

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN**  
**GAGAL GINJAL KRONIS YANG DI RAWAT**  
**DI RUMAH SAKIT**



**OLEH:**

**Nama : INDRI JAYANTI**

**NIM : P072201170753**

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

**2020**

**11**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN**

**GAGAL GINJAL KRONIS YANG DI RAWAT**

**DI RUMAH SAKIT**



**OLEH:**

**Nama : INDRI JAYANTI**

**NIM : P072201170753**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**

**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**

**SAMARINDA**

**2020**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari KTI lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan.

Balikpapan 9 Mei 2020

Yang menyatakan

Nama : Indri Jayanti  
NIM. P07220117053

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI**  
**TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN**  
**TANGGAL JUM'AT, 8 Mei 2020**

Oleh  
Pembimbing

Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd

NIDN. 4020027901

Pembimbing Pendamping

Nurhayati, S.ST., M.Pd

NIDN. 4024016801

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 Pada pasien Dengan  
Gagal Ginjal Kronis Yang Dirawat Di Rumah Sakit

Telah Diuji

Pada tanggal Selasa, 12 Mei 2020

**PANITIA PENGUJI**

Ketua Penguji

Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd  
NIDN. 400804047301

.....

Penguji Anggota

1. Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd  
NIDN. 4020027901

.....

2. Nurhayati, S.ST.,M.Pd  
NIDN. 4024016801

.....

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Prodi D-III Keperawatan  
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

1. Nama : Indri Jayanti
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Amuntai, 26 Januari 1998
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. No Telfon : 0895700524063
7. Alamat Email : indrijayanti30@gmail.com
8. Alamat : Samboja Jl. Soekarno Hatta Km.39  
Kab. Kutai Kartanegara

### B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 017 Samboja tahun 2005 – 2011
2. MTs Negeri Samboja tahun 2011 – 2014
3. SMAN 1 Samboja tahun 2014 – 2017
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2017 –  
sampai sekarang.

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan kasih karunia-Nya yang telah diberikan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan Kelas B Balikpapan dengan judul “Asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis Yang Dirawat Di Rumah Sakit ”

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini saya banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini saya telah mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materil maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. H. Supriadi B., S.Kp., M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis AG,M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.

5. Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd, selaku Pembimbing I dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
6. Nurhayati, S.ST.,M.Pd, selaku Pembimbing II dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
7. Orang tua saya terima kasih banyak sudah selalu mendukung, dan mendoakan saya tanpa hentinya.
8. Teman - teman angkatan ke - 6 Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan yang selalu mendukung dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Tuhan Yang Maha Esa kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah dihadapan Tuhan.

Balikpapan, 9 Mei 2020

Penulis



## **ABSTRAK**

### **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT “**

Gagal ginjal kronis merupakan suatu keadaan menurunnya fungsi ginjal sehingga terjadi uremia. Menurut data WHO penyakit Gagal ginjal kronis merupakan penyebab ke-12 kematian dan ke-17 penyebab kecacatan di Dunia. Penanganan gagal ginjal kronis seperti diet rendah protein, kalium, natrium dan cairan selanjutnya dapat dilakukan dialysis atau transplantasi ginjal. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Metode pengambilan data dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Instrumen pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi keperawatan kampus Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Analisa data secara deskriptif.

Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan dari pengkajian hingga evaluasi, didapatkan data dari masing – masing pasien sama - sama mengeluh sesak napas, lemas dan kedua kaki oedema. Pada kedua pasien ditemukan oleh peneliti sebelumnya masing - masing 4 diagnosa namun setelah dikaji tidak semua diagnosa bisa ditegakkan. Pada pasien 1 hanya masalah konstipasi dan mual sedangkan pada pasien 2 dari 4 diagnosa hanya mual dan resiko penurunan curah jantung yang dapat ditegakkan dan ada 3 diagnosa yang ditemukan yaitu risiko infeksi, risiko perdarahan dan gangguan pola tidur.

Dapat disimpulkan bahwa setiap pasien dengan gagal ginjal kronis memiliki respon yang berbeda terhadap penyakitnya. Diharapkan peneliti selanjut melakukan pengkajian dengan tepat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien.

Kata kunci : Gagal ginjal kronis, Asuhan keperawatan

## ABSTRACT

**" NURSING CARE IN PATIENT WITH CHRONIC KIDNEY FAILURE IDENTIFIED IN HOSPITAL "**

*Chronic kidney failure is a condition of decreased kidney function resulting in uremia. According to WHO data Chronic kidney failure is the 12th cause of death and 17th cause of disability in the World. Management of chronic kidney failure such as diets low in protein, potassium, sodium and fluid can then be done dialysis or kidney transplantation. This study aims to obtain an overview of nursing care in patients with chronic kidney failure in Abdul Wahab Sjahranie Hospital Samarinda.*

*Methods of data collection by interview, physical examination and supporting examination. The data collection instruments used the format of Nursing Care in accordance with the applicable provisions in the Nursing Study Program at the Health Polytechnic campus of the Ministry of Health, East Kalimantan. Descriptive data analysis.*

*Based on data analysis, conclusions from assessment to evaluation obtained data from each patient complaining of shortness of breath, weakness and edema of the legs. In both patients were found by previous researchers each with 4 diagnoses but after review not all diagnoses can be established. In patient 1 only problems with constipation and nausea while in patient 2 out of 4 the diagnosis is only nausea and the risk of a decrease in cardiac output can be established and there are 3 diagnoses found, namely risk of infection, risk of bleeding and disturbance of sleep patterns.*

*It can be concluded that each patient with chronic kidney failure has a different response to his illness. It is hoped that the researcher will continue to conduct a proper assessment so that nursing care can be achieved in accordance with the problems found in the patient.*

*Keywords: Chronic kidney failure, Nursing care*

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat.....	i
Halaman Persetujuan .....	ii
Halaman Pengesahan .....	iii
Kata Pengantar.....	iii
Abstrak .....	vi
Daftar Isi.....	v
Daftar Gambar .....	xiii
Daftar Tabel.....	x
Daftar Bagan.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xvi
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan Penelitian.....	9
1. Tujuan Umum .....	9
2. Tujuan Khusus .....	9
D. Manfaat Penelitian .....	10
1. Bagi Peneliti.....	10
2. Bagi Tempat Penelitian .....	10
3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan .....	10
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Medis .....	11
1. Definisi .....	11
2. Anatomi Ginjal.....	12
3. Fisiologi Ginjal .....	14

4. Etiologi .....	15
5. Patofisiologi .....	17
7. Klasifikasi .....	19
8. Manifestasi Klinik .....	20
9. Penatalaksanaan .....	23
10. Komplikasi .....	28
11. Pemeriksaan penunjang .....	30
B. Konsep Masalah Keperawatan .....	32
C. Konsep Asuhan Keperawatan.....	34

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Pendekatan/Desain Penelitian .....	64
B. Subyek Penelitian .....	64
C. Definisi Operasional .....	65
D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	66
E. Prosedur Penelitian .....	67
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	68
G. Keabsahan Data .....	70
H. Analisi Data .....	70

#### DAFTAR PUSTAKA

#### LAMPIRAN – LAMPIRAN

### **BAB 4 HASIL DAN PEMBAHAN**

A. Hasil .....	72
B. Pembahasan .....	108

### **BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	156
B. Saran .....	158

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Ginjal .....	13
Gambar 2.2 Anatomi Ginjal .....	14

**DAFTAR BAGAN**

	Halaman
Bagan 2.1 Pathway Gagal Ginjal Kronik.....	19

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik.....	21
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Biodata Pasien .....	71
Tabel 4.2 Hasil Riwayat Biodata Pasien .....	72
Tabel 4.3 Pengkajian Pasien .....	74
Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien .....	76
Table 4.5 Balance cairan /hari perawatan .....	81
Table 4.6 Hasil Anamnesis, Pemeriksaan Penunjang, dan Terapi .....	82
Table 4.7 Diagnosa .....	84
Table 4.8 Intervensi pasien 1 .....	86
Table 4.9 Intervensi pasien 2.....	89
Table 4.10 Implementasi pasien 1 .....	93
Table 4.11 Implementasi pasien 2 .....	96
Table 4.12 Evaluasi pasien 1 .....	100
Table 4.13 Evaluasi pasien 2.....	102

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	Lembar Konsultasi
Lampiran 2	Format Pengkajian Keperawatan
Lampiran 3	Format Analisa Data
Lampiran 4	Format Rencana Keperawatan
Lampiran 5	Format Tindakan Keperawatan
Lampiran 6	Format Evaluasi Keperawatan



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kesehatan adalah keadaan seimbang yang dinamis, dipengaruhi faktor genetik, lingkungan dan pola hidup sehari - hari seperti makan, minum, seks, kerja, istirahat, hingga pengelolaan kehidupan emosional. Status kesehatan tersebut dapat menjadi rusak bila keseimbangan zat gizi dalam tubuh terganggu (Santoso, 2012).

Ketidakseimbangan zat gizi dalam tubuh dapat terjadi jika masyarakat terbiasa dengan pola diet yang tidak sehat seperti mengkonsumsi makanan siap saji atau fast food setiap hari. Kegemaran dan kebiasaan masyarakat mengkonsumsi fast food menyebabkan semakin tingginya asupan natrium dan garam karena kadar garamnya mencapai dua kali lipat dari batas normal yang dianjurkan yaitu sebesar  $< 2,4$  gram. Hal tersebut merupakan faktor risiko pemicu terjadinya penyakit tidak menular seperti hipertensi yang merupakan penyebab utama terjadinya kerusakan ginjal yang dapat berlanjut pada tahap gagal ginjal kronis (Anggraini, 2016).

Gagal ginjal kronis merupakan gangguan fungsi renal yang irreversible dimana kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, yang menyebabkan uremia yang ditandai dengan Glomerulus Filtrate Rate (GFR) kurang dari 60 mL/menit per 1,73 m<sup>2</sup> selama lebih dari 3 bulan atau tanpa kerusakan ginjal (Pongsibidang, 2016).

Penyakit Gagal Ginjal Kronis didunia saat ini mengalami peningkatan dan menjadi masalah kesehatan dunia dengan peningkatan insidensi, prevalensi serta tingkat morbiditas dan mortalitas. Prevalensi global telah meningkat setiap tahunnya. Menurut data WHO penyakit ginjal kronis berkontribusi pada beban penyakit dunia dengan angka kematian sebesar 850.000 setiap tahun. Penyakit tersebut merupakan penyebab ke-12 kematian dan ke-17 penyebab kecacatan di Dunia (Pongsibidang, 2016).

Hasil penelitian Global Burden of Disease tahun 2010, penyakit ginjal kronis merupakan penyebab kematian peringkat ke 27 di dunia tahun 1990 lalu meningkat menjadi urutan ke 18 pada tahun 2010. Lebih dari 2 juta penduduk di dunia mendapatkan perawatan dengan dialisis atau transplantasi ginjal, serta hanya sekitar 10% yang benar-benar mengalami perawatan tersebut. (Simatupang, 2019). Di Amerika Serikat, kejadian dan prevalensi gagal ginjal meningkat 50% di tahun 2016. Data menunjukkan bahwa setiap tahun 200.000 orang Amerika menjalani hemodialisis. Tahun 2017 lebih dari 26 juta orang atau 13 persen dari populasi orang dewasa di Amerika Serikat (Ratika, 2014).

Berdasarkan Riskesdas atau Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi gagal ginjal kronis yaitu prevalensi tertinggi di DKI Jakarta 38,7 % sementara yang terendah ada di Sulawesi Utara sebesar 2% lalu diprovinsi kalimantan timur didapatkan 42,9%. Sedangkan prevalensi pada penderita gagal ginjal kronis pada kelompok umur 15 - 24 tahun (1,33%), 25 - 34 tahun (2,28%), umur 35 - 44 tahun (5,64%), umur 55 - 64 tahun

(7,21%) dan tertinggi pada kelompok umur 65 - 74 tahun (8,23%) lalu disusul pada kelompok umur >75 tahun (7,48%) (RISKESDAS, 2018).

