjal disebabkan karena sekresi protein yang terganggu mengakibatkan sindrom uremia yang mengganggu keseimbangan asam basa yang menyebabkan produksi asam lambung naik dan menyebabkan pasien mengalami gejala seperti anoreksia, mual muntah, tidak nafsu makan, tidak nyaman selama atau setelah makan, hb turun, dan sebagainya.

Menurut penulis pasien dengan penyakit ginjal kronik pada umumnya mengalami masalah nutrisi dikarenakan kemampuan tubuh tidak stabil dalam mengelola makanan, sehingga orang dengan penyakit ginjal dianjurkan untuk mengonsumsi makanan yang rendah protein agar tidak memperberat kerja ginjal.

4.2.2.4 Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi

Pada pasien 1 dan 2 mengalami bengkak di ekstermitas bawah dengan pitting edema +1, edema paru, dan urin keluar sedikit jika tidak menggunakan bantuan obat diuretic. Hal ini terjadi karena pada pasien dengan penyakit ginjal kronik mengalami kerusakan ginjal, ginjal tidak mampu memfiltrasi dan mengeluarkan cairan dalam bentuk urin dengan semestinya sehingga cairan tersebut mengendap di interstisial.

4.2.2.5 Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik

Pada pasien 1 dan 2 mengalami kelemahan dan penurunan kekuatan otot karena kurang mobilisasi dan pengaruh ketidakbugaran fisik sehingga tanda dan gejala tersebut terjadi. Aktivitas sehari-hari kedua pasien dibantu oleh keluarga mulai dari makan, buang air, dan sebagainya. Menurut Smeltzer & Bare (2015) tanda dan gejala seperti kelemahan dan kelelahan, kram otot dan kekuatan otot menurun bisa terjadi pada pasien dengan penyakit ginjal. Sedangkan menurut penulis karena kelemahan dan jarang melakukan pergerakan sehingga menyebabkan gangguan mobilitas.

4.2.2.6 Hipertermi b.d proses penyakit

Pasien 1 mengalami demam beberapa hari saat perawatan. Saat diidentifikasi ternyata pasien mengalami infeksi, infeksi berasal dari infus. Pada area tagan bekas infus terlihat kemerahan, bengkak, dan panas, leukosit pasien juga tinggi. Masalah ini jarang terjadi pada pasien ginjal, bias karena faktor lingkungan atau cara memasukkan obat lewat iv yang menjadi pemicu terjadinya infeksi.

4.2.2.7 Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi

Pasien 2 mengalami nyeri ulu hati yang sangat mengganggu dengan skala nyeri 4 dan rasanya seperti tertusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul. Pada pasien ginjal produksi asam lambung naik dan menyebabkan iritasi lambung. Hal tersebut bisa terjadi karena sebelumnya tidak teratur pola makan, suka makan pedas, atau karena penyakit ginjalnya yang mengakibatkan magh.

Menurut penulis faktor pemicu magh pasien dari penyakit ginjalnya dan pasien mengalami kelelahan dan stress sehingga nyeri timbul

4.2.2.8 Resiko jatuh d.d lingkungan tidak aman

Pasien 1 dan 2 mengalami kelemahan dan penurunan kekuatan otot sehingga pasien tidak mampu menjaga dirinya sendiri, dan terdapat factor lingkungan yang mendukung pasien untuk beresiko jatuh yaitu pagar pengaman tidak terpasang dan tempat tidur tinggi. Hal tersebut dapat beresiko untuk pasien jatuh. Jadi menurut penulis keadaan yang mendukung tersebut sebagai pemicu pasien jatuh. Sehingga harus diatasi sebelum kejadian terjadi.

4.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru yang akan dilakukan selama 4 x 24 jam dengan harapan diharapkan pola napas membaik, Dipsnea sedang, penggunaan otot bantu napas sedang, pernapasan cuping hidung sedang, ortopnea sedang yaitu: Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum, posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum air hangat, dan beri oksigen, jika perlu, ajarkan batuk efektif.

