

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN PENYAKIT GINJAL
KRONIS DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA



OLEH :

Nama : Niken Prameswari

NIM : P07220116022

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2019

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN PENYAKIT GINJAL
KRONIS DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

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



OLEH :

Nama : Niken Prameswari

NIM : P07220116022

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2019

LEMBAR PERSETUJUAN

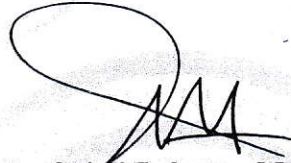
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT
JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DI SETUJUI

TANGGAL, MARET 2019

Oleh

Pembimbing Utama



Ns. Gajali Rahman, M.Kep
NIDN. 197809122001121002

Pembimbing Pendamping



Badar, SST., M.Kes
NIDN. 196912311989031008

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Kampus Samarinda

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis AG, M.Kep
NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

Telah Diuji

Pada Tanggal, 26 Maret 2019

PANITIA PENGUJI

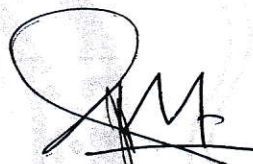
Ketua penguji

H. Edi Sukanto, M.Kep
NIDN : 196804211988031002

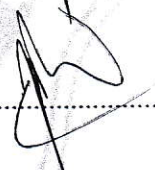


Penguji Anggota

1. **Ns. Gajali Rahman, M.Kep**
NIDN. 197809122001121002



2. **Badar, SST., M.Kes**
NIDN. 196912311989031008



Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M. Kes
NIP. 196508251985032001



Ns. Andi Lis AG, M.Kep
NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Niken Prameswari
Tempat/Tanggal Lahir : Bontang, 23 Januari 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Kapal Pinisi IV, Rt. 45, No. 19, Bontang

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2002-2004 : TK Yayasan Pupuk Kaltim Bontang
2. Tahun 2004 - 2010 : SD 2 Yayasan Pupuk Kaltim Bontang
3. Tahun 2010 - 2013 : SMP Negeri 5 Bontang
4. Tahun 2013 – 2016 : SMA Negeri 1 Bontang
5. Tahun 2016 – 2019 : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Samarinda

Poltekkes Kementerian Kesehatan Kalimantan
Timur

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie, Samarinda”. Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai syarat untuk Ujian Akhir Program Diploma III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih memiliki kelemahan dan kekurangan serta dapat selesai karena adanya bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan yang setinggi – tingginya kepada :

1. Bapak Supriadi, S.Kp., M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Dr. Rachim Dinata Marsidi, Sp.B., FINAC., M.Kes, selaku direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
3. Ibu Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ibu Ns. Andi Lis AG, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Bapak Supriadi, S.Kp., M. Kep, selaku Pembimbing utama yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah hingga selesai.
6. Bapak Arifin Hidayat, SST., M. Kep, selaku Pembimbing pendamping yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah saya hingga selesai.
7. Bapak Joko Spto Pramono, S.Kp., MPHM, selaku penguji utama yang telah memberikan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah saya.
8. Para Dosen dan Staf Pendidikan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.
9. Kepala ruangan Ruang Flamboyan yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
10. Kepada Ayah dan Ibu, Akak Rizki, Mas Budi, Bayu dan Julpah yang selalu mendoakan, memberikan semangat dan mendukung saya baik secara moril dan materil agar dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dan lulus tepat waktu.
11. Rekan - rekan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim Jurusan Keperawatan Prodi D III Keperawatan angkatan 2016 khususnya tingkat III A yang telah memberi dukungan, masukan, bantuan dan juga kritik untuk laporan ini.
12. Sahabat – sahabat seperjuangan terkhusus Ghina, Wina, Ditak, Pidi, Tyas dan Mawar, yang senantiasa setia mendengar keluh kesah dan memberikan semangat, masukan, bantuan, kritikan dan saran membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah saya hingga selesai.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan dari semua pihak yang telah turut serta membantu terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat membawa manfaat bagi perkembangan ilmu.

Samarinda, 27 April 2019

Penulis



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PENYAKIT GINJAL
KRONIS DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

Niken Prameswari¹⁾, Supriadi²⁾, Arifin Hidayat³⁾

¹⁾Mahasiswa Prodi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

²⁾³⁾Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

ABSTRAK

Pendahuluan : Penyakit Ginjal Kronis merupakan penyakit kronik tidak menular yang mempunyai karakteristik menetap dan memerlukan pengobatan dalam dengan rawat jalan dalam jangka waktu panjang. *WHO Southeast Asian Region* mencatat penduduk dunia lebih dari 500 juta mengalami penyakit ginjal kronik dan sekitar 1,5 juta penduduk menjalani terapi hemodialisa seumur hidupnya.

Tujuan : Memberikan gambaran Asuhan Keperawatan secara komprehensif pada pasien Penyakit Ginjal Kronis

Metode : Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil sampel 2 responden yang di rawat di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda. Pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

Hasil dan Pembahasan : Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan bahwa pengkajian membutuhkan keterampilan komunikasi dan observasi yang efektif, diagnosa keperawatan yang muncul didapatkan pola nafas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, mual, ansietas, harga diri rendah dan defisit pengetahuan. Perencanaan dan pelaksanaan dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi dilakukan secara formatif dan sumatif.

Kesimpulan : Pada pasien 1 semua masalah teratasi sedangkan pada pasien 2, 1 masalah tidak teratasi yaitu perfusi perifer tidak efektif.

Saran : Diharapkan kedepannya bagi tenaga kesehatan untuk dapat meningkatkan keterampilan keperawatan dan memberikan asuhan keperawatan terutama pendidikan kesehatan tentang pengelolaan dan monitoring cairan pada pasien Penyakit Ginjal Kronis dalam upaya peningkatan kualitas hidup.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Penyakit Ginjal Kronis

NURSING CARE IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS IN HOSPITAL FLAMBOYAN SPACE ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Niken Prameswari¹⁾, Supriadi²⁾, Arifin Hidayat³⁾

1) Students of Diploma III Nursing Department of Health Polytechnic of East Kalimantan

2)³⁾ Lecturer in Nursing Department of Health Polytechnic of East Kalimantan

ABSTRACT

Background : Chronic Kidney Disease is a non-communicable chronic disease that has permanent characteristics and requires long-term treatment in outpatient care. The *WHO Southeast Asian Region* notes that the world's population of more than 500 million has chronic kidney disease and about 1.5 million people undergo hemodialysis therapy for the rest of their lives.

Purpose : To provide a comprehensive overview of nursing care in patients with chronic kidney disease

Methods : This study used a descriptive research method in the form of a case study with the Nursing Care approach by taking a sample of 2 respondents who were treated in the Flamboyant Room of the Abdul Wahab Hospital Sjahrani Samarinda. Data collection uses the format of Nursing Care which includes Assessment, Diagnosis, Intervention, Nursing Implementation and Evaluation.

Results and Discussion : Based on data analysis, it can be concluded that the assessment requires effective communication and observation skills, emerging nursing diagnoses, ineffective breathing patterns, ineffective peripheral perfusion, hypervolemia, nausea, anxiety, low self-esteem and knowledge deficit. Planning and implementation with supporting facilities and facilities, evaluation is done formatively and summatively.

Conclusion: In patient 1 all problems were resolved whereas in patient 2, 1 problem was not resolved, namely ineffective peripheral perfusion.

Suggestion: It is hoped that in the future health workers will be able to improve nursing skills and provide nursing care, especially health education regarding management and monitoring of fluids in patients with Chronic Kidney Disease in an effort to improve quality of life.

Keywords : Nursing Care, Chronic Kidney Disease

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat.....	ii
Halaman Pernyataan.....	iii
Daftar Riwayat Hidup	iv
Halaman Persetujuan.....	v
Halaman Pengesahan	vi
Kata Pengantar	vii
Abstrak	x
Daftar Isi	xii
Daftar Tabel	xv
Daftar Bagan	xvi
Daftar Lampiran.....	xvii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penulisan.....	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penulisan.....	6
1.4.1 Bagi Penulis	6
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian.....	7
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Ginjal Kronis	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi Ginjal	9
2.1.3 Klasifikasi	15

2.1.4 Etiologi	16
2.1.5 Manifestasi Klinik	18
2.1.6 Patofisiologi	19
2.1.7 Pathway	22
2.1.8 Faktor Resiko	23
2.1.9 Komplikasi	25
2.1.10 Pemeriksaan Penunjang	26
2.1.11 Penatalaksanaan	27
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	32
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	32
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	35
2.2.3 Perencanaan Keperawatan	36
2.2.4 Tindakan Keperawatan	40
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	40
 BAB 3 METODE PENULISAN	
3.1 Jenis Studi Kasus	41
3.2 Subjek Studi Kasus	41
3.3 Batasan Istilah	41
3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	42
3.5 Prosedur Studi Kasus	42
3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	45
3.7 Keabsahan Data	46
3.8 Analisis Data	47
 BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Studi Kasus	67
4.2 Data Asuhan Keperawatan	68
4.3 Pembahasan	128
4.4 Keterbatasan Penulis	152

BAB 4 PENUTUP

5.1 Kesimpulan 153
5.2 Saran 155

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Stadium PGK	10
Tabel 2.2 Klasifikasi Etiologi PGK	12
Tabel 2.3 Rencana Asuhan Keperawatan	28
Tabel 4.1 Pengkajian Pada Pasien I dan II	68
Tabel 4.2 Diagnosa Keperawatan Pasien I dan II	80
Tabel 4.3 Intervensi Pada Pasien I	88
Tabel 4.4 Intervensi Pada Pasien II.....	92
Tabel 4.5 Implementasi Pasien I	96
Tabel 4.6 Implementasi Pasien II	101
Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien I	106
Tabel 4.8 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien II.....	117



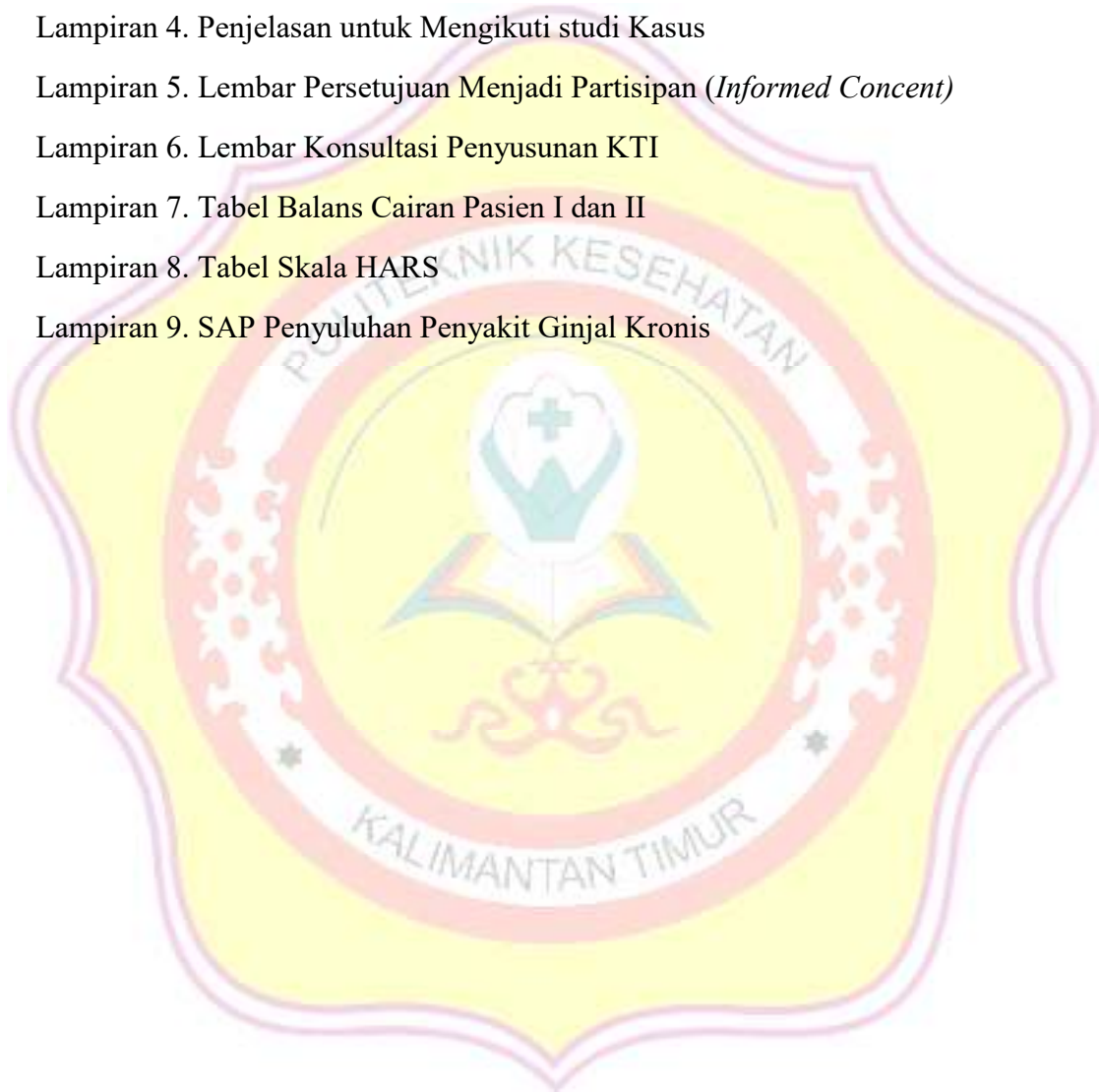
DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway PGK	22
Bagan 3.1 Prosedur Penulisan	40



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan (*Informed Consent*)
- Lampiran 2. Surat Permohonan Ijin Mengadakan Penelitian
- Lampiran 3. Surat Balasan dari Diklit RSUD. Abdul wahab Sjahranie Samarinda
- Lampiran 4. Penjelasan untuk Mengikuti studi Kasus
- Lampiran 5. Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan (*Informed Consent*)
- Lampiran 6. Lembar Konsultasi Penyusunan KTI
- Lampiran 7. Tabel Balans Cairan Pasien I dan II
- Lampiran 8. Tabel Skala HARS
- Lampiran 9. SAP Penyuluhan Penyakit Ginjal Kronis



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Selama kurun waktu 30 tahun terakhir, terjadi perubahan pola penyakit terkait dengan perilaku manusia. Tahun 1990 penyebab terbesar kesakitan dan kematian adalah penyakit menular yakni infeksi saluran pernafasan, tuberkulosis dan diare. Namun, pada tahun 2010, penyebab terbesar kesakitan dan kematian adalah Penyakit Tidak Menular (PTM). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) pada tahun 2018, menunjukkan kenaikan prevalensi PTM dibandingkan dengan Rikesdas 2013. (Kemkes RI, 2018). Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyakit yang tidak dapat ditularkan kepada orang lain. PTM biasanya terjadi karena faktor keturunan, dan gaya hidup yang tidak sehat. Yang termasuk kedalam PTM yaitu seperti penyakit kardiovaskuler, stroke, diabetes mellitus, kanker dan gagal ginjal. (Irwan, 2018)

Penyakit ginjal kronik (*Chronic Kidney Disease*) merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) yang perlu mendapatkan perhatian dalam dunia kesehatan karena telah menjadi masalah utama kesehatan dan berdampak sangat besar terhadap morbiditas, mortalitas dan sosial ekonomi. (Kemkes RI, 2018). Penyakit Ginjal Kronis (PGK) adalah suatu proses patofisiologi dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible* serta umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Pada PGK derajat lima yang juga disebut gagal ginjal kronis (Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) $< 15 \text{ mL/min/1,73}$

m²) terjadi penurunan jumlah massa maupun fungsi ginjal sehingga terjadi akumulasi bahan – bahan toksik uremik dan penurunan fungsi hormonal (Suwitra, 2009)

United States Renal Data System (USRDS) melaporkan bahwa pada tahun 2013 di Amerika Serikat, kejadian penyakit ginjal kronis sebanyak 117.162 kasus. Prevalensi penderita penyakit ginjal kronis meningkat 20% – 25% setiap tahun. (USRDS, 2015) *World Health Organization (WHO)* menyebutkan pertumbuhan jumlah penderita penyakit ginjal di dunia pada tahun 2013 telah meningkat 50% dari tahun sebelumnya. *Data mortality WHO Southeast Asian Region (WHO, 2013)* mencatat penduduk dunia lebih dari 500 juta mengalami penyakit ginjal kronik dan sekitar 1,5 juta penduduk menjalani terapi hemodialisa seumur hidupnya. Prevalensi penyakit ginjal kronis di dunia menurut *ESRD Patients (End-Stage Renal Disease)* pada tahun 2011 sebanyak 2.786.000 orang, tahun 2012 sebanyak 3.018.860 orang dan tahun 2013 sebanyak 3.200.000 orang. Dari data tersebut dapat disimpulkan adanya peningkatan angka kesakitan pasien penyakit ginjal kronis tiap tahunnya sebesar 6%. Prevalensi penyakit ginjal kronik di Amerika Serikat setiap tahunnya meningkat, data terakhir yang didapatkan terdapat sekitar 350.000.000 insiden ESRD (USRDS, 2016)

Di Indonesia, jumlah penderita penyakit ginjal kronis cukup banyak. Hasil Rikesdas pada 2013 menunjukkan bahwa prevalensi penderita penyakit ginjal kronis di Indonesia sebesar 2% atau 2 per 100 penduduk, sekitar 60% penderita tersebut wajib menjalani terapi dialysis. Hasil Rikesdas tahun 2018

memperlihatkan prevalensi peningkatan penderita penyakit ginjal kronis menjadi 3,8%, dan proporsi pernah atau sedang menjalani dialysis pada penduduk Indonesia berumur ≥ 15 tahun sebesar 19,3%. (Kemkes RI, 2018) Data dari *Indonesian Renal Registry* (IRR) pada tahun 2016, dari 249 unit fasilitas pelayanan dialysis yang melapor, tercatat 30.554 pasien aktif menjalani dialysis pada tahun 2015, sebagian besar adalah pasien dengan penyakit ginjal kronis. IRR juga menyebutkan terdapat beberapa penyakit yang memiliki proporsi besar dalam PGK, yaitu diantaranya Nefropati Diabetik yang menempati urutan pertama sebanyak 52% dan penyakit Ginjal Hipertensi yang menempati posisi kedua dengan 24%. (Infodatin, 2017)

Berdasarkan Rikesdas tahun 2013, PGK di Kalimantan Timur menempati urutan ke-10 setelah sebelumnya menempati peringkat ke-12 sebagai penyakit terminal yang membahayakan nyawa manusia dengan prevalensinya sebesar 0.1% kemudian mengalami peningkatan pada tahun 2018 menjadi 4,0% (Rikesdas, 2018). Di Samarinda, khususnya RSUD Abdul Wahab Sjahranie, terdapat 10 penyakit terbanyak rawat inap selama 2016, dimana PGK masuk dalam urutan ke-5 dengan jumlah 601 pasien dan terdapat data jumlah kematian akibat PGK pada tahun 2016 yaitu sejumlah 107 kasus, dimana PGK menempati urutan ke-2 dalam 10 penyakit terbanyak penyebab kematian pada tahun 2016. Kemudian di tahun 2017, PGK mengalami peningkatan dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 1.040 menempati urutan ke-2 dari 10 penyakit terbanyak rawat inap 2017 dan terjadi peningkatan jumlah kematian menjadi 133 kasus dan menempati urutan ke-3 dari 10 penyebab kematian tahun 2017. (Profil RSUD AWS, 2017)

Meningkatnya angka kejadian PGK dari tahun ke tahun di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, disebabkan dari usia, gaya hidup yang tidak sehat, obesitas, jenis kelamin, sosial ekonomi, dan penyakit pencetusnya seperti DM, hipertensi, penyakit infeksi saluran kemih dan peradangan pada ginjal. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Eva S. dan Sri I. pada tahun 2015 yang menyatakan bahwa usia, jenis kelamin, obesitas, sosial ekonomi, gaya hidup yang tidak sehat dan penyakit pencetus seperti DM dan hipertensi, dapat menyebabkan PGK.

PGK juga mengakibatkan munculnya berbagai macam masalah, diantaranya adalah nyeri akut, gangguan pertukaran gas, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, gangguan eliminasi urin, intoleransi aktivitas, defisit nutrisi, ansietas dan lain – lain. Masalah – masalah tersebut harus segera ditangani agar tidak terjadi penurunan derajat kesehatan dan komplikasi lebih lanjut. Masalah lain yang muncul yaitu membengkaknya pembiayaan bagi klien yang dirawat di rumah sakit, lama rawat klien di rumah sakit, dan biasanya PGK mengakibatkan keadaan semakin memburuk serta menimbulkan berbagai komplikasi. (Tim Pokja SDKI, 2017). Komplikasi yang muncul akibat PGK antara lain yaitu hiperkalemia atau kelebihan kalium didalam, edema paru atau pembengkakan pada paru – paru, asidosis atau kelebihan asam dalam tubuh, osteodistrofi ginjal, anemia, gagal jantung, dan lainnya. (Nurarif & Kusuma, 2015)

Pada hakekatnya, PGK dapat dicegah dengan mengontrol faktor resikonya. 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. Upaya lain yang dapat dilakukan guna mempertahankan fungsi ginjal yaitu dengan upaya kolaboratif yaitu melakukan terapi pengganti ginjal atau hemodialisa yang dapat mencegah kematian namun tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan fungsi ginjal secara keseluruhan. Selain itu pengobatan yang diperlukan yaitu transplantasi ginjal dan dialysis peritoneal.

Berdasarkan uraian diatas, penulis ingin mendapatkan gambaran pelaksanaan dalam “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik di Ruang Flamboyan, Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan dengan tingginya prevalensi penderita PGK di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dan efek yang akan ditimbulkan jika pasien tidak dirawat dengan baik maka dapat dirumuskan masalah yaitu “ Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, Kalimantan Timur? “

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran secara umum mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan Penyakit Ginjal Kronis.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Melakukan pengkajian pada klien dengan penyakit ginjal kronis

1.3.2.2 Melakukan perumusan masalah dan menetapkan diagnosa keperawatan pada klien dengan penyakit ginjal kronis.

1.3.2.3 Melakukan perencanaan tindakan keperawatan pada klien dengan penyakit ginjal kronis.

1.3.2.4 Melakukan tindakan keperawatan pada klien dengan penyakit ginjal kronis.

1.3.2.5 Melakukan evaluasi pada klien dengan penyakit ginjal kronis mengenai tindakan keperawatan yang telah diberikan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

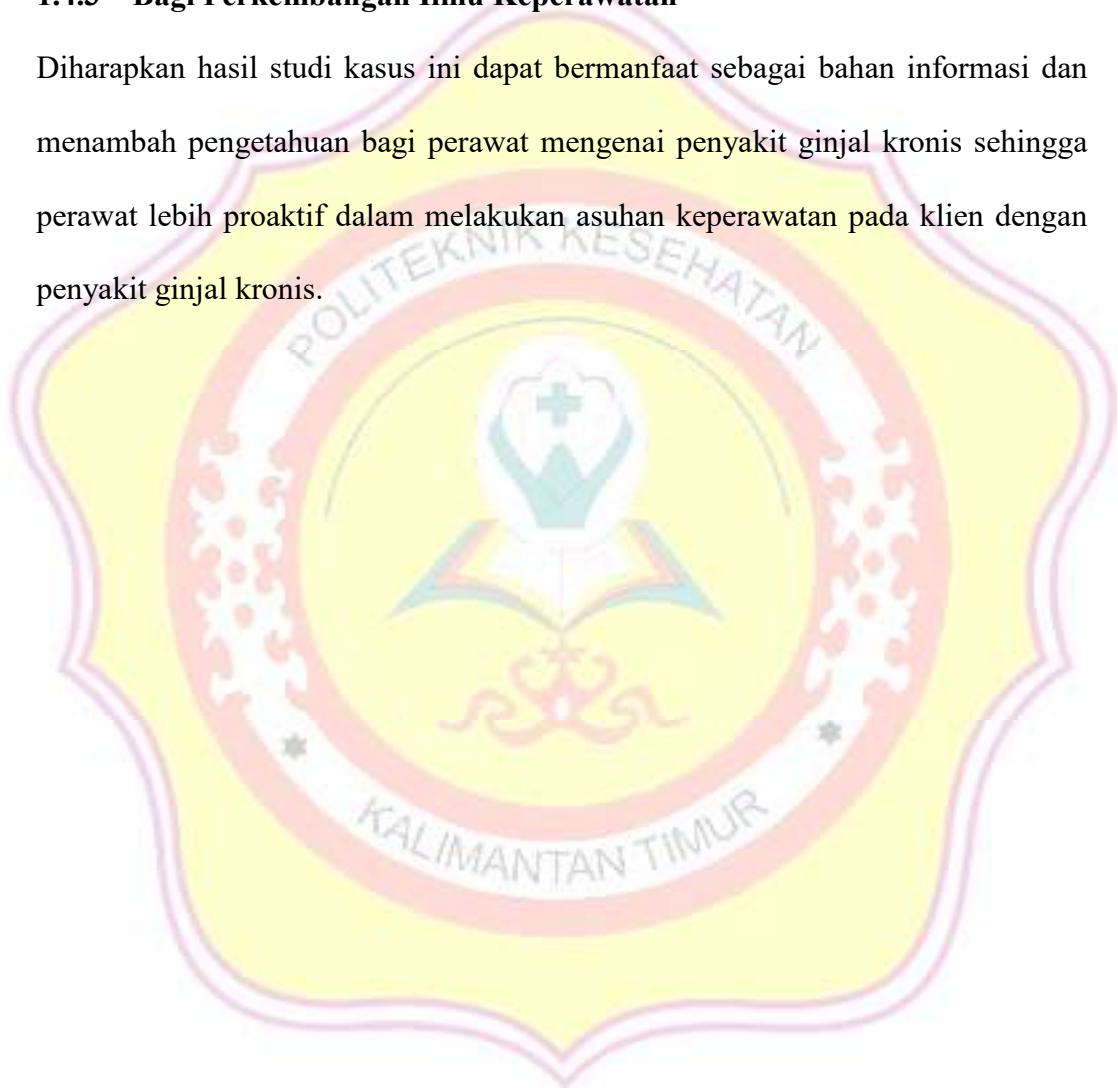
Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti dalam melaksanakan studi kasus, khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan bagi pasien penderita penyakit ginjal kronis.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi tempat penelitian dalam mempertahankan dan meningkatkan tindakan untuk meringankan maupun menghilangkan masalah yang muncul pada klien.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat bermanfaat sebagai bahan informasi dan menambah pengetahuan bagi perawat mengenai penyakit ginjal kronis sehingga perawat lebih proaktif dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit ginjal kronis.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Ginjal Kronis

2.1.1 Definisi Penyakit Ginjal Kronis

Penyakit Ginjal Kronis (*Chronic Kidney Disease (CKD)*) didefinisikan sebagai kerusakan fungsi ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan struktural maupun fungsional ginjal dengan atau tanpa disertai penurunan laju filtrasi glomerulus (*Glomerulus Filtration Rate / GFR*) dengan manifestasi kelainan patologis atau terdapat tanda – tanda kelainan ginjal, termasuk kelainan dalam komposisi kimia darah, urin atau kelainan radiologis. (Smeltzer & Bare, 2015)

Penyakit Ginjal Kronis (PGK) adalah suatu proses patofisiologi dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible* serta umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Pada PGK derajat lima yang juga disebut gagal ginjal kronis (Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) $< 15 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) terjadi penurunan jumlah massa maupun fungsi ginjal sehingga terjadi akumulasi bahan – bahan toksik uremik dan penurunan fungsi hormonal (Suwitra, 2009)

Gagal Ginjal Kronis (*End-Stage Renal Disease (ESRD)*) atau Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) merupakan tahap akhir dari perjalanan penyakit ginjal kronis (PGK). Gagal ginjal kronis adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan fungsi ginjal sehingga toksin, cairan, dan elektrolit terakumulasi di

dalam tubuh yang pada keadaan normal diekskresikan oleh ginjal. Akumulasi toksin, cairan, dan elektrolit ini menyebabkan sindrom uremik yang dapat menyebabkan kematian kecuali jika toksin dikeluarkan dengan terapi pengganti ginjal (*Renal Replacement Therapy*) menggunakan dialysis atau transplantasi ginjal. (Bargman dan Skorecki, 2013).

2.1.2 Anatomi Fisiologi Ginjal

2.1.2.1 Anatomi Ginjal

Ginjal (*kidney*) merupakan organ yang berguna dalam produksi urin dan mengeluarkan urin dari dalam tubuh. Ginjal melakukan fungsi yang paling penting dengan menyaring plasma dan memindahkan zat dan filtrat pada kecepatan yang bervariasi tergantung pada kebutuhan tubuh. Akhirnya ginjal membuang zat yang tidak diinginkan dengan cara filtrasi darah dan menyekresinya melalui urin, sementara zat yang masih dibutuhkan akan kembali ke dalam darah. Pada orang dewasa, panjang ginjal kira – kira 11 cm dengan lebar 5 – 7.5 cm dan tebalnya 2.5 cm dan beratnya sekitar 150 gram. Organ ginjal berbentuk kurva yang terletak di area retroperitoeal, pada bagian belakang dinding abdomen di samping depan vertebrata, setinggi torakal 12 sampai lumbal ke 3. Ginjal disokong oleh jaringan adipose dan jaringan penyokong yang disebut fasia gerota serta dibungkus oleh kapsul ginjal, yang berguna untuk mempertahankan ginjal, pembuluh darah dan kelenjar adrenal terhadap adanya trauma.

Menurut Syaifuddin tahun 2011, terdapat beberapa fungsi ginjal adalah sebagai berikut :

1. Mengatur volume air (cairan) dalam tubuh.

Kelebihan air dalam tubuh akan dieksresikan oleh ginjal sebagai urin yang encer dalam jumlah besar. Kekurangan air (kelebihan keringat) menyebabkan urin yang dieksresikan jumlahnya berkurang dan konsentrasinya menjadi lebih pekat sehingga susunan dan volume cairan tubuh dapat dipertahankan relatif normal.

2. Mengatur keseimbangan osmotik dan keseimbangan ion.

Fungsi ini terjadi dalam plasma bila terdapat pemasukan dan pengeluaran yang abnormal dari ion – ion. Akibat pemasukan garam yang berlebihan atau penyakit perdarahan, diare, dan muntah – muntah, ginjal akan meningkatkan ekskresi ion – ion yang penting, seperti : Na, K, Cl, Ca dan fosfat.

3. Mengatur keseimbangan asam basa cairan tubuh.

Tergantung pada apa yang dimakan, campuran makanan (*mixed diet*) akan menghasilkan urin yang bersifat agak asam, pH kurang dari 6. Hal ini disebabkan oleh hasil akhir metabolisme protein. Apabila banyak makan sayur – sayuran, urin akan bersifat basa, pH urin bervariasi antara 4,8 – 8,3. Ginjal menyekresi urin sesuai dengan perubahan pH darah.

4. Ekskresi sisa – sisa hasil metabolisme. (ureum, asam urat, kreatinin)

Bahan – bahan yang dieksresikan oleh ginjal antara lain zat toksik, obat – obatan, hasil metabolisme hemoglobin, dan bahan kimia asing (pestisida) .

5. Fungsi hormonal dan metabolisme.

Ginjal menyekresi *hormon renin* yang mempunyai peranan penting dalam mengatur tekanan darah (sistem renin-angiotensin-aldesteron) yaitu untuk mengatur pembentukan sel darah merah (eritropoisis). Disamping itu, ginjal juga membentuk *hormon dihidroksi kolekalsiferol* (vitamin D aktif) yang diperlukan untuk absorpsi ion kalsium di usus.

6. Pengaturan tekanan darah

Ginjal sebagai pengatur tekanan darah dan menghasilkan enzim renin, angiotensin, dan aldesteron yang berfungsi meningkatkan tekanan darah.

7. Pengeluaran zat racun.

Ginjal mengeluarkan polutan, zat tambahan makanan, obat – obatan, atau zat kimia asing lain dari tubuh.

Ginjal terdiri atas tiga area yaitu korteks, medulla dan pevis.

1. Korteks

Korteks merupakan bagian paling luar ginjal, dibawah kapsula fibrosa sampai dengan lapisan medulla, tersusun atas nefron – nefron yang jumlahnya lebih dari 1 juta. Semua glomerulus berada di korteks dan 90% aliran darah menuju pada korteks.