Data di Indonesia, penyebab Gagal Ginjal Kronis (GGK) terbanyak adalah Glomerulus nefritis, Infeksi Saluran Kemih (ISK), Batu saluran kencing, Nefropati diabetik, Nefrosklerosis hipertensi, dan Ginjal polikistik (Irwan, 2016). Hipertensi dengan persentase kemungkinan sebesar 24%, diabetes mellitus sebesar 30%, glomerulonefritis sebesar 17%, chronic pyelonephritis sebesar 5% dan yang terakhir tidak diketahui penyebabnya sebesar 20% (Milner, 2003). Selain itu penyebab gagal ginjal juga dipengaruhi oleh faktor gaya hidup yaitu merokok, mengonsumsi minuman suplemen berenergi, mengonsumsi kopi (Prandari, 2013).

Ginjal berfungsi untuk mengatur keseimbangan air dalam tubuh, mengatur konsentrasi garam dalam darah, mengatur keseimbangan asam basa darah, ekskresi bahan buangan dan kelebihan garam (Dewi, 2015). Apabila terjadi gagal ginjal kronis menyebabkan ginjal tidak bisa mengeluarkan ureum sehingga terjadilah penumpukan ureum didalam darah, maka akan terjadi sindrom uremia. Sindrom uremia ini akan menyebabkan peradangan mukosa saluran cerna. Sehingga pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronis akan merasakan anoreksia, mual, muntah (Corwin, 2008).

Gagal ginjal kronis ini juga menyebabkan terjadinya kelebihan cairan pada tubuh pasien sehingga dampak yang akan muncul adalah komplikasi lanjut seperti hipertensi, gagal jantung, edema pulmonal, nyeri pleura, dan

sesak napas(Prananta, 2014). Kondisi tersebut menyebabkan timbul masalah keperawatan gangguan pertukaran gas, nyeri akut, hypervolemia atau kelebihan volume cairan,ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, ketidakefektifan perfusi jaringan, intoleransi aktivitas, kerusakan integritas kulit, risiko perdarahan, dan risiko infeksi(Nurarif, 2015).Hal ini akan mengindikasikan pasien dilakukan perawatan lebih lanjut, sehingga diperlukan peran perawat profesional untuk mendukung proses pemulihan kondisi pasien (Prananta, 2014).

Selain itu anemia juga merupakan salah satu komplikasi dari penyakit gagal ginjal kronis. Anemia muncul ketika kreatinin pada penderita gagal ginjal kronis mengalami penurunan kira-kira sebanyak 40 ml/mnt/1,73m<sup>2</sup> dari permukaan tubuh. Anemia pada penderita gagal ginjal kronis dapat disebabkan oleh defisiensi besi. Anemia defisiensi besi ini disebabkan oleh adanya perdarahan tersembunyi atau occult blood loss, kehilangan darah selama proses dialisis, seringnya pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium dan lainnya. Selain itu anemia juga disebabkan adanya defisiensi hormon eritropoetin sehingga sumsum tulang belakang kurang memproduksi sel darah merah(Permatasari, 2019).

Sebagai seorang perawat yang profesional kita harus memberikan asuhan keperawatan secara komperensif, serta pasien mampu mengikuti dan memahami intruksi yang telah diberikan secara baik dan benar demi mengurangi risiko tingkat keparahan kondisi pasien yang menderita penyakit gagal ginjal kronis (Mardiana, 2013).

Gagal ginjal kronis dapat diberikan tindakan terapi yaitu Hemodialisa, terapi ini berfungsi untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh, yang pada umumnya dilakukan secara rutin sebanyak 2-3 kali setiap minggu, dalam waktu 3-4 jam (Dewi, 2015). Selain hemodialisa dapat dilakukan peritoneal dialisa atau cuci darah lewat perut dilakukan 3-5 kali per hari, 7 hari perminggu dengan setiap kali cairan dialisis dalam kavum peritoneum lebih dari 4 jam. Pada waktu siang 4-6 jam, sedangkan waktu malam 8 jam (Putri, 2014). Selain itu ada juga transplantasi ginjal merupakan terapi yang efektif untuk penyakit gagal ginjal kronis stadium 5 (Susilowati, 2015).

Peran perawat pada pasien gagal ginjal kronis yaitu dilakukannya intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus, intervensi keperawatan yang dilakukan seperti monitoring tanda - tanda vital, monitor adanya distensi vena leher, adanya roncki, edema perifer, penambahan berat badan, monitor tanda dan gejala adanya edema, monitor intake dan output cairan, mencatat intake dan output cairan jika terjadi penurunan output cairan dilakukan pembatasan asupan cairan, kolaborasi pemberian oksigen dan kolaborasi pemeriksaan laboratoritum (Nurarif, 2015).

Peran perawat sebelumnya telah disebutkan yaitu melakukan intervensi pembatasan asupan cairan, itu sering kali sulit dilakukan oleh penderita gagal ginjal kronis, terutama jika mereka mengkonsumsi obat-obatan yang membuat membran mukosa kering seperti diuretik, sehingga

menyebabkan rasa haus dan pasien berusaha untuk minum. Hal ini karena dalam kondisi normal manusia tidak dapat bertahan lebih lama tanpa asupan cairan dibandingkan dengan makanan (Potter and Perry, 2010). Sehingga perawat juga ikut berperan dalam meningkatkan kepatuhan pasien dalam pembatasan asupan cairan yaitu dengan cara meningkatkan pemahaman pasien mengenai pentingnya pembatasan asupan cairan pada penyakit gagal ginjal kronis (Wayiqrat, 2018).

Peran perawat selanjutnya yaitu melakukan perawatan paliatif, karena penderita gagal ginjal kronis harus melakukan terapi hemodialisa untuk memperpanjang usia harapan hidup. Kegiatan ini akan berlangsung terus-menerus sepanjang hidupnya oleh karena itu, kebutuhan pasien pada stadium lanjut suatu penyakit tidak hanya pemenuhan/pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif (Hutagaol, 2016).

Perawatan paliatif ini dapat menggunakan intervensi dengan psikologis (psychological intervention) berupa relaksasi spiritual. Pemberian intervensi ini dilakukan dengan setting kelompok dan diharapkan tercipta peer group support sesama penderita yang akan meningkatkan motivasi mereka dalam beradaptasi terhadap penyakitnya atau menerima, sehingga mampu membangun mekanisme koping yang efektif dan dapat meningkatkan kualitas hidupnya (Hutagaol, 2016).

Berdasarkan data dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh

Ridwan kamaluddin dan Eva rahayupada jurnalnya yaitu Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronis dengan hemodialisis di rsud prof. Dr. Margono soekarjo purwokerto menunjukkan hasil dari 51 responden peneliti mendapatkan 67,3% penderita yang patuh dan 32,7% penderita yang tidak patuh dalam mengurangi asupan cairan pada RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Keterlibatan tenaga kesehatan sangat diperlukan oleh pasien dalam hal sebagai pemberi pelayanan kesehatan, penerimaan informasi bagi pasien dan keluarga, serta rencana pengobatan selanjutnya. Hasil ini sesuai dengan pendapat bahwa kualitas interaksi antara profesional kesehatan dengan pasien merupakan bagian penting dalam menentukan derajat kepatuhan, orang-orang yang merasa menerima perhatian dari seseorang atau kelompok biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis daripada pasien yang kurang (merasa) mendapat dukungan social (Kamaluddin, 2009).

Berdasarkan data dari studi pendahuluan dilakukan oleh peneliti pada tanggal 13 Januari 2020 di ruangan perawatan Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dari Bulan Januari hingga Desember 2018diperoleh 147pasien yang telah dirawat dengan kasus gagal ginjal kronis sedangkan pada Januari hingga Desember 2019 diperoleh 145 pasien dengan kasus gagal ginjal kronis.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan

keperawatan pada klien dengan gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2019.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur.

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur 2019 secara komprehensif.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2019.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2019.
- c. Menyusun perencanaan tindakan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2019.
- d. Melaksanakan tindakan Asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2019.



- e. Melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronis di Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2019.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2019., sehingga perawat dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat.

##### **2. Bagi Tempat Penelitian**

Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberi masukan atau saran serta menambah keluasan ilmu Asuhan Keperawatan pada pasiengagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2019.

##### **3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasiengagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur Tahun 2019.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Medis**

##### **1. Definisi**

Gagal ginjal kronis merupakan penyakit yang menahun dan bersifat progresif, dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme atau keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia. Gagal ginjal kronis terjadi apabila Laju Filtrasi Glomeruler (LFG) kurang dari 60 ml/menit/1,73m<sup>2</sup> selama tiga bulan atau lebih. Berbagai faktor yang mempengaruhi kecepatan kerusakan serta penurunan fungsi ginjal dapat berasal dari genetik, perilaku, lingkungan maupun proses degenerative (Pongsibidang, 2016).

Gagal ginjal kronis yang juga disebut CKD atau Chronic Kidney Disease ditandai oleh penurunan fungsi ginjal yang cukup besar, yaitu biasanya hingga kurang dari 20% nilai GFR yang normal, dalam periode waktu yang lama biasanya > 3 bulan. Penyakit ginjal kronis bisa berlangsung tanpa keluhan dan gejala selama bertahun - tahun dengan peningkatan uremia dan gejala yang menyertai ketika GFR sudah turun hingga di bawah 60 mL/menit. Penyebab gagal ginjal kronis yang semuanya berupa penyakit kronis jangka panjang (Tao. L, 2013).

Gagal ginjal kronis merupakan suatu keadaan menurunnya fungsi ginjal yang bersifat kronis akibat kerusakan progresif sehingga terjadi

uremia atau penumpukan akibat kelebihan urea dan sampah nitrogen di dalam darah (Priyanti, 2016).

Gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, yang menyebabkan uremia (Simatupang, 2019).

## 2. Anatomi

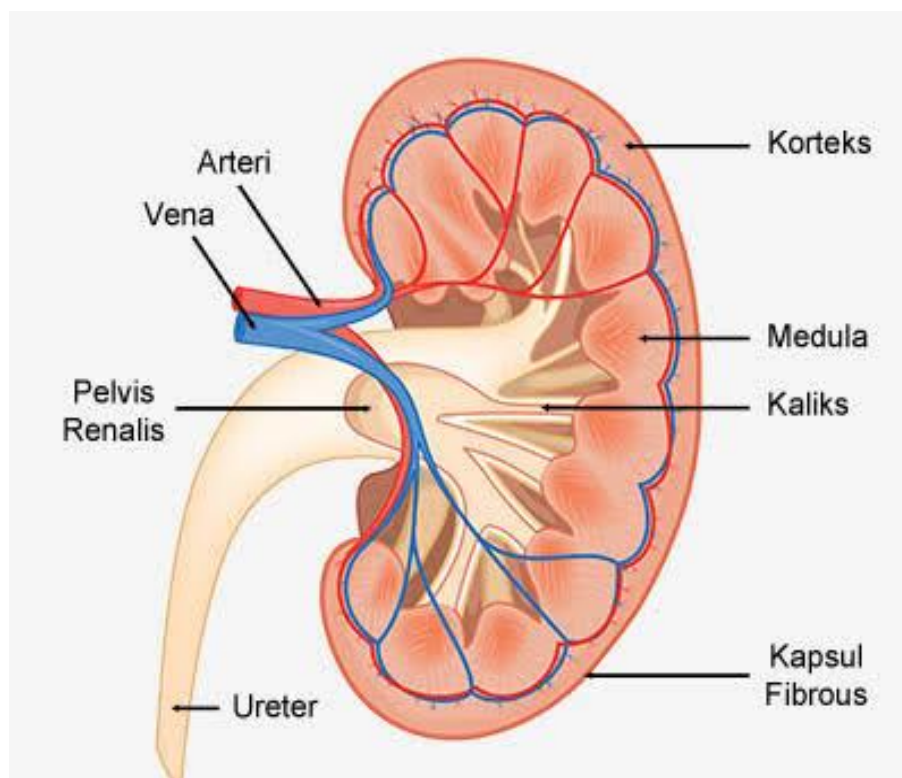
Ginjal merupakan suatu organ yang terletak retroperitoneal / ruang anatomi yang terletak pada permukaan media - lateral dinding posterior abdomen. Ginjal organ yang letaknya setinggi T12 hingga L3. Ginjal kanan terletak lebih rendah dari yang kiri karena besarnya lobus hepar (Tao. L, 2013). Setiap ginjal panjangnya 6 -7,5 cm, tebal 1,5-2,5 cm, dan beratnya pada orang dewasa sekitar 140 gram. (Pearce, 2011).