Intervensi keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan deficit nutrisi b.d mual muntah yang akan dilakukan selama 4 x 24 jam dengan harapan nutrisi adekuat dengan kriteria hasil: porsi makanan yang dihabiskan cukup meningkat, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus

membaik, membrane mukosa membaik, pengetahuan tentang standard asupan nutrisi yang tepat meningkat yaitu: identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi terhadap makanan, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, berikan makanan rendah protein dan rendah garam, anjurkan posisi duduk jika mampu, ajarkan diet yang diprogramkan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan jika perlu.

Intervensi keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi yang akan dilakukan selama 4 x 24 jam dengan harapan bengkak berkurang dengan kriteria hasil: haluaran urin sesuai dengan input, kelembapan membrane mukosa baik, edema berkurang, tekanan darah membaik, turgor kulit membaik, napasnya membaik yaitu: periksa tanda dan gejala hypervolemia, identifikasi penyebab hypervolemia, monitor intake dan output, monitor tanda-tanda vital, batasi asupan cairan dan garam, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, kolaborasi pemberian diuretic.

Intervensi keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik yang akan dilakukan selama 4 x 24 jam dengan harapan mobilitas fisik baik dengan kriteria hasil: pergerakan ekstermitas cukup meningkat, kekuatan otot cukup meningkat, rentang gerak cukup meningkat, kelemahan fisik menurun, gerakan terbatas menurun yaitu: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, fasilitasi melakukan mobilisasi fisik jika perlu,

libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, jelaskan tujuan prosedur ambulasi, anjurkan melakukan ambulasi dini, ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan.

Intervensi keperawatan pasien 1 dan 2 dengan perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb yang akan dilakukan selama 4 x 24 jam dengan harapan perfusi jaringan perifer adekuat dengan kriteria hasil: warna kulit pucat menurun, edema perier menurun, parestesia menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik yaitu: periksa sirkulasi perifer, identifikasi rencana transfuse darah, monitor panas kemerahan, nyer atau bengkak pada ekstermitas, monitor hasil lab, monitor terjadinya parestesia, jika perlu, lakukan pencegahan infeksi, anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan, kolaborasi pemberian transfuse darah.

Intervensi keperawatan pasien 1 dengan hipertermi b.d proses penyakit yang akan dilakukan selama 3 x 24 jam dan diharapkan suhu tubuh kembali normal dengan kriteria hasil: menggigil menurun, kulit merah menurun, takipnea menurun, takikardi menurun, suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, tekanan darah membaik yaitu: identifikasi penyebab hipertermi, monitor suhu tubuh, monitor haluaran urin, longgarkan/lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan tubuh, anjurkan tirah baring, dan kolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.

Intervensi keperawatan pada pasien 2 dengan nyeri akut b.d agen cedera fisiologis yang akan dilakukan selama 3 x 24 jam dan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik yaitu: Identifikasi karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi ketidaknyamanan secara non verbal, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (napas dalam, kompres hangat/dingin, terapi pijat, aromaterapi, terapi musik), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, dan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Intervensi keperawatan pada pasien 1 dan 2 dengan resiko jatuh b.d lingkungan tidak aman yang akan dilakukan selama 1 x 24 jam dengan harapan tidak terjadi kejadian jatuh dengan kriteria hasil: jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun yaitu: Identifikasi factor resiko jatuh, identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, jika perlu, orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam terkunci, dan pasang handrail tempat tidur.

