

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL
KRONIS DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA



Oleh:

Nur Putri Aina

P07220120032

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

2023

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL

KRONIS DI RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)

Pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh:

Nur Putri Aina

P07220120032

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN

SAMARINDA

2023

SURAT PERNYATAAN

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

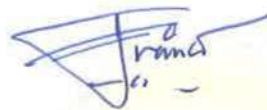
Samarinda, 22 Juni 2023

Yang menyatakan

NUR PUTRI AINA
P07220120032

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN
TANGGAL 12 Juni 2023

Oleh
Pembimbing



Ns. Frana Andrianur, S.Kep., M.Kep.
NIDN. 4012127901

Pembimbing Pendamping



Ns. Hesti Prawita W, SST., M.Kes.
NIDN. 4011088501

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



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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis
di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Telah Diuji

Pada tanggal 22 Juni 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

Dr. M. Drs. H. Lamri B, M.Kes
NIDN. 4017115801

(.....)

Penguji Anggota:

1. Ns. Frana Andrianur, S.Kep., M.Kep.
NIDN. 4012127901

(.....)

2. Ns. Hesti Prawita W, SST., M.Kes.
NIDN. 4011088501

(.....)

Mengetahui:

Ketua
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua
Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



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



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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Nur Putri Aina
Tempat/ Tanggal Lahir : Samarinda, 27 Maret 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Raudah 5 Blok.6B Rt.24

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008 – 2014 : Madrasah Ibtidaiyah Ar-Raudah SMD
2. Tahun 2014 – 2017 : Madrasah Tsanawiyah Darul Ihsan SMD
3. Tahun 2017 – 2020 : Madrasah Aliyah Darul Ihsan SMD
4. Tahun 2020 – Sekarang : Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan
Poltekkes Kementerian kesehatan Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji syukur dan Alhamdulillah, penulis ucapkan atas kehadiran Allah Subbhanahu Wa Ta'ala. Karena dengan segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Gagal Ginjal Kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan karena adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak.

Selama proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak memperoleh bantuan, pembelajaran, dan motivasi dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus di tujukan kepada:

1. Dr.M. H. Supriadi B, S. Kp., M. Kep., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Ns. Wiyadi, S.Kep., M. Sc., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Tini, S. Kep, M. Kep., selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Frana Andrianur, S. Kep., M. Kep., selaku pembimbing 1 yang telah memberikan motivasi dan masukan sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai pada waktunya.

5. Ns. Hesti Prawita W, SST., M. Kes., selaku pembimbing 2 yang telah memberikan motivasi dan masukan sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai pada waktunya.
6. Para dosen dan seluruh staf pendidikan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
7. Kepada orang tua kandung saya yaitu, Ayahanda saya Muhammad Khoirul, Ibunda saya Rusnitha, dan orang tua sambung saya Ayahanda Yuda Yudanto, serta Adik-adik saya atas semua doa dan dukungan yang tiada henti diberikan kepada saya untuk penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepada kakek saya H. M. Sjudjudsyah dan nenek saya Hj. Ruslah yang sangat saya cintai serta keluarga besar saya lainnya atas semangat yang tiada henti juga diberikan kepada saya untuk penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Kepada teman kuliah saya yaitu, Dwi Maylani, Linda Laila, Elza Ariani, Purnamawati, Tutus Nur, Yasmin Amaliah, Rossi Arsetya, Rusti Mustika, Rossa Amalia yang telah berkerja sama selalu memberikan dukungan, informasi dan memberikan semangat dalam pengerjaan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Serta rekan-rekan D3 Keperawatan Angkatan 20 yang saling bahu membahu dalam mencari ilmu dan pengalaman selama masa-masa pendidikan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Semua pihak yang telah menolong saya dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Semoga motivasi, dukungan dan dorongan serta doa yang sangat besar diberikan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas mendapatkan rahmat dan karunia dari Allah Subhanahu Wa Ta'ala. Aamin Ya Robbal Alamin.

Samarinda, Juni 2023

Penulis



ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE

Nur Putri Aina¹⁾, Frana Andrianur²⁾, Hesti Prawita Widiastuti³⁾

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

^{2) 3)} Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Pendahuluan : Gagal Ginjal Kronis adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolik di dalam darah jika mengalami kelainan dan kerusakan pada ginjal selama 3 bulan atau lebih yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal sebesar 78-85 persen atau laju filtrasi glomerulusnya (LFG) kurang dari 60 ml/min/1,73m² dengan atau juga tanpa kelainan dibagian ginjal. Tujuan penelitian adalah mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronis.

Metode : Metode karya tulis ilmiah deskriptif bentuk studi kasus menggunakan pendekatan asuhan keperawatan. Pengumpulan data menggunakan format Asuhan keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosis, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan dengan mengambil 2 sampel responden di rawat inap ruang dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Hasil : Pada pasien I didapatkan 4 masalah sesuai ekspektasi sepenuhnya dan 1 masalah membaik sesuai ekspektasi, sedangkan pada pasien II didapatkan 3 masalah sesuai ekspektasi sepenuhnya dan 2 masalah membaik sesuai ekspektasi.

Kesimpulan dan Saran : Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan bahwa pengkajian membutuhkan keterampilan komunikasi dan observasi yang efektif, diagnosis keperawatan yang muncul bersihan jalan nafas tidak efektif, pola nafas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, mual, gangguan integritas kulit/jaringan. Perencanaan dan pelaksanaan dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi dilakukan secara formatif dan sumatif.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Gagal Ginjal Kronis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR BAGAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	18
1.1 Latar Belakang.....	18
1.2 Rumusan Masalah.....	21
1.3 Tujuan Penelitian	22
1.3.1 Tujuan Umum.....	22
1.3.2 Tujuan Khusus	22
1.4 Manfaat Penelitian	22
1.4.1 Bagi Mahasiswa.....	22
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian	23
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	23

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	24
3.1 Konsep Dasar Penyakit CKD	24
2.1.1 Definisi.....	24
2.1.2 Etiologi.....	24
2.1.3 Patofisiologi.....	25
2.1.4 Pathway	27
2.1.5 Klasifikasi.....	28
2.1.6 Manifestasi Klinis	29
2.1.7 Penatalaksanaan	30
2.1.8 Komplikasi	33
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang	34
3.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	36
2.2.1 Pengkajian	36
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	41
2.2.3 Perencanaan Keperawatan.....	42
2.2.4 Implementasi Keperawatan	66
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	66
BAB 3 METODE PENELITIAN	68
3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)	68
3.2 Subyek Penelitian.....	68
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	69
3.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	69
3.5.1 Teknik Pengumpulan Data	69

3.5.2 Instrumen Pengumpulan Data	70
3.6 Keabsahan Data	70
3.6.1 Data Primer.....	70
3.6.2 Data Sekunder.....	71
3.6.3 Data Tersier	71
3.7 Analisa Data	71
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	72
4.1 Hasil Studi Kasus.....	72
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	72
4.1.2 Pengkajian	73
4.1.3 Analisa Data	82
4.1.4 Diagnosis Keperawatan.....	85
4.1.5 Intervensi Keperawatan.....	86
4.1.6 Implementasi Keperawatan	91
4.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	101
4.2 Pembahasan	112
4.2.1 Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	112
4.2.2 Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas.....	114
4.2.3 Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin..	116
4.2.4 Hipervolemia b.d gangguan regulasi	118
4.2.5 Nausea b.d gangguan biokimiawi	122
4.2.6 Gangguan integritas kulit b.d peningkatan kadar ureum	124

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	127
5.1 Kesimpulan.....	127
5.2 Saran.....	129
5.2.1 Bagi Penulis.....	129
5.2.2 Bagi Instansi Rumah Sakit	130
5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	130

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Table 2. 1 Intervensi Keperawatan	42
Tabel 4. 1 Pengkajian pada (Ny.R) dan (Tn.H).....	73
Tabel 4. 2 Pemeriksaan penunjang pada (Ny.R) dan (Tn.H)	80
Tabel 4. 3 Penatalaksanaan terapi pada (Ny.R) dan (Tn.H).....	81
Tabel 4. 4 Balance cairan pada Ny.R.....	81
Tabel 4. 5 Balance cairan pada Tn.H.....	82
Tabel 4. 6 Analisa data pada Ny.R	82
Tabel 4. 7 Analisa data pada Tn.H	83
Tabel 4. 8 Daftar diagnosis keperawatan pada (Ny.R) dan (Tn.H)	85
Tabel 4. 9 Intervensi Keperawatan pada Ny.R.....	86
Tabel 4. 10 Intervensi keperawatan pada Tn.H.....	88
Tabel 4. 11 Implementasi keperawatan pada Ny.R	91
Tabel 4. 12 Implementasi keperawatanpada Tn.H	96
Tabel 4. 13 Evaluasi keperawatan pada Ny.R.....	101
Tabel 4. 14 Evaluasi keperawatan pada Tn.H	106

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway GGK.....	27
-----------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Form Informed Consent
Lampiran 2	Form Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah
Lampiran 3	Verifikasi Judul
Lampiran 4	Kesedian Membimbing
Lampiran 5	Izin Praktik Askep
Lampiran 6	Surat Balasan
Lampiran 7	Nota Dinas Ujian Hasil
Lampiran 8	Lembar Konsul



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal Ginjal Kronis (GGK) adalah salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat global dengan prevalensi dan insiden gagal ginjal yang meningkat, prognosis yang buruk, dan biaya yang tinggi (Nasution et al., 2020). Penyakit tidak menular pada gagal ginjal kronis termasuk penyakit yang memerlukan biaya tinggi dalam pengobatannya dan menyebabkan komplikasi yang dapat mengancam jiwa dengan penyebab kematian tertinggi secara global (Liawati & Nurhimawan, 2021).

Gagal Ginjal Kronis adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolik di dalam darah (Wajhillah, 2019). Seseorang yang telah didiagnosis menderita gagal ginjal kronis jika mengalami kelainan dan kerusakan pada ginjal selama 3 bulan atau lebih yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal sebesar 78-85 persen atau laju filtrasi glomerulusnya (LFG) kurang dari 60 ml/min/1,73m² dengan atau juga tanpa kelainan dibagian ginjal. Penurunan LFG terus berlanjut hingga akhirnya terjadi disfungsi organ pada saat laju filtrasi glomerulus menurun mencapai kurang dari 15 ml/min/1,73 m² yang dikenal sebagai *End-Stage Renal Disease* (ESRD) atau penyakit ginjal stadium akhir, sehingga membutuhkan penanganan lebih lanjut.

Gagal Ginjal Kronis (GGK) adalah masalah kesehatan dunia dengan peningkatan insidensi, prevalensi serta tingkat morbiditas dan mortalitas. Prevalensi global meningkat setiap tahunnya. Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2018 menjelaskan salah satu penyakit tidak menular adalah Gagal Ginjal Kronis, angka kejadian GGK secara global mencapai 10% dari jumlah keseluruhan. Gagal Ginjal Kronis menduduki penyakit kronis dengan angka kematian tertinggi ke-20 di dunia. Menurut Risesdas tahun 2018 Indonesia merupakan salah satu negara dengan penderita gagal ginjal yang tinggi, prevalensi GGK di Indonesia terus meningkat dari sebelumnya yaitu sekitar 450.500 orang (1,89%) menjadi 499.800 orang (2%). Jawa Barat menjadi salah satu provinsi penyumbang tertinggi kasus Gagal Ginjal Kronis yang setiap tahunnya terus mengalami peningkatan yang dapat dilihat dari data tahun 2013-2018 yaitu sebanyak 33.828 (5,3%) lalu di Provinsi Kalimantan Timur didapatkan 42,9%, Prevalensi di Provinsi Kalimantan Timur gagal ginjal kronis berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur \geq 15-24 tahun(1,33%), 25-34 tahun (2,28%), umur 35-44 tahun (5,64%), umur 45-64 tahun (7,21%) dan tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun (8,23%) lalu disusul pada kelompok umur \geq 75 tahun (7,48%) (Risesdas, 2018).

Dalam profile RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tahun 2021, gagal ginjal kronis masuk pada urutan ke 3 penyakit terbanyak di rawat inap, pasien dengan diagnose gagal ginjal kronis berjumlah 614 orang. Lalu dari 10 penyakit terbanyak penyebab kematian di tahun 2021, gagal ginjal kronis

menduduki urutan ke 5 dengan jumlah 64 orang (Profile RSUD Abdul Wahab Sjahranie, 2021).

Penyakit gagal ginjal kronis yang dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan. Dapat diakibatkan karena kondisi klinis dari ginjal itu sendiri serta dari ginjal bagian luar. Penyakit ginjal bagian dalam contohnya seperti glomerulus, batu ginjal dan infeksi saluran kemih. Sedangkan penyakit ginjal bagian luar antara lain seperti, hipertensi, kolestrol tinggi, diabetes militus dan infeksi yang ada di badan seperti hepatitis, TBC dan lain-lainnya (Pradana, 2019). Masalah yang biasanya muncul akibat penyakit ginjal kronis meliputi hipervolemia, defisit nutrisi, pola napas tidak efektif, risiko penurunan curah jantung, nausea, kerusakan integritas kulit, gangguan pertukaran gas, dan intoleransi aktivitas. Berdasarkan (SIKI, 2018), intervensi dapat dilakukan untuk berbagai masalah yang muncul seperti: menilai status gizi pasien, memantau tanda-tanda vital, asupan cairan, menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi dan menjelaskan proses penyakit.

Gagal Ginjal Kronis dapat dicegah dengan mengontrol faktor resikonya. Salah satu cara yang bisa diterapkan secara mandiri adalah dengan memperbaiki pola hidup, memperhatikan setiap makanan dan minuman yang dikonsumsi (Kusuma, 2020). Bagi penderita, untuk tidak memperburuk keadaan, tidak menimbulkan komplikasi, dan meminimalkan resiko kematian, diperlukan perawatan yang benar dan sesuai. Upaya keperawatan yang dapat dilakukan yaitu dengan menjaga tekanan darah, menjaga dan membatasi asupan cairan ke dalam tubuh, menjaga diet asupan nutrisi seperti rendah

protein, rendah kalium dan rendah natrium, yang bertujuan untuk meringankan beban kerja ginjal. Selain itu juga dengan memonitor suhu, pantau warna dan kelembaban kulit, evaluasi nadi perifer dan edema, dorong latihan ROM jika bedrest. Upaya lain yang dapat dilakukan untuk mempertahankan fungsi ginjal adalah dengan upaya kolaboratif dengan melakukan terapi pengganti ginjal atau hemodialisis, yang dapat mencegah kematian namun tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan fungsi ginjal secara keseluruhan. Selain itu, pengobatan yang diperlukan ialah transplantasi ginjal dan dialisis peritoneal (Gloria et al, 2016).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit gagal ginjal kronis merupakan masalah serius baik di Indonesia atau di dunia. Hal inilah yang mendasari penulis untuk memilih judul yaitu Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis sebagai kasus kelolaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang ditunjang dengan data penelitian yang cukup, studi literatur yang luas, dan tempat penelitian yang memadai.

1.2 Rumusan Masalah

Sebagaimana yang telah diuraikan di latar belakang, penulis merumuskan masalah penelitian ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2 Tujuan Khusus

Untuk memberikan pengalaman langsung dalam hal :

- 1.3.2.1 Melakukan pengkajian pada pasien dengan gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- 1.3.2.2 Menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- 1.3.2.3 Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- 1.3.2.4 Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- 1.3.2.5 Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Mahasiswa

Hasil dari asuhan keperawatan ini sebagai bahan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan penulis dalam memberikan

asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronis khususnya pada bidang keperawatan medikal bedah.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Hasil dari asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam meningkatkan pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronis khususnya pada bidang keperawatan medikal bedah.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi manfaat sebagai bahan informasi dan untuk menambah pengetahuan serta wawasan bagi perawat mengenai penyakit gagal ginjal kronis sehingga perawat lebih proaktif dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

3.1 Konsep Dasar Penyakit CKD

2.1.1 Definisi

Penyakit gagal ginjal kronis adalah penurunan fungsi ginjal yang terjadi dalam waktu 3 bulan berupa kelainan struktural dan fungsional ginjal dengan atau tanpa disertainya penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 60 ml/menit/1,73 m². Dengan manifestasi kelainan fatofisiologis yang ditandai adanya tanda-tanda kelainan ginjal, termasuk kelainan komposisi kimia darah, urin, dan kelainan radiologis (Smeltzer & Bare, 2015).

Gagal ginjal kronis merupakan suatu kondisi dimana ginjal sudah tidak mampu mengangkut sampah sisa metabolik 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).

2.1.2 Etiologi

Banyak sekali kondisi klinis yang menjadi penyebab terjadinya gagal ginjal kronis. Akan tetapi, apapun penyebabnya, respon yang terjadi ialah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan GGK biasa disebabkan oleh

ginjal sendiri maupun diluar ginjal. Adapun penyebab gagal ginjal kronis menurut (Pradana, 2019) sebagai berikut:

1) Penyakit dari ginjal

Penyakit pada saringan (glomerulus) : *Glomerulonefritis*, Infeksi kuman: *pyelonephritis*, *ureteritis*, Batu ginjal, Keganasan pada ginjal, Sumbatan: batu, tumor, penyempitan/striktur

2) Penyakit umum di luar ginjal

Penyakit sistemik Diabetes Melitus, Hipertensi, Kolestrol tinggi, *Dyslipidemia*, *Systemic Lupus Erythematosus*, Infeksi di badan: TBC paru, malaria, hepatitis, pre-eklamsi, dan obat-obatan.

2.1.3 Patofisiologi

Pada gagal ginjal kronis fungsi ginjal menurun secara drastis yang berasal dari nefron. Insufisiensi dari gagal ginjal tersebut akan mengalami penurunan sekitar 20–50% dalam hal *Glomerulus Filtration Rate*. Pada penurunan fungsi rata-rata 50%, biasanya akan muncul tanda dan gejala azotemia hipertensi dan anemia. Selain itu selama terjadi kegagalan fungsi ginjal maka pada keseimbangan cairan dan elektrolit pun akan mengalami masalah (Brunner & Suddarth 2012).

