

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DENGAN HEMODIALISA DI RUANG FLAMBOYAN
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA



OLEH :
GUSWANTI
P07220116051

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

2019

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DENGAN HEMODIALISA DI RUANG FLAMBOYAN
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA

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



OLEH :
GUSWANTI
P07220116051

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

2019

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Guswanti
Tempat/Tanggal Lahir : Loa Duri, 18 Agustus 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jalan Kebaktian RT. 22 Desa Loa Duri Ilir
Kecamatan Loa Janan

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2004-2010 : SDN 001 Loa Janan
2. Tahun 2010-2013 : SMP Negeri 1 Loa Janan
3. Tahun 2013-2016 : SMK Purwajaya
4. Tahun 2016-sekarang : Mahasiswa D-III Keperawatan Samarinda
Poltekkes Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Pengasih yang telah melimpahkan Kasih dan karunia-Nya, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa Diruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”, dapat terselesaikan dengan sebaik-baiknya.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dalam penulisan banyak sekali pihak yang telah membantu penulis baik dalam memberi motivasi, bimbingan materi, dan lain sebagainya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
3. Ns. Andi Lis AG, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur
4. Ns. Wiyadi, S.Kep., M.Sc selaku Pembimbing I dan selaku wali kelas 3B
5. Indah Nur Imamah, SST., M.Kes selaku Pembimbing II

6. Para Dosen dan Staf Pendidikan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.
7. Untuk seluruh keluarga saya, terkhusus kedua orang tua, Bapak Luther Kiding Mangesa dan Ibu Hermina Padang, serta kakak Suhardi Mangesa dan Adik Yuniati Mangesa yang selalu memberikan do'a, kasih sayang, perhatian dan motivasi yang tiada henti serta dukungan baik moril dan materil.
8. Teman-teman mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan angkatan 2016 yang telah memberikan dukungan, masukan, dan juga kritik untuk laporan ini.

Akhirnya, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak dan semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat untuk pendidikan di masa mendatang, sebagai panduan penulisan dan atau pengetahuan dalam menyelesaikan tugas akhir bagi adik-adik tingkat yang membutuhkan, dan pengembangan ilmu keperawatan yang profesional.

Samarinda,

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN HEMODIALISA DI RUANG FLAMBOYAN RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE

Pendahuluan : Gagal Ginjal Kronik merupakan suatu kondisi dimana organ ginjal sudah tidak mampu mengangkut sampah sisa metabolik tubuh berupa bahan yang biasanya dieliminasi melalui urin dan menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami secara mendalam mengenai asuhan keperawatan pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa diruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Metode : Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan desain karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa diruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Studi kasus dengan menggunakan asuhan keperawatan adalah rangkaian proses keperawatan individu pada pasien yang di diagnosa mengalami gagal ginjal kronik dengan hemodialisa dengan pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan, melakukan tindakan keperawatan serta melakukan evaluasi pada pasien.

Hasil dan Pembahasan : Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan pengkajian membutuhkan keterampilan komunikasi yang efektif, diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien, perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi dilakukan secara langsung baik formatif maupun sumatif.

Kesimpulan dan Saran : Diharapkan untuk lebih diperhatikan lagi bagi tenaga kesehatan setempat sebaiknya meningkatkan pada pasien mengenai motivasi dan dorongan dalam menjalani perawatan diruang inap terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, gagal ginjal kronik dengan hemodialisa

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat.....	i
Halaman Pernyataan.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Halaman Kata Pengantar.....	vi
Halaman Abstrak	viii
Halaman Daftar Isi	ix
Halaman Daftar Bagan.....	xii
Halaman Daftar Tabel.....	xii
Halaman Daftar Lampiran.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Bagi Penulis	4
1.4.2 Bagi Tempat Penulisan	5
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Medis	6
2.1.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronik	6
2.1.2 Patofisiologi	7
2.1.3 Etiologi	9
2.1.4 Tanda dan Gejala	10
2.1.5 Penatalaksanaan	11
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	13
2.2.1 Pengkajian	13
2.2.2 Diagnosis	16
2.2.3 Perencanaan	17
2.2.4 Implementasi	22
2.2.5 Evaluasi	24
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	26
3.1 Pendekatan	26
3.2 Subyek Penelitian	26
3.3 Batasan Istilah	26
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	27
3.5 Prosedur Penelitian	27
3.6 Metode dan Instrument Pengumpulan Data	28
3.7 Keabsahan Data	29
3.8 Analisa Data	29
BAB 4 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	31
4.1 Hasil Studi Kasus	31
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	31
4.1.2 Pengkajian	33
4.1.3 Analisa Data	41
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	44
4.1.5 Perencanaan	46

4.1.6 Pelaksanaan.....	49
4.1.7 Evaluasi.....	56
4.2 Pembahasan	64
4.2.1. Pengkajian.....	64
4.2.2. Diagnosa Keperawatan	65
4.2.3. Intervensi Keperawatan	68
4.2.4. Implementasi Keperawatan	68
4.2.5. Evaluasi.....	69
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	71
5.1 Kesimpulan	71
5.2 Saran	73

Daftar Pustaka

Lampiran-lampiran



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Gagal Ginjal Kronik.....7



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan Asuhan Keperawatan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik ...	18
Tabel 4.1 Pengkajian Pasien 1 (Tn. L) dan Pasien 2 (Tn. S) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019.....	33
Tabel 4.2 Balance cairan/hari perawatan pada pasien 1 (Tn.L) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.....	39
Tabel 4.3 Balance cairan/hari perawatan pada pasien 1 (Tn.L) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.....	39
Tabel 4.4 Pemeriksaan Penunjang Pada pasien CKD on HD di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019.....	40
Tabel 4.5 Hasil Penatalaksanaan Pasien 1 (Tn. L) dan Pasien 2 (Tn. S) dengan CKD on HD di ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019.....	40
Tabel 4.6 Analisa Data Pada Pasien 1 (Tn. L) dengan CKD on HD di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab sjahranie Samarinda Tahun 2019	41
Tabel 4.7 Analisa Data Pasien II (Tn. S) dengan CKD on HD di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019.....	42
Tabel 4.8 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Pada Pasien CKD on HD di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2019	44
Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan pada Pasien 1 (Tn. L) dan Pasien 2 (Tn. S) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019	46
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan pada Pasien 1 (Tn. L) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019.....	49

Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan pada Pasien 2 (Tn. S) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019..... 52

Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 (Tn. L) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019 56

Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan Pasien 2 (Tn. S) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019 60



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Penjelasan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2 Lembar Informed Consent (Persetujuan Menjadi Patisipan)
- Lampiran 3 Monitoring Balance Cairan
- Lampiran 4 Lembar Konsultasi
- Lampiran 5 Surat Perizinan Pelaksanaan Riset Keperawatan Dinas Kesehatan



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) tahun 2012 penderita gagal ginjal baik akut maupun kronik mencapai 50%. The United States Renal Data System (USRDS) mencatat bahwa jumlah pasien yang dirawat karena End Stage Renal Disease (ESRD) secara global diperkirakan 3.010.000 pada tahun 2012 dengan tingkat pertumbuhan 7% dan meningkat 3.200.000 pada tahun 2013 dengan tingkat pertumbuhan 6%.

Di Indonesia Prevalensi penyakit Gagal Ginjal Kronik berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun di tahun 2013 sebanyak 2.0% dan meningkat di tahun 2018 sebanyak 3.8 % atau sekitar satu juta penduduk. Sedangkan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di tahun 2015 sebanyak 51.604 pasien, kemudian meningkat ditahun 2017 menjadi 108.723 pasien.

Pada Provinsi Kalimantan Timur, penyakit gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di tahun 2015 sebanyak 238 pasien, kemudian ditahun 2017 meningkat dengan penambahan pasien baru sebanyak 568 pasien. Berdasarkan rekam medik RSUD AWS Samarinda, jumlah kunjungan penderita penyakit gagal ginjal kronik di unit hemodialisa pada tahun 2011 tercatat 885 kunjungan dari 205 penderita gagal ginjal kronik, dan pada tahun 2012 tercatat 1.241 kunjungan dari 205 penderita gagal

ginjal kronik. Data diatas menunjukkan peningkatan gagal ginjal dari tahun ke tahun (Risesdas Kaltim 2013).

Terus meningkatnya angka GJK dengan hemodialisa membuat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menetapkan program untuk mengatasinya melalui upaya pencegahan dan pengendalian penyakit ginjal kronik dengan meningkatkan upaya promotif dan preventif dengan modifikasi gaya hidup, yaitu dengan melakukan aktivitas fisik teratur, makan makanan sehat (rendah lemak, rendah garam, tinggi serat), kontrol tekanan darah dan gula darah, monitor berat badan, minum air putih minimal 2 liter perhari, tidak mengkonsumsi obat-obatan yang tidak dianjurkan, dan tidak merokok. Selain itu pemerintah juga mendorong implementasi program Posbindu Pelayanan Penyakit Tidak Menular adar dapat dilakukan deteksi dini terhadap penyakit gagal ginjal kronik. (KEMENKES, 2018)

Masalah keperawatan yang sering timbul pada gagal ginjal kronik cukup kompleks, yang meliputi : Hipervolemia, defisit nutrisi, ansietas, kerusakan integritas kulit, gangguan pertukaran gas, dan intoleransi aktivitas. Dari beberapa masalah yang muncul dapat dilakukan intervensi berdasarkan NANDA (2015), seperti kaji status nutrisi pasien, monitoring tanda-tanda vital, monitor masukan cairan, instruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi dan jelaskan tentang proses penyakit.

Dalam mengatasi berbagai permasalahan yang timbul pada pasien gagal ginjal kronik, peran perawat sangat penting, diantaranya sebagai pelaksana, pendidik, pengelola, peneliti dan advocate. Sebagai pelaksana, perawat berperan

dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional dan kemprehensif yang meliputi : mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, meningkatkan asupan nutrisi yang adekuat, meningkatkan aktivitas yang dapat ditoleransi dan mencegah injury. Sebagai pendidik perawat memberikan pendidikan kesehatan, khususnya tentang pembatasan diet, cairan, dll.

Perawat sebagai pengelola, yaitu perawat harus membuat perencanaan asuhan keperawatan dan bekerja sama dengan tenaga kesehatan yang lainnya sehingga program pengobatan dan perawatan dapat berjalan dengan baik. Peran perawat sebagai peneliti adalah menerapkan hasil penelitian di bidang keperawatan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Peran perawat sebagai advocate adalah membela hak pasien selama perawatan, seperti hak pasien untuk mengetahui rasional penatalaksanaan medis, pemeriksaan penunjang, dan sebagainya (Lina, 2011)

Berdasarkan fenomena dari hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan ini adalah penulis dapat memberikan asuhan keperawatan pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa di ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie.

1.3.2. Tujuan Khusus

Secara khusus penulisan ini bertujuan agar mahasiswa dapat:

1. Melakukan pengkajian pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa.
2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa.
3. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik dengan hemodialisa.
4. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik dengan hemodialisa.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik dengan hemodialisa.

1.4. Manfaat

1.4.1. Bagi Penulis

Informasi yang diperoleh dari hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan bagi petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal dengan Hemodialisa.

1.4.2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil dari asuhan keperawatan dapat dijadikan masukan tentang pasien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan hemodialisa.

1.4.3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu pilihan dalam intervensi keperawatan manajemen kepatuhan pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Medis

2.1.1. Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal adalah ginjal kehilangan kemampuan untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal. Gagal ginjal biasanya dibagi menjadi dua kategori yaitu kronik dan akut (Nurarif & Kusuma, 2013).