4.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan di hari pertama pada pasien 1 dan 2 yaitu mengkaji tentang riwayat kesehatan pasien, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan terdahulu. Pada gangguan pola napas tidak efektif implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 yaitu memonitor pola napas pasien dengan hasil evaluasinya pasien 1 pola napasnya cepat, dengan frekuensi napas 28x/menit, sedangkan pasien 2 pola napasnya cepat dengan frekuensi napas 29x/menit. Kemudian menanyakan ada atau tidaknya mengeluarkan dahak dengan hasil evaluasi kedua pasien tersebut tidak memiliki dahak. Implementasi selanjutnya yaitu mendengarkan ada atau tidaknya suara napas tambahan dan hasil evaluasinya kedua pasien tidak terdengar suara napas tambahan. Implementasi selanjutnya yaitu memberikan posisi fowler atau duduk untuk memaksimalkan ventilasi dan hasil evaluasinya kedua pasien merasa nyaman. Ada gangguan nutrisi implementasi yang dilakukan penulis kepada pasien 1 dan 2 yaitu mengkaji status nutrisi dan kedua pasien memiliki status nutrisi yang buruk, kemudian menanyakan ada/tidaknya alergi makanan dan kedua pasien tidak memiliki alergi makanan, kemudian menanyakan makanan yang disukai dan kedua pasien menyukai semua makanan, kemudian mengukur berat badan pasien 1: 45 kg dan pasien 2: 48 kg, kemudian memonitor asupan makanan dan hasilnya pasien satu menghabiskan $\frac{1}{4}$ makanannya dan pasien 2 hanya makan 2 sendok saja, kemudian yang terakhir memonitor hasil laboratorium dan hasilnya pasien 1 hasil pemeriksaan Hb: 9,0 gr/dL dan Ht 28,2% sedangkan pasien 2 hasil pemeriksaan Hb: 8,1 gr/dL dan Ht: 25,5%. Kemudian penulis juga menanyakan ada/tidaknya

nyeri dibagian tubuh pasien 1 dan 2 hasilnya adalah pasien 1 tidak ada nyeri sedangkan pasien 2 ada, kemudian mengajarkan pentingnya mobilisasi pada kedua pasien, kemudian mengajarkan cara relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, mengukur suhu tubuh pasien dan pasien 1 demam 38° C, kemudian penulis juga mengorientasikan ruangan pada pasien 2, memasang pagar pengaman tempat tidur, memastikan roda tempat tidur terkunci agar tidak terjadi kejadian jatuh, mengidentifikasi bengkak pada pasien, memonitor input dan output, memonitor tanda-tanda vital, mengajarkan cara mencatat input dan output nya selama 24 jam, mengajarkan batuk efektif, memberikan air hangat

Pada hari kedua penulis memonitor pernapasan pasien dan kedua pasien masih mengalami sesak dengan pola napas cepat dan frekuensi napas > 25x/menit, mendengarkan suara napas tambahan dan di kedua pasien tidak terdengar suara napas tambahan, kemudian memasang kanul nasal 5lpm. Penulis juga mengajarkan diet yang seharusnya dimakan oleh kedua pasien yaitu rendah protein dan rendah garam dan jangan makan yang terlalu manis, kedua pasien memahami yang telah diajarkan, kemudian menganjurkan untuk makan sedikit tapi sering. Kemudian penulis juga mengajarkan kedua pasien untuk belajar duduk di pinggir kasur dengan bantuan keluarga agar pasien mampu meningkatkan aktivitasnya. Kemudian penulis juga memberikan parasetamol infus pada pasien 1 untuk mengurangi demamnya, memonitor vital sign kedua pasien, memonitor input output.

Implementasi hari ketiga penulis memonitor pola napas pasien 1 dan 2 dan hasilnya pada hari ketiga kedua pasien merasakan sesaknya berkurang dengan