Setiap ginjal dilapisi kapsul tipis dari jaringan fibrosa yang rapat membungkusnya, dan membentuk pembungkus yang halus. Didalamnya terdapat struktur - struktur ginjal. Warnanya ungu tua dan terdiri atas bagian korteks di sebelah luar, dan bagian medulla di sebelah dalam. Bagian medulla ini tersusun atas lima belas sampai enam belas massa berbentuk piramida, yang disebut pyramid ginjal (nefron dan tubulus), Puncak - puncaknya langsung mengarah ke hilum dan berakhir di kalises. Kalises ini menghubungkannya dengan pelvis ginjal (Pearce, 2011).

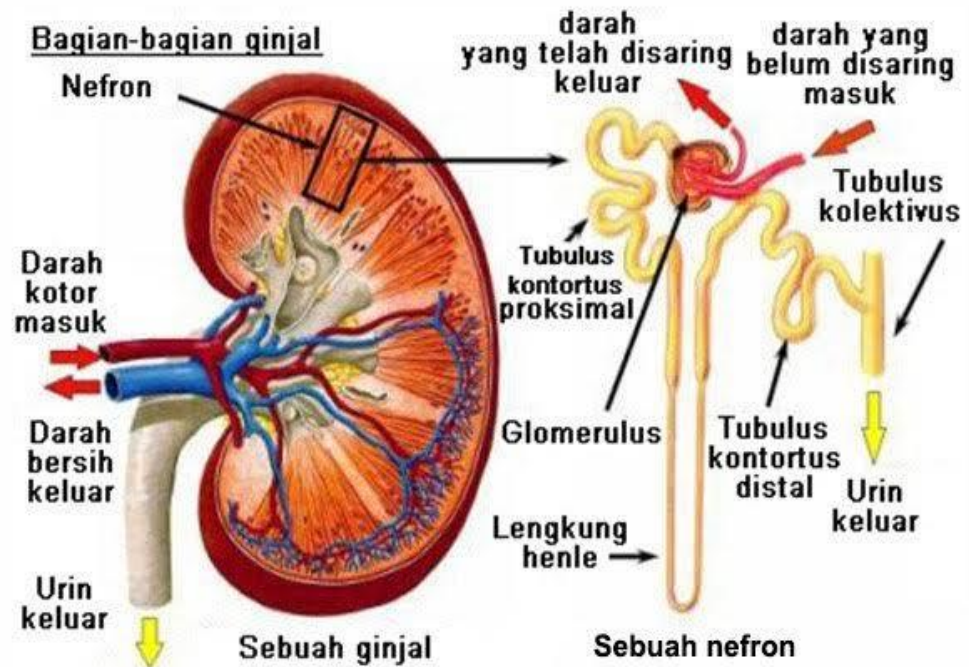
Di dalam piramida ginjal terdapat nefron, nefron adalah unit primer yang melaksanakan fungsi ginjal yaitu menyaring darah, menyerap nutrisi,

dan mengalirkan zat buangan ke urine. Diperkirakan ada 1.000.000 nefron dalam setiap ginjal (Pearce, 2011). Nefron terdiri dari beberapa bagian, korpuskulum renalis atau badan Malpighi, yang terdiri dari glomerulus dan kapsul bowman. Selanjutnya selain nefron juga ada tubulus, yaitu kumpulan tabung ini terdiri dari tubulus proksimal, lengkung henle, tubulus distal hingga ke tubulus kolektivus atau tubulus pengumpul (Tao, L, 2013).

Gambar Anatomi Ginjal 2.1



Gambar Anatomi Ginjal 2.2



### 3. Fisiologi

Fungsi ginjal adalah mengatur keseimbangan air, konsentrasi garam dalam darah, keseimbangan asam basa darah, serta ekresi bahan buangan dan kelebihan garam (Pearce, 2011).

Uraian dari fungsi ginjal yaitu diantaranya :

- a. Mengatur volume air (cairan) dalam tubuh. Kelebihan air dalam tubuh akan diekresikan oleh ginjal sebagai urine yang encer dalam jumlah besar, kekurangan air (kelebihan keringat) menyebabkan urine yang diekresi berkurang dan konsentrasinya lebih pekat, sehingga susunan dan volume cairan tubuh dapat dipertahankan relative normal.
- b. Mengatur keseimbangan osmotik dan mempertahankan keseimbangan ion yang optimal dalam plasma (keseimbangan elektrolit). Bila terjadi

pemasukan/pengeluaran yang abnormal ion-ion akibat pemasukan garam yang berlebihan / penyakit perdarahan (diare dan muntah) ginjal akan meningkatkan ekresi ion-ion yang penting (Na, K, Cl, fosfat).

- c. Mengatur keseimbangan asam basa cairan tubuh, bergantung pada apa yang dimakan. Campuran makanan menghasilkan urine yang bersifat asam, pH kurang dari 6, ini disebabkan hasil akhir metabolisme protein. Apabila banyak makan sayur-sayuran, urine akan bersifat basa. pH urine bervariasi 4,8-8,2. Ginjal menyekresi urine sesuai dengan perubahan pH darah.
- d. Ekresi sisa-sisa hasil metabolisme (ureum / urea, asam urat, kreatinin) zat-zat toksik, obat-obatan, hasil metabolisme haemoglobin dan bahan kimia asing (Pestisida).
- e. Fungsi hormonal dan metabolisme. Ginjal menyekresi hormone renin yang mempunyai peranan penting mengatur tekanan darah (system renin, angiotensin aldosterone) membentuk eritropoitin, mempunyai peranan penting untuk memproses pembentukan sel darah merah (eritropoitin). Di samping itu ginjal juga membentuk hormone dihidroksikolekalsiferol (Vitamin D Aktif) yang diperlukan untuk absorbs ion kalsium di usus (Syaifudin, 2013).

#### 4. Etiologi

Angka kejadian gagal ginjal meningkat setiap tahunnya, baik di Indonesia maupun di dunia. Data di Indonesia, penyebab Gagal Ginjal

Kronis (GGK) terbanyak adalah Glomerulus nefritis, Infeksi Saluran Kemih (ISK), Batu saluran kencing, Nefropati diabetik, Nefrosklerosis hipertensi, dan Ginjal polikistik (Irwan, 2016). Hipertensi dengan persentase kemungkinan sebesar 24%, diabetes mellitus sebesar 30%, glomerulonephritis sebesar 17%, chronic pyelonephritis sebesar 5% dan yang terakhir tidak diketahui penyebabnya sebesar 20% (Milner, 2003). Selain itu penyebab gagal ginjal juga dipengaruhi oleh faktor gaya hidup yaitu merokok, mengkonsumsi minuman suplemen berenergi, mengkonsumsi kopi (Prandari, 2013).

Penyebab gagal ginjal kronik diantaranya, yaitu :

Prerenal :

- a. Stenosis arteria renalis / penyempitan arteri ginjal
- b. Emboli (Kedua ginjal) / gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan vaskuler.

Parenkim / Jaringan dasar :

- a. Diabetes mellitus
- b. Hipertensi
- c. Glomerulonefritis kronis / Peradangan ginjal
- d. Nefritis tubulointerstisial kronis / Peradangan tubulus
- e. Amiloidosis / protein abnormal yang menumpuk pada organ.
- f. Cancer renal / Kanker ginjal



- g. Systemic lupus erythematosus / SLE

Postrenal :

- a. Obtruksi saluran kemih
- b. Infeksi saluran kemih (Tao. L, 2013).

Terdapat beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan GGK salah satunya adalah riwayat gaya hidup. Gaya hidup yang dimaksud adalah gaya hidup seperti riwayat penggunaan obat analgetika dan obat anti inflamasi non steroid yaitu obat yang digunakan untuk mengurangi peradangan, sehingga meredakan nyeri dan menurunkan demam, selain itu adanya riwayat merokok, riwayat penggunaan minuman suplemen berenergi (Dewi, 2015). Faktor pencetus lainnya yaitu dimulai dari zat toksik (antibiotik, alkohol, kokain, dan heroin) , dan obstruksi saluran kemih yang dapat menyebabkan arterio sclerosis / arteri yang mengeras (Paweninggalih, 2019).

## 5. Patofisiologi

Penyakit gagal ginjal kronis awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Mula - mula karena adanya zat toksik, infeksi dan obtruksi saluran kemih yang menyebabkan retensi urine atau sulit mengeluarkan urin. Dari penyebab tersebut, Glomerular Filtration Rate (GFR) di seluruh nefron turun dibawah normal. Hal yang dapat terjadi dari menurunnya GFR meliputi : sekresi protein terganggu, retensi Na / kelebihan garam dan sekresi eritropoitin turun. Hal ini mengakibatkan

terjadinya sindrom uremia yang diikuti oleh peningkatan asam lambung dan pruritis.

Asam lambung yang meningkat akan merangsang mual, dapat juga terjadi iritasi pada lambung dan perdarahan jika iritasi tersebut tidak ditangani dapat menyebabkan melena atau feses berwarna hitam. Proses retensi Na menyebabkan total cairan ekstra seluler meningkat, kemudian terjadilah edema. Edema tersebut menyebabkan beban jantung naik sehingga terjadilah hipertrofi atau pembesaran ventrikel kiri dan curah jantung menurun.

Proses hipertrofi tersebut diikuti juga dengan menurunnya aliran darah ke ginjal, kemudian terjadilah retensi Na dan H<sub>2</sub>O atau air meningkat. Hal ini menyebabkan kelebihan volume cairan pada pasien GGK. Selain itu menurunnya cardiac output atau curah jantung juga dapat mengakibatkan kehilangan kesadaran karena jantung tidak mampu memenuhi kebutuhan oksigen di otak sehingga menyebabkan kematian sel. Hipertrofi ventrikel akan mengakibatkan difusi atau perpindahan O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> terhambat sehingga pasien merasakan sesak. Adapun Hemoglobin yang menurun akan mengakibatkan suplai O<sub>2</sub> Hb turun dan pasien GGK akan mengalami kelemahan atau gangguan perfusi jaringan (Nurarif, 2015).

## 7. Klasifikasi

Gagal ginjal kronis dibagi dalam 3 stadium, antara lain :

a. Stadium I, dinamakan penurunan cadangan ginjal.

Selama stadium ini keatinin serum yaitu molekul limbah kimia hasil metabolisme otot dan kadar BUN atau Blood Urea Nitrogen normal, dan penderita asimtomatik tau pasien tidak merasakan gejala penyakit. Gangguan fungsi ginjal hanya dapat diketahui dengan tes pemekatan kemih dan tes GFR yang teliti.

b. Stadium II, dinamakan infufisiensi ginjal :

- 1) Pada stadium ini, dimana lebih dari 75% jaringan yang berfungsi telah rusak.
- 2) GFR besarnya 25% dari normal.
- 3) Kadar BUN dan kreatinin serum mulai meningkat dari normal.
- 4) Gejala-gejala nokturia atau sering berkemih di malam hari sampai 700 ml dan poliuria atau sering berkemih dari hari biasanya (akibat dari kegagalan pemekatan) mulai timbul.

c. Stadium III, dinamakan gagal ginjal stadium akhir atau uremia :

- 1) Sekitar 90% dari massa nefron telah hancur atau rusak, atau hanya sekitar 200.000 nefron saja yang masih utuh.
- 2) Nilai GFR hanya 10% dari keadaan normal.
- 3) Kreatinin serum dan BUN atau Blood Urea Nitrogen akan meningkat dengan mencolok.

- 4) Gejala-gejala yang timbul karena ginjal tidak sanggup lagi mempertahankan homeostasis cairan dan elektrolit dalam tubuh, yaitu : oliguria atau cairan urin yang keluar sedikit dari normal karena kegagalan glomerulus, sindrom uremik (Suharyanto, 2013).

Klasifikasi gagal ginjal kronik berdasarkan derajat (stage) LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) dimana nilai normalnya adalah 90 - 120 ml/min/1,73m<sup>2</sup> dengan rumus Kockroft-Gault sebagai berikut :

Tabel 2.1 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik :

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat	≥ 90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun atau ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun atau sedang 15-29	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG menurun atau berat	15-29
5	Gagal ginjal	<15

## 8. Manifestasi Klinik

Pasien akan menunjukkan beberapa tanda dan gejala ; Keparahan kondisi bergantung pada tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari, dan usia pasien.