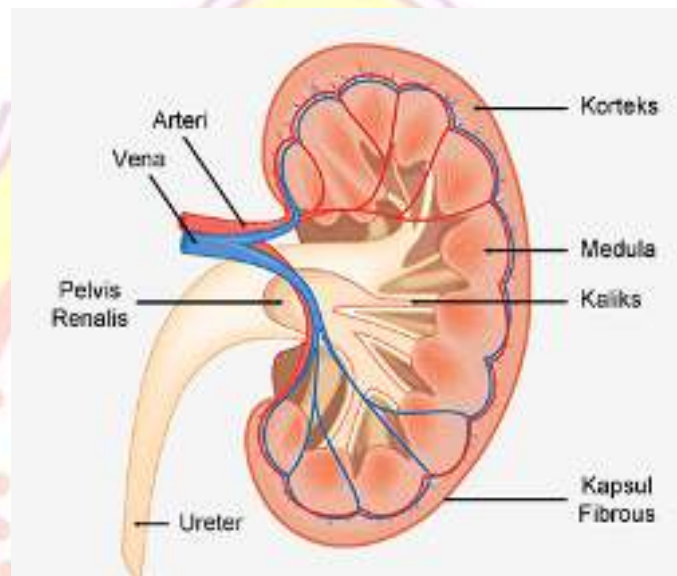
2. Medulla

Medulla terdiri dari saluran – saluran atau *duktus collecting* yang disebut piramid ginjal yang tersusun antara 8 – 18 buah.

3. Pelvis

Pelvis merupakan area yang terdiri dari kaliks minor yang kemudian bergabung menjadi kaliks mayor. Empat sampai lima kaliks minor bergabung menjadi kaliks mayor dan dua sampai tiga kaliks mayor bergabung menjadi pelvis ginjal yang berhubungan dengan ureter bagian proksimal.

(Torwoto, 2015)



Gambar 2.1 Anatomi Ginjal

2.1.2.2 Letak Anatomi Ginjal

Pembuluh darah pada ginjal dimulai dari arteri renalis sinistra yang membawa darah dengan kandungan tinggi CO_2 masuk ke ginjal melalui hilum renalis. Secara khas, didekat hilum renalis masing - masing arteri menjadi lima cabang arteri segmentalis yang melintas ke segmenta renalis. Beberapa vena menyatukan darah dari ginjal dan bersatu membentuk pola yang berbeda - beda, untuk membentuk vena renalis. Vena renalis terletak ventral terhadap arteri renalis, dan vena renalis sinistra lebih panjang, melintas ventral terhadap aorta. Masing - masing vena renalis bermuara ke vena cava inferior.

Arteri lobaris merupakan arteri yang berasal dari arteri segmentalis dimana masing - masing arteri lobaris berada pada setiap piramis renalis. Selanjutnya, arteri ini bercabang menjadi 2 atau 3 arteri interlobaris yang berjalan menuju korteks di antara piramid renalis. Pada perbatasan korteks dan medula renalis, arteri interlobaris bercabang menjadi arteri arkuata yang kemudian menyusuri lengkungan piramis renalis. Arteri arkuata mempercabangkan arteri interlobularis yang kemudian menjadi arteriol aferen.

2.1.2.3 Fisiologi Ginjal

Masing - masing ginjal manusia terdiri dari sekitar 1.000.000 nefron yang masing - masing dari nefron tersebut memiliki tugas untuk membentuk urin. Ginjal tidak dapat membentuk nefron baru, disebabkan karena trauma, penyakit ginjal, atau penuaan ginjal normal, yang akan menyebabkan penurunan jumlah nefron secara bertahap. Setelah usia 40 tahun, jumlah nefron biasanya menurun setiap 10 tahun. Berkurangnya fungsi ini seharusnya tidak mengancam jiwa karena adanya proses adaptif tubuh terhadap penurunan fungsi faal ginjal. Setiap nefron memiliki 2 komponen utama yaitu glomerulus dan tubulus. Glomerulus (kapiler glomerulus) dilalui sejumlah cairan yang difiltrasi dari darah sedangkan tubulus merupakan saluran panjang yang mengubah cairan yang telah difiltrasi menjadi urin dan dialirkan menuju keluar ginjal. Glomerulus tersusun dari jaringan kapiler glomerulus bercabang dan beranastomosis yang mempunyai tekanan hidrostatik tinggi (kira - kira 60mmHg), dibandingkan dengan jaringan kapiler lain.

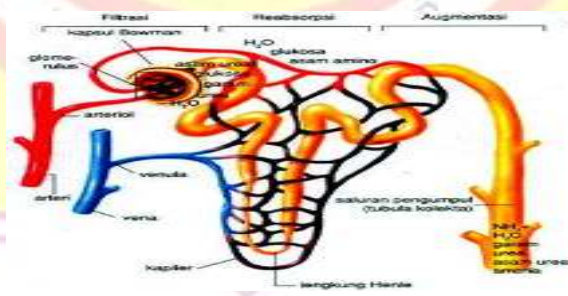
Kapiler - kapiler glomerulus dilapisi oleh sel - sel epitel dan seluruh glomerulus dilingkupi dengan kapsula bowman. Cairan yang difiltrasi dari kapiler glomerulus masuk ke dalam kapsula bowman dan kemudian masuk ke tubulus proksimal, yang terletak pada korteks ginjal. Dari tubulus proksimal kemudian dilanjutkan dengan ansa Henle (Loop of Henle). Pada ansa Henle terdapat bagian yang desenden dan asenden. Pada ujung cabang asenden tebal terdapat makula densa. Makula densa juga memiliki kemampuan kosong untuk mengatur fungsi nefron. Setelah itu dari tubulus distal, urin menuju tubulus rektus dan tubulus koligenes modular hingga urin mengalir melalui ujung papilla renalis dan kemudian bergabung membentuk struktur pelvis renalis

Terdapat 3 proses dasar yang berperan dalam pembentukan urin yaitu filtrasi glomerulus, reabsorpsi tubulus, dan sekresi tubulus. Filtrasi dimulai pada saat darah mengalir melalui glomerulus sehingga terjadi filtrasi plasma bebas - protein menembus kapiler glomerulus ke kapsula bowman. Proses ini dikenal sebagai filtrasi glomerulus yang merupakan langkah pertama dalam pembentukan urin. Setiap hari terbentuk rata - rata 170 liter filtrat glomerulus. Dengan menganggap bahwa volume plasma rata - rata pada orang dewasa adalah 2,75 liter, hal ini berarti seluruh volume plasma tersebut difiltrasi sekitar enam puluh lima kali oleh ginjal setiap harinya. Apabila semua yang difiltrasi menjadi urin, volume plasma total akan habis melalui urin dalam waktu setengah jam. Namun, hal itu tidak terjadi karena adanya tubulus -

tubulus ginjal yang dapat mereabsorpsi kembali zat - zat yang masih dapat dipergunakan oleh tubuh. Perpindahan zat - zat dari bagian dalam tubulus ke dalam plasma kapiler peritubulus ini disebut sebagai reabsorpsi tubulus. Zat - zat yang direabsorpsi tidak keluar dari tubuh melalui urin, tetapi diangkut oleh kapiler peritubulus ke sistem vena dan kemudian ke jantung untuk kembali diedarkan. Dari 170 liter plasma yang difiltrasi setiap hari, 178,5 liter diserap kembali dengan 1,5 liter sisanya terus mengalir melalui pelvis renalis dan keluar sebagai urin. Secara umum, zat - zat yang masih diperlukan tubuh akan direabsorpsi kembali sedangkan yang sudah tidak diperlukan akan tetap bersama urin untuk dikeluarkan dari tubuh.

Proses ketiga adalah sekresi tubulus yang mengacu pada perpindahan selektif zat - zat dari darah kapiler peritubulus ke lumen tubulus. Sekresi tubulus merupakan rute kedua bagi zat - zat dalam darah untuk masuk ke dalam tubulus ginjal. Cara pertama adalah dengan filtrasi glomerulus dimana hanya 20% dari plasma yang mengalir melewati kapsula Bowman, sisanya terus mengalir melalui arteriol eferen ke dalam kapiler peritubulus. Beberapa zat, mungkin secara diskriminatif dipindahkan dari plasma ke lumen tubulus melalui mekanisme sekresi tubulus. Melalui 3 proses dasar ginjal tersebut, terkumpullah urin yang siap untuk diekskresi. Ginjal memainkan peranan penting dalam fungsi tubuh, tidak hanya dengan menyaring darah dan mengeluarkan produk - produk sisa, namun juga dengan menyeimbangkan tingkat - tingkat elektrolit dalam tubuh, mengontrol tekanan darah, dan menstimulasi produksi dari sel - sel darah merah.

Ginjal mempunyai kemampuan untuk memonitor jumlah cairan tubuh, konsentrasi dari elektrolit - elektrolit seperti sodium dan potassium, dan keseimbangan asam - basa dari tubuh. Ginjal menyaring produk – produk sisa dari metabolisme tubuh, seperti urea dari metabolisme protein dan asam urat dari uraian DNA. Dua produk sisa dalam darah yang dapat diukur adalah *Blood Urea Nitrogen (BUN)* dan *kreatinin (Cr)*. Ketika darah mengalir ke ginjal, sensor - sensor dalam ginjal memutuskan berapa banyak air dikeluarkan sebagai urin, bersama dengan konsentrasi apa dari elektrolit - elektrolit. Contohnya, jika seseorang mengalami dehidrasi dari latihan olahraga atau dari suatu penyakit, ginjal akan menahan sebanyak mungkin air dan urin menjadi sangat terkonsentrasi. Ketika kecukupan air dalam tubuh, urin adalah jauh lebih encer, dan urin menjadi bening. Sistem ini dikontrol oleh renin, suatu hormon yang diproduksi dalam ginjal yang merupakan sebagian daripada sistem regulasi cairan dan tekanan darah tubuh. (Syarifuddin, 2006)



Gambar 2.2 Fisiologi Ginjal

2.1.3 Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronis

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

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

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

Penyakit ginjal kronis dibagi menjadi 5 stadium, diantaranya :

Tabel 2.1 Stadium PGK

Stadium	Definisi	LFG (mL/menit/1.73 m ²)
1	Fungsi ginjal normal, tetapi pada pemeriksaan urin terdapat abnormalitas struktur atau cirri genetic yang menunjukkan adanya penyakit ginjal.	≥ 90
2	Penurunan ringan fungsi ginjal, dan terdapat temuan lain (seperti pada stadium 1) menunjukkan adanya penyakit ginjal.	60 – 89
3a	Penurunan sedang fungsi ginjal	45 – 59
3b	Penurunan sedang fungsi ginjal	30 – 44
4	Penurunan fungsi ginjal berat	15 – 29
5	Gagal ginjal	< 15

Sumber : *The Renal Association, 2013*

2.1.4 Etiologi Penyakit Ginjal Kronis

Terdapat tiga kategori utama penyebab penyakit ginjal kronis adalah sebagai berikut :

2.1.4.1 Prerenal (Hipoperfusi Ginjal)

Kondisi prerenal adalah masalah aliran darah atau vaskuler akibat hipoperfusi ginjal dan turunnya laju filtrasi glomerulus. Kondisi klinis yang umum adalah status penipisan volume (hemoragi atau kehilangan cairan melalui saluran gastrointestinal), vasodilatasi (sepsis atau anafilaksis), dan gangguan fungsi jantung (hipertensi, infark miokardium, gagal jantung kongestif, atau syok kardiogenik) serta gangguan metabolic (diabetes mellitus, goa, hiperparatiroidisme).

2.1.4.2 Intrarenal (Kerusakan Aktual Jaringan Ginjal)

Penyebab intrarenal adalah akibat dari kerusakan struktur glomerulus atau tubulus ginjal. Kondisi seperti rasa terbakar, cedera akibat benturan, dan infeksi serta agen nefrotoksik dapat menyebabkan nekrosis tubulus akut (ATN) dan berhentinya fungsi renal. Cedera akibat terbakar dan benturan menyebabkan pembebasan hemoglobin dan mioglobin (protein yang dilepaskan dari otot ketika terjadi cedera), sehingga terjadi toksik renal, iskemia, atau keduanya. Reaksi transfusi yang parah juga menyebabkan gagal intrarenal; hemoglobin dilepaskan melalui mekanisme hemolisis melewati membran membran glomerulus dan terkonsentrasi di tubulus ginjal menjadi faktor pencetus terbentuknya hemoglobin. Infeksi yang terjadi pada daerah ginjal juga dapat menyebabkan penyakit ginjal kronis seperti infeksi saluran kemih, glomerulonefritis dan pielonefritis. Faktor penyebab lain adalah

pemakaian obat – obatan antiinflamasi nonsteroid (NSAID), terutama pada pasien lansia. Medikasi ini mengganggu prostaglandin yang secara normal melindungi aliran darah renal, menyebabkan iskemia ginjal.

2.1.4.3 Pascarenal (Obstruksi Aliran Urin)

Pascarenal yang menyebabkan penyakit ginjal kronis biasanya akibat dari obstruksi dibagian distal ginjal. Menyebabkan tekanan di tubulus ginjal meningkat sehingga mengakibatkan peningkatan laju filtrasi glomerulus (LFG), contohnya antara lain; obstruksi traktus urinarius, batu pada saluran urin, tumor, hiperplasia prostat jinak, dan bekuan darah. (Smeltzer & Bare, 2015)

Menurut Nurarif & Kusuma pada tahun 2015, Etiologi PGK dapat diklasifikasikan menjadi :

Tabel 2.2 Klasifikasi etiologi PGK

Klasifikasi Penyakit	Penyakit
Penyakit infeksi tubulointerstisial	Pielonefritis kronik atau refluks nefropati
Penyakit peradangan	Glomerulonefritis
Penyakit vaskuler hipertensif	Nefrosklerosis benigna Nefrosklerosis maligna Stenosis arteria renalis
Gangguan jaringan ikat	Lupus erternatosus sistemik Poliarteritis nodosa
Gangguan kongenital dan herediter	Penyakit ginjal polikistik Asisdosis tubulus ginjal
Penyakit metabolic	Diabetes mellitus Goat hiperparatiroidisme
Nefropati toksik	Penyalahgunaan analgesik Nefropati timah
Nefropati obstruksi	Traktus urinarius bagian atas : batu, neoplasma, fibrosis retroperitoneal.

Klasifikasi Penyakit	Penyakit
	Traktus urinarius bagian bawah : hipertrofi prostat struktur uretra, anomaly congenital, leher vesika urinaria dan uretra.

2.1.5 Manifestasi Klinis Penyakit Ginjal Kronis

Pada klien dengan penyakit ginjal kronis yang berakhir menjadi gagal ginjal kronis (penyakit ginjal tahap akhir) akan memperlihatkan beberapa manifestasi klinis. Keparahan tanda dan gejala juga bergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari. Manifestasi klinis penyakit ginjal kronis sebagai berikut :

2.1.5.1 Manifestasi kardiovaskuler, mencakup hipertensi, yang diakibatkan oleh retensi cairan dan natrium dari aktivasi sistem rennin-angiotensin-aldosteron, gagal jantung kongestif, perikarditis yang diakibatkan iritasi pada lapisan pericardium oleh toksik uremik, edema pulmonal, edema periorbital, edema pada ekstremitas dan pembesaran vena jugularis yang diakibatkan oleh cairan berlebih.

2.1.5.2 Pulmoner yaitu yang ditandai dengan *krekers*, sputum kental dan liat, napas dangkal serta pernapasan *kussmaul*.

2.1.5.3 Gejala dermatologi yang sering mencakup gatal – gatal hebat (pruritis) yang diakibatkan oleh penumpukan kristal ureum dibawah kulit, saat ini jarang terjadi karena penanganan dini. Warna kulit abu – abu mengkilat, kulit kering bersisik, ekimosis, kulit kering dan bersisik, serta rambut menjadi tipis dan rapuh.

2.1.5.4 Gejala gastrointestinal juga sering terjadi, mencakup anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, penurunan aliran saliva, penurunan kemampuan pengecap dan penciuman, perdarahan pada saluran GI, konstipasi dan diare.

2.1.5.5 Gejala neurologi mencakup kelemahan dan keletihan, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi, kedutan otot, kejang.

2.1.5.6 Gejala musculoskeletal mencakup kram otot, kekuatan otot hilang, fraktur tulang dan *foot drop*.

2.1.5.7 Gejala reproduksi mencakup amenor dan atrofi testikuler.

(Smeltzer & Bare, 2015)

2.1.6 Patofisiologi

Patofisiologi penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Berdasarkan proses perjalanan penyakit dari berbagai penyebab seperti penyebab prerenal, intra renal dan postrenal yang menyebabkan kerusakan pada glomerulus dan pada akhirnya akan terjadi kerusakan nefron pada glomerulus sehingga menyebabkan penurunan GFR (*Glomerulus Filtration Rate*) dan berakhir menjadi Penyakit Ginjal Kronis (PGK) dimana ginjal mengalami gangguan dalam fungsi ekskresi dan sekresi. Akibat rusaknya glomerulus, protein tidak dapat disaring sehingga sering lolos kedalam urin dan mengakibatkan proteinuria. Hilangnya protein yang mengandung albumin dan antibody yang dapat mengakibatkan tubuh mudah terkena infeksi dan mengakibatkan penurunan aliran darah. (Silbernagl & Lang, 2014)

Normalnya, albumin berbentuk seperti spons yang berfungsi sebagai pengatur cairan, menarik cairan ekstra dari tubuh dan membersihkannya didalam ginjal. Ketika glomerulus mengalami kebocoran dan albumin dapat masuk kedalam urin, darah kehilangan kemampuannya dalam menyerap cairan ekstra dari tubuh. Akibatnya cairan dapat menumpuk di rongga antar sel atau di ruang interstisial yang mengakibatkan pembengkakan pada kedua ekstremitas atas dan bawah, terutama ekstremitas bawah, pergelangan kaki, wajah, hingga bawah mata. (Silbernagl & Lang, 2014)

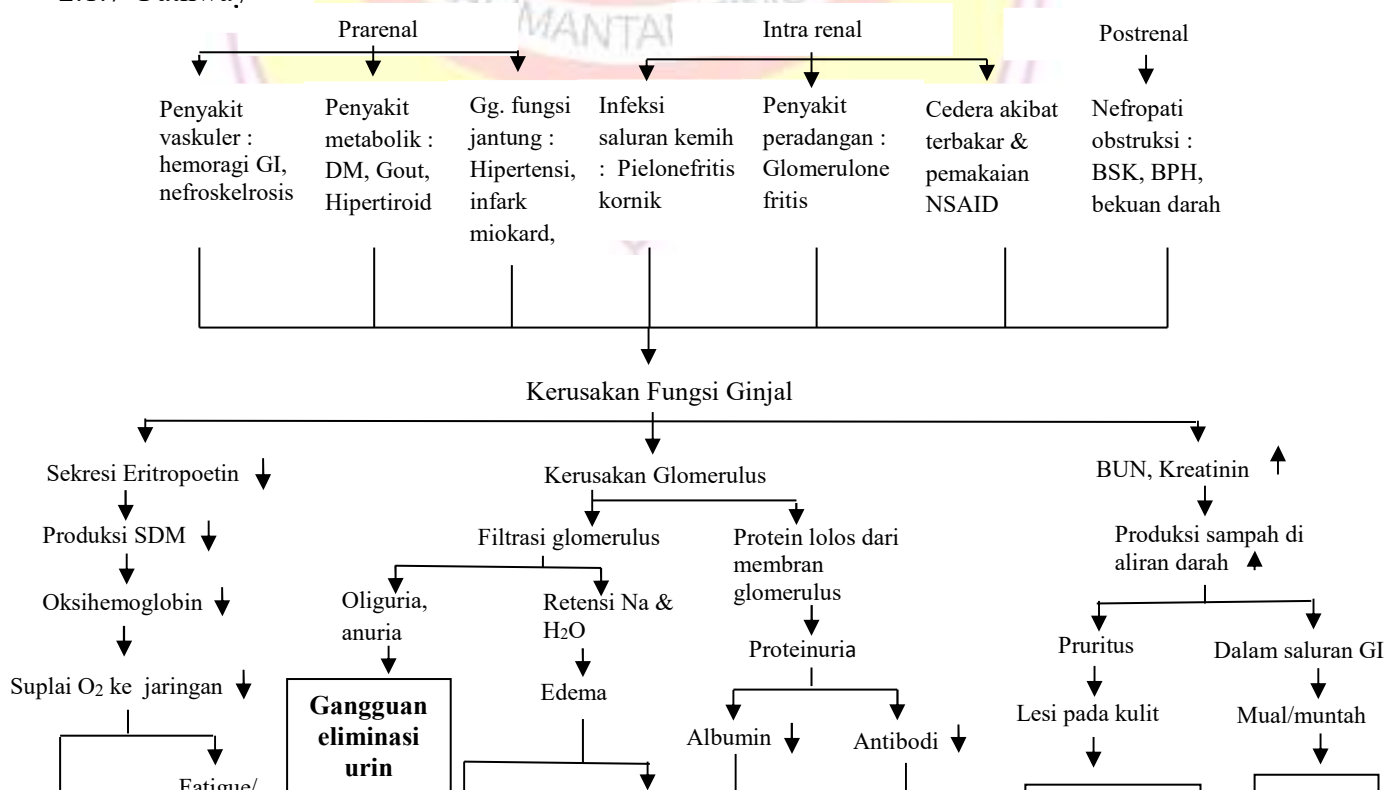
Ginjal juga kehilangan fungsinya dalam mengeluarkan produk sisa (sampah dari tubuh) sehingga produk sampah tetap tertahan didalam tubuh. Produk sampah ini berupa ureum dan kreatinin, dimana dalam jangka waktu panjang, penderita dapat mengalami sindrom uremia yang dapat mengakibatkan pruritus kemudian dapat mengakibatkan perubahan pada warna kulit. Sindrom uremia juga mengakibatkan asidosis metabolik yang dapat meningkatkan produksi asam didalam tubuh dan mengakibatkan penderita mengalami mual, muntah hingga gastritis akibat iritasi lambung. Kelebihan komponen asam didalam tubuh juga mengakibatkan penderita bernapas dengan cepat dan pernapasan yang dalam dan lambat (kusmaul), serta dalam keadaan berat, dapat menyebabkan koma. (Silbernagl & Lang, 2014)

Ginjal juga mengalami penurunan dalam mengeksresikan kalium, sehingga penderita mengalami hiperkalemia. Hiperkalemia dapat menyebabkan gangguan ritme jantung, dimana hal ini berkaitan dengan keseimbangan ion –

ion dalam jaringan otot yang mengatur elektrofisiologi jantung. Pompa natrium kalium berperan penting dalam menjaga keseimbangan proses bioelektrikal sel – sel pacu jantung. Penghantaran listrik dalam jantung terganggu akibatnya terjadi penurunan COP (*Cardiac Output*), sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung dan terganggunya aliran darah ke seluruh tubuh. (Smeltzer & Bare, 2015)

Ginjal juga mengalami penurunan dalam memproduksi hormon eritopoetin dimana tugas dari hormone tersebut yaitu untuk merangsang sumsum tulang belakang dalam memproduksi sel darah merah. Hal ini mengakibatkan produksi sel darah merah yang mengandung hemoglobin menurun sehingga klien mengalami anemia. Sel darah merah juga berfungsi dalam mengedarkan suplai oksigen dan nutrisi ke seluruh tubuh, maka ketika sel darah merah mengalami penurunan, tubuh tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi yang cukup sehingga tubuh menjadi lemas, tidak bertenaga, dan sesak. (Smeltzer & Bare, 2015)

2.1.7 Pathway





2.1.8 Faktor Resiko

Terdapat beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan penyakit ginjal kronis, diantaranya adalah :

2.1.8.1 Usia

Usia yang lebih tua mempunyai resiko PGK yang lebih besar dibanding usia yang lebih muda. Penurunan LFG merupakan proses “*normal aging*” dimana ginjal tidak dapat meregenerasikan nefron yang baru, sehingga terjadi

kerusakan ginjal, atau proses penuaan terjadi penurunan jumlah nefron. Pada usia 40 tahun jumlah nefron yang berfungsi berkurang sekitar 10% setiap 10 tahun dan pada usia 80 tahun, hanya 40% nefron yang berfungsi. Hasil *Baltimore Longitudinal Study of Aging* (BLSA) menunjukkan terjadinya penurunan klirens kreatinin rata – rata 0,75 mL/min/tahun pada individu tanpa penyakit ginjal atau penyakit penyerta lainnya dari waktu ke waktu seiring bertambahnya usia, namun tidak semua individu mengalami penurunan klirens kreatinin, hal ini karena adanya faktor komorbid yang akan mempercepat penurunan LFG.

2.1.8.2 Jenis Kelamin

Laki – laki memiliki resiko lebih besar mengalami PGK. Data PGK di Indonesia (IRR) dan di Australia menunjukkan bahwa resiko PGK pada laki – laki lebih besar dibanding perempuan. Hal ini disebabkan karena pengaruh perbedaan hormon reproduksi, gaya hidup seperti konsumsi protein, garam, rokok, dan konsumsi alkohol pada laki – laki dan perempuan.

2.1.8.3 Sosial Ekonomi

Individu dengan sosial ekonomi rendah memiliki resiko lebih besar. Studi kohort di Amerika Serikat juga menyimpulkan bahwa laki – laki kulit putih dan perempuan Afrika – Amerika dengan status sosial ekonomi rendah memiliki resiko lebih besar untuk mengalami PGK dibandingkan dengan status sosial ekonomi yang lebih tinggi. Hal ini dimungkinkan karena akses untuk

mendapatkan pemeriksaan fungsi ginjal dan pengobatan lebih lebih kecil pada masyarakat dengan sosial ekonomi rendah.

2.1.8.4 Penyakit Pemicu

Diabetes melitus dan hipertensi merupakan faktor resiko terjadinya gangguan fungsi ginjal. Hasil analisis menunjukkan bahwa individu dengan DM beresiko 2,5 kali lebih besar untuk terjadinya PGK dibandingkan yang tidak DM. hal ini dikarenakan kadar gula dalam darah tinggi yang akan mempengaruhi struktur ginjal, merusak pembuluh darah halus diginjal. Sedangkan individu dengan hipertensi beresiko 3,7 kali lebih besar untuk terjadinya PGK dibandingkan yang tidak hipertensi. Hubungan antara PGK dan hipertensi adalah siklik, penyakit ginjal dapat menyebabkan tekanan darah naik dan sebaliknya hipertensi dalam waktu lama dapat menyebabkan gangguan ginjal.

2.1.8.5 Obesitas

Obesitas mempunyai resiko 2,5 kali lebih besar untuk mengalami PGK. Obesitas menyebabkan aktivasi system syaraf simpatis, aktivasi system *rennin-angiotensin* (RAS), sitokin adiposity (misalnya : leptin), kompresi fisik ginjal akibat akumulasi lemak intrarenal dan matriks ekstraseluler, perubahan hemodinamik-hiperfiltrasi karena peningkatan tekanan intraglomeruler, gangguan tekanan ginjal natriuresis (tekanan tinggi dibutuhkan ekskresi natrium). Hal tersebut dapat menyebabkan kerusakan ginjal. (Eva S & Sri I, 2015)

2.1.9 Komplikasi Penyakit Ginjal Kronis

2.1.9.1 Pada gagal ginjal progresif, terjadi beban volume, ketidakseimbangan elektrolit, asidosis metabolik, azotemia, dan uremia.

2.1.9.2 Pada penyakit ginjal stadium 5 (penyakit ginjal tahap akhir), terjadi azotemia dan uremia berat. Asidosis metabolik memburuk, yang secara mencolok merangsang kecepatan pernapasan.

2.1.9.3 Hipertensi, anemia, osteodistrofi, hiperkalemia, enselopati uremik, dan pruritus (gatal) adalah komplikasi yang sering terjadi.

2.1.9.4 Penurunan pembentukan eritropoietin yang dapat menyebabkan sindrom anemia kardioresenal, dan penyakit ginjal yang akhirnya dapat menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas.

2.1.9.5 Dapat terjadi gagal jantung kongestif.

2.1.9.6 Tanpa pengobatan dapat terjadi koma dan kematian. (Corwin, 2009)

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium antara lain, hematologi : Melihat konsentrasi hemoglobin dan hematokrit pada penderita penyakit ginjal kronis, dimana biasanya penderita mengalami komplikasi berupa anemia dimana terjadi penurunan kadar hemoglobin dan hematokrit di dalam darah yang diakibatkan penurunan produksi eritropoietin, penurunan usia sel maupun akibat dari perdarahan gastrointestinal. Kimia Darah : Dilakukan pemeriksaan kadar nitrogen dalam darah (*Blood Urea Nitrogen (BUN)*), dan kreatinin serum,

dimana pada pemeriksaannya mengalami peningkatan di dalam darah yang menandakan adanya penurunan dari fungsi ginjal dalam mengekskresi kedua zat yang bersifat toksik didalam tubuh. Kreatinin serum merupakan indikator kuat bagi fungsi ginjal, dimana bila terjadi peningkatan tiga kali lipat kreatinin, maka menandakan penurunan fungsi ginjal sebesar 75%. Serum kreatinin juga digunakan dalam memperkirakan LFG. Analisa Gas Darah (AGD) : Digunakan untuk melihat adanya asidosis metabolik yang ditandai dengan penurunan pH plasma. (Smeltzer & Bare, 2015)

2) Pemeriksaan Urin

Dilakukan pemeriksaan urinalisis yaitu untuk melihat adanya sel darah merah, protein, glukosa, dan leukosit didalam urin. Pemeriksaan urin juga untuk melihat volume urin yang biasanya < 400 ml/jam atau oliguria atau urin tidak ada/anuria, perubahan warna urin bisa disebabkan karena ada pus, darah, bakteri, lemak, partikel koloid, miglobin, berat jenis < 1.015 menunjukkan gagal ginjal, osmolalitas < 350 menunjukkan kerusakan tubular. (Corwin, 2009)

3) Pemeriksaan Radiologis

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

vesikouter, dan batu), KUB foto (untuk menunjukkan ukuran ginjal), arteriogram ginjal (mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstrasvaskuler, massa). (Corwin, 2009, Nuari, 2017)

2.1.11 Penatalaksanaan

Menurut Mansjoer (2001) penatalaksanaan atau pengobatan yang dilakukan pada klien dengan penyakit ginjal kronik, sebagai berikut :

1) Optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan dan garam

Pada beberapa pasien, furosemid dosis besar (250 - 1000 mg/hr) atau diuretik loop (bumetanid, asam etakrinat) diperlukan untuk mencegah kelebihan cairan, sementara pasien lain mungkin memerlukan suplemen natrium klorida atau natrium bikarbonat oral. Pengawasan dilakukan melalui berat badan, urine dan pencatatan keseimbangan cairan. Kontrol keseimbangan cairan dapat dilakukan dengan rumus : $BC = \text{Intake/cairan masuk} - (\text{Output/cairan keluar} + \text{IWL})$. Dikatakan seimbang apabila cairan yang masuk sama dengan cairan yang keluar. Intake/Cairan Masuk dimulai dari cairan infus, minum, kandungan cairan dalam makanan pasien, volume obat-obatan, termasuk obat suntik, obat yang di drip, albumin dll. Output/Cairan keluar yaitu urin dalam 24 jam, jika pasien dipasang kateter maka hitung dalam ukuran di *urinbag*, jika tidak terpasang maka pasien harus menampung urinnya sendiri, biasanya ditampung di botol air mineral dengan ukuran 1,5 liter, kemudian feses, adanya muntah, perdarahan, cairan *drainage*, dan cairan NGT terbuka. IWL (insensible water loss(IWL) ialah jumlah cairan keluarnya tidak disadari dan

sulit dihitung, yaitu jumlah keringat dan uap hawa nafas. Penghitungan IWL dilakukan dengan rumus : $IWL = (15 \times KgBB) / 24jam$.

2) Diet tinggikalori dan rendah protein

Diet rendah protein (20 - 40 gr/hr) dan tinggi kalori menghilangkan gejala anoreksia dan nausea (mual) dan uremia , menyebabkan penurunan ureum dan perbaikan gejala. Hindari masukan berlebihan dari kalium dan garam.

3) Kontrol Hipertensi

Bila tidak dikontrol dapat terakselerasi dengan hasil akhir gagal jantung kiri. Pada pasien hipertensi dengan penyakit ginjal, keseimbangan garam dan cairan diatur tersendiri tanpa tergantung tekanan darah.

4) Kontrol ketidakseimbangan elektrolit

Untuk mencegah hiperkalemia, hindari masukan kalium yang besar, diuretik hemat kalium, obat - obatan yang berhubungan dengan ekskresi kalium (misalnya, obat anti-inflamasi nonsteroid)

5) Mencegah penyakit tulang

Hiperfosfatemia dikontrol dengan obat yang mengikat fosfat seperti aluminium hidroksida (300 -1800 mg) atau kalsium karbonat (500-3000 mg) pada setiap makan.

6) Deteksi dini dan terapi infeksi

Pasien uremia harus diterapi sebagai pasien imonosupuratif dan terapi lebih ketat.

7) Modifikasi terapi obat dengan fungsi ginjal

Banyak obat - obatan yang harus diturunkan dosisnya karena metaboliknya toksik pada ginjal Misalnya: *analgesic opiate*. Dialisis biasanya dilakukan pada gagal ginjal dengan gejala klinis yang jelas meski telah dilakukan terapi konservatif atau terjadi komplikasi.