frekuensi pernapasan pada pasien 1 yaitu 26x/menit dan pasien 2 yaitu 24x/menit dan pola napas baik. Penulis juga memonitor asupan makanan pasien 1 dan pasien 2 dan hasilnya napsu makan kedua pasien mulai membaik dapat makan banyak secara perlahan, dan mual muntah berkurang. Pada pasien 1 penulis memonitor suhu tubuhnya dan pasien 1 sudah tidak demam lagi dengan suhu 37,3°C. Penulis juga memonitor tingkat kesadaran pasien 1, pasien dalam keadaan kompos mentis dengan GCS E₄ M₆ V₅ dan memonitor turgor kulit dan CRT dan hasilnya turgor kulit baik dan CRT < 2 detik. Pada pasien 2 penulis memonitor nyeri dan pasien 2 mengatakan nyeri berkurang dan pasien juga mampu mengontrol nyeri dengan teknik napas dalam dan mengompres dengan air hangat. Penulis juga memfasilitasi kedua pasien untuk mobilisasi dengan membantu pasien dalam duduk dipinggir tempat tidur dan berjalan-jalan disekitar situ dibantu keluarga dan hasilnya kedua pasien sudah mampu sedikit demi sedikit, memonitor input output.

Implementasi hari ke empat penulis memonitor pola napas kedua pasien dan hasilnya pernapasan kedua pasien sudah membaik dengan pola napas yang baik dan frekuensi pernapasan pasien 1 dan 2 yaitu 22x/menit, penulis juga memonitor sputum kedua pasien juga bisa mengeluarkan sputumnya dan penulis memonitor suara napas tambahan dan kedua pasien suara ronkhinya mulai berkurang. Penulis juga memonitor asupan makanan kedua pasien dan hasilnya kedua pasien sudah mampu menghabiskan setengah porsi makanan mereka, dan mual muntah sudah tidak terjadi lagi. Penulis juga memonitor hasil laboratorium dan hasilnya Hb pasien 1 yaitu 7 gr/dL. Penulis juga memfasilitasi kedua pasien untuk mobilisasi dan hasilnya kedua pasien mampu berjalan disekitar kasur dan

memonitor kondisi kedua pasien saat mobilisasi dan keadaan umum kedua pasien baik, memonitor input output.

4.2.5 Evaluasi

4.2.5.1 Pola napas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru

Hasil evaluasi pasien 1 dan pasien 2 setelah dilakukan perawatan selama 4 hari yaitu sesak berkurang, penggunaan otot bantu napas tidak ada, pola napas baik dan frekuensi napas 22x/menit, dapat mendemonstrasikan batuk efektif, sputum mudah untuk keluar, suara ronkhi mulai berkurang.

4.2.5.2 Defisit nutrisi b.d mual muntah

Hasil evaluasi pada pasien 1 setelah dilakukan perawatan selama 4 hari yaitu mual tidak ada lagi, napsu makan kembali baik, menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya, tidak mengalami penurunan berat badan yang berarti, hasil pemeriksaan Hb yaitu 7 gr/dl dan hasil pemeriksaan Ht yaitu 22,1%, mukosa bibir lembab.

Sedangkan pada pasien 2 hasil evaluasi yang didapatkan selama masa perawatan 4 hari yaitu mual dan muntah berkurang, pasien tidak merasakan pahit pada mulut, pasien dapat menghabiskan makanannya $\frac{1}{2}$ porsi, pasien juga minum susu dan makan roti, napsu makan mulai baik, tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti, mukosa bibir lembab.

4.2.5.3 Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakbugaran fisik

Hasil evaluasi pada pasien 1 dan pasien 2 setelah masa perawatan 4 hari yaitu kedua pasien mampu duduk di samping tempat tidur dan mampu berjalan

disekitar tempat tidur, kedua pasien merasa lebih sehat dan kedua pasien mengalami peningkatan kekuatan otot menjadi 5 5 5 5

4.2.5.4 Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hb

Hasil evaluasi pada pasien 1 setelah perawatan 4 hari yaitu akral hangat, CRT < 2 detik, turgor kulit baik, dapat berkomunikasi sesuai dengan orientasi dan hasil pemeriksaan Hb 7 gr/dl dan Ht 22,1% dan masalah teratasi sebagian karena pasien mengalami penurunan konsentrasi Hb.