### a. Sistem Kardiovaskuler

Hipertensi, retinopati (kerusakan retina mata) dan ensefalopati hipertensif (suatu sindrom akibat dari peningkatan tekanan arteri mendadak tinggi yang dapat mempengaruhi fungsi otak), beban sirkulasi berlebih, edema, gagal jantung kongestif (kegagalan jantung dalam memompa pasokan darah yang dibutuhkan tubuh), dan distritmia (gangguan irama jantung).

### b. Sistem Dermatologi

Pucat, pruritis atau gatal, Kristal uremia, kulit kering, dan memar.

### c. Sistem Neurologi

Mudah lelah, otot mengecil dan lemah, sistem saraf tepi : Penurunan ketajaman mental, konsentrasi buruk, kekacauan mental, koma, otot berkedut, kejang.

### d. Sistem pernafasan

Dispnea yaitu kondisi yang terjadi akibat tidak terpenuhinya pasokan oksigen ke paru – paru yang menyebabkan pernafasan menjadi cepat, pendek, dan dangkal., edema paru, pneumonitis, kussmaul (pola pernapasan yang sangat dalam).

e. Sistem Gastrointestinal

Anoreksia, mual, muntah, nafas bau amoniak, mulut kering, pendarahan saluran cerna, diare, stomatitis atau sariawan, parotitis atau infeksi virus yang menyebabkan pembengkakan pada kelenjar parotis pada wajah.

f. Sistem Perkemihan

Poliuria (urine dikeluarkan sangat banyak dari normal), berlanjut menuju oliguria (urine yang dihasilkan sangat sedikit), lalu anuria (kegagalan ginjal sehingga tidak dapat membuat urine), nokturia (buang air kecil di sela waktu tidur malam), proteinuria (Protein didalam urine).

g. Hematologik

Anemia, hemolysis (kehancuran sel darah merah), kecenderungan perdarahan, risiko infeksi.

h. Biokimia

Azotemia (penurunan GFR, menyebabkan peningkatan BUN dan kreatinin), hyperkalemia, Retensi Na, Hiperagnesia, Hiperrurisemia.

i. Sex

Libido hilang, Amenore (ketika seorang wanita usia subur tidak mengalami haid), Impotensi dan sterilisasi.

j. Metabolisme

Hiperglikemia kebutuhan insulin menurun, lemak peningkatan kadar trigliserad, protein sintesis abnormal.

k. Gangguan kalsium

Hiperfosfatemia, hipokalsemia, konjungtivitis / ureamia mata merah (Suharyanto, 2013).

9. Penatalaksanaan

Pengobatan gagal ginjal kronis dibagi menjadi 2 tahap, yaitu konservatif dan dialysis/transplantasi ginjal.

a. Tindakan konservatif untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif.

Pengobatan :

1) Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan.

a) Pembatasan protein, jumlah kebutuhan protein dilonggarkan sampai 60 – 80 g/hari, apabila penderita mendapatkan pengobatan dislisis teratur. Makanan yang mengandung tinggi protein yaitu susu, telur, hati, kacang - kacangan.

b) Diet rendah kalium, diet yang dianjurkan adalah 40 - 80 mEq/hari. Jika berlebih mengkonsumsi makanan yang mengandung kalium dapat menyebabkan hyperkalemia. Terlalu banyak kalium dalam tubuh dapat menyebabkan terganggunya aktivitas listrik di dalam jantung yang ditandai dengan melambatnya detak jantung bahkan pada kasus

hiperkalemia berat, jantung dapat berhenti berdetak dan menyebabkan kematian. Bahan makan yang tinggi kalium diantaranya seperti pisang, jeruk, kentang, bayam dan tomat sedangkan makanan yang rendah kalium adalah apel, kubis, buncis, anggur, dan stroberi.

- c) Diet rendah natrium, diet Na yang dianjurkan adalah 40 - 90 mEq/hari atau tidak lebih dari 2000 mg natrium atau setara dengan 1 – 1,5 sendok teh/hari. Natrium (sodium) banyak terkandung di dalam garam. Natrium dapat menahan cairan di dalam tubuh dan meningkatkan tekanan darah. Pada penderita gagal ginjal, hal ini akan membuat jantung dan paru-paru bekerja lebih keras. Diet rendah natrium penting untuk mencegah retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif.
  - d) Pengaturan cairan, cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi secara seksama. Parameter yang tepat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah berat badan harian. Jumlah urin yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir ditambah IWL 500 ml.
- 2) Pencegahan dan pengobatan komplikasi
    - a) Hipertensi, batasi konsumsi natrium, pemberian diuretik (obat yang berfungsi untuk membuang kelebihan garam dan



air dari dalam tubuh melalui urine), pemberian antihipertensi namun jika lagi hemodialisa dihentikan karena jika dilanjutkan dapat menyebabkan hipotensi dan syok.

- b) Hiperkalemia dapat menyebabkan aritmia (gangguan yang terjadi pada irama jantung) dan juga henti jantung. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin. Insulin dapat membantu mengembalikan kalium ke dalam sel-sel tubuh. Kalium merupakan mineral didalam tubuh.
  - c) Anemia dikarenakan terjadinya penurunan sekresi eritropoetin ginjal, terapi yang diberikan pemberian hormone eritropoetin, tranfusi darah, dan vitamin.
  - d) Diet rendah fosfat. Fosfor adalah salah satu jenis mineral yang banyak ditemukan pada makanan seperti susu, keju, kacang kering, kacang-kacangan dan selai kacang. Kelebihan jumlah fosfor dalam darah penderita akan melemahkan tulang dan menyebabkan kulit gatal-gatal.
  - e) Pengobatan hiperurisemia dengan olopurinol (menghambat sintesis asam urat).
- b. Dialisis dan transplantasi

Pengobatan gagal ginjal stadium akhir adalah dengan dialysis yaitu Hemodialisa dan Peritoneal Dialysis selain itu juga ada transplantasi ginjal. Dialisis dapat digunakan untuk

mempertahankan penderita dalam keadaan klinis yang optimal sampai tersedia donor ginjal.

Dialisis dapat dilakukan apabila kadar kreatinin serum biasanya di atas 6 mg/100 ml pada laki – laki atau 4 ml/100 ml pada wanita, dan GFR kurang dari 4 ml/menit (Suharyanto, 2013).

Hemodialisa adalah suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderita dan beredar dalam sebuah mesin di luar tubuh yang disebut dialiser. Frekuensi tindakan hemodialisa bervariasi tergantung banyaknya fungsi ginjal yang tersisa, rata - rata penderita menjalani tiga kali dalam seminggu, sedangkan lama pelaksanaan hemodialisa paling sedikit tiga sampai empat jam tiap sekali tindakan terapi.

Terapi hemodialisa juga akan mempengaruhi keadaan psikologis pasien. Pasien akan mengalami gangguan proses berpikir dan konsentrasi serta gangguan dalam berhubungan sosial. Semua kondisi tersebut akan menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa. Kualitas hidup pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa sangat dipengaruhi oleh beberapa masalah yang terjadi sebagai dampak dari terapi hemodialisa dan juga dipengaruhi oleh gaya hidup pasien (Supriyadi, 2011).

Terapi pengganti ginjal berikutnya adalah Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis atau disingkat CAPD yang merupakan salah satu bentuk dialysis peritoneal kronis untuk pasien dengan gagal ginjal terminal, bentuk dialisisnya dengan menggunakan membran peritoneum yang bersifat semipermeabel sebagai membran dialisis dan prinsip dasarnya adalah proses ultrafiltrasi antara cairan dialisis yang masuk kedalam rongga peritoneum dengan plasma dalam darah. Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) dilakukan 3-5 kali per hari, 7 hari perminggu dengan setiap kali cairan dialisis dalam kavum peritoneum lebih dari 4 jam. Pada umumnya pada waktu siang 4-6 jam, sedangkan waktu malam 8 jam.

Saat ini CAPD merupakan salah satu bentuk dialisis pilihan bagi pasien yang usia muda, usia lanjut dan penderita diabetes mellitus. Sisanya pemilihan antara CAPD dan hemodialisa tergantung dari fasilitas dialisis, kecocokan serta pilihan pasien. Kesederhanaan, tidak membutuhkan mesin, perasaan nyaman, keadaan klinis yang baik, kebebasan pasien merupakan daya tarik penggunaan CAPD bagi dokter maupun pasien. Problem utama sampai saat ini yang memerlukan perhatian adalah komplikasi peritonitis, meskipun saat ini

dengan kemajuan teknologi akan angka kejadian peritonitis sudah dapat ditekan sekecil mungkin.

Saat ini CAPD merupakan salah satu bentuk dialisis pilihan bagi pasien yang usia muda, usia lanjut dan penderita diabetes mellitus. Sisanya pemilihan antara CAPD dan hemodialisa tergantung dari fasilitas dialisis, kecocokan serta pilihan pasien. Kesederhanaan, tidak membutuhkan mesin, perasaan nyaman, keadaan klinis yang baik, kebebasan pasien merupakan daya tarik penggunaan CAPD bagi dokter maupun pasien. Problem utama sampai saat ini yang memerlukan perhatian adalah komplikasi peritonitis, meskipun saat ini dengan kemajuan teknologi akan angka kejadian peritonitis sudah dapat ditekan sekecil mungkin.

Transplantasi atau cangkok ginjal merupakan prosedur operasi dengan dilakukan pemindahan ginjal yang sehat dan berfungsi baik dari donor hidup atau yang mati batang otak dan dicangkokkan pada pasien yang ginjalnya tidak berfungsi (Putri, 2014).

#### 10. Komplikasi

Gagal ginjal kronis ini dapat menyebabkan terjadinya kelebihan cairan pada tubuh pasien sehingga dampak yang akan muncul adalah komplikasi lanjut seperti hipertensi, gagal jantung, edema pulmonal atau kondisi yang ditandai dengan gejala sulit bernapas akibat terjadinya

penumpukan cairan di dalam alveoli, nyeri pleura, dan sesak napas (Prananta, 2014). Selain itu anemia juga merupakan salah satu komplikasi dari penyakit gagal ginjal kronis (Permatasari, 2019).

Komplikasi yang dapat timbul pada gagal ginjal kronis (Smeltzer, 2013) :

- a. Pada gagal ginjal kronis terjadi beban volume, ketidakseimbangan elektrolit, asidosis metabolik (kondisi yang terjadi ketika kadar asam di dalam tubuh sangat tinggi ditandai dengan beberapa gejala, misalnya napas pendek, linglung, atau sakit kepala), azotemia (peningkatan nitrogen urea darah /BUN referensi kisaran, 8-20 mg / dl dan serum kreatinin nilai normal 0,7 – 1,4 mg/dl) , dan urea.
- b. Pada gagal ginjal stadium 5 (penyakit stadium akhir), terjadi azotemia dan uremia berat. Asidosis metabolik memburuk, yang secara mencolok merangsang kecepatan pernafasan.
- c. Hipertensi, didalam ginjal terdapat hormone renin yang mengatur tekanan darah jika ginjal bermasalah maka tekanan darah dapat meningkat, anemia, osteodistrofi (kelainan tulang pada GJK akibat gangguan absorpsi kalsium), hiperkalemia, ensefalopati uremik (gangguan otak akibat penurunan laju filtrasi ginjal yang ditandai sulit konsentrasi dan gangguan fungsi kognitif), dan pruritus (gatal) adalah komplikasi yang sering terjadi.
- d. Penurunan pembentukan eritopoetin dapat menyebabkan sindrom anemia dan penyakit kardiovaskular.

- e. Dapat terjadi gagal jantung kongestif
- f. Tanpa pengobatan dapat terjadi koma dan kematian

#### 11. Pemeriksaan Penunjang

Berikut ini adalah pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa gagal ginjal kronis (Prabowo, 2014).

##### a. Biokimiawi

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

##### b. Urinalis

Urinalisis dilakukan untuk penyingkapan ada atau tidaknya infeksi pada ginjal atau ada atau tidaknya perdarahan aktif akibat inflamasi atau peradangan pada jaringan parenkim ginjal.

##### c. Ultrasonografi Ginjal

Imaging (gambaran) dari ultrasonografi akan memberikan informasi mendukung untuk menegakkan diagnosis gagal ginjal. Pada pasien gagal ginjal biasanya menunjukkan adanya obstruksi atau jaringan parut pada ginjal. Selain itu, ukuran dari ginjal pun akan terlihat.