8) Deteksi komplikasi

Pengawasan dengan ketat kemungkinan terjadi ensefalopati uremia, perikarditis, neuropati perifer, hiperkalemia meningkat, kelebihan volume cairan yang meningkat, infeksi yang mengancam jiwa, kegagalan untuk bertahan, sehingga diperlukan dialisis.

9) Dialisis dan program transplantasi

Segera dipersiapkan setelah gagal ginjal kronik dideteksi. Indikasi dilakukan dialisis dan program transplantasi.

10) Manajemen asidosis metabolik

Terapi farmakologi yang digunakan untuk penderita PGK dengan asidosis metabolik adalah pemberian Natrium bikarbonat. Penurunan asupan protein dapat memperbaiki keadaan asidosis, tetapi bila kadar bikarbonat serum kurang dari 15 mEq/L, beberapa ahli nefrologi memberikan terapi alkali, baik natrium bikarbonat maupun natrium sitrat pada dosis 1 mEq/kg/ hari secara oral. Bila asidosis berat, maka akan diterapi dengan pemberian Natrium bikarbonat secara parenteral (Price and Wilson, 2006). Menurut Matzke and Palevsky (2005) Natrium bikarbonat diberikan secara oral jika kadar bikarbonat darah 12 - 20 mmol/L dan pH darah 7,20 - 7,40. Jika kadar bikarbonat darah <12 mmol/L dan pH darah <7,20 maka natrium bikarbonat

diberikan secara Intravena (IV). Pemberian Natrium bikarbonat secara IV merupakan terapi yang sangat penting untuk pasien asidosis metabolik. Pemberian Natrium bikarbonat secara iv bolus lebih signifikan dibandingkan secara iv drip dalam meningkatkan pH darah dan serum bikarbonat. Menurut Ortega and Arora (2012) membuktikan bahwa pemberian suplementasi bikarbonat pada pasien gagal ginjal kronik dengan asidosis metabolik merupakan pilihan terapi yang mudah diterapkan, ekonomis, dan hampir tidak ada efek samping. Terapi alkali dapat melindungi perkembangan penyakit ginjal kronis, terutama pada tahap serum bikarbonat normal.

Penatalaksanaan sesuai dan seiring dengan perburukan penyakit menurut Corwin pada tahun 2009, antara lain :

- 1) Untuk PGK stadium 1, 2, dan 3 tujuan pengobatan adalah memperlambat kerusakan ginjal lebih lanjut, terutama dengan membatasi asupan protein dan pemberian obat-obat anti hipertensi. Inhibitor enzim pengubah-angiotensin (ACE) terutama membantu dalam memperlambat perburukan.
- 2) *Renal Anemia Management Period*, RAMP diajukan karena adanya hubungan antara gagal jantung kongestif dan anemia terkait dengan penyakit gagal ginjal kronis. RAMP adalah batasan waktu setelah suatu awitan penyakit ginjal kronis saat diagnosis dini dan pengobatan anemia memperlambat progresi penyakit ginjal, memperlambat komplikasi kardiovaskular, dan memperbaiki kualitas hidup. Pengobatan anemia dilakukan dengan memberikan eritropoitein manusia rekombinan (rHuEPO). Obat ini terbukti secara dramatis memperbaiki fungsi jantung secara bermakna.

- 3) Pada stadium lanjut, terapi ditujukan untuk mengoreksi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit
- 4) Pada penyakit stadium akhir, terapi berupa dialysis atau transplantasi ginjal
- 5) Pada semua stadium, pencegahan infeksi perlu dilakukan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian fokus keperawatan yang perlu diperhatikan pada penderita gagal ginjal kronik menurut Doeges (2000), dan Smeltzer dan Bare (2002) ada berbagai macam, meliputi:

2.2.1.1 Demografi lingkungan yang tercemar, sumber air tinggi kalsium beresiko untuk menderita PGK, kebanyakan menyerang umur 20 - 50 tahun, jenis kelamin lebih banyak laki - laki, kebanyakan ras kulit hitam.

2.2.1.2 Riwayat penyakit dahulu : riwayat infeksi saluran kemih, penyakit peradangan, vaskuler hipertensif, gangguan saluran penyang, gangguan kongenital dan herediter, penyakit metabolik, nefropati toksik dan nefropati obstruktif.

2.2.1.3 Riwayat kesehatan keluarga : riwayat penyakit vaskuler hipertensif, penyakit metabolik, riwayat menderita penyakit ginjal kronik.

2.2.1.4 Pola kesehatan fungsional

1) Pemeliharaan kesehatan *Personal hygiene* kurang, konsumsi toksik, konsumsi makanan tinggi kalsium, purin, oksalat, fosfat, protein, kebiasaan minum suplemen, kontrol tekanan darah dan gula darah tidak teratur pada penderita tekanan darah tinggi dan diabetes mellitus.

- 2) Pola nutrisi dan metabolik : perlu dikaji adanya mual, muntah, anoreksia, intake cairan inadkuat, peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), nyeri ulu hati, rasa metalik tidak sedap pada mulut (pernafasan amonia), penggunaan diuretik, demam karena sepsis dan dehidrasi.
- 3) Pola eliminasi : penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare konstipasi, perubahan warna urin.
- 4) Pola aktivitas dan latihan : kelemahan ekstrim, kelemahan, malaise, keterbatasan gerak sendi.
- 5) Pola istirahat dan tidur : gangguan tidur (insomnia/gelisah atau somnolen)
- 6) Pola persepsi sensori dan kognitif : rasa panas pada telapak kaki, perubahan tingkah laku, kedutan otot, perubahan tingkat kesadaran, nyeri panggul, sakit kepala, kram/nyeri kaki (memburuk pada malam hari), perilaku berhati-hati/distraksi, gelisah, penglihatan kabur, kejang, sindrom, rasa kebas pada telapak kaki, kelemahan khususnya ekstremitas bawah (neuropati perifer), gangguan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau.
- 7) Persepsi diri dan konsep diri : perasaan tidak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekuatan, menolak, ansietas, takut, marah, mudah terangsang, perubahan kepribadian, kesulitan menentukan kondisi, contoh tak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran.
- 8) Pola reproduksi dan seksual : penurunan libido, amenorea, infertilitas, impotensi dan atropitestikuler.

2.2.1.5 Pengkajian Fisik

- 1) Keluhan umum : lemas, nyeri pinggang.
- 2) Tingkat kesadaran kompos mentis sampai koma.
- 3) Pengukuran antropometri : berat badan menurun, lingkaran lengan atas (LILA) menurun
- 4) Tanda vital : tekanan darah meningkat, suhu meningkat, nadi lemah, disritmia, pernapasan kusmaul, tidak teratur.
- 5) Kepala : rambut mudah rontok dan rapuh.
- 6) Mata : konjungtiva anemis, mata merah, berair, penglihatan kabur, edema periorbital, Rambut: rambut mudah rontok, tipis dan kasar, Hidung : pernapasan cuping hidung
- 7) Mulut : ulserasi dan perdarahan, nafas berbau ammonia, mual, muntah serta cegukan, peradangan gusi
- 8) Leher : pembesaran vena jugularis
- 9) Dada dan toraks : penggunaan otot bantu pernafasan, pernafasan dangkal dan kusmaul serta krekels, nafas dangkal, pneumonitis, edema pulmoner, *friction rub perikardial*
- 10). Abdomen : nyeri area pinggang, asites
- 11). Genital: atrofi testikuler, amenor

12). Ekstremitas : *capirally refill time* > 3 detik, kuku rapuh dan kusam serta tipis, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki, *foot drop*, kekuatan otot.

13). Kulit : ekimosis, kulit kering, bersisik, warna kulit abu-abu, mengkilat atau hiperpigmentasi, gatal (pruritas), kuku tipis dan rapuh, memar (purpura), edema. (Nuari, Nian A. 2017)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Kemungkinan diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan gagal ginjal kronik yaitu:

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

2.2.2.2 (D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arter/vena, penurunan konsentrasi hemoglobin.

2.2.2.3 (D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan cairan.

2.2.2.4 (D.0019) Defisit nutrisi berhubungan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (keengganan untuk makan).

2.2.2.5 (D.0056) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂, kelemahan.

2.2.2.6 (D.0129) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan, perubahan sirkulasi

(Nurarif & Kusuma, 2015, Tim Pokja SDKI, 2017)

2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Rencana keperawatan pada klien dengan penyakit ginjal kronis seperti pada tabel 2.3 dibawah ini.

Tabel 2.3 Rencana Asuhan Keperawatan Penyakit Ginjal Kronis

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>(D.0003) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membrane alveolus-kapiler.</p> <p>Definisi : kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveoli-kapiler.</p> <p>Data Mayor :</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PCO₂ meningkat/menurun 2. PO₂ menurun 3. Takikardi 4. pH arteri meningkat/menurun 5. Bunyi nafas tambahan 	<p>L.01003 Pertukaran Gas</p> <p>Ekspektasi: meningkat</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>I.01014 Pemantauan Respirasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas 1.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik</i>) 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 1.9 Monitor nilai AGD 1.10 Monitor hasil <i>x-ray</i> toraks <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.11 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	Data Minor DS : 1. Pusing 2. Penglihatan kabur DO : 1. Sianosis 2. Diaforesis 3. Gelisah 4. Nafas cuping hidung 5. Pola nafas abnormal (cepat/lambat, reguler/irreguler,dalam/dangkal) 6. Warna kulit abnormal (pucat, kebiruan) 7. Kesadaran menurun		1.12 Dokumentasikan hasil pemantauan <i>Edukasi</i> 1.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.14 Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> I.01026 Terapi Oksigen <i>Observasi</i> 1.15 Monitor kecepatan aliran oksigen 1.16 Monitor posisi alat terapi oksigen 1.17 Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 1.18 Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan 1.19 Monitor tanda-tanda hipoventilasi 1.20 Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelaktasis 1.21 Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen 1.22 Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <i>Terapeutik</i> 1.23 Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, <i>jika perlu</i> 1.24 Pertahankan kepatenan jalan napas 1.25 Siapkan dan atur peralatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>pemberian oksigen</p> <p>1.26 Berikan oksigen tambahan, <i>jika perlu</i></p> <p>1.27 Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi</p> <p>1.28 Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1.29 Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1.30 Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <p>1.31 Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur</p>
2.	<p>(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arter/vena, penurunan konsentrasi hemoglobin.</p> <p>Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.</p> <p>Data Mayor</p> <p>DS :</p> <p>-</p>	<p>L.02011 Perfusi Perifer</p> <p>Ekspektasi: meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Warna kulit pucat menurun 5. Edema perifer menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Parastesia menurun 8. Kelemahan otot menurun 	<p>I.02079 Perawatan Sirkulasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 2.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) 2.3 Monitor panans, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	DO : 1. CRT > 3 detik 2. Nadi perifer menurun/tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgot kulit menurun Data Minor DS : 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas DO : 1. Edema 2. Penyembuhan luka lama 3. Bruit femoralis	9. Kram otot menurun 10. Bruit femoralis menurun 11. Nekrosis menurun 12. Pengisian kapiler membaik 13. Akral membaik 14. Turgor kulit membaik 15. Tekanan darah sistolik membaik 16. Tekanan darah diastolik membaik 17. Tekanan arteri rata-rata membaik 18. Indeks <i>ankle-brachial</i> membaik	<i>Teraupetik</i> 2.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi 2.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 2.6 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 2.7 Lakukan pencegahan infeksi 2.8 Lakukan perawatan kaki dan kuku <i>Edukasi</i> 2.9 Anjurkan berhenti merokok 2.10 Anjurkan berolah raga rutin 2.11 Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 2.12 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu 2.13 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 2.14 Anjurkan menggunakan obat penyekat beta 2.15 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikam omega 3)

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>2.16 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Raasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p> <p>I.06195 Manajemen Sensasi Perifer <i>Observasi</i></p> <p>2.17 Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>2.18 Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian</p> <p>2.19 Periksa perbedaan sensasi tajam dan tumpul</p> <p>2.20 Periksa perbedaan sensasi panas dan dingin</p> <p>2.21 Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</p> <p>2.22 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu</p> <p>2.23 Monitor perubahan kulit</p> <p>2.24 Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena</p> <p><i>Teraupetik</i></p> <p>2.25 Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu</p>

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>panas atau dingin)</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>2.26 Anjurkan penggunaan thermometer untuk menguji suhu air</p> <p>2.27 Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak</p> <p>2.28 Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>2.29 Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</p> <p>2.30 Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu</p>
3.	<p>(D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan cairan.</p> <p>Definisi : peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler.</p> <p>Data Mayor</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. <i>Paroxymal nocturnal dyspnea</i> 	<p>L.03020 Keseimbangan Cairan</p> <p>Ekspektasi: meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Kelembaban membran mukosa meningkat 4. Asupan makanan meningkat 5. Edema menurun 6. Dehidrasi menurun 7. Asites menurun 8. Konfusi menurun 9. Tekanan darah membaik 10. Denyut nadi radial membaik 	<p>I.03114 Manajemen Hipervolemia</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 3.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.3 Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), <i>jika tersedia</i> 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<p>(PND)</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarka dan/atau edema perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. <i>Jugular venous pressure (JVP)</i> dan/atau <i>Central Venous Pressure (CVP)</i> meningkat 4. Refleks hepatojugular positif <p>Data Minor</p> <p>DS :</p> <p>-</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara nafas tambahan 3. Hepatomegali 4. Kadar Hb/Ht menurun 5. Oliguria 6. Intake lebih banyak daripada output (balans cairan positif) 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Tekanan arteri rata-rata membaik 12. Membran mukosa membaik 13. Mata cekung membaik 14. Turgor kulit membaik 15. Berat badan membaik 	<p>(mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6 Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat) 3.7 Monitor keceptan infus secara ketat 3.8 Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3.9 Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 3.10 Batasi asupan cairan dan garam 3.11 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3.12 Anjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 3.13 Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehar 3.14 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 3.15 Ajarkan cara membatasi cairan <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3.16 Kolaborasi pemberian diuretik 3.17 Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>3.18 Kolaborasi pemberian <i>continous renal replacement therapy</i> (CRRT), jika perlu</p> <p>I.03121 Pemantauan Cairan <i>Observasi</i></p> <p>3.19 Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>3.20 Monitor frekuensi napas</p> <p>3.21 Monitor tekanan darah</p> <p>3.22 Monitor berat badan</p> <p>3.23 Monitor waktu pengisian kapiler</p> <p>3.24 Monitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>3.25 Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine</p> <p>3.26 Monitor kadar albumin dan protein total</p> <p>3.27 Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN)</p> <p>3.28 Monitor intake dan output cairan</p> <p>3.29 Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit</p>

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>3.30 Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>3.31 Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>3.32 Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>3.33 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>3.34 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>3.35 Informasikan hasil pemantauan,</p>

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<i>jika perlu</i>
4.	<p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient, ketidakmampuan mencerna makanan, factor psikologis (keengganan untuk makan). Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.</p> <p>Data Mayor DS : - DO : 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</p> <p>Data Minor DS : 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun DO : 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan</p>	<p>I.03030 Status Nutrisi Ekspektasi: membaik Kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 8. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 9. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat 10. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat 11. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 12. Perasaan cepat kenyang menurun 13. Nyeri abdomen menurun</p>	<p>I.03119 Manajemen Nutrisi <i>Observasi</i> 4.1 Identifikasi status nutrisi 4.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 4.3 Identifikasi makanan yang disukai 4.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4.5 Monitor asupan makanan 4.6 Monitor berat badan 4.7 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p><i>Teraupetik</i> 4.8 Lakukaoral hygiene sebelum makan, jika perlu 4.9 Fasilitasi menentukan pedooman diet (mis. Piramida makanan) 4.10 Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4.11 Berikan makanantinggi serat untuk mencegah konstipasi 4.12 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 4.13 Berikan makanan rendah protein</p>

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare	14. Sariawan menurun 15. Rambut rontok menurun 16. Diare menurun 17. Berat badan membaik 18. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik 19. Frekuensi makan membaik 20. Nafsu makan membaik 21. Bising usus membaik 22. Tebal lipatan kulit trisep membaik 23. Membran mukosa membaik	<p><i>Edukasi</i></p> 4.14 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 4.15 Anjurkan diet yang diprogramkan
			<p><i>Kolaborasi</i></p> 4.16 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), jika perlu 4.17 Kolaborasi dengan ahli gizi menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
			<p>I03136 Promosi Berat Badan</p> <p><i>Observasi</i></p> 4.18 Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang 4.19 Monitor adanya mual muntah 4.20 Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari 4.21 Monitor berat badan 4.22 Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum
			<p><i>Teraupetik</i></p> 4.23 Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu 4.24 Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis. Makanan dengan tekstur halus,

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi)</p> <p>4.25 Hidangkan makanan secara menarik</p> <p>4.26 Berikan suplemen, jika perlu</p> <p>4.27 Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>4.28 Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau</p> <p>4.29 Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan</p>
5.	<p>(D.0056) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂, kelemahan.</p> <p>Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari – hari.</p> <p>Data Mayor :</p> <p>DS :</p> <p>-</p> <p>DO :</p>	<p>L.05047 Toleransi Aktivitas</p> <p>Ekspektasi: meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 4. Kecepatan berjalan meningkat 5. Jarak berjalan meningkat 6. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 7. Kekuatan tubuh bagian bawah 	<p>I.05178 Manajemen Energi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 5.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 5.3 Monitor pola dan jam tidur 5.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<p>1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat</p> <p>Data Minor DS :</p> <p>1. Dispnea saat/setelah beraktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah</p> <p>DO :</p> <p>1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Sianosis</p>	<p>meningkat</p> <p>8. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat</p> <p>9. Keluhan lelah</p> <p>10. Dipsnea saat aktivitas menurun</p> <p>11. Dipsnea setelah aktivitas menurun</p> <p>12. Perasaan lemah menurun</p> <p>13. Aritmia saat beraktivitas menurun</p> <p>14. Aritmia setelah beraktivitas menurun</p> <p>15. Sianosis menurun</p> <p>16. Warna kulit membaik</p> <p>17. Tekanan darah membaik</p> <p>18. Frekuensi napas membaik</p> <p>19. EKG Iskemia membaik</p>	<p><i>Terapeutik</i></p> <p>5.5 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>5.6 Lakukan latihan rentang gerak pasin dan/atau aktif</p> <p>5.7 Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>5.8 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>5.9 Anjurkan tirah baring</p> <p>5.10 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>5.11 Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>5.12 Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>5.13 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>I.05186 Terapi Aktivitas <i>Observasi</i> Identifikasi defisit tingkat aktivitas</p> <p>5.14 Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>5.15 Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p>5.16 Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</p> <p>5.17 Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang</p> <p>5.18 Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>5.19 Fasilitasi fokus pada kemampuan, buka defisit yang dialami</p> <p>5.20 Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <p>5.21 Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</p> <p>5.22 Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>5.23 Fasilitasi makna aktivitas yang</p>

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>dipilih</p> <p>5.24 Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, <i>jika sesuai</i></p> <p>5.25 Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</p> <p>5.26 Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), <i>sesuai kebutuhan</i></p> <p>5.27 Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</p> <p>5.28 Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p>5.29 Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, <i>jika sesuai</i></p> <p>5.30 Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>5.31 Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis. kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia</p> <p>5.32 Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</p> <p>5.33 Tingkatkan keterlibatan dalam</p>

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. <i>vocal group</i>, bola voli, tenis meja, <i>jogging</i>, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)</p> <p>5.34 Libatkan keluarga dalam aktivitas, <i>jika perlu</i></p> <p>5.35 Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</p> <p>5.36 Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p>5.37 Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p>5.38 Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>5.39 Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, <i>jika perlu</i></p> <p>5.40 Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>5.41 Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</p>

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			5.42 Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, <i>jika sesuai</i> 5.43 Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <i>Kolaborasi</i> 5.44 Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, <i>jika sesuai</i> 5.45 Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, <i>jika perlu</i>
6.	(D.0129) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan, perubahan sirkulasi Dfinisi : kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otor, tendon, tulang, kapsul sendi, ligamen) Data Mayor DS : - DO : 1. Kerusakan jaringan dan/atau	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 9. Hematoma menurun 10. Pigmentasi abnormal menurun 11. Jaringan parut menurun 12. Nekrosis menurun	I.11353 Perawatan Integritas Kulit <i>Observasi</i> 6.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <i>Terapeutik</i> 6.2 Ubah posisis tiap 2 jam jika tirah baring 6.3 Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, <i>jika perlu</i> 6.4 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	lapisan kulit Data Minor DS : - DO : 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma.	13. Abrasi kornea menurun 14. Suhu kulit membaik 15. Sensasi membaik 16. Tekstur membaik 17. Pertumbuhan rambut membaik	diare 6.5 Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 6.6 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 6.7 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <i>Edukasi</i> 6.8 Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 6.9 Anjurkan minum air yang cukup 6.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6.11 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 6.12 Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 6.13 Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah 6.14 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya I.4564 Perawatan Luka <i>Observasi</i> 6.15 Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>6.16 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>6.17 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>6.18 Cukur rambut di sekitar daerah luka, <i>jika perlu</i></p> <p>6.19 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i></p> <p>6.20 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6.21 Berikan salep yang sesuai kulit/lesi, <i>jika perlu</i></p> <p>6.22 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>6.23 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>6.24 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>6.25 Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>6.26 Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5g/kgBB/hari</p> <p>6.27 Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), <i>sesuai indikasi</i></p> <p>6.28 Berikan terapi TENS (stimulasi sarap transkutaneus), <i>jika perlu</i></p>

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p><i>Edukasi</i></p> <p>6.29 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>6.30 Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>6.31 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>6.32 Kolaborasi prosedur <i>debridement</i> (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), <i>jika perlu</i></p> <p>6.33 Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></p>

Sumber: PPNI dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik Edisi 1 tahun 2016.

PPNI dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 tahun 2018.

PPNI dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Edisi 1 tahun 2019.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan suatu tindakan dari sebuah rencana yang telah disusun secara matang dan terperinci. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang diharapkan dapat mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah direncanakan dalam tindakan keperawatan yang diprioritaskan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan yang digunakan untuk menilai respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil dari tindakan keperawatan, dilakukan segera setelah selesai memberikan tindakan keperawatan kepada klien, sedangkan evaluasi sumatif adalah penilaian respon klien terhadap tindakan keperawatan setelah dilakukan segala proses tindakan keperawatan. Dilakukan setiap hari dan meliputi 4 komponen, yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subyektif (respon verbal klien terhadap tindakan), objektif (respon nonverbal hasil dari tindakan dan data hasil pemeriksaan), analisa data (menyimpulkan masalah, masih tetap ada, berkurang, atau muncul masalah baru) dan perencanaan (perencanaan atau tindak lanjut tindakan yang akan dilakukan selanjutnya berdasarkan hasil analisa dari respon klien).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penulisan

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus yang bertujuan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan klien dengan Penyakit Ginjal Kronis (PGK) atau secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

3.2 Subyek Penulisan

Subyek yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu dengan menggunakan responden berjumlah dua orang dengan diagnosa medis Penyakit Ginjal Kronis di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

3.3 Batasan Istilah

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar praktik keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan. (Suprajitno, 2004).

Penyakit Ginjal Kronis (PGK) atau adalah suatu penurunan fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible* akibat suatu proses patologis dengan etiologi beragam seperti hipertensi, *diabetes mellitus*, glomerulonefritis, nefropati obstruksi, penyakit ginjal polistik dan lainnya. Progresifitas PGK akan terus berlanjut hingga mencapai tahap akhir yaitu PGK stadium 5, yang disebut juga Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) atau *End-Stage Renal Disease* (ESRD), ditandai dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) $< 15 \text{ mL/min/1,73 m}^2$. (Bargman & Sckorecki, 2013).

3.4 Lokasi dan Waktu Penulisan

Studi kasus ini akan dilakukan di Ruang Rawat Inap Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrani Samarinda, dengan waktu pelaksanaan selama 3 hingga 6 hari.

3.5 Prosedur Penulisan

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

3.5.1 Melakukan penyusunan prososal mengenai kasus Penyakit Ginjal Kronis

3.5.2 Pembimbing menyetujui proposal studi kasus.

3.5.3 Meminta izin pengumpulan data dan pelaksanaan penelitian di Ruang Rawat Inap Flamboyan melalui surat izin penelitian dari pihak RSUD Abdul Wahab Sjahrani.

3.5.4 Memilih responden sebanyak dua orang dengan diagnosa medis Penyakit Ginjal Kronis.

3.5.5 Memberikan informasi singkat mengenai tujuan dan manfaat dari studi kasus terhadap responden dalam keikutsertaan dan partisipasi responden di dalam studi kasus.

3.5.6 Memberikan lembar persetujuan (*Informed Consent*) kepada responden yang setuju untuk di tanda tangani serta meminta keluarga untuk turut serta berpartisipasi dalam studi kasus.

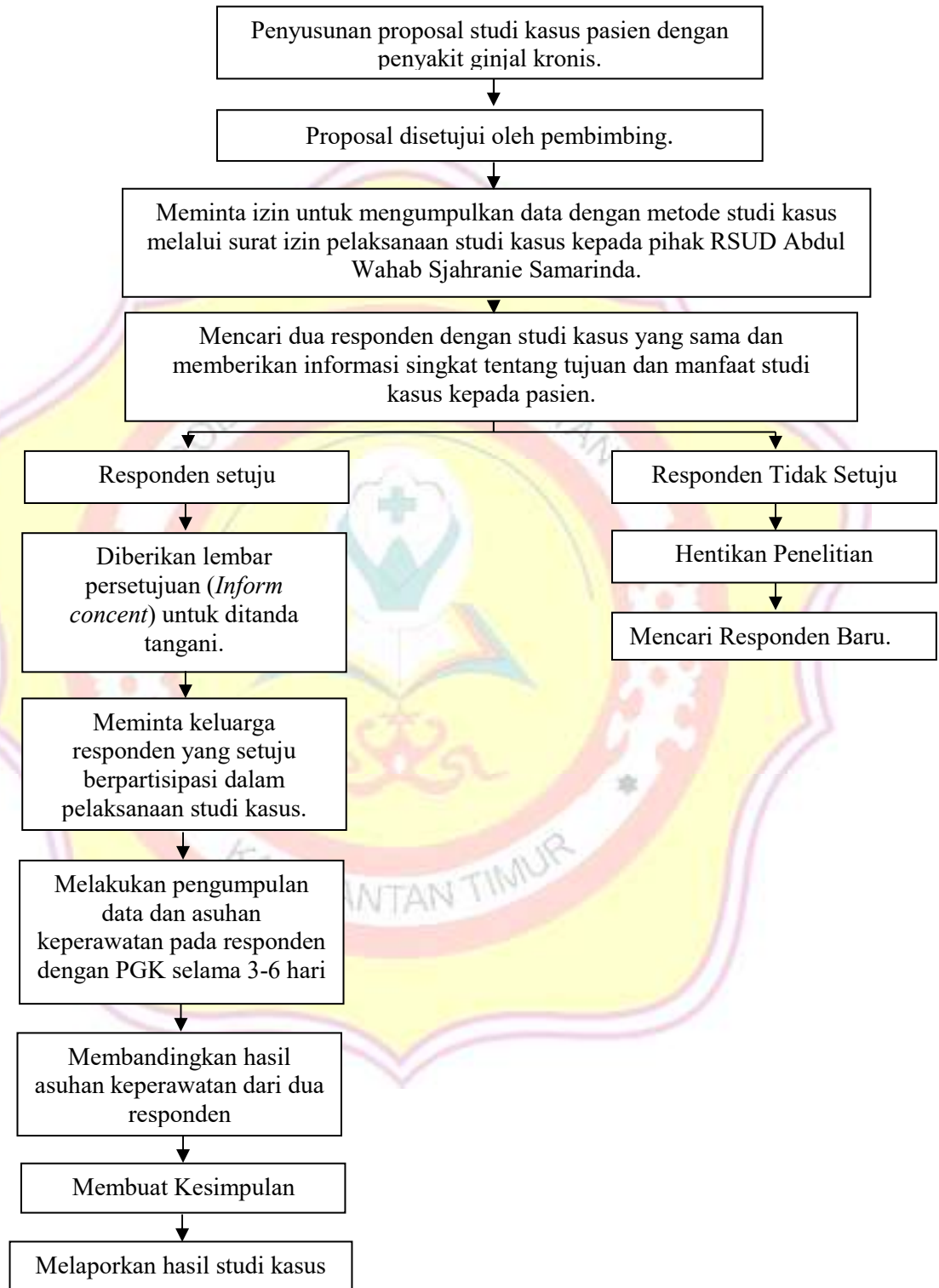
3.5.7 Melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul, menentukan intervensi keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan klien, melakukan implementasi keperawatan yang sesuai dengan intervensi, mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan, melakukan dokumentasi tindakan terhadap klien dengan penyakit ginjal kronis.

3.5.8 Membandingkan hasil asuhan keperawatan dari dua responden

3.5.9 Membuat kesimpulan mengenai Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Penyakit Ginjal Kronis.

3.5.10 Melaporkan hasil studi kasus dalam Seminar Hasil.

Secara ringkas, penyusunan prosedur penulisan dapat dilihat dari bagan dibawah ini :



Bagan 3.1 Prosedur Penulisan

3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

3.6.1.1 Wawancara

Dalam studi kasus ini, penulis mengumpulkan data dengan mewawancarai sumber data utama (responden) secara langsung sehingga teknik ini memberikan hasil secara langsung. Data lain juga bisa didapatkan dari sumber data lain seperti keluarga klien, perawat ruangan maupun rekam medik. Hasil dari wawancara merupakan anamnesis yang berisi identitas klien, identitas orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit (sekarang-dahulu-keluarga), genogram, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/ istirahat, *personal hygiene*, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

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

Dalam studi kasus ini, observasi merupakan salah satu teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung dan teliti kepada responden untuk mencari perubahan atau hal – hal yang akan diteliti maupun hal – hal yang menyimpang. Dalam teknik observasi ini, juga dilakukan tindakan pemeriksaan fisik dengan pendekatan IAPP (Inspeksi, Auskultasi, Palpasi, Perkusi) pada semua sistem tubuh klien. Tujuan dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk

menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi masalah klien dan mengambil data dasar untuk menentukan intervensi tindakan keperawatan.

3.6.1.3 Dokumentasi

Dalam studi kasus ini, data yang diperoleh dari wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, di tuliskan dalam format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Dokumentasi wajib dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien, sebagai bukti telah dilakukannya tindakan keperawatan dan untuk melihat keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data dalam studi kasus ini yaitu dengan menggunakan format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah (KMB) terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

3.7 Keabsahan Data

Dalam menghasilkan kualitas data yang diperoleh, penulis perlu memvalidasi data yang ada untuk menghasilkan data yang akurat. Beberapa sumber data atau sumber informasi antara lain :

3.7.1 Data Primer

Data primer merupakan sumber data yang diperoleh dari klien secara langsung yang dapat memberikan informasi yang lengkap mengenai masalah kesehatan yang tengah di rasakannya. Pengumpulan data ini bisa dilakukan dengan cara

wawancara, observasi maupun pemeriksaan dengan menggunakan pendekatan IAPP (Inspeksi, Auskultasi, Palpasi, Perkusi)

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data yang diperoleh dari orang terdekat klien seperti orang tua, saudara, atau pihak lain yang mengerti kondisi dan keadaan klien saat ini.

3.7.3 Data Tersier

Data tersier merupakan sumber data yang diperoleh yang berasal dari catatan medis atau rekam medik, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan diagnostik, dari perawat lain serta bisa dari kepustakaan atau literatur yang berhubungan dengan masalah yang ada pada klien.

3.8 Analisis Data

Analisis data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien. (Nursalam, 2008)

Analisis data ini juga membandingkan hasil dari pengkajian, diagnosa yang muncul, intervensi dan implementasi yang diberikan serta evaluasi atau keefektifan atas tindakan yang diberikan terhadap dua responden.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Bab ini merupakan hasil studi kasus beserta pembahasannya yang meliputi penjabaran data umum dan data khusus tentang Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Penyakit Ginjal Kronis di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie, Samarinda.

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie, Samarinda yang terletak di Jl. Palang Merah No. 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur. RSUD AW. Sjahranie merupakan rumah sakit rujukan Tipe A yang diresmikan pada tanggal 22 Februari 1986, dimana sebelumnya bernama *Landschap Hospital* yang dibangun pada tahun 1933 pada zaman penjajahan Belanda.

Fasilitas yang tersedia di RSUD AW. Sjahranie antara lain : Instalasi rawat jalan, Rawat inap, Poliklinik, dan Instalasi Gawat Darurat (IGD). Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari Poliklinik, Medical Check-Up, dan Resume Medis. Sedangkan unit rawat inap terdiri dari beberapa ruangan, diantaranya Flamboyan, Seruni, Dahlia, Angsoka, Cempaka, Aster, Edelweis, Bugenvil, Mawar, Teratai, Sakura, ICU, ICCU, HCU, dan Stroke Center. Terdapat juga beberapa fasilitas seperti Laboraturium PA, Laboraturium PK, Radiologi, Radioterapi, Hemodialisa,

Rehabilitasi medik, CT - Scan, Instalasi Bedah Sentral, Farmasi, Gizi, CSSD dan Laundry.