Kerusakan ginjal akan menurunkan produksi eritropin sehingga tidak terbentuknya eritrosit yang menimbulkan anemia dengan gejala pucat kelelahan dan aktivitas fisik berkurang. Proteinuria merupakan tanda terjadinya kerusakan ginjal. Penurunan fungsi ginjal menyebabkan permeabilitas glomerulus meningkat sehingga molekul

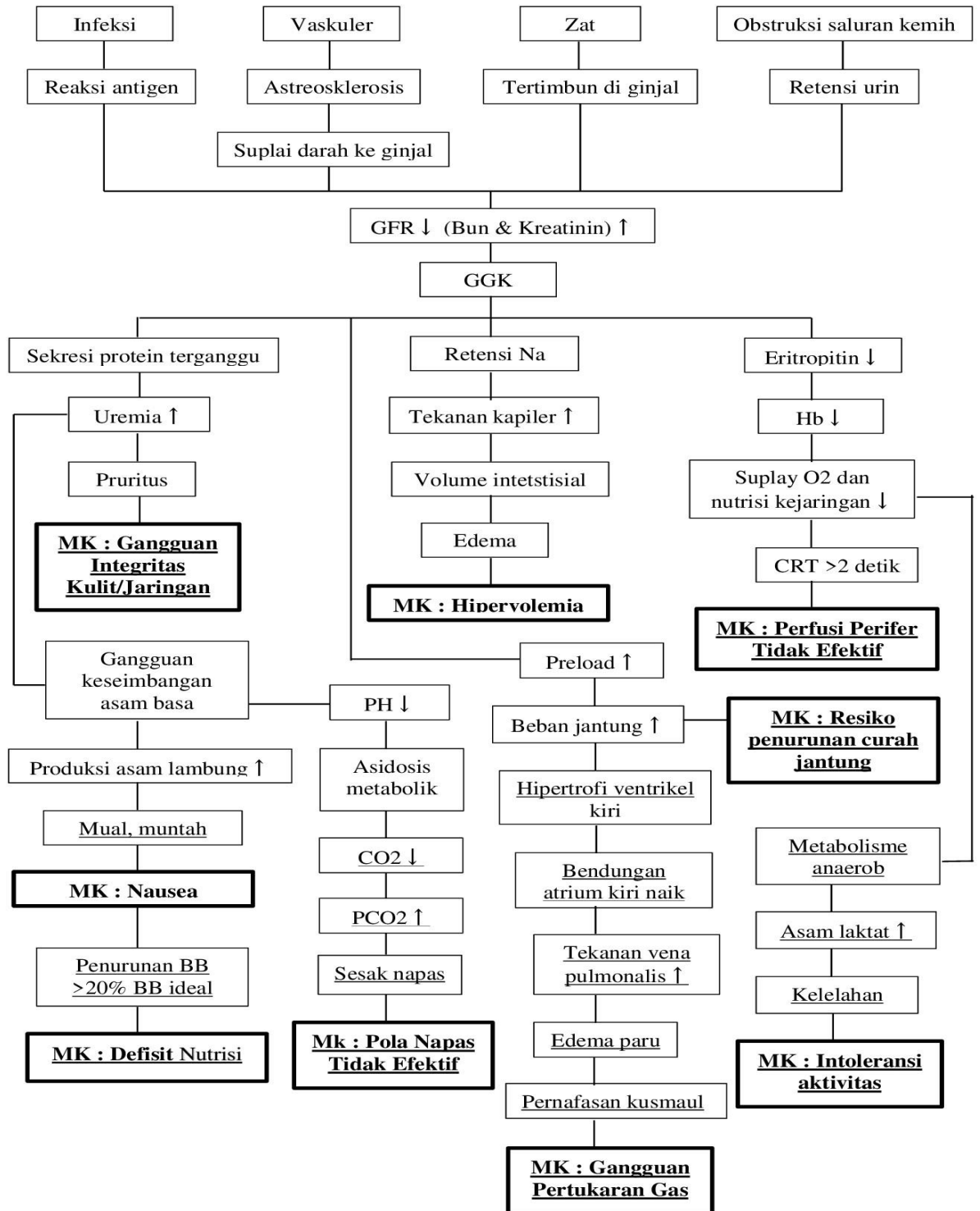
protein seperti albumin akan bebas melewati membran filtrasi. Selain itu fungsi filtrasi yang terganggu akan menyebabkan akumulasi urea dalam darah (Brunner & Suddarth, 2012).

Penumpukan pada urea dalam tubuh dapat menyebabkan gangguan keseimbangan asam dan basa yang mempengaruhi produksi asam dalam tubuh termasuk produksi asam lambung sehingga muncul tanda dan gejala mual muntah dan anoreksia. Selain itu penumpukan urea dalam tubuh dapat menyebabkan pruritus sehingga muncul gangguan integritas kulit (Brunner & Suddarth 2012).

Perjalanan penyakit gagal ginjal kronis akan membawa dampak yang sistemik terhadap seluruh sistem yang ada di dalam tubuh dan akan mengakibatkan komplikasi yang bertahap (Prabowo & Oranata 2014).



2.1.4 Pathway



Bagan 2. 1 Pathway GGK
 Sumber : Brunner dan Suddarth (2012)

2.1.5 Klasifikasi

Klasifikasi penyakit gagal ginjal kronis didasarkan atas dua hal yaitu, derajat (*stage*) penyakit dan atas dasar diagnosis etiologi. Klasifikasi atas derajat penyakit dibuat berdasarkan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) dimana nilai normalnya 90-120ml/menit/1,73m². (*Glomerulus Filtration Rate (GFR)*) yang dihitung menggunakan rumus *Cockcroft-Gaut* yaitu :

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

(*) Dikalikan 0,85 bila perempuan

Menurut (Euis Chintya, 2022). ada pun klasifikasi dari gagal ginjal kronis antara lain :

1) Stadium I (satu)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminuria persisten dan LFG yang masih normal (>90 ml/menit/1,73m²)

2) Stadium II (dua)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminuria persisten dan LFG yang ringan (60-89 ml/menit/1,73m²)

3) Stadium III (tiga)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminuria persisten dan LFG yang sedang (30-59 ml/menit/1,37m²)

4) Stadium IV (empat)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminuria persisten dan LFG yang berat (15-29 ml/menit/1,73m²)

5) Stadium V (lima)

Kelainan ginjal ditandai dengan albuminuria persisten dan LFG yang *End-Stage Renal Disease* (terminal) (<15 ml/menit/1,73m²)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut (Alfina, 2022) manifestasi klinis penyakit ginjal kronis antara lain :

1) Gastrointestinal

Akibat dari hiponatremia maka terjadi hipotensi, mulut kekeringan, penurunan tekanan turgor kulit, kelemahan, malaise dan mual. Perubahan gastrointestinal uremia juga mempengaruhi seluruh sistem pencernaan.

2) Kardiovaskuler

Gejala kardiovaskular penyakit ginjal kronis meliputi kardiomiopati, tekanan darah tinggi, edema, perifer, gagal jantung, dan sindrom kardiorenal

3) Sistem pernafasan

Gejala pernafasan pasien penyakit ginjal kronis juga bervariasi misalnya takipnea, pernafasan yang dalam, napas berbau urin, sesak napas, edema paru dan efusi pleura. Takipnea dan peningkatan kedalaman pernafasan terjadi karena asidosis metabolik. Pada

asidosis metabolik yang parah kecepatan kedalaman pernafasan sangat meningkat (kusmaul) juga dapat terjadi.

4) Integumen

Gejala kulit pasien penyakit ginjal kronis terjadi sebagai akibat uremia. Pigmen menumpuk di kulit menyebabkan warna kekuningan, atau lebih gelap jika kulitnya berwarna coklat. Penurunan turgor kulit pada pasien dengan masalah uremia. Masalah uremia yang paling sering ialah kulit kering dan gatal-gatal parah.

5) Neurologis

Gejala neurologi ditandai dengan adanya neuropati perifer, ngantuk di siang hari, konsentrasi yang buruk. Selain itu, kelesuan hingga kejang dan koma dapat mengidentifikasi ensefalopi uremik.

6) Musculoskeletal

Gejala musculoskeletal meliputi kelemahan, nyeri tulang, patah tulang, dan osteodistrofi karena penurunan penyerapan kalsium, kehilangan kalsium tulang secara terus menerus.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gagal ginjal kronis dibagi menjadi 2 tahap, yaitu konservatif dan dialisis/ transplantasi ginjal.

2.1.9.1 Tindakan konservatif untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif :

- 1) Pengaturan cairan, cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi secara rutin. Pengawasan dilakukan melalui berat badan, urine dan pencatatan keseimbangan cairan.

Jumlah asupan cairan yang diperbolehkan pada pasien dengan gagal ginjal kronis ditentukan oleh jumlah urine yang dapat diproduksi pasien dalam 24 jam. Umumnya sekitar 500-700 ml cairan per hari ditambah urine output (ml).

- 2) Terapi gizi

Asupan nutrisi juga perlu diperhatikan untuk menyeimbangkan retensi natrium dalam darah, natrium yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari (1-2 GR natrium), dan pembatasan kalium. Pada saat yang sama, asupan kalori dan vitamin harus adekuat. Protein juga dibatasi karena urea, asam urat, dan asam organik hasil pemecahan makanan dan protein menumpuk dalam darah ketika ada gangguan pembersihan di ginjal (Smeltzer & Bare, 2015).

- 3) Pengendalian hipertensi, batasi konsumsi natrium, pemberian diuretik (obat yang berfungsi untuk membuang kelebihan garam dan air dalam tubuh melalui urine).
- 4) Pengendalian hiperkalemia, hiperkalemia dapat menyebabkan aritmia (gangguan yang terjadi pada irama

jantung) dan juga henti jantung. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin. Insulin dapat membantu mengembalikan kalium ke dalam sel-sel tubuh. Kalium merupakan mineral didalam tubuh.

- 5) Pengendalian anemia, usaha pertama harus ditunjukkan 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 jika adanya indikasi yang kuat, contohnya adanya infusensi coroner.

1.1.9.1 Dialisis/ Transplantasi Ginjal

- 1) Dialisis atau hemodialisa dapat digunakan untuk mempertahankan penderita dalam keadaan klinis yang optimal sampai tersedia donor ginjal. Dialisis dapat dilakukan apabila kadar kreatinin serum biasanya diatas 6 mg/100 ml pada laki-laki atau 4 mg/100 ml pada wanita, dan GFR kurang dari 4 ml/menit.
- 2) Transplantasi ginjal, dengan pencangkokkan ginjal yang sehat pasien gagal ginjal kronis, maka seluruh faal ginjal diganti oleh ginjal yang baru.

2.1.8 Komplikasi

Menurut (Rizky Purnama, 2022) menerangkan komplikasi yang terjadi pada pasien Gagal Ginjal Kronis yaitu:

1) Gangguan kardiovaskular

Gangguan di sistem kardiovaskular dapat menyebabkan atau mempercepat proses gagal ginjal, selain itu komplikasi kardiovaskular juga dapat muncul sebagai akibat gagal ginjal kronis. Komplikasi yang sering muncul yaitu hipertensi, hiperkalemia, dan perikarditis.

2) Gangguan pulmoner

Komplikasi pada paru yang sering muncul pada pasien gagal ginjal kronis adalah terjadinya edema paru. Komplikasi ini sering terjadi karena kelebihan cairan, gagal jantung atau keduanya.

3) Gangguan gastrointestinal

Komplikasi pada sistem pencernaan dapat berupa, anoreksia, mual, muntah, diare, konstipasi, serta gangguan rongga mulut seperti stomatitis

4) Gangguan neuromuskuler

Gangguan neuromuskuler dapat menyebabkan komplikasi berupa gangguan tidur, gangguan proses kognitif, latergi, iritabilitas otot, dan neuropati perifer.

5) Gangguan sistem imun

Pasien dengan gagal ginjal kronis berada pada daya tanggap imun rendah, gangguan ini disebabkan malnutrisi dan efek uremia pada leukosit.

6) Gangguan muskuloskeletal

Gangguan muskuloskeletal muncul pada pasien gagal ginjal kronis dikarenakan terjadinya gangguan keseimbangan kalsium dan fosfat, hal ini menyebabkan berbagai komplikasi sistem muskuloskeletal seperti, nyeri tulang, fraktur, pseudogout, serta pruritus.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa gagal ginjal kronis sebagai berikut (Prabowo, 2014 :

2.1.11.1 Biokimawi

Pemeriksaan utama dari analisis fungsi ginjal adalah ureum dan kreatinin plasma. Untuk hasil yang lebih akurat untuk mengetahui fungsi ginjal adalah dengan analisa klirens kreatinin. Selain pemeriksaan fungsi ginjal, pemeriksaan kadar elektrolit juga harus dilakukan untuk mengetahui status keseimbangan elektrolit dalam tubuh sebagai bentuk kinerja ginjal

2.1.11.2 Ultrasonografi Ginjal

Gambaran dari ultrasonografi akan memberikan informasi mendukung untuk menegakkan diagnosis gagal ginjal. Pada

pasien gagal ginjal biasanya menunjukkan adanya obstruksi atau jaringan paru pada ginjal. Selain itu, ukuran dari ginjal pun akan terlihat

2.1.11.3 Pemeriksaan Laboratorium

1) Urine

- (1) Volume, biasanya berkurang dari 400ml/24jam atau anuria yaitu tidak adanya produksi urine
- (2) Warna, secara abnormal urine keruh kemungkinan disebabkan oleh pus, bakteri, lemak, fosfat, kecoklatan menunjukkan adanya darah, hb, myoglobin dan profirin.
- (3) Berat jenis, kurang dari 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat.
- (4) Klirens kreatinin mengalami penurunan.
- (5) Natrium, lebih besar dari 40 mEq/L karena ginjal tidak mampu mereabsorpsi natrium.
- (6) Protein, derajat tinggi proteinuria (3-4+) secara uat menunjukkan kerusakan glomerulus

2) Darah

- (1) BUN/ kreatinin, meningkat kadar kreatinin 10mg/dl diduga tahap akhir.
- (2) Hematokrit menurun sehingga terjadi anemia. Hb biasanya kurang dari 7-8 gr/dl.

- (3) Sel darah merah, menurun, defisiensi eritropoetin
- (4) Analisa gas darah, biasanya asidosis metabolik, PH kurang dari 7,2.
- (5) Natrium serum menurun, kalium meningkat, magnesium meningkat, kalsium menurun.

3) Pemeriksaan EKG

Untuk melihat adanya hipertropi ventrikel kiri, tanda perikarditis, aritmia dan gangguan elektrolit

3.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1) Identitas Pasien

Terdiri dari nama, nomor rekam medis, umur, agama, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, alamat, tanggal masuk, pihak yang mengirim, cara masuk RS, diagnosa medis, dan identitas penanggung jawab meliputi : Nama, umur, hubungan dengan pasien, pekerjaan dan alamat (Multhazam Umar, 2022).

2) Riwayat Kesehatan

(1) Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan hal-hal yang dirasakan oleh pasien sebelum masuk ke rumah sakit. Pada pasien gagal ginjal kronis biasanya didapatkan keluhan utama bervariasi, mulai dari urin keluar sedikit sampai tidak dapat BAK, gelisah sampai penurunan

kesadaran, tidak selera makan (anoreksia), mual, muntah, mulut terasa kering, rasa lelah, napas bau (ureum) dan gatal pada kulit .

(2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya pasien mengalami penurunan frekuensi urin, penurunan kesadaran, perubahan pola napas, kelemahan fisik, adanya perubahan kulit, adanya napas berbau amoniak, rasa sakit kepala, nyeri panggul, pengelihatn kabur, perasaan tidak berdaya dan perubahan pemenuhan nutrisi.

(3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya pasien berkemungkinan mempunyai riwayat penyakit gagal ginjal akut, infeksi saluran kemih, gagal jantung, penggunaan obat-obat nefrotoksik, penyakit batu saluran kemih, infeksi sistem perkemihan berulang, penyakit diabetes mellitus, hipertensi pada masa sebelumnya yang menjadi predisposisi penyebab. Penting untuk dikaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat kemudian dokumentasikan.

(4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya pasien mempunyai anggota keluarga yang pernah menderita penyakit yang sama dengan pasien yaitu gagal ginjal kronis, maupun penyakit diabetes mellitus dan hipertensi yang bias menjadi faktor pencetus terjadinya gagal ginjal kronis.

3) Pola kesehatan fungsional

- (1) Pemeliharaan kesehatan personal hygiene kurang, konsumsi toksik, konsumsi makanan tinggi kalsium, fosfat, protein, kebiasaan minum suplemen, control tekanan darah dan gula darah tidak teratur pada penderita tekanan darah tinggi dan diabetes melitus.
- (2) Pola nutrisi dan metabolik : perlu dikaji adanya mual, muntah, anoreksia, intake cairan inadekuat, edema, malnutrisi, demam karena sepsis dan dehidrasi.
- (3) Pola aktivitas dan latihan : kelemahan ekstremitas, kelemahan malaise, keterbatasan gerak sendi.
- (4) Pola istirahat dan tidur : gangguan tidur (insomnia/gelisah atau somnolen)
- (5) Pola reproduksi dan seksual : penurunan libido, amenorea, infertilitas, dan impotensi.

4) Pemeriksaan Fisik

- (1) Keadaan umum dan tanda-tanda vital

Keadaan umum pasien lemah, letih dan nyeri pinggang. Tingkat kesadaran pasien kompos mentis bisa menurun sesuai dengan tingkat uremia dimana dapat mempengaruhi sistem syaraf pusat, berat badan menurun.

TTV : TD meningkat, suhu meningkat, nadi lemah, disritmia, pernafasan kusmaul, tidak teratur.

- (2) Kepala

Pada bagian rambut biasanya pasien berambut tipis dan kasar, pasien sering sakit kepala, kuku rapuh dan tipis, lalu bagian wajah biasanya terlihat pucat, di bagian mata biasanya terlihat memerah, pengelihatan kabur, konjungtiva anemis dan sklera ikterik pada bagian hidung biasanya tidak ada pembengkakan polip dan pasien bernapas pendek, dibagian bibir biasanya terdapat peradangan mukosa mulut, ulserasi gusi, perdarahan gusi dan napas berbau, lalu gigi biasanya tidak terdapat karies, Lidah biasanya tidak terjadi perdarahan.

(3) Leher : biasanya tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid atau kelenjar getah bening.

(4) Dada/Thorak

Pada pemeriksaan inspeksi biasanya pasien dengan napas pendek, kusmaul (cepat/dalam), pada pemeriksaan palpasi biasanya fremitus kiri dan kanan, pada pemeriksaan perkusi biasanya sonor, dan pada pemeriksaan auskultasi biasanya vesikuler.

(5) Jantung

Pada pemeriksaan inspeksi biasanya ictus cordis tidak terlihat, pada palpasi biasanya ictus cordis teraba di ruang intercostal 2 linea dekstra sinistra, lalu saat di perkusi biasanya ada nyeri dan ketika di auskultasi biasanya terdapat irama jantung yang cepat.

(6) Perut/Abdoman

Pada pemeriksaan inspeksi biasanya terjadi distensi abdomen, acites atau penumpukan cairan, pasien tampak mual dan muntah, lalu saat di palpasi biasanya acites, nyeri tekan pada bagian pinggang, dan adanya pembesaran hepar pada stadium akhir, ketika di perkusi biasanya terdengar pekak karena terjadinya acites, lalu saat auskultasi biasanya bising usus normal antara 5-35 kali/menit.

(7) Genitourinaria

Biasanya terjadi penurunan frekuensi urin, oliguria, anuria, distensi abdomen, diare atau konstipasi, perubahan warna urin menjadi kuning pekat.

(8) Ekstremitas

Biasanya didapatkan nyeri panggul. Edema pada ekstremitas, kram otot, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki dan keterbatasan gerak sendi.

(9) Sistem Integumen

Biasanya warna kulit abu-abu, kulit gatal, kering dan bersisik, adanya area ekimosis pada kulit, kuku tipis dan rapuh.

(10) Sistem Neurologi

Biasanya terjadi gangguan status mental seperti penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan konsentrasi, kehilangan memori, penurunan tingkat kesadaran, disfungsi serebral, seperti

perubahan proses fikir dan disorientasi. Pasien sering didapati kejang, dan adanya neuropati perifer.

(11) Sistem Endokrin

Berhubungan dengan pola seksualitas, pasien dengan gagal ginjal kronis akan mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormone reproduksi.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan adalah bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (PPNI, 2016). Beberapa diagnosis yang muncul pada pasien gagal ginjal kronis ialah :

- 1) Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi d.d dispneu, PCO₂ meningkat/ menurun, bunyi napas tambahan (D.0003)
- 2) Pola napas tidak efektif b.d hiperventilasi d.d pasien mengeluh sesak napas saat aktivitas maupun istirahat (D.0005)
- 3) Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun (D.0009)

- 4) Risiko penurunan curah jantung d.d perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload (D.0011)
- 5) Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan d.d berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, nafsu makan menurun, otot mengunyah lemah, otot menelan lemah (D.0019)
- 6) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium d.d ortopnea, dyspnea, edema anasarka dan/atau edema perifer distensi vena jugularis (D.0022)
- 7) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen d.d mengeluh lelah, dispnea saat/setelah melakukan aktivitas, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat (D.0056)
- 8) Nausea b.d gangguan biokimiawi (uremia) d.d mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan (D.0076)
- 9) Gangguan integritas kulit b.d kelebihan volume cairan, sindrom uremia d.d kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma (D.0129).