Gagal Ginjal Kronik merupakan suatu kondisi dimana organ ginjal sudah tidak mampu mengangkut sampah sisa metabolik tubuh berupa bahan yang biasanya dieliminasi melalui urin dan menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit, serta asam basa (Abdul, 2015)

Sedangkan menurut Black (2014) Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum. Pada pasien gagal ginjal kronis mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa, transplanti ginjal, dialysis

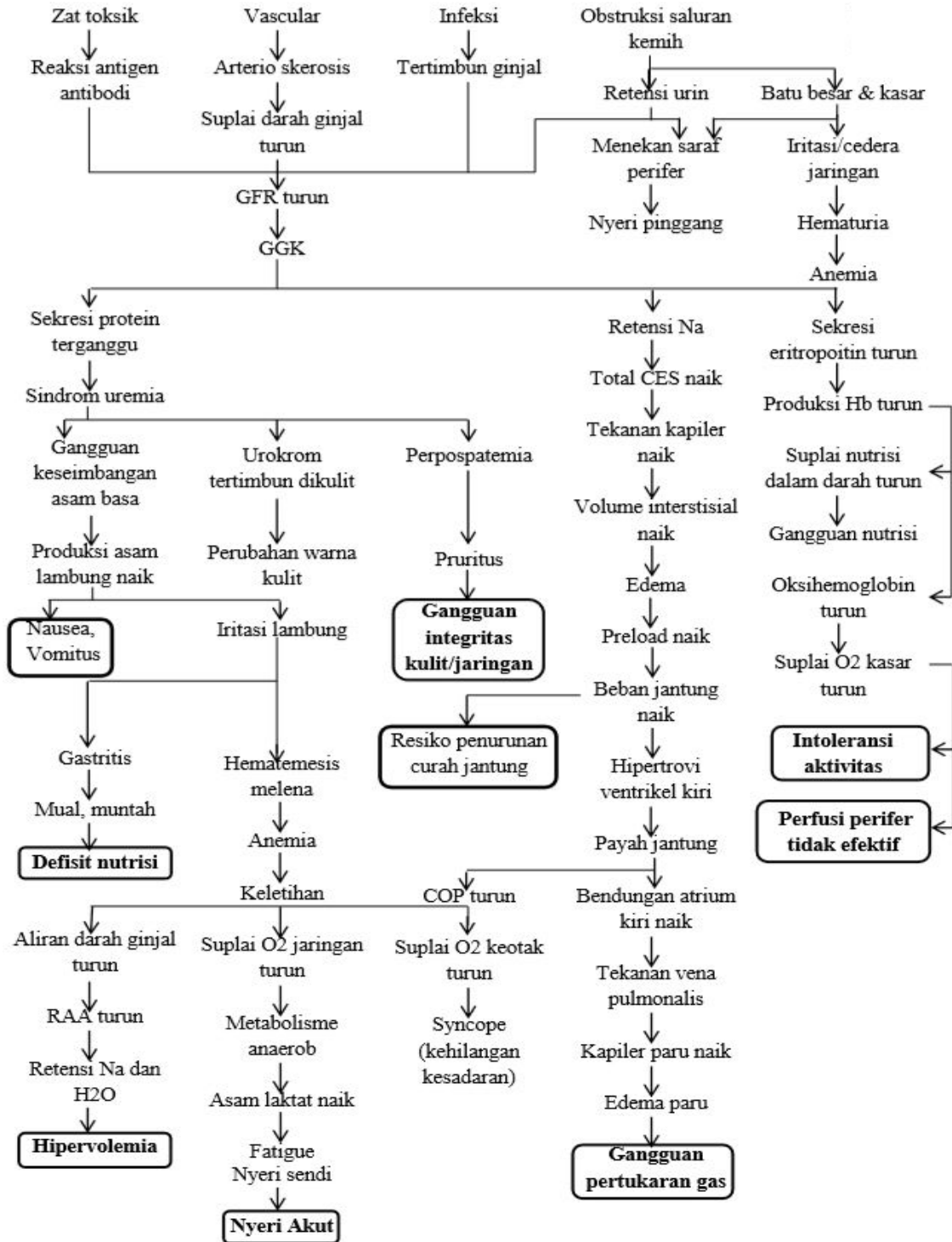
peritoneal, hemodialysis dan rawat jalan dalam waktu yang lama (Desfrimadona, 2016).



2.1.2. Patofisiologi

Bagan 2.1

Pathway Gagal Ginjal Kronik



(Sumber: Brunner&Sudart, 2013 dan SDKI, 2016)

Gagal ginjal kronik disebabkan oleh berbagai kondisi, seperti gangguan metabolic (DM), infeksi (Pielonefritis), Obstruksi Traktus Urinarius, Gangguan Imunologis, Hipertensi, Gangguan tubulus primer (nefrotoksin) dan Gangguan kongenital yang menyebabkan GFR menurun.

Pada waktu terjadi kegagalan ginjal sebagai nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesa nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai $\frac{3}{4}$ dari nefron-nefron rusak. Beban bahayang harus dilarut menjadi lebih besar daripada yang bisa di reabsorpsi berakibat dieresis osmotik disertai poliuri dan haus.

Selanjutnya karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimana timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini fungsi renal yang demikian lebih rendah itu. (Barbara C Long).

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap system tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat (Smeltzer dan Bare, 2011)

2.1.3. Etiologi

Pada dasarnya, penyebab gagal ginjal kronik adalah penurunan laju filtrasi glomerulus atau yang disebut juga penurunan glomerulus filtration rate (GFR). Penyebab gagal ginjal kronik menurut Andra & Yessie, 2013):

1. Gangguan pembuluh darah : berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah Aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan konstiksi skleratik progresif pada pembuluh darah. Hyperplasia fibromaskular pada satu atau lebih arteri besar yang juga menimbulkan sumbatan pembuluh darah. Nefrosklerosis yaitu suatu kondisi yang disebabkan oleh hipertensi lama yang tidak di obati, dikarakteristikkan oleh penebalan, hilangnya elastisitas system, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal ginjal.
2. Gangguan imunologis : seperti glomerulonephritis
3. Infeksi : dapat dijelaskan oleh beberapa jenis bakteri terutama E.Coli yang berasal dari kontaminasi tinja pada traktus urinarius bakteri. Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang lebih sering secara ascenden dari traktus urinarius bagian bawah lewat ureter ke ginjal sehingga dapat menimbulkan kerusakan irreversible ginjal yang disebut pielonefritis.
4. Gangguan metabolik : seperti DM yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membrane kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis

yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membrane glomerulus.

5. Gangguan tubulus primer : terjadinya nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.
6. Obstruksi traktus urinarius : oleh batu ginjal, hipertrofi prostat, dan kontstriksi uretra.
7. Kelainan kongenital dan herediter : penyakit polikistik sama dengan kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista atau kantong berisi cairan didalam ginjal dan organ lain, serta tidak adanya jaringan ginjal yang bersifat konginetal (hypoplasia renalis) serta adanya asidosis.

2.1.4. Tanda dan Gejala

- 1) Menurut perjalanan klinisnya (Corwin, E (2009):
 - (1) Menurunnya cadangan ginjal pasien asimtomatik, namun GFR dapat menurun hingga 25% dari normal.
 - (2) Insufisiensi ginjal, selama keadaan ini pasien mengalami polyuria dan nokturia, GFR 10% hingga 25% dari normal, kadar kreatinin serum dan BUN sedikit meningkat diatas normal.
 - (3) Penyakit ginjal stadium akhir (ESRD) atau sindrom uremik (lemah, letargi, anoreksia, mual muntah, nokturia, kelebihan volume cairan, neuropati perifer, pruritus, uremic frost, pericarditis, kejang-kejang sampai koma), yang ditandai dengan GFR kurang dari 5-10 ml/menit, kadar serum kreatinin dan BUN meningkat tajam, dan terjadi perubahan biokimia dan gejala yang komplek.

2.1.5. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan adalah menjaga keseimbangan cairan elektrolit dan mencegah komplikasi, yaitu sebagai berikut (Muttaqin, 2011) :

1) Dialisis

Dialisis dapat dilakukan dengan mencegah komplikasi gagal ginjal yang serius, seperti hyperkalemia, pericarditis, dan kejang. Dialisis memperbaiki abnormalitas biokimia, menyebabkan cairan, protein dan natrium dapat dikonsumsi secara bebas, menghilangkan kecenderungan perdarahan dan membantu penyembuhan luka.

Dialisis atau dikenal dengan nama cuci darah adalah suatu metode terapi yang bertujuan untuk menggantikan fungsi/kerja ginjal yaitu membuang zat-zat sisa dan kelebihan cairan dari tubuh. Terapi ini dilakukan apabila fungsi kerja ginjal sudah sangat menurun (lebih dari 90%) sehingga tidak lagi mampu untuk menjaga kelangsungan hidup individu, maka perlu dilakukan terapi. Selama ini dikenal ada 2 jenis dialisis :

(1) Hemodialisis (cuci darah dengan mesin dialiser)

Hemodialisis atau HD adalah jenis dialisis dengan menggunakan mesin dialiser yang berfungsi sebagai ginjal buatan. Pada proses ini, darah dipompa keluar dari tubuh, masuk kedalam mesin dialiser. Didalam mesin dialiser, darah dibersihkan dari zat-zat racun melalui proses difusi dan ultrafiltrasi oleh dialisat (suatu cairan khusus untuk dialisis), lalu setelah darah selesai di bersihkan, darah

dialirkan kembali ke dalam tubuh. Proses ini dilakukan 1-3 kali seminggu di rumah sakit dan setiap kalinya membutuhkan waktu sekitar 2-4 jam.

(2) Dialisis peritoneal (cuci darah melalui perut)

Terapi kedua adalah dialisis peritoneal untuk metode cuci darah dengan bantuan membran peritoneum (selaput rongga perut). Jadi, darah tidak perlu dikeluarkan dari tubuh untuk dibersihkan dan disaring oleh mesin dialisis.

2) Koreksi hiperkalemi

Mengendalikan kalium darah sangat penting karena hiperkalemi dapat menimbulkan kematian mendadak. Hal pertama yang harus diingat adalah jangan menimbulkan hiperkalemia. Selain dengan pemeriksaan darah, hiperkalemia juga dapat didiagnosis dengan EEG dan EKG. Bila terjadi hiperkalemia, maka pengobatannya adalah dengan mengurangi intake kalium, pemberian Na Bikarbonat, dan pemberian infus glukosa.

3) Koreksi anemia

Usaha pertama harus ditujukan untuk mengatasi faktor defisiensi, kemudian mencari apakah ada perdarahan yang mungkin dapat diatasi. Pengendalian gagal ginjal pada keseluruhan akan dapat meningkatkan Hb. Tranfusi darah hanya dapat diberikan bila ada indikasi yang kuat, misalnya ada infusensi coroner.

4) Koreksi asidosis

Pemberian asam melalui makanan dan obat-obatan harus dihindari. Natrium Bikarbonat dapat diberikan peroral atau parenteral. Pada permulaan 100

mEq natrium bikarbonat diberi intravena perlahan-lahan, jika diperlukan dapat diulang. Hemodialisis dan dialisis peritoneal dapat juga mengatasi asidosis.

5) Pengendalian hipertensi

Pemberian obat beta bloker, alfa metildopa dan vasodilatator dilakukan. Mengurangi intake garam dalam mengendalikan hipertensi harus hati-hati karena tidak semua gagal ginjal disertai retensi natrium.

6) Transplantasi ginjal

Dengan pencangkokan ginjal yang sehat ke pasien gagal ginjal kronik, maka seluruh faal ginjal diganti oleh ginjal yang baru.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama proses perawatan yang akan membantu dalam penentuan status kesehatan dan pola pertahanan pasien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan pasien serta merumuskan diagnose keperawatan (Smeltezer and Bare, 2011 : Kinta, 2012).

1) Identitas pasien

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orang tua, pekerjaan orang tua.

2) Keluhan utama

Kelemahan, susah berjalan/bergerak, kram otot, gangguan istirahat dan tidur, takikardi/takipnea pada waktu melakukan aktivitas dan koma.

3) Riwayat kesehatan pasien dan pengobatan sebelumnya

Berapa lama pasien sakit, bagaimana penanganannya, mendapat terapi apa, bagaimana cara minum obatnya apakah teratur atau tidak, apasaja yang dilakukan pasien untuk menaggulangi penyakitnya.

4) Aktifitas/istirahat :

Kelelahan ekstrem, kelemahan, malaise, gangguan tidur (insomnia/gelisah atau samnolen), kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak

5) Sirkulasi

Adanya riwayat hipertensi lama atau berat, palpatasi, nyeri dada (angina), hipertensi, nadi kuat, edema jaringan umum dan pitting pada kaki, telapak tangan, nadi lemah, hipotensi ortostatik menunjukkan hipovolemia, yang jarang pada penyakit tahap akhir, pucat, kulit coklat kehijauan, kuning, kecenderungan perdarahan.

6) Integritas ego

Faktor stress, perasaan tak berdaya, taka da harapan, taka da kekuatan, menolak, ansietas, takut, marah, mudah terangsang, perubahan kepribadian.

7) Eliminasi

Penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (pada gagal ginjal tahap lanjut), abdomen kembung, diare, atau konstipasi, perubahan warna urine, contoh kuning pekat, merah, coklat, oliguria.