#### d. Pemeriksaan Laboratorium

##### 1) Urine

- a) Volume, biasanya berkurang dari 400ml/24jam atau anuria yaitu tidak adanya produksi urine.
- b) Warna, secara abnormal urine keruh kemungkinan disebabkan oleh pus, bakteri, lemak, fosfat, kecoklatan menunjukkan adanya darah, hb, mioglobin, dan porfirin.
- c) Berat jenis, kurang dari 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat.
- d) Osmolalitas, kurang dari 350 mOsm/kg menunjukan kerusakan ginjal tubular dan rasio urin/serum sering 1:1.
- e) Klirens kreatinin mengalami penurunan.
- f) Natrium, lebih besar dari 40 mEq/L karena ginjal tidak mampu mereabsorpsi natrium.
- g) Protein, derajat tinggi proteinuria (3-4+) secara kuat menunjukkan kerusakan glomerulus.

##### 2) Darah

- a) BUN / kreatinin, meningkat kadar kreatinin 10 mg/dl diduga tahap akhir.
- b) Hematokrit menurun sehingga terjadi anemia. Hb biasanya kurang dari 7-8 gr/dl.
- c) Sel darah merah, menurun, defisiensi eritopoeitin.

- d) Analisis gas darah, biasanya asidosis metabolik, pH kurang dari 7,2.
  - e) Natrium serum menurun, kalium meningkat, magnesium meningkat, kalsium menurun.
- 3) Pemeriksaan EKG

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

## B. Konsep Masalah Keperawatan

### 1. Pengertian Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2017).

### 2. Kriteria Mayor dan Minor

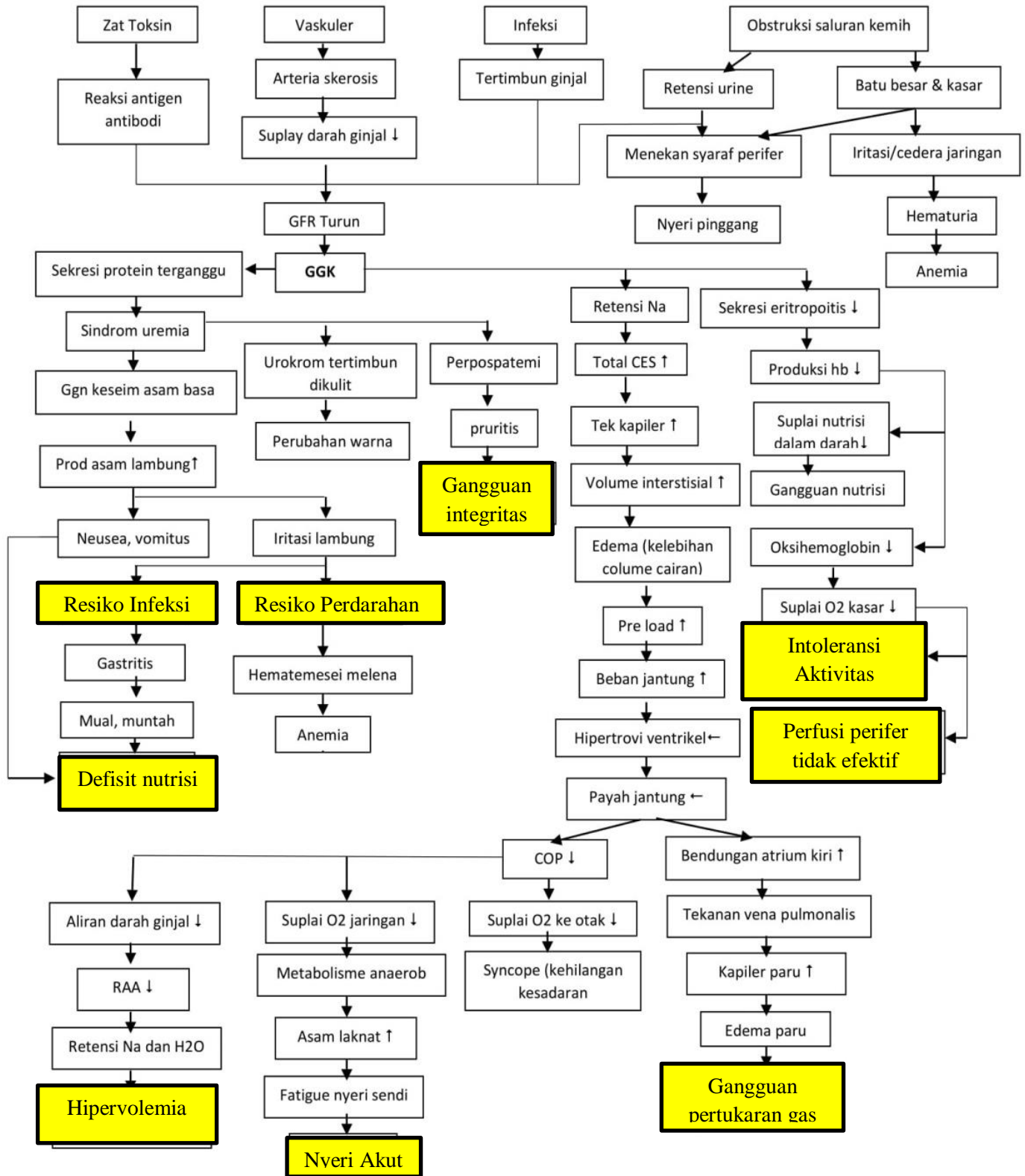
Kriteria mayor adalah tanda/gejala yang ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosa (PPNI, 2017).

### 3. Kondisi Klinis Terkait

Merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan (PPNI, 2017).



Bagan 2.1  
Pathway Gagal Ginjal Kronik



Sumber : Nurarif, A. H., & Kusuma, H, 2015

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi penderita gagal ginjal kronik menurut (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2015) dan (PPNI, 2017).

a. Gangguan pertukaran gas ( D.0003 )

Definisi :

Kelebihan atau kekurangan oksigen dan eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler.

Penyebab :

- 1) Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.
- 2) Perubahan membrane alveolus-kapiler.

Batasan Karakteristik :

- 1) Kriteria Mayor
  - a) Subjektif : Dispnea.
  - b) Objektif :  $PCO_2$  meningkat/menurun,  $PO_2$  menurun, takikardia, Ph arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan.
- 2) Kriteria Minor
  - a) Subjektif : pusing, penglihatan kabur.
  - b) Objektif : sianosis, diaphoresis/keringat, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal (cepat/lambat, regular/ireguler, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (mis : pucat, kebiruan), kesadaran menurun.

Kondisi Klinis Terkait :

- 1) Gagal jantung kongestif / Congestive heart failure / Payah jantung.

b. Nyeri akut ( D.0077 )

Definisi :

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- 1) Agen pencedera fisiologis ( mis : inflamasi / peradangan karena infeksi, iskemia/kekurangan suplai darah ke organ tubuh, neoplasma/tumor).

Batasan Karakteristik :

1) Kriteria Mayor

- a) Subjektif : mengeluh nyeri.
- b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis : waspada, posisi menghindar nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

2) Kriteria Minor

- a) Subjektif : tidak ada
- b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis/keringat.

Kondisi Klinis Terkait :

- 1) Infeksi

c. Hipervolemia ( D.0022 )

Definisi :

Peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan intraseluler.

Penyebab :

- 1) Gangguan mekanisme regulasi
- 2) Kelebihan asupan cairan
- 3) Kelebihan asupan natrium

Batasan karakteristik :

- 1) Kriteria mayor
  - a) Subjektif : ortopnea, dispnea, Paroxysmal Nocturnal Dyspnea (PND).
  - b) Objektif : edema anasarka (pembengkakan terjadi diseluruh tubuh atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, Jugular Venous Pressure (JVP) atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat, dan reflex hepatojugular positif.
- 2) Kriteria minor
  - a) Subjektif : tidak ada
  - b) Objektif : distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/Ht turun, oliguria (pengeluaran urin sedikit), intake lebih banyak dari output (balans cairan positif), kongesti paru.

Kondisi Klinis Terkait :

- 1) Penyakit ginjal: gagal ginjal akut/kronis, sindrom nefrotik
- 2) Gagal jantung kongestif

d. Defisit Nutrisi ( D.0019 )

Definisi :

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab :

- 1) Kurang asupan makanan
- 2) Ketidak mampuan menelan makanan

Batasan karakteristik :

- 1) Kriteria mayor
  - a) Subjektif : tidak ada
  - b) Objektif : berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.
- 2) Kriteria minor
  - a) Subjektif : cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.
  - b) Objektif : bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan diare.

Kondisi Klinis Terkait :

- 1) Infeksi

e. Perfusi perifer tidak efektif ( D.0009 )

Definisi :

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Penyebab:

- 1) Penurunan konsentrasi hemoglobin

Batasan karakteristik :

- 1) Kriteria mayor

- a) Subjektif : tidak ada
- b) Objektif : pengisian kapiler  $> 3$  detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

- 2) Kriteria minor

- a) Subjektif : parastesia atau kesemutan, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten).
- b) Objektif : edema, penyembuhan luka lambat, indeks anke-brachial  $< 0,90$ , bruit femoralis.

Kondisi Klinis Terkait :

- 1) Anemia

f. Intoleransi aktifitas ( D.0056 )

Definisi :

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab :

1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Batasan karakteristik :

1) Kriteria mayor

- a) Subjektif : mengeluh lelah.
- b) Objektif : frekuensi jantung meningkat  $> 20\%$  dari kondisi istirahat

2) Kriteria minor

- a) Subjektif : dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lelah.
- b) Objektif : tekanan darah berubah  $> 20\%$  dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

Kondisi Klinis Terkait :

1) Anemia

g. Gangguan integritas kulit ( D.0129 )

Definisi :

Kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi atau ligemen).

Penyebab :

- 1) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), sekresi protein terganggu
- 2) Perubahan pigmentasi

Batasan karakteristik :

- 1) Kriteria mayor
  - a) Subjektif : tidak ada
  - b) Objektif : kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit.
- 2) Kriteria minor
  - a) Subjektif : tidak ada
  - b) Objektif : nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

Kondisi Klinis Terkait :

- 1) Gagal ginjal
- h. Risiko pendarahan ( D.0012)

Definisi :

Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal ( terjadi di dalam tubuh ) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Faktor Risiko :

- 1) Gangguan gastrointestinal ( mis. Ulkus lambung).
- 2) Efek agen farmakologis.

Kondisi klinis terkait :

- 1) Ulkus lambung
- i. Risiko Infeksi ( D.0142 )

Definisi :

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor resiko :



- a. Penyakit kronis

Kondisi klinis terkait :

- b. Gagal ginjal

### C. Konsep Asuhan Keperawatan

#### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan menurut Effendy (Dermawan, 2012).

- a. Identitas Diri

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku / bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medis, diagnosis medis dan alamat.

- b. Keluhan Utama

Biasanya badan terasa lemah, mual, muntah, dan terdapat edema. Hal yang perlu dikaji pada penderita gagal ginjal kronis adalah tanda atau gejala seperti pucat, hiperpigmentasi, hipertensi, kardiomegali, edema, nefropati perifer, mengantuk, bau nafas uremik. Dilihat dari penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) tanda dan gejala yang timbul yaitu laju filtrasi glomerulus 60%, pasien masih belum merasakan keluhan, namun sudah terjadi peningkatan

kadar ureum dan kreatinin. Kemudian pada LFG sebesar 30%, pasien mulai mengalami nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan (Suwirta,2009).