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Table 2. 1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan	L.01003 Pertukaran Gas Ekspektasi: meningkat	I.01014 Pemantauan Respirasi <i>Observasi</i>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	ventilasi – perfusi (D.0003) Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Dispnea Objektif: 1. PCO2 meningkat/ menurun 2. PO2 menurun 3. Takikardia 4. pH arteri meningkat/menurun 5. Bunyi napas tambahan Gejala dan tanda minor Subjektif: 1. Pusing 2. Penglihatan kabur Objektif: 1. Sianosis 2. Diaforesis 3. Gelisah 4. Napas cuping hidung 5. Pola napas abnormal (cepat/lambat reguler/ireguler, dalam/dangkal) 6. Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan) 7. Kesadaran menurun	Kriteria hasil 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Dispnea menurun 3. Bunyi napas tambahan menurun 4. Pusing menurun 5. Penglihatan kabur menurun 6. Diaforesis menurun 7. Gelisah menurun 8. Napas cuping hidung menurun 9. PCO2 membaik 10. PO2 membaik 11. Takikardia membaik 12. pH arteri membaik 13. Sianosis membaik 14. Pola napas membaik 15. Warna kulit membaik	1.1 Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas 1.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea,takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, CheyneStokes, Biot, ataksik) 1.3 Monitor kemampuan batuk efektif 1.4 Monitor adanya produksi sputum 1.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas 1.6 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 1.7 Auskultasi bunyi napas 1.8 Monitor saturasi oksigen Terapeutik 1.9 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 1.10 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1.11 Jelaskan tujuan dan prosedur Pemantauan 1.12 Informasikan hasil pemantauan Terapi Oksigen (I. 01026) Observasi 1.1 Monitor aliran kecepatan oksigen

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>1.2 Monitor posisi alat terapi oksigen</p> <p>1.3 Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</p> <p>1.4 Monitor efektifitas terapi oksigen</p> <p>1.5 Monitor tanda – tanda hipoventilasi</p> <p>1.6 Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelectasis</p> <p>1.7 Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</p> <p>1.8 Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.9 Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea</p> <p>1.10 Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>1.11 Siapkan dan atur alat pemberian oksigen</p> <p>1.12 Berikan oksigen tambahan</p> <p>1.13 Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi</p> <p>1.14 Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>1.15 Ajarkan pasien dan keluarga</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>cara menggunakan oksigen di rumah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.16 Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p>1.17 Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan tidur</p>
2	<p>Pola napas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan dan hiperventilasi (D.0005)</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Dispnea</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Penggunaan otot bantu napas</p> <p>2. Fase ekspirasi memanjang</p> <p>3.Pola napas abnormal</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Ortopnea</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Pernapasan pursedlip</p> <p>2. Pernapasan cuping hidung</p>	<p>Pola Napas (L. 01004)</p> <p>Ekspektasi: meningkat</p> <p>kriteria hasil :</p> <p>1. Ventilasi semenit meningkat</p> <p>2. Kapasitas vital meningkat</p> <p>3. Diameter thoraks anterior posterior meningkat</p> <p>4. Tekanan ekspirasi meningkat</p> <p>5. Tekanan inspirasi meningkat</p> <p>6. Dispnea menurun</p> <p>7. Penggunaan otot bantu napas menurun</p> <p>8. Pemanjang fase ekspirasi menurun</p> <p>9. Ortopnea menurun</p> <p>10. Pernapasan pursed-tip menurun</p>	<p>I.01014 Pemantauan Respirasi</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas</p> <p>2.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea,takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, <i>Cheyne Stokes</i>, Biot, ataksik)</p> <p>2.3 Monitor kemampuan batuk efektif</p> <p>2.4 Monitor adanya produksi sputum</p> <p>2.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas</p> <p>2.6 Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</p> <p>2.7 Auskultasi bunyi napas</p> <p>2.8 Monitor saturasi oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.9 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>2.10 Dokumentasikan hasil</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	3. Diameter thoraks anterior-posterior 4. Ventilasi semenit menurun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 7. Tekanan inspirasi 8. Ekskursi dada berubah	11. Pernapasan cuping hidung menurun 12. Frekuensi napas membaik 13. Kedalaman napas membaik 14. Ekskursi dada menurun	pemantauan Edukasi 2.11 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2.12 Informasikan hasil pemantauan Terapi Oksigen (I. 01026) Observasi 2.1 Monitor aliran kecepatan oksigen 2.2 Monitor posisi alat terapi oksigen 2.3 Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 2.4 Monitor efektifitas terapi oksigen 2.5 Monitor tanda – tanda hipoventilasi 2.6 Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelectasis 2.7 Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen 2.8 Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen Terapeutik 2.9 Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea 2.10 Pertahankan kepatenan jalan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>napas</p> <p>2.11 Siapkan dan atur alat pemberian oksigen</p> <p>2.12 Berikan oksigen tambahan</p> <p>2.13 Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi</p> <p>2.14 Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>2.15 Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.16 Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p>2.17 Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan tidur</p>
3	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Pengisian kapiler >3 detik</p> <p>2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba</p>	<p>L.02011 Perfusi Perifer</p> <p>Ekspektasi: meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Denyut nadi perifer meningkat</p> <p>2. Penyembuhan luka meningkat</p> <p>3. Sensasi meningkat</p> <p>4. Warna kulit pucat menurun</p> <p>5. Edema perifer menurun</p> <p>6. Nyeri ekstremitas</p>	<p>I.02079 Perawatan Sirkulasi</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)</p> <p>3.2 Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi)</p> <p>3.3 Monitor panas, kemerahan,</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	<p>3. Akral teraba dingin</p> <p>4. Warna kulit pucat</p> <p>5. Turgor kulit menurun</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif:</p> <p>1. Parastesia</p> <p>2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Edema</p> <p>2. Penyembuhan luka lambat</p> <p>3. Indek anklebrachial < 0,90</p> <p>4. Bruit femoralis</p>	<p>menurun</p> <p>7. Parastesia menurun</p> <p>8. Kelemahan otot menurun</p> <p>9. Kram otot menurun</p> <p>10. Bruit femoralis menurun</p> <p>11. Nekrosis menurun</p> <p>12. Pengisian kapiler membaik</p> <p>13. Akral membaik</p> <p>14. Turgor kulit membaik</p> <p>15. Tekanan darah sistolik membaik</p> <p>16. Tekanan darah diastolic membaik</p> <p>17. Tekanan arteri rata-rata membaik</p> <p>18. Indeks anklebrachial membaik</p>	<p>nyeri atau bengkak pada ekstermitas</p> <p>Teraupetik</p> <p>3.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi</p> <p>3.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>3.6 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <p>3.7 Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>3.8 Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>Edukasi</p> <p>3.9 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>3.10 Anjurkan berolahraga rutin</p> <p>3.11 Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar</p> <p>3.12 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu</p> <p>3.13 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>3.14 Anjurkan menggunakan obat penyekat beta</p> <p>3.15 Ajarkan program diet untuk</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>3.16 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>I.06195 Manajemen Sensasi Perifer</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>3.2 Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian</p> <p>3.3 Periksa perbedaan sensasi tajam dan tumpul</p> <p>3.4 Periksa perbedaan sensasi panas dan dingin</p> <p>3.5 Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</p> <p>3.6 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu</p> <p>3.7 Monitor perubahan kulit</p> <p>3.8 Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena</p> <p>Teraupetik</p> <p>3.9 Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>(terlalu panas atau dingin)</p> <p>Edukasi</p> <p>3.10 Anjurkan penggunaan thermometer untuk menguji suhu air</p> <p>3.11 Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak</p> <p>3.12 Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.13 Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</p> <p>3.14 Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlunurun kolestrol, jika perlu</p>
4	<p>Risiko penurunan curah jantung d.d perubahan preload (D.0011)</p> <p>Faktor Risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan afterload. 2. Perubahan frekuensi jantung. 3. Perubahan irama jantung. 4. Perubahan kontraktilitas. 5. Perubahan preload. <p>Kondisi Klinis Terkait.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gagal jantung kongestif 2. Sindrom koroner akut. 3. Gangguan katup jantung (stenosis / regirgitasi 	<p>Curah Jantung (L.02008)</p> <p>Ekspektasi: meningkat</p> <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Gambaran EKG aritmia menurun 3. Lelah menurun 4. Edema menurun 5. Dispnea menurun 6. Oliguria menurun 7. Pucat/ sianosis menurun 8. Tekanan darah membaik 9. Capillary reffil time (CRT) membaik 	<p>Perawatan Jantung (L.02075)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema) 4.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, palpitasi, rongki basah, batuk) 4.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu) 4.4 Monitor intake dan output cairan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	<p>aorta, pulmonalis, trikuspidalis, atau mitralis).</p> <p>4. Atrial / ventricular septal defect.</p> <p>5. Aritmia.</p>		<p>4.5 Monitor saturasi oksigen</p> <p>4.6 Monitor keluhan nyeri dada</p> <p>4.7 Monitor airtmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.8 Posisikan pasien semi fowler dan fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</p> <p>4.9 Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>4.10 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p>Edukasi</p> <p>4.11 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>4.12 Ajarkan pasien atau keluarga mengukur intake dan output cairan harian.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.13 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
5	<p>Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan (D.0019).</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah</p>	<p>I.03030 Status Nutrisi</p> <p>Ekspektasi: membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</p> <p>2) Kekuatan otot pengunyah meningkat</p> <p>4) Kekuatan otot menelan meningkat</p> <p>5) Serum albumin</p>	<p>I.03119 Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>5.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>5.3 Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>5.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>5.5 Monitor asupan makanan</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	<p>rentang ideal</p> <p>Gejala dan tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare 	<p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Verbalisasi keinginan untuk 7) meningkatkan nutrisi meningkat 8) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 9) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 10) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 11) Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat 12) Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat 13) Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 14) Perasaan cepat kenyang menurun 15) Nyeri abdomen menurun 16) Sariawan menurun 17) Rambut rontok menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 5.6 Monitor berat badan 5.7 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.8 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 5.9 Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 5.10 Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 5.11 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5.12 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 5.13 Berikan makanan rendah protein <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.14 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 5.15 Anjurkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.16 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), jika perlu 5.17 Kolaborasi dengan ahli gizi menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		18) Diare menurun 19) Berat badan membaik 20) Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik 21) Frekuensi makan membaik 22) Nafsu makan membaik 23) Bising usus membaik 24) Tebal lipatan kulit trisep membaik 25) Membran mukosa membaik	I.03136 Promosi Berat Badan Observasi 5.1 Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang 5.2 Monitor adanya mual muntah 5.3 Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari 5.4 Monitor berat badan 5.5 Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum Teraupetik 5.6 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu 5.7 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis. Makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi) 5.8 Hidangkan makanan secara menarik 5.9 Berikan suplemen, jika perlu 5.10 Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai Edukasi 5.11 Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			terjangkau 5.12 Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan
6	<p>Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium (D.0022)</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. Jugular Venous Pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat 4. Refleks hepatojugular positif <p>Gejala dan tanda minor Subjektif: (tidak tersedia)</p>	<p>L.03020 Keseimbangan Cairan</p> <p>Ekspektasi: membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Asupan cairan meningkat 2) Haluaran urin meningkat 3) Kelembaban membrane mukosa meningkat 4) Asupan makanan meningkat – Edema menurun 5) Dehidrasi menurun 6) Asites menurun 7) Konfusi menurun 8) Tekanan darah membaik 9) Denyut nadi radial membaik 10) Tekanan arteri rata-rata membaik 11) Membran mukosa membaik 12) Mata cekung membaik 13) Turgor kulit membaik 14) Berat badan membaik 	<p>I.03114 Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan) 6.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 6.3 Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia 6.4 Monitor intake dan output cairan 6.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 6.6 Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat) 6.7 Monitor keceptan infus secara ketat 6.8 Monitor efek samping diuretik

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	Objektif: 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara napas tambahan 3. Hepatomegali 4. Kadar Hb/Ht turun 5. Oliguria 6. Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif) 7. Kongesti paru		(mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) Terapeutik 6.9 Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 6.10 Batasi asupan cairan dan garam 6.11 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi 6.12 Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 6.13 Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari 6.14 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 6.15 Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 6.16 Kolaborasi pemberian diuretic 6.17 Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik 6.18 Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu I.03121 Pemantauan Cairan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>Observasi</p> <p>6.1 Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>6.2 Monitor frekuensi napas</p> <p>6.3 Monitor tekanan darah</p> <p>6.4 Monitor berat badan</p> <p>6.5 Monitor waktu pengisian kapiler</p> <p>6.6 Monitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>6.7 Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</p> <p>6.8 Monitor kadar albumin dan protein total</p> <p>6.9 Monitor hasil pemeriksaan serum (mis.osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN)</p> <p>6.10 Monitor intake dan output cairan</p> <p>6.11 Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis.frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>menurun dalam waktu singkat)</p> <p>6.12 Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>6.13 Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.14 Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>6.15 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>6.16 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>6.17 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
7	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara	L.05047 Toleransi Aktivitas	I.05178 Manajemen Energi Observasi

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	<p>suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <p>1. Mengeluh lelah</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif:</p> <p>1. Dispnea saat/setelah aktivitas</p> <p>2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</p> <p>3. Merasa lemah</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat</p> <p>2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas</p> <p>3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</p> <p>4. Sianosis</p>	<p>Ekspektasi: meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1) Frekuensi nadi meningkat</p> <p>2) Saturasi oksigen meningkat</p> <p>3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</p> <p>4) Kecepatan berjalan meningkat</p> <p>5) Jarak berjalan Meningkat</p> <p>6) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</p> <p>7) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</p> <p>8) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat</p> <p>9) Keluhan lelah menurun</p> <p>10) Dipsnea saat aktivitas menurun</p> <p>11) Dipsnea setelah aktivitas menurun</p> <p>12) Perasaan lemah menurun</p> <p>13) Aritmia saat beraktivitas menurun</p> <p>14) Aritmia setelah beraktivitas menurun</p> <p>15) Sianosis menurun</p> <p>16) Warna kulit membaik</p>	<p>7.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>7.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>7.3 Monitor pola dan jam tidur</p> <p>7.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.5 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>7.6 Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p>7.7 Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>7.8 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>7.9 Anjurkan tirah baring</p> <p>7.10 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>7.11 Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>7.12 Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.13 Kolaborasi dengan ahli gizi</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		17) Tekanan darah membaik 18) Frekuensi napas membaik 19) EKG Iskemia membaik	tentang cara meningkatkan asupan makanan I.05186 Terapi Aktivitas Observasi 7.1 Identifikasi defisit tingkat aktivitas 7.2 Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 7.3 Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan 7.4 Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 7.5 Identifikasi makna aktivitas rutin (mis.bekerja) dan waktu luang 7.6 Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas Terapeutik 7.7 Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 7.8 Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas 7.9 Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>fisik, psikologis, dan social</p> <p>7.10 Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>7.11 Fasilitasi makna aktivitas yang Dipilih</p> <p>7.12 Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</p> <p>7.13 Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</p> <p>7.14 Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</p> <p>7.15 Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</p> <p>7.16 Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>7.17 Tingkatan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</p> <p>7.18 Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>7.19 Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. Kegiatan keagamaan khusus) untuk</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p data-bbox="1161 412 1358 443">pasien demensia</p> <p data-bbox="1094 461 1481 640">7.20 Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</p> <p data-bbox="1094 663 1517 1144">7.21 Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)</p> <p data-bbox="1094 1167 1453 1245">7.22 Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p data-bbox="1094 1267 1493 1346">7.23 Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</p> <p data-bbox="1094 1368 1509 1447">7.24 Fasilitasi pasien dan keluarga memantau</p> <p data-bbox="1094 1469 1477 1547">7.25 kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p data-bbox="1094 1570 1461 1648">7.26 Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p data-bbox="1094 1671 1517 1749">7.27 Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p data-bbox="1094 1771 1198 1803">Edukasi</p> <p data-bbox="1094 1825 1517 1904">7.28 Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</p> <p data-bbox="1094 1926 1445 1957">7.29 Ajarkan cara melakukan</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>aktivitas yang dipilih</p> <p>7.30 Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</p> <p>7.31 Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</p> <p>7.32 Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.33 Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai</p> <p>7.34 Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu</p>
8	<p>Nausea b.d Gangguan biokimiawi (Uremia) (D.0076)</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh mual, 2. Merasa ingin muntah, 3. Tidak berminat makan. <p>Objektif: -</p> <p>Gejala dan tanda minor</p>	<p>L.08065 Tingkat Nausea</p> <p>Ekspektasi : menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 2. Keluhan mual menurun 3. Perasaan ingin muntah menurun 4. Perasaan asam dimulut menurun 5. Wajah pucat membaik 6. Takikardia membaik 	<p>I. 03117 Manajemen Mual</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Identifikasi pengalaman mual 8.2 Identifikasi faktor penyebab mual 8.3 Monitor mual (mis. Frekuensi, 8.4 durasi dan tingkat keparahan) 8.5 Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.6 Kendalikan faktor penyebab mual (mis. Bau tak sedap) 8.7 Kurangi atau hilangkan keadaan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	Subjektif: 1. Merasa asam di mulut, 3. Sensasi panas/dingin, 4. Sering menelan. Objektif: 1. Saliva meningkat, 2. Pucat, 3. Diaforesis, 4. Takikardia, 5. Pupil dilatasi.		penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan) Edukasi 8.8 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 8.9 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 8.10 Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak 8.11 Anjurkan menggunakan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis. Relaksasi, terapi musik, hypnosis)
9	Gangguan integritas kulit b.d kelebihan volume cairan, sindrom uremia (D.0129) Gejala dan tanda mayor Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit Gejala dan tanda minor Subjektif: (tidak tersedia)	L.14125 Integritas Kulit dan Jaringan Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil: 1) Elastisitas meningkat 2) Hidrasi meningkat 3) Perfusi jaringan meningkat 4) Kerusakan jaringan menurun 5) Kerusakan lapisan kulit menurun 6) Nyeri menurun 7) Perdarahan menurun 8) Kemerahan menurun	I.11353 Perawatan Integritas Kulit Observasi 9.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik 9.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah Baring 9.3 Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 9.4 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	Objektif: 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma	9) Hematoma menurun 10) Pigmentasi abnormal menurun 11) Jaringan parut menurun 12) Nekrosis menurun 13) Abrasi kornea menurun 14) Suhu kulit membaik 15) Sensasi membaik 16) Tekstur membaik 17) Pertumbuhan rambut membaik	periode diare 9.5 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 9.6 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 9.7 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 9.8 Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 9.9 Anjurkan minum air yang cukup 9.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 9.11 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 9.12 Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 9.13 Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah 9.14 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun Secukupnya I.4564 Perawatan Luka Observasi 9.1 Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			<p>9.2 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>9.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>9.4 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</p> <p>9.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>9.6 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>9.7 Berikan salep yang sesuai kulit/lesi, jika perlu</p> <p>9.8 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>9.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>9.10 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>9.11 Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>9.12 Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5g/kgBB/hari</p> <p>9.13 Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis.vitamin A, vitami C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</p> <p>9.14 Berikan terapi TENS (stimulasi sarap transkutaneus), jika perlu</p> <p>Edukasi</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			9.15 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 9.16 Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 9.17 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 9.18 Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 9.19 Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

2.2.4 Implementasi Keperawatan

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

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan

yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti & Mulyanti, 2017).