8) Makanan/Cairan

Peningkatan berat badan cepat (oedema), penurunan berat badan (malnutrisi), anoreksia, nyeriulu hati, mual/muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernapasan ammonia), penggunaan diuretic, distensi abdomen/asietes,

pembesaran hati (tahap akhir), perubahan turgor kulit/kelembaban, ulserasi gusi, perdarahan gusi/lidah

9) Neurosensori

Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot/kejang, syndrome “kaki gelisah”, rasa terbakar pada telapak kaki, kesemutan dan kelemahan, khususnya ekstremitas bawah, gangguan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran, stupor, kejang, fasikulasi otot, aktivitas kejang, rambut tipis, kuku rapuh dan tipis

10) Nyeri/kenyamanan

Nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki dan perilaku berhati-hati/distraksi, gelisah.

11) Pernapasan

Napas pendek, dyspnea, batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak, takipnea, dyspnea, peningkatan frekuensi/kedalaman dan batuk dengan sputum encer (edema paru).

12) Keamanan

Kulit gatal, ada/berulangnya infeksi, pruritus, demam (sepsis, dehidrasi), normotermia dapat secara actual terjadi peningkatan pada pasien yang mengalami suhu tubuh lebih rendah dari normal, petekie, area ekimosis pada kulit, fraktur tulang, keterbatasan gerak sendi

13) Seksualitas

Penurunan libido, amenorea, infertilitas

14) Interaksi social

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

15) Penyuluhan/Pembelajaran

Riwayat Diabetes Melitus (resiko tinggi untuk gagal ginjal), penyakit polikistik, nefritis hereditas, kalkulus urenaria, malignansi, riwayat terpejan pada toksin, contoh obat, racun lingkungan, penggunaan antibiotic nefrotoksik saat ini/berulang.

2.2.2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif . diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas Diagnosis Aktual dan Diagnosis Resiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat dan optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan Diagnosis Promosi Kesehatan (ICNP, 2015)

Pada diagnosis aktual, indikator diagnostiknya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala. Pada diagnosis resiko tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala, hanya memiliki faktor resiko.

Diagnosa keperawatan ditegakkan atas dasar data pasien. Kemungkinan diagnosa keperawatan dari orang dengan kegagalan ginjal kronis adalah sebagai berikut (Brunner&Sudart, 2013 dan SDKI, 2016):

- 1) Hipervolemia
- 2) Defisit nutrisi
- 3) Nausea
- 4) Gangguan integritas kulit/jaringan
- 5) Gangguan pertukaran gas
- 6) Intoleransi aktivitas
- 7) Resiko penurunan curah jantung
- 8) Perfusi perifer tidak efektif
- 9) Nyeri akut

2.2.3. Perencanaan

Tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga, dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami pasien. Tahap perencanaan ini memiliki beberapa tujuan penting, diantaranya sebagai alat komunikasi antar sesama perawat dan tim kesehatan lainnya, meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan bagi pasien, serta mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Unsur terpenting dalam tahap perencanaan ini adalah membuat orioritas urutan diagnoa keperawatan, merumuskan tujuan, merumuskan kriteria evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan (Asmadi, 2008).

Tabel 2.1

Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik
(sumber: SIKI, 2018)

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Hipervolemia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka hipervolemia meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Edema menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Turgor kulit membaik 	<p>Manajemen Hipervolemia Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor jumlah dan warna urin <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Batasi asupan cairan dan garam 5. Tinggikan kepala tempat tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian diuretik 8. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat deuretik 9. Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT), jika perlu
2.	Defisit Nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien tercukupi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. intake nutrisi tercukupi 2. asupan makanan dan cairan tercukupi 	<p>Manajemen Nutrisi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 6. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 7. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 9. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p>11. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p>
3.	Nausea	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka nausea membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan membaik 2. Keluhan mual menurun 3. Pucat membaik 4. Takikardia membaik (60-100 kali/menit) 	<p>Manajemen Mual</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kendalikan faktor lingkungan penyebab (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 4. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan istirahat dan tidur cukup 6. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. Relaksasi, terapi musik, akupresur) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu
4.	Kerusakan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan integritas kulit dapat terjaga dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan 2. Perfusi jaringan baik 3. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit 	<p>Perawatan integritas kulit</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3. Lakukan pemijataan pada area tulang, jika perlu 4. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 5. Bersihkan perineal dengan air hangat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion atau serum)

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya 8. Anjurkan minum air yang cukup 9. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
5.	Gangguan pertukaran gas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pertukaran gas tidak terganggu dengan kriteria hasil: 1. Tanda-tanda vital dalam rentang normal 2. Tidak terdapat otot bantu napas 3. Memlihara kebersihan paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernapasan	Pemantauan respirasi Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor saturasi oksigen 4. Auskultasi bunyi napas Terapeutik 5. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 6. Bersihkan sekret pada mulut dan hidung, jika perlu 7. Berikan oksigen tambahan, jika perlu 8. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 9. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 10. Informasikan hasil pemantauan Kolaborasi 11. Kolaborasi penentuan dosis oksigen
6.	Intoleransi Aktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan lelah menurun 2. Saturasi oksigen dalam rentang normal (95%-100%) 3. Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali/menit) 4. Dispnea saat beraktifitas dan setelah beraktifitas menurun (16-20 kali/menit)	Manajemen Energi Observasi 1. Monitor kelelahan fisik 2. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 3. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 4. Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu Edukasi 5. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 6. Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif Kolaborasi 7. Kolaborasi dengan ahli gizi

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			tentang cara meningkatkan asupan makanan
7.	Resiko penurunan curah jantung	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan penurunan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Tekanan darah membaik 100-130/60-90 mmHg 3. Lelah menurun 4. Dispnea menurun dengan frekuensi 16-24 x/menit 	<p>Perawatan Jantung Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (mis. Dispnea, kelelahan) 2. Monitor tekanan darah 3. Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Posisikan semi-fowler atau fowler 5. Berikan terapi oksigen <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam 7. Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
8.	Perfusi perifer tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3x8 jam maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Kelemahan otot menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Akral membaik 6. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan sirkulasi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Monitor perubahan kulit 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak 4. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 6. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 7. Lakukan pencegahan infeksi 8. Lakukan perawatan kaki dan kuku <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan berhenti merokok 10. Anjurkan berolahraga rutin 11. Anjurkan mengecek air mandi

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			untun menghindari kulit terbakar 12. Anjurkan meminum obat pengontrol tekanan darah secara teratur Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu
9.	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka tautan nyeri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 3. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis meningkat 4. Keluhan nyeri penggunaan analgesik menurun 5. Meringis menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola nafas membaik 8. Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi factor pencetus dan pereda nyeri 2. Monitor kualitas nyeri 3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 5. Monitor durasi dan frekuensi nyeri Teraupetik 6. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian obat analgetik

2.2.4. Implementasi

Implementasi merupakan langkah keempat dalam proses asuhan keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi kesehatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan yang di prioritaskan.

Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Kozier et al., 2010)

Menurut Purwaningsih & Karlina (2010) ada 4 tahap operasional yang harus diperhatikan oleh perawat dalam melakukan implementasi keperawatan, yaitu sebagai berikut :

1) Tahap Prainteraksi

Membaca rekam medis pasien, mengeksplorasi perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan profesional pada diri sendiri, memahami rencana keperawatan yang baik, menguasai keterampilan teknis keperawatan, memahami rasional ilmiah dan tindakan yang akan dilakukan, mengetahui sumber daya yang diperlukan, memahami kode etik dan aspek hukum yang berlaku dalam pelayanan keperawatan, memahami standar praktik klinik keperawatan untuk mengukur keberhasilan dan penampilan perawat harus meyakinkan

2) Tahap Perkenalan

Mengucapkan salam, memperkenalkan nama, menanyakan nama, umur, alamat pasien, menginformasikan kepada pasien tujuan dan tindakan yang akan dilakukan oleh perawat, memberitahu kontrak waktu, dan memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang tindakan yang akan dilakukan

3) Tahap Kerja

Menjaga privasi pasien, melakukan tindakan yang sudah direncanakan, hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energy pasien,

pengecahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, kondisi pasien, respon pasien terhadap tindakan yang telah diberikan.

4) Tahap Terminasi

Beri kesempatan pasien untuk mengekspresikan perasaannya setelah dilakukan tindakan oleh perawat, berikan feedback yang baik kepada pasien dan puji atas kerjasama pasien, kontrak waktu selanjutnya, rapikan peralatan dan lingkungan pasien dan lakukan terminasi, berikan salam sebelum meninggalkan pasien, lakukan pendokumentasian

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus-menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setiap selesai tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya.

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

- 1) Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 2) Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebahagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- 3) Masalah belum teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan
- 4) Muncul masalah baru, jika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru.





BAB III

METODE PENULISAN

3.1. Pendekatan

Penulisan ini merupakan penulisan deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

3.2. Subyek Penulisan

Subyek dalam studi kasus ini menggunakan dua responden gagal ginjal kronik dengan hemodialisa di ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahra nie samarinda dengan kriteria:

- 1) Pasien dengan riwayat gagal ginjal kronik dengan hemodialisa di ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- 2) Dalam keadaan sadar

- 3) Bersedia menjadi responden.

3.3. Batasan Istilah

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

- 1) Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan KDM, dengan



menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

- 2) Gagal Ginjal Kronik adalah penurunan fungsi ginjal dalam skala kecil. Itu merupakan proses normal bagi setiap manusia seiring bertambahnya usia. Namun hal ini tidak menyebabkan kelainan atau menimbulkan gejala karena masih dalam batas-batas wajar yang dapat ditolerir ginjal dan tubuh. Tetapi karena berbagai sebab, dapat terjadi kelainan dimana penurunan fungsi ginjal terjadi secara progresif sehingga menimbulkan berbagai keluhan dari ringan sampai berat. Kondisi ini disebut Gagal Ginjal Kronik.

3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian

Asuhan keperawatan dilakukan di ruang perawatan di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie, waktu pengumpulan data diperkirakan akan dilakukan selama 6 hari.

3.5. Prosedur Penelitian

Penulisan diawali dengan penyusunan usulan penelitian dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh penguji proposal maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data penelitian berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek penelitian.

3.6. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data yang relevan dan lengkap, pengumpulan data dalam penulisan ini menggunakan beberapa teknik untuk mengumpulkan data. Adapun teknik –teknik yang digunakan dalam penulisan ini adalah:

1) Wawancara

Wawancara yang dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari responden atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan responden misalnya mengenai biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan kunjungan, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, genogram, riwayat sosial, kebutuhan dasar : nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, keadaan kesehatan saat ini, dan pengkajian fisik.

2) Pengamatan (Observasi)

(1) Pengamatan terlibat (observasi partisipatif)

Pengamatan benar-benar mengambil bagian dalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan kata lain pengamat ikut aktif berpartisipasi pada aktivitas yang telah diselidiki, misalnya memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah defisit nutrisi antara lain penimbangan berat badan, pemeriksaan antropometri, memberikan tindakan keperawatan yang dibutuhkan pasien.

(2) Pengamatan sistematis

Pengamatan yang mempunyai kerangka atau struktur yang jelas. Kerangka tersebut memuat beberapa hal, misalnya pada masalah defisit nutrisi hal-hal yang

perlu diperhatikan antara lain, pada keluhan utama, pemeriksaan fisik terutama pada pemeriksaan abdomen, pemeriksaan integument, pemeriksaan antropometri, pola eliminasi, status nutrisi, dan status hidrasi. Dan pada umumnya observasi sistematis ini di dahului suatu observasi pendahuluan yakni dengan observasi partisipatif.

3) Dokumentasi

Pada metode dokumentasi peneliti memegang check list untuk mencari variabel yang sudah ditentukan. Apabila terdapat/muncul variabel yang dicari, maka peneliti tinggal membutuhkan tanda cek atau tally di tempat yang sesuai (Arikunto, 2006). Dari hasil data yang sudah diperoleh meliputi wawancara, pengkajian, observasi untuk memvalidasi hasil tersebut peneliti melakukan check list hasil yang di dapat dengan data pada rekam medic pasien.