Dalam studi kasus ini peneliti melakukan penelitian di Ruang Flamboyan dari tanggal 1 – 6 April 2019. Ruang Flamboyan adalah ruangan yang digunakan untuk merawat pasien rawat inap laki – laki dan perempuan, remaja maupun dewasa. Ruang Flamboyan terbagi atas 2 tim, dimana tim 1 mengelola pasien dari kamar 2001 – 20005 dengan tambahan 1 ruang isolasi dan tim 2 mengelola pasien dari kamar 3001 – 3005, dimana masing – masing kamar dapat menampung 5 – 6 pasien, dengan 1 kamar mandi di setiap kamarnya. 1 ruang isolasi hanya di khususkan menampung 2 pasien dan terdapat 1 kamar mandi didalamnya. Selain itu Ruang Flamboyan memiliki 1 ruang Kepala Ruangan, 2 ruangan perawat, 2 kamar mandi, 1 ruang mahasiswa, 1 dapur, 1 Mushola, 2 ruang tindakan, dan 1 gudang.

4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

4.1.2.1 Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Pengkajian Pasien I dan Pasien I

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
1.	Nama Pasien	Tn. I	Tn. S
2.	Tanggal Lahir	31 Oktober 2019	31 Desember 1964
3.	Suku/Bangsa	Jawa/Indonesia	Jawa/Indonesia
4.	Agama	Islam	Islam
5.	Pendidikan	SD	SLTP
6.	Pekerjaan	Tidak Bekerja	Tidak Bekerja
7.	Alamat	Jl. Citarum Rt. 06, Kongbeng, Muara Wahau, Kutai Timur.	Jl. Adi Sucipto Rt. 02 No. 13 Palaran, Samarinda

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
8.	Diagnosa Medis	<i>CKD St. V On HD</i>	<i>CKD st. V On HD + Diabetes Mellitus Type 2</i>
9.	Sumber Informasi	Klien dan keluarga	Klien dan keluarga
10.	No. Register	01.05.32.XX	78.12.XX
11.	Tanggal MRS	29 Maret 2019	30 Maret 2019
12.	Tanggal Pengkajian	01 April 2019	01 April 2019
13.	Keluhan Utama	Sesak Nafas	Sesak Nafas
14.	Riwayat Penyakit Sekarang	Pada saat pengkajian pasien mengeluhkan sesak nafas dan batuk berdahak sejak 22 Maret 2019. Bentuk dada simetris, terdapat asites pada abdomen, frekuensi nafas 32x/menit, terdapat pernafasan cuping hidung dan penggunaan otot bantu pernafasan, terpasang nasal kanul 3 lpm	Pada saat pengkajian pasien mengeluh sesak nafas nafas sejak 27 Maret 2019. Bentuk dada simetris, terdapat asites pada abdomen, frekuensi nafas 27x/menit, tidak ada pernafasan cuping hidung, terdapat penggunaan otot bantu pernafasan. Terpasang nasal kanul 1,5 lpm
15.	Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien menderita hipertensi ± 10 tahun, dan asam urat kambuhan ± 9 tahun. Pasien merupakan penderita hipertensi tidak terkontrol dengan riwayat penggunaan obat yaitu <i>Amlodiphine</i> 1x10 mg dan diminum jika terasa pusing saja. Pasien memiliki riwayat penyakit yaitu Infeksi Saluran Kemih (ISK) ± 6 tahun yang lalu, tanpa dirawat dan diobati oleh mantri kampung saja, Batu Ginjal pada tahun 2014, dan harus dioperasi pada November 2014, kemudian sejak 2 tahun yang lalu, pasien di diagnosa mengalami kerusakan ginjal, namun belum menjadi Penyakit Ginjal Kronis. Pasien terdiagnosis terkena PGK pada 27 Maret 2019 dan	Pasien menderita Diabetes Melitus tipe 2 sejak tahun 2000 (± 19 tahun). Pasien mengkonsumsi <i>Glucophage</i> 3x500 mg. Pasien memiliki riwayat amputasi kaki kiri akibat <i>Ulkus Pedis</i> pada tahun 2013, dan amputasi jari tengah pada tahun 2017. Pasien di diagnosa terkena Penyakit Ginjal Kronis sejak akhir tahun 2014 dan menjalani pemasangan simino pada awal tahun 2015. Dengan jadwal Hemodialisa 1x/minggu (setiap hari rabu) sehingga pasien telah melakukan hemodialisa ± 192 kali

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		dilakukan pemasangan <i>Double Lumen</i> pada 30 Maret 2019, serta kali ke 2 melakukan hemodialisa	
16.	Riwayat Penyakit Keluarga	Keluarga mengatakan ibu dan dua saudara klien menderita hipertensi, satu saudara pasien meninggal karena jantung, satu saudara pasien menderita diabetes melitus.	Pasien mengatakan 1 kakak pasien juga menderita Diabetes Melitus tipe 2, istri pasien menderita hipertensi.
17.		<p>Genogram Pasien I</p> <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ : Meninggal □ : Laki - Laki ○ : Perempuan ↗ : Pasien ----- : Tinggal Serumah 	<p>Genogram Pasien II</p> <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ : Meninggal □ : Laki - Laki ○ : Perempuan ↗ : Pasien ----- : Tinggal Serumah
18.	Keadaan Umum	Sedang	Sedang
19.	Kesadaran	Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅	Compos Mentis E ₄ M ₆ V ₅
20.	Tanda – Tanda Vital	TD : 190/130 mmHg Nadi : 71 x/menit RR : 32 x/menit Temp : 37,0 °C	TD : 130/80 mmHg Nadi : 80 kali/menit RR : 27 kali/menit Temp : 36.8 °C

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		MAP : 150 mmHg	MAP : 96,6 mmHg
21.	Kenyamanan/ nyeri	Pasien tidak merasakan nyeri.	Pasien tidak merasakan nyeri.
22.	Status Fungsional Barthel Indeks	Total skor 9 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang	Total skor 11 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang
23.	Pemeriksaan Kepala	<p>Kepala : Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut tidak merata, warna rambut putih beruban dan tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, edema pada palpebra, refleks cahaya (+), pupil isokor.</p> <p>Hidung : Terdapat pernapasan cuping dan 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: Warna kecoklatan dan pucat, lidah warna merah muda pucat, mukosa kering, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah</p>	<p>Kepala : Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam dan beberapa, beruban serta tidak ada kelainan.</p> <p>Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.</p> <p>Hidung : Terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan</p> <p>Rongga Mulut dan Lidah: Warna bibir kecoklatan dan pucat, lidah warna merah muda pucat, mukosa bibir kering, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah</p>
23.	Pemeriksaan Thorax	<p>Keluhan : Pasien mengeluh sesak nafas dan batuk berdahak tidak produktif dengan warna sekret</p>	<p>Keluhan : Pasien mengeluh sesak nafas, tidak ada batuk dan tidak ada nyeri saat bernafas.</p>

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		<p>putih dan konsistensi kental. Tidak ada nyeri saat bernafas dan batuk.</p> <p>Inspeksi :</p> <p>Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 32x/menit, irama nafas pendek dan dalam, terdapat pernafasan cuping hidung dan penggunaan otot bantu nafas, pasien terpasang O₂ nasal kanul 4 lpm dengan posisi fowler.</p> <p>Palpasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Vokal premitus teraba sama diseluruh lapang paru 2) Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri 3) Tidak ada kelainan <p>Perkusi :</p> <p>Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p>Auskultasi :</p> <p>Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan</p>	<p>Inspeksi :</p> <p>Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 27x/menit, irama nafas teratur, terdapat penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada pernafasan cuping hidung. Pasien terpasang O₂ nasal kanul 2 lpm, usaha nafas pasien dengan posisi semifowler.</p> <p>Palpasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Vokal premitus teraba sama diseluruh lapang paru 2) Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri 3) Tidak ada kelainan <p>Perkusi :</p> <p>Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p>Auskultasi :</p> <p>Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan</p>
24.	Pemeriksaan Jantung	<ol style="list-style-type: none"> a. Tidak ada keluhan nyeri dada b. Inspeksi <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis - CRT : 5 detik - Tidak ada sianosis c. Palpasi <ul style="list-style-type: none"> - Ictus Kordis teraba di ICS 5 - Akral dingin 	<ol style="list-style-type: none"> a. Tidak ada keluhan nyeri dada b. Inspeksi <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis 2) CRT : 4 detik 3) Tidak ada sianosis c. Palpasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Ictus Kordis teraba di ICS 5 2) Akral dingin

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		<p>d. Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavícula sinistra - Batas kanan : ICS III line sternal dekstra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra <p>e. Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - BJ II Aorta : Irama reguler, tunggal dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal : Irama reguler, tunggal dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid : Irama reguler, tunggal dan intensitas kuat - BJ I Mitral : Irama reguler, tunggal dan intensitas kuat - Tidak ada bunyi jantung tambahan - Tidak ada kelainan 	<p>d. Perkusi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Batas atas : ICS II line sternal dekstra 2) Batas bawah : ICS V line midclavícula sinistra 3) Batas kanan : ICS III line sternal dekstra 4) Batas kiri : ICS III line sternal sinistra <p>e. Auskultasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) BJ II Aorta : Irama reguler, tunggal dan intensitas kuat 2) BJ II Pulmonal : Irama reguler, tunggal dan intensitas kuat 3) BJ I Trikuspid : Irama reguler, tunggal dan intensitas kuat 4) BJ I Mitral : Irama reguler, tunggal dan intensitas kuat 5) Tidak ada bunyi jantung tambahan 6) Tidak ada kelainan
25.	Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	<p>a. BB : 60 Kg</p> <p>b. TB : 155 Cm</p> <p>c. IMT : 25 Kg m²</p> <p>d. Terdapat penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir dari awalnya BB adalah 65 Kg menjadi 60 Kg</p> <p>e. Asupan makan berkurang (pasien menghabiskan 2-5 saja dalam 1x makan) dikarenakan rasa mual dan tidak nafsu makan.</p> <p>f. BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belum ada BAB sejak 1 hari yang lalu. - Konsistensi BAB lunak <p>g. Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jenis diet Rendah Protein (RP) : 0,8 gr/KgBB, Rendah 	<p>a. BB : 57 Kg</p> <p>b. TB : 163 Cm</p> <p>c. IMT : 21.5 Kg m²</p> <p>d. Terdapat penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir dari awalnya BB adalah 63 Kg menjadi 57 Kg</p> <p>e. Asupan makan berkurang (pasien hanya menghabiskan 2-3 sendok makan saja dalam 1x makan) dikarenakan rasa mual, terdapat muntah dan tidak nafsu makan. Muntah berwarna putih sebanyak ± 50 cc</p> <p>f. BAB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Belum ada BAB sejak 4 hari yang lalu. 2) Konsistensi BAB padat.

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		<p>Garam (RG) : 400 mg Na, dan Kalori : 35 Kkal/KgBB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstra cair (susu) Rendah Protein (RP) : 2x150 CC - Bentuk makanan lunak. - Cara pemberian oral. - Frekuensi makan 3 kali sehari <p>h. Abdomen</p> <p>Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bentuk : Bulat menonjol - Tidak ada bayangan vena - Tidak terlihat adanya benjolan - Tidak ada luka operasi pada abdomen - Tidak terpasang drain <p>Auskultasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising Usus : 8x/menit <p>Palpasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada nyeri tekan 2) Tidak teraba adanya massa 3) Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Shifting Dullness</i> (+) - Terdapat nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal dengan skala 2 - Terdengar pekak 	<p>g. Diet</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jenis diet DM 1700 Kkal, Rendah Protein (RP) : 1gr/KgBB 2) Bentuk makanan lunak. 3) Cara pemberian oral. 4) Frekuensi makan 3 kali sehari <p>h. Abdomen</p> <p>Inspeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bentuk : Bulat menonjol 2) Tidak ada bayangan vena 3) Tidak terlihat adanya benjolan 4) Tidak ada luka operasi pada abdomen 5) Tidak terpasang drain <p>Auskultasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bising Usus : 15x/menit <p>Palpasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada nyeri tekan 2) Tidak teraba adanya massa 3) Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien <p>Perkusi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Shifting Dullness</i> (+) 2) Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal 3) Terdengar pekak
26.	Pemeriksaan Sistem Syaraf	<ol style="list-style-type: none"> a. Memori : Panjang b. Perhatian : Dapat mengulang c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia) d. Kognisi : Baik e. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu) f. Refleks Fisiologis <ul style="list-style-type: none"> - Patella : 2 (Normal) - Achilles : 2 (Normal) 	<ol style="list-style-type: none"> a. Memori : Panjang b. Perhatian : Dapat mengulang c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia) d. Kognisi : Baik e. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu) f. Refleks Fisiologis <ul style="list-style-type: none"> 1) Patella : 2 (Normal) 2) Achilles : 2 (Normal)

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		<ul style="list-style-type: none"> - Bisep : 2 (Normal) - Trisep : 2 (Normal) - Brankioradialis : 2 (Normal) g. Terdapat keluhan pusing. h. Istirahat/ tidur 3-5 jam/hari i. Pemeriksaan syaraf kranial <ul style="list-style-type: none"> - N1 : Normal (Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol) - N2 : Normal (Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm) - N3 : Normal (Pasien mampu mengangkat kelopak mata) - N4 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah) - 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 keberbagai arah) 	<ul style="list-style-type: none"> 3) Bisep : 2 (Normal) 4) Trisep : 2 (Normal) 5) Brankioradialis : 2 (Normal) g. Terdapat keluhan pusing. h. Istirahat/ tidur 6-9 jam/hari i. Pemeriksaan syaraf kranial <ol style="list-style-type: none"> 1) N1 : Normal (Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol) 2) N2 : Normal (Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm) 3) N3 : Normal (Pasien mampu mengangkat kelopak mata) 4) N4 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah) 5) N5 : Normal (Pasien mampu mengunyah) 6) N6 : Normal (Pasien mampu menggerakkan mata kesamping) 7) N7 : Normal (Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata) 8) N8 : Normal (Pasien mampu mendengar dengan baik) 9) N9 : Normal (Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam) 10)N10 : Normal (Pasien mampu menelan) 11)N11 : Normal (Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan) 12)N12 : Normal (Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah)

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II								
27.	Pemeriksaan Sistem Perkemihan	a. Kebersihan : Bersih b. Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu - Jenis : <i>Folley Chateter</i> - Ukuran : 16 - Hari ke – 4 - Produksi urine 250 ml/hari - Warna : Kuning keruh - Bau : Khas urine c. Tidak ada distensi kandung kemih d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih	a. Kebersihan : Bersih b. Kemampuan berkemih : Tidak ada penggunaan alat bantu berkemih 1) Produksi urine \pm 60 ml/hari 2) Warna : Kuning keruh 3) Bau : Khas urine c. Tidak ada distensi kandung kemih d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih								
28	Balance ciran	a. Senin, 1 April 2019 Intake : 1.023 cc Output : 850 cc BC : + 173 cc b. Selasa, 2 April 2019 Intake : 1.703,5 cc Output : 1900 BC : - 196,5 cc c. Rabu, 3 April 2019 Intake : 1.454 cc Output : 1.560 cc BC : - 106 cc d. Kamis, 4 April 2019 Intake : 1.924,5 cc Output : 2.300 cc BC : - 375,5 cc e. Jumat, 5 April 2019 Intake : 1.924,5 cc Output : 1.150 cc BC : - 125,5 cc	a. Senin, 1 April 2019 Intake : 1.039 cc Output : 855 cc BC : + 124 cc b. Selasa, 2 April 2019 Intake : 1.108,5 cc Output : 1.115 cc BC : - 6,5 cc c. Rabu, 3 April 2019 Intake : 1108,5 cc Output : 1.255 cc BC : - 146,5 cc d. Kamis, 4 April 2019 Intake : 1.277 cc Output : 1.455 cc BC : - 178 cc e. Jumat, 5 April 2019 Intake : 1.477 cc Output : 1.605 cc BC : - 128 cc								
29.	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 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">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	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 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">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	5	5	5	5
5	5										
5	5										
5	5										
5	5										

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		g. Kulit kering dan pucat h. Turgor kulit kembali dalam 5 detik i. Tidak ada luka Ulkus Diabetik j. Terdapat edema pada kedua ekstremitas atas dan bawah pasien k. Pitting edema (+) Ekstremitas atas RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 Ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 l. Nilai risiko dekubitus 16, pasien dalam kategori <i>low risk</i> untuk mengalami dekubitus	g. Kulit pasien kering dan pucat h. Turgor kulit kembali dalam 3 detik i. Tidak ada luka Ulkus Diabetik j. Terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah pasien k. Pitting edema (+) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1 l. Nilai risiko dekubitus 17, pasien dalam kategori <i>low risk</i> untuk mengalami dekubitus
30.	Pemeriksaan Sistem Endokrin	a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening c. Tidak ada trias DM d. GDS : 112 mg/dL e. Tidak ada luka gangren	a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening c. Tidak ada trias DM d. GDS : 171 mg/dL e. Tidak ada luka gangren f. Riwayat amputasi pada tungkai kaki kanan pada tahun 2013 akibat Ulkus Pedis dan amputasi jari tengah kanan pada tahun 2017
31.	Kemaman Lingkungan	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 40 Pasien dalam kategori sedang	Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 20 Pasien dalam kategori rendah
32.	Pengkajian Psikososial	a. Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung c. Pasien kooperatif saat interaksi d. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri	a. Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung c. Pasien kooperatif saat interaksi d. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
33.	Pengkajian Spiritual	Kebiasaan beribadah a. Sebelum sakit pasien sering beribadah b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang - kadang	Kebiasaan beribadah a. Sebelum sakit pasien sering beribadah b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang - kadang
34.	Personal Hygiene	a. Seka 1 kali sehari dibantu keluarga b. Selama dirawat, pasien belum ada keramas c. Memotong kuku setiap 1 minggu sekali d. Ganti pakaian 1 kali sehari dibantu keluarga e. Sikat gigi 1 hari sekali dibantu keluarga	a. Seka 1 kali sehari dibantu keluarga b. Selama dirawat, pasien belum ada keramas c. Memotong kuku setiap 1 minggu sekali d. Ganti pakaian 1 kali sehari dibantu keluarga e. Sikat gigi 1 hari sekali dibantu keluarga
35.	Pemeriksaan Penunjang	Tanggal 29 Maret 2019 Pemeriksaan Hematologi Leukosit $8,75 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (4.80 – 10.80 $10^3/\mu\text{L}$) Eritrosit $3,66 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ (4.20 – 5.40 $10^6/\mu\text{L}$) Hemoglobin 6,4 g/dL (14 – 18 g/dL) Hematokrit 20,6 % (37 – 54 %) Pemeriksaan Kimia Klinik Ureum 210 mg/dL (19,3 – 49,2 mg/dL) Kreatinin 25,2 mg/dL Natrium 189 mmol/L (135 – 155 mmol/L) Kalium 3,9 mmol/L	Tanggal Pemeriksaan Hematologi Leukosit $9,10 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (4.80 – 10.80 $10^3/\mu\text{L}$) Eritrosit $3,95 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ (4.20 – 5.40 $10^6/\mu\text{L}$) Hemoglobin 7,6 g/dL (12 – 16 g/dL) Hematokrit 23 % (37 – 54 %) Pemeriksaan Kimia Klinik Ureum 135,1 mg/dL (19,3 – 49,2 mg/dL) Kreatinin 9,1 mg/dL Natrium 168 mmol/L (135 – 155 mmol/L) Kalium 6,0 mmol/L

No	Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
		(3,6 – 55 mmol/L) Chloride 101 mmol/L (98 – 108 mmol/L)	(3,6 – 55 mmol/L) Chloride 105 mmol/L (98 – 108 mmol/L)
36		Terapi Pasien I Furosemide 3x20 mg via IV Ceftriaxone 2x1 gr via IV Ranitidine 3x50 mg via IV IVFD Eas Primer 10 tpm Amlodiphine 1x10 mg via Oral CaCO ₃ 2x2500 via Oral Asam Folat 2x5 mg via Oral	Terapi Pasien II Furosemide 3x10 mg via IV Ceftriaxone 2x1 gr via IV Metoclopramide 3x10 mg via IV Metronidazole 3x500 mg via IV IVFD NaCl 0,9% 7 tpm Glucophage 3x500 mg via Oral Asam Folat 2x5 mg via Oral



4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.2 Diagnosa Keperawatan Pada Pasien I dan Pasien II di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie

No.	Pasien I		Pasien II	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1.	Senin, 1 April 2019	(D.0005) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, yang ditandai dengan : Data Subjektif : a. Pasien mengatakan sesak nafas b. Pasien mengatakan jika bernafas terasa berat Data Objektif : a. Respirasi : 32x/menit b. Terpasang nasal kanul 3 lpm c. Terdapat penggunaan nafas cuping hidung d. Terdapat penggunaan otot bantu pernafasan e. Pola nafas pendek dan dalam f. Warna bibir dan wajah pucat g. SpO ₂ : 91% h. Terdapat asites abdomen	Senin, 1 April 2019	(D.0005) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, yang ditandai dengan : Data Subjektif : a. Pasien mengatakan sesak nafas Data Objektif : a. Respirasi : 27x/menit b. Terpasang nasal kanul 1,5 lpm c. Terdapat penggunaan otot bantu pernafasan d. Pola nafas takipneu e. Warna bibir dan wajah pucat f. SpO ₂ : 96% g. Terdapat asites abdomen h. <i>Shifting Dullness</i> (+)

No.	Pasien I		Pasien II	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
2.	Senin, 1 April 2019	i. <i>Shifting Dullnes</i> (+) (D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi Hemoglobin, yang ditandai dengan : Data Subjektif : a. Pasien mengatakan badannya terasa lemas b. Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing Data Objektif : a. Pengisian kapiler = 5 detik b. Konjungiva anemis pada kedua mata c. Mukosa bibir kering dan pucat d. Akral teraba dingin e. TD : 190/130 mmHg f. Respirasi = 32x/menit g. Nadi = 71x/menit h. Suhu : 37,0°C i. Hemoglobin = 6,4 g/dL j. Hematokrit = 20,6%	Senin, 1 April 2019	(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi Hemoglobin, yang ditandai dengan : Data Subjektif : a. Pasien mengatakan badannya terasa lemas b. Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing Data Objektif : a. Pengisian kapiler = 4 detik b. Konjungiva anemis pada kedua mata c. Mukosa bibir kering dan pucat d. Akral teraba hangat e. TD : 130/90 mmHg f. Respirasi = 27x/menit g. Nadi = 80x/menit h. Suhu : 36,5°C i. Hemoglobin = 7,6 g/dL j. Hematokrit = 23%

No.	Pasien I		Pasien II					
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan				
3.	Senin, 1 April 2019	<p>(D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan Kerusakan mekanisme regulasi, yang ditandai dengan :</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan mengalami bengkak sejak 22 Maret 2019 yang lalu Pasien mengatakan sesak Pasien mengatakan bengkak di area kaki, tangan dan wajahnya Pasien mengatakan haluaran kencing hanya sekali dalam jumlah sedikit. <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Terpasang IVFD Eas Primer 10 tpm Terpasang folley kateter pemasangan hari ke-3 Terlihat edema anasarka (edema pada area ekstremitas atas dan bawah, serta wajah) Terdapat asites pada abdomen <i>Shifting dullnes</i> (+) 	Senin, 1 April 2019	<p>(D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan Kerusakan mekanisme regulasi, yang ditandai dengan :</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tidak bisa kencing, dan jika kencing hanya keluar sedikit Pasien mengatakan bengkak pada kaki kirinya. <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Terpasang IVFD NaCl 0,9% 7 tpm Urin : ± 60 cc (dengan bantuan furosemide) Terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah pasien. Terdapat asites pada abdomen <i>Shifting dullnes</i> (+) Pitting edema (+) <ol style="list-style-type: none"> Ekstremitas bawah <table border="0"> <tr> <td>RU : 0</td> <td>LU : 0</td> </tr> <tr> <td>RL : +1</td> <td>LL : +1</td> </tr> </table> LFG : 7,3 mL/min/1.73m² Balance cairan 	RU : 0	LU : 0	RL : +1	LL : +1
RU : 0	LU : 0							
RL : +1	LL : +1							

No.	Pasien I		Pasien II	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
		f. Urin : 250 cc (dengan bantuan Furosemide) g. Pitting edema (+) 1) Ekstremitas atas RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 2) Ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 h. LFG : 0,29 mL/min/1.73m ² i. Balance cairan 1) Input : 1.023 cc 2) Output : 850 cc 3) Balance : +173 cc j. Ureum : 210 mg/dL k. Kreatinin : 25,2 mg/dL l. Natrium : 189 mmol/L		1) Input : 1.039 cc 2) Output : 855 cc 3) Balance : +124 cc i. Ureum : 135,1 mg/dL j. Kreatinin : 9,1 mg/dL k. Natrium : 168 mmol/L l. Kalium : 6,0 mmol/L
4.	Senin, 1 April 2019	(D.0076) Nausea berhubungan gangguan biokimia (uremia), yang ditandai dengan : Data Subjektif : a. Pasien mengatakan mual, tapi tidak ada keluar muntah. b. Pasien mengatakan malas makan karena rasa pahit	Senin, 1 April 2019	(D.0076) Nausea berhubungan gangguan biokimia (uremia), yang ditandai dengan : Data Subjektif : a. Pasien mengatakan mual dan muntah.

No.	Pasien I		Pasien II	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
		<p>dimulut dan jika makan terasa mual.</p> <p>c. Pasien mengatakan hanya menghabiskan 2-5 sendok saja dalam satu kali makan.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Bibir pasien terlihat kering dan pucat</p> <p>b. Pasien terlihat ingin muntah</p> <p>c. Terlihat piring makan pasien yang masih penuh</p>		<p>b. Pasien mengatakan malas makan dikarenakan rasa mual ketika makanan masuk mulut, serta membatasi jumlah makan karena penyakit DM.</p> <p>c. Pasien mengatakan hanya menghabiskan 2-3 sendok saja dalam satu kali makan.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Bibir pasien terlihat kering dan pucat</p> <p>b. Pasien terlihat muntah</p> <p>c. terlihat muntah pasien berwarna kuning, konsistensi cair sebanyak ± 50 cc</p>
5.	Senin, 1 April 2019	<p>(D.0080) Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran terhadap kegagalan, yang ditandai dengan :</p> <p>Data Subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan merasa takut dengan kondisi yang sedang dialami</p> <p>b. Pasien mengatakan takut jika kegiatan Hemodialisa gagal</p>	Senin, 1 April 2019	<p>(D.0087) Harga Diri Rendah Situasional berhubungan dengan Perubahan Peran Sosial, yang ditandai dengan :</p> <p>Data Subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan semenjak di amputasi, pasien tidak dapat bekerja lagi, ditambah</p>

No.	Pasien I		Pasien II	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
		Data Objektif : a. Pasien terlihat gelisah dan cemas b. Nilai skala HARS : 25 (Kecemasan Sedang) c. Tanda – tanda vital 1) TD :190/1300 mmHg 2) Nadi : 71 kali/menit 3) RR : 32 kali/menit 4) Temp : 37,0 °C		dengan keadaannya yang sekarang semakin sering lemah dan cepat lelah karena gagal ginjalnya. b. Pasien mengatakan malu jika bertemu tetangga yang bertanya tentang penyakitnya c. Pasien mengatakan lebih suka didalam rumah daripada berkumpul bersama tetangga Data Objektif : a. Dalam berkomunikasi, pasien sering sekali menghindari kontak mata b. Pasien berbicara dengan suara yang pelan c. Pasien tidak bicara, kecuali ditanya d. Saat berkomunikasi, pasien terlihat sering menunduk

No.	Pasien I		Pasien II	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
6.	Senin, 1 April 2019	<p>(D.0111) Defisit Pengetahuan Tentang Status Kesehatan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi, yang ditandai dengan :</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dan keluarga mengatakan baru tahu jika pasien sudah terkena Gagal Ginjal Kronis b. Pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit Gagal Ginjal Kronis c. Pasien mengatakan tidak tahu cara perawatan penyakit setelah keluar dari RS d. Pasien mengatakan tidaktahu mekanisme HD e. Pasien mengatakan takut HD, karena takut gagal dan akhirnya meninggal. 		