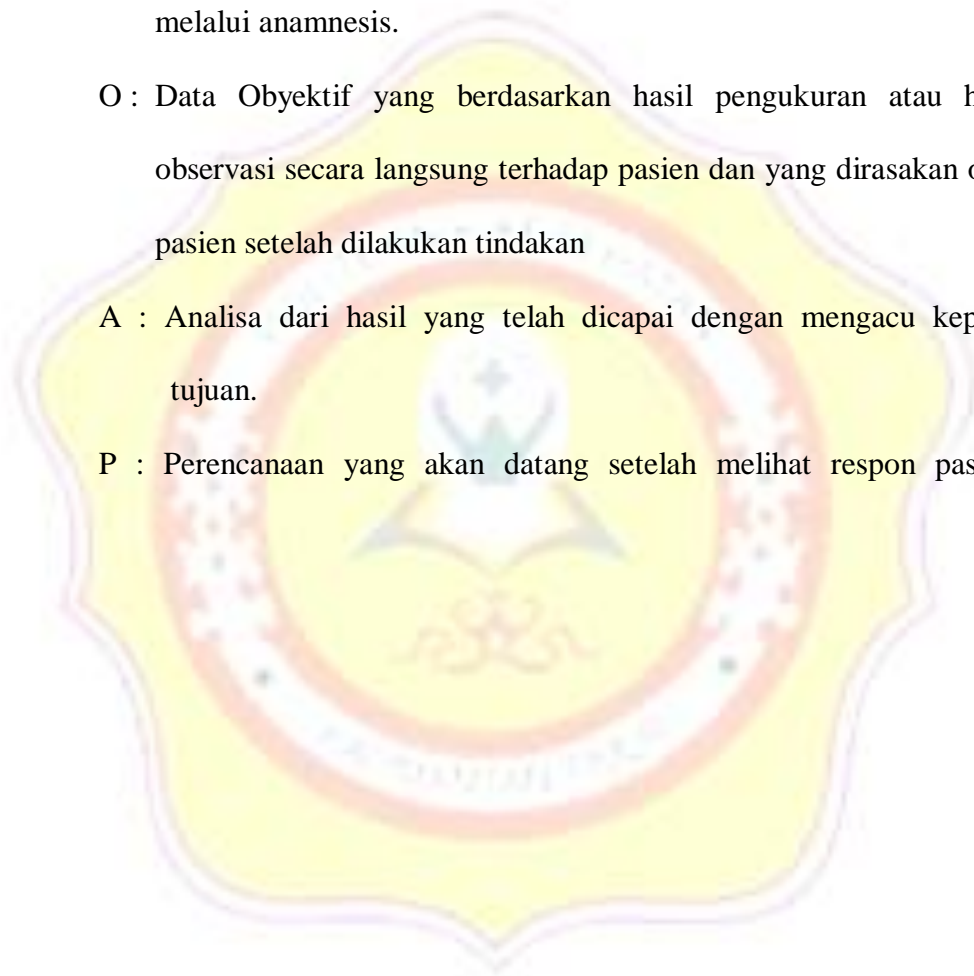
Menurut Suprajitno dalam (Ryandini, 2018) pada tahap evaluasi dibagi menjadi 4 tahap, yaitu SOAP;

S : Data Subyektif adalah keluhan pasien saat ini yang didapatkan melalui anamnesis.

O : Data Obyektif yang berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi secara langsung terhadap pasien dan yang dirasakan oleh pasien setelah dilakukan tindakan

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu kepada tujuan.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon pasien.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)

Jenis penulisan pada proposal karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan asuhan keperawatan dalam bentuk studi kasus. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Adapun pendekatan yang digunakan pada saat penelitian adalah dengan Asuhan Keperawatan.

3.2 Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah 2 pasien yang terdiagnosa Gagal Ginjal Kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada saat penelitian dilakukan.

Subyek penelitian yang diteliti berjumlah dua responden yang memiliki kriteria inklusi dan eksklusi dengan kriteia yang sesuai, yaitu:

1) Inklusi

- (1) Pasien dewasa dengan rentang usia 19-70 tahun
- (2) Pasien dalam keadaan sadar
- (3) Pasien dengan masa perawatan minimal 3-4 hari

2) Eksklusi

- (1) Pasien yang diperbolehkan pulang sebelum minimal masa perawatan

3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan pasien secara langsung, diberikan dengan berbagai tatanan pelayanan kesehatan melalui metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dan berkesinambungan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan (UU No. 38, 2014 ; Tentang Keperawatan).

Gagal ginjal kronis adalah penurunan fungsi ginjal yang terjadi dalam waktu 3 bulan berupa kelainan struktural dan fungsional ginjal dengan atau tanpa disertainya penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 60 ml/menit/1,73 m². Dengan manifestasi kelainan fatofisiologis yang ditandai adanya tanda-tanda kelainan ginjal, termasuk kelainan komposisi kimia darah, urin, dan kelainan radiologis (Smeltzer & Bare, 2015).

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penulisan studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, selama 3-6 hari, pada bulan April 2023.

3.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.5.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu:

- 1) Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit keluarga, dll yang bersumber dari klien, keluarga, dan perawat.
- 2) Observasi dan pemeriksaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi) pada sistem tubuh pasien.
- 3) Dokumentasi laporan asuhan keperawatan.

3.5.2 Instrumen Pengumpulan Data

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

3.6 Keabsahan Data

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

3.6.1 Data Primer

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

3.6.2 Data Sekunder

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

3.6.3 Data Tersier

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

3.7 Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara yang digunakan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan gambaran lokasi pengambilan subyek dan hasil proses asuhan keperawatan pada dua orang pasien dengan diagnosis medis gagal ginjal kronis di ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Kegiatan proses keperawatan pada dua orang pasien dilakukan bersamaan mulai tanggal 01 - 06 Mei 2023 dari proses pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, sampai evaluasi dengan hasil sebagai berikut :

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

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

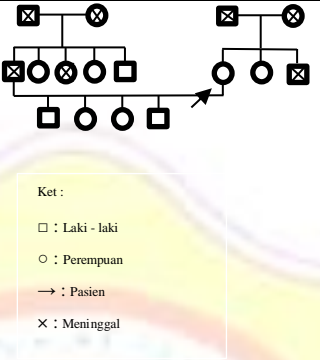
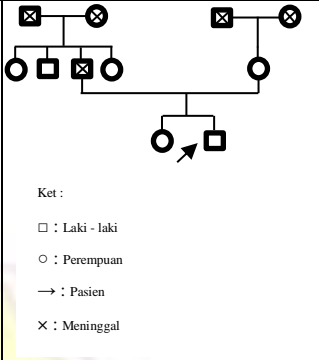
Dalam studi kasus ini peneliti melakukan studi kasus pada tanggal 1 sampai 6 mei 2023 diruang Dahlia yaitu ruang rawat inap kelas 2 sampai 3,

Tenaga keperawatan diruang Dahlia terdiri dari 25 orang dengan kasus penyakit meliputi diantaranya pasien dengan penyakit Diabetes Melitus, CKD, CAD, dan penyakit dalam lainnya. Adapun ruangnya terdiri dari 32 Ruang kamar dengan 18 kapasitas tempat tidur, 32 kamar mandi pasien, 2 kamar mandi perawat, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang obat, 1 nurse station.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4. 1
Pengkajian pada (Ny.R) dan (Tn.H) dengan gagal ginjal kronis di ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No.	Data Anamnesis	Pasien I	Pasien II
1.	Identitas Pasien	Pasien bernama Ny.R, lahir pada tanggal 12 januari 1962 berusia 61 tahun jenis kelamin perempuan, bersuku bangsa Banjar/Indonesia, beragama Islam, pendidikan SLTA, pekerjaan IRT, status perkawinan janda dan beralamatkan di jl. Sambutan permai	Pasien bernama Tn.H, lahir pada tanggal 1 mei 1992 berusia 31 tahun jenis kelamin laki-laki, bersuku bangsa Bugis/Indonesia, beragama Islam, pendidikan SLTA, berkerja di pasar berjualan sembako dan beralamatkan di jl. Bung tomo Rt.10
2.	Diagnosis Medis	CKD St. V on HD	CKD St. V on HD
3.	No. Register	98.70.xx	01.20.78.xx
4.	Keluhan Utama	Sesak napas	Sesak napas disertai batuk berdahak yang tertahan
5.	Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien dibawa ke UGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 23 april 2023 jam 18.30 sore dengan keluhan mual dan muntah selama 2 hari dirumah sejak tanggal 21 april 2023 disertai lemas dan sesak napas Pasien mengatakan ketika dirumah memuntahkan makanannya setelah menghabiskan ¼ porsi makanannya.	Pasien masuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie melalui UGD pada tanggal 29 april 2023 pukul 08.30 pagi dengan keluhan sesak dan batuk-batuk sejak tanggal 27 april 2023. Saat dikaji pasien mengatakan batuk-batuk berdahak, terdengar bunyi napas tambahan yaitu mengi
6.	Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien pernah dirawat pada akhir tahun 2022 dengan keluhan nyeri pinggang dan kelemahan lalu dilakukan pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil ureum creatinin dengan nilai kritis lalu disarankan melakukan cuci darah.	Pasien pernah dirawat beberapa kali dengan diagnosa Hipertensi ±3 tahun disertai lemas, pasien merupakan penderita hipertensi terkontrol dengan riwayat penggunaan obat amlodiphine 1x10 mg tetapi sempat putus obat dan

No.	Data Anamnesis	Pasien I	Pasien II
		Pasien memiliki riw. Diabetes mellitus 2 tahun lalu.	mempunyai riwayat penyakit asma.
7.	Riwayat Penyakit Keluarga	pasien mengatakan orang tua memiliki riwayat diabetes melitus	Pasien mengatakan kalau dari orang tua yaitu hipertensi dan penyakit jantung.
8.	Genogram	 <p>Ket : □ : Laki - laki ○ : Perempuan → : Pasien × : Meninggal</p>	 <p>Ket : □ : Laki - laki ○ : Perempuan → : Pasien × : Meninggal</p>
9.	Keadaan Umum	Keadaan umum sedang	Keadaan umum lemah
10.	Kesadaran	Kesadaran pasien Compos Mentis dengan GCS : 15 E4M6V5	Kesadaran pasien Compos Mentis dengan GCS : 15 E4M6V5
11.	Data Psiko-Sosial-Spiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Klien dan Keluarga mengatakan persepsi terhadap penyakitnya adalah karena sudah kehendak Tuhan, - Kebiasaan Beribadah: sewaktu sehat klien rajin beribadah. dan selama sakitpun pasien tetap beribadah walau hanya ditempat tidur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien dan Keluarga mengatakan persepsi terhadap penyakitnya adalah karena sudah kehendak Tuhan, - Kebiasaan Beribadah: sewaktu sehat klien rajin beribadah. dan selama sakit hanya mendengarkan suara murrotal.
12.	Tanda-Tanda Vital	Pemeriksaan tanda-tanda vital ditemukan TD : 120/60 mmHg, Nadi : 90x/menit. Suhu : 36°C, RR : 26x/menit SpO ₂ : 91%	Pemeriksaan tanda-tanda vital ditemukan TD : 150/95 mmHg, Nadi : 97x/menit. Suhu : 36,4°C, RR : 23x/menit SpO ₂ : 97%
13.	Kenyamanan/Nyeri	Tidak terdapat keluhan nyeri	Tidak terdapat keluhan nyeri
14.	Status Fungsional Barthel Indeks	Kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan ringan dengan total score 13	Kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang dengan total score 9
15.	Pemeriksaan Kepala	Kepala : Hasil dari pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut tidak merata, warna rambut putih beruban dan tidak ada kelainan.	Kepala : Hasil dari pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut tidak merata, warna rambut hitam dan tidak ada kelainan.

No.	Data Anamnesis	Pasien I	Pasien II
		<p>Mata : Sklera putih konjungtiva anemis, palpebral tidak ada edema, kornea jernih, reflex cahaya ++, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Hasil dari pemeriksaan hidung didapatkan, tidak Terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan.</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : Hasil dari pemeriksaan rongga mulut dan lidah didapatkan, Warna bibir pucat, mukosa kering, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah dan tidak ada kelainan</p>	<p>Mata : Sklera putih konjungtiva anemis, palpebral tidak ada edema, kornea jernih, reflex cahaya ++, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Hasil dari pemeriksaan hidung didapatkan, tidak Terdapat pernapasan cuping hidung dan tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan.</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah : Hasil dari pemeriksaan rongga mulut dan lidah didapatkan, Warna bibir pucat, mukosa kering, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah dan tidak ada kelainan</p>
16.	Pemeriksaan Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan posisi trakea ditengah.	Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan posisi trakea ditengah.
17.	Pemeriksaan Thorax	<p>Keluhan : Pasien mengeluh sesak napas</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi napas 26 x/menit, irama napas teratur, pola pernapasan dispneu, terdapat penggunaan otot bantu napas, tidak terdapat pernapasan cuping hidung</p> <p>- Palpasi : Vocal premitus dada teraba getaran sama pada sinistra dan dextra</p> <p>Perkusi : sonor, batas paru hepar ICS 5 dextra.</p> <p>Auskultasi : Suara napas vesikuler dan tidak ada suara napas tambahan</p>	<p>Keluhan : Pasien mengeluh sesak napas disertai batuk berdahak tertahan</p> <p>Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi napas 23 x/menit, irama napas teratur, pola pernapasan dispneu, tidak terdapat penggunaan otot bantu napas dan tidak terdapat pernapasan cuping hidung</p> <p>- Palpasi : Vocal premitus dada teraba getaran sama pada sinistra dan dextra</p> <p>Perkusi : sonor, batas paru hepar ICS 5 dextra. Auskultasi : Suara napas vesikuler dan tidak ada suara</p>

No.	Data Anamnesis	Pasien I	Pasien II
18.	Pemeriksaan Jantung	<p>Keluhan : Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>Inspeksi : CRT 3 detik, tidak ada sianosis</p> <p>Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 5, akral teraba dingin Perkusi : Batas atas pada ICS II line sternalis dextra, batas bawah pada ICS V line midclavicula sinistra, batas kanan pada ICS IV line sternalis dextra batas kiri pada ICS IV line sternalis sinistra</p> <p>Auskultasi : BJ II Aorta yaitu tunggal, regular, intensitas kuat. BJ II Pulmonal yaitu tunggal regular, intensitas kuat, BJ I Trikuspidalis yaitu tunggal, regular, intensitas kuat, BJ I Mitral yaitu tunggal, regular, intensitas kuat</p> <p>Tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan.</p>	<p>napas tambahan</p> <p>Keluhan : Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>Inspeksi : CRT 3 detik, tidak ada sianosis</p> <p>Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 5, akral teraba dingin Perkusi : Batas atas pada ICS II line sternalis dextra, batas bawah pada ICS V line midclavicula sinistra, batas kanan pada ICS IV line sternalis dextra batas kiri pada ICS IV line sternalis sinistra</p> <p>Auskultasi : BJ II Aorta yaitu tunggal, regular, intensitas kuat. BJ II Pulmonal yaitu tunggal regular, intensitas kuat, BJ I Trikuspidalis yaitu tunggal, regular, intensitas kuat, BJ I Mitral yaitu tunggal, regular, intensitas kuat</p> <p>Tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan.</p>
19.	Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	<p>a) BB : 60 kg b) TB : 162 cm c) IMT : 22,9 kg m² d) Pasien masuk kategori normal e) Asupan makanan berkurang (pasien menghabiskan 3-5 suap sendok saja di setiap porsinya) dikarenakan rasa mual tidak nafsu makan f) BAB - Terakhir BAB kemarin g) Diet - Jenis Diet pasien DM 1700 Kkal - Rendah protein 1 gr/KgBB - bentuk makanan lunak - cara pemberian per</p>	<p>a) BB : 70 kg b) TB : 175 cm c) IMT : 22,8 kg m² d) Pasien masuk kategori normal e) Asupan makanan normal dan dihabiskan f) BAB - Terakhir BAB 1 hari lalu g) Diet - jenis diet rendah garam 400 mg - rendah protein 0,8 gr/KgBB - Na dan kalori 35 Kkal/KgBB - bentuk makanan lunak - cara pemberian per oral - frekuensi makan 3 kali sehari</p>

No.	Data Anamnesis	Pasien I	Pasien II
		<p>oral</p> <ul style="list-style-type: none"> - frekuensi makan 3 kali sehari <p>h) Abdomen</p> <p>Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bentuk simetris - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya massa - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus 6 x/menit <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak Terdapat nyeri tekan - Tidak terdapat asites - Tidak teraba adanya masa - Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shifting Dullness (-) 	<p>h) Abdomen</p> <p>Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bentuk simetris - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya massa - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus 6 x/menit <p>Palpasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak Terdapat nyeri tekan - Tidak terdapat asites - Tidak teraba adanya masa - Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Shifting Dullness (-)
20.	Pemeriksaan Sistem Syaraf	<p>a) Memori jangka panjang : baik</p> <p>b) Memori jangka pendek : baik</p> <p>c) Perhatian : dapat mengulang</p> <p>d) Bahasa : baik (dengan komunikasi verbal menggunakan Bahasa Indonesia)</p> <p>e) Kognisi : baik</p> <p>f) Orientasi : baik (terhadap orang, tempat dan waktu)</p> <p>g) Reflex Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patella : 2 (normal) - Achilles : 2 (normal) - Bisep : 2 (normal) - Trisep : 2 (normal) - Brankiadiais : 2 (normal) <p>h) Tidak ada keluhan pusing</p>	<p>a) Memori jangka panjang : baik</p> <p>b) Memori jangka pendek : baik</p> <p>c) Perhatian : dapat mengulang</p> <p>d) Bahasa : baik (dengan komunikasi verbal menggunakan Bahasa Indonesia)</p> <p>e) Kognisi : baik</p> <p>f) Orientasi : baik (terhadap orang, tempat dan waktu)</p> <p>g) Reflex Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patella : 2 (normal) - Achilles : 2 (normal) - Bisep : 2 (normal) - Trisep : 2 (normal) - Brankiadiais : 2 (normal) <p>h) Tidak ada keluhan pusing</p>

No.	Data Anamnesis	Pasien I	Pasien II
		<p>i) Istirahat / tidur 4 – 5 jam/hari</p> <p>j) Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N1 : Normal (pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alcohol) ▪ N2 : Normal (pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm) ▪ N3 : Normal (pasien mampu mengangkat kelopak mata) ▪ N4 : Normal (pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah) ▪ N5 : Normal (pasien mampu mengunyah) ▪ N6 : Normal (pasien mampu menggerakkan mata kesamping) ▪ N7 : Normal (pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata) ▪ N8 : Normal (pasien mampu mendengar dengan baik) ▪ N9 : Normal (pasien mampu membedakan rasa manis dan asam) ▪ N10 : Normal (pasien mampu menelan) ▪ N11 : Normal (pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan) ▪ N12 : Normal (pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai 	<p>i) Istirahat / tidur 4 – 5 jam/hari</p> <p>j) Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N1 : Normal (pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alcohol) ▪ N2 : Normal (pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm) ▪ N3 : Normal (pasien mampu mengangkat kelopak mata) ▪ N4 : Normal (pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah) ▪ N5 : Normal (pasien mampu mengunyah) ▪ N6 : Normal (pasien mampu menggerakkan mata kesamping) ▪ N7 : Normal (pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata) ▪ N8 : Normal (pasien mampu mendengar dengan baik) ▪ N9 : Normal (pasien mampu membedakan rasa manis dan asam) ▪ N10 : Normal (pasien mampu menelan) ▪ N11 : Normal (pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan) ▪ N12 : Normal (pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai

No.	Data Anamnesis	Pasien I	Pasien II								
		arah)	arah)								
21.	Pemeriksaan Sistem Perkemihan	a) Kebersihan : Bersih b) Kemampuan berkemih : Spontan c) Produksi urine 300cc/24 jam d) Warna : kuning e) Bau : khas urine f) Tidak ada distensi kandung kemih Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih	a) Kebersihan : Bersih b) Kemampuan berkemih : Spontan c) Produksi urine 300cc/24 jam d) Warna : kuning e) Bau : khas urine f) Tidak ada distensi kandung kemih Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih								
22.	Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	a) Pergerakan sendi bebas b) Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> c) Tidak ada kelainan ekstremitas d) Tidak ada kelainan tulang belakang e) Tidak ada fraktur dan tidak terpasang traksi f) Kulit berwarna coklat g) Kulit kering dan pucat h) Turgor kulit kembali dalam 3 detik i) Tidak ada luka ulkus diabetik j) Terdapat edema pada ekstermitas atas dan bawah k) Pitting edema grade (+) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1 Nilai risiko decubitus skala Barden 17. Kategori pasien <i>low risk</i>	5	5	5	5	a) Pergerakan sendi bebas b) Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> c) Tidak ada kelainan ekstremitas d) Tidak ada kelainan tulang belakang e) Tidak ada fraktur dan tidak terpasang traksi f) Kulit berwarna kemerahan g) Kulit kering , pucat dan terkelupas h) Turgor kulit kembali dalam 4-5 detik i) Tidak ada luka ulkus diabetik j) Terdapat edema pada ekstermitas atas dan bawah k) Pitting edema grade (+) Ekstremitas atas RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 Ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 Nilai risiko decubitus skala Barden 17. Kategori pasien <i>low risk</i>	5	5	5	5
5	5										
5	5										
5	5										
5	5										
23.	Pemeriksaan Sistem Endokrin	a) Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid b) Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening c) Tidak ada trias Dm d) GDS 200 mg/dL Tidak ada luka ganggren	a) Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid b) Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening c) Tidak ada trias Dm d) GDS 83 mg/dL Tidak ada luka ganggren								
24.	Peksualitas dan Reproduksi	Tidak ada masalah dan kelainan pada Prostat	Tidak ada masalah dan kelainan pada Prostat								
25.	Keamanan Lingkungan	Total skor penilaian	Total skor penilaian risiko								

No.	Data Anamnesis	Pasien I	Pasien II
		risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 40 Pasien dalam kategori risiko jatuh sedang	pasien jatuh dengan skala morse adalah 40 Pasien dalam kategori risiko jatuh sedang
26.	Personal Hygiene	a) mandi satu kali sehari dibantu oleh keluarga b) pasien keramas seminggu 1 sekali selama dirawat c) Selama dirawat pasien belum ada memotong kuku d) Ganti pakaian 1 kai sehari dibantu oleh keluarga <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sikat gigi 1 hari sekali dibantu oleh keluarga 	a) Selama satu kali sehari dibantu oleh keluarga b) Selama dirawat, pasien belum ada keramas c) Selama dirawat pasien belum ada memotong kuku d) Ganti pakaian 1 kai sehari dibantu oleh keluarga <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sikat gigi 1 hari sekali dibantu oleh keluarga

Tabel 4. 2
Pemeriksaan Penunjang pada (Ny.R) dan (Tn.H) dengan gagal ginjal kronis di ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Pasien	Tanggal (04 Mei 2023)	Nilai Normal	Tanggal (06 Mei 2023)	Nilai Normal
1.	Pasien I Ny.R	1. Leukosit 6,36 2. Eritrosit 3,32 3. Hemoglobin 9,4 4. Hematokrit 27,1 5. Ureum 191,3 6. Kreatinin 6,5 7. Natrium 164 8. Kalium 3,0	(4,80- 10,80) (4,20-5,40) (12,0-16,0) (37,0-54,0) (19,3-49,2) (0,5-1,1) (135-155) (3,6-5,5)	1. Leukosit 5,59 2. Eritrosit 2,88 3. Hemoglobin 10,9 4. Hematokrit 24,0 5. Ureum 35,8 6. Kreatinin 1,9 7. Natrium 143 8. Kalium 3,0	(4,80-10,80) (4,20-5,40) (12,0-16,0) (37,0-54,0) (19,3-49,2) (0,5-1,1) (135-155) (3,6-5,5)
2.	Pasien II Tn.H	1. Leukosit 4,65 2. Eritrosit 3,14 3. Hemoglobin 9,9 4. Hematokrit 29,5 5. Ureum 385,8 6. Kreatinin 3,9 7. Natrium 210 8. Kalium 6,4	(4,80- 10,80) (4,20-5,40) (12,0-16,0) (37,0-54,0) (19,3-49,2) (0,5-1,1) (135-155) (3,6-5,5)	1. Leukosit 5,88 2. Eritrosit 3,10 3. Hemoglobin 11,3 4. Hematokrit 28,9 5. Ureum 170,9 6. Kreatinin 1,4 7. Natrium 171 8. Kalium 2,8 9. Albumin	(4,80-10,80) (4,20-5,40) (12,0-16,0) (37,0-54,0) (19,3-49,2) (0,5-1,1) (135-155) (3,6-5,5) (3,5-5,5)

Tabel 4. 3
 Penatalaksanaan Terapi pada (Ny.R) dan (Tn.H) dengan gagal ginjal kronis di ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

TERAPI FARMAKOLOGIS	
Pasien I (Ny.R)	Pasien II (Tn.H)
IVFD Nacl 0.9% Sp. Vascon 0,5mg Inj. Furosemid 2ml 3x1 Inj. Lanzoprazole 30mg 2x1 Paracetamol 2x1 Asam Folat 1x1 Nebu Ventolin / 8 jam	IVFD Nacl 3% 7 tpm (250cc/hari) Inj. Furosemid 2ml, 3x1 via IV Oral Farmavon 8 mg 1x1 tablet Oral Amlodipin 10 mg 1 x 1 tablet Oral Asam Folat/sukratfat 3 x 1 tablet

Tabel 4. 4
 Balance Cairan pada Ny.R dengan gagal ginjal kronis di ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Intake	Tgl	Tgl	Tgl	Output	Tgl	Tgl	Tgl
	4 Mei 2023	5 Mei 2023	6 Mei 2023		4 Mei 2023	5 Mei 2023	6 Mei 2023
Minum Peroral	250 ml	350 ml	300ml	Urine (0,5 – 1 ml/Kg/BB/jam)	300ml	420 ml	620 ml
Cairan Infus	500 ml	500,5 mg	500,5 mg	Drain (WSD)			
Obat IV	25 ml	25 ml	25 ml	IWL(10–15 ml/Kg/BB/24jam)	600 ml	600 ml	600 ml
NGT				Diare			
Makanan (1 Kalori = 0,14ml/hari)	178 ml	178 ml	178 ml	Muntah	30 ml		
				Pendarahan			
				Feses (1x = 200ml/hari)			
Total	953	1053,5	1003,5	Total	930	1020	1220
Bc	+23	+33,5	-216,5				

Tabel 4. 5
Balance Cairan pada Tn.H dengan gagal ginjal kronis di ruang Dahlia
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Intake	Tgl	Tgl	Tgl	Output	Tgl	Tgl	Tgl
	4 Mei 2023	5 Mei 2023	6 Mei 2023		4 Mei 2023	5 Mei 2023	6 Mei 2023
Minum Peroral	350 ml	300 ml	250ml	Urine (0,5 – 1 ml/Kg/BB/jam)	300ml	440 ml	560 ml
Cairan Infus	250 ml	250 ml	250ml	Drain (WSD)			
Obat IV	6 ml	6 ml	6 ml	IWL(10–15 ml/Kg/BB/24jam)	700ml	700 ml	700 ml
NGT				Diare			
Makanan (1 Kalori = 0,14ml/hari)	714 ml	714 ml	714ml	Muntah			
				Pendarahan			
				Feses (1× = 200ml/hari)			
Total	1320	1270	1220	Total	1000	1140	1260
Bc	+320	+130	-40				

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 6
Analisa Data pada Ny.R dengan gagal ginjal kronis di ruang
Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No.	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1.	<p>Data subjektif</p> <p>1. Pasien mengatakan napas terasa sesak</p> <p>Data objektif</p> <p>1. RR: 26 x/menit , Spo2 91%</p> <p>2. Terdapat penggunaan otot bantu pernapasan</p> <p>3. Pola napas takipnea</p> <p>4. Warna bibir dan wajah pucat</p>	Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif
2.	<p>Data Subjektif</p> <p>1. Pasien mengatakan mual apabila habis makan</p> <p>2. Terkadang muncul rasa ingin muntah tetapi ditahan</p> <p>Data Objektif</p> <p>1. Produksi saliva meningkat</p> <p>2. Kadar ureum 191,3 mg/dl</p> <p>3. Pasien tampak lemas dan pucat</p>	Gangguan biokimia (uremia meningkat)	Nausea

No.	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
3.	<p>Data Subjektif</p> <p>1. Pasien mengatakan badannya terasa lemas</p> <p>Data Objektif</p> <p>1. Warna kulit dan bibir pucat</p> <p>2. Hb : 9,4 g/dl</p> <p>3. Akral dingin</p> <p>4. CRT >3 detik</p> <p>5. Konjungtiva anemis</p>	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi Perifer Tidak Efektif
4.	<p>Data Subjektif</p> <p>1. Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya sejak 3 hari lalu</p> <p>Data Objektif</p> <p>1. Terpasang IVFD Nacl 0.9% 7 tpm</p> <p>2. Terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah pasien</p> <p>3. Pitting Edema (+) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1</p> <p>4. Ureum 191,3 mg/dl</p> <p>5. Kreatinin 6,5 mg/dl</p> <p>6. Natrium 164 mmol/L</p>	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia

Tabel 4. 7
Analisa Data pada Tn.H dengan gagal ginjal kronis di ruang
Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No.	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1.	<p>Data Subjektif</p> <p>1. Pasien mengatakan sesak dan batuk</p> <p>2. Pasien mengatakan batuk sudah 5 hari disertai dahak yang susah keluar</p> <p>3. pasien mengatakan ada riwayat asma</p> <p>Data Objektif</p> <p>1. Pasien nampak batuk-batuk</p> <p>2. Terdapat bunyi napas tambahan yaitu mengi</p> <p>3. Pasien nampak gelisah dikarenakan sekresi yang tertahan</p> <p>4. Frekuensi napas meningkat menjadi 23x/menit, Spo2 97%</p> <p>5. terdengar suara napas tambahan yaitu mengi</p>	Sekresi yang tertahan	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
2.	<p>Data Subjektif</p> <p>1. Pasien mengatakan badannya</p>	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi Perifer Tidak Efektif

No.	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
	terasa lemas 2. Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing Data Objektif 1. CRT >3detik 2. Konjungiva anemis 3. Mukosa bibir kering dan pucat 4. Akral teraba dingin 4. Hemoglobin = 9,9 g/dL		
3.	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan mengalami bengkak sudah seminggu 2. Pasien mengatakan bengkak di area kaki, tangan dan wajahnya. Data Objektif 1. Terpasang IVFD Nacl 3% 7 Tpm 2. Terdapat edema pada area ekstremitas atas dan bawah serta wajah 3. Pitting edema (+) Ekstremitas atas RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 Ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 4. Ureum 385.8 mg/dl 5. Kreatinin 3.9 mg/dl 6. Natrium 210 mmol/L	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia
4.	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan kulit terasa kencang pada area yang bengkak 2. Pasien mengatakan kulit terasa gatal dan terkadang pasien menggaruknya 3. pasien mengatakan kulit yang terkelupas terkadang terasa nyeri Data Objektif 1. kulit terasa kering dan kasar di area tangan 2. nampak kulit kering kemerahan serta terkelupas akibat digaruk oleh pasien di area kedua kaki	Peningkatan kadar ureum	Gangguan Integritas Kulit

4.1.4 Diagnosis Keperawatan

Tabel 4. 8

Daftar Diagnosis Keperawatan pada (Ny.R) dan (Tn.H) dengan gagal ginjal kronis di ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No	Pasien I		Pasien II	
	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan
1.	Kamis 04 Mei 2023	(D.0005) Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas d/d pasien mengeluh sesak napas, RR:24 x/menit, adanya penggunaan otot bantu pernafasan,wajah dan bibir pucat	Kamis 04 Mei 2023	(D.0001) Bersihan jalan napas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan d/d pasien mengeluh sesak, batuk disertai dahak yang susah keluar, terdengar suara napas tambahan yaitu mengi, gelisah, RR 23x/menit, Spo2 97%
2.	Kamis 04 Mei 2023	(D.0076) Nausea b/d gangguan biokimiawi (uremia) d/d pasien mengeluh merasa mual apabila habis makan, Terkadang muncul rasa ingin muntah, Kadar ureum 191,3 mg/dl, tampak lemas dan pucat	Kamis 04 Mei 2023	(D.0009)Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin d/d Pasien mengeluh badannya terasa lemas, kepala terasa pusing, CRT >3detik, Konjungtiva anemis, mukosa bibir kering dan pucat, Akral teraba dingin, Hb 9,9 g/dL
3.	Kamis 04 Mei 2023	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin d/d pasien mengeluh badannya terasa lemas warna kulit dan bibir pucat, Hb : 9,4 g/dl, Akral dingin, CRT >3 detik, Konjungtiva anemis	Kamis 04 Mei 2023	(D.0022)Hipervolemia b/d gangguan regulasi d/d pasien mengeluh bengkak di area kaki, tangan dan wajahnya, Pitting edema (+) Ekstremitas atas RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 Ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2
4.	Kamis 04 Mei 2023	(D.0022)Hipervolemia b/d gangguan regulasi d/d pasien mengeluh bengkak pada kedua kakinya, Pitting Edema (+) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1	Kamis 04 Mei 2023	(D.0129) Gangguan integritas kulit b/d Peningkatan kadar ureum d/d pasien mengeluh kulit terasa kencang pada area yang bengkak, terkadang terasa gatal dan nyeri, nampak kemerahan kering dan terkelupas

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 9
Intervensi Keperawatan pada Ny.R dengan gagal ginjal kronis di ruang
Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Kamis 04 Mei 2023	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas d/d pasien mengeluh sesak napas, RR:24 x/menit, adanya penggunaan otot bantu pernafasan,wajah dan bibir pucat (D.0005).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: 1. Dispneu menurun 2. Penggunaan otot bantu pernafasan menurun 3. Frekuensi napas membaik (16-20 x/menit) (L.01004).	(I.01011) Manajemen Jalan Napas Observasi 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>Gurgling</i> , mengi, <i>wheezing</i> , ronkhi kering). Terapeutik 1.3 Posisikan semi fowler/fowler 1.4 Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1.5 Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1.6 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu
2.	Kamis 04 Mei 2023	Nausea b/d gangguan biokimiawi (uremia) d/d pasien mengeluh merasa mual apabila habis makan, Terkadang muncul rasa ingin muntah, Kadar ureum 191,3 mg/dl, tampak lemas dan pucat (D.0076).	(L.08065) Setelah Dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nausea membaik dengan kriteria hasil : 1. Nafsu makan membaik 2. Keluhan mual menurun 3. Pucat membaik	(I.03117) Manajemen Mual Observasi 2.1 Identifikasi pengalaman mual 2.2 Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) 2.3 Monitor asupan nutrisi dan kalori Terapeutik 2.4 Kendalikan faktor penyebab mual (mis. Bau tak sedap) 2.5 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis.

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
				Kecemasan, ketakutan, kelelahan) Edukasi 2.6 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2.7 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mulut Kolaborasi 2.8 Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
3.	Kamis 04 Mei 2023	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin d/d pasien mengeluh badannya terasa lemas warna kulit dan bibir pucat, Hb : 9,4 g/dl, Akral dingin, CRT >3 detik, Konjungtiva anemis (D.0009).	(L.02011) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Warna kulit pucat menurun 2. Kelemahan otot menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik	(I.02079) Perawatan Sirkulasi Observasi 3.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 3.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 3.3 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi 3.4 Lakukan pencegahan infeksi Edukasi 3.5 Anjurkan menggunakan obat penyekat beta 3.6 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki) 3.7 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
4.	Kamis 04 Mei 2023	Hipervolemia b/d gangguan regulasi d/d pasien mengeluh	(L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama	(I.03114) Manajemen Hipervolemia Observasi

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		bengkak pada kedua kakinya, Pitting Edema (+) (D.0022).	3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria Hasil : 1. Asupan cairan meningkat 2. Keluaran urin meningkat 3. Asupan makanan meningkat 4. Edema menurun 5. Membran mukosa membaik	4.1 Identifikasi penyebab hipervolemia 4.2 Monitor intake dan output cairan 4.3 Monitor tnda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) Terapeutik 4.4 Batasi asupan cairan dan garam Edukasi 4.5 Anjurkan melapor jika haluran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 4.6 Ajaran cara mmbatasi cairan Kolaborasi 4.7 Kolaborasi pemberian diuretik

Tabel 4. 10
Intervensi Keperawatan pada Tn.H dengan gagal ginjal kronis di ruang
Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Kamis 04 Mei 2023	Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan d/d pasien mengeluh sesak, batuk disertai dahak yang susah keluar, terdengar suara napas tambahan yaitu mengi, gelisah, RR 23x/menit, Spo2 97% (D.0001).	(L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihkan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Pola napas membaik	(I.01011) Manajemen Jalan Napas Observasi 1.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 1.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>Gurgling</i> , mengi, <i>wheezing</i> , ronkhi kering) 1.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma). Terapeutik 1.4 Posisikan semi fowler/fowler 1.5 Lakukan peghisapan lendir kurang dari 15

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
				detik 1.6 Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1.7 Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1.8 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu
2.	Kamis 04 Mei 2023	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin d/d Pasien mengeluh badannya terasa lemas, kepala terasa pusing, CRT >3detik, Konjungiva anemis, mukosa bibir kering dan pucat, Akral teraba dingin, Hb 9,9 g/dL (D.0009).	(L.02011) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Warna kulit pucat menurun 2. Kelemahan otot menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik	(I.02079) Perawatan Sirkulasi Observasi 2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 2.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 2.3 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi 2.4 Lakukan pencegahan infeksi Edukasi 2.5 Anjurkan menggunakan obat penyekat beta 2.6 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)
3.	Kamis 04 Mei 2023	Hipervolemia b/d gangguan regulasi d/d pasien mengeluh bengkak di area kaki, tangan dan wajahnya , Pitting edema (+) (D.0022).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria Hasil : 1. Asupan cairan	(I.03114) Manajemen Hipervolemia Observasi 3.1 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea,

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			meningkat 2. Keluaran urin meningkat 3. Asupan makanan meningkat 4. Edema menurun 5. Membran mukosa membaik	dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 3.3 Monitor intake dan output cairan 3.4 Monitor tnda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) Terapeutik 3.5 Batasi asupan cairan dan garam Edukasi 3.6 Anjurkan melapor jik haluran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 3.7 Ajaran cara mmbatasi cairan Kolaborasi 3.8 Kolaborasi pemberian diuretik
4.	Kamis 04 Mei 2023	Gangguan integritas kulit b/d Peningkatan kadar ureum d/d pasien mengeluh kulit terasa kencang pada area yang bengkak, terkadang terasa gatal dan nyeri, nampak kemerahan dan terkelupas (D.0129).	(L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1. Elastisitas meningkat 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun 5. Suhu kulit membaik 6. Sensasi membaik 7. Tekstur membaik	(I.11353) Perawatan Integritas Kulit Observasi 4.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kuli Terapeutik 4.2 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4.3 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 4.4 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 4.5 Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum) 4.6 Anjurkan

No. DX Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
				meningkatkan asupan nutrisi 4.7 Anjurkan meningkatkan buah dan sayur