3.7. Keabsahan Data

Ketentuan pengamatan dilakukan dengan melakukan pengamatan yang diteliti, rinci dan terus menerus selama proses pengkajian berlangsung yang diikuti dengan kegiatan wawancara secara intensif terhadap pasien agar data yang dihasilkan terhindar dari hal-hal yang tidak diinginkan. Pengecekan teman sejawat/kolega dilakukan dalam bentuk diskusi mengenai proses dan hasil dengan harapan untuk memperoleh masukan baik dari segi metodologi maupun pelaksanaan tindakan.

3.8. Analisis Data

Dalam penulisan ini peneliti menganalisa data dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, yaitu wawancaram dan pengamatan, maka

langkah berikutnya adalah mengadakan reduksi dari hasil pengkajian selama di ruang perawatan yang kemudian dibandingkan antara teori dengan kenyataan yang ada pada asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa di ruang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie.



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 6 – 10 Mei 2019 dengan jumlah sampel sebanyak dua pasien. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

4.1 HASIL

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terletak di Jalan 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 dan merupakan Rumah Sakit rujukan tertinggi di Kalimantan Timur yang berkedudukan di kota Samarinda. Diresmikan sebagai Rumah Sakit dengan nama RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 22 Februari 1986, dimana sebelumnya bernama *Lanschap Hospital* yang dibangun tahun 1933 pada zaman penjajahan Belanda. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie ini antara lain Instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan IGD 24 Jam. Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari poliklinik, medical check up, dan resume medis. Fasilitas pemeriksaan penunjang terdiri dari

laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, radiologi, hemodialisa, CT-scan, OKA sentral, Laundry, Farmasi, gizi. Untuk unit rawat inap terdapat beberapa ruangan yaitu Flamboyan, Seruni, Dahlia, Angsoka, Tulip, Melati, Angrek, Cempaka, Aster, Edelwis, Mawar, Bougenvil, Teratai, ICU, ICCU, HCU, Stroke Center, dan Sakura.

Dalam penelitian ini dilakukan diruang Flamboyan yaitu rawat inap kelas tiga bagi laki-laki maupun perempuan dewasa yang diterima langsung dari IGD maupun poliklinik. Kasus yang dirawat diruang Flamboyan meliputi kasus gagal ginjal kronik, penyakit paru obstruktif kronis, diabetes mellitus, CHF dan sirosis hepatis. Adapun batasan-batasan ruang flamboyan yaitu sebagai berikut: sebelah selatan terdapat Ruang Seruni, sebelah barat terdapat parkir *Teaching Center* Universitas Mulawarman, sebelah utara terdapat Ruang Melati dan sebelah Timur terdapat kantin pengunjung. Bangunan pada ruang flamboyan terdiri 1 ruang kepala ruangan, 2 ruangan perawat, 2 kamar mandi perawat, 1 ruang mahasiswa, 1 dapur, 1 mushola, 2 ruang tindakan, 1 gudang, 10 kamar tidur dengan kapasitas 50 tempat tidur dengan 2 kamar mandi disetiap kamar tidur, 1 ruang isolasi dengan kapasitas 2 tempat tidur dan 2 kamar mandi.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1
Pengkajian Pasien 1 (Tn. L) dan Pasien 2 (Tn. S) di Ruang Flamboyan RSUD
Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Identitas Pasien	Pasien I (Tn. L)	Pasien II (Tn. S)
1.	Nama Pasien	Tn. L	Tn. S
2.	Tanggal Lahir	29 Juni 1951	13 Agustus 1971
3.	Suku/Bangsa	Jawa/Indonesia	Bugis/Indonesia
4.	Agama	Islam	Islam
5.	Pendidikan	SMP	SMP
6.	Pekerjaan	Wiraswasta	Kuli bangunan
7.	Alamat	Jl. Purwodadi Lempake	Badak baru, RT.09 No.16
8.	Diagnosa Medis	CKD on HD (<i>stage v</i>)	CKD on HD (<i>stage v</i>)
9.	Sumber Informasi	pasien dan keluarga	pasien dan keluarga
10.	No. Register	89.97.58	01.03.95.66
11.	Tanggal Pengkajian	6 Mei 2019	8 Mei 2019
12.	Keluhan Utama	Mual dan ingin muntah	Mual dan ingin muntah
13.	Riwayat Penyakit Sekarang	<p>Pasien saat ini mengatakan merasa mual dan ingin muntah serta tidak selera makan, pasien mengatakan perut semakin membesar dan bengkak pada kedua kaki, selain itu pasien juga mengeluh sesak napas dan badan terasa lemas. Pasien terlihat hanya berbaring ditempat tidurnya</p> <p>Saat ini pasien terpasang kateter, oksigen nasal kanul 3 liter/menit dan tidak terpasang cairan infus.</p> <p>Hasil tanda-tanda vital: TD: 180/110 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 26 x/menit, S: 36.0 °C.</p>	<p>Pasien saat ini mengeluh merasa mual dan ingin muntah serta kurang nafsu makan. Pasien juga merasa sesak napas dan badannya terasa lemas, terdapat pembengkakan di kedua kaki dan tangan pasien, istri pasien mengatakan bengkak mulai terjadi sejak ± 6 bulan yang lalu, istri pasien mengatakan kalau pasien kurang nafsu makan karna mual, pasien terlihat lemas dan pucat.</p> <p>Saat ini pasien terpasang selang kateter, oksigen nasal kanul 3liter/menit dan infus EAS primer 6 tetes/menit. Hasil tanda-tanda vital: TD: 170/100 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 25 x/menit, S: 36,7 °C</p>
14.	Riwayat Penyakit Dahulu	<p>Pasien pernah dirawat di rumah sakit pada tanggal 29 Mei 2019 selama 4 hari dengan diagnosa yang sama yaitu CKD, pasien memiliki riwayat penggunaan obat asam urat</p>	<p>Pasien pernah dirawat di rumah sakit 2 bulan yang lalu dengan riwayat penyakit CKD, pasien memiliki riwayat penggunaan obat Amlodipin dan telmisartan, pasien</p>

No.	Identitas Pasien	Pasien I (Tn. L)	Pasien II (Tn. S)
		namun sudah berhenti ± 2 tahun yang lalu, pasien tidak memiliki riwayat alergi dan operasi.	tidak memiliki riwayat alergi dan operasi.
15.	Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan kalau orang tua yaitu bapak memiliki riwayat hipertensi.	Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit ginjal.
16.	Genogram Pasien I (Tn. L)	<p>Genogram Pasien I (Tn. L)</p>	<p>Genogram Pasien II (Tn. S)</p>
17.	Keadaan Umum	Sedang	Sedang
18.	Kesadaran	Compos Mentis : E ₄ M ₆ V ₅	Compos Mentis : E ₄ M ₆ V ₅
19.	Tanda – Tanda Vital	TD :180/110 mmHg Nadi : 90 kali/menit RR : 26 kali/menit Temp : 36.0 °C	TD :170/100 mmHg Nadi : 98 kali/menit RR : 25 kali/menit Temp : 36.2 °C
20.	Kenyamanan/nyeri	Tidak terdapat keluhan nyeri	Tidak terdapat keluhan nyeri
20.	Status Fungsional Barthel Indeks	Total skor 9 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang.	Total skor 7 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat.
21.	Pemeriksaan Kepala	<p>Kepala : Simetris, kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan</p>	<p>Kepala : Simetris, kepala bersih, penyebarab rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan</p>

No.	Identitas Pasien	Pasien I (Tn. L)	Pasien II (Tn. S)
		Rongga Mulut dan Lidah : Keadaan mukosa bibir lembab dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah.	Rongga Mulut dan Lidah : Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah.
22.	Pemeriksaan Thorax	Keluhan : Pasien mengeluh sesak napas Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas teratur, pola nafas dispnea pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien menggunakan alat bantu nafas oksigen nasal kanul 3 liter/menit Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan	Keluhan : Pasien mengeluh sesak napas Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 25 kali/menit, irama nafas teratur, pola nafas dispnea, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien menggunakan alat bantu nafas oksigen nasal kanul 3 liter/menit. Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan
23.	Pemeriksaan Jantung	Tidak ada keluhan nyeri dada Inspeksi Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT < 2 detik dan Tidak ada sianosis Palpasi Ictus Kordis teraba di ICS 5, dan Akral Hangat Perkusi Batas atas : ICS II line sternal dekstra Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra Batas kanan : ICS III line sternal dekstra	Tidak ada keluhan nyeri dada Inspeksi Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT < 2 detik dan Tidak ada sianosis Palpasi Ictus Kordis teraba di ICS 5 dan Akral Hangat Perkusi Batas atas : ICS II line sternal dekstra Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra Batas kanan : ICS III line sternal dekstra

No.	Identitas Pasien	Pasien I (Tn. L)	Pasien II (Tn. S)
		Batas kiri : ICS III line sternal sinistra Auskultasi BJ II Aorta : Dup, reguler dan intensitas kuat BJ II Pulmonal : Dup, reguler dan intensitas kuat BJ I Trikuspid : Lup, reguler dan intensitas kuat BJ I Mitral : Lup, reguler dan intensitas kuat Tidak ada bunyi jantung tambahan Tidak ada kelainan	Batas kiri : ICS III line sternal sinistra Auskultasi BJ II Aorta : Dup, reguler dan intensitas kuat BJ II Pulmonal : Dup, reguler dan intensitas kuat BJ I Trikuspid : Lup, reguler dan intensitas kuat BJ I Mitral : Lup, reguler dan intensitas kuat Tidak ada bunyi jantung tambahan Tidak ada kelainan
24.	Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	- BB sebelum HD: 62 Kg TB : 165 Cm BAB 1x/hari konsistensi lunak, diet lunak, jenis diet : Diet rendah protein rendah garam, nafsu makan menurun , porsi makan habis ¼ porsi . Abdomen Inspeksi : bentuk membesar, benjolan tidak ada diperut tidak tampa, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya benjolan abdomen, tidak ada luka operasi pada abdomen, dan tidak terpasang drain Auskultasi :Peristaltik 18 x/menit Palpasi Tidak ada nyeri tekan, teraba adanya penumpukan cairan/asites, dan tidak ada pembesaran pada hepar dan lien Perkusi Shifting Dullness : (+)	-BB sebelum HD: 55 Kg -BB setelah HD: 53 Kg TB : 162 Cm BAB 1x/hari konsistensi lunak, diet bubur, jenis diet : Diet rendah garam rendah protein, nafsu makan menurun ,porsi makan tidak habis Abdomen Inspeksi : Bentuk abdomen simetris, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi Auskultasi:Peristaltik 20x/menit Palpasi Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, dan tidak ada pembesaran pada hepar dan lien Perkusi Shifting Dullness (-)
25.	Pemeriksaan Sistem Syaraf	Memori : Panjang Perhatian : Dapat mengulang Bahasa : komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia Kognisi dan Orientasi : dapat mengenal orang, tempat dan waktu Refleks Fisiologis Patella : 2 Achilles : 2 Bisep : 2 Trisep : 2	Memori : Panjang Perhatian : Dapat mengulang Bahasa : komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia Kognisi dan Orientasi : dapat mengenal orang, tempat dan waktu Refleks Fisiologis Patella : 2 Achilles : 2 Bisep : 2

No.	Identitas Pasien	Pasien I (Tn. L)	Pasien II (Tn. S)
		Brankioradialis : 2 Tidak ada keluhan pusing Istirahat/ tidur 5 jam/hari Pemeriksaan syaraf kranial N1 (Olfaktorius) : Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol N2 (Optikus): Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm N3 (Oculomotorius): Pasien mampu mengangkat kelopak mata N4 (Trochearis): Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah N5 (Trigeminus): Pasien mampu mengunyah N6 (Abducent): Pasien mampu menggerakkan mata kesamping N7 (Fasialis): Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata N8 (Auditorius): Pasien mampu mendengar dengan baik N9 (Glosophareal): Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam N10 (Vagus): Pasien mampu menelan N11 (Accesoris): Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan N12 (Hypoglossus): Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah	Trisep : 2 Brankioradialis : 2 Tidak ada keluhan pusing Istirahat/ tidur 5 jam/hari Pemeriksaan syaraf kranial N1 (Olfaktorius) : Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol N2 (Optikus): Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm N3 (Oculomotorius): Pasien mampu mengangkat kelopak mata N4 (Trochearis): Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah N5 (Trigeminus): Pasien mampu mengunyah N6 (Abducent): Pasien mampu menggerakkan mata kesamping N7 (Fasialis): Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata N8 (Auditorius): Pasien mampu mendengar dengan baik N9 (Glosophareal): Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam N10 (Vagus): Pasien mampu menelan N11 (Accesoris): Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan N12 (Hypoglossus): Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah
26.	Pemeriksaan Sistem Perkemihan	Kebersihan : Bersih Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu Jenis : <i>Folley Chateter</i> Ukuran : 18 Hari ke – 2 Produksi urine 150ml/hari Warna : Kuning Bau : Khas urine Tidak ada distensi kandung kemih Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih	Kebersihan : Bersih Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu Jenis : <i>Folley Chateter</i> Ukuran : 18 Hari ke – 3 Produksi urine 200ml/hari Warna : Kuning Bau : Khas urine Tidak ada distensi kandung kemih Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih
27.	Pemeriksaan Sistem	Pergerakan sendi bebas Kekuatan otot	Pergerakan sendi bebas Kekuatan otot