No.	Pasien I		Pasien II	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
		Data Objektif : a. Pasien merupakan penderita baru Gagal Ginjal Kronis, dengan umur 66 tahun, lulusan SD dan dahulu bekerja sebagai petani. b. Pasien terlihat gelisah c. Pasien selalu bertanya mengenai kondisi penyakitnya		

4.1.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.3 Intervensi Keperawatan Pasien I dengan Penyakit Ginjal Kronis di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Senin, 1 April 2019	(D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas kembali efektif dengan, kriteria hasil : 1. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigeniasi yang adekuat 2. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas bersih, tidak ada sianosis dan <i>dyspneu</i> (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada <i>pursed lips</i>) 3. Tanda – tanda vital dalam rentang normal : a. TD : 110-140/70-90 mmHg b. N : 60-100 x/menit c. RR : 16-24 x/menit d. T : 36,0 – 37,0°C	1.1 Identifikasi adanya kelelahan otot bantu pernapasan 1.2 Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 1.3 Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman, penggunaan otot bantu pernapasan, bunyi nafas tambahan, saturasi oksigen) 1.4 Berikan posisi <i>fowler</i> atau <i>semifowler</i> 1.5 Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (nasal kanul) 1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 1.7 Ajarkan cara mengubah posisi secara mandiri 1.8 Ajarkan teknik batuk efektif 1.9 Kolaborasi penentuan dosis oksigen
2.	Senin, 1 April 2019	(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi Hemoglobin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x8 jam, diharapkan perfusi perifer efektif dengan kriteria hasil : 1. Hemoglobin dalam rentang normal : 14-18 g/dL	2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva) 2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			2. Tanda – tanda vital dalam rentang normal : a. TD : 110-140/70-90 mmHg b. N : 60-100 x/menit c. RR : 16-24 x/menit d. T : 36,0 – 37,0°C 3. CRT ≤ 2 detik 4. Konjungtiva kemerahan	2.3 periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan keadaan klinis 2.4 Ambil sampel darah sesuai protokol 2.5 Kolaborasi pemberian obat oral sesuai intruksi dokter 2.6 Kolaborasi pemberian produk darah sesuai intruksi dokter
3.	Senin, 1 April 2019	(D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan Kerusakan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan terjadi keseimbangan cairan dengan kriteria hasil : 1. Terbebas dari edema, efusi dan anasarka 2. Bunyi nafas bersih, tidak ada <i>dyspneu/ortopneu</i> 3. Turgor kulit kembali ≤ 3 detik 4. Terbebas dari kelelahan, kecemasan dan kebingungan 5. Tanda – tandavital dalam rentang nromal : a. TD : 110-140/70-90 mmHg b. N : 60-100 x/menit c. RR : 16-24 x/menit d. T 36,0 – 37,0 °C	3.1 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan) 3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 3.6 Monitor kecepatan infus secara ketat 3.7 Batasi asupan cairan dan garam 3.8 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan makan dan haluaran urin. 3.9 Kolaborasi pemberian diuretic

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
				3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa
4.	Senin, 1 April 2019	(D.0076) Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia (uremia)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nausea teratasi dengan kriteria hasil : 1. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 2. Tidak ada tanda – tanda malnutrisi	4.1 Identifikasi status nutrisi 4.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 4.3 Kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4.4 Monitor asupan makan 4.5 Anjurkan pasien untuk menghabiskan porsi makan yang diberikan 4.6 Ajarkan diet yang dianjurkan 4.7 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang diperlukan
5.	Senin, 1 April 2019	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran terhadap kegagalan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ansietas dapat berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : 1. Pasien mampu mengungkapkan rasa cemas yang dirasakan 2. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya ansietas 3. Tanda – tanda vital dalam rentang normal : a. TD : 110-140/70-90 mmHg b. N : 60-100 x/menit	5.1 Monitor tanda – tanda ansietas 5.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5.3 Dengarkan dengan penuh perhatian 5.4 Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaannya 5.5 Informasikan secara faktual mengenai diagnosis pengobatan, dan prognosis 5.6 Latih teknik relaksasi

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			c. RR : 16-24 x/menit d. T : 36,0-37,0°C	
6.	Senin, 1 April 2019	(D.0111) Defisit Pengetahuan Tentang Status Kesehatan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan dengan kriteria hasil : 1. Pasien dan keluarga menyatakan paham tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat	6.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 6.2 Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya dan mengemukakan perasaannya 6.3 Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dampak, diet, dan hal – hal yang harus diperhatikan pasien gagal ginjal 6.4 Jelaskan pengertian, kelebihan dan kekurangan terapi hemodialisa, serta prosedur dialisa 6.5 Jelaskan manfaat memonitor intake dan output 6.6 Ajarkan cara memantau hipervolemia 6.7 Jelaskan pentingnya dukungan keluarga

Tabel 4.4 Intervensi Keperawatan Pasien II dengan Penyakit Ginjal Kronis di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Senin, 1 April 2019	(D.0005) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas kembali efektif dapat teratasi dengan, kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigeniasi yang adekuat 5. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas bersih, tidak ada sianosis dan <i>dyspneu</i> (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada <i>pursed lips</i>) 6. Tanda – tanda vital dalam rentang normal : <ol style="list-style-type: none"> a. TD : 110-140/70-90 mmHg b. N : 60-100 x/menit c. RR : 16-24 x/menit d. T : 36,0 – 37,0°C 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi adanya kelelahan otot bantu pernapasan 1.2 Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 1.3 Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman, penggunaan otot bantu pernapasan, bunyi nafas tambahan, saturasi oksigen) 1.4 Berikan posisi <i>fowler</i> atau <i>semifowler</i> 1.5 Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (nasal kanul) 1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 1.7 Ajarkan cara mengubah posisi secara mandiri 1.8 Kolaborasi penentuan dosis oksigen
2.	Senin, 1 April 2019	(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi Hemoglobin	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x8 jam, diharapkan perfusi perifer efektif dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hemoglobin dalam rentang normal : 10-12 g/dL 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva) 2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			2. Tanda – tanda vital dalam rentang normal : <ol style="list-style-type: none"> a. TD : 110-140/70-90 mmHg b. N : 60-100 x/menit c. RR : 16-24 x/menit d. T : 36,0 – 37,0°C 3. CRT ≤ 2 detik 4. Konjungtiva kemerahan	2.3 periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan keadaan klinis 2.4 Ambil sampel darah sesuai protokol 2.5 Kolaborasikan pemberian obat oral sesuai intruksi dokter 2.6 Kolaborasikan pemberian produk darah sesuai intruksi dokter
3.	Senin, 1 April 2019	(D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan Kerusakan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x24 jam diharapkan terjadi keseimbangan cairan dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Terbebas dari edema, efusi dan anasarka 2. Bunyi nafas bersih, tidak ada <i>dyspneu/ortopneu</i> 3. Turgor kulit kembali ≤ 3 detik 4. Terbebas dari kelelahan, kecemasan dan kebingungan 5. Tanda – tandavital dalam rentang nromal : <ol style="list-style-type: none"> a. TD : 110-140/70-90 mmHg b. N : 60-100 x/menit c. RR : 16-24 x/menit d. T 36,0 – 37,0 °C 	3.1 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan) 3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 3.6 Monitor kecepatan infus secara ketat 3.7 Batasi asupan cairan dan garam

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
				3.8 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan makan dan haluaran urin. 3.9 Kolaborasi pemberian diuretik 3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa
4.	Senin, 1 April 2019	(D.0076) Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia (uremia)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nausea dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 2. Tidak ada tanda – tanda malnutrisi	4.1 Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan 4.2 Identifikasi faktor penyebab mual 4.3 Monitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) 4.4 Monitor asupan nutrisi dan kalori 4.5 Berikan makanan dalam jumlah kecil tapi menarik 4.6 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 4.7 Kolaborasi pemberian antiemetik
5.	Sein, 1 April 2019	(D.0087) Harga Diri Rendah Situasional berhubungan dengan Perubahan Peran Sosial	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan terjadi peningkatan harga diri dengan kriteria hasil : 1. Adaptasi terhadap etunadayaan fisik : respon adptif pasien terhadap tantangan fungsional penting akibat ketunadayaan fisik	5.1 Identifikasi kemampuan yang dimiliki 5.2 Identifikasi pemahaman terhadap proses penyakit 5.3 Monitor verbalisasi yang merendahkan diri 5.4 Motivasi verbalisasi positif untuk diri sendiri

No.	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			2. Menunjukkan penilaian pribadi tentang harga diri 3. Mengungkapkan penerimaan diri komunikasi terbuka 4. Mengatakan optimisme tentang masa depan	5.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5.6 Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri 5.7 Motivasi terlibat dalam kegiatan social 5.8 Jelaskan pada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep diri pasien



4.1.2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan Pada Pasien I

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf & nama
Senin, 1 April 2019	1.1 Memonitor status respirasi	1.1 RR : 32x/menit Ada penggunaan otot bantu nafas Tidak ada bunyi suara nafas tambahan SpO ₂ : 91%	Niken
07.30	1.4 Mengatur posisi menjadi semifowler	1.4 Pasien dapat berpindah posisi	
07.15	1.7 Mengajarkan cara mengubah posisi secara mandiri	1.7 Pasien awalnya tertidur dan mampu mengubah posisi semifowler	
07.30	1.5 Memasang oksigen sesuai kebutuhan	1.5 Pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm	
07.40	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer	2.1 CRT : 5 detik Nadi : 71x/menit Suhu : 36,1 °C Konjungtiva anemis Edema anasarka	
07.45	3.1 Melihat penyebab hipervolemi	3.1 Penyebab hipervolemi akibat retensi na dan air.	
07.50	3.2 Melihat tanda dan gejala hipervolemi	3.2 Pasien edema anasarka Pitting edema positif Urin : 250 cc (dengan bantuan furosemide) Ekstremitas atas RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 Ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 LFG : 0,29 mL/min/1.73m ² Balance cairan Input : 1.023 cc Output : 850 cc Balance : +173 cc Shifting dullness positif Asites (+)	
08.00	4.1 Melihat status nutrisi	4.1 Pasien terlihat mual Pasien hanya menghabiskan 2- 5 sendok makan saja	
08.10	4.2 Menanyakan adanya alergi pada pasien	4.2 Pasien mengatakan tidak ada alergi	
08.15	4.4 Menganjurkan pasien untuk menghabiskan porsi makannya	4.4 Pasien mengatakan ingin muntah bila makan	

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf & nama
08.20 08.30 09.10 09.20 09.25 09.30 10.00 10.05	4.7 Mengkolaborasi asupan makan dengan ahli gizi 5.1 Melihat adanya kecemasan pada pasien 5.2 Menggunakan susana terapeutik 3.3 Memeriksa TTV 2.2 Melihat hasil laboratorium 2.3 Melihat kesesuaian hasil laboratorium dengan nilai normal 5.4 Menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaannya 5.3 Mendengarkan curhatan pasien	4.7 Jenis diet RP(0,8 g/KgBB, RG (400 mg Na), kalori : 35 Kkal/KgBB + ekstra susu RP 2x150 cc 5.1 Pasien terlihat gelisah dan cemas Nilai skala HARS : 25 (Kecemasan Sedang) 5.2 Pasien terlihat lebih nyaman 3.3 TD : 190/130 mmHg N : 71x/menit RR : 32x/menit S : 37 °C 2.2 Hb : 6,4 g/dL Ureum : 210 mg/dL Kreatinin : 25,2 mgdL 2.3 Terjadi penuruna Hb dan peningkatan ureum kreatinin 5.4 Pasien mengerti 5.3 Pasien terlihat gelisah akan kondisinya	
Selasa, 2 April 2019 07.30 07.40 07.50 08.00	1.1 Memonitor status respirasi 1.9 Mengkolaborasi pemberian dosis oksigen 2.1 Memeriksa sirkulasi perifer 3.2 Memeriksa tanda edema 3.4 Memonitor intake dan output	1.1 RR : 27x/menit Terlihat masih menggunakan pernapasan cuping hidung Warna bibir pucat Tidak ada penggunaan cuping hidung SpO ₂ : 95% 1.9 Terpasang nasal kanul 1,5 lpm 2.1 CRT : 4 detik Konjungtiva anemis N : 86x/menit 3.2 Urin : 800 cc (dengan bantuan Furosemide) Pitting edema (+) Ekstremitas atas RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 Ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 3.4 Balance cairan Input : 1.703,5 cc Output : 1900 cc	Niken

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf & nama
08.05	3.6 Memonitor kecepatan infus	Balance : -196.5 cc 3.6 Terpasang IVFD Eas primer 10tpm	
08.10	3.7 Membatasi asupan garam dan air	3.7 Pasien paham dan mengerti	
08.30	5.1 mengukur skala HARS	5.1 Nilai skala HARS 18 (tingkat kecemasan ringan)	
08.35	1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	1.6 Pasien paham dan mengerti	
08.40	5.5 Memberikan informasi tentang penyakit	5.5 Pasien paham dan mengerti	
09.00	5.6 Mengajarkan pasien relaksasi spiritual	5.6 Pasien paham dan mampu mengikuti.	
09.10	3.8 Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan makan dan haluaran urin	3.8 Pasien dan keluarga paham	
09.30	3.9 Menginjeksi diuretik	3.9 Furosemid 20 mg via IV	
09.35	4.7 Menginjeksi antiemetik	3.7 Ranitidine 100 mg via IV	
09.40	3.3 Mengukur TTV	3.3 TD :160/100 mmHg Nadi : 86 kali/menit RR : 27 kali/menit Temp : 36.1 °C	
10.00	3.10 Mengantar pasien ke ruang HD	3.10 Pasien terlihat gelisah	
11.00	2.6 Memberikan produk darah	2.6 Pemberian PRC 1 Kolf B ⁺ di ruang HD	
15.00	2.2 Melihat hasil laboratorium	2.2 Hb : 7,8 g/dL Ht : 24,9 %	
15.00	3.5 Melihat hemokonsentrasi	3.5 Ureum : 145 mg/dL Kreatinin : 12,1 mg/dL	
Rabu, 3 April 2019	1.1 Memonitor status respirasi	1.1 RR : 24 x/menit Pernapasan vesikuler Irama nafas reguler Tidak terpasang alat bantu nafas berupa oksigen Tidak terlihat adanya penggunaan otot bantu pernapasan Tidak terdapat adanya penggunaan cuping hidung Warna bibir dan wajah pucat Usaha nafas pasien dengan posisi semofowler Saat merasa sesak, pasien mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam SpO ₂ : 99%	
08.00	4.4 Melihat status nutrisi pasien	4.4 Terlihat frekuensi mual pasien berkurang	Niken

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf & nama
08.10	5.1 Melihat tingkat kecemasan	Pasien mual tanpa pengeluaran muntah Pasien terlihat mulai makan dengan lahap Pasien terlihat hanya menghabiskan setengah porsi makanannya 5.1 Pasien terlihat tenang dan sering berzikir Nilai skala HARS : 13 (tidak ada kecemasan)	
08.15	2.1 Melihat status perfusi	2.1 Pengisian kapiler = 4 detik Konjungiva anemis Mukosa bibir kering Respirasi = 24x/menit Nadi = 80x/menit	
08.20	3.2 Memeriksa tanda edema	3.2 Terlihat edema yang berkurang terutama di area pelpebra dan ekstremitas bawah Terdapat asites pada abdomen Stiffing dullnes (+) Urin : 660 cc (dengan bantuan Furosemide) Pitting edema (+) Ekstremitas atas RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1 Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +2 LL : +2	
08.30	3.9 Menginjeksi diuretik	3.9 Furosemide 20mg via IV	
08.40	3.4 Memonitor intake dan output	3.4 Balance cairan Input : 1.454 cc Output : 1.560 cc Balance : -106 cc	
08.50	6.1 Melihat kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi	6.1 Pasien terlihat tenang	
09.00	6.2 Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk mengemukakan pendapatnya	6.2 Pasien dan keluarga sering bertanya masalah penyakit	
09.20	6.3 Menjelaskan mengenai PGK dan cara perawatan di rumah	6.3 Pasien dan keluarga terlihat paham dan menyimak semua yang dijabarkan	
09.25	6.4 Menjelaskan mengenai Hemodialisa	6.4 Pasien dan keluarga terlihat paham	
09.30	6.5 Menjelaskan pentingnya memonitor cairan pada pasien PGK	6.5 Pasien dan keluarga terlihat paham	
09.40			

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf & nama
	6.7 Menjelaskan pentingnya dukungan keluarga dalam perawatan pasien PGK	6.7 Keluarga paham dan mengerti	
Kamis, 4 April 2019 09.30 10.00 10.10 11.30 13.00	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer 2.6 Memberikan produk darah 2.2 Melihat hasil laboratorium 3.2 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemi 3.4 Memonitor intake dan output 3.9 Menginjeksi diuretik	2.1 Pengisian kapiler = 3 detik Konjungiva anemis Mukosa bibir lembab Respirasi = 23x/menit Nadi = 84x/menit 2.6 PRC 1 Kolf B ⁺ 2.2 Hb : 9,1 g/dL Ht : 31% 3.2 Terdapat asites pada abdomen berkurang Stiffing dullnes (+) Urin : 1200 cc (dengan bantuan Furosemide) Pitting edema (+) Ekstremitas atas RU : 0 LU : 0 RL : 0 LL : 0 Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1 3.4 Balance cairan Input : 1.924,5 cc Output : 2.300 cc Balance : -375,5 cc 3.9 Furosemide 20 mg via IV	Niken
Jumat, 5 April 2019 10.30 13.00 15.00 16.00 16.00 16.10 16.20	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer 3.10 Mengantar pasien ke HD 2.6 Memberikan produk darah 3.9 Menginjeksi diuretik 2.2 Memeriksa hasil laboratorium 3.5 Melihat hasil hemokonsentrasi 3.2 Memeriksa tanda hipervolemia 3.4 Memonitor intake dan output	1.1 Pengisian kapiler = 2 detik Konjungiva anemis Mukosa bibir lembab Respirasi = 22x/menit Nadi = 78x/menit 3.10 Pasien terlihat tenang 2.6 PRC 1 Kolf B ⁺ diberikan saat HD 3.9 Furosemide 20 mg via IV 2.2 Hb : 11,1 g/dL Ht : 34 % 3.5 Ureum : 89 mg/dL Kreatinin : 5,3 mg/dL Na : 139 mmol/L 3.2 Stiffing dullnes (-) Urin : 1150 cc (dengan bantuan Furosemide) Pitting edema (-) 3.4 Balance cairan Input : 1.924,5 cc	Niken

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf & nama
17.00	3.3 Mengukur TTV	Output : 2.050 cc Balance : -125,5 cc 3.3 TD :150/110 mmHg Nadi : 78 kali/menit RR : 18 kali/menit Temp : 36.3 °C	

Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan Pada Pasien II

Tanggal	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf & nama
Senin, 1 April 2019	1.2 Memonitor status respirasi	1.1 RR : 27x/menit Ada penggunaan otot bantu nafas Tidak ada bunyi suara nafas tambahan SpO ₂ : 96%	Niken
07.10	1.4 Mengatur posisi menjadi semifowler	1.4 Pasien dapat berpindah posisi	
07.30	1.7 Mengajarkan cara mengubah posisi secara mandiri	1.7 Pasien awalnya tertidur dan mampu mengubah posisi semifowler	
07.33	1.5 Memasang oksigen sesuai kebutuhan	1.5 Pasien terpasang oksigen nasal kanul 1,5 lpm	
07.40	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer	2.1 CRT : 4 detik Nadi : 80x/menit Suhu : 36,5 °C Konjungtiva anemis Edema ekstremitas	
07.45	3.1 Melihat penyebab hipervolemi	3.1 Penyebab hipervolemi akibat retensi na dan air.	
07.55	3.2 Melihat tanda dan gejala hipervolemi	3.2 Pasien edema ekstremitas Pitting edema positif Urin : 60 cc (dengan bantuan furosemide) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1 LFG : 0,29 mL/min/1.73m ²	
09.00	3.4 Memonitor intake dan output	3.4 Balance cairan Input : 1.039 cc Output : 855 cc Balance : +124 cc <i>Shifting dullness</i> positif Asites (+)	
09.10	4.1 Melihat status nutrisi		

Tanggal	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf & nama
<p>09.15</p> <p>09.25</p> <p>09.30</p> <p>09.40</p> <p>09.50</p> <p>10.00</p> <p>10.10</p> <p>10.20</p> <p>10.30</p> <p>11.00</p>	<p>4.2 Menanyakan adanya alergi pada pasien</p> <p>4.4 Menganjurkan pasien untuk menghabiskan porsi makannya</p> <p>4.7 Mengkolaborasi asupan makan dengan ahli gizi</p> <p>3.3 Memeriksa TTV</p> <p>2.2 Melihat hasil laboratorium</p> <p>2.3 Melihat kesesuaian hasil laboratorium dengan nilai normal</p> <p>5.5 Menggunakan teknik terapeutik</p> <p>5.2 melihat kemampuan yang dimiliki oleh pasien</p> <p>5.4 Menganjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaannya</p> <p>5.3 Mendengarkan curhatan pasien</p>	<p>4.1 Pasien terlihat mual dan muntah 50 cc Pasien hanya menghabiskan 2-3 sendok makan saja</p> <p>4.2 Pasien mengatakan tidak ada alergi</p> <p>4.4 Pasien mengatakan ingin muntah bila makan</p> <p>4.7 Jenis diet DM 1700 Kkal RP(1 g/KgBB 3.3 TD : 130/90 mmHg N: 80x/menit RR : 27x/menit S : 36,5 °C</p> <p>2.2 Hb : 7,6 g/dL Ureum : 135,1 mg/dL Kreatinin : 9,1 mg/dL</p> <p>2.3 Terjadi penurunan Hb dan peningkatan ureum kreatinin</p> <p>5.5 Membangun trust pada pasien</p> <p>5.2 pasien terlihat lemas</p> <p>5.4 Pasien mengerti</p> <p>5.3 Pasien sering mengungkapkan ketidak bergunaan dirinya</p>	
<p>Selasa, 2 April 2019</p> <p>08.30</p> <p>08.45</p> <p>09.00</p> <p>09.40</p>	<p>1.2 Memonitor status respirasi</p> <p>1.9 Mengkolaborasi pemberian dosis oksigen</p> <p>2.1 Memeriksa sirkulasi perifer</p> <p>3.2 Memeriksa tanda edema</p> <p>3.4 Memonitor intake dan output</p>	<p>1.1 RR : 25x/menit Terlihat masih menggunakan otot bantu pernapasan Warna bibir pucat Tidak ada penggunaan cuping hidung SpO₂ : 95%</p> <p>1.9 Terpasang nasal kanul 1 lpm</p> <p>2.1 CRT : 4 detik Konjungtiva anemis N : 76x/menit</p> <p>3.2 Urin : 260 cc (dengan bantuan Furosemide) Pitting edema (+) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1</p> <p>3.4 Balance cairan Input : 1108,5 cc Output : 1.115 cc</p>	<p>Niken</p>

Tanggal	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf & nama
09.45 09.50 10.05 10.10 10.16 10.23 10.26 10.30 11.00 11.03 12.00	3.6 Memonitor kecepatan infus 3.7 Membatasi asupan garam dan air 1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam 5.5 Memberikan informasi tentang penyakit 5.6 memberikan motivasi pada pasien 5.7 Motivasi pasien dalam verbalisasi positif 5.8 Menjelaskan pada keluarga pentingnya dukungan keluarga 3.8 Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan makan dan haluaran urin 3.9 Menginjeksi diuretik 4.7 Menginjeksi antiemetik 3.3 Mengukur TTV	Balance : - 6,5 cc 3.6 Terpasang IVFD NaCl 0,9% 7 tpm 3.7 Pasien paham dan mengerti 1.6 Pasien paham dan mengerti 5.5 Pasien paham dan mengerti 5.6 Pasien paham namun masih susah berpikir positif 5.7 Pasien paham 5.8 Keluarga pasien paham dan mengerti 3.8 Pasien dan keluarga paham 3.9 Furosemid 10 mg via IV 3.7 Ranitidine 10 mg via IV 3.3 TD :120/80 mmHg Nadi : 76 kali/menit RR : 25 kali/menit Temp : 36.5 °C Kreatinin : 12,1 mg/dL	
Rabu, 3 April 2019 09.00	1.2 Memonitor status respirasi 4.4 Melihat status nutrisi pasien	1.1 RR : 22 x/menit Pernapasan vesikuler Irama nafas reguler Tidak terpasang alat bantu nafas berupa oksigen Tidak terlihat adanya penggunaan otot bantu pernapasan Tidak terdapat adanya penggunaan cuping hidung Warna bibir dan wajah pucat Usaha nafas pasien dengan posisi semifowler Saat merasa sesak, pasien mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam SpO ₂ : 99% 4.4 Terlihat frekuensi mual pasien berkurang Pasien mual tanpa pengeluaran muntah Pasien terlihat mulai makan dengan lahap	Niken

Tanggal	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf & nama
<p>09.10</p> <p>09.30</p> <p>09.40</p> <p>10.00</p> <p>12.00</p> <p>14.00</p> <p>16.00</p> <p>16.00</p> <p>17.00</p>	<p>2.1 Melihat status perfusi</p> <p>3.2 Memeriksa tanda edema</p> <p>3.4 Memonitor intake dan output</p> <p>3.9 Menginjeksi diuretik</p> <p>3.10 Mengantar pasien ke ruang HD</p> <p>2.6 Memberikan prodek darah</p> <p>2.2 Melihat hasil laboraturium</p> <p>3.3 Melihat Hemokonsentrasi</p> <p>5.6 Memberikan motivasi kepada pasien</p>	<p>Pasien terlihat hanya menghabiskan setengah porsi makanannya</p> <p>2.1 Pengisian kapiler = 3 detik Konjungiva anemis Mukosa bibir kering Respirasi = 22x/menit Nadi = 80x/menit</p> <p>3.2 Tidak ada suara nafas tambahan Terlihat edema yang berkurang Terdapat asites pada abdomen Stiffing dullnes (+) Urin : 200 cc (dengan bantuan Furosemide) Pitting edema (+) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1</p> <p>3.4 Balance cairan Input : 1108,5 cc Output : 1255 cc Balance : - 146,5 cc</p> <p>3.9 Furosemide 20mg via IV</p> <p>3.10 Pasien terlihat tenang</p> <p>2.6 PRC 1 Kolf O⁺ di ruang HD</p> <p>2.2 Hemoglobin = 8,3 g/dL Hematokrit = 26,6%</p> <p>3.3 Ureum : 66 mg/dL Kreatinin : 3,7 mg/dL Na : 145 mmol/L Kalium : 5,1 mmol/L</p> <p>5.6 Pasien paham akan pentingnya hidupnya bagi keluarga</p>	
<p>Kamis, 4 April 2019</p> <p>10.30</p> <p>10.40</p>	<p>2.1 Memeriksa sirkulasi perifer</p> <p>3.2 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemi</p> <p>3.4 Memonitor intake dan output</p>	<p>2.1 Pengisian kapiler = 3 detik Konjungiva anemis Mukosa bibir lembab Respirasi = 23x/menit Nadi = 90x/menit</p> <p>3.2 Terlihat edema yang berkurang Terdapat asites pada abdomen berkurang Stiffing dullnes (-) Urin : 600 cc (dengan bantuan Furosemide) Pitting edema (-)</p> <p>3.4 Balance cairan</p>	<p>Niken</p>

Tanggal	Implementasi	Evaluasi Tindakan	Paraf & nama
10.45 12.00	3.9 Menginjeksi diuretik 3.4 Mengukur TTV	Input : 1.277 cc Output : 1455 cc Balance : - 178 cc 3.9 Furosemide 10 mg via IV 3.4 TD :110/60 mmHg Nadi : 76kali/menit RR : 22 kali/menit Temp : 36.8 °C	
Jumat, 5 April 2019 08.35 08.40 12.00 12.00 12.30 12.45 13.00	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer 2.6 Memberikan produk darah 3.9 Menginjeksi diuretik 2.2 Memeriksa hasil laboratorium 3.5 Melihat hasil hemokonsentrasi 3.2 Memeriksa tanda hipervolemia 3.4 Memonitor intake dan output 3.3 Mengukur TTV	1.1 Pengisian kapiler = 2 detik Konjungiva anemis Mukosa bibir lembab Respirasi = 20x/menit Nadi = 82x/menit 2.6 PRC 1 Kolf O ⁺ 3.9 Furosemide 10 mg via IV 2.2 Hb : 9,8 g/dL Ht : 30 % 3.5 Ureum : 66 mg/dL Kreatinin : 3,7 mg/dL Na : 145 mmol/L 3.2 Terlihat edema hilang pada ekstremitas Asites pada abdomen berkurang Stiffing dullnes (-) Urin : 750 cc (dengan bantuan Furosemide) Pitting edema (-) 3.4 Balance cairan Input : 1.477 cc Output : 1.605 cc Balance : -128 cc 3.3 TD :130/80 mmHg Nadi : 82 kali/menit RR : 20 kali/menit Temp : 36.3 °C	Niken

4.1.2.5 Evaluasi

Tabel 4.7 Evaluasi Pasien I dengan Penyakit Ginjal Kronis di Ruang Flamboyan

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
1.	Senin, 1 April 2019	<p>Dx1 : Pola nafas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan merasa sesak 2) Pasien mengatakan masih merasa pusing <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) RR : 32x/menit 2) Pernapasan pendek dan dalam 3) Terpasang nasal kanul 3 lpm 4) Terdapat penggunaan otot bantu pernapasan 5) Terdapat penggunaan pernapasan cuping hidung 6) Warna bibir dan wajah pucat 7) SpO₂ : 91% <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Monitor status respirasi dan oksigenasi 1.4 Berikan posisi <i>fowler</i> atau <i>semifowler</i> 1.5 Berikan Oksigenasi sesuai kebutuhan 1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 1.7 Ajarkan cara mengubah posisi secara mandiri 1.8 Kolaborasi penentuan dosis oksigen
		<p>Dx2 : Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi Hemoglobin</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan badannya terasa lemah 2) Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengisian kapiler = 5 detik 2) Konjungiva anemis 3) Mukosa bibir kering dan pucat 4) Akral teraba dingin 5) Respirasi = 32x/menit 6) Nadi = 71x/menit 7) Hemoglobin = 6,6 g/dL 8) Hematokrit = 21.1% 9) Pasien post tranfusi PRC B⁺ 1 kolf jam 16.30 WITA <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva) 2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan 2.3 Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan keadaan klinis 2.4 Ambil sampel darah sesuai protokol 2.5 Kolaborasi pemberian obat oral sesuai intruksi dokter 2.6 Kolaborasi pemberian produk darah sesuai intruksi dokter

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>Dx3 : Hipervolemia b.d kerusakan mekanisme regulasi</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan sesak 2) Pasien mengatakan bengkak di area kaki, tangan dan wajahnya 3) Pasien mengatakan haluaran kencing hanya sekali dalam jumlah sedikit. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terpasang IVFD Eas Primer 10 tpm 2) Terpasang folley kateter 3) Terlihat edema anasarka (edema pada area ekstremitas atas dan bawah, serta wajah) 4) Terdapat asites pada abdomen 5) <i>Shifting Dullness</i> (+) 6) Urin : 250 cc (dengan bantuan Furosemide) 7) Pitting edema (+) 8) Ekstremitas atas <ul style="list-style-type: none"> RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 9) Ekstremitas bawah <ul style="list-style-type: none"> RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2 10) Balance cairan <ul style="list-style-type: none"> Input : 1.023 cc Output : 850 cc Balance : +173 cc 11) Ureum : 210 mg/dL 12) Kreatinin : 25,2 mg/dL 13) Natrium : 189 mmol/L <p>A : Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan) 3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 3.6 Monitor kecepatan infus secara ketat 3.8 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan makan dan haluaran urin. 3.9 Kolaborasi pemberian diuretik 3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa <p>Dx4 : Nausea b.d gangguan biokimia (uremia)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan mual, tapi tidak ada keluar muntah. 2) Pasien mengatakan malas makan karena mulut terasa pahit. 3) Pasien mengatakan hanya menghabiskan 3 sendok makan saja <p>O :</p>

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>1) Terlihat frekuensi mual pasien > 10 kali 2) Pasien mual tanpa pengeluaran muntah 3) Pasien terlihat tidak nyaman dengan kondisinya 4) Pasien terlihat hanya menghabiskan 3 sendok makan saja 5) Ureum : 210 mg/dL 6) Kreatinin : 25,2 mg/dL A : Masalah nausea belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.3 Monitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) 4.4 Monitor asupan nutrisi dan kalori 4.5 Berikan makanan dalam jumlah kecil tapi menarik 4.6 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 4.7 Kolaborasi pemberian antiemetik</p> <p>Dx5 : Ansietas b.d kekhawatiran terhadap kegagalan S : 1) Pasien mengatakan merasa takut dengan kondisi yang sedang dialami 2) Pasien mengatakan takut jika kegiatan Hemodialisa gagal O : 1) Pasien terlihat gelisah dan cemas 2) Nilai skala HARS : 25 (Kecemasan Sedang) 3) Tanda – tanda vital a. TD :190/1300 mmHg b. Nadi : 71 kali/menit c. RR : 30 kali/menit d. Temp : 37,0 °C A : Masalah ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 5.4 Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaannya 5.5 Informasikan secara faktual mengenai diagnosis pengobatan, dan prognosis 5.6 Latih teknik relaksasi</p>
2.	Selasa, 2 April 2019	<p>Dx1 : Pola nafas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru S : 1) Pasien mengatakan sesak berkurang dengan posisi <i>semifowler</i> 2) Pasien mengatakan nyaman bernafas dengan posisi <i>semifowler</i> O : 1) RR : 27 x/menit 2) Pernapasan takipnea 3) Terpasang nasal kanul 1,5 lpm 4) Terlihat adanya penggunaan otot bantu pernapasan 5) Tidak terdapat adanya penggunaan cuping hidung 6) Warna bibir dan wajah pucat 7) Pasien paham dan mengerti mengenai posisi <i>semifowler</i> dalam membantu ekspansi paru yang optimal 8) Usaha nafas pasien dengan posisi <i>semifowler</i> 9) Pasien mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam</p>

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>10) SpO₂ : 95%</p> <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.3 Monitor status respirasi dan oksigenasi</p> <p>1.4 Berikan posisi <i>fowler</i> atau <i>semifowler</i></p> <p>1.5 Berikan Oksigenasi sesuai kebutuhan</p> <p>1.8 Kolaborasi penentuan dosis oksigen</p> <hr/> <p>Dx2 : Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi Hemoglobin</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan badannya masih terasa lemah</p> <p>2) Pasien mengatakan kepalanya masih terasa pusing</p> <p>3) Pasien mengatakan sesak</p> <p>O :</p> <p>1) Pengisian kapiler = 4 detik</p> <p>2) Konjungiva anemis</p> <p>3) Mukosa bibir kering dan pucat</p> <p>4) Akral teraba hangat</p> <p>5) Respirasi = 27x/menit</p> <p>6) Nadi = 86x/menit</p> <p>7) Hemoglobin = 7,8 g/dL</p> <p>8) Hematokrit = 24,9%</p> <p>9) Pasien pos tranfusi 1 kolf PRC B⁺ (di HD)</p> <p>10) Pasien pos HD jam 11 WITA</p> <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva)</p> <p>2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan</p> <p>2.3 Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan keadaan klinis</p> <p>2.4 Ambil sampel darah sesuai protokol</p> <p>2.6 Kolaborasikan pemberian produk darah sesuai intruksi dokter</p> <hr/> <p>Dx3 : Hipervolemia b.d kerusakan mekanisme regulasi</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan sesak</p> <p>2) Pasien mengatakan haluaran kencing lebih banyak dari kemarin</p> <p>O :</p> <p>1) Terpasang IVFD Eas Primer 10 tpm</p> <p>2) Terpasang folley kateter</p> <p>3) Tidak ada suara nafas tambahan</p> <p>4) Terlihat edema anasarka (edema pada area ekstremitas atas dan bawah, serta wajah)</p> <p>5) Terdapat asites pada abdomen</p> <p>6) <i>Shifting Dullness</i> (+)</p> <p>7) Urin : 800 cc (dengan bantuan Furosemide)</p> <p>8) Pitting edema (+)</p> <p>9) Ekstremitas atas</p> <p>RU : +1 LU : +1</p>

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>RL : +2 LL : +2</p> <p>10) Ekstremitas bawah RU : +1 LU : +1 RL : +2 LL : +2</p> <p>11) Balance cairan Input : 1.703,5 cc Output : 1900 cc Balance : -196.5 cc</p> <p>12) Ureum : 146 mg/dL 13) Kreatinin : 12,1 mg/dL 14) Na : 157 mmol/L 15) Tanda – tanda vital a. TD :160/100 mmHg b. Nadi : 86 kali/menit c. RR : 27 kali/menit d. Temp : 36.1 °C</p> <p>16) Keluarga mampu memahami cara pengukuran urin dan pencatatan asupan makanan A : Masalah hipervolemia belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan) 3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 3.9 Kolaborasi pemberian diuretik 3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa</p> <hr/> <p>Dx4 : Nausea b.d gangguan biokimia (uremia) S : 1) Pasien mengatakan mual berkurang saat diberikan obat 2) Pasien mengatakan mau makan karena merasa lapar 3) Pasien mengatakan menghabiskan setengah porsi makanannya O : 1) Terlihat frekuensi mual pasien berkurang 2) Pasien mual tanpa pengeluaran muntah 3) Pasien terlihat mulai makan dengan lahap 4) Pasien terlihat hanya menghabiskan setengah porsi makanannya 5) Ureum : 146 mg/dL 6) Kreatinin : 12,1 mg/dL A : Masalah nausea belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.3 Monitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) 4.4 Monitor asupan nutrisi dan kalori 4.7 Kolaborasi pemberian antiemetik</p>
		<p>Dx5 : Ansietas b.d kekhawatiran terhadap kegagalan S : 1) Pasien mengatakan bahwa ia merasa tenang setelah menerapkan teknik relaksasi dan berzikir selama HD</p>