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 11

Implementasi Keperawatan pada Ny.R dengan gagal ginjal kronis di ruang Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Kamis, 04 Mei 2023	1.1 Memonitor pola napas	Ds : pasien mengatakan napas terasa sesak Do : frekuensi napas 26x/menit, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada bunyi napas tambahan.
	07.30	1.2 Memonitor bunyi napas tambahan	
	07.40	1.3 Memposisikan semi fowler 1.4 Memberikan oksigen Nk 4 lpm	Ds : pasien mengatakan terasa lebih nyaman Do : pasien terlihat lebih tenang
	08.10	2.1 Mengidentifikasi penyebab mual	Ds : pasien mengatakan mual sering muncul sehabis makan , atau jika maag kambuh Do : kadar ureum pasien meningkat 191,3 mg/dl
	08.50	3.1 Memeriksa sirkulasi perifer	Ds : pasien mengatakan badan terasa lemas Do : pasien Nampak pucat, CRT >3 detik, mukosa bibir kering ,kadar Hb menurun menjadi 9,4 g/dL diberikan asam folat
	09.00	2.3 Mengidentifikasi penyebab hipervolemia	Ds : pasien mengatakan bengkak di kedua kaki sejak 3 hari lalu Do : penyebab hipervolemia akibat pasien mengalami retensi Na dengan kadar 164 mmol/L
	10.00	2.2 Memonitor mual 2.8 Melakukan kolaborasi pemberian obat antibiotik inj	Ds : pasien mengatakan mual Ketika hendak makan dikarenakan maag yang dialami

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	<p>10.10</p> <p>12..00</p> <p>13.00</p>	<p>lanzoprazole</p> <p>4.2 memonitor intake dan output cairan</p> <p>4.7 Melakukan kolaborasi pemberian diuretik inj furosemid</p> <p>3.7 Melakukan kolaborasi program diet dengan ahli gizi untuk memperbaiki sirkulasi jenis diet pasien DM 1700 Kkal Rp 1 gr/kgbb, Gds : 200 mg/dl</p> <p>1.1 Melakukan pemeriksaam TTV</p> <p>1.6 Melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator nebu Ventolin</p>	<p>Do : pasien Nampak gelisah setelah muntah 30cc, diberikan obat sebelum makan mual berkurang</p> <p>Ds : - Do : Nampak urine 300 di gelas ukur Input : 953 Output : 930 Balance : --+23 cc</p> <p>Ds : - Do : terlihat porsi makan pasien habis</p> <p>Ds ; pasien mengatakan sesak cukup berkurang Do : frekuensi napas 22x/menit cukup membaik, nampak masih ada penggunaan oto bantu pernapasan TD : 130/70 N 118x/m RR 23x/m Tem 36,7°C Spo2 97% IVFD Nacl 0,9%</p>
2.	<p>Jumat, 05 Mei 2023</p> <p>08.00</p> <p>08.10</p> <p>08.30</p>	<p>1.1 Memonitor pola napas</p> <p>1.3 Memposisikan semi fowler</p> <p>4.6 Melakukan periksaan sirkulasi perifer</p> <p>4.7 Memonitor kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p>	<p>Ds : Pasien mengatakan sesak lumayan berkurang dari hari kemarin</p> <p>Do : Pasien berpindah dari posisi baring menjadi setengah duduk, terpasang O2 Nk 4 lpm , Rr 23x/m, Nampak penggunaan otot bantu napas berkurang</p> <p>Ds : pasien mengatakan badan masih lemas, kepala terasa pusing, bengkak pada kedua kaki terkadang terasa nyeri</p> <p>Do : pasien Nampak masih pucat,</p>

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
			CRT >3 detik, nampak edema pada kedua kaki berwarna kemerahan
	09.00	4.3 Memonitor hemokonsentrasi tanda	Ds : pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya lumayan berkurang Do : pitting edema (+) pada kedua kaki, Nampak bengkak mengempes Natrium 164 mmol/L Ureum 191,3 mg/dl Kalium 3,0 mmol/L Hematokrit 27,1 %
	09.15	2.2 Memonitor mual	Ds : pasien mengatakan mual ketika mencium aroma makanan berkurang Do : nampak gelisah karena mual berkurang
	10.00	2.8 Melakukan kolaborasi pemberian obat antibiotic inj lansoprazol	Ds : pasien mengatakan mual berkurang Do : gelisah berkurang
	10.05	4.8 Melakukan kolaborasi pemberian diuretic inj furosemid	Ds : pasien mengatakan bengkak di kedua kaki berkurang Do : Nampak bengkak mengempes
	12.00	3.7 Melakukan kolaborasi program diet dengan ahli gizi untuk memperbaiki sirkulasi diberika jenis diet DM 1700 Kkal Rp 1 gr/kgbb	Ds : pasien mengatakan nafsu makan meningkat mual berkurang Do : Nampak porsi makan habis dan tidak muntah Gds : 181 mg/dl
	12.30	4.3 Memonitor intake dan output cairan	Ds : - Do : urine : 420 dalam gelas ukur Input : 1053,3 Output : 1020 Balance : + 33,5
	13.00	1.6 Melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator nebu ventolin	Ds : pasien mengatakan napas terasa sesak sedikit Do : terlihat sesak cukup berkurang
	13.15	2.2 Memonitor mual	Ds : pasien mengatakan tidak ada mual sehabis makan, tetapi jika mencium aroma makanan masih sedikit mual
	13.20	2.4 Mengendalikan faktor penyebab mual	

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	13.40	1.1 Memonitor pola napas dan tanda tanda vital	Do : membuka jendela supaya bau tidak sedap berkurang Ds : pasien mengatakan napas terasa lebih lega dan sesak sangat berkurang Do : frekuensi napas 19x/menit, tidak ada lagi penggunaan otot bantu napas TD : 120/90 N 84x/m RR 21x/m Tem 37,7°C Spo2 99% IVFD Nacl 0,9% Terpasang sp vaskon
3.	Sabtu, 06 Mei 2023	1.1 melakukan pemeriksaan TTV 08.20 2.2 Meonitor mual 2.4 Mengendalikan faktor penyebab mual 09.00 3.1 Melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer 3.2 Memonitor kemerahan dan nyeri pada edema 3.6 Mengajukan perawatan kulit yang tepat 09.30 1.1 Memonitor pola napas 1.3 Memposisikan semi fowler 09.35 1.4 Memberikan oksigen Nk 3 Lpm 10.00 2.8 Melakukan kolaborasi pemberian antibiotik inj	TD : 100/70 N 76x/m RR 18x/m Tem 36,5°C Spo2 97% Ds : pasien mengatakan mual sudah tidak ada, porsi makan habis Do : Nampak sudah tidak gelisah Ds : pasien mengatakan merasa lemas dan kepala pusing berkurang, bengkak pada kaki mengempes Do : CRT <2detik, akral teraba hangat, konjungtiva anemis, kulit Nampak kering dan pucat berkurang, Nampak edema kemerahan menurun, Hb meningkat 10,9 g/dL Ds : pasien mengatakan napas sudah nyaman Do : pasien berubah posisi dari baring menjadi setengah duduk, Nampak napas lebih lega, Ds : pasien mengatakan mual sedikit

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
		<p>lansoprazole</p> <p>4.3 Memonitor tanda hemokonsentrasi</p> <p>4.7 Melakukan kolaborasi pemberian diuretik inj furosemid</p> <p>12.00 3.7 Melakukan kolaborasi program diet dengan ahli gizi untuk memperbaiki sirkulasi diberikan jenis diet DM 1700 Kkal Rp 1 gr/kgbb</p> <p>13.00 1.6 Melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator nebu ventolin</p> <p>13.25 2.2 Memonitor mual 2.3 Memonitor asupan nutrisi dan kalori 2.6 Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>14.00 4.2 Memonitor intake dan output cairan 4.5 menganjurkan melapor jika haluan urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>14.30 - Melakukan pemeriksaan TTV</p>	<p>Do : pasien diberikan inj 2 jam sebelum makan agar tidak muntah ketika makan</p> <p>Ds : - Do : hasil lab natrium menurun menjadi 143 mmol/L, Nampak bengkak mengempes Hematokrit 28,9 % Ureum 170,9 mg/dl Kreatinin 1,4 mg/dl Kalium 2,8 mmol/L</p> <p>Ds :- Do : Nampak porsi makan habis, keluhan mual menurun, muntah tidak ada Gds : 170 mg/dl</p> <p>Ds : pasien mengatakan napas lega Do : pola napas membaik, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan</p> <p>Do : pasien mengatakan mual sudah tidak ada Do : Nampak porsi makan habis</p> <p>Ds : - Do : urine 620cc Balance cairan Input : 1003,5 Output : 1220 Balance : -216,5</p> <p>TD : 125/70 N 100x/m RR 18x/m Tem 36,8°C Spo2 99% Terpasang IVFD nacl 0,9% Sp. vascon</p>

Tabel 4. 12
Implementasi Keperawatan pada Tn.H dengan gagal ginjal kronis di ruang
Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Kamis, 04 Mei 2023	1.1 Memonitor pola napas dan frekuensi napas 1.3 Memonitor sputum	Ds : pasien mengatakan sesak dan batuk batuk disertai dahak yang susah keluar Do : frekuensi napas 23x/menit, Nampak produksi dahak sedikit, terdengar bunyi napas mengi
	08.00		
	08.15	1.4 Memposisikan semi fowler 1.6 Memberikan oksigen Nk 4 lpm	Ds : pasien mengatakan poisi lebih nyaman Do : pasien Nampak mudah bernafas
	08.31	2.1 Melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer	Ds : pasien mengatakan merasa lemah Do : Nampak kulit pucat, akral dingin, crt >3 detik, kadar Hb 9,9 g/dL
	09.15	3.1 Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3.2 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	Ds : pasien mengatakan bengkak pada area wajah tangan dan kaki Do : pasien mengalami kenaikan kadar natrium yaitu 210 mmol/L, Nampak edema dibagian ekstremitas atas da bawah
	09.50	4.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit 4.4 Menganjurkan menggunakan pelembab	Ds : pasien mengatakan area yang bengkak terasa gatal panas dan nyeri Do : Nampak kulit terkelupas dan kemerahan
	10.45	3.3 Memonitor tanda hemokonsentrasi	Ds : - Do : pitting edema (+) pada ekstremitas atas dan bawah, Natrium 210 mmol/L Ureum 385,8 mg/dl Kalium 6,4 mmol/L Hematokrit 29,5 %
	11.00	1.1 Memonitor pola napas 1.8 Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran oral farmavon	Ds : pasien mengatakan batukbatuk dan sesak napas berkurang Do : Nampak gelisah pada pasien berkurang, sputum cukup meningkat
	11.20	3.5 Membatasi asupan cairan dan garam (berkolaborasi dengan	

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	<p>12.10</p> <p>13.15</p> <p>13.45</p> <p>14.00</p>	<p>ahli gizi untuk pemberian diet jenis diet rendah garam 400 mg rendah protein 0,8 gr/KgBB, Na dan kalori 35 Kkal/KgBB)</p> <p>2.5 Melakukan kolaborasi pemberian penyekat beta oral amlodipine</p> <p>3.7 Melakukan kolaborasi pemberian diuretic inj furosemid</p> <p>3.2 Memonitor intake dan output cairan</p> <p>4.3 Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive dengan mengoleskan salep gentamicin</p> <p>1.1 Memonitor pola napas dan tanda – tanda vital</p>	<p>Ds : - Do : Nampak porsi makan habis</p> <p>Ds : pasien mengatakan kepala terasa pusing, dan badan masih bengkak Do : Nampak edem dibagian ekstremitas atas dan bawah cukup berkurang</p> <p>Ds : Do : urine 300 cc Input :1320 Output : 1000 Bc: + 320</p> <p>Ds : pasien mengatakan gatal berkurang Do : Nampak kemerahan berkurang, kulit kering berkurang</p> <p>Ds : pasien mengatakan batuk sesak berkurang dan dahak lumayan banyak keluar, mengi cukup berkurang Do : Nampak produksi dahak banyak warna kekuningan dan kental, frekuensi napas 21x/menit Td : 140/100 N :101x/m Rr ; 21x/m Temp : 36,5°C Spo2 :97%</p>
2.	<p>Jumat, 05 Mei 2023</p> <p>07.40</p> <p>08.40</p>	<p>1.1 Memonitor pola napas dan suara napas tambahan</p> <p>1.3 Memonitor sputum</p> <p>2.2 Memonitor panas, nyeri, kemerahan pada ekstremitas</p>	<p>Ds : pasien mengatakan napas sesak berkurang dan dahak lumayan mudah keluar, suara mengi berkurang Do : Nampak terpasang O2 Nk 4 lpm, produksi dahak banyak</p> <p>Ds : pasien mengatakan bagian yang bengkak terkadang terasa</p>

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.30	3.4 Memonitor tanda hemokonsentrasi	nyeri Do :Nampak kulit kemerahan berkurang Ds : pasien mengatakan bengkak diarea wajah sudah tidak ada ,tangan dan kaki mulai mengempes Do : Nampak edema berkurang, Natrium 210 mmol/L Ureum 385,8 mg/dl Kalium 6,4 mmol/L Hematokrit 29,5 %
	10.10	1.7 Mengajarkan teknik batuk efektif (menarik napas melalui hidung dan hembuskan melalui mulut 4-5 detik, pada tarikan napas dalam yang terakhir, nafas ditahan 1-2 detik, angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan, lalu keluarkan dahak, lakukan berulang kali sesuai kebutuhan)	Ds : pasien mengatakan bisa memahami Ds : pasien mampu mengulang dan memahami
	10.50	3.5 Membatasi asupan cairan dan garam (berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diet jenis diet rendah garam 400 mg rendah protein 0,8 gr/KgBB, Na dan kalori 35 Kkal/KgBB)	Ds : pasien mengatakan makan selalu habis Do : terlihat porsi makan habis
	11.15	1.8 Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik ekspektoran oral farmavon	Ds : pasien mengatakan batuk berkurang Do : gelisah berkurang, produksi sputum cukup meningkat
	12.10	3.8 Melakukan kolaborasi pemberian diuretic inj furosemis 2.5 Melakukan kolaborasi pemberian obat penyekat beta oral amlodipine	Ds : pasien mengatakan bengkak pada badan mengempes Do : Nampak edema dibagian wajah mengempes, dibagian tangan dan kaki cukup mengempes
	12.30	4.2 Menggunakan minyak pada kulit kering diberikan minyak tawon 4.3 Menggunakan produk hipoalergik pada kulit sensitive	Ds : pasien mengatakan gatal dan panas pada kulit berkurang Do : Nampak kulit terkelupas merah berkurang

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	<p>12.40</p> <p>13.35</p> <p>14.15</p>	<p>diberikan salep gentamicin</p> <p>3.4 Memonitor intake dan output cairan</p> <p>2.1 Memeriksa sirkulasi perifer</p> <p>1.1 Memonitor pola napas dan tanda – tanda vital 1.2 Memonitor sputum</p>	<p>Ds : - Do : urine 440 cc Input : 1270 Output : 1140 Bc : +130</p> <p>Ds : pasien mengatakan badan mulai bertenaga Do : Nampak kulit masih pucat, crt >3 detik, akral hangat, hb 9,9 g/dL</p> <p>Ds : pasien mengatakan napas dan batuk berkurang dahak nyaman dikeluarkan, mengi berkurang Do : Nampak dahak banyak berwarna kekuningan, frekuensi napas 19x/m terpasang O2 nk 4 lpm Td : 130/95 N :84x/m Rr ; 19x/m Temp : 37,2°C Spo2 :99%</p>
3.	<p>Sabtu, 06 Mei 2023</p> <p>08.00</p> <p>09.10</p> <p>10.10</p>	<p>1.1 Memonitor pola napas dan suara napas tambaha dan tanda-tanda vital 1.3 Memonitor sputum</p> <p>2.1 Memeriksa sirkulasi perifer</p> <p>3.1 Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 3.4 Memonitor tanda hemokonsentrasi</p>	<p>Ds : pasien mengatakan batuk berkurang sesak sudah tidak ada, dahak gampang keluar, suara napas mengi tidak ada Do : pasien Nampak lebih nyaman, Rr 21x/m Td : 150/80 N :112x/m Rr ; 21x/m Temp : 36,2°C Spo2 :96%</p> <p>Ds : pasien mengatakan merasa lemas berkurang Do : Nampak kulit masih pucat Crt 3 detik, akral hangat, kadar hb meningkat 11,3 g/dL</p> <p>Ds : pasien mengatakan bengkak pada tangan dan kaki berkurang Do : kadar natirum menurun dari sebelumnya menjadi 171 mmol/L, Ureum 170,9 mg/dl</p>

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
			Kalium 2,8 mmol/L Hematokrit 28,9 %
	10.45	3.5 Membatasi asupan cairan dan garam (berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diet jenis diet rendah garam 400 mg rendah protein 0,8 gr/KgBB, Na dan kalori 35 Kkal/KgBB)	Ds : pasien mengatakan jika makan porsi selalu habis Do : terlihat porsi makan habis dan lahap
	12.10	1.4 Memposisikan pasien semi fowler	Ds : pasien mengatakan bernapas lebih nyaman dan dahak mudah keluar
	12.45	1.8 Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik diberikan oral farmavon	Do : Nampak batuk berkurang, sputum yang keluar meningkat
	13.10	3.3 Memonitor intake dan output cairan	Ds : - Do : urine 560 cc
	13.15	3.6 Menganjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam	Input : 1220 Output : 1260 Bc : -40
	13.40	2.5 Melakukan kolaborasi menggunakan obat penyekat beta diberikan oral amlodipine	Ds : pasien mengatakan bengkak mengempes
	13.55	3.8 Melakukan kolaborasi pemberian diuretik inj furosemid	Do : terlihat edema padan wajah tangan dan kaki mengempes
	14.15	4.2 Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4.5 Menganjurkan menggunakan pelembab 4.6 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	Ds : pasien mengatakan sudah tidak merasa gatal dan panas pada kulit Do : Nampak kemerahan sudah tidak ada, terkelupas berkurang
	15.00	1.1 Memonitor pola napas dan tanda – tanda vital 1.3 Memonitor sputum	Ds : pasien mengatakan ketika bernapas dan mengeluarkan dahak sudah sangat nyaman, mengi tidak ada Do : Nampak tidak ada hambatan Td : 128/70 N : 91x/m Rr ; 20x/m Temp : 37,7°C

No.	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
			Spo2 :98%

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 13
Evaluasi Keperawatan pada Ny.R dengan gagal ginjal kronis di ruang
Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	Hari 1 Kamis, 04 Mei 2023	DX 1 Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas	S : pasien mengatakan sesak lumayan berkurang O : pasien Nampak lebih nyaman, penggunaan otot bantu pernapasan cukup menurun, frekuensi napas cukup membaik TD : 130/70 mmhg N 118x/m RR 23x/m Tem 36,7°C Spo2 97% A : Pola napas tidak efektif meningkat P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor pola napas 1.3 Posisikan semi Fowler atau fowler 1.6 Kolaborasi pemberian bronkodilator
	Hari 1 Kamis, 04 Mei 2023	DX 2 Nausea b/d Gangguan biokimiawi	S : Pasien mengatakan mual ketika sudah makan berkurang tetapi jika mencium aroma makanan masih sering mual O : Nampak gelisah berkurang, porsi makan cukup membaik, keluhan mual cukup berkurang, TD : 130/70 mmhg N 118x/m RR 20x/m Tem 36,7°C Spo2 97% A : Tingkat nausea membaik P : Lanjutkan Intervensi 2.2 Monitor mual 2.3 Monitor asupan nutrisi dan kalori 2.4 Kendalikan factor penyebab mual 2.6 Anjurkan istirahat yang cukup