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan lain yang menyerta biasanya : gangguan pernapasan, anemia, hiperkalemia, anoreksia, turgor pada kulit jelek, gatal-gatal pada kulit, asidosis metabolik.

d. Riwayat kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit gagal ginjal akut, infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat-obat nefrotoksik, dan prostatektomi. Kaji adanya riwayat penyakit batu saluran kemih, infeksi sistem perkemihan yang berulang, penyakit diabetes militus, dan penyakit hipertensi pada masa sebelumnya yang menjadi predisposisi penyebab. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit vascular hipertensif, penyakit metabolik, riwayat keluarga mempunyai penyakit gagal ginjal kronis, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes militus, asma, dan lain-lain.

f. Aktivitas Sehari-hari

Biasanya pada pasien gagal ginjal kronis terjadi kelelahan ekstrim, kelemahan, malaise. Kaji adanya kelemahan otot, kehilangan tonus, dan biasanya terjadi penurunan rentang gerak.

g. Pola Nutrisi

Kaji adakah pantangan dalam makan, kaji peningkatan berat badan (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), kaji adakah rasa mual, muntah, anoreksia, nyeri ulu hati.

h. Pola Eleminasi

Kaji ada penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria, abdomen kembung. Kaji adanya konstipasi atau diare. Kaji adakah perubahan warna urine atau tidak.

i. Pola Aktivitas

Biasanya pada pasien gagal ginjal kronis terjadi kelelahan ekstrim, kelemahan, malaise. Kaji adanya kelemahan otot, kehilangan tonus, dan biasanya terjadi penurunan rentang gerak.

j. Pola Istirahat Tidur

Biasanya pada pasien gagal ginjal kronis mengalami gangguan pola tidur (insomnia / gelisah / somnolen), gelisah karena adanya nyeri panggul, sakit kepala dan kram otot kaki.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Apakah pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya

hematoma atau riwayat operasi.

2) Mata

Penglihatan adanya kekaburan, akibat adanya gangguan nervus optikus (nervus II), gangguan dalam mengangkat bola mata (nervus III), gangguan dalam memutar bola mata (nervus IV) dan gangguan dalam menggerakkan boal mata kalateral (nervus VI).

3) Hidung

Adanya gangguan pada penciuman karna terganggu pada nervus olfatorius (nervus I).

4) Mulut

Adanya gangguan pengecapan (lidah) akibat kerusakan nervus vagus adanya kesulitan dalam menelan.

5) Dada

Inspeksi kesimetrisan bentuk, dan kembang kempis dada, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan massa, perkusi mendengar bunyi hasil perkusi, auskultasi untuk mengetahui suara nafas, cepat dan dalam.

6) Abdomen

Inspeksi bentuk, ada tidaknya pembesaran, auskultasi bising usus, perkusi dengar bunyi hasil perkusi, palpasi ada tidaknya nyeri tekan pasca operasi.

## 7) Ekstermitas

- a) Nilai 0: bila tidak terlihat kontraksi sama sekali.
- b) Nilai 1: Bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi.
- c) Nilai 2: Bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi.
- d) Nilai 3: Bila dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksaan.
- e) Nilai 4: Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang.
- f) Nilai 5: bila dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada pasien gagal ginjal kronis, antara lain :

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.
- b. Nyeri akut b.d agen pcedera fisiologis.
- c. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan.

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.
- f. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi.
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
- h. Resiko perdarahan ditandai dengan gangguan gastrointestinal
- i. Risiko infeksi ditandai dengan penyakit kronis

### 3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus, intervensi keperawatan tersebut terdiri dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia.

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pertukaran gas pasien meningkat (L.01003).

Kriteria hasil :

(PPNI, 2019)

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Dyspnea / nafas pendek mengalami penurunan
- 3) Bunyi napas tambahan menurun
- 4) Pusing menurun

- 5) Gelisah menurun
- 6) Napas cuping hidung menurun
- 7) PCO<sub>2</sub> membaik
- 8) PO<sub>2</sub> membaik
- 9) Takikardi membaik
- 10) pH arteri membaik
- 11) Sianosis membaik
- 12) Pola napas membaik
- 13) Warna kulit membaik

Intervensi :

Terapi oksigen (I.01026).

(PPNI, 2018)

- 1) Monitor kecepatan aliran oksigen.
- 2) Monitor posisi alat terapi oksigen.
- 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup.
- 4) Monitor efektifitas terapi oksigen (Mis.analisa gas darah, oksimetri).
- 5) Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan.
- 6) Monitor tanda - tanda hipoventilasi (adanya nyeri kepala, pusing, letargi / kelelahan, sesak, kantuk disiang hari, depresi)
- 7) Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen ( verbal maupun non verbal : Ekspresi mimik wajah dan keluhan pasien.

- 8) Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen (apakah ada iritasi)
  - 9) Pertahankan kepatenan jalan nafas ( Teknik batuk efektif, suction, insersi jalan nafas buatan).
  - 10) Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen ( Nasal kanul , rebreathing mask, & non rebreathing mask), oksigen, regulator.
  - 11) Berikan oksigen tambahan, jika perlu ( naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan).
  - 12) Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi (Tabung oksigen yang mudah dibawa).
  - 13) Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien.
  - 14) Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah.
  - 15) Kolaborasi penentuan dosis oksigen
  - 16) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur
- b. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan pasien meningkat (L.03020).

Kriteria Hasil :

- 1) Haluaran urin meningkat
- 2) Kelembapan membrane mukosa meningkat
- 3) Asupan makanan meningkat



- 4) Edema menurun
- 5) Asites / penumpukan cairan dirongga perut menurun
- 6) Konfusi / penurunan berfikir sehingga bingung disorientasi menurun
- 7) Tekanan darah membaik
- 8) Denyut nadi radial membaik
- 9) Tekanan arteri rata – rata membaik
- 10) Berat badan membaik

Intervensi :

Manajemen Hipervolemia (I.03114).

- 1) Periksa tanda dan gejala hypervolemia (Mis.edema, dyspnea, suara napas tambahan).
- 2) Identifikasi penyebab hypervolemia.
- 3) Monitor status hemodinamik (Mis. Frekuensi jantung, tekanan darah).
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor tanda hemokonsentrasi (Mis. Blood Urea Nitrogen, kadar natrium, berat jenis urin)
- 6) Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (mis.kadar protein dan albumin meningkat )
- 7) Monitor kecepatan infus secara ketat
- 8) Monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hypokalemia, hiponatremia).
- 9) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama

- 10) Batasi asupan cairan dan garam
  - 11) Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat
  - 12) Anjurkan melapor jika haluaran urin  $<0,5$  mL/kg/jam dalam 6 jam
  - 13) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
  - 14) Ajarkan cara membatasi cairan
  - 15) Kolaborasi pemberian diuretik
  - 16) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik
  - 17) Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), bila perlu
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri pasien menurun (L.08066).

Kriteria Hasil :

- 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat
- 2) Keluhan nyeri menurun
- 3) Meringis menurun
- 4) Sikap protektif menurun
- 5) Gelisah menurun
- 6) Kesulitan tidur menurun
- 7) Berfokus pada diri sendiri menurun
- 8) Perasaan depresi menurun
- 9) Frekuensi nadi membaik

- 10) Fokus membaik
- 11) Perilaku membaik
- 12) Pola tidur membaik

Intervensi :

Manajemen nyeri (I.08238).

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri.
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal.
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- 8) Fasilitasi istirahat dan tidur (atur lingkungan pasien dengan batasi pengunjung untuk mengurangi kebisingan, tanyakan kepada pasien apakah suka mendengarkan musik yang menenangkan, menutup tirai, matikan lampu jika perlu).
- 9) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (Misalnya nyeri akut dikarenakan retensi Na yang menyebabkan asam laktat meningkat, maka dapat dilakukan diet rendah garam).
- 10) Jelaskan penyebab, periode / kurun waktu, dan pemicu nyeri.
- 11) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi pasien meningkat (L.03030).

Kriteria hasil :

- 1) Porsi makanan yang di habiskan meningkat
- 2) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat
- 3) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat
- 4) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat
- 5) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat
- 6) Sikap terhadap makanan / minuman sesuai dengan tujuan kesehatan
- 7) Berat badan membaik
- 8) Indeks massa tubuh membaik
- 9) Frekuensi makan membaik
- 10) Nafsu makan membaik
- 11) Bising usus membaik

Intervensi :

Manajemen nutrisi (I.03119).

- 1) Identifikasi status nutrisi (apakah ada penurunan BB > 10% serta IMT dibawah normal)
- 2) Identifikasi intoleransi/ alergi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- 6) Monitor asupan makanan
- 7) Monitor berat badan
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium ( Tes darah : urea & kreatinin, Tes urine : protein & uremia)
- 9) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- 10) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan)
- 11) Sajikan makanan secara menarik dan suhu sesuai
- 12) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 13) Ajarkan diet yang diprogramkan, yang boleh dan tidak
- 14) Berikan suplemen makanan, jika perlu  
  
Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi
- 15) Anjurkan posisi duduk, jika perlu
- 16) Ajarkan diet yang diprogramkan ( rendah protein, rendah garam)
- 17) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.antimetik),  
  
jika perlu

- 18) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer pasien meningkat (L.02011).

Kriteria hasil :

- 1) Denyut nadi perifer meningkat
- 2) Warna kulit pucat menurun
- 3) Edema perifer menurun
- 4) Nyeri ekstremitas menurun
- 5) Parastesia / kesemutan menurun
- 6) Kelemahan otot menurun
- 7) Kram otot menurun
- 8) Nekrosis menurun
- 9) Pengisian kapiler membaik
- 10) Akral membaik
- 11) Turgor kulit membaik
- 12) Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik
- 13) Tekanan arteri rata – rata membaik

Intervensi :

Perawatan sirkulasi (I.14569).

- 1) Periksa sirkulasi perifer (Mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu).
- 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (Mis. Merokok, diabetes, hipertensi, kolestrol tinggi).
- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau edema pada ekstremitas.
- 4) Hindari pemasangan infus / pengambilan darah di area keterbatasan perfusi (area yang edema atau hematoma).
- 5) Hindari pengukuran TD pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi (area edema atau hematoma).
- 6) Hindari penekanan pemasangan tourniquet pada area yang cedera.
- 7) Lakukan pencegahan infeksi (cuci tangan sebelum melakukan tindakan, hindari tindakan yang beresiko mencederai terutama di area perfusi yang tidak efektif)
- 8) Lakukan perawatan kaki dan kuku (jangan biarkan kuku panjang, kaki dalam keadaan bersih dan kulit tidak kering)
- 9) Lakukan hidrasi (mis. minum air putih sesuai program diit)
- 10) Anjurkan berhenti merokok
- 11) Anjurkan olahraga rutin sesuai kemampuan pasien
- 12) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar.

- 13) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi ( diet rendah protein, Na, dan batasi minum)
  - 14) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
  - 15) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (Mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)
  - 16) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (Mis.rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
- f. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125).

Kriteria hasil

- 1) Perfusi jaringan meningkat
- 2) Kerusakan lapisan menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Kemerahan menurun
- 5) Pigmentasi abnormal menurun



Intervensi :

Perawatan integritas kulit (I.11353).

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit  
(Mis.perubahan status nutrisi)
  - 2) Monitor hasil laboratorium (tes darah : urea & kreatinin, tes urine : protein & hematuria)
  - 3) Oleskan agen topical pada kulit yang gatal
  - 4) Ajarkan diet yang diprogramkan (diet rendah protein, garam, batasi minum)
  - 5) Edukasi penyebab gangguan integritas kulit
  - 6) Kolaborasi pemberian obat topical
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat.

Kriteria hasil :

- 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 bawah meningkat

- 7) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat
- 8) Keluhan lelah menurun
- 9) Dispnea saat aktivitas menurun
- 10) Dyspnea setelah aktivitas menurun
- 11) Perasaan lemah menurun
- 12) Aritmia saat aktivitas menurun
- 13) Sianosis menurun
- 14) Warna kulit membaik
- 15) Tekanan darah membaik
- 16) Frekuensi napas membaik
- 17) EKG iskemia membaik

Intervensi :

Manajemen energi (I.05178).

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (mis. Penurunan O<sub>2</sub>)
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional (observasi kemampuan pasien melakukan aktivitas dan respon pasien dalam menghadapi penyakitnya)
- 3) Monitor pola tidur dan jam tidur ( apakah < 8 jam/harinya)
- 4) Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas
- 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan)

- 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif ( pasif : untuk pasien yang belum bisa mandiri, aktif : perawat hanya membimbing)
  - 7) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
  - 8) Anjurkan aktivitas secara bertahap
  - 9) Kolaborasi dengan ahli gizi diet yang tepat untuk pasien
- h. Risiko perdarahan ditandai dengan gangguan gastrointestinal

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan pasien menurun (L.02017).

Kriteria hasil :

- 1) Kelembapan membrane meningkat
- 2) Kelembapan mukosa meningkat
- 3) Pengetahuan kognitif meningkat
- 4) Hematemesis menurun
- 5) Hemoglobin membaik
- 6) Hematokrit membaik
- 7) Tekanan darah membaik
- 8) Denyut nadi apical membaik

Intervensi :

Pencegahan perdarahan (I.02067).