Sedangkan pada pasien 2 setelah dilakukan perawatan akral membaik, CRT < 2 detik, turgor kulit membaik, dan masalah teratasi sebagian karena terjadi penurunan hb

4.2.5.5 Hipervolemi b.d gangguan mekanisme regulasi

Pada pasien 1 dan pasien 2 bengkak di kaki sudah berkurang, kenceng juga muai banyak, serta tidak merasakan sesak lagi.

4.2.5.6 Hipertermi b.d proses penyakit

Hasil evaluasi pada pasien 1 dengan masa perawatan 3 hari didapatkan hasil bahwa suhu tubuh kembali normal yaitu 37,2° C, dan kemerahan di kulit mulai hilang

4.2.5.7 Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis

Hasil evaluasi pada pasien 2 dengan masa perawatan 3 hari yaitu nyeri ulu hati berkurang dengan skala nyeri 2 dan nyeri hilang timbul. Pasien juga dapat mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi napas dalam dan mengompres dengan air hangat saat nyeri datang. Pasien juga makan teratur sehingga nyeri tidak terlalu dirasakan pasien.

4.2.5.8 Resiko jatuh b.d lingkungan tidak aman

Hasil evaluasi pada pasien 2 selama 1 x 24 jam didapatkan hasil bahwa tidak terjadi kejadian jatuh dan pasien dan keluarga memahami pentingnya safety pada pasien. Pasien dan keluarga selalu memperhatikan pagar pengaman dan roda tempat tidur.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penulisan penerapan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan Penyakit Ginjal Kronis di ruang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Kalimantan Timur penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat ditentukan. Pengkajian pada pasien dengan penyakit ginjal kronik didapatkan adanya masalah pernapasan, nutrisi, cairan, musculoskeletal, dan perfusi.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Seperti yang dikemukakan beberapa ahli di bab sebelumnya yaitu terdapat 7 diagnose keperawatan pada pasien ginjal yaitu pola napas tidak efektif, deficit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas, gangguan integritas kulit nyeri kut, dan hypervolemia. Namun pada hasil analisa data terdapat kesenjangan antara teori dengan nyatanya, pada hasil pengkajian pasien 1 ditemukan 7diagnosa keperawatan dengan 3 masalah yang sesuai teori yaitu deficit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, dan hipervolemi sedangkan

4 masalah keperawatan seperti pola napas tidak efektif, hipertermi, gangguan mobilitas, dan resiko jatuh tidak sesuai dengan teori. Sedangkan pada pasien 2 ditemukan 3 masalah keperawatan yang sesuai dengan teori yaitu hipervolemi, perfusi perifer tidak efektif, dan deficit nutrisi, selebihnya yaitu pola napas tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, dan resiko jatuh tidak sesuai dengan teori.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang digunakan dalam kasus pada kedua klien disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan criteria tanda dan gejala mayor, minor dan kondisi klien saat ini.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis

5.1.5 Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Pada evaluasi yang penulis lakukan pada pasien 1 dengan masa perawatan 4 hari dan dengan 7 masalah keperawatan yaitu pola napas tidak efektif, deficit nutrisi, hipertermi, gangguan mobilitas, dan perfusi perifer tidak efektif, resiko jatuh dan hipervolemi, 6 masalah teratasi, dan 1 masalah tidak teratasi yaitu perfusi perifer tidak efektif. Pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak lagi, pola makannya baik dengan napsu makan yang mulai baik, suhu tubuh normal $37,2^{\circ}$ C, dapat beraktifitas kembali sedikit demi sedikit,

kemudian CRT < 2 detik, turgor kulit baik serta dapat berkomunikasi sesuai dengan kemampuan. 4 masalah keperawatan teratasi yaitu pola napas tidak efektif, deficit nutrisi, gangguan mobilitas dan hipertermi, sedangkan perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian karena pasien mengalami penurunan Hb