No.	Identitas Pasien	Pasien I (Tn. L)		Pasien II (Tn. S)	
	Muskuloskeletal dan Integumen	5 4	5 4	5 4	5 4
		<p>Tidak ada kelainan tulang belakang Tidak ada fraktur Turgor kulit baik Tidak terdapat Luka Terdapat pitting edema grade +3 (ekstremitas bawah RL +3 dan LL +3) Nilai risiko dekubitus , pasien dalam kategori tidak beresiko yaitu dengan skor 17</p>		<p>Tidak ada kelainan tulang belakang Tidak ada fraktur Turgor kulit baik Tidak terdapat Luka Terdapat pitting edema grade +3 (ekstremitas atas RL +2 dan LL +2, ekstremitas bawah RL +3 dan LL +3) Nilai risiko dekubitus , pasien dalam kategori tidak beresiko yaitu dengan skor 17</p>	
28.	Pemeriksaan Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan trias DM		Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan trias DM	
29.	Kemanan Lingkungan	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 40 (resiko sedang)		Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 40 (resiko sedang)	
30.	Pengkajian Psikososial	<p>Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan Ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah menerima Pasien kooperatif saat interaksi Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri dilihat dari citra tubuh persepsi pasien terhadap kondisi kakinya tidak jadi masalah meskipun harus menggunakan tongkat saat berjalan, dari perilaku pasien hanya harus mengikuti anjuran dari dokter dan perawat dan pasien ingin cepat sembuh.</p>		<p>Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan Ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah menerima Pasien kooperatif saat interaksi Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri dilihat dari citra tubuh persepsi pasien terhadap kondisi kakinya tidak jadi masalah meskipun harus menggunakan tongkat saat berjalan, dari perilaku pasien hanya harus mengikuti anjuran dari dokter dan perawat dan pasien ingin cepat sembuh.</p>	
31	Pengkajian spiritual	<p>Kebiasaan beribadah Sebelum sakit pasien kadang-kadang beribadah Setelah sakit pasien belum pernah beribadah</p>		<p>Kebiasaan beribadah Sebelum sakit pasien sering beribadah Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang –kadang</p>	
32.	Personal Hygiene	<p>Mandi 1 kali sehari Keramas tidak pernah Memotong kuku setiap 1 minggu sekali Ganti pakaian 1 kali sehari Sikat gigi 1 hari sekali</p>		<p>Mandi 1 kali sehari Keramas tidak pernah Kuku pasien terlihat Panjang Ganti pakaian 1 kali sehari Sikat gigi 1 hari sekali</p>	

Tabel 4.2
Balance cairan /hari perawatan pada pasien 1 (Tn.L)
di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Intake/24 jam	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Output/24 jam	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Makan 1kalori=0,14 ml/hari	909 cc			BAK (Urine)	150 cc		
Minum peroral	300 cc			BAB (Feses)	200 cc		
Cairan infus	-			Muntah (jika ada)	-		
Obat IV	8 cc			Drain	-		
Air metabolisme (5ml/kgBB/hr)	310 cc			IWL: (15cc/kgBB/24 jam)	930 cc		
Total/24 jam	1527 cc			Total 24/jam	1280 cc		

Tabel 4.3
Balance cairan /hari perawatan pada pasien 2 (Tn.S)
di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Intake/24 jam	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Output/24 jam	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Makan 1kalori=0,14 ml/hari	789 cc			BAK (Urine)	350 cc		
Minum peroral	200 cc			BAB (Feses)	200 cc		
Cairan infus	360 cc			Muntah (jika ada)	-		
Obat IV	8 cc			Drain	-		
Air metabolisme (5ml/kgBB/hr)	275 cc			IWL: (15cc/kgBB/24 jam)	825 cc		
Total/24 jam	1632 cc			Total 24/jam	1375 cc		

Tabel 4.4

Pemeriksaan Penunjang Pada pasien CKD on HD di Ruang Flamboyan
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No	Pasien	Tanggal 5 Mei 2019	Tanggal	Hasil Normal
1.	Pasien 1 (Tn. L)	1. Hemoglobin 9,0 g/dl 2. Hematokrit 28.1 % 3. Albumin 3,2 g/dl 4. Ureum 132,7 mg/dl 5. Kreatinin 14,1 mg/dl		14,0 – 18,0 g/dl 37,0 – 54,0 % 3,5 – 5,5 g/dl 19,3 – 49,2 mg/dl 0,7 – 1,3 mg/dl
		Tanggal 5 Mei 2019	Tanggal 9 Mei 2019	Hasil Normal
2,	Pasien 2 (Tn. S)	1. Hemoglobin 8,2 g/dl 2. Hematokrit 32,2% 2. Albumin 3,3 g/dl 3. Ureum 142,7 mg/dl 5. Kreatinin 14,2 mg/dl	1. Hemoglobin 9,4 g/dl 2. Hematokrit 33,1% 2. Albumin 3,3 g/dl 3. Ureum 138,1 mg/dl 5. Kreatinin 13,8 mg/dl	14,0 – 18,0 g/dl 37,0 – 54,0 % 3,5 – 5,5 g/dl 19,3 – 49,2 mg/dl 0,7 – 1,3 mg/dl

Tabel 4.5

Hasil Penatalaksanaan Pasien 1 (Tn. L) dan Pasien 2 (Tn. S) dengan CKD on
HD di ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Nama Obat	Kandungan Obat	Bentuk Obat	Kekuatan	Dosis/Aturan Pakai	Cara Pemberian
Ranitidine	Ranitidine	Ampul	50 mg	2x1	IV
Furosemide	Furosemide	Ampul	20 mg	2x1	IV
Asam folat	Asam folat	Tablet	1 mg	2x1	PO
Amlodipine	Amlodipine	Tablet	10 mg	1x1	PO

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.6
Analisa Data Pada Pasien 1 (Tn. L) dengan CKD on HD
di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	Data Subjektif : a. pasien mengatakan merasa mual b. pasien mengatakan merasa ingin muntah c. pasien mengatakan tidak nafsu makan Data Objektif : d. Pasien terlihat pucat e. Kadar ureum meningkat (Ureum 132,7 mg/dl)	Uremia	(D.0076) Nausea
2.	Data Subjektif: a. Pasien mengatakan merasa sesak napas Data objektif: a. Tekanan darah meningkat 180/110 mmHg	Perubahan afterload	Resiko penurunan curah jantung
3.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan perut semakin membesar b. Pasien mengatakan kedua kaki bengkak Data Objektif : a. Edema pada kedua kaki b. Asites diperut c. Kadar hemoglobin 9.0 mg/dL dan hematokrit 28,1 % d. Oliguria	Gangguan mekanisme regulasi	(D. 0022) Hipervolemia

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
4.	Data Subjektif : a. Pasien mengeluh badan terasa lemas Data Objektif : a. Tekanan darah dan nadi meningkat	Kelemahan	(D.0056) Intoleransi aktifitas

Tabel 4.7
Analisa Data Pasien II (Tn. S) dengan CKD on HD di Ruang Flamboyan RSUD
Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	Data Subjektif : pasien mengatakan merasa mual dan ingin muntah Pasien mengatakan kurang nafsu makan karena mual Data Objektif : Pasien terlihat pucat kadar ureum meningkat (Ureum 138,1 mg/dl)	Uremia	(D.0076) Nausea
2.	Data Subjektif: a. Pasien mengatakan merasa sesak napas Data objektif: a. Tekanan darah meningkat 170/100 mmHg	Perubahan afterload	(D.0011) Resiko penurunan curah jantung
3.	Data Subjektif : Pasien mengatakan kedua kaki dan tangan bengkak Pasien mengatakan sesak napas Pasien mengatakan jumlah urin yang keluar hanya sedikit	Gangguan mekanisme regulasi	(D. 0022) Hipervolemia

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
	dalam sehari Data Objektif : edema pada kedua kaki dan tangan bagian bawah		
4.	Data Subjektif : Pasien mengatakan merasa lemas Pasien mengatakan merasa sesak napas Data Objektif : Tekanan darah dan nadi meningkat	Kelemahan	(D.0142) Intoleransi Aktifitas

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

4.8 Tabel

Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Pada Pasien CKD on HD di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2019

No	Pasien 1			Pasien 2		
	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Diagnosa Keperawatan
1.	6 Mei 2019	8 Mei 2019	(D.0076) Nausea b/d uremia dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa mual, ingin muntah dan tidak nafsu makan dan terlihat pucat, Kadar ureum meningkat (Ureum 132,7 mg/dl)	8 Mei 2019	10 Mei 2019	(D.0076) Nausea b/d uremia dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa mual dan ingin muntah serta kurang nafsu makan karena mual, pasien terlihat pucat, dan kadar ureum meningkat (Ureum 138,1 mg/dl)
2.	6 Mei 2019	8 Mei 2019	(D.0011) Resiko penurunan curah jantung b/d perubahan afterload dibuktikan dengan pasien merasa sesak dan tekanan darah meningkat 180/110 mmHg.	8 Mei 2019	10 Mei 2019	(D.0011) Resiko penurunan curah jantung b/d perubahan afterload dibuktikan dengan pasien merasa sesak dan tekanan darah meningkat 170/100 mmHg.
3.	6 Mei 2019	8 Mei 2019	(D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan perut semakin membesar dan kedua kaki bengkak, Kadar hemoglobin 9.0 mg/dL dan hematokrit 28,1 % dan Oliguria	8 Mei 2019	10 Mei 2019	(D.0022) Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan kedua kaki dan tangan bengkak, sesak napas, dan jumlah urin yang keluar hanya sedikit dalam sehari
4.	6 Mei 2019	8 Mei 2019	(D.0056) Intoleransi aktifitas b/d kelemahan dibuktikan dengan pasien mengeluh badan terasa lemas	8 Mei 2019	10 Mei 2019	(D.0056) Intoleransi aktifitas b/d kelemahan dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa lemas dan merasa sesak napas dan Tekanan

			dan Tekanan darah dan nadi meningkat			darah dan nadi meningkat
--	--	--	--------------------------------------	--	--	--------------------------



4.1.5 Perencanaan

Tabel 4.9

Intervensi Keperawatan pada Pasien 1 (Tn. L) dan Pasien 2 (Tn. S) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2019

DX KEP	TANGGAL DITEMUKAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	06/05/2019	Nausea berhubungan dengan Uremia dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa mual, ingin muntah dan tidak nafsu makan dan terlihat pucat, Kadar ureum meningkat (Ureum 132,7 mg/dl)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka nausea membaik dengan kriteria hasil: 1. Nafsu makan membaik 2. Keluhan mual menurun 3. Pucat membaik 4. Takikardia membaik (60-100 kali/menit)	<p>Manajemen Mual</p> <p>Observasi</p> <p>1.1. Identifikasi pengalaman mual</p> <p>1.2. Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.3. Kendalikan faktor lingkungan penyebab (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)</p> <p>1.4. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan)</p> <p>Edukasi</p> <p>1.5. Anjurkan istirahat dan tidur cukup</p> <p>1.6. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>1.7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual(mis. Relaksasi, terapi musik, akupresur)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.8. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p>

DX KEP	TANGGAL DITEMUKAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
2.	06/05/2019	Resiko penurunan curah jantung b/d perubahan afterload dibuktikan dengan pasien merasa sesak dan tekanan darah meningkat 180/110 mmHg.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan penurunan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Tekanan darah membaik 100-130/60-90 mmHg 3. Lelah menurun 4. Dispnea menurun (frekuensi 16-24 x/menit)	Perawatan Jantung Observasi: 2.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (mis. Dispnea, kelelahan) 2.2 Monitor tekanan darah 2.3 Monitor saturasi oksigen Terapeutik: 2.4 posisikan semi-fowler atau fowler 2.5 Berikan terapi oksigen Edukasi 2.6 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam 2.7 Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi Kolaborasi 2.8 kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
3.	06 /05 / 2019	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan perut semakin membesar dan kedua kaki bengkak, Kadar hemoglobin 9.0 mg/dL dan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka hipervolemia meningkat dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Edema menurun	Manajemen Hipervolemia Observasi: 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan) 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor jumlah dan warna urin Terapeutik 3.4 Batasi asupan cairan dan garam 3.5 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi 3.6 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan

DX KEP	TANGGAL DITEMUKAN	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
		hematokrit 28,1 % dan Oliguria	4. Tekanan darah 90-120/60-80 mmHg 5. Turgor kulit membaik	Kolaborasi 3.7 Kolaborasi pemberian diuretik 3.8 Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat deuretik 3.9 Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT), jika perlu
4	06/05/2019	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa lemas dan merasa sesak napas dan Tekanan darah dan nadi meningkat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 5. Keluhan lelah menurun 6. Saturasi oksigen dalam rentang normal (95%-100%) 7. Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali/menit) 8. Pernapasan saat beraktifitas dan setelah beraktifitas menurun (16-20 kali/menit)	Manajemen Energi Observasi 4.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 4.2 Monitor pola dan jam tidur Terapeutik 4.3 Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 4.4 Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu Edukasi 4.5 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 4.6 Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif Kolaborasi 4.7 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4.1.6 Pelaksanaan

Tabel 4.10

Implementasi Keperawatan pada Pasien 1 (Tn. L) di Ruang Flamboyan RSUD
Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	06/05/2019 07.20	2.1 Menanyakan tanda dan gejala peimer penurunan curah jantung	Pasien mengatakan merasa sesak napas dan lemas
	07.25	3.1 Mengkaji tanda dan gejala hipervolemia	Edema terjadi pada kedua kaki dan asites pada perut
	07.25	4.1 Menanyakan kelelahan fisik pasien	Pasien merasa lemas
	07.30	4.2 Menyanyakan pola dan jam tidur	Jam tidur \pm 5 jam
	07.35	1.2 Menanyakan apakah pasien masih mual	Mual biasanya terjadi saat makan
	07.40	3.3 Mengkaji jumlah dan warna urin	Jumlah urin \pm 150 ml/hari dan warna bersih
	07.45	2.4 Memberikan posisi semifowler	Pasien terlihat masih sesak napas
	07.50	2.5 memberikan oksigen nasal kanul 3liter/menit	Pasien mengatakan masih merasa sesak
	09.00	3.7 Memberikan injeksi furosemide 20mg	Jumlah urin yang keluar 150cc/hari
	09.05	4.5 Memberikan injeksi Ranitidine 50mg	Pasien mengatakan masih merasa mual
	09.10	1.5 Menganjurkan untuk istirahat yang cukup	Setelah diberi obat pasien istirahat
	11.50	2.2 Mengukur tekanan darah	Tekanan darah 180/100
	12.00	3.4 Memberi makan dengan diit rendah protein rendah garam	Porsi makan tidak habis
12.30	1.6 Menganjurkan untuk membersihkan mulut	pasien tidak melakukan anjuran perawat	

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
2.	07/05/2019 07.30	2.1 Menanyakan tanda dan gejala primer penurunan curah jantung	Pasien mengatakan sesak napas berkurang
	07.35	2.5 Memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit	Pasien mengatakan sesak berkurang
	07.40	3.1 Mengkaji tanda dan gejala hipervolemia	Edema pada kedua kaki dan asites pada perut
	07.45	3.3 Menanyakan jumlah dan warna urin	Jumlah urin 200 cc dengan warna kuning jernih
	07.50	3.2 Mengkaji intake dan output cairan	Jumlah intake/24 jam : 1527 cc Jumlah output/24 jam : 1280 cc Balance Cairan = 1527-1330 = +197 cc
	08.00	4.2 Menanyakan pola dan jam tidur	Jam tidur 5-6 jam/hari
	08.05	4.1 Mengkaji kelelahan fisik dan emosional	pasien masih terlihat lemas namun mampu untuk duduk sendiri
	09.00	3.7 Memberikan injeksi Furosemide 20mg	Jumlah output urin bertambah menjadi 200 cc/24 jam
	09.05	1.8 Memberikan injeksi Ranitidine 50mg	pasien mengatakan mual berkurang
	09.40	1.1 Menanyakan mual	pasien mengatakan mual sudah berkurang
	10.00	4.3 Mengajak pasien untuk melakukan gerak pasif	pasien mampu untuk duduk sendiri
	10.05	4.4 Menganjurkan untuk melakukan aktifitas secara rutin	Kien mengatakan akan melakukan aktifitas secara rutin
	10.10	4.6 menganjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif	Keluarga memberikan dukungan kepada pasien
11.50	2.2 Mengukur tekanan darah	Tekanan darah 170/100 mmHg	

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	12.00	3.4 Memberikan makan dengan diit rendah garam rendah protein	pasien mampu menghabiskan makanan yang diberikan
	12.30	1.6 Mengajarkan pasien untuk membersihkan mulut	pasien mengatakan nanti akan membersihkan mulutnya
	13.30	1.5 Mengajarkan pasien untuk istirahat dan tidur cukup	pasien istirahat dan tidur siang
3.	08/05/2019		
	07.20	2.1 Menanyakan tanda dan gejala primer penurunan curah jantung	Pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak dan lemas berkurang
	07.30	3.3 Mengkaji jumlah dan warna urin	Jumlah urin dalam 24 jam : 400 cc
	08.00	3.2 Mengkaji intake dan output cairan	Jumlah intake/ 24 jam: 1527 cc Jumlah output/24 jam: 1330 cc Balance cairan=1527cc-1330cc = 197 cc
	08.05	3.1 Mengkaji tanda dan gejala edema	Edema pada kedua kaki dan asites pada perut berkurang
	08.15	4.2 Menanyakan pola dan jam tidur	pasien tidur 6-7 jam
	08.20	1.2 Menanyakan apakah pasien masih mual	pasien mengatakan mual sudah berkurang
	09.00	3.7 Memberikan injeksi Furosemide 20mg	Jumlah output urin bertambah menjadi 400 cc/24 jam
	09.05	1.8 Memberikan injeksi Ranitidine 50mg	pasien mengatakan mual sudah berkurang dan jarang muncul
	10.10	4.5 Mengajarkan untuk melakukan aktifitas secara bertahap	pasien mengatakan akan melakukan aktifitas yang tidak berat
	11.50	2.2 Mengukur tekanan darah	tekanan darah 170/100 mmHg
	12.00	4.3 Melatih melakukan aktifitas pasif	pasien mampu duduk dan makan sendiri tanpa bantuan

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	12.05	2.4 Memberi makan rendah garam rendah protein	pasien menghabiskan 1 porsi makan
	12.30	1.6 Mengajarkan untuk membersihkan mulut	pasien mengatakan akan membersihkan nya nanti
	13.00	1.5 Mengajarkan pasien untuk tidur dan istirahat yang cukup	pasien istirahat dan tidur siang

Tabel 4.11

Implementasi Keperawatan pada Pasien 2 (Tn. S) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	08/05/2019 07.20	3.1 Menanyakan tanda dan gejala hipervolemia	Edema terjadi pada kedua kaki dan kedua tangan
	07.25	3.3 Menanyakan jumlah dan warna urin	Warna urin kuning dan tidak kotor
	07.30	2.1 Menanyakan tanda dan gejala primer penurunan curah jantung	Pasien mengatakan merasa sesak napas dan lemas
	07.40	2.3 Memeriksa kadar saturasi oksigen	Kadar saturasi pasien 98%
	07.45	2.4 Memberikan posisi semifowler	Pasien masih merasa sesak napas
	07.45	3.5 Meninggikan kepala tempat tidur 30°	Pasien mengatakan masih sesak napas
	07.50	2.6 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam	Pasien dapat mengikuti teknik relaksasi napas dalam
	08.00	2.5 Memberikan terapi oksigen nasal kanul 3lpm	Pasien masih merasa sesak napas
	08.10	4.1 Mengkaji kelemahan fisik	Pasien mengatakan merasa lemas
	08.15	4.2 Menanyakan pola dan jam tidur	Jam tidur pasien ±5 jam

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	08.20	1.2 Mengkaji mual	Mual sering muncul dengan durasi 2-4 jam
	09.00	3.7 Memberikan injeksi furosemide 20mg	Pasien mengatakan jumlah urin yang keluar 350 cc
	09.05	1.8 Memberikan injeksi ranitidine 50mg	Pasien mengatakan merasa mual
	10.00	1.3 Memberitahu keluarga untuk menjauhkan pasien dari bau tak sedap	Keluarga langsung membuang sampah bekas makan yang bisa menyebabkan bau tak sedap
	11.50	2.2 Mengukur tekanan darah	Tekanan darah 170/100 mmHg
	12.00	3.4 Membatasi asupan cairan dan garam	pasien mendapat diit rendah protein rendah garam
	12.30	1.6 Menganjurkan pasien membersihkan mulut sehabis makan	pasien mengatakan nanti istri nya yang akan membersihkan mulutnya
	13.30	1.5 Menganjurkan pasien istirahat dan tidur yang cukup	pasien masih merasa mual sehingga sulit untuk istirahat
2.	09/05/2019 07.25	3.3 Mengkaji jumlah dan warna urin	Jumlah urin dalam 24 jam 400 cc dengan warna kuning jernih
	07.30	3.1 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	Edema pada kedua kaki dan tangan bagian bawah
	07.35	3.2 Mengkaji intake dan output cairan	Jumlah intake/ 24 jam : 1632 cc Jumlah output/ 24 jam : 1375 cc Balance cairan = +257 cc
	07.40	4.2 Mengkaji pola dan jam tidur	pasien mengatakan jam tidur 5-6 jam
	07.55	2.1 Menanyakan tanda dan gejala primer penurunan curah jantung	Pasien mengatakan sesak berkurang dan masih lemas
	08.00	2.5 Memberikan oksigen nasal kanul 3lpm	Pasien mengatakan sesak napas mulai berkurang
	08.05	2.4 Memberikan posisi semifowler	Pasien mengatakan sesak berkurang

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.00	3.7 Memberikan injeksi furosemide 20mg	Jumlah output urin 400 cc/24 jam
	09.05	1.8 Memberikan injeksi ranitidine 50mg	Pasien mengatakan mual mulai berkurang
	10.00	4.3 Melatih melakukan aktifitas gerak pasif	Pasien duduk di bantu oleh istri
	10.05	4.4 Meminta keluarga membantu Pasien dalam melakukana aktifitas	Istri Pasien membantu Pasien untuk duduk dan makan
	10.30	4.5 Mengajak Pasien uuntuk melakukan aktifitas secara rutin	Pasien mengatakan akan mencoba melakukan aktifitas
	11.30	1.2 Mengkaji mual	Pasien mengatakan mual mulai berkurang
	11.50	2.2 Mengukur tekanan darah	Tekanan darah 170/90 mmHg
	12.00	3.4 Membatasi asupan cairan dan garam	Pasien mendapat diit rendah garam rendah protein
	12.30	1.6 Menganjurkan Pasien membersihkan mulut	Pasien di bantu istri dalam membersihkan mulut
	13.20	4.1 Mengkaji kelelahan fisik	Pasien mengatakan masih merasa lemas
	13.30	1.5 Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup	Pasien istirahat dan tidur siang
3.	10/05/2019		
	07.30	3.3 Mengkaji jumlah dan warna urin	Jumlah urin 400 cc dengan warna kuning bening
	07.35	3.1 Memeriksa tanda dan gejala edema	Edema di kedua kaki dan tangan
	07.40	3.2 Mengkaji intake dan output cairan	Jumlah intake/24 jam : 1632 cc Jumlah output/24 jam : 1425 cc Balance cairan = +207 cc
	07.50	2.1 Menanyakan tanda dan gejala primer penurunan curah jantung	Pasien mengatakan sesak sudah berkurang dan lemas juga berkurang