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>2) Pasien mengatakan sakit dan takut disuntik terus selama HD</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien terlihat gelisah dan cemas 2) Nilai skala HARS : 18 (Kecemasan ringan) 3) Tanda – tanda vital <ol style="list-style-type: none"> a. TD :1600/100 mmHg b. Nadi : 86 kali/menit c. RR : 27 kali/menit d. Temp : 36,1 °C <p>A : Masalah ansietas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.4 Anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaannya 5.5 Informasikan secara faktual mengenai diagnosis pengobatan, dan prognosis 5.6 Ingatkan menggunakan teknik relaksasi
3.	Rabu, 3 April 2019	<p>Dx₁ : Pola nafas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan sudah tdak merasa sesak <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) RR : 24 x/menit 2) Pernapasan vesikuler 3) Irama nafas reguler 4) Tidak terpasang alat bantu nafas berupa oksigen 5) Tidak terlihat adanya penggunaan otot bantu pernapasan 6) Tidak terdapat adanya penggunaan cuping hidung 7) Warna bibir dan wajah pucat 8) Usaha nafas pasien dengan posisi semofowler 9) Saat merasa sesak, pasien mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam 10) SpO₂ : 99% <p>A : Masalah pola nafas efektif teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Monitor status respirasi dan oksigenasi 1.5 Berikan posisi <i>fowler</i> atau <i>semifowler</i> 1.5 Berikan Oksigenasi sesuai kebutuhan <p>Dx₂ : Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi Hemoglobin</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan badannya terasa lebih bugar 2) Pasien mengatakan pusingnya sudah hilang 3) Pasien mengatakan sesak sudah tidak terasa <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengisian kapiler = 4 detik 2) Konjungiva anemis 3) Mukosa bibir kering 4) Respirasi = 24x/menit 5) Nadi = 80x/menit 6) Hemoglobin = 7,8 g/dL

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>7) Hematokrit = 24,9%</p> <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva)</p> <p>2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan</p> <p>2.4 Ambil sampel darah sesuai protokol</p> <p>2.6 Kolaborasi pemberian produk darah sesuai intruksi dokter</p> <hr/> <p>Dx3 : Hipervolemia b.d kerusakan mekanisme regulasi</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan sesak berkurang</p> <p>2) Pasien mengatakan haluaran kencing semakin hari semakin banyak</p> <p>3) Pasien mengatakan bengkaknya mengempes</p> <p>O :</p> <p>1) Terpasang IVFD Eas Primer 10 tpm</p> <p>2) <i>Aff Folley Catheter</i> karena rembes</p> <p>3) Tidak ada suara nafas tambahan</p> <p>4) Terlihat edema yang berkurang terutama di area perlebra dan ekstremitas bawah</p> <p>5) Terdapat asites pada abdomen</p> <p>6) <i>Shifting Dullness</i> (+)</p> <p>7) Urin : 660 cc (dengan bantuan Furosemide)</p> <p>8) Pitting edema (+)</p> <p>9) Ekstremitas atas RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1</p> <p>10) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +2 LL : +2</p> <p>11) Balance cairan Input : 1.454 cc Output : 1.560 cc Balance : -106 cc</p> <p>12) Ureum : 146 mg/dL</p> <p>13) Kreatinin : 12,1 mg/dL</p> <p>14) Na : 157 mmol/L</p> <p>15) Tanda – tanda vital a. TD :150/100 mmHg b. Nadi : 80 kali/menit c. RR : 24 kali/menit d. Temp : 36.7 °C</p> <p>A : Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan)</p> <p>3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP)</p> <p>3.4 Monitor intake dan output cairan</p>

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin)</p> <p>3.9 Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa</p> <hr/> <p>Dx4 : Nausea b.d gangguan biokimia (uremia)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan tidak ada rasa mual 2) Pasien mengatakan menghabiskan satu porsi makanannya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terlihat frekuensi mual pasien berkurang 2) Pasien mual tanpa pengeluaran muntah 3) Pasien terlihat mulai makan dengan lahap 4) Pasien terlihat hanya menghabiskan setengah porsi makanannya 5) Ureum : 146 mg/dL 6) Kreatinin : 12,1 mg/dL <p>A : Masalah nausea teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3 Monitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) 4.4 Monitor asupan nutrisi dan kalori 4.7 Kolaborasi pemberian antiemetik <hr/> <p>Dx5 : Ansietas b.d kekhawatiran terhadap kegagalan</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan merasa tenang jika berdzikir dan mengingat Tuhan 2) Pasien mengatakan akan menjalani prosedur yang ada untuk memperpanjang umurnya 3) Pasien mengatakan ingin segera pulih dan kembali ke rumah <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien terlihat tenang dan sering berzikir 2) Nilai skala HARS : 13 (tidak ada kecemasan) 3) Tanda – tanda vital <ol style="list-style-type: none"> a) TD :150/100 mmHg b) Nadi : 80 kali/menit c) RR : 24 kali/menit d) Temp : 36,5 °C <p>A : Masalah ansietas teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <hr/> <p>Dx8 : Defisit pengetahuan tentang status kesehatan b.d kurang terpapar informasi</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan sekarang tahu mengenai penyakit ginjal kronis 2) Pasien dan keluarga mengatakan paham mengenai perawatan pasien penyakit ginjal kronis saat dirumah 3) Pasien mengatakan paham mengenai mekanisme hemodialisa 4) Pasien dan keluarga mengatakan paham mengenai pentingnya menjaga asupan cairan ke pasien

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>5) Pasien dan keluarga mengatakan paham mengenai pantangan makan bagi penderita penyakit ginjal kronis</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien dan keluarga sangat tertarik mendengar dan mendapat pengetahuan baru mengenai penyakit ginjal kronis 2) Pasien dan keluarga sangat aktif bertanya mengenai perawatan pasien penyakit ginjal kronis saat dirumah 3) Pasien dan keluarga sangat senang telah diberikan informasi baru mengenai penyakit ginjal kronis dan hemodialisa 4) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali mengenai apa yang telah perawat jelaskan <p>A : Masalah defisit pengetahuan teratasi P : Hentikan intervensi</p>
4.	Kamis, 4 April 2019	<p>Dx2 : Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi Hemoglobin</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan badannya terasa lebih bugar 2) Pasien mengatakan pusingnya sudah hilang 3) Pasien mengatakan tidak ada sesak <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengisian kapiler = 3 detik 2) Konjungiva anemis 3) Mukosa bibir lembab 4) Respirasi = 23x/menit 5) Nadi = 84x/menit 6) Hemoglobin = 9,1 g/dL 7) Hematokrit = 31% 8) Post Tranfusi PRC 1 kolf B⁺ jam 15.00 WITA 9) Terlihat adanya peningkatan aktivitas, pasien yang mampu ke toilet dengan bantuan keluarga. <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva) 2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan 2.6 Kolaborasi pemberian produk darah sesuai intruksi dokter <p>Dx3 : Hipervolemia b.d kerusakan mekanisme regulasi</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan sesak sudah hilang 2) Pasien mengatakan haluaran kencing semakin hari semakin banyak 3) Pasien mengatakan bengkaknya berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terpasang IVFD Eas Primer 10 tpm 2) Terlihat edema yang berkurang terutama di area pelpebra dan ekstremitas bawah 3) Terdapat asites pada abdomen berkurang

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>4) <i>Shifting Dullness</i> (+) 5) Urin : 1200 cc (dengan bantuan Furosemide) 6) Pitting edema (+) 7) Ekstremitas atas RU : 0 LU : 0 RL : 0 LL : 0 8) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1 9) Balance cairan a. Input : 1.924,5 cc b. Output : 2.300 cc c. Balance : -375,5 cc 10) Ureum : 146 mg/dL 11) Kreatinin : 12,1 mg/dL 12) Na : 157 mmol/L 13) Tanda – tanda vital a. TD :160/190 mmHg b. Nadi : 84 kali/menit c. RR : 22 kali/menit d. Temp : 36.5 °C A : Masalah hipervolemia belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan) 3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 3.9 Kolaborasi pemberian diuretik 3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa</p>
5.	Jumat, 5 April 2019	<p>Dx₂ : Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi Hemoglobin S : 1) Pasien mengatakan badannya terasa bugar dan segar 2) Pasien mengatakan dirinya sudah sehat O : 1) Pengisian kapiler = 2 detik 2) Konjungiva anemis 3) Mukosa bibir lembab 4) Respirasi = 22x/menit 5) Nadi = 78x/menit 6) Hemoglobin = 11,1 g/dL 7) Hematokrit = 34% 8) Post Tranfusi PRC 1 kolf B⁺ jam (di HD) 9) Pasien post HD jam 17.30 WITA A : Masalah perfusi perifer teratasi P : Pertahankan intervensi</p>

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva)</p> <p>2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan</p> <p>2.6 Kolaborasi pemberian produk darah sesuai instruksi dokter</p> <p>Dx₃ : Hipervolemia b.d kerusakan mekanisme regulasi</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan sesak sudah hilang 2) Pasien mengatakan haluaran kencing semakin hari semakin banyak 3) Pasien mengatakan bengkaknya berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terpasang IVFD Eas Primer 10 tpm 2) Terlihat edema hilang pada palpebra dan pada ekstremitas 3) Asites pada abdomen berkurang 4) <i>Shifting Dullness</i> (-) 5) Urin : 1150 cc (dengan bantuan Furosemide) 6) Pitting edema (-) 7) Balance cairan <ol style="list-style-type: none"> a. Input : 1.924,5 cc b. Output : 2.050 cc c. Balance : -125,5 cc 8) Ureum : 89 mg/dL 9) Kreatinin : 5,3 mg/dL 10) Na : 139 mmol/L 11) Tanda – tanda vital <ol style="list-style-type: none"> a. TD :150/110 mmHg b. Nadi : 78 kali/menit c. RR : 18 kali/menit d. Temp : 36.3 °C 12) Pasien post HD jam 17.30 WITA <p>A : Masalah hipervolemia teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan) 3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 3.9 Kolaborasi pemberian diuretik 3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa

Tabel 4.8 Evaluasi Pasien II dengan Penyakit Ginjal Kronis di Ruang Flamboyan

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>Dx₁ : Pola nafas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan merasa sesak <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) RR : 27x/menit 2) Pernapasan takipnea 3) Terpasang nasal kanul 1,5 lpm 4) Terdapat penggunaan otot bantu pernapasan 5) Terdapat penggunaan pernapasan cuping hidung 6) Warna bibir dan wajah pucat 7) SpO₂ : 96% <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Monitor status respirasi dan oksigenasi 1.4 Berikan posisi <i>fowler</i> atau <i>semifowler</i> 1.5 Berikan Oksigenasi sesuai kebutuhan 1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 1.7 Ajarkan cara mengubah posisi secara mandiri 1.8 Kolaborasi penentuan dosis oksigen
1.	Senin, 1 April 2019	<p>Dx₂ : Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi Hemoglobin</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan badannya terasa lemah 2) Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengisian kapiler = 4 detik 2) Konjungtiva anemis 3) Mukosa bibir kering dan pucat 4) Akral teraba dingin 5) Respirasi = 27x/menit 6) Nadi = 80x/menit 7) Hemoglobin = 7,6 g/dL 8) Hematokrit = 23% <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva) 2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan 2.3 Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan keadaan klinis 2.4 Ambil sampel darah sesuai protokol 2.5 Kolaborasi pemberian obat oral sesuai intruksi dokter

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>2.6 Kolaborasikan pemberian produk darah sesuai intruksi dokter</p> <p>Dx3 : Hipervolemia b.d kerusakan mekanisme regulasi</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan sesak 2) Pasien mengatakan tidak bisa kencing, jika kencing hanya keluar sedikit saja 3) Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terpasang NaCl 0,9% 7 tpm 2) Terlihat edema pada kedua ekstremitas bawah pasien 3) Terdapat asites pada abdomen 4) <i>Shifting Dullness</i> (+) 5) Urin : 60 cc (dengan bantuan Furosemide) 6) Pitting edema (+) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1 7) Balance cairan Input : 1.039 cc Output : 855 cc Balance : +124 cc 8) Ureum : 135,1 mg/dL 9) Kreatinin : 9,1 mg/dL 10) Natrium : 168 mmol/L 11) Kalium : 6,0 mmol/L <p>A : Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan) 3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 3.6 Monitor kecepatan infus secara ketat 3.8 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan makan dan haluaran urin. 3.9 Kolaborasi pemberian diuretik 3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa <p>Dx4 : Nausea b.d gangguan biokimia (uremia)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan mual, dan ada muntah 2) Pasien mengatakan malas makan karena terasa mual 3) Pasien mengatakan hanya menghabiskan 2-3 sendok makan saja <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terlihat frekuensi mual pasien sering 2) Pasien terlihat muntah 3) Keluaran muntah berwarna kuning, konsistensi cair sebanyak ±50 cc

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>4) Pasien terlihat tidak nyaman dengan kondisinya 5) Pasien terlihat hanya menghabiskan ¼ porsi makanannya 6) Ureum : 135,1 mg/dL 7) Kreatinin : 9,1mg/dL A : Masalah nausea belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.8 Monitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) 4.9 Monitor asupan nutrisi dan kalori 4.10 Berikan makanan dalam jumlah kecil tapi menarik 4.11 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 4.12 Kolaborasi pemberian antiemetik</p> <p>Dx5 : Harga diri rendah situasional b.d perubahan peran sosial S : 1) Pasien mengatakan malu karena tidak dapat membantu perekonomian keluarga 2) Pasien mengatakan merasa malu karena kondisinya penyakitnya 3) Pasien mengatakan merasa malu jika bertemu tetangga dan bertanya mengenai penyakitnya 4) Pasien mengatakan tidak memiliki kemampuan apapun O : 1) Pasien terlihat sering menunduk saat berkomunikasi 2) Pasien terlihat sering menghindari kontak mata pada saat berkomunikasi 3) Pasien berbicara dengan suara yang pelan 4) Pasien hanya berbicara ketika ditanya A : Masalah harga diri rendah situasional belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 5.4 Motivasi verbalisasi positif 5.6 Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri 5.7 Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial 5.8 Jelaskan pada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep diri pasien</p>
2.	Selasa, 2 April 2019	<p>Dx1 : Pola nafas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru S : 1) Pasien mengatakan merasa sesak 2) Pasien mengatakan nyaman dengan posisi <i>semifowler</i> O : 1) RR : 25x/menit 2) Irama pernapasan reguler 3) Terpasang nasal kanul 1 lpm 4) Tidak terlihat adanya penggunaan otot bantu pernapasan 5) Tidak terlihat penggunaan cuping hidung 6) Warna bibir dan wajah pucat 7) SpO₂ : 97% 8) Pasien mampu mengubah posisi <i>semifowler</i> secara mandiri 9) Pasien mampu mendemonstrasikan cara relaksasi nafas dalam A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p>

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Monitor status respirasi dan oksigenasi 1.4 Berikan posisi <i>fowler</i> atau <i>semifowler</i> 1.8 Berikan Oksigenasi sesuai kebutuhan 1.10 Kolaborasi penentuan dosis oksigen <hr/> <p>Dx2 : Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi Hemoglobin</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan badannya terasa lemah 2) Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengisian kapiler = 4 detik 2) Konjungiva anemis 3) Mukosa bibir kering dan pucat 4) Akral teraba dingin 5) Respirasi = 27x/menit 6) Nadi = 80x/menit 7) Hemoglobin = 7,6 g/dL 8) Hematokrit = 23% <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva) 2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan 2.3 Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan keadaan klinis 2.4 Ambil sampel darah sesuai protokol 2.5 Kolaborasikan pemberian obat oral sesuai intruksi dokter 2.6 Kolaborasikan pemberian produk darah sesuai intruksi dokter <hr/> <p>Dx3 : Hipervolemia b.d kerusakan mekanisme regulasi</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan bengkak 2) Pasien mengatakan keluaran kencing lebih banyak dari kemarin <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terpasang NaCl 0,9% 7 tpm 2) Terlihat edema pada kedua kaki pasien 3) Terdapat asites pada abdomen 4) <i>Shifting Dullness</i> (+) 5) Urin : 260 cc (dengan bantuan Furosemide) 6) Pitting edema (+) Ekstremitas bawah RU : 0 LU : 0 RL : +1 LL : +1 7) Balance cairan Input : 1108,5 cc Output : 1.115 cc Balance : - 6,5 cc 8) Ureum : 135,1 mg/dL 9) Kreatinin : 9,1 mg/dL

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>10) Natrium : 168 mmol/L 11) Kalium : 6,0 mmol/L A : Masalah hipervolemia belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan) 3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 3.6 Monitor kecepatan infus secara ketat 3.8 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan makan dan haluaran urin. 3.9 Kolaborasi pemberian diuretik 3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa</p> <p>Dx4 : Nausea b.d gangguan biokimia (uremia) S : 1) Pasien mengatakan mual berkurang saat diberikan obat 2) Pasien mengatakan ada rasa ingin makan 3) Pasien mengatakan menghabiskan setengah porsi makanannya O : 1) Terlihat frekuensi mual pasien berkurang 2) Pasien mual tanpa pengeluaran muntah 3) Pasien terlihat mulai mau makan 4) Pasien terlihat hanya menghabiskan setengah porsi makanannya 5) Ureum : 135,1 mg/dL 6) Kreatinin : 9,1 mg/dL A : Masalah nausea belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.5 Monitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) 4.6 Monitor asupan nutrisi dan kalori 4.8 Kolaborasi pemberian antiemetik</p> <p>Dx5 : Harga diri rendah situasional b.d perubahan peran sosial S : 1) Pasien mengatakan bahwa hidupnya masih dikelilingi keluarga yang baik 2) Pasien mengatakan tetap merasa malu dengan keadaan tubuh dan penyakitnya 3) Pasien mengatakan bahwa ketika dirumah, pasien sering membuatkan layang – layang untuk anak bungsunya. O : 1) Pasien terlihat sudah mau menghadap lawan bicara saat berkomunikasi 2) Pasien terlihat masih menghindari kontak mata pada saat berkomunikasi 3) Pasien berbicara dengan suara yang pelan 4) Pasien hanya berbicara ketika ditanya A : Masalah harga diri rendah situasional belum teratasi</p>

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 5.4 Motivasi verbalisasi positif 5.6 Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri 5.7 Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial 5.8 Jelaskan pada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep diri pasien
3.	Rabu, 3 April 2019	<p>Dx1 : Pola nafas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) RR : 22 x/menit 2) Pernapasan vesikuler 3) Irama nafas reguler 4) Tidak terpasang alat bantu nafas berupa oksigen 5) Tidak terlihat adanya penggunaan otot bantu pernapasan 6) Tidak terdapat adanya penggunaan cuping hidung 7) Warna bibir dan wajah pucat 8) Usaha nafas pasien dengan posisi semifowler 9) Saat merasa sesak, pasien mampu menggunakan teknik relaksasi nafas dalam 10) SpO₂ : 99% <p>A : Masalah pola nafas efektif teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.3 Monitor status respirasi dan oksigenasi 1.6 Berikan posisi <i>fowler</i> atau <i>semifowler</i> 1.5 Berikan Oksigenasi sesuai kebutuhan <p>Dx2 : Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi Hemoglobin</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan badannya terasa lebih segar 2) Pasien mengatakan pusingnya sudah hilang 3) Pasien mengatakan sesak sudah tidak terasa <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Pengisian kapiler = 3 detik 2) Konjungtiva anemis 3) Mukosa bibir pucat 4) Respirasi = 22x/menit 5) Nadi = 76x/menit 6) Hemoglobin = 8,3 g/dL 7) Hematokrit = 26,6% 8) Pasien post transfusi PRC O⁺1 kolf (di HD) 9) Pasien post HD jam 10.45 WITA <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva) 2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan 2.4 Ambil sampel darah sesuai protokol

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)				
		<p data-bbox="507 230 1366 264">2.6 Kolaborasikan pemberian produk darah sesuai intruksi dokter</p> <p data-bbox="466 376 1222 409">Dx₃ : Hipervolemia b.d kerusakan mekanisme regulasi</p> <p data-bbox="466 416 507 450">S :</p> <ol data-bbox="513 454 1340 600" style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan sesak berkurang 2) Pasien mengatakan haluaran kencing semakin hari semakin banyak 3) Pasien mengatakan bengkaknya mengempes <p data-bbox="466 600 507 633">O:</p> <ol data-bbox="513 638 1129 1473" style="list-style-type: none"> 1) Terpasang IVFD NaCl 0,9% 7 tpm 2) Tidak ada suara nafas tambahan 3) Terlihat edema yang berkurang 4) Terdapat asites pada abdomen 5) <i>Shifting Dullness</i> (+) 6) Urin : 200 cc (dengan bantuan Furosemide) 7) Pitting edema (+) <p data-bbox="568 891 810 925">Ekstremitas bawah</p> <table data-bbox="568 929 858 1003" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>RU : 0</td> <td>LU : 0</td> </tr> <tr> <td>RL : +1</td> <td>LL : +1</td> </tr> </table> <ol data-bbox="513 1003 868 1473" style="list-style-type: none"> 8) Balance cairan <ol style="list-style-type: none"> a. Input : 1108,5 cc b. Output : 1255 cc c. Balance : - 146,5 cc 9) Ureum : 66 mg/dL 10) Kreatinin : 3,7 mg/dL 11) Na : 145 mmol/L 12) Kalium : 5,1 mmol/L 13) Tanda – tanda vital <ol style="list-style-type: none"> a. TD :120/90 mmHg b. Nadi : 76 kali/menit c. RR : 22 kali/menit d. Temp : 37.0 °C <p data-bbox="466 1478 995 1512">A : Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p data-bbox="466 1516 782 1550">P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol data-bbox="513 1554 1385 1843" style="list-style-type: none"> 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan) 3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP) 3.4 Monitor intake dan output cairan 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin) 3.9 Kolaborasi pemberian diuretik 3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa <p data-bbox="466 1848 1091 1881">Dx₄ : Nausea b.d gangguan biokimia (uremia)</p> <p data-bbox="466 1886 507 1919">S :</p> <ol data-bbox="513 1924 1372 1995" style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan tidak ada rasa mual 2) Pasien mengatakan menghabiskan setengah porsi makanannya <p data-bbox="466 2000 507 2033">O :</p>	RU : 0	LU : 0	RL : +1	LL : +1
RU : 0	LU : 0					
RL : +1	LL : +1					

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>1) Terlihat frekuensi mual pasien berkurang 2) Pasien tidak terlihat mual 3) Pasien terlihat mulai makan dengan lahap 4) Pasien terlihat hanya menghabiskan setengah porsi makanannya 5) Ureum : 66 mg/dL 6) Kreatinin : 3,7 mg/dL A : Masalah nausea teratasi P : Pertahankan intervensi 4.5 Monitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) 4.6 Monitor asupan nutrisi dan kalori 4.8 Kolaborasi pemberian antiemetik</p> <p>Dx5 : Harga diri rendah situasional b.d perubahan peran sosial S : 1) Pasien mengatakan bahwa hidupnya masih dikelilingi keluarga yang baik 2) Pasien mengatakan tetap merasa malu dengan keadaan tubuh dan penyakitnya 3) Pasien mengatakan bahwa ia lebih beruntung masih diberikan kesempatan hidup, dibanding teman cuci darahnya yang lebih dulu pergi. O : 1) Pasien terlihat sudah mau menghadap lawan bicara saat berkomunikasi 2) Pasien terlihat masih menghindari kontak mata pada saat berkomunikasi 3) Pasien berbicara dengan suara yang pelan 4) Pasien sudah mulai mau bercerita tanpa ditanya 5) Keluarga paham mengerti arti penting perannya bagi peningkatan harga diri pasien A : Masalah harga diri rendah situasional belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 7.4 Motivasi verbalisasi positif 7.6 Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri 7.7 Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial</p>
4.	Kamis, 4 April 2019	<p>Dx2 : Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi Hemoglobin S : 1) Pasien mengatakan badannya terasa lebih bugar 2) Pasien mengatakan pusingnya sudah hilang 3) Pasien mengatakan tidak ada sesak O : 1) Pengisian kapiler = 3 detik 2) Konjungiva anemis 3) Mukosa bibir pucat 4) Respirasi = 19x/menit 5) Nadi = 90x/menit 6) Hemoglobin = 8,3 g/dL</p>

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>7) Hematokrit = 26,6%</p> <p>8) Terlihat adanya peningkatan aktivitas, pasien yang mampu ke menggunakan pakaian, menyisirrambut secara mandiri</p> <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva)</p> <p>2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan</p> <p>2.6 Kolaborasi pemberian produk darah sesuai intruksi dokter</p> <hr/> <p>Dx3 : Hipervolemia b.d kerusakan mekanisme regulasi</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan sesak sudah hilang</p> <p>2) Pasien mengatakan haluaran kencing semakin hari semakin banyak</p> <p>3) Pasien mengatakan bengkaknya berkurang</p> <p>O:</p> <p>1) Terpasang IVFD NaCl 0,9% 7 tpm</p> <p>2) Terlihat edema yang berkurang</p> <p>3) Terdapat asites pada abdomen berkurang</p> <p>4) <i>Shifting Dullness</i> (-)</p> <p>5) Urin : 600 cc (dengan bantuan Furosemide)</p> <p>6) Pitting edema (-)</p> <p>7) Balance cairan</p> <p>a. Input : 1.277 cc</p> <p>b. Output : 1455 cc</p> <p>c. Balance : - 178 cc</p> <p>8) Ureum : 66 mg/dL</p> <p>9) Kreatinin : 3,7 mg/dL</p> <p>10) Na : 145 mmol/L</p> <p>11) Kalium : 5,1 mmol/L</p> <p>12) Tanda – tanda vital</p> <p>a. TD :110/60 mmHg</p> <p>b. Nadi : 76kali/menit</p> <p>c. RR : 22 kali/menit</p> <p>d. Temp : 36.8 °C</p> <p>A : Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan)</p> <p>3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP)</p> <p>3.4 Monitor intake dan output cairan</p> <p>3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin)</p> <p>3.9 Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa</p> <hr/> <p>Dx5 : Harga diri rendah situasional b.d perubahan peran sosial</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan bahwa hidupnya masih dikelilingi keluarga yang baik</p>

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>2) Pasien mengatakan tetap merasa malu dengan keadaan tubuh dan penyakitnya namun pasien masih merasa bersyukur diberi hidup hingga saat ini</p> <p>3) Pasien mengatakan mau mulai mencoba ikhlas dengan keadaan</p> <p>4) Pasien mengatakan akan berusaha tetap sehat karena keluarga sebagai sumber semangat hidup</p> <p>5) Pasien mengatakan walau tidak bisa membantu secara ekonomi, pasien akan berusaha membantu pekerjaan rumah dan membuat keluarganya tak merasa di repotkan.</p> <p>O :</p> <p>1) Pasien terlihat banyak bicara dalam mengungkapkan pendapatnya</p> <p>2) Pasien terlihat mau menghadap lawan bicara saat berkomunikasi</p> <p>3) Pasien terlihat masih menghindari kontak mata pada saat berkomunikasi</p> <p>4) Pasien terlihat bersemangat dalam berpendapat</p> <p>5) Pasien sudah mau berbicara tanpa ditanya</p> <p>A : Masalah harga diri rendah situasional teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>
5.	Jumat, 5 April 2019	<p>Dx2 : Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi Hemoglobin</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan badannya terasa bugar dan segar</p> <p>2) Pasien mengatakan dirinya sudah sehat</p> <p>O :</p> <p>1) Pengisian kapiler = 2 detik</p> <p>2) Konjungtiva anemis</p> <p>3) Mukosa bibir lembab</p> <p>4) Respirasi = 20x/menit</p> <p>5) Nadi = 82x/menit</p> <p>6) Hemoglobin = 9,8 g/dL</p> <p>7) Hematokrit = 30%</p> <p>8) Post Tranfusi PRC 1 kolf O⁺</p> <p>A : Masalah perfusi perifer belum teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, konjungtiva)</p> <p>2.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan</p> <p>2.6 Kolaborasi pemberian produk darah sesuai intruksi dokter</p> <p>Dx3 : Hipervolemia b.d kerusakan mekanisme regulasi</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan sesak sudah hilang</p> <p>2) Pasien mengatakan haluaran kencing semakin hari semakin banyak</p> <p>3) Pasien mengatakan bengkaknya berkurang</p> <p>O :</p> <p>1) Terpasang IVFD NaCl 0,9% 7 tpm</p>

No.	Hari/Tanggal	Evaluasi (SOAP)
		<p>2) Terlihat edema hilang pada ekstremitas</p> <p>3) Asites pada abdomen berkurang</p> <p>4) <i>Shifting Dullness</i> (-)</p> <p>5) Urin : 750 cc (dengan bantuan Furosemide)</p> <p>6) Pitting edema (-)</p> <p>7) Balance cairan</p> <p> a. Input : 1.477 cc</p> <p> b. Output : 1.605 cc</p> <p> c. Balance : -128 cc</p> <p>8) Ureum : 66 mg/dL</p> <p>9) Kreatinin : 3,7 mg/dL</p> <p>10) Na : 145 mmol/L</p> <p>11) Kalium : 5,1 mmol/L</p> <p>12) Tanda – tanda vital</p> <p> a. TD :130/80 mmHg</p> <p> b. Nadi : 82 kali/menit</p> <p> c. RR : 20 kali/menit</p> <p> d. Temp : 36.3 °C</p> <p>A : Masalah hipervolemia teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <p> 3.2 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan)</p> <p> 3.3 Monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, TD, MAP)</p> <p> 3.4 Monitor intake dan output cairan</p> <p> 3.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, hematokrit, kreatinin)</p> <p> 3.9 Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p> 3.10 Kolaborasi pemberian Hemodialisa</p>

4.3 Pembahasan

4.3.1 (D.0005) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru

Dari hasil studi kasus di dapatkan data pengkajian pada dua pasien, yaitu : pasien mengatakan sesak nafas, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan dan pernapasan cuping hidung, pola nafas abnormal, yaitu kussmaul pada pasien I dan takipnea pada pasien II. Terdapat peningkatan frekuensi nafas pada kedua pasien, yaitu 32x/menit pada pasien I dan terpasang nasal kanul 3 lpm dan SpO₂ : 91 % serta 27x/menit pada pasien II dan terpasang nasal kanul 1,5 lpm dengan SpO₂ : 96%. Terdapat asites pada kedua pasien dengan pemeriksaan *shifting dullnes* positif dengan bunyi pekak ketika di perkusi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari didapatkan hasil, masalah keperawatan pola nafas tidak efektif teratasi.

Menurut SDKI (2017), pola nafas tidak efektif memiliki arti inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat yang memiliki batasan karakteristik yaitu : dispnea, adanya penggunaan otot bantu pernapasan, pola nafas abnormal (kussmaul, takipnea, hiperventilasi bradipnea), pernapasan cuping hidung, dan ventilasi semenit menurun. Menurut Smeltzer & Bare (2015), 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. Pada kondisi lain, kerusakan ginjal mengakibatkan terganggunya fungsi ginjal untuk mempertahankan homeostasis cairan tubuh dengan kontrol volume cairan, sehingga cairan menumpuk di dalam tubuh. Secara berkelanjutan, penumpukan cairan ini dapat menyebar hingga rongga abdomen yang disebut dengan asites. Kondisi ini akan membuat tekanan darah meningkat dan memperberat kerja jantung, menekan diafragma sehingga menyebabkan paru – paru terdesak dan tidak dapat melakukan ventilasi secara adekuat sehingga terjadi sesak.

Penumpukan cairan pada rongga abdomen ini juga akan masuk ke paru – paru sehingga membuat pasien mengalami edema paru. Kondisi ini terjadi pada pasien I dan II dimana kedua pasien memiliki asites dengan pemeriksaan *shifting dullness* positif, terjadi peningkatan frekuensi nafas yaitu 32x/menit pada pasien I dan 27x/menit pada pasien II. Terdapat pula penggunaan otot bantu nafas dan pernafasan cuping hidung pada kedua pasien untuk mendukung fase inspirasi. Pada masing – masing pasien diberikan tindakan keperawatan berupa pengaturan posisi *semifowler* dan kolaborasi pemberian oksigen nasal kanul 3 lpm untuk pasien I dan 1,5 lpm untuk pasien II.

Secara teori, posisi *semifowler* adalah posisi setengah duduk (30-45°) dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan. Posisi ini untuk mempertahankan kenyamanan dan memaksimalkan fungsi pernapasan pasien

(Aziz, 2008). Menurut penelitian Supadi (2010), menyebutkan posisi *semifowler* dengan kemiringan 30-45° menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru – paru dan mengurangi tekanan dari abdomen ke diafragma. Saat sesak nafas, kedua pasien lebih nyaman dengan posisi duduk atau setengah duduk sehingga posisi *semifowler* memberikan kenyamanan dan membantu memperingan kesukaran bernafas selain itu, diberikan terapi oksigen (O₂) yang merupakan salah satu dari terapi pernapasan dalam mempertahankan oksigenisasi jaringan yang adekuat. Menurut Mc Mulan (2013), penggunaan RR tidak dapat dijadikan sebagai dasar dalam pemberian berapa liter O₂ yang harus diberikan kepada pasien, berbeda dengan SpO₂ yang dapat memberikan gambaran langsung dari jumlah total oksigen yang dialirkan darah ke jaringan setiap menit (*oxygen delivery*).