Sedangkan hasil evaluasi pada pasien 2 dengan 7 diagnosa keperawatan yaitu gangguan pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, deficit nutrisi, hipervolemi, gangguan mobilitas, nyeri akut, dan resiko jatuh yang dilakukan selama 4 hari perawatan dapat teratasi 6 masalah dan 1 masalah tidak teratasi yaitu perfusi perifer tidak efektif. Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi, napsu makan kembali baik, mual muntah berkurang, nyeri juga dirasakannya berkurang dengan skala nyeri 2, mobilitas fisik membaik dan tidak terjadi kejadian jatuh karena pasien dan keluarga sadar akan keselamatan pasien sehingga keluarga sangat memperhatikan pagar pengaman dan roda tempat tidur, namun konsentrasi hb menurun.

5.2 Saran

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan diantaranya:

5.2.1 Bagi Penulis

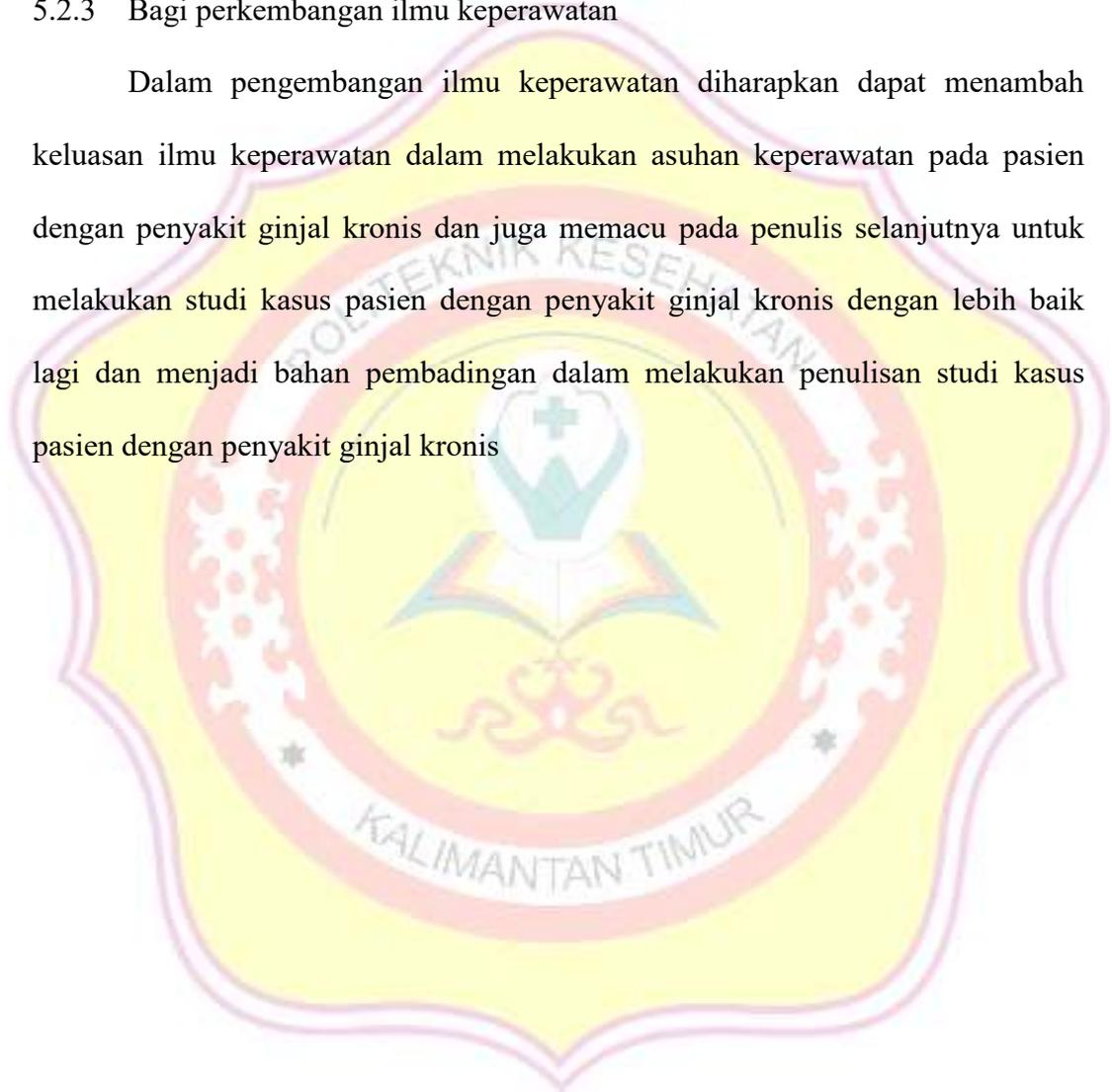
Hasil penulisan yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada penulis selanjutnya dalam melakukan studi kasus pada pasien dengan penyakit ginjal kronis