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	08.00	2.2 Menanyakan pola napas	Pola napas normal, pasien mengatakan sudah tidak sesak napas
	08.05	1.2 Menanyakan apakah pasien masih mual	pasien mengatakan mual sudah semakin berkurang dan jarang muncul
	08.10	4.2 Menanyakan pola dan jam tidur	Waktu istirahat dan tidur 6-7 jam
	08.40	5.1 Menanyakan tanda dan gejala primer penurunan curah jantung	Pasien mengatakan sesak sudah berkurang dan lemas juga berkurang
	09.00	3.7 Memberikan injeksi furosemide 20mg	Jumlah pengeluaran urin semakin bertambah menjadi 400 cc
	09.05	1.8 Memberikan injeksi renitidine 50mg	Pasien mengatakan mual sudah jarang muncul
	10.00	4.3 Melatih Pasien melakukan aktifitas	Pasien dapat duduk secara mandiri
	10.10	4.5 Menganjurkan untuk melakukan aktifitas secara bertahap	Pasien mengatakan akan melakukan aktifitas dengan dibantu keluarga
	11.50	2.2 Mengukur tekanan darah	Tekanan darah 160/90 mmHg
	12.00	3.4 Membatasi asupan cairan dan garam	Pasien mendapat diit rendah garam rendah protein
	12.30	1.6 Menganjurkan untuk membersihkan mulut	Pasien membersihkan mulut dengan dibantu istri
	13.30	1.2 Mengkaji mual	Pasien mengatakan rasa mual sudah semakin berkurang
	13.40	1.5 Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat dan tidur	Pasien istirahat dan tidur siang

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.12
Evaluasi Keperawatan Pasien 1 (Tn. L) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	Hari 1 06 Mei 2019 09.00	Dx 1 Nausea	<p>S : - Pasien mengatakan merasa mual - Pasien mengatakan ingin muntah - Pasien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>O : - Pasien terlihat pucat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</p> <p>1.3 Kendalikan faktor lingkungan penyebab (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)</p> <p>1.5 Anjurkan istirahat dan tidur cukup</p> <p>1.6 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>1.8 Berikan pemberian antiemetik</p>
2.		Dx 2 Resiko penurunan curah jantung	<p>S : Pasien mengatakan merasa sesak napas</p> <p>O: Tekanan darah 180/100 mmHg</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung</p> <p>2.2 Monitor tekanan darah</p> <p>2.4 Pertahankan posisi semifowler</p> <p>2.5 Lanjutkan pemberian oksigen</p>
3.		Dx 3 Hipervolemia	<p>S : - Pasien mengatakan perut membesar - Pasien mengatakan kedua kaki bengkak</p> <p>O : - Edema pada kedua kaki - Asites diperut</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			- Oliguria A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan) 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor jumlah dan warna urin 3.4 Batasi asupan cairan dan garam 3.7 Berikan deuretik sesuai terapi
4.		Dx 4 Intoleransi Aktifitas	S : - Pasien mengatakan badan terasa lemas O : - Tekanan darah dan nadi meningkat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: 4.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 4.2 Monitor pola dan jam tidur 4.3 Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 4.4 Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu 4.5 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
1.	Hari 2 07 Juni 2019 09.00	Dx 1 Nausea	S : - Pasien mengatakan mual berkurang - Pasien mengatakan rasa ingin muntah sudah berkurang - Pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik O : - Pasien masih terlihat pucat A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 1.5 Anjurkan istirahat cukup 1.6 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 1.8 Berikan injeksi antiemetik

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
2.		Dx 2 Resiko penurunan curah jantung	S : Pasien mengatakan sesak napas berkurang O: Tekanan darah 170/100 mmHg A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 2.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung 2.2 Monitor tekanan darah 2.5 Lanjutkan pemberian oksigen
3.		Dx 3 Hipervolemia	S : - Pasien mengatakn kedua kaki masih bengkak - Pasien mengatakan perut masih besar O : -kedua kaki tampak bengkak - Perut Pasien masih asites - output urin sudah bertambah dari hari sebelumnya A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea) 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor jumlah dan warna urin 3.4 Batasi asupan cairan dan garam 3.7 Kolaborasai pemberian diuretik
4.		Dx 4 Intoleransi aktifitas	S : - Pasien mengatakan raasa lemas sudah berkurang O : - Pasien mampu duduk sendiri tanpa bantuan - frekuensi nadi 80 x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 4.2 Monitor pola dan jam tidur 4.3 Lakukan latihan gerak pasif 4.4 Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu 4.5 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
1.	Hari 3 08 Juni 2019 09.00	Dx 1 Nausea	S : - Pasien mengatakan mual sudah jarang muncul - Pasien mengatakan nafsu makan sduah membaik O : Pasien tidak terlihat pucat

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			A : Masalah teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor mual 1.5 Anjurkan istirahat yang cukup
2.		Dx 2 Resiko penurunan curah jantung	S : Pasien mengatakan merasa sesak napas O: Tekanan darah 170/100 mmHg A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi 2.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung 2.2 Monitor tekanan darah
3.		Dx 3 Hipervolemia	S : - Pasien mengatakan kedua kaki masih bengkak - Pasien mengatakan perut sudah agak mengecil O : - Kedua kaki bengkak - Asietes di perut berkurang - jumlah output urin bertambah A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor jumlah dan warna urin 3.4 Batasi asupan cairan dan garam 3.7 Berikan injeksi diuretik
4.		Dx 4 Intoleransi aktifitas	S : - Pasien mengatakan lemas sudah berkurang O : - Pasien dapat duduk dan makan serta membersihkan mulut dan ganti pakaian secara mandiri A : Masalah teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 4.6 Anjurkan keluarga memberikan penguatan positif

Tabel 4.13

Evaluasi Keperawatan Pasien 2 (Tn. S) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	Hari 1 08 Juni 2019	Dx 1 Nausea	S : - Pasien mengatakan merasa mual dan ingin muntah - Pasien mengatakan kurang nafsu makan karna mual O : - Pasien terlihat pucat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 1.3 Kendalikan faktor lingkungan penyebab (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 1.5 Anjurkan istirahat dan tidur cukup 1.6 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 1.8 Berikan pemberian antiemetik
2.		Dx 5 Resiko penurunan curah jantung	S : Pasien mengatakan merasa sesak napas O: Tekanan darah 170/100 mmHg

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>A: Masalah tidak terjadi P: Lanjutkan intervensi 2.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung 2.2 Monitor tekanan darah 2.3 Monitor saturasi oksigen 2.4 Posisikan semifowler 2.5 Berikan terapi oksigen</p>
3.		Dx 3 Hipervolemia	<p>S : - Pasien mengatakan kedua kaki dan tangan bengkak - Pasien mengatakan sesak napas - Pasien mengatakan jumlah urin yang keluar hanya sedikit dalam sehari O : - Edema terdapat pada kedua kaki dan tangan bagian bawah A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan) 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor jumlah dan warna urin 3.4 Batasi asupan cairan dan garam 3.7 Berikan deuretik sesuai terapi</p>
4.		Dx 4 Intoleransi Aktifitas	<p>S : - Pasien mengatakan merasa lemas - Pasien mengatakan merasa sesak napas O : - Tekanan darah dan nadi meningkat A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: 4.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 4.2 Monitor pola dan jam tidur 4.3 Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 4.4 Libatkan keluarga dalam</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>melakukan aktifitas, jika perlu</p> <p>4.5 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</p>
1.	Hari 2 09 Juni 2019	Dx 1 Nausea	<p>S : - Pasien mengatakan mual berkurang - Pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik</p> <p>O : - Pasien masih terlihat pucat</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</p> <p>1.5 Anjurkan istirahat dan tidur cukup</p> <p>1.6 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>1.8 Berikan injeksi antiemetik</p>
2.		Dx 5 Resiko penurunan curah jantung	<p>S : Pasien mengatakan sesak napas berkurang</p> <p>O: Tekanan darah 170/90 mmHg</p> <p>A: Masalah tidak terjadi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung</p> <p>2.2 Monitor tekanan darah</p> <p>2.3 Monitor saturasi oksigen</p> <p>2.5 Berikan terapi oksigen</p>
3.		Dx 3 Hipervolemia	<p>S : - Pasien lien mengatakan kedua kaki dan tangan bengkak - Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang - Pasien mengatakan jumlah urin yang keluar sudah bertambah dari hari sebelumnya</p> <p>O : - Edema pada kedua kaki dan tangan bagian bawah</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi:</p> <p>3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan)</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor jumlah dan warna urin 3.4 Batasi asupan cairan dan garam 3.7 Berikan deuretik sesuai terapi
4.		Dx 4 Intoleransi aktifitas	S : - Pasien mengatakan merasa lemas - Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang O : - Tekanan darah meningkat dan nadi dalam batas normal A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: 4.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 4.2 Monitor pola dan jam tidur 4.3 Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 4.4 Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu 4.5 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
1.	Hari 3 10 Juni 2019	Dx 1 Nausea	S : - Pasien mengatakan mual sudah jarang muncul - Pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik O : Pasien tidak terlihat pucat A : Masalah teratasi P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor mual 1.5 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
2.		Dx 2 Resiko penurunan curah jantung	S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak napas O: Tekanan darah 160/90 mmHg A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi 2.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung 2.2 Monitor tekanan darah
3.		Dx 2 Hipervolemia	S : - Pasien mengatakan kedua kaki dan tangan masih bengkak

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			- Pasien mengatakan sudah tidak sesak napas lagi - Pasien mengatakan jumlah urin yang keluar sudah bertambah dari hari sebelumnya O : - Kedua kaki dan tangan bengkak A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor jumlah dan warna urin 3.4 Batasi asupan cairan dan garam 3.5 Berikan injeksi diuretik
4.		Dx4 Intoleransi aktifitas	S : - Pasien mengatakan lemas sudah berkurang O : - Pasien dapat duduk sendiri A : Masalah teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 4.6 Anjurkan keluarga memberikan penguatan positif

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada Pasien 1 (Tn.L) dan Tn.S). Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian,

diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian ini dilaksanakan pada tanggal 6 Mei – 10 Mei 2019 di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pengkajian dilakukan pada 2 pasien dengan gagal ginjal kronik dengan hemodialisa. Pasien 1 (Tn.L) usia 67 tahun dengan keluhan utamanya mual dan ingin muntah serta tidak selera makan dan keluhan tambahan yang dirasakan pasien yaitu pasien mengeluh perut semakin membesar dan bengkak pada kedua kaki, selain itu pasien juga mengatakan sesak napas dan badan terasa lemas. Pasien 2 (Tn.S) usia 47 tahun dengan keluhan utama mual dan ingin muntah juga kurang nafsu makan. Keluhan tambahan yang dirasakan pasien yaitu sesak napas dan badan terasa lemas, bengkak pada kedua kaki dan tangan.

Berdasarkan data hasil pengkajian sistem pencernaan pada kedua pasien ditemukan kesamaan antara data yang didapat peneliti dengan teori dimana pasien dengan gagal ginjal kronik merasakan mual. Pada pengkajian sistem pernapasan ditemukan bahwa kedua pasien mengalami sesak napas dan terdapat penggunaan otot bantu napas. Menurut peneliti berdasarkan patofisiologi pada gagal ginjal kronik mual terjadi karena proses sekresi protein terganggu sehingga produksi ureum meningkat menjadi 132,7 mg/dl pada pasien 1 dan 142,7 mg/dl pada pasien 2. Ketika ureum meningkat

keseimbangan asam basa akan terganggu dan menyebabkan produksi asam lambung naik sehingga pasien bisa merasa mual bahkan sampai muntah.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data hasil pengkajian Asuhan Keperawatan didapatkan 4 masalah keperawatan yang sama pada kedua pasien yaitu Nausea berhubungan dengan uremia, Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, dan Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Berikut pembahasan diagnosa yang muncul sesuai teori pada kasus pasien 1 (Tn. L) dan Pasien 2 (Tn. S) yaitu :

1) Nausea berhubungan dengan uremia

Pasien 1 (Tn. L) dan pasien 2 (Tn. S) mengeluh merasa mual dan ingin muntah serta kurang nafsu makan. Menurut Tang, J (2006) nausea merupakan perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

2) Resiko penurunan curah jantung

Pasien 1 (Tn.L) dan pasien 2 (Tn.S) mengeluh merasa sesak napas dan tekanan darah meningkat dengan nilai 180/100 mmHg pada pasien 1 dan 170/100 mmHg pada pasien 2. Menurut Wilkinson & Ahem (2012) penurunan curah jantung merupakan suatu keadaan dimana pompa darah oleh jantung yang tidak adekuat untuk mencapai kebutuhan metabolisme

tubuh. Penurunan curah jantung ini disebabkan akibat adanya gangguan pada jantung

3) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Pasien 1 (Tn. L) mengeluh perut semakin membesar dan bengkak pada kedua kaki. Pasien 2 (Tn. S) mengeluh bengkak pada kedua tangan dan kaki. Hipervolemia atau kelebihan cairan didefinisikan dalam Wikipedia sebagai suatu kondisi medis dimana ada terlalu banyak cairan dalam darah karena terjadi peningkatan kandungan natrium tubuh total yang pada akhirnya menyebabkan peningkatan air tubuh total.

4) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Pasien 1 (Tn. L) dan pasien 2 (Tn. S) mengeluh badannya terasa lemas dan merasa sesak napas. Secara teori intoleransi aktifitas menurut Nurarif & Kusuma, 2013 adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Faktor yang berhubungan dengan intoleransi aktifitas adalah mengeluh lelah, frekuensi nadi dan tekanan darah meningkat.

Berdasarkan teori ada 9 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa, namun pada hanya 4 diagnosa yang ditegakkan yaitu nausea, resiko penurunan curah jantung, hipervolemia, dan intoleransi aktifitas.

Sementara diagnosa yang tidak muncul ada 5 yaitu gangguan perukaran gas, gangguan integritas kulit/jaringan, defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, dan nyeri akut. Menurut asumsi penulis berdasarkan patofisiologi diagnosa

keperawatan gangguan pertukaran gas tidak dapat diangkat karena tidak ditemukan tanda dan gejala seperti edema paru, bunyi napas tambahan, pusing, penglihatan kabur tidak muncul dan tidak ada data penunjang pemeriksaan laboratorium analisa gas darah. Diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan tidak dapat diangkat karena tidak terjadi perospatemia yang dapat menyebabkan pruritus sehingga tidak ada gangguan pada kulit maupun jaringan.

Diagnosa defisit nutrisi tidak dapat diangkat karena pasien mengeluh mual dan tidak muntah dan tidak terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir. Diagnosa selanjutnya yang tidak dapat diangkat adalah perfusi perifer tidak efektif karena tanda dan gejala seperti pengisian kapiler >2 detik, akral dingin, nadi perifer menurun/tidak teraba, turgor kulit menurun, tidak ditemukan pada kedua pasien. Diagnosa terakhir yang tidak diangkat yaitu nyeri akut yang disebabkan oleh suplai oksigen ke jaringan menurun dan asam laktat meningkat sehingga terjadi kelelahan dan nyeri. Pada pasien 1 dan pasien 2 tidak ditemukan tanda dan gejala seperti nyeri, tampak meringis, sulit tidur dan gelisah untuk mendukung data dari diagnosa nyeri akut.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan pada kedua pasien mengacu pada perencanaan yang terdapat dalam teori yang diharapkan selama 3 hari perawatan dapat mengatasi masalah yang terdapat pada pasien 1 (Tn. L) dan pasien 2 (Tn. S). Pada setiap masalah keperawatan tujuan dan kriteria hasil berbeda-beda. Tujuan dan kriteria hasil yang ada pada teori tidak semua di buat dalam asuhan keperawatan pada pasien 1 (Tn. L) dan pasien 2 (Tn. S) karna harus mengacu dan menyesuaikan dengan kondisi pasien.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 (Tn. L) dan pasien 2 (Tn.S) selama 3 hari perawatan akan dijabarkan sebagai berikut:

Pada pasien 1 (Tn. L) selama 3 hari dilakukan tindakan menanyakan tanda dan gejala penurunan curah jantung, mengkaji tanda dan gejala hipervolemia, menanyakan kelelahan fisik pasien, menanyakan pola dan jam tidur, menanyakan apakah pasien masih mual, mengkaji jumlah dan warna urin, memberikan posisi semifowler, memberikan oksigen nasal kanul, memberikan injeksi furosemide dan ranitidine, menganjurkan istirahat dan tidur cukup, memberi makan dengan diit rendah garam rendah protein, menganjurkan untuk membersihkan mulut, mengkaji intake dan output cairan, mengajak pasien melakukan gerak pasif, menganjurkan melakukan aktifitas secara rutin, menganjurkan keluarga memberikan penguatan positif, dan mengukur tekanan darah.

Pada pasien 2 (Tn. S) selama 3 hari dilakukan tindakan menanyakan tanda dan gejala hipervolemia, menanyakan jumlah dan warna urin, menanyakan tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, memeriksa kadar saturasi oksigen, memberikan posisi semifowler, meningkatkan kepala tempat tidur 30°, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, memberikan oksigen nasal kanul, menanyakan kelemahan fisik, menanyakan pola dan jam tidur, menanyakan mual, memberikan injeksi furosemide dan ranitidine, memberitahu keluarga untuk menjaukan pasien dari bau tak sedap, mengukur tekanan darah, membatasi asupan cairan dan garam, menganjurkan pasien membersihkan mulut sehabis makan, menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur cukup, mengukur tekanan darah, mengajak melakukan aktifitas fisik dan melakukannya secara bertahap dan rutin, dan mengkaji intake dan output cairan.

Dari semua perencanaan yang telah dibuat berdasarkan teori tidak semua yang dapat dilakukan pada pasien 1 dan 2, seperti kolaborasi pemberian antiaritmia dan kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* (CRRT) karna tidak dapat berkolaborasi dengan tim medis lain.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil yang didapat pada pasien 1 (Tn. L) dan pasien 2 (Tn. S) selama 3 hari pelaksanaan asuhan keperawatan memiliki hasil yang sama dengan 3 masalah yang dapat teratasi yaitu nausea berhubungan dengan uremia, resiko

penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, dan intoleransi aktifitas dan 1 tidak teratasi yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Menurut asumsi penulis berdasarkan teori pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa masalah hipervolemia tidak dapat diatasi karena ginjal sudah tidak dapat berfungsi dengan baik sehingga cairan yang seharusnya dibuang melalui urin tertumpuk didalam intraseluler. Selain itu ada beberapa intervensi yang tidak dapat dilakukan seperti kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* (CRRT) yang berguna untuk mengeluarkan cairan berlebih secara terus-menerus dalam 24 jam selama beberapa hari. Tindakan yang telah dilakukan hanya dapat mengurangi edema dan asites namun tidak dapat diatasi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan penyakit Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa di ruang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Kalimantan Timur peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat ditentukan. Pada kasus Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa perawat dalam melakukan pengkajian dituntut harus teliti dan kompherensif, sehingga mudah dalam menegakkan diagnosa. Salah satu yang harus diperhatikan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa yaitu pengkajian pada intake dan output cairan, edema, mual/muntah, dan kelemahan.

2. Diagnosa Keperawatan

Seperti yang dikemukakan beberapa ahli sebelumnya daftar diagnosa keperawatan pada bab dua di temukan kesenjangan dengan

kasus nyata yang didapat pada kedua pasien dengan Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa. Kesenjangan tersebut yaitu dari diagnose



keperawatan berdasarkan teori yang dikemukakan oleh para ahli pada pasien 1 dan pasien 2 ada 8 diagnosa yang tidak muncul yaitu resiko syok, resiko infeksi, retensi urine, perfusi perifer tidak efektif, resiko ketidakseimbangan elektrolit, ketidakstabilan kadar glukosa darah, resiko perfusi gastrointestinal tidak efektif, dan resiko perfusi renal tidak efektif.

3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria tanda dan gejala mayor, minor dan kondisi pasien saat ini.

4. Pelaksanaan tindakan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa

5. Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Pada evaluasi yang peneliti lakukan pada kedua pasien berdasarkan kriteria yang peneliti susun terhadap 1 diagnosa yang belum teratasi yaitu Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

5.2. Saran

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan diantaranya :

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa.

2. Bagi perawat ruangan

Sebaiknya ditingkatkan pada pasien mengenai motivasi dan dorongan dalam menjalani perawatan di ruang inap .

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa dan juga memacu pada peneliti selanjutnya dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada pasien dengan diabetes mellitus.

DAFTAR PUSTAKA

- Andra, S.W., & Yessie, M.P. (2013). KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep. Yogyakarta: Nuha Medika
- Asmadi. (2008). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: ECG
- Black, J & Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Dialihbahasakan oleh Nampira R. Jakarta: Salemba Emban Patria
- Desfrimadona, (2016). Kualitas Hidup pada Pasien Gagal ginjal Kronik dengan Hemodialisa di RSUD Dr. M. Djamil Padang. Diploma Thesis Univesitas Andalas
- KEMENKES (2018). Cegah dan Kendalikan Penyakit Ginjal Dengan CERDIK dan PATUH. Diakses pada tanggal 07 Desember 2018 dari www.depkes.go.id
- Kinta, (2012). Laporan Pendahuluan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik. Scribd. Diakses pada 30 November 2018
- Kozier, Barbara (2010). Fundamentals of Canadian Nursing: Concepts, Process and Practice, edisi2. Pearson Education Canada
- Long, Barbara C. (1996). Perawatan medikal bedah:suatu pendekatan proses keperawatan. Mosby Company
- Muttaqin, Arif, Kumala, Sari. (2011). Askep Gangguan Sistem Perkemihan. Jakarta: Salemba Medika
- Nurarif & Kusuma, 2013. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Dan NANDA NIC-NOC Jilid 2 Medaction
- Nurarif & Kusuma, (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Dan NANDA NIC-NOC Jilid 2 Medaction

- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta:DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta:DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta:DPP PPNI.
- Purwaningsih, Wahyu & Karlina, Ina. (2010). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- RISKESDAS (2013). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar. Diakses pada 2 desember 2018. dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general-/Hasil%20Riskasdas%202013.pdf>
- Smeltzer & Bare. (2011). *Textbook of Medical Surgical Nursing volume 1*. Philladelphia: Lippincott Williams 7 Wilkins.
- Toto, Abdul.(2015). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Perkemihan*. Jakarta : Trans Info Media
- World Health Organization, (2013) The WOrld Organization Quality of Life. diakses pada tanggal 2 Desember 2018. Dari <http://www.whoqi.breff.org>
- Yuliana, Lina. (2013). Karya Tulis Ilmiah Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Discharge Planning Pasien Di Rumah Sakit Santo Borromeus Bandung. Diakses pada tanggal 02 Desember 2018.

LAMPIRAN 1**LEMBAR PENJELASAN KARYA TULIS ILMIAH**

Yth. Calon Responden

Di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Guswanti

NIM : P07220116051

Alamat : Jl. Kebaktian RT.22 Desa Loa Duri Ilir Kec. Loa Janan
Kab. Kutai Kartanegara

Adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan yang akan melakukan penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa Diruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

Tujuan penelitian ini adalah untuk memahami bagaimana asuhan keperawatan pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa diruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang akan terjamin kerahasiaannya.

Bila bersedia, mohon untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipasi yang terlampir dalam lembar ini. Atas perhatian serta kesediaan Sdr/i, saya ucapkan terima kasih.

Samarinda, 6 Meii 2019

Penulis

Lampiran 3

MONITORING BALANCE CAIRAN

Nama pasien : Tn. L
 Umur : 67 tahun
 Berat Badan : 62 kg

Intake/24 jam	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Output/24 jam	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Makan 1kalori=0,14 ml/hari	909 cc	909 cc	909 cc	BAK (Urine)	150 cc	200 cc	400 cc
Minum peroral	300 cc	300 cc	300 cc	BAB (Feses)	200 cc	200 cc	-
Cairan infus	-	-	-	Muntah (jika ada)	-	-	-
Obat IV	8 cc	8 cc	8 cc	Drain	-	-	-
Air metabolisme (5ml/kgBB/hr)	310 cc	310 cc	310 cc	IWL: (15cc/kgBB/24 jam)	930 cc	930 cc	930 cc
Total/24 jam	1527 cc	1527 cc	1527 cc	Total 24/jam	1280 cc	1330 cc	1330 cc

MONITORING BALANCE CAIRAN

Nama pasien : Tn. S
 Umur : 47 tahun
 Berat Badan : 55 kg

Intake/24 jam	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Output/24 jam	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Makan 1kalori=0,14 ml/hari	789 cc	789 cc	789 cc	BAK (Urine)	350 cc	400 cc	400 cc
Minum peroral	200 cc	200 cc	200 cc	BAB (Feses)	200 cc	-	200 cc
Cairan infus	360 cc	360 cc	360 cc	Muntah (jika ada)	-	-	-
Obat IV	8 cc	8 cc	8 cc	Drain	-	-	-
Air metabolisme (5ml/kgBB/hr)	275 cc	275 cc	275 cc	IWL: (15cc/kgBB/24 jam)	825 cc	825 cc	825 cc
Total/24 jam	1632 cc	1632 cc	1632 cc	Total 24/jam	1375 cc	1225 cc	1425 cc