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			2.8 Kolaborasi pemberian antibiotik
	Hari 1 Kamis, 04 Mei 2023	DX 3 Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>S : pasien mengatakan badan masih terasa lemah</p> <p>O : pasien Nampak pucat, CRT <3 detik, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, TD : 130/70 mmhg N 118x/m RR 22x/m Tem 36,7°C Spo2 97% Hemoglobin 9,4 mg/dL Hematokrit 27,1 %</p> <p>A : Perfusi perifer menurun</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Periksa sirkulasi perifer 3.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 3.6 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 3.7 Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</p>
	Hari 1 Kamis, 04 Mei 2023	DX 4 Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi	<p>S : Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya sejak 3 hari lalu</p> <p>O : Nampak edema pada kedua ekstremitas bawah pasien waktu kembali 3 detik, urine 300 ml, Pitting edema (+) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1 Balance cairan Input : 953 cc Output : 930 cc Balance : +23 Ureum 191,3 mg/dl Kreatinin 6,5 mg/dl Natrium 164 mmol/L Kalium 3,0 mmol/L</p> <p>A : keseimbangan cairan membaik</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 4.2 Monitor intake dan output cairan 4.3 Monitor tanda hemokonsentrasi 4.4 Batasi asupan cairan dan garam 4.7 Kolaborasi pemberian diuretik</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
2.	Hari 2 Jumat, 05 Mei 2023	DX 1 Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas	S : Pasien mengatakan sesak napas berkurang sejak tadi malam O : Nampak frekuensi napas membaik menjadi 19x/menit, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, TD : 120/90 mmhg N 84x/m RR 21x/m Tem 37,7°C Spo2 99% A : Pola napas meningkat P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor pola napas 1.3 Posisikan semi fowler atau fowler 1.4 Berikan oksigen, jika perlu 1.6 Kolaborasi pemberian bronkodilator
	Hari 2 Jumat, 05 Mei 2023	DX 2 Nausea b/d Gangguan biokimiawi	S : Pasien mengatakan perut terasa mual setelah makan dan mual ketika mencium aroma makanan berkurang O : Nampak gelisah berkurang, keluhan nyeri berkurang, Nampak porsi makan habis, kadar ureum 191,3 mg/dl TD : 120/90 mmhg N 84x/m RR 19x/m Tem 37,7°C Spo2 99% A : Tingkat nausea membaik P : Lanjutkan Intervensi 2.2 Monitor mual 2.3 Monitor asupan nutrisi dan kalori 2.6 Anjurkan istirahat dan tiduryang cukup 2.8 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
	Hari 2 Jumat, 05 Mei 2023	DX 3 Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin	S : Pasien mengatakan badan terasa lemah berkurang O : Nampak pasien masih pucat, akral teraba mulai hangat, CRT >3 detik, konjungtiva masih anemis, kulit nampak kering TD : 120/90 mmhg N 84x/m

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			RR 19x/m Tem 37,7°C Spo2 99% Hemoglobin 9,4 g/dL Hematokrit 27,1 % A : Perfusi perifer membaik P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Periksa sirkulasi perifer 3.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 3.6 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 3.7 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi
	Hari 2 Jumat, 05 Mei 2023	DX 4 Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi	S : Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya berkurang O : terlihat edema pada kedua kaki waktu kembali 2-3 detik, Urine 420 cc Terpasang IVFD Nacl 0,9% Sp. Vascon Pitting edema (+) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL :+1 LL : +1 Balance cairan Input :1053,3 Output : 1020 Balance : + 33,5 Ureum 191,3 mg/dl Kreatinin 6,5 mg/dl Natrium 164 mmol/L Kalium 3,0 mmol/L A : Keseimbangan cairan membaik P : Lanjutkan Intervensi 4.2 Monitor intake dan output cairan 4.3 Monitor tanda hemokonsentrasi 4.4 Batasi asupan cairan dan garam 4.7 Kolaborasi pemberian diuretik
3.	Hari 3 Sabtu, 06 Mei 2023	DX 1 Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya nafas	S : pasien mengatakan sesak tidak ada O : tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, frekuensi napas membaik TD : 125/70 mmhg N 100x/m RR 18x/m

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			Tem 36,8°C Spo2 99% A : pola napas membaik P : Hentikan Intervensi
	Hari 3 Sabtu, 06 Mei 2023	DX 2 Nausea b/d Gangguan biokimiawi	S : Pasien mengatakan mual sudah tidak ada O : Nampak porsi makan dihabiskan, keluhan mual tidak ada, kadar ureum menurun 170,3 mg/dl TD : 125/70 mmhg N 100x/m RR 18x/m Tem 36,8°C Spo2 99% A : Tingkat nausea menurun P: Hentikan Intervensi
	Hari 3 Sabtu, 06 Mei 2023	DX 3 Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin	S : pasien mengatakan terkadang masih sering merasa lemah, pusing berkurang O : CRT <2detik, akral teraba hangat, konjungtiva anemis, kulit Nampak kering dan pucat berkurang, Nampak edema kemerahan berkurang, Hb 10,9 g/dL Hematokrit 28,9 % TD : 125/70 mmhg N 100x/m RR 18x/m Tem 36,8°C Spo2 99% A : perfusi perifer membaik P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Periksa sirkulasi perifer 3.4 Lakukan pencegahan infeksi 3.6 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 3.7 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi
	Hari 3 Sabtu, 06 Mei 2023	DX 4 Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi	S : pasien mengatakan kaki yang bengkak mengempes O : terlihat edema mengempes dengan waktu kembali 2detik, terpasang IVFD nacl 0,9%, sp. Vascon, Urine meningkat 620 cc Pitting edema (-)

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : -1 LL : -1 Balance cairan Input : 1003,5 Output : 1220 Balance : -216,5 Ureum 170,9 mg/dl Kreatinin 1,4 mg/dl Natrium 143 mmol/L Kalium 2,8 mmol/L TD : 125/70 mmhg N 100x/m RR 18x/m Tem 36,8 Spo2 99% A : Keseimbangan cairan meningkat P : Hentikan Intervensi

Tabel 4. 14
 Evaluasi Keperawatan pada Tn.H dengan gagal ginjal kronis di ruang
 Dahlia RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	Hari 1 Kamis, 04 Mei 2023	DX 1 Bersihan jalan napas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan	S : Pasien mengatakan merasa batuk sesak berkurang ketika bernapas, suara napas tambahan mengi cukup menurun O : Nampak produksi sekret lumayan banyak dan kental berwarna kekuningan, Td : 140/100 mmhg N : 101x/m Rr ; 21x/m Temp : 36,5°C Spo2 : 97% A : bersihan jalan napas membaik P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor pola napas 1.2 Monitor bunyi napas tambahan 1.3 Monitor sputum 1.4 Posisikan semi fowler atau fowle 1.6 Berikan oksigen, jika perlu 1.7 Ajarkan teknik batuk efektif 1.8 Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik ekspektoran

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Hari 1 Kamis, 04 Mei 2023	DX 2 Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>S : pasien mengatakan badan terasa lemas</p> <p>O : Nampak kulit pucat, akral dingin, CRT >3 detik, kadar Hb 9,9 g/dL, hematokrit 29,3 % Td : 140/100 mmhg N : 101x/m Rr ; 21x/m Temp : 36,5°C Spo2 : 97%</p> <p>A : Perfusi perifer menurun</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Periksa sirkulasi perifer 2.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 2.5 Anjurkan menggunakan obat penyekat beta</p>
	Hari 1 Kamis, 04 Mei 2023	DX 3 Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi	<p>S : pasien mengatakan bengkak di area wajah tangan dan kaki</p> <p>O : Nampak bengkak di ekstremitas atas dan bawah, pitting edema (+), urine 300cc Ekstremitas atas RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 Ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 Balance cairan Input : 1320 Output : 1000 Bc : + 320 Ureum 385.8 mg/dl Kreatinin 3.9 mg/dl Natrium 210 mmol/L Td : 140/100 mmhg N : 101x/m Rr ; 21x/m Temp : 36,5°C Spo2 : 97%</p> <p>A : keseimbangan cairan membaik</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor tanda hemokonsentrasi 3.4 Batasi asupan cairan dan garam</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			3.7 Kolaborasi pemberian diuretik
	Hari 1 Kamis, 04 Mei 2023	DX 4 Gangguan integritas kulit b/d Peningkatan kadar ureum	S : pasien mengatakan kulit gatal dan nyeri berkurang O : Nampak kulit tangan yang bengkak kemerahan dan kering berkurang Td : 140/100 N : 101x/m Rr ; 21x/m Temp : 36,5°C Spo2 : 97% Ureum 385,8 mg/dl A : Integritas kulit membaik P : Lanjutkan Intervensi 4.3 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4.4 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitisif
2.	Hari 2 Jumat, 05 Mei 2023	DX 1 Bersihan jalan napas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan	S : pasien mengatakan napas dan batuk berkurang dahak nyaman dikeluarkan, suara napas tambahan mengi berkurang O : Nampak dahak banyak berwarna kekuningan, frekuensi napas 19x/m terpasang O2 nk 4 lpm Td : 130/95 mmhg N : 84x/m Temp : 37,2°C Spo2 : 99% A : Bersihan jalan napas membaik P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Memonitor pola napas 1.2 Monitor bunyi napas tambahan 1.3 Memonitor sputum 1.4 Memposisikan semi fowler atau fowler 1.8 Kolaborasi pemberian bronkodilator mukolitik ekspektoran
	Hari 2 Jumat, 05 Mei 2023	DX 2 Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin	S : pasien mengatakan lumayan lebih bertenaga O : Nampak kulit masih pucat CRT >3 detik akral hangat, kadar Hb 9,9 g/dL, hematokrit 29,3 % Td : 130/95 mmhg N : 84x/m

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			Rr ; 19x/m Temp : 37,2°C Spo2 :99% A : perfusi perifer membaik P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Periksa sirkulasi perifer 2.2 Montior panas, kemerahan, nyeri bengkak pada ekstremitas 2.5 Anjurkan menggukana obat penyekat beta
	Hari 2 Jumat, 05 Mei 2023	DX 3 Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi	S : pasien mengatakan bengkak diarea wajah sudah tidak ada ,tangan dan kaki mulai mengempes O : Nampak bengkak pada ekstemitas atas dan bawah mengempes, pitting edema (+), urine 440cc Ekstremitas atas RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1 Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +2 LL : +2 Balance cairan Input :1270 Output : 1140 Bc: + 130 Ureum 385.8 mg/dl Kreatinin 3.9 mg/dl Natrium 210 mmol/L Td : 130/95 mmhg N :84x/m Rr ; 19x/m Temp : 37,2°C Spo2 :99% A : Keseimbangan membaik P : Lanjutkan Intervensi 3.1 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.3 Monitor intake dan output cairan 3.4 Monitor tanda hemokonsentrasi 3.5 Batasi asupan cairan dan garam 3.8 Kolaborasi pemberian diuretik
	Hari 2 Jumat, 05 Mei 2023	DX 4 Gangguan integritas kulit b/d Peningkatan kadar ureum	S : pasien mengatakan gatal pada kulit berkurang, nyeri berkurang, sensasi panas menurun O : Nampak kulit kering dan kemerahan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			<p>berkurang, kulit terkelupas berkurang Td : 130/95 mmhg N :84x/m Rr ; 19x/m Temp : 37,2°C Spo2 :99% Ureum 385 mg/dl</p> <p>A : Integritas kulit membaik</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 4.3 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4.4 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit senisitif 4.5 Anjurkan menggunakan pelembab 4.6 Menganjurkan meningkatkan asupan cairan</p>
3.	Hari 3 Sabtu, 06 Mei 2023	DX 1 Bersihan jalan napas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan	<p>S : pasien mengatakan ketika bernafas dan mengeluarkan dahak sudah sangat nyaman, suara napas mengi tidak ada</p> <p>O : Nampak sudah tidak ada hambatan dalam bernafas dan produksi dahak meningkat, Td : 128/70 mmhg N :91x/m Rr ; 20x/m Temp : 37,7°C Spo2 :98%</p> <p>A : Bersihan jalan napas meningkat</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>
	Hari 3 Sabtu, 06 Mei 2023	DX 2 Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin	<p>S : pasien mengatakan merasa lemas berkurang</p> <p>O : Nampak kulit pucat berkurang, CRT 3 detik, akral hangat, kadar Hemoglobin meningkat menjadi 11,3 g/dL, kadar hematokrit 28,9 % Td : 128/70 mmhg N :91x/m Rr ; 20x/m Temp : 37,7°C Spo2 :98%</p> <p>A : Perfusi perifer membaik</p>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			P : Lanjutkan Intervensi 2.1 Periksa sirkulasi perifer 2.5 Anjurkan menggunakan obat penyekat beta 2.6 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi
	Hari 3 Sabtu, 06 Mei 2023	DX 3 Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi	S : pasien mengatakan bengkak pada tangan dan kaki berkurang O : Nampak bengkak mengempes, kadar natrium menurun dari sebelumnya menjadi 171 mmol/L, pitting edema (+), urine 560cc Ekstremitas atas RU : 0 LU : 0 RL : 0 LL : 0 Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1 Balance cairan Input : 1220 Output : 1260 Bc : -40 Ureum 170,9 mg/dl Kalium 2,8 mmol/L Hematokrit 28,9 % Td : 128/70 mmhg N : 91x/m Rr ; 20x/m Temp : 37,7°C Spo2 : 98% A : Keseimbangan cairan membaik P : Lanjutkan Intervensi 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 3.3 Monitor intake dan output cairan 3.4 Monitor tanda hemokonsentrasi 3.5 Batasi asupan cairan dan garam 3.8 Kolaborasi pemberian diuretik
	Hari 3 Sabtu, 06 Mei 2023	DX 4 Gangguan integritas kulit b/d Peningkatan kadar ureum	S : pasien mengatakan rasa gatal dan panas pada kulit berkurang O : Nampak warna kemerahan berkurang, terkelupas berkurang, kulit Nampak lembab Td : 128/70 mmhg N : 91x/m Rr ; 20x/m Temp : 37,7°C

No.	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
			Spo2 :98% Ureum menurun menjadi 170,9 mg/dl A : Integritas kulit meningkat P : Hentikan Intervensi

4.2 Pembahasan

4.2.1 Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan (D.0001)

Dari hasil studi kasus didapatkan masalah keperawatan pada pasien I Tn. H mengalami masalah bersihan jalan nafas tidak efektif, yaitu : pasien mengatakan sesak napas dengan frekuensi napas 23x/menit, batuk – batuk terdapat peningkatan produksi sekret tetapi susah dikeluarkan, terdengar suara napas tambahan yaitu mengi.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Teori ini sesuai dengan kondisi pasien bahwa pasien mengeluh batuk – batuk, sputum berlebih tetapi tidak mampu mengeluarkannya dengan optimal disertai suara napas tambahan yaitu mengi.

Dalam upaya untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi keperawatan yang sesuai dengan SIKI (2018) yaitu manajemen jalan nafas, yang bertujuan untuk

membantu tubuh memenuhi suplai oksigen ke jaringan sehingga diharapkan frekuensi napas pada pasien membaik, produksi sputum menurun, gelisah menurun.

Implementasi yang dilakukan pada pasien dilakukan selama 3 hari. Implementasi yang dilakukan yaitu memonitor pola napas, mengukur saturasi oksigen, memberikan pasien posisi semi-fowler, mengajarkan batuk efektif dan memberikan oksigen sesuai kebutuhan serta berkolaborasi untuk pemberian bronkodilator.

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan 3x8 jam, pada hari pertama dan hari kedua bersihan jalan napas membaik, yang ditandai dengan pasien masih mengeluh sesak berkurang, produksi sputum lumayan banyak, Namun pada hari ketiga masalah bersihan jalan napas meningkat yang ditandai dengan pasien sudah tidak mengeluh sesak, produksi dahak meningkat, batuk – batuk berkurang frekuensi napas membaik. Sehingga masalah bersihan jalan napas tidak efektif meningkat.

Menurut asumsi penulis masalah bersihan jalan napas meningkat dikarenakan intervensi yang sudah diberikan seperti memberi oksigen dan berkolaborasi pemberian bronkodilator, sehingga tidak adanya terdengar bunyi napas tambahan, batuk – batuk berdahak berkurang dan frekuensi napas membaik.

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

Dari hasil studi kasus didapatkan masalah keperawatan pada pasien I Ny.R mengalami pola napas tidak efektif, yaitu : pasien mengatakan sesak napas, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal, frekuensi napas pada pasien 26 x/menit.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) pola napas tidak efektif adalah suatu keadaan dimana inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Patofisiologi dari penyakit ginjal kronis mengarah pada kelebihan komponen asam didalam tubuh. Untuk dapat mengatur keseimbangan antara asam dan basa dalam tubuh, secara fisiologis tubuh manusia memiliki mekanisme pengaturan yang dapat mengendalikan asam – basa. Tubuh akan membuang kelebihan asam melalui pernapasan dalam bentuk karbon dioksida (CO₂). Seiring dengan menurunnya pH darah, pernapasan menjadi lebih dalam dan lebih cepat sebagai usaha tubuh untuk menurunkan kelebihan asam dalam darah dengan cara menurunkan jumlah karbon dioksida (Smeltzer & Bare, 2012).

Dalam upaya untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi keperawatan yang sesuai dengan SIKI (2018) yaitu manajemen jalan napas, yang bertujuan untuk

membantu tubuh memenuhi suplai oksigen ke jaringan sehingga diharapkan pola napas pada pasien meningkat.

Implementasi yang dilakukan pada pasien dilakukan selama 3 hari. Implementasi yang dilakukan yaitu memonitor pola napas, mengukur saturasi oksigen, memberikan pasien posisi semi-fowler, dan memberikan oksigen sesuai kebutuhan serta berkolaborasi untuk pemberian mukolitik dan ekspektoran.

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan 3x8 jam, pada hari pertama dan hari kedua pola napas membaik, yang ditandai dengan pasien masih mengeluh sesak berkurang dan otot bantu pernapasan menurun, Namun pada hari ketiga masalah pola napas membaik yang ditandai dengan pasien sudah tidak mengeluh sesak, otot bantu pernapasan tidak ada, frekuensi napas membaik. Sehingga masalah pola napas tidak efektif membaik.

Menurut asumsi penulis pola napas tidak efektif membaik karena penatalaksanaan manajemen jalan napas yaitu pemberian terapi oksigen, pengaturan posisi fowler, dan istirahat serta tidur yang cukup serta penatalaksanaan hemodialisa yang berguna mengganti fungsi ginjal untuk menyaring darah dari racun sehingga tidak terjadi penumpukan urea dalam darah yang menyebabkan kondisi asidosis metabolic dan hiperventilasi sehingga pasien mengalami sesak napas.

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

Dari hasil studi kasus didapatkan masalah keperawatan perfusi perifer pada kedua pasien, didapatkan data, antara lain pada kedua pasien mengeluh badan terasa lemah, kepala terasa pusing. Terlihat kedua konjungtiva anemis pada masing - masing pasien, mukosa bibir kering dan pucat, akral teraba dingin, pengisian kapiler yang lambat, pada pasien I dan II yaitu ≥ 3 detik, ditunjang dengan pemeriksaan laboratorium, dimana terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin pada masing - masing pasien, pada pasien I Ny. R yaitu 9,4 mg/dL dan pada pasien II Tn. H 9,9 mg/dL pada pasien II.

Kekurangan Hb atau anemia merupakan patofisiologi dari penyakit ginjal kronis dimana ketika terjadi kerusakan fungsi ginjal, maka terjadi penurunan produksi hormon eritropoietin (EPO) yang berfungsi merangsang sumsum tulang belakang dalam menghasilkan sel darah merah. Ketika produksi EPO menurun, otomatis sumsum tulang belakang membuat sel darah merah yang lebih sedikit dan menyebabkan anemia (Smeltzer & Bare, 2015),

Menurut pendapat lain mengatakan bahwa penyebab umum dari anemia pada pasien penyakit ginjal kronis yaitu kehilangan darah pada saat hemodialisa dan rendahnya tingkat nutrisi yang ditemukan dalam makanan yang dikonsumsi. Hal ini sesuai dengan kondisi pasien I Ny. R yang telah HD selama ± 2 tahun serta terjadi

penurunan nafsu makan. Dalam kondisi anemia ini, sel darah merah mengalami penurunan dalam mengedarkan suplai oksigen dan nutrisi ke area kapiler perifer sehingga tubuh tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang adekuat dan tubuh menjadi lemas, tidak bertenaga, pusing, pucat, kesulitan bernafas atau sesak (Lubis, 2014).