Menurut I Putu (2015) Nasal kanul merupakan alat terapi oksigen dengan sistem arus rendah yang digunakan bagi pasien yang membutuhkan konsentrasi oksigen rendah. Nasal kanul mengalirkan oksigen ke nasofaring dengan aliran 1-6 liter/menit dengan kandungan oksigen 24-44%. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari, terlihat pola nafas yang efektif dengan hasil kedua pasien mengalami perbaikan frekuensi nafas dalam rentang normal, yaitu pasien I : 24x/menit, dan pasien II : 20x/menit, SpO₂ : 99% pada kedua pasien, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan dan penggunaan cuping hidung, kedua pasien tidak menggunakan alat bantu oksigen dalam bernafas, dan pola nafas reguler.

Pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan pengaturan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, telah dilakukan perawatan selama 5 hari

dan didapatkan hasil teratasi, yang ditandai dengan frekuensi nafas berada pada rentang normal, SpO₂ : 99% pada kedua pasien, pola nafas reguler, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, tidak ada penggunaan cuping hidung, tidak ada penggunaan alat bantu nafas berupa oksigen.

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

Berdasarkan hasil pengkajian mengenai perfusi perifer pada kedua pasien, didapatkan data, antara lain : pasien mengatakan badan terasa lemah dan mudah lelah, kepala terasa pusing dan sulit berfikir serta berkonsentrasi. Terlihat kedua konjungtiva yang anemis pada masing – masing pasien, mukosa bibir yang kering dan pucat, akral yang teraba dingin, konjungtiva anemis, pengisian kapiler yang lambat, yaitu 5 detik pada pasien I dan 4 detik pada pasien II, ditunjang dengan pemeriksaan laboratorium, dimana terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin pada masing - masing pasien, yaitu 6,4 mg/dL pada pasien I dengan riwayat 1 kali terapi hemodialisa dan 7,6 mg/dL pada pasien II dengan riwayat ±192 kali terapi hemodialisa. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari didapatkan hasil, masalah keperawatan pada pasien I teratasi dan pada pasien 2 tertasi sebagian.

Menurut SDKI (2017), perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh dengan batasan karakteristik yaitu : pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema,

kelemahan. Menurut Smeltzer & Bare (2015), 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. Menurut pendapat lain (Lubis, 2014) 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 yang telah HD sebanyak 1 kali dan pasien II yang telah HD sebanyak ± 192 kali, serta terjadi penurunan nafsu makan pada kedua pasien. 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, mudah lelah, pusing, pucat, kesulitan bernafas atau sesak, dan sulit berkonsentrasi.

Menurut *The National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF-KDOQI) pada tahun 2012 menyatakan nilai normal hemoglobin pada penderita lelaki dewasa penyakit ginjal kronis memiliki rentang ideal 10,0 - 12,0 g/dL, dengan nilai normal Hemoglobin menurut *World Health Association* (WHO) adalah 14,0 – 18,0 g/dL. Hal ini dikarenakan kandungan hemoglobin yang tinggi didalam darah, membuat darah menjadi kental dan membuat kerja jantung dan ginjal menjadi semakin berat. Pada kondisi ini, pasien I memiliki Hb 6,4 g/dL

dengan riwayat 1 kali terapi HD dan diberikan tindakan pemberian transfusi darah sebanyak 4 kantong PRC selama 5 hari masa perawatan, dengan hasil akhir mengalami peningkatan Hb hingga 11,1 g/dL dan Ht : 34%, sementara pada pasien II memiliki Hb 7,6 g/dL dengan riwayat \pm 192 kali terapi HD, diberikan tindakan yang sama yaitu pemberian produk darah berupa 2 kantong PRC selama 5 hari masa perawatan, dengan hasil akhir mengalami peningkatan Hb hingga 9,8 g/dL dan Ht : 30%. Menurut WHO, 1 unit PRC dengan sediaan 150-300 mL dapat meningkatkan Hb sekitar 1 g/dL dan 3-4% hematokrit.

Menurut Smeltzer & Bare (2015) penurunan Hb berdampak pada terjadinya keterlambatan pengisian kapiler ke area perifer dikarenakan terjadinya penurunan aliran darah dan vasokonstriksi kompensasi. Teori ini sesuai dengan kondisi kedua pasien dimana CRT pasien I : 5 detik dan CRT pasien II : 4 detik kemudian dilakukan perawatan selama 5 hari, memiliki hasil yaitu CRT pada pasien I dan II yaitu 2 detik, dan masih terlihat konjungtiva yang anemis pada kedua pasien. Perbaikan sirkulasi pada pasien diikuti dengan peningkatan aktivitas fisik berupa pasien mampu melakukan aktivitas ringan seperti memakai baju, menyisir rambut, dan makan secara mandiri. Terhadap kedua pasien juga telah diberikan edukasi program diet dan pemberian obat oral berupa asam folat sehingga terjadi peningkatan pengetahuan mengenai fungsi penting nutrisi dan penggunaan obat asam folat bagi peningkatan Hb dan mampu menerapkannya selama masa perawatan.

Pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, setelah dilakukan perawatan selama 5 hari, didapatkan

hasil teratasi pada pasien I dan teratasi sebagian pada pasien II, ditandai dengan terjadi peningkatan aktivitas, pasien menyatakan pusing berkurang, konjungtiva masih anemis, terjadi peningkatan Hb dan peningkatan CRT yaitu, pada pasien I : Hb : 11,1 g/dL, Ht : 34% dan CRT < 2 detik, sedangkan pasien II : Hb : 9,8 g/dL, Ht : 30% dan CRT < 2 detik.

4.3.3 (D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan kerusakan mekanisme regulasi

Berdasarkan dari hasil pengkajian terhadap dua pasien, didapatkan data : pasien mengatakan mengalami bengkak pada tubuhnya, pasien mengatakan haluaran kencing dalam jumlah sedikit. Terdapat edema anasarka pada pasien I dan edema pada kedua ekstremitas bawah pada pasien II. Terdapat asites pada abdomen masing – masing pasien dengan *shifting dullnes* positif, terdapat pitting edema dengan penilaian pada pasien I : RU : +1, RL : +2, LU : +1, LL : +2 dan pada pasien II : RU : 0, RL : +1, LU : 0, LL : +1, serta balance cairan yang bernilai positif dimana pasien I : +173 cc dan pasien II : +124 cc.

Dilakukan penghitungan laju filtrasi glomerulus (LFG) terhadap kedua pasien untuk melihat kemampuan fungsi ginjal dan didapatkan data abnormal (LFG < 15 mL/min/1.73m²) dengan nilai LFG pasien I yaitu 0,29 mL/min/1.73m² dan nilai LFG pasien II yaitu 7,3 mL/min/1.73m²). Dari hasil laboratorium terkhusus pemeriksaan kimia klinik, didapatkan data berupa peningkatan kadar ureum, kreatinin, natrium dan kalium, dengan nilai kimia klinik pada pasien I yaitu, ureum : 210 mg/dL, kreatinin : 25,2 mg/dL, natrium : 189 mmol/L tanpa disertai

peningkatan kalium, sedangkan nilai kimia klinik pada pasien II yaitu, ureum : 135,1 mg/dL, kreatinin : 9,1 mg/dL, natrium : 168 mmol/L dan kalium : 6,0 mmol/L. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari didapatkan hasil masalah hipervolemia pada pasien I dan pasien II teratasi.

Menurut SDKI (2017), hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstitial, dan/atau intra seluler yang memiliki batasan karakteristik: dispnea, edema anasarka dan/atau perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, kadar Hb/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak daripada output (balans cairan positif). Pada penyakit ginjal kronik, ginjal tidak dapat mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi edema (Padila, 2012).

Menurut Silbernagl & Lang, 2014, Ginjal berperan penting dalam regulasi tekanan darah berkat efeknya pada keseimbangan natrium, suatu penentu tekanan darah. Konsentrasi natrium didalam tubuh di deteksi di macula densa, yaitu bagian apparatus jukstaglomerulus. Aparatus jukstaglomerulus berperan penting menilai tekanan darah. Melalui kerja dua sensor, baik kadar natrium rendah atau tekanan perfusi yang rendah berfungsi sebagai stimulasi dalam pelepasan enzim renin. Renin yaitu suatu protease yang dibuat di sel jukstaglomerulus, menguraikan angiotensinogen dalam darah untuk menghasilkan angiotensin I, yang kemudian diuraikan menjadi angiotensin II oleh *angiotensin-converting-enzyme* (ACE).

Angiotensin II meningkatkan tekanan darah dengan memicu vasokonstriksi secara langsung dan dengan merangsang hormon adrenal untuk membebaskan hormon

aldosteron sehingga terjadi retensi natrium dan air oleh *ductus collingens*. Semua efek ini menambah cairan ekstrasel (CES). Edema merujuk pada penimbunan cairan di jaringan subkutis dan menandakan ketidakseimbangan gaya – gaya starling (kenaikan tekanan intravaskuler atau penurunan tekanan intravaskuler) yang menyebabkan cairan merembes ruang interstisial.

Pada kondisi lain, penyakit ginjal kronis merupakan komplikasi akibat dari diabetes melitus, yang diakibatkan oleh hiperglikemia dan nefropati diabetik yang dapat menyebabkan nefron menebal dan menimbulkan bekas luka. Akibatnya, kemampuan nefron dalam menyaring sisa metabolisme dan mengeluarkan cairan dari tubuh pun menurun. Hal itu mengakibatkan protein dapat lolos ikut kedalam urin dan mengakibatkan hipoproteinemia. (Suwitra, 2014)

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 < 400 mL/24jam bahkan anuria yaitu kondisi dimana ginjal tidak mampu memproduksi urin (Smeltzer & Bare, 2015).

Teori ini sejalan dengan keadaan klinis kedua pasien, dimana terjadi edema pada kedua pasien, ditandai dengan pitting edema positif, dengan pasien I kembali dalam 5 detik dan pasien II kembali dalam 3 detik dengan kedalaman turgor kulit 3-5 mm,

terdapat asites dengan pemeriksaan *shifting dullness* positif, balans cairan positif pada kedua pasien dan oliguri dengan produksi urin pasien I : 250 mL/24jam dan pasien II : 60 mL/24jam.

Dari data tersebut, dilakukan tindakan keperawatan berupa monitoring intake dan output, monitoring kecepatan infus, edukasi pembatasan asupan cairan dan garam, kolaborasi pemberian diuretik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari didapatkan, kedua pasien menyatakan bengkak berkurang, terlihat edema yang berkurang ditandai dengan turgor kulit kembali <3 detik, tidak ada bunyi nafas tambahan, pasien mampu memahami pentingnya membatasi asupan cairan dan garam, serta mampu mengukur dan mencatat asupan makan dan haluaran urin secara mandiri, balans cairan negatif dengan bantuan diuretik, yaitu -125,5 mL pada pasien I dengan produksi urin 1.150 mL/24jam dan -98 mL pada pasien II dengan produksi urin 780 mL/24 jam.

Menurut penelitian Anggraini dan Putri (2016) pemantauan dan pembatasan jumlah asupan cairan dan garam pada pasien dengan penyakit ginjal kronis sangat efektif dalam mengurangi terjadinya *overload* cairan yang merupakan faktor pemicu terjadinya gangguan kardiovaskular, bahkan kematian pada pasien PGK. Pemantauan dilakukan dengan cara mencatat jumlah cairan yang diminum dan jumlah urin yang keluar setiap harinya. Pemberian cairan pada pasien PGK harus sesuai dengan jumlah urin yang keluar, untuk mencegah terjadinya overhidrasi maupun dehidrasi. Penurunan fungsi ginjal juga berdampak pada meningkatnya produk sampah didalam tubuh pasien ditandai dengan hasil laboratorium kimia klinik pasien I : ureum : 210 mg/dL, kreatinin : 25,2 mg/dL, natrium : 189 mmol/L

dan pasien II : ureum : 135,1 mg/dL, kreatinin : 9,1 mg/dL, natrium : 168 mmol/L dan kalium : 6,0 mmol/L.

Dari data tersebut dilakukan tindakan keperawatan berupa edukasi program diet pada penderita PGK dan kolaborasi pemberian *Continuous Renal Replacement Therapy* (CRRT) atau Hemodialisa untuk membantu menggantikan fungsi ginjal dalam pembuangan sampah dari dalam tubuh. Berdasarkan *Dialysis Outcomes Quality Initiative* (DOQI), dialisis dilakukan pada penderita dengan GFR <15 mL/min/1.73m² yang menggambarkan bahwa fungsi ginjal hanya tersisa kurang dari 15% saja. Setelah dilakukan perawatan selama 5, pasien I mendapatkan terapi hemodialisa sebanyak 2x/minggu yaitu setiap hari Selasa dan Jumat, sedangkan pasien II mendapatkan terapi hemodialisa sebanyak 1x/minggu yaitu setiap hari Rabu, didapatkan hasil yaitu terjadi penurunan kadar ureum dan kreatinin pada kedua pasien pada hasil laboratorium kimia kliniknya. Hasilnya pada pasien I : ureum : 89 mg/dL, kreatinin : 5,3 mg/dL, natrium : 139 mmol/L, sedangkan pada pasien II : ureum : 66 mg/dL, kreatinin : 3,7 mg/dL, natrium : 145 mmol/L dan kalium : 5,1 mmol/L

Menurut penelitian Makmur & Tassa (2015) hemodialisis membantu terjadinya penurunan ureum dan kreatinin akan tetapi tidak semua kembali ke nilai normal dengan kata lain tetap terjadi penurunan tetapi kadarnya masih cukup tinggi (melebihi kadar normal). Menurut Saryono (2013) bahwa sering kali kadar ureum dan kreatinin berubah – ubah melewati kadar normal akibat pasien yang melakukan diet yang tidak sesuai dengan kondisinya. Maka dari itu, Saryono menyimpulkan

bahwa kepatuhan pada diet sehari – hari yang memegang peranan penting dalam pengaturan kadar ureum dan kreatinin di dalam tubuh.

Pada diagnosa hipervolemi berhubungan dengan kerusakan mekanisme regulasi didapatkan hasil teratasi pada kedua pasien, hal ini ditandai dengan : kedua pasien menyatakan bengkak berkurang, terlihat edema yang berkurang ditandai dengan turgor kulit kembali <3 detik, tidak ada bunyi nafas tambahan, pasien mampu memahami pentingnya membatasi asupan cairan dan garam, serta mampu mengukur dan mencatat asupan makan dan haluaran urin secara mandiri, balans cairan negatif dengan bantuan diuretik, terjadi penurunan kadar ureum dan kreatinin kedua pasien pada hasil laboratorium kimia kliniknya.

4.3.4 (D.0076) Nausea berhubungan dengan gangguan biokimia (uremia)

Berdasarkan data hasil pengkajian pada pasien I dan pasien II didapatkan data : pasien I mengatakan mual tanpa adanya keluaran muntah, sedangkan pasien II mengatakan mual dan diikuti dengan keluaran muntah dengan produksi muntah berwarna kuning, konsistensi cair dengan banyak ± 50 cc. Kedua pasien mengatakan malas makan karena rasa pahit di mulut dan terasa mual ketika makanan masuk kedalam mulut. Pasien mengatakan hanya menghabiskan 2- 5 sendok saja dalam satu kali makan, bibir kedua pasien terlihat pucat, pasien terlihat lemah, pasien terlihat mual, dan terlihat piring makan kedua pasien yang masih terisi banyak. Berdasarkan hasil laboratorium kimia klinik, didapatkan terjadi peningkatan ureum pada kedua yaitu, yaitu : 210 mg/dL pada pasien I dan 135,5 mg/dL pada pasien II.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, didapatkan hasil mual dan muntah teratasi pada kedua pasien.

Menurut SDKI (2017), nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah dengan batasan karakteristik : mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan, merasa asam dimulut, saliva meningkat, pucat. Menurut J. Medula (2017), 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.

Menurut Smeltzer & Bare (2015), 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. Teori ini sesuai dengan kondisi kedua pasien yaitu : pasien I mengatakan mual tanpa adanya keluaran muntah, sedangkan pasien II mengatakan mual dan diikuti dengan keluaran muntah dengan produksi muntah berwarna kuning, konsistensi cair dengan banyak ± 50 cc. Terjadi penurunan nafsu makan pada kedua pasien, bibir kedua pasien terlihat pucat, pasien

terlihat lemah, pasien terlihat mual, dan terlihat piring makan kedua pasien yang masih terisi banyak. Berdasarkan hasil laboratorium kimia klinik, didapatkan terjadi peningkatan ureum pada kedua yaitu, yaitu : 210 mg/dL pada pasien I dan 135,5 mg/dL pada pasien II. Dari data tersebut, dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari berupa memonitor frekuensi mual dan muntah, memonitor asupan makan, menganjurkan makan sedikit tapi sering, edukasi program diet, kolaborasi pemberian antiemetik, dan kolaborasi pemberian terapi hemodialisa. Pada hari ke 3, di dapatkan data : pasien mengatakan tidak ada rasa mual, terjadi peningkatan nafsu makan, dimana kedua pasien mampu menghabiskan setengah porsi makannya. Terjadi penurunan serum ureum dan kreatinin setelah dilakukan hemodialisa yaitu : pada pasien I, ureum : 89 mg/dL, kreatinin : 5,3 mg/dL, pada pasien II, ureum : 66 mg/dL, kreatinin : 3,7 mg/dL

Menurut penelitian Lia (2016), untuk mengurangi rasa mual, lambung sebaiknya tidak bekerja terlalu berat. Makan dalam porsi sedikit atau *small frequent meal* merupakan salah satu cara membantu dan meringankan kerja lambung. *Small frequent meal* akan mengurangi produksi asam lambung yang akan meningkat bila terjadi pengosongan lambung, atau pengisian lambung secara berlebih akibat dari jumlah makanan yang terlalu banyak. *Small frequent meal* juga membantu mengisi perut agar tidak terlalu lama kosong. Menurut Emma (2017), pemberian terapi hemodialisa, yang bekerja sebagai pengganti ginjal, diaman memiliki fungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan cairan dan elektrolit pada penyakit ginjal kronis.

Pada diagnosa nausea berhubungan dengan gangguan biokimia, telah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, dan didapatkan hasil teratasi pada kedua pasien yang ditandai dengan : pasien mengatakan tidak ada rasa mual, terjadi peningkatan nafsu makan, dimana kedua pasien mampu menghabiskan setengah porsi makannya. Terjadi penurunan serum ureum dan kreatinin setelah dilakukan hemodialisa yaitu : pada pasien I, ureum : 89 mg/dL, kreatinin : 5,3 mg/dL, pada pasien II, ureum : 66 mg/dL, kreatinin : 3,7 mg/dL

4.3.5 (D.0080) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran terhadap kegagalan

Berdasarkan hasil pengkajian terhadap pasien I, dan II didapatkan data bahwa pasien I mengalami ansietas yang ditandai dengan pasien yang mengatakan takut dengan kondisi yang sedang dialaminya, pasien I mengatakan takut terjadi kegagalan dalam proses cuci darah dikarenakan pasien I baru mengetahui bahwa dirinya terkena penyakit ginjal kronis dan baru 1 kali cuci darah, kemudian dilakukan pengkajian awal yang berfokus pada kecemasan pasien I dengan menggunakan skala HARS dan didapatkan hasil skor 22 yang menandakan pasien I mengalami kecemasan sedang, sementara data diatas tidak didapatkan pada pasien II. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari didapatkan hasil masalah ansietas pada pasien I teratasi.

Menurut SDKI (2017), ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang kemungkinan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman yang

memiliki batasan karakteristik : pasien merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, sulit tidur dan tampak tegang.

Menurut Mustaqin (2017), pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa secara rutin dan menetap untuk memperthankan kelangsungan hidupnya dengan frekuensi hemodialisa yang bervariasi tergantung pada kerusakan ginjalnya. Keadaan yang bergantung pada mesin dialisis, mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien. Pasien akan menghadapi penurunan finansial, kesulitan mempertahankan pekerjaannya, dorongan seksual yang menghilang, depresi akibat sakit kronik, dan ketakutan terhadap kematian. ketika seseorang sedang mengalami kecemasan, maka sistem tubuh akan bekerja dengan meningkatkan kerja saraf simpatis sebagai respon terhadap stress. Sistem saraf simpatis bekerja melalui aktivitas medula adrenal untuk meningkatkan pengeluaran *epinephrine*, *norepinephrine*, *cortisol* serta menurunkan *nitric oxide*. Keadaan tersebut akan menyebabkan perubahan respon tubuh seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, tekanan darah, aliran darah ke berbagai organ meningkat serta peningkatan metabolisme.

Menurut penelitian Fatimah (2015), cemas terjadi akibat dari perubahan persepsi dan adanya pikiran negatif terkait dengan permasalahan yang dihadapi. Banyaknya pikiran negatif, akan memiliki beberapa dampak diantaranya : penurunan status kesehatan, menurunnya fungsi adaptasi terhadap perubahan lingkungan, sikap pesimis terhadap masa depan dan kecenderungan depresi serta penurunan kualitas hidup, selain itu pikiran negatif akan menstimulasi otak bagian prefrontal korteks

untuk berusa fokus terhadap masalah yang dihadapi, sehingga seseorang akan lebih berfikiran negatif lagi terhadap permasalahan yang dialami.

Teori diatas sesuai dengan data hasil pengkajian yang ditemukan pada pasien I, yaitu pasien merasa takut dengan kondisi yang dialaminya saat ini, pasien merasa apakah hemodialisa dapat berhasil dan memperpanjang usianya? Kemudian pasien terlihat cemas, gelisah dan tegang, pasien yang baru melakukan terapi hemodialisa sebanyak 1 kali dan setelah dilakukan pengkajian skala HARS didapatkan skor 22 yang menandakan pasien mengalami kecemasan dalam rentang sedang. Dari data tersebut, dilakukan tindakan keperawatan berupa memonitor tanda – tanda ansietas, mendengarkan keluhan pasien, menginformasikan secara fakta mengenai penyakit ginjal kronis dan mekanisme hemodialisa, melatih pasien dalam peningkatan ketenangan dengan relaksasi spiruatural serta melibatkan keluarga dalam proses perawatan pasien. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari, didapatkan hasil adanya penurunan skala HARS menjadi 13 yang menandakan tingkat kecemasan pasien rendah, pasien menyatakan rasa tenang yang didapat ketika mengingat Tuhan dan berdzikir, adanya pernyataan pasien mengenai perasaan pasrah, tenang dan ikhlas, yang menganggap penyakit sebagai penggugur dosa.

Banyak penelitian tentang relaksasi spiritual yang dapat menurunkan tingkat kecemasan, salah satunya penelitian Yanti (2012) yang mengungkapkan bahwa realaksasi spiritual dzikir adalah salah satu kegiatan umat Islam yang dapat menimbulkan respon relaksasi dan memberikan efek terhadap kesehatan jangka panjang dan perasaan bahagia. Terapi dzikir juga merupakan bagian dari meditasi

trancendental yang dapat menghambat efek stress dengan menurunkan kadar kortisol.

Pada perspektif teori hypnosis, bahwa pengucapan kata yang berulang – ulang akan memberikan efek sugesti bagi pelakunya sehingga ada upaya bagi pelaku untuk membimbing dirinya sendiri menuju keyakinan atau perbuatan yang sesuai dengan apa yang ia ucapkan dalam proses hypnosis tersebut. Artinya ketika seseorang mengucapkan kata – kata yang baik dalam doa atau mengucapkan kalimat pujian kepada Allah SWT dalam kegiatan dzikirnya maka kegiatan tersebut merupakan upaya yang dilakukan oleh dirinya sendiri dalam memberikan sugesti untuk merileksasikan diri menurut apa yang ia ucapkan terhadap keyakinan dan perbuatannya sehingga menciptakan harapan yang positif dan optimisme yang tinggi.

Maha baik Allah SWT kepada umat Islam yang menjadikan dzikir sedemikian luar biasa bagi kehidupan dunia akhirat yang senantiasa Allah ulang – ulang didalam kitab-Nya agar manusia berbondong – bondong mengamalkannya, sesuai dengan :

“(Yaitu) orang – orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenteram” (Q.S : Ar-Ra’d (13):28)

“Tidaklah suatu kaum duduk berdzikir kepada Allah melainkan mereka dinaungi oleh para malaikat, diliputi oleh rahmat, turun kepada mereka ketenangan dan Allah senantiasa menyebut – nyebut mereka di hadapan para malaikat (di langit)” (HR.Muslim)

Menurut kusmastuti (2017) sumber positif yang dapat membantu menurunkan kecemasan pasien adalah adanya peran dan dukungan keluarga yang dapat menumbuhkan motivasi eksternal pasien dalam menjalani terapi pengobatan. Pasien penyakit ginjal kronis membutuhkan hubungan yang erat dengan orang lain terutama keluarga sebagai *support group* sehingga pasien dapat menumpahkan rasa cemas, rasa pesimis dan kehilangan semangat.

Pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan kekhawatiran terhadap kegagalan, telah dilakukan tindakan keperawatan selama hari dengan hasil teratasi yang ditandai dengan penurunan skala HARS menjadi 13 yang menandakan tingkat kecemasan pasien rendah, pasien menyatakan rasa tenang yang didapat ketika mengingat Tuhan dan berdzikir, adanya pernyataan pasien mengenai perasaan pasrah, tenang dan ikhlas, yang menganggap penyakit sebagai penggugur dosa.

4.3.6 (D.0087) Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan peran sosial

berdasarkan hasil pengkajian terhadap pasien II didapatkan data : pasien mengatakan semenjak di amputasi, pasien tidak dapat bekerja lagi, ditambah dengan keadaannya yang sekarang semakin sering lemah dan cepat lelah karena kondisi ginjalnya, pasien mengatakan malu jika bertemu dan bersosialisasi dengan tetangga yang sering bertanya mengenai kondisinya, dalam berkomunikasi pasien sering kali menghindari kontak mata dengan perawat dan sering menunduk, pasien berbicara dengan suara yang pelan, pasien tidak bicara kecuali ditanya. Setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari didapatkan hasil harga diri rendah teratasi.

Menurut SDKI (2017), harga diri rendah situasional adalah evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini dengan batasan kriteria : menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong), merasa malu/bersalah, melebih – lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri, menolak perasaan positif tentang diri sendiri, berbicara dengan pelan dan lirih, menolak berinteraksi dengan orang lain, berjalan meninduk, kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, bersifat pasif. Menurut Muhith (2015), harga diri mengandung arti suatu hasil penilaian terhadap dirinya yang diungkapkan dalam sikap – sikap yang dapat bersifat positif atau negatif. Harga diri yang rendah seringkali menjadi penghambat bagi individu untuk mulai bergaul dengan lingkungan sosialnya. Seseorang yang mengalami harga diri rendah cenderung menjadi pemalu dan menyendiri ketimbang berada di tempat umum, serta lebih suka menarik diri dari kehidupan sosialnya. Penilaian terhadap diri sendiri terkadang lebih bersifat subyektif dan irasional. Kebanyakan orang memandang dirinya dari segi fisik (kecantikan, ketampanan, atau kecacatan_ dan psikologis (pengalaman atau tekanan masa lalu).

Menurut Iswidharmanjaya & Enterprise (2013), banyak faktor yang menjadikan seseorang mengalami harga diri rendah, diantaranya ialah keadaan fisik. Harga diri seseorang tentunya sangat dipengaruhi oleh keadaan fisik. Kondisi fisik yang mempunyai kekurangan atau cacat akan membuat seseorang merasa rendah. Akibatnya mereka cenderung menarik diri untuk menyembunyikan

kekurangannya. Selain itu faktor penyebab lain adalah ketidak berfungsi secara sosial. Ketidak berfungsi secara sosial yang dimaksud adalah ketidak mampuan seorang individu menempatkan dirinya dalam fungsi sosial atau kehilangan fungsi peran sosialnya. Misalnya seorang kepala keluarga yang menganggur, akan merasa rendah diri dalam kehidupan sosialnya karena ia merasa tak dapat menggunakan prannya sebagai pencari nafkah. Sehingga dalam kehidupan sosial, ia menjadi pribadi yang lebih pasif.

Teori diatas sesuai dengan data hasil pengkajian pada pasien II, yaitu : pasien II mengatakan semenjak di amputasi, pasien tidak dapat bekerja lagi, ditambah dengan keadaannya yang sekarang semakin sering lemah dan cepat lelah karena kondisi ginjalnya, pasien II mengatakan malu jika bertemu dan bersosialisasi dengan tetangga yang sering bertanya mengenai kondisinya, dalam berkomunikasi pasien II sering kali menghindari kontak mata dengan perawat dan sering menunduk, pasien II berbicara dengan suara yang pelan, pasien II tidak bicara kecuali ditanya. Dari data tersebut, dilakukan tindakan keperawatan berupa identifikasi kemampuan yang masih dimiliki oleh pasien, monitor verbalisasi positif untuk diri sendiri, diskusikan pengalaman yang mampu meningkatkan harga diri, motivasi pasien dalam kegiatan sosial dan libatkan keluarga dalam memberikan dukungan pada pasien. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari, didapatkan hasil bahwa pasien mengatakan bahwa hidupnya dikelilingi oleh keluarga yang baik, pasien yang mengatakan masih merasa malu namun bersyukur masih diberikan hidup oleh Allah SWT, pasien mengatakan harus tetap berusaha sehat karena keluarganya, pasien mau menatap lawan bicara,

bersikap lebih aktif dalam komunikasi, dan pasien yang mau berkomitmen terhadap masa depan.

Menurut Iswidharmanjaya & Enterprise (2013), motivasi digunakan sebagai suatu dorongan ataupun stimulus eksternal yang menyebabkan seseorang mencapai tujuan tertentu. Motivasi dalam peningkatan harga diri dapat dibangkitkan dengan mengusahakan seseorang dalam mengubah persepsi negatif menjadi positif, membangun rasa percaya diri secara utuh, mencegah sikap putus asa, mengubah ketakutan menjadi kekuatan, mengubah sikap lemah menjadi semangat, dan menghilangkan kebiasaan buruk serta rasa takut. Menurut Andaryono (2012), sumber positif yang dapat membantu meningkatkan rasa kepercayaan diri individu adalah keluarga yang merupakan unit terdasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu. Adanya peran dan dukungan keluarga yang kuat dapat menumbuhkan motivasi dan semangat individu dalam menghadapi berbagai masalah, dan ancaman kehidupan, seperti fungsi keluarga sebagai pemberi rasa aman dan nyaman. Menurut Kusmastuti (2017), pasien penyakit ginjal kronis membutuhkan hubungan yang erat dengan orang lain terutama keluarga sebagai *support group* sehingga pasien dapat menumpahkan rasa cemas, rasa pesimis dan kehilangan semangat.

4.3.7 (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Berdasarkan hasil pengkajian terhadap pasien I, didapatkan data : pasien I dan keluarga mengatakan baru tahu jika pasien sudah terkena penyakit ginjal kronis

stadium 5 yang mewajibkan dilakukannya hemodialisa, pasien I dan keluarga mengatakan tidak tahu menahu mengenai penyakit ginjal kronis, pasien I tidak mengetahui mekanisme hemodialisa, dan keluarga mengatakan tidak tahu mengenai cara perawatan pada pasien penyakit ginjal kronis setelah keluar dari Rumah Sakit nanti. Pasien I merupakan penderita baru penyakit ginjal kronis dengan umur 66 tahun, lulusan SD dan dahulu bekerja sebagai petani serta pasien selalu bertanya mengenai kondisi penyakitnya. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit, defisit pengetahuan teratasi pada pasien I.

Menurut SDKI (2017), defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan batasan karakteristik : menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, dan menunjukkan perilaku berlebihan terhadap penyakitnya. Menurut KBBI, pengetahuan berarti segala sesuatu yang diketahui; kepandaian; atau segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan hal (mata pelajaran). Menurut Notoatmojo (2007) pengetahuan adalah hasil tahu dari manusia dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Jadi dapat ditarik kesimpulan bahwa, pengetahuan merupakan sesuatu yang bersifat informatif, yang didapat dari proses melihat, mendengar, merasakan dan berfikir yang menjadi dasar manusia dalam bertindak.

Menurut penelitian Suwaryo (2017) terdapat faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan individu, diantaranya : Usia, pendidikan, pekerjaan dan sumber informasi.