- 1) Monitor tanda dan gejala adanya perdarahan (feses berwarna hitam, muntah berdarah, adanya nyeri pada ulu hati)
  - 2) Monitor nilai hemoglobin
  - 3) Pertahankan bedrest selama perdarahan
  - 4) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
  - 5) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
  - 6) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
  - 7) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan
  - 8) Kolaborasi pemberian obat pengontrol darah
  - 9) Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu
- i. Risiko infeksi ditandai dengan penyakit kronis

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi pasien menurun (L.14137).

Kriteria hasil :

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Kebersihan badan meningkat
- 3) Nafsu makan meningkat
- 4) Demam menurun
- 5) Nyeri menurun
- 6) Periode malaise / lemas menurun
- 7) Periode menggigil menurun

- 8) Letargi / lelah menurun
- 9) Kadar sel darah putih membaik

Intervensi :

Pencegahan infeksi (I.14539).

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (adanya kemerahan, nyeri/gatal)
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 3) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
- 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 5) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Wartolah, 2015).

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan

- c. Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
- d. Tanda tangan perawat pelaksana

## 5. Evaluasi

Menurut Mahyar (2010) evaluasi keperawatan terdiri dalam beberapa komponen yaitu, tanggal dan waktu dilakukan evaluasi keperawatan, diagnosa keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Evaluasi keperawatan ini dilakukan dalam bentuk subjektif, objektif, assessment, dan planning (SOAP). Evaluasi yaitu penilaian hasil dari proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan, Penilaian ini merupakan proses untuk menentukan apakah ada atau tidak kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian hingga pelaksanaan. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian hingga pelaksanaan.

Menurut Dermawan D. (2012) evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi.

Setelah melakukan tindakan keperawatan maka hasil evaluasi yang diharapkan untuk pasien Gagal Ginjal Kronik yaitu :

- a. Pertukaran gas efektif
- b. Tidak ada nyeri
- c. Kelebihan cairan atau edema tidak terjadi
- d. Mempertahankan masukan nutrisi yang adekuat
- e. Perfusi jaringan efektif
- f. Tidak terjadi kerusakan integritas kulit
- g. Tidak terjadi pendarahan
- h. Tidak terjadi infeksi

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Pendekatan / Desain Penelitian**

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dalam bentuk studi kasus yang mengeksplorasi suatu masalah asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **B. Subjek Penelitian**

Responden penelitian yang dikaji dalam penelitian keperawatan merupakan individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria responden penelitian yang akan dipilih, sebagai berikut :

##### 1. Kriteria inklusi :

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti atau kriteria dimana subjek peneliti dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Setiadi, 2013).

- a. Pasien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan.
- b. Subyek terdiri dari 2 orang pasien dewasa dengan kasus penyakit gagal ginjal kronis



- c. Pasien dewasa dengan rentang usia 19 – 75 tahun.
- d. Pasien yang dirawat di ruang perawatan RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.
- e. Pasien bersedia menjadi responden selama penelitian studi kasus berlangsung.

2. Kriteria eksklusi :

Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan subyek yang tidak memenuhi kriteria penelitian atau kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili dalam sampel penelitian karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Setiadi, 2013).

- a. Pasien tidak bersedia menjadi responden
- b. Pasien tidak kooperatif
- c. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran

### **C. Batasan Istilah / Definisi Operasional**

1. Gagal ginjal kronis

Gagal ginjal kronis merupakan suatu keadaan dimana terjadinya kerusakan pada ginjal berupa kelainan struktural maupun fungsional dengan penurunan Glomerulus Filtrate Rate (GFR) kurang dari 60 ml/menit/1,73 m<sup>2</sup> selama 3 bulan yang ditandai adanya sindrom uremia yaitu lemah, letargi atau penurunan kesadaran, anoreksia atau gangguan makan, mual, muntah, nokturia atau sering BAK di malam hari, kelebihan volume cairan, neuropati perifer atau gangguan saraf tepi, pruritus atau gatal, uremik frost atau kadar ureum yang sangat tinggi,

perikarditis atau peradangan selaput jantung, kejang – kejang hingga koma, kadar kreatinin dan BUN meningkat tajam dan gejala yang kompleks antara lain hipertensi, anemia, payah jantung, asidosis metabolik atau penumpukan asam di tubuh, Osteodistrofi ginjal atau kelainan tulang akibat gangguan absorpsi kalsium, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium, klorida) baik yang menjalani hemodialis atau tidak. Untuk menentukan pasien gagal ginjal kronis adalah berdasarkan diagnosa medis yang telah didiagnosis oleh dokter.

## 2. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pasien dengan gagal ginjal kronis adalah asuhan keperawatan komprehensif yang diberikan kepada pasien dengan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melaksanakan rencana tindakan keperawatan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien yang dimana pasien dirawat diruang rawat inap RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur.

### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda Kalimantan Timur, pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronis. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 3 April 2019 hingga 5 April 2019 pada pasien 1 dan 6 Mei hingga 8 Mei 2019 pada pasien 2 dengan merawat pasien selama minimal 3 hari perawatan.

### **E. Prosedur Penelitian**

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa melakukan penyusunan penelitian dengan metode review kasus.
2. Mahasiswa melakukan ujian proposal, setelah proposal disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data dengan review kasus.
3. Mahasiswa melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet.
4. Mahasiswa melakukan konsultasi kepada pembimbing.
5. Setelah disetujui mahasiswa kemudian membuat review kasus dari kedua subjek.
6. Mahasiswa melakukan analisis asuhan keperawatan pada kasus pasien 1 dan pasien 2.

### **F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **1. Teknik Pengumpulan Data**

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan :

##### **a. Wawancara**

Wawancara selalu ada dua pihak yang masing-masing memiliki kedudukan yang berbeda, pihak satu sebagai pencari informasi dan pihak yang lain sebagai pemberi informasi (Sugiyono, 2009). Wawancara yang dilakukan pada pasien maupun pada

keluarga. Hasil wawancara berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Selain wawancara, teknik pengumpulan data yang lain adalah observasi dan pemeriksaan fisik. Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung ke objek penelitian untuk melihat dari dekat kegiatan yang dilakukan (Sugiyono, 2009). Hasil dari observasi dan pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum pasien, respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan. Pada pemeriksaan fisik dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada tubuh pasien untuk mengetahui kelainan yang dirasakan oleh pasien.

c. Studi dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu (Sugiyono, 2009). Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan suatu data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Studi dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan melihat hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium dan radiologi untuk mengetahui kelainan-kelainan pada pasien.

## 2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

### **G. Keabsahan Data**

Keabsahan data yang dilakukan peneliti dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh peneliti dengan melakukan pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan sehingga menghasilkan sebuah data yang akurat. Selain itu, keabsahan data dilakukan dengan rentan waktu pengamatan atau tindakan minimal selama tiga hari, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang teliti.

### **H. Analisa Data**

Analisa data merupakan kemampuan berpikir kritis perawat dan nalar yang dibarengi dengan pengetahuan dan pengalaman yang rasional. Data yang telah didapat kemudian dikaitkan berdasarkan konsep dan teori (Sinulingga, 2009).

Pada penelitian analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Dalam mengemukakan data dikelompokkan berdasarkan data subjektif yang berasal dari pasien atau keluarga dan data objektif yang berasal dari pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Berdasarkan data hasil pengkajian selanjutnya mengelompokan data dengan menganalisa data yang sesuai untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Setelah menegakkan diagnosa keperawatan selanjutnya peneliti membuat rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Setelah membuat rencana asuhan keperawatan barulah melakukan tindakan asuhan keperawatan guna mengurangi keluhan yang ada. Tindakan dilakukan sesuai standar operasional, di akhir peneliti membuat hasil evaluasi penelitian.

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan diuraikan hasil dan pembahasan tentang data umum pasien dan tentang gambaran lokasi umum penelitian, yaitu ruangan Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pada bab ini penulis mereview hasil dan pembahasan dari Novia dwi sagita dan Guswanti, pengambilan data ini dilakukan pada tanggal 3 - 5 April 2019 pada pasien 1 dan 6 – 8 Mei 2019 pada pasien 2 dengan jumlah subyek sebanyak dua pasien. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No. 1 Kelurahan Sidodadi Kecamatan Samarinda Ulu Kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie merupakan salah satu dari 2 Rumah Sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dan merupakan Rumah Sakit rujukan tertinggi di Kalimantan Timur yang berkedudukan di Kota Samarinda. Diresmikan sebagai Rumah Sakit dengan nama RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 22 Februari 1986, dimana sebelumnya bernama Lanschap Hospital yang dibangun tahun 1933 pada zaman penjajahan Belanda. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie ini antara lain Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Farmasi, Ruang Rawat Inap, Fisioterapi, dan IGD 24 Jam.

Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari poliklinik, medical check-up, dan resume medis. Fasilitas pemeriksaan penunjang terdiri dari Laboratorium Patologi Klinik, Patologi Anatomi, Radiologi, Hemodialisa, CT-Scan, Instalasi Bedah Sentral, CSSD, Farmasi, dan Gizi. Untuk Unit Rawat Inap terdapat beberapa ruangan yaitu ruang Flamboyan, Seruni, Dahlia, Angsoka, Tulip, Melati, Anggrek, Cempaka, Aster, Edelweis, Mawar, Bougenville, Teratai, ICU, ICCU, HCU, Stroke Centre, dan Sakura.

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



## 2. Gambaran Subjek Studi

### a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Biodata Pasien 1 (Tn.S) dan pasien 2 (Tn.L) dengan GGK di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2019

<b>Identitas Pasien</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Nama	Tn. S	Tn. L
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Umur	49 tahun	69 tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Tidak bekerja	Tidak bekerja
Agama	Islam	Islam
Suku	Jawa	Kutai
Pendidikan Terakhir	SLTP	SLTP
Alamat	Jalan Delima, Samarinda	Jl.Purwodadi Lempake
Diagnosa Medis	CKD Stage V + anemia	CKD on HD Stage V
Nomor Register	01.00.98.62	89.97.58
Tanggal MRS	31 Maret 2019	4 Mei 2019
Tanggal Pengkajian	3 April 2019	6 Mei 2019

Sumber : Samarinda, Novia Dwi Sagita dan Guswanti (2019).

Interpretasi data:

Dari tabel 4.1 data anamnesis didapatkan bahwa kedua Pasien dalam biodata ditemukan ada persamaan jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan terakhir. Diagnosa medis pasien 1 CKD stage V + anemia sedangkan diagnosa pada pasien 2 yaitu CKD on HD Stage V.

Tabel 4.2 Hasil Riwayat Biodata Pasien 1 (Tn.S) dan Pasien 2 (Tn.L) di Ruangan

Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2019

Data Subjektif	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan utama	Pasien mengatakan sesak napas.	Pasien mengatakan mual dan ingin muntah
Riwayat penyakit sekarang	Dulu pasien pernah bekerja sebagai tukang, saat bekerja pasien sering minum minuman berenergi, juga apabila merasa nyeri sering minum obat asam mefenamat. Pasien didiagnosa dengan penyakit ginjal sejak tahun 2018 dan baru mulai cuci darah sejak 3 bulan yang lalu, rutin 2 kali seminggu. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 31 Maret 2019 dengan keluhan sesak napas tiba-tiba tetapi tidak ada nyeri dada. Keluhan tambahan adalah kaki bengkak, batuk berdahak, lemas, dan mual. Hasil pemeriksaan EKG tanggal 31 Maret 2019 adalah sinus rhythm serta pemeriksaan foto toraks terdapat edema pulmonum. Pada saat dikaji, hasil pemeriksaan tekanan darah 180 / 80 mmHg, frekuensi denyut nadi 60 kali permenit, frekuensi napas 24 kali permenit, dan suhu tubuh 36,5°C serta ditemukan edema pada kedua ekstremitas bawah.	Pasien saat ini mengatakan merasa mual dan ingin muntah serta tidak selera makan, pasien mengatakan perut semakin membesar dan bengkak pada kedua kaki, selain itu pasien juga mengeluh sesak napas dan badan terasa lemas. Pasien terlihat hanya berbaring ditempat tidurnya Saat ini pasien terpasang kateter, oksigen nasal kanul 3 liter/menit dan tidak terpasang cairan infus. Hasil tanda-tanda vital: TD: 180/110 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 26 x/menit, S: 36.0 oC.
Riwayat kesehatan dahulu	Pasien pernah dirawat di rumah sakit tahun lalu dengan riwayat penyakit ginjal kronik dan anemia. Obat yang rutin dikonsumsi Amlodipine 1 x 10 mg, Candesartan 1 x 16 mg, CaCO <sub>3</sub> 2 x 1, dan asam folat 2 x 1. Riwayat pemasangan double lumen (cimino) 3 bulan lalu, dan tidak ada riwayat alergi. Pasien rutin hemodialisis dua kali seminggu.	Pasien pernah dirawat di rumah sakit pada tanggal 29 Mei 2019 selama 4 hari dengan diagnosa yang sama yaitu CKD, pasien memiliki riwayat penggunaan obat asam urat namun sudah berhenti ± 2 tahun yang lalu, pasien tidak memiliki riwayat alergi dan operasi.
Riwayat kesehatan keluarga	Pasien mengatakan dari kakak pasien yang pertama menderita PGK juga dan kakak kedua menderita kanker paru.	Pasien mengatakan kalau orang tua yaitu bapak memiliki riwayat hipertensi.