Dalam upaya untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi keperawatan yang sesuai dengan SIKI (2018), yaitu perawatan sirkulasi dimana bertujuan untuk perfusi perifer meningkat. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien I Ny. R dan pasien II Tn. H yaitu Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva) Monitor hasil laboratorium yang diperlukan, memberikan produk darah sesuai intruksi dokter.

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam dimana pada hari pertama perawatan masalah perfusi perifer masih menurun yang ditandai dengan pasien masih merasa lemas CRT : 3 detik, konjungtiva anemis, pada pasien I Ny. R Hb : 9,4 g/dL, Sedangkan pada pasien II Tn. H CRT : 3 detik, konjungtiva anemis, Hb : 9,9 g/dL, namun pada hari kedua dan ketiga perawatan, kedua pasien masalah perfusi perifer membaik yang ditandai dengan keluhan lemas berkurang, dan keluhan pusing berkurang, Hemoglobin meningkat tetapi belum dibatas normal, pada pasien I

Ny. R Hb : 10,9 g/dL dan pada pasien II Tn. H Hb : 11,3 g/dL. Masalah perfusi perifer tidak efektif membaik.

Menurut asumsi penulis, perfusi perifer tidak efektif membaik karena setelah masa perawatan ada kenaikan kadar Hb dari sebelumnya, pada pasien I didapatkan kadar hb 10,9 g/dL dan pasien II kadar hb 11,3 d/dL setelah masa perawatan. Walaupun begitu kadar hb tersebut belum memenuhi kadar hb normal sehingga diperlukan penatalaksanaan lanjut dan pemeriksaan hematologi secara teratur untuk mengetahui kadar hemoglobin pasien.

4.2.4 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan regulasi (D.0022)

Dari hasil studi kasus didapatkan masalah keperawatan Hipervolemia pada kedua pasien. Pada kedua pasien mengatakan mengalami bengkak pada tubuhnya dan Nampak dihari pertama haluaran urine <400 dalam 24 jam. Terdapat edema pada pasien I Ny. R yaitu di ekstremitas bawah, sedangkan pada pasien II Tn. H yaitu pada sekitar wajah, esktremitas atas dan ekstermitas bawah. terdapat pitting edema dengan penilaian pada pasien I Ny.R RL : +1, dan pada pasien II Tn. H RU : +1, serta BC (balance cairan) yang bernilai positif dimana pasien I : +23 cc dan pasien II : +320 cc, Dilakukan penghitungan laju filtrasi glomerulus (LFG) terhadap kedua pasien untuk melihat kemampuan fungsi ginjal dan

didapatkan data abnormal dengan nilai LFG pada pasien I Ny.R yaitu 9 mL/min/1.73m² dan pasien II Tn.H yaitu 27 mL/min/1.73m².

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) hiprvolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler. Diagnosis ini sejalan dengan teori yang menyatakan pada kondisi gagal ginjal kronis, ginjal tidak dapat menjalankan fungsinya yaitu menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan edema. Penyakit gagal ginjal kronis adalah suatu kondisi jangka panjang dan bertahap dimana ginjal tidak berfungsi secara normal untuk menyaring limbah dan kelebihan cairan dari darah sebelum diteruskan untuk dibuang lewat urine. Saat penyakit gagal ginjal kronis mencapai tahap yang berat, jumlah zat racun, cairan, elektrolit dan limbah akan menumpuk didalam tubuh dan mengganggu fungsi organ lain sehingga menyebabkan berbagai komplikasi seperti edema (Smeltzer & Bare, 2015).

Penurunan fungsi ginjal juga menyebabkan gangguan ekskresi produk sisa (sampah dari tubuh) sehingga tetap tertahan didalam tubuh. Produk sampah ini berupa ureum dan kreatinin, dimana dalam jangka panjang dapat menyebabkan intoksikasi oleh ureum dalam konsentrasi tinggi yang disebut dengan sindrom uremia. Kadar tingginya kreatinin juga berdampak pada laju filtrasi

glomerulus (LFG) yang dapat menyebabkan oliguria yaitu kondisi produksi urin $< 0,5 - 1$ ml/kg BB/24jam bahkan anuria yaitu kondisi dimana ginjal tidak mampu memproduksi urin (Smeltzer & Bare, 2015).

Dari hasil laboratorium terkhusus pemeriksaan kimia klinik, didapatkan data berupa peningkatan kadar ureum, kreatinin, dengan nilai kimia klinik pada pasien I Ny. R yaitu, ureum : 191,3 mg/dL, kreatinin : 6,5 mg/dL, sedangkan nilai kimia klinik pada pasien II Tn. H yaitu, ureum : 385,8 mg/dL, kreatinin : 3,9 mg/dL. Hipervolemia dapat terjadi pada pasien gagal ginjal kronis karena produksi urin yang dikeluarkan akan berkurang dari semestinya, sehingga memicu terjadinya penumpukan cairan didalam tubuh (Rahman et al,2021).

Dalam upaya untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi keperawatan yang sesuai dengan SIKI (2018), yaitu manajemen hipervolemia yang bertujuan mengidentifikasi dan mengelola kelebihan volume cairan intravaskuler dan ekstraseluler serta mencegah terjadinya komplikasi diharapkan keseimbangan cairan dapat meningkat.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien selama 3 hari, Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu melihat tanda dan gejala hipervolemia, memantau status hemodinamik, memantau intake dan output cairan, membatasi

asupan cairan, dan garam, dan berkolaborasi pemberian diuretic berupa injeksi furosemide 2 ml melalui IV.

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam, pada hari pertama perawatan masalah keseimbangan cairan pada kedua pasien belum meningkat yang ditandai dengan masih terdapat edema pada ekstermitas masih terjadi penumpukan cairan sehingga pasien diberi kolaborasi pemberian diuretik berupa furosemide yang diberikan melalui IV dan Bc pada pasien I +23 dan Bc pasien II +320, dihari ketiga perawatan keseimbangan cairan pada pasien I meningkat dikarenakan hasil Bc yaitu -216,5 edema berkurang dan sudah tidak ada pitting edema pada kedua ekstremitas pasien sehingga masalah hipervolemia meningkat dan intervensi dihentikan. Lalu pada pasien II keseimbangan cairan pada hari ketiga perawatan membaik dengan hasil Bc yaitu -40 edema mengempes di area wajah dan ekstremitas bawah, tetapi masih ada pitting edema pada kedua esktremitas bawah pasien, sehingga masalah hipervolemia pada pasien ke II membaik dan intervensi masih dilanjutkan.

Menurut asumsi penulis masalah hipervolemia pada pasien I meningkat dikarenakan hasil Bc hari ketiga yaitu -216,5 edema berkurang dan sudah tidak ada pitting edema pada kedua ekstremitas pasien, sedangkan pada pasien II membaik karena hasil Bc hari ketiga yaitu -40 edema mengempes di area wajah dan

ekstremitas bawah, tetapi masih ada pitting edema pada kedua ekstremitas bawah pasien.

4.2.5 Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi (D.0076)

Dari hasil studi kasus didapatkan masalah keperawatan Nausea pada pasien I Ny. R. Pasien mengatakan mual terkadang adanya keluaran muntah dengan produksi muntah berwarna kuning, konsistensi cair dengan banyak ± 30 cc. Pasien mengatakan malas makan karena rasa pahit di mulut dan terasa mual ketika makanan masuk ke dalam mulut. Pasien mengatakan hanya menghabiskan 2-5 sendok saja dalam satu kali makan, bibir pasien terlihat pucat, pasien terlihat lemah, pasien terlihat mual. Berdasarkan hasil laboratorium kimia klinik didapatkan terjadi peningkatan ureum yaitu 191,3 mg/dL.

Pasien dengan penyakit ginjal kronis telah kehilangan fungsi ginjal untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, keseimbangan asam dan basa serta pengeluaran produk sampah hasil metabolisme. Pada kondisi ini, terjadi retensi sisa pembuangan metabolisme protein yang ditandai dengan peningkatan kadar ureum > 50 mg/dL dan biasa disebut dengan uremia. Sampah sisa metabolisme ini dianggap sebagai racun oleh tubuh, dan ketika ginjal kehilangan fungsinya sebagai sistem ekskresi, maka terjadi penumpukan racun di dalam tubuh yang bersifat asam dan dapat membuat tubuh bereaksi dengan

menimbulkan gejala mual dan dapat pula disertai dengan keluhan muntah (J. Medula, 2017),.

Uremia juga berdampak terhadap sistem gastrointestinal, dimana ketika tubuh menjadi asam, terjadi rangsangan dalam peningkatan asam lambung yang dapat mengakibatkan mual hingga muntah dan mengakibatkan penurunan nafsu makan (Smeltzer & Bare, 2015),. Teori ini sesuai dengan kondisi pasien yaitu : pasien mengatakan mual terkadang adanya keluaran muntah dengan produksi muntah berwarna kuning, konsistensi cair dengan banyak ± 30 cc. Terjadi penurunan nafsu makan pada pasien, bibir pasien terlihat pucat, pasien terlihat lemah, pasien terlihat mual. Berdasarkan hasil laboratorium kimia klinik, didapatkan terjadi peningkatan ureum pada pasien yaitu : 191,3 mg/dL

Dalam upaya untuk mengatasi keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi keperawatan yang sesuai dengan SIKI (2018), yaitu, manajemen mual yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengelola perasaan tidak enak pada bagian tenggorok atau lambung yang dapat menyebabkan muntah. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien selama 3 hari, implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu, identifikasi factor penyebab mual, monitoring mul muntah, monitor asupan nutrisi dan kalori, kolaborasi pemberian antibiotik.

Hasil data dan evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam, pada hari pertama tingkat nausea membaik yang ditandai masih mengeluh mual menurun dan mengalami peningkatan ureum yaitu 191,3 mg/dL dan hari ketiga tingkat nausea menurun yang ditandai dengan pasien mengeluh mual tidak ada dan tidak ada keluaran muntah dan telah mengalami penurunan kadar ureum menjadi 35,8 mg/dL. Masalah nausea menurun.

Menurut asumsi penulis masalah nausea menurun dikarenakan sejalan dengan teori yang mengatakan mual dapat teratasi dengan mengendalikan faktor – faktor yang menyebabkan mual, meningkatkan istirahat dan tidur yang cukup, pemberian obat antibiotic. Selain itu nausea dapat menurun dengan dukungan motivasi dari keluarga agar pasien bisa menghabiskan makanannya.

4.2.6 Gangguan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan kadar ureum (D.0129)

Dari hasil studi kasus didapatkan masalah keperawatan pada pasien II Tn. H mengalami gangguan integritas kulit, yaitu : pasien mengatakan kulit terasa gatal, kencang, dan nyeri. Nampak peningkatan kadar ureum yaitu 385,8 mg/dl, terlihat kulit pada pasien kering, kasar diarea tangan, kemerahan dan terkelupas – kelupas.

Penumpukan urea dalam tubuh atau kadar urea yang tinggi pada pasien gagal ginjal dapat menyebabkan sindrom uremia yang

akan menimbulkan kelainan berupa gangguan biokimia sistemik sehingga dapat menyebabkan pruritus yang parah hingga bisa muncul gangguan integritas kulit (Brunner & Suddrath, 2012). Dalam upaya untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi keperawatan yang sesuai dengan SIKI (2018), yaitu perawatan integritas kulit yang bertujuan untuk merawat kulit untuk menjaga kelembaban dan mencegah perkembangan mikroorganisme.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien selama 3 hari, implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu, identifikasi faktor penyebab gangguan integritas kulit, memberi minyak pada kulit, memberi gentamicin pada kulit yang kemerahan dan terkelupas, menganjurkan menggunakan lotion/pelembab, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, buah dan sayur.

Hasil data dan evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam, pada hari pertama integritas kulit belum meningkat yang ditandai kadar ureum masih tinggi, pasien masih mengeluh nyeri, sensasi panas dan gatal pada kulit, pada hari kedua integritas kulit membaik yang ditandai mengeluh nyeri dan sensasi panas pada kulit cukup menurun, hari ketiga integritas kulit meningkat yang ditandai dengan kadar ureum menurun menjadi 170,9 mg/dl, pasien mengatakan rasa nyeri dan gatal pada kulit menurun, Nampak kulit

yang terkelupas menurun, warna kemerahan menurun. Masalah integritas kulit meningkat.

Menurut asumsi penulis masalah integritas kulit meningkat dikarenakan dari penatalaksanaan yang sudah diberikan selama 3 hari mendapatkan peningkatan pada pasien yang ditandai dengan dengan kadar ureum menurun menjadi 170,9 mg/dl, pasien mengatakan rasa nyeri dan gatal pada kulit menurun, kulit yang terkelupas menurun, warna kemerahan pada kulit menurun.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus penerapan asuhan keperawatan pada pasien I dan pasien II pada pasien selama tiga hari perawatan (04 – 06 Mei 2023) dengan Penyakit Ginjal Kronis di Ruang Dahlia Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya pengumpulan data secara menyeluruh dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga dapat menentukan masalah kesehatan dan keperawatan yang ada. Pada pasien dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronis, perawat dituntut untuk melakukan pengkajian secara lengkap, teliti dan komprehensif agar mempermudah perawat dalam penegakan diagnosis keperawatan. Pada pasien Gagal Ginjal kronis didapatkan adanya masalah pada sistem pernapasan, sistem perkemihan, cairan dan elektrolit, psiko-sosial, edema, anemia, penurunan nafsu makan disertai mual dan muntah.

Hasil dari pengkajian yang didapatkan persamaan dan perbedaan data dari kedua pasien. Pada persamaan data didapatkan pasien I Ny. R dan pasien II Tn.H yaitu sesak napas, badan terasa lemas, tetapi

pasien II Tn.H mengalami peningkatan produksi saliva. Kedua pasien mengalami penurunan Hb dan Ht, serta peningkatan ureum dan kreatinin. Namun ada juga perbedaan data yaitu, pasien I Ny.R mengeluh mual, Ny.R juga mengeluh sesak napas tetapi tidak terdapat sputum lalu terdapat edema pada ekstremitas bawah, sedangkan pada pasien II Tn.H mengeluh sesak napas disertai dengan sputum berlebih, edema dan gatal - gatal pada ekstremitas atas, bawah serta wajah.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul dari kedua pasien memiliki persamaan dan perbedaan. Pada pasien I diagnosis keperawatan yang muncul, yaitu : pola napas tidak efektif, mual, perfusi perifer tidak efektif dan hipervolemia, sedangkan diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien II yaitu : bersihan jalan napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia dan gangguan integritas kulit.

3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam studi kasus terhadap kedua pasien di sesuaikan dengan masalah keperawatan yang muncul yang di tegakkan sesuai dengan tanda dan gejala mayor dan minor serta sesuai dengan kondisi saat ini.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Pelaksanaan keperawatan yang

dilakukan pada pasien I dan pasien II sesuai dengan perencanaan yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien

5. Evaluasi

Hasil dan evaluasi keperawatan yang dilakukan penulis kepada kedua pasien selama 3 hari perawatan. Untuk pasien I Ny.R masalah pola napas tidak efektif, mual dan hipervolemia didapatkan hasil sesuai ekspektasi sepenuhnya. Pada masalah perfusi perifer tidak efektif didapatkan hasil membaik sesuai dengan ekspektasi.

Sedangkan, pada pasien II Tn. H masalah bersihan jalan napas tidak efektif dan gangguan integritas kulit didapatkan hasil sesuai ekspektasi sepenuhnya. Pada masalah perfusi perifer tidak efektif dan hipervolemia didapatkan hasil membaik sesuai dengan ekspektasi.

5.2 Saran

Guna terciptanya peningkatan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronis, maka diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan, diantaranya :

5.2.1 Bagi Penulis

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan sebagai ilmu pengetahuan dan menambah wawasan dalam melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronis.

Penulis berharap pada penulisan studi kasus selanjutnya agar didapatkan data lengkap hasil analisa gas darah, pemeriksaan albumin dan pemeriksaan penunjang lainnya untuk memperkuat data dalam penegakkan diagnosa keperawatan.

5.2.2 Bagi Instansi Rumah Sakit

Instansi Rumah Sakit dapat menjadikan hasil studi kasus ini sebagai dasar pertimbangan dalam meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien terutama pasien dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronis.

5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat bermanfaat sebagai sumber informasi dan menambah wawasan mengenai Penyakit Gagal Ginjal Kronis sehingga perawat lebih proaktif dalam melakukan asuhan keperawatan serta diharapkan hasil studi kasus ini dapat menjadi acuan pembanding bagi peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfina. (2022). *Asuhan Keperawatan Dengan Vertigo Di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*.
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). *Dokumentasi Keperawatan (1st ed.)*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Euis Chintya. (2022). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ckd (Chronic Kidney Disease) Di Ruang C2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya (Vol. 2, Issue 8.5.2017)*.
- Gloria M., Butcher, Howard K., Dochterman, Joanne M., & Wagner, Cherly M, et al. 2016. *Nursing interventions classification (NIC)*. Mosby: Elsevier inc
- Infodatin. (2017). *Situasi Penyakit Ginjal Kronis*. Diunduh pada tanggal 20 Januari 2022. <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin%20ginjal%202017.pdf>
- Liawati, N., & Nurhimawan, R. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Self Esteem Penderita Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Bhayangkara Stukpa Lemdikpol Sukabumi. *Journal Health Society*, 10(2), 33–43.
- Lisa Lolowang, N. N., Lumi, W. M. .,& Rattoe, A. A. (2021). Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Terapi Hemodialisa. *Jurnal Ilmiah Perawat Manado (Juiperdo)*, 8(02), 21-32.
- Multhazam Umar. (2022). *Manajemen Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn. B Dengan Diagnosis Chronic Kidney Diseases (Ckd) Di Ruangan Instalasi Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Ibnu Sina Yw Umi Makassar (Vol. 2)*.
- Nasution, S. H., Syarif, S., & Musyabiq, S. (2020). Penyakit Gagal Ginjal Kronis Stadium 5 Berdasarkan Determinan Umur , Jenis Kelamin , Dan Diagnosa Etiologi Di Indonesia Tahun 2018 Chronic Kidney Failure Disease Stage 5 Based On Determinants Of Age , Gender , And Diagnosis Of Etiology In Indonesia In 201. *Jk Unila*, 4(2), 157–160.
- 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
- Prabowo. (2014). Asuhan Keperawatan System Perkemihan. Hukum Medika
- Pradana, M. Wahyu . (2019).*Asuhan Keperawatan Pada Klien Chronic Kidney Disease (Ckd) Dengan Kelebihan Volume Cairan Di Rsud Dokter Soekardjo Tasikmalaya*. Stikes Bhakti Kencana Bandung.
- Profil RSUD Abdul Wahab Sjahranie 2021. Diakses pada tanggal 6 Februari 2023.
- Riskesdas. (2018). Laporan Provinsi Kalimantan Timur Riskesdas 2018.
- Rizky Purnama. (2022). Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Pada Pasien Chronic Kidney Disease (Ckd) Di Rumah Sakit Dr. M. Yunus Bengkulu Tahun 2022. (Issue 8.5.2017).
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2012). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8. Jakarta:EGC
- Smeltzer, C Suzane & Bare, G Brenda. (2015).*Buku ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth ED.8 VOL.2*. Jakarta : EGC
- Toto, A. (2015). Asuhan Keperawatan Pada Sistem Perkemihan. Jakarta : Trans Info Media
- Wajhillah, R. (2019). Penerapan Metode Algoritma Id3 Untuk Prediksi Diagnosa Gagal Ginjal Kronis (Studi Kasus: Rsud Sekarwangi Sukabumi). *Klik - Kumpulan Jurnal Ilmu Komputer*, 6(1), 97.