Teori ini sesuai dengan data hasil pengkajian pada pasien I yaitu : Pasien I merupakan penderita baru penyakit ginjal kronis dengan umur 66 tahun, lulusan SD dan dahulu bekerja sebagai petani serta pasien selalu bertanya mengenai kondisi penyakitnya, tidak mengetahui apa – apa tentang cuci darah dan cara perawatan pasien saat dirumah. Dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit mengenai edukasi pendidikan kesehatan tentang penyakit ginjal kronis, diit pada pasien penyakit ginjal kronis, terapi hemodialisa dan cara perawatan pasien penyakitginjal kronis dirumah dan didapatkan hasil pasien mengatakan tahu kan paham mengenai konsep penyakit ginjal kronis, pasien dan keluarga menyatakan paham akan perawatan pasien PGK diluar rumah sakit, pasien mengatakan paham mengenai mekanisme hemodialisa, pasien dan keluarga sangat tertarik terhadap topik pembahasan perawatan PGK dirumah, pasien dan keluarga aktif bertanya selama masa pemberian edukasi, pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali mengenai edukasi ang telah diberikan.

Menurut Yani (2012) pemberian pendidikan kesehatan sangat penting terhadap peningkatan pengetahuan individu dalam bidang kesehatan. tujuan utama dari diberikannya pendidikan kesehatan itu sendiri adalah agar individu mampu menerapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri, mampu memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar, dan mampu memutuskan kegiatan yang tepat guna meningkatkan taraf hidup sehat dan sejahtera. Adapun tujuan lainnya, yaitu ttercapainya perubahan perilaku individu dan keluarga dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta aktif dalam

uoaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal, kemudian terbentuknya perilaku sehat pada individu dan eluarga yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan sosial dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.

4.4 Keterbatasan Penulis

Dalam studi kasus pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis, penulis menemui beberapa hambatan sehingga menjadi keterbatasan dalam penyusunan studi kasus ini.

Beberapa keterbatasannya antara lain :

1. Penulis tidak mendapatkan data pemeriksaan analisa gas darah, pemeriksaan albumin, pemeriksaan radiologi seperti USG abdomen ataupun foto thoraks.
2. Penulis tidak dapat melakukan observasi selama 24 jam terhadap kedua pasien selama di ruangan, sehingga penulis meminta partisipasi dari keluarga yang menjaga.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus penerapan asuhan keperawatan pada pasien I dan pasien II pada pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahrane 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. Pada pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis, perawat dituntut untuk melakukan pengkajian secara lengkap, teliti dan komprehensif agar mempermudah perawat dalam penegakan diagnosa keperawatan. Pada pada pasien Penyakit Ginjal Kronis yang menjalani hemodialisa didapatkan adanya masalah pada sistem pernapasan, sistem perkemihan, cairan dan elektrolit, dan psiko-sosial. pada pasien PGK, terlihat mengalami sesak, edema, anemia, penurunan nafsu makan disertai mual dan muntah, perubahan psikologis yang terlihat yaitu adanya rasa cemas akan kondisi yang sedang dihadapi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul kepada masing – masing pasien berbeda – beda. Pada pasien I diagnosa keperawatan yang muncul, yaitu : pola nafas tidak

efektif, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, mual, ansietas dan defisit pengetahuan, sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien II yaitu : pola nafas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, mual dan harga diri rendah.

3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam studi kasus terhadap kedua pasien disesuaikan dengan masalah keperawatan yang muncul yang ditegakkan 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

Evaluasi ialah akhir dari proses keperawatan yang melihat hasil akhir dari asuhan keperawatan yang telah diberikan. Pada evaluasi yang penulis lakukan pada pasien I, didapatkan hasil 6 masalah teratasi atau semua masalah teratasi, sedangkan pada pasien II, didapatkan hasil 5 masalah tertasi dan 1 masalah tidak teratasi yaitu perfusi perifer tidak efektif.

5.2 Saran

Guna terciptanya peningkatan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis, maka diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan, diantaranya :

1. Bagi Penulis

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.

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 Ginjal Kronis.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat bermanfaat sebagai sumber informasi dan menambah wawasan mengenai Penyakit 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

- Agnes, Lianida (2014). *Motivasi Pasien Gagal Ginjal Ginjal Kronik yang Dilakukan Hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Kabupaten Jombang*. Jombang: Stikes Jombang
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI (2013). *Laporan Hasil Riset Dasar (RISKESDAS) Indonesia Tahun 2013*. Jakarta : Kementertian Kesehatan RI
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI (2018). *Laporan Hasil Riset Dasar (RISKESDAS) Indonesia Tahun 2018*. Jakarta : Kementertian Kesehatan RI
- Balitbang Kemenkes RI (2018) *Penyakit Tidak Menular (PTM) Terbanyak Di Indonesia*. Jakarta : Balitbang Kemenkes RI
- Bagian Perencanaan. (2017). Profil 2017 Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie. Diunduh pada tanggal 1 Desember 2018 dari : <http://www.rsudaws.co.id/uploads/DOWNLOAD/Profil%20RSUD%20AWS%202017.pdf>
- Baradero, Mary, dkk. (2009). *Klien Gangguan Ginjal*. Jakarta : EGC
- Bargman, J. K. dan Sckorecki, K (2013). *Chronics Kidney Disease in Horrinson's Nephrology and Acid-Base Disorder*, Edisi 2. Diakses pada 1 Desember 2018 <http://www.jurnal.fk.ac.unand.ac.id>
- Corwin, Elizabeth J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Doengoes, M.E, Moorhouse, M.F., Geissler, A.C. (2000). *Nursing Care Plans : Guidelines for Planning and Documentating Patients Care*. Alih bahasa : Kariasa, I.M. Jakarta : EGC
- Eva S. dan Sri I (2015). *Faktor yang berhubungan dengan Penyakit Ginjal Kronik di Indonesia*. Diakses pada 2 Desember 2018, diambil dari : <http://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/3155>
- Firdaus, Reyva Bahtiar (2016). *Upaya Penatalaksanaan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Chronic Kidney Disease di RSUD dr.Soehardi Pridjonegoro*. Diambil dari : <http://eprints.ums.ac.id/44539/7/NASKAH520NEW.PDF> (20 April 2019)
- Hadi, Chandra (2015). *Efektivitas Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga Tentang Penyakit*. Jurnal Vol 15 No 1;67-74. Semarang : Mutiara Medika

- Infodatin.(2017). *Situasi Penyakit Ginjal Kronis*. Diakses pada tanggal 18 November 2018 <http://www.depkes.go.id>
- Iin Patimah dkk (2015). *Pengaruh Relaksasi Dzikir Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa*. Jurnal, Vol. 3, No.1
- Ikhsan, Muhammad (2017) *The Effect of Dzikir on Anxiety Level in Chronic Kidney Disease Patient Having Hemodialysis in PKU Muhammadiyah Hospital of Yogyakarta*. Tesis. Yogyakarta: Univeritas Asiyah Yogyakarta
- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (2007). KDOQI Clinical Practice Guideline And Clinical Practice Recommendations For Anemia In Chronic Kidney Disease : 2007 Update Of Hemoglobin Target*. Boston: National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
- Kusmastusti, Wonodoyo (2017) *Efektivitas Afirmasi Positif Dan Stabilisasi Dzikir Vibrasi Sebagai Media Terapi Psikologis Untuk Mengatasi Kecemasan Pada Komunitas Pasien Hemodialisa*. Jurnal Vol. 8 Nomor 2 : Jakarta
- Irwan (2018). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Yogyakarta : Deepublish
- Moelock, F . N. (2018). *Air Bagi Kesehatan : Upaya Peningkatan Promotif Preventif Bagi Kesehatan Ginjal Di Indonesia*. Diakses pada tanggal 1 Desember 2018
https://www.persi.or.id/images/2018/data/materi_menkes.pdf
- Muttaqin, Arif, Kumala Sari (2011). *Askep Gangguan Perkemihan*. Jakarta : Salemba Medika. Diambil dari :
<https://adysetyadi.files.wordpress.com/2016/contoh.kia.ners.pdf> (21 April 2019)
- Narulita, Dewi (2017) *Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Harga Diri Rendah Lansia di Kabupaten Bungo*. Jurnal Vol 8 No. 2:354-361. Muara Bungo: Akademi Keperawatan Setih
- Nuari, Nian A. (2017). *Gangguan Pada Sistem Perkemihan & Penatalaksanaannya*, Edisi 1. Yogyakarta : Deepublish
- Nurarif, H. A, dan Kusuma H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 2*. Yogyakarta : MediAction
- Nursalam (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman, Tesis, dan Istrumen Penelitian Keperawatan*, edisi 2. Jakarta : Penerbit Salemba Medika

Notoatmojo, S (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta

Pernefri. (2016). *Report Of Indonesian Renal Registry*. Diunduh pada tanggal 30 November 2018
<https://www.indonesianrenalregistry.org/data/INDONESIAN%20RENAL%20REGISTRY%202016.pdf>

Rosidah & Utomo, Hanif (2015). Perbandingan Kadar Hemoglobin Sebelum Dan Sesudah Hemodialisa Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr.Saiful Anwar, Malang. *Jurnal Sains* Vol 5 No 10: Malang

Silbernagl, S. & Lang, F (2014). *Teks dan Atlas Berwarna Patofisiologi*. Alih Bahasa : Setiawan, I & Mochtar I. Jakarta : EGC

Smeltzer, C Suzanne & Bare, G Brenda. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth. Ed.8. Vol.2*. Jakarta: EGC

Suwitra, K (2009). *Penyakit Ginjal Kronik. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi ke -5*. Jakarta : Interna Publishing

Supadi, E. Nurachmach & Mamuah (2008). *Efektivitas Penggunaan Posisi Semifowler Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Jantung di RSUD Banyumas Jawa Tengah*. *Jurnal Keidanan dan Keperawatan Volume IV No.2-* Hal 97-108. Diambil dari :
<http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/.pdf> (19 April 2019)

Tim Pokja DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja DPP PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

The Renal Association (2013). CKD Stages. Diakses pada tanggal 1 Desember 2018, diambil dari : <http://www.renal.org/information-resource/the-uk-eckd-guide/ckd-stages#sthash.frm4MEB8.dpbs>

United States Renal Data System. (2015) Annual Data Reports USRDS and 2015 Atlas of CKD & ESRD. Diakses pada 28 November 2018 diambil dari : <https://www.usrds.org/>

World Health Organization (2013). The World Health Organization : Quality Of Life. Diakses pada 28 November 2018 diambil dari : <https://www.whoqol.breff.org>

**FORM
MONITOR INTAKE DAN OUTPUT CAIRAN**

Nama : Pasien I (Tn. I)

Usia : 66 Tahun

BB : 60 Kg

Senin 1 April 2019		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
I N T A K E	Peroral																								
	Makan							50				50						50							
	Minum						20	20		20			20						20			10			
	Parenteral																								
	Eas Primer 10tpm	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Obat IV	11									16										16				
	Jumlah	41	30	30	30	30	50	100	30	66	30	30	100	30	30	30	30	30	116	30	40	30	30	30	30
O U T P U T	BAK					50					100							100							
	BAB																								
	NGT																								
	DRAIN																								
	IWL	600																							
	Muntah																								
	Perdarahan																								
	Jumlah	600					50					100						100							
BALANCE	Input : 1.023 cc Output : 850 cc Balans cairan : +173 cc																								

Ket : IWL dewasa = 10-15xBB/24jam

FORM
MONITOR INTAKE DAN OUTPUT CAIRAN

Nama : Pasien I (Tn. I)

Usia : 66 Tahun

BB : 60 Kg

Selasa, 2 April 2019		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
I N T A K E	Peroral																									
	Makan							73,5					73,5						73,5							
	Minum						50	20		20			50				50			20		40				
	Parenteral																									
	Eas Primer 10tpm	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Obat IV	11									16									16						
	Tranfusi												200													
	Jumlah	41	30	30	30	30	80	123,5	30	66	30	230	153,5	30	30	80	30	30	139,5	30	70	30	30	30	30	
O U T P U T	BAK			100							100						100				100					
	BAB													200												
	NGT																									
	DRAIN																									
	IWL	900																								
	Muntah																									
	Perdarahan																									
	Jumlah			1000								100			200			100					100			

P U T	NGT																							
	DRAIN								200															
	IWL	855																						
	Muntah																							
	Perdarahan																							
	Jumlah	1255				50				200		60							50					
BALANCE	Input : 1.108,5 cc Output : 1.255 cc Balans cairan : - 146,5 cc																							

Ket : IWL dewasa = 10-15xBB/24jam

FORM
MONITOR INTAKE DAN OUTPUT CAIRAN

Nama : Pasien II (Tn. S)

Usia : 55 Tahun

BB : 57 Kg

Kamis, 4 April 2019		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
I N T A K E	Peroral																									
	Makan								119				119					119								
	Minum								50				30					20								
	Parenteral																									
	NaCl 0,9% 7tpm	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	
	Obat IV	102									107								107							
	Jumlah	123	41	21	21	21	21	71	190	128	21	21	190	21	21	21	91	21	267	21	21	21	21	21	21	
O	BAK	100				50	50						150					150				100				

U T P U T	BAB																								
	NGT																								
	DRAIN																								
	IWL	855																							
	Muntah																								
	Perdarahan																								
	Jumlah	955						50	50									150						150	
BALANCE	Input : 1.277 cc Output : 1.455cc Balans cairan : + 178 cc																								

Ket : IWL dewasa = 10-15xBB/24jam

**FORM
MONITOR INTAKE DAN OUTPUT CAIRAN**

Nama : Pasien II (Tn. S)

Usia : 55 Tahun

BB : 57 Kg

Jumat, 5 April 2019		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		
I N T A K E	Peroral																										
	Makan								50								50										
	Minum		20		30			50	50				50						50						50		
	Parenteral																										
	NaCl 0,9% 7tpm	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	
	Obat IV	102									107									107							
	Jumlah	123	41	21	51	21	21	71	121	128	21	21	71	21	21	21	71	21	178	21	21	21	21	71	21		

SATUAN ACARA PENYULUHAN PENYAKIT GINJAL KRONIS

Tema	: Penyakit Ginjal Kronis
Sub Topik	: Penyakit Ginjal Kronis
Hari / tanggal	: Rabu, 3 April 2019
Waktu Pertemuan	: 30 menit
Tempat	: Ruang Flamboya RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Sasaran	: Pasien dan Keluarga

A. Latar Belakang

Perkembangan zaman juga tak bisa menghindarkan kesibukan masyarakat baik perkotaan maupun pedesaan. Hal ini mempengaruhi masyarakat tidak peduli akan kesehatannya, termasuk mengenai penyakit Gagal ginjal kronik ini. Penatalaksanaan gagal ginjal kronik yaitu dengan mengurangi minum, operasi dan cuci darah (hemodialisa). SAP tentang Gagal Ginjal Kronik, akan membahas tentang pengertian apa itu Gagal Ginjal Kronik, etiologi/penyebab, manifestasi klinik, cara pencegahan dan pelaksanaannya.

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan mengenai Gagal Ginjal Kronik (PGK) selama 30 menit, pasien dan keluarga dapat memahami mengenai gagal ginjal kronik.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan mengenai penyakit ginjal kronis selama 30 menit, penduduk mampu memahami dan menjelaskan:

1. Pengertian PGK
2. Etiologi PGK
3. Manifestasi klinik PGK
4. Pencegahan PGK

5. Penatalaksanaan PGK

B. Kisi-kisi Materi

1. Pengertian PGK
2. Etiologi PGK
3. Manifestasi klinik PGK
4. Pencegahan PGK
5. Penatalaksanaan PGK

C. Media

1. Lembar balik
2. Leaflet

D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

E. Rencana Pelaksanaan

NO	Kegiatan Pendidikan Kesehatan	Waktu	Kegiatan Klien
1.	Memberi Salam	1 menit	1. Klien kembali menyapa sapa tersebut
2.	Memperkenalkan diri	2 menit	2. Klien Memperhatikan
3.	Memberikan penjelasan tentang Gagal ginjal kronik	15 menit	3. Klien menndengarkan penjelasan yang diberikan
4.	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya	5 menit	4. Klien mengajukan pertanyaan
5.		5 menit	

6.	<p>Memberi jawaban atas pertanyaan yang diajukan</p> <p>Menyimpulkan hasil penyuluhan dan evaluasi</p>	1 menit	<p>5. Klien mendengarkan jawaban yang diberikan</p> <p>6. Klien mendengarkan dengan baik</p>
----	--	---------	--

F. Evaluasi

1. Peserta dapat menjelaskan sekilas pengertian Gagal Ginjal Kronik
2. Peserta dapat menyebutkan hal-hal yang menyebabkan terjadinya Gagal Ginjal Kronik
3. Peserta dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala Gagal Ginjal Kronik
4. Peserta dapat menyebutkan apa saja pencegahannya
5. Peserta dapat memahami penatalaksanaan dari Gagal Ginjal Kronik

Lampiran Materi

Gagal Ginjal Kronik

Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Ginjal (*renal*) adalah organ tubuh yang memiliki fungsi utama untuk menyaring dan membuang zat-zat sisa metabolisme tubuh dari darah dan menjaga keseimbangan cairan serta elektrolit (misalnya kalsium, natrium, dan kalium) dalam darah. Ginjal juga memproduksi bentuk aktif dari vitamin D yang mengatur penyerapan kalsium dan fosfor dari makanan sehingga membuat tulang menjadi kuat. Selain itu ginjal memproduksi hormon *eritropoietin* yang merangsang sumsum tulang untuk memproduksi sel darah merah, serta *renin* yang berfungsi mengatur volume darah dan tekanan darah.

Etiologi

Penyebab gagal ginjal akut dapat dibedakan menjadi tiga kelompok besar, yaitu :

- a. *Hipovolemia* (volume darah yang kurang), misalnya karena perdarahan yang hebat.
- b. Dehidrasi karena kehilangan cairan, misalnya karena muntah-muntah, diare, berkeringat banyak dan demam.
- c. Dehidrasi karena kurangnya asupan cairan.
- d. Obat-obatan, misalnya obat diuretic yang menyebabkan pengeluaran cairan berlebihan berupa urin.
- e. Gangguan aliran darah ke ginjal yang disebabkan sumbatan pada pembuluh darah ginjal
- f. *Sepsis*: Sistem imun tubuh berlebihan karena terjadi infeksi sehingga menyebabkan peradangan dan merusak ginjal.
- g. Obat-obatan yang toksik terhadap ginjal.
- h. *Rhabdomyolysis*: terjadinya kerusakan otot sehingga menyebabkan serat otot yang rusak menyumbat sistem filtrasi ginjal. Hal ini bisa terjadi karena trauma atau luka bakar yang hebat.

- i. *Diabetes mellitus* tipe 1 dan tipe 2 yang tidak terkontrol dan menyebabkan *nefropati diabetikum*.
- j. Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol.
- k. Peradangan dan kerusakan pada *glomerulus (glomerulonefritis)*, misalnya karena penyakit lupus atau pasca infeksi.
- l. Penyakit ginjal *polikistik*, kelainan bawaan di mana kedua ginjal memiliki kista multipel.
- m. Penggunaan obat-obatan tertentu dalam jangka lama atau penggunaan obat yang bersifat toksik terhadap ginjal.
- n. Pembuluh darah arteri yang tersumbat dan mengeras (*aterosklerosis*) menyebabkan aliran darah ke ginjal berkurang, sehingga sel-sel ginjal menjadi rusak (*iskemia*).

Patofisiologi

Pada gagal ginjal kronik, terjadi banyak nephron-nephron yang rusak sehingga nephron yang ada tidak mampu memfungsikan ginjal secara normal. Dalam keadaan normal, sepertiga jumlah nephron dapat mengeliminasi sejumlah produk sisa dalam tubuh untuk mencegah penumpukan di cairan tubuh. Tiap pengurangan nephron berikutnya, bagaimanapun juga akan menyebabkan retensi produk sisa dan ion kalium. Bila kerusakan nephron progresif maka gravitasi urin sekitar 1,008. Gagal ginjal kronik hampir selalu berhubungan dengan anemi berat.

Retensi cairan dan natrium dapat mengakibatkan edema, CHF, dan hipertensi. Hipotensi dapat terjadi karena aktivitas aksis renin angiotensin dan kerja sama keduanya meningkatkan sekresi aldosteron. Kehilangan garam mengakibatkan risiko hipotensi dan hipovolemia. Muntah dan diare menyebabkan perpisahan air dan natrium sehingga status uremik memburuk (Nursalam dan Fransisca, 2008).

Asidosis metabolik akibat ginjal tidak mampu mensekresi asam (H^+) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam akibat tubulus ginjal tidak mampu mensekresi ammonia dan mengabsorpsi natrium bikarbonat (HCO_3). Penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lain terjadi (Nursalam dan Fransisca, 2008).

Anemia terjadi akibat produksi eritropoietin yang tidak memadai, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran pencernaan. Eritropoietin yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sumsum tulang untuk menghasilkan sel darah merah, dan produksi eritropoietin menurun sehingga mengakibatkan anemia berat yang disertai keletihan, angina, dan sesak napas (Nursalam dan Fransisca, 2008).

Manifestasi klinis

Keparahan tanda dan gejala bergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari, dan usia pasien.

- a. Pada gagal ginjal kronis mencakup hipertensi (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivasi system rennin-angiotensin-aldosteron)
- b. Pitting edema (kaki, tangan, sakrum)
- c. Edema periorbital
- d. Gagal jantung kongestif
- e. Edema pulmoner (akibat cairan berlebih)
- f. Pembesaran vena leher
- g. Nyeri dada dan sesak napas akibat perikarditis (akibat iritasi pada lapisan pericardial oleh toksin uremik), efusi pericardial, penyakit jantung koroner akibat aterosklerosis yang timbul dini, dan gagal jantung akibat penimbunan cairan dan hipertensi.
- h. Gangguan irama jantung akibat aterosklerosis, gangguan elektrolit dan kalsifikasi metastatic.
- i. Rasa gatal yang parah (pruritis) dengan ekskoriasis akibat toksin uremik dan pengendapan kalsium di pori-pori kulit.
- j. Fetor uremik disebabkan oleh ureum yang berlebihan pada air liur diubah oleh bakteri di mulut menjadi ammonia sehingga napas berbau ammonia. Akibat lain adalah timbulnya stomatitis dan parotitis
- k. Anoreksia, mual, muntah yang berhubungan dengan gangguan metabolisme di dalam usus, terbentuknya zat-zat toksik akibat metabolisme bakteri usus seperti ammonia dan metil guanidine, serta sebabnya mukosa usus

Penaktalaksanaan

- a. Dilakukan pemeriksaan lab.darah dan urin
- b. Observasi balance cairan
- c. Observasi adanya oedema
- d. Batasi cairan yang masuk
- e. Diit rendah uremi
- f. Obat-obatan: diuretik, anti hipertensi, suplemen besi, agen pengikat fosfat, suplemen kalsium, furosemid.
- g. Dialysis
 - a. Peritoneal dialysis

Biasanya dilakukan pada kasus – kasus emergency.
Sedangkan dialysis yang bisa dilakukan dimana saja yang tidak bersifat akut adalah CAPD (Continues Ambulatori Peritonal Dialysis)
 - b. Hemodialisis

Yaitu dialisis yang dilakukan melalui tindakan infasif di vena dengan menggunakan mesin. Pada awalnya hemodiliasis dilakukan melalui daerah femoralis namun untuk mempermudah maka dilakukan :

AV fistule : menggabungkan vena dan arteri

Double lumen : langsung pada daerah jantung (vaskularisasi ke jantung)

Komplikasi

- a. Asidosis metabolic
- b. Hiperkalemi
- c. Perikarditis, efusi perikardialdan tamponade jantung
- d. Hipertensi
- e. Anemia
- f. Penyakit tulang

DAFTAR PUSTAKA

E. Marilyn Doenges, dkk. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi 3. EGC : Jakarta

Smeltzer. C Suzanne. Bare G Renda. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8. EGC : Jakarta

RN.PhD.Jackson Marilyn."Panduan Praktis Edukasi Pasien".PT. Erlangga : Jakarta.2009



**HAMILTON RATING SCALE FOR ANXIETY
(HARS)**

Nama Responden : Tn. I

Tanggal Pemeriksaan : 1 April 2019

Skor	0	= Tidak ada
	1	= Ringan
	2	= Sedang
	3	= Berat
	4	= Berat Sekali

Total Skor	< 14	= Tidak ada kecemasan
	14 – 20	= Kecemasan ringan
	21 – 27	= Kecemasan sedang
	28 – 41	= Kecemasan berat
	42 – 56	= Kecemasan berat sekali

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas - Cemas* - Firasat Buruk* - Takut Akan Pikiran Sendiri* - Mudah Tersinggung				3	
2	Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu* - Tak Bisa Istirahat Tenang* - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah*				3	
3	Ketakutan - Pada Gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal Sendiri - Pada Binatang Besar - Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak	0				
4	Gangguan Tidur - Sukar Masuk Tidur* - Terbangun Malam Hari* - Tidak Nyenyak* - Bangun dengan Lesu - Banyak Mimpi-Mimpi - Mimpi Buruk - Mimpi Menakutkan				3	
5	Gangguan Kecerdasan - Sukar Konsentrasi - Daya Ingat Buruk	0				
6	Perasaan Depresi - Hilangnya Minat - Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi - Sedih* - Bangun Dini Hari* - Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari*				3	
7	Gejala Somatik (Otot) - Sakit dan Nyeri di Otot-Otot* - Kaku - Kedutan Otot - Gigi Gemerutuk - Suara Tidak Stabil		1			

8	Gejala Somatik (Sensorik) <ul style="list-style-type: none"> - Tinitus - Penglihatan Kabur - Muka Merah atau Pucat - Merasa Lemah* - Perasaan ditusuk-Tusuk* 			2		
9	Gejala Kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> - Takhikardia* - Berdebar - Nyeri di Dada - Denyut Nadi Mengeras* - Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan - Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap) 			2		
10	Gejala Respiratori <ul style="list-style-type: none"> - Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada - Perasaan Tercekik - Sering Menarik Napas* - Napas Pendek/Sesak 		1			
11	Gejala Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> - Sulit Menelan - Perut Melilit - Gangguan Pencernaan - Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan - Perasaan Terbakar di Perut - Rasa Penuh atau Kembung - Mual - Muntah - Buang Air Besar Lembek - Kehilangan Berat Badan* - Sukar Buang Air Besar (Konstipasi) 		1			
12	Gejala Urogenital <ul style="list-style-type: none"> - Sering Buang Air Kecil - Tidak Dapat Menahan Air Seni - Amenorrhoe - Menorrhagia - Menjadi Dingin (Frigid) - Ejakulasi Praeococks - Ereksi Hilang - Impotensi 	0				
13	Gejala Otonom <ul style="list-style-type: none"> - Mulut Kering - Muka Merah - Mudah Berkeringat* - Pusing, Sakit Kepala - Bulu-Bulu Berdiri 		1			

14	Tingkah Laku Pada Wawancara - Gelisah* - Tidak Tenang - Jari Gemetar - Kerut Kening - Muka Tegang - Tonus Otot Meningkat - Napas Pendek dan Cepat* - Muka Merah			2		
----	---	--	--	---	--	--

Skor Total = 22 (Kecemasan Sedang)

**HAMILTON RATING SCALE FOR ANXIETY
(HARS)**

Nama Responden : Tn. I

Tanggal Pemeriksaan : 2 April 2019

Skor	0	= Tidak ada
	1	= Ringan
	2	= Sedang
	3	= Berat
	4	= Berat Sekali

Total Skor	< 14	= Tidak ada kecemasan
	14 – 20	= Kecemasan ringan
	21 – 27	= Kecemasan sedang
	28 – 41	= Kecemasan berat
	42 – 56	= Kecemasan berat sekali

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas - Cemas* - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri* - Mudah Tersinggung			2		
2	Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu* - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah*			2		
3	Ketakutan - Pada Gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal Sendiri - Pada Binatang Besar - Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak	0				
4	Gangguan Tidur - Sukar Masuk Tidur - Terbangun Malam Hari* - Tidak Nyenyak* - Bangun dengan Lesu - Banyak Mimpi-Mimpi - Mimpi Buruk - Mimpi Menakutkan			2		
5	Gangguan Kecerdasan - Sukar Konsentrasi - Daya Ingat Buruk	0				
6	Perasaan Depresi - Hilangnya Minat - Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi - Sedih* - Bangun Dini Hari - Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari*			2		
7	Gejala Somatik (Otot) - Sakit dan Nyeri di Otot-Otot* - Kaku - Kedutan Otot - Gigi Gemerutuk - Suara Tidak Stabil		1			

8	Gejala Somatik (Sensorik) <ul style="list-style-type: none"> - Tinitus - Penglihatan Kabur - Muka Merah atau Pucat - Merasa Lemah* - Perasaan ditusuk-Tusuk* 			2		
9	Gejala Kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> - Takhikardia* - Berdebar - Nyeri di Dada - Denyut Nadi Mengeras* - Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan - Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap) 			2		
10	Gejala Respiratori <ul style="list-style-type: none"> - Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada - Perasaan Tercekik - Sering Menarik Napas* - Napas Pendek/Sesak 		1			
11	Gejala Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> - Sulit Menelan - Perut Melilit - Gangguan Pencernaan - Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan - Perasaan Terbakar di Perut - Rasa Penuh atau Kembung - Mual - Muntah - Buang Air Besar Lembek - Kehilangan Berat Badan* - Sukar Buang Air Besar (Konstipasi) 		1			
12	Gejala Urogenital <ul style="list-style-type: none"> - Sering Buang Air Kecil - Tidak Dapat Menahan Air Seni - Amenorrhoe - Menorrhagia - Menjadi Dingin (Frigid) - Ejakulasi Praecoaks - Ereksi Hilang - Impotensi 	0				
13	Gejala Otonom <ul style="list-style-type: none"> - Mulut Kering - Muka Merah - Mudah Berkeringat* - Pusing, Sakit Kepala - Bulu-Bulu Berdiri 		1			

14	Tingkah Laku Pada Wawancara - Gelisah* - Tidak Tenang - Jari Gemetar - Kerut Kening - Muka Tegang - Tonus Otot Meningkat - Napas Pendek dan Cepat* - Muka Merah			2		
----	---	--	--	---	--	--

Skor Total = 18 (Kecemasan Ringan)

**HAMILTON RATING SCALE FOR ANXIETY
(HARS)**

Nama Responden : Tn. I

Tanggal Pemeriksaan : 3 April 2019

Skor	0	= Tidak ada
	1	= Ringan
	2	= Sedang
	3	= Berat
	4	= Berat Sekali

Total Skor	< 14	= Tidak ada kecemasan
	14 – 20	= Kecemasan ringan
	21 – 27	= Kecemasan sedang
	28 – 41	= Kecemasan berat
	42 – 56	= Kecemasan berat sekali

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas - Cemas* - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri - Mudah Tersinggung		1			
2	Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah*		1			
3	Ketakutan - Pada Gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal Sendiri - Pada Binatang Besar - Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak	0				
4	Gangguan Tidur - Sukar Masuk Tidur - Terbangun Malam Hari* - Tidak Nyenyak - Bangun dengan Lesu - Banyak Mimpi-Mimpi - Mimpi Buruk - Mimpi Menakutkan		1			
5	Gangguan Kecerdasan - Sukar Konsentrasi - Daya Ingat Buruk	0				
6	Perasaan Depresi - Hilangnya Minat - Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi - Sedih* - Bangun Dini Hari - Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari		1			
7	Gejala Somatik (Otot) - Sakit dan Nyeri di Otot-Otot - Kaku - Kedutan Otot - Gigi Gemerutuk - Suara Tidak Stabil	0				

8	Gejala Somatik (Sensorik) <ul style="list-style-type: none"> - Tinitus - Penglihatan Kabur - Muka Merah atau Pucat - Merasa Lemah* - Perasaan ditusuk-Tusuk* 			2		
9	Gejala Kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> - Takhikardia* - Berdebar - Nyeri di Dada - Denyut Nadi Mengeras* - Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan - Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap) 			2		
10	Gejala Respiratori <ul style="list-style-type: none"> - Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada - Perasaan Tercekik - Sering Menarik Napas* - Napas Pendek/Sesak 		1			
11	Gejala Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> - Sulit Menelan - Perut Melilit - Gangguan Pencernaan - Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan - Perasaan Terbakar di Perut - Rasa Penuh atau Kembung - Mual - Muntah - Buang Air Besar Lembek - Kehilangan Berat Badan* - Sukar Buang Air Besar (Konstipasi) 		1			
12	Gejala Urogenital <ul style="list-style-type: none"> - Sering Buang Air Kecil - Tidak Dapat Menahan Air Seni - Amenorrhoe - Menorrhagia - Menjadi Dingin (Frigid) - Ejakulasi Praecoaks - Ereksi Hilang - Impotensi 	0				
13	Gejala Otonom <ul style="list-style-type: none"> - Mulut Kering - Muka Merah - Mudah Berkeringat* - Pusing, Sakit Kepala - Bulu-Bulu Berdiri 		1			

14	Tingkah Laku Pada Wawancara - Gelisah* - Tidak Tenang - Jari Gemetar - Kerut Kening - Muka Tegang - Tonus Otot Meningkat - Napas Pendek dan Cepat* - Muka Merah			2		
----	---	--	--	---	--	--

Skor Total = 13 (Tidak ada Kecemasan)