5.2.2 Bagi perawat ruangan

Sebaiknya ditingkatkan rasa empati, dan care nya pada pasien agar pasien termotivasi untuk sembuh.

5.2.3 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit ginjal kronis dan juga memacu pada penulis selanjutnya untuk melakukan studi kasus pasien dengan penyakit ginjal kronis dengan lebih baik lagi dan menjadi bahan pembadingan dalam melakukan penulisan studi kasus pasien dengan penyakit ginjal kronis



DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Allen, Carol Vestal. (1998). *Memahami Proses Keperawatan dengan Pendekatan Latihan*. Jakarta: EGC
- Bagian Perencanaan. (2017). *Profil 2017 Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie*. Diunduh pada tanggal 1 Desember 2018 <http://www.rsudaws.co.id/uploads/DOWNLOAD/Profil%20RSUD%20A WS%202017.pdf>
- Baradero, Mary, dkk. (2009). *Klien Gangguan Ginjal*. Jakarta : EGC
- Corwin, Elizabeth J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi, Ed. 3*. Jakarta: EGC
- Hasmi. (2012). *Metode Penulisan Epidemiologi*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Hidayat Alimul Aziz, A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Infodatin. (2017). *Situasi Penyakit Ginjal Kronis*. Diunduh pada tanggal 18 November 2018 <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin%20ginjal%202017.pdf>
- Irwan. (2016). *Epidemiologi Penyakit yang Tidak Menular*. Yogyakarta: Deepublish
- Kementrian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). *Hasil Utama RISKESDAS 2018*. Diunduh pada tanggal 1 Desember 2018 http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Risksedas%202018.pdf
- Moeloek, F Nila. (2018). *Air Bagi Kesehatan: Upaya Peningkatan Promotif Preventif Bagi Kesehatan Ginjal Di Indonesia*. Diunduh pada tanggal 18 November 2018 https://www.persi.or.id/images/2018/data/materi_menkes.pdf
- Nuari, Nian A. (2017). *Gangguan Pada Sistem Perkemihan & Penatalaksanaannya, Ed.1*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish

- Nurarif, Huda A, dan Kusuma Hardhi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 2*. Jogjakarta: Mediacion
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Pernefri. (2016). *Report Of Indonesian Renal Registry*. Diunduh pada tanggal 18 November 2018
<https://www.indonesianrenalregistry.org/data/INDONESIAN%20RENAL%20REGISTRY%202016.pdf>
- Rajiv, Saran. (2016). *The State of Kidney Disease in the US: New Findings & High Impact Practices Linked to Improved Patient Outcomes. Jurnal USRDS. Vol.2*. Diunduh pada tanggal 18 November 2018
https://www.usrds.org/2016/pres/The_State_of_Kidney_Disease_in_US.pdf
- Smeltzer, C Suzanne & Bare, G Brenda. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner&Suddarth, Ed.8, Vol.2*. Jakarta: EGC
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI
- Trihono. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Diunduh pada tanggal 18 November 2018
<http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskasdas%202013.pdf>