Sumber : Samarinda, Novia Dwi Sagita dan Guswanti (2019).

Interpretasi data:

Berdasarkan tabel 4.2, ditemukan keluhan utama pasien 1 saat masuk Rumah Sakit adalah sesak napas. Dari riwayat penyakit sekarang, pasien memiliki kebiasaan minum-minuman berenergi sebelum sakit, lalu hasil pemeriksaan foto toraks memiliki kesan edema pulmonum serta pasien memiliki hipertensi dan frekuensi napas di atas normal. Pasien rutin mengonsumsi obat amlodipine 1 x 10 mg juga rutin cuci darah 2 kali seminggu.

Sedangkan pasien 2 keluhan utama saat masuk rumah sakit adalah Pasien mengatakan mual dan ingin muntah. Dari riwayat penyakit sekarang, Pasien saat ini mengatakan merasa mual dan ingin muntah serta tidak selera makan, pasien mengatakan perut semakin membesar dan bengkak pada kedua kaki, selain itu pasien juga mengeluh sesak napas dan badan terasa lemas. Pasien terlihat hanya berbaring ditempat tidurnya .

Tabel 4.3 Pengkajian Pasien 1 ( Tn. L ) dan Pasien 2 (Tn. S ) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul

Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Observasi	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan umum	Sedang  Posisi pasien semi-fowler, pasien terpasang alat medis IV catheter, syringe pump, dan cairan infus.	Sedang
Kesadaran	Kesadaran compos mentis & GCS E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub>	Kesadaran compos mentis & GCS E <sub>4</sub> M <sub>6</sub> V <sub>5</sub>
Pemeriksaan tanda-tanda vital	TD: 180 / 80 mmHg  RR: 24 kali permenit  N: 60 kali permenit  S: 36,5°C	TD :180/110 mmHg  Nadi : 90 kali/menit  RR : 26 kali/menit  Temp : 36.0 Oc

Observasi	Pasien 1	Pasien 2
	MAP: 113 mmHg	
Kenyamanan / nyeri	Tidak ada nyeri.	Tidak ada nyeri.
Status fungsional / aktivitas dan mobilitas Barthel indeks	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB): skor 2 (mandiri)</li> <li>2. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK): skor 2 (mandiri)</li> <li>3. Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi): skor 2 (mandiri)</li> <li>4. Penggunaan jamban masuk dan keluar (melepaskan, memakai, celana, membersihkan, menyiram): skor 2 (mandiri)</li> <li>5. Makan: skor 2 (mandiri)</li> <li>6. Berubah sikap dari berbaring ke duduk: skor 3 (mandiri)</li> <li>7. Berpindah/berjalan: skor 3 (mandiri)</li> <li>8. Memakai baju: skor 2 (mandiri)</li> <li>9. Naik turun tangga: skor 2 (mandiri)</li> <li>10. Mandi: skor 2 (mandiri)</li> </ol> <p>TOTAL: 20 (mandiri)</p>	Total skor 9 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang.

Sumber : Samarinda, Novia Dwi Sagita dan Guswanti (2019).

Interpretasi data:

Dari tabel 4.3, ditemukan kedua pasien sama-sama memiliki kesadaran compos mentis (GCS 15), hipertensi, dispneu, tidak merasa nyeri, dan pasien 1 memiliki skor Barthel indeks 20 (mandiri) sedangkan pasien 2 skor Barthel indeks 9 (ketergantungan sedang).

Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien 1 (Tn.S) dan pasien 2 (Tn.L) di Ruang Flamboyan RSUD

Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
Pemeriksaan kepala dan leher  kepala dan rambut	Finger print di tengah frontal terhidrasi. Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam, tidak mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada kelainan.	Kepala : Simetris, kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban dan tidak ada kelainan.
Mata	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri, kornea mata jernih kanan dan kiri.  Konjungtiva anemis dan sklera tidak ikterik. Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan.	Mata : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.
Hidung	Ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasal di tengah, lubang hidung bersih, tidak ada sekret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip.	Hidung : Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan
Mulut & lidah	Keadaan mukosa bibir berwarna pucat, gigi geligi lengkap tanpa karies, lidah berwarna merah muda, tonsil ukuran normal, dan uvula letak simetris di tengah.	Rongga Mulut dan Lidah : Keadaan mukosa bibir lembab dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah.
Telinga	Pinna telinga elastis, kanalis bersih, membran timpani utuh dengan cahaya politser (+), pasien dapat mendengar dengan baik.	Pinna telinga elastis, kanalis bersih, membran timpani utuh dengan cahaya politser (+), pasien dapat mendengar dengan baik.
Leher	Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea di tengah, dan tidak ada kelainan.	Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea di tengah, dan tidak ada kelainan.
Pemeriksaan thorak sistem pernapasan :  Inspeksi  Palpasi  Perkusi	Pasien mengeluh sesak napas, batuk produktif dengan warna lendir kekuningan dan konsistensi kental, tidak ada penggunaan WSD.  Inspeksi: bentuk dada simetris, frekuensi pernapasan 24 kali permenit, irama napas teratur,	Pasien mengeluh sesak napas,  Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas teratur, pola napas dispnea pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
Auskultasi	<p>pola pernapasan dispneu, ada pernapasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, usaha napas dengan posisi setengah duduk, kadang-kadang pasien menggunakan nasal kanul 4 liter permenit.</p> <p>Palpasi: vokal fremitus normal teraba simetris, ekspansi paru simetris di kedua sisi, tidak ada kelainan.</p> <p>Perkusi: perkusi paru sonor.</p> <p>Auskultasi: suara napas vesikuler, terdengar suara tambahan ronkhi.</p>	<p>menggunakan alat bantu nafas oksigen nasal kanul 3 liter/menit</p> <p>Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p>Auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan</p>
Pemeriksaan jantung : Inspeksi dan palpasi Perkusi batas jantung Auskultasi	<p>Tidak ada keluhan nyeri dada.</p> <p>Inspeksi: iktus kordis tidak tampak, toraks simetris, CRT 2,5 detik, tidak ada sianosis.</p> <p>Palpasi: iktus kordis teraba dan akril dingin.</p> <p>Perkusi: basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea parasterna sinistra, pinggang jantung berada di ICS III dari linea parasternal kiri, apeks jantung berada di ICS V dari linea midklavikula sinistra.</p> <p>Auskultasi: bunyi jantung I normal dan regular, bunyi jantung II normal dan regular, tidak ada bunyi jantung tambahan.</p>	<p>Tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>Inspeksi Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT &lt; 2 detik dan Tidak ada sianosis</p> <p>Palpasi Ictus Kordis teraba di ICS 5, dan Akral Hangat</p> <p>Perkusi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batas atas : ICS II line sternal dekstra</li> <li>- Batas bawah : ICS V line midclavikula sinistra</li> <li>- Batas kanan : ICS III line sternal dekstra</li> <li>- Batas kiri : ICS III line sternal sinistra</li> </ul> <p>Auskultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BJ II Aorta : Dup, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ II Pulmonal : Dup, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ I Trikuspid : Lup, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ I Mitral : Lup, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- Tidak ada bunyi jantung tambahan</li> <li>- Tidak ada kelainan</li> </ul>

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
Pemeriksaan abdomen a. Inspeksi b. Auskultasi c. Palpasi d. Perkusi	Berat badan pasien 58 kg, tinggi badan 160 cm, IMT 22,7 kg/m <sup>2</sup> , kategori normal. BAB 3 hari sekali, terakhir BAB 2 hari yang lalu, konsistensi keras, diet padat, jenis diet nasi rendah protein (60 gram) rendah garam (RPRG), nafsu makan menurun, porsi makan habis ¼ porsi (3 sendok makan).  a. Inspeksi: bentuk abdomen datar, tidak terlihat bayangan vena, tidak ada benjolan/masa, tidak ada luka operasi, dan tidak ada drain.  b. Auskultasi: peristaltik usus 4 kali permenit.  c. Palpasi: abdomen tegang, tidak ada nyeri tekan, titik McBurney tidak ada nyeri, tidak ada massa, hepar, lien, dan ginjal tidak teraba.  d. Perkusi: tidak ada asites, pada ginjal tidak ada nyeri ketuk.	BB sebelum HD: 62 Kg TB : 165 Cm BAB 1x/hari konsistensi lunak, diet lunak, jenis diet : Diet rendah protein rendah garam, nafsu makan menurun , porsi makan habis ¼ porsi Abdomen Inspeksi : bentuk membesar, benjolan tidak ada diperut tidak tampa, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya benjolan abdomen, tidak ada luka operasi pada abdomen, dan tidak terpasang drain Auskultasi :Peristaltik 18 x/menit Palpasi Tidak ada nyeri tekan, teraba adanya penumpukan cairan/asites, dan tidak ada pembesaran pada hepar dan lien Perkusi - Shifting Dullness : (+)
Pemeriksaan neurologis	Memori panjang, pasien dapat mengulang informasi yang disebutkan perawat, bahasa baik, kognitif baik, orientasi baik (orang, tempat, dan waktu), saraf sensori baik (dapat merasakan nyeri tusuk, perubahan suhu dan sentuhan). Terdapat refleks fisiologis patella, achilles, bisep, trisep dan brachioradialis. Tidak ditemukan adanya refleks patologis Babinsky, Brudzinsky, maupun Kernig. Pasien tidak memiliki keluhan pusing, istirahat / tidur selama 7 jam perhari, dan tidak ada dirasakan gangguan tidur.  Pemeriksaan saraf kranial:  a. N I (olfaktorius): penciuman baik, dapat membedakan bau-bauan.  b. N II (optikus): jarak pandang baik.  c. NIII (okulomotorius): adanya reflek rangsangan pada pupil  d. N IV (troklearis): bisa	Memori : Panjang  Perhatian : Dapat mengulang Bahasa : komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia  Kognisi dan Orientasi : dapat mengenal orang, tempat dan waktu  Refleks Fisiologis - Patella : 2 - Achilles : 2 - Bisep : 2 - Trisep : 2  Brankioradialis : 2 Tidak ada keluhan pusing, Istirahat/ tidur 5 jam/hari  Pemeriksaan syaraf kranial - N1 (Olfaktorius) : Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol - N2 (Optikus): Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm - N3 (Oculomotorius): Pasien mampu mengangkat kelopak mata - N4 (Trochearis): Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah - N5 (Trigeminus): Pasien mampu

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2								
	<p>menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah</p> <p>e. N V (trigeminus): tidak ada kesulitan mengunyah</p> <p>f. N VI (abducent): bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri</p> <p>g. N VII (facialis): pengecapian terhadap rasa-rasa baik</p> <p>h. N VIII (vestibulo- troklearis): pendengaran baik.</p> <p>i. N IX (glossofaringeus): tidak ada nyeri telan.</p> <p>j. N X (vagus): bisa mengucapkan “ah” dan menelan saliva.</p> <p>k. N XI (aksesorius): bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan.</p> <p>l. N XII (hipoglosus): bisa menjulurkan, menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri.</p>	<p>mengunyah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N6 (Abducent): Pasien mampu menggerakkan mata kesamping</li> <li>- N7 (Fasialis): Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata</li> <li>- N8 (Auditorius): Pasien mampu mendengar dengan baik</li> <li>- N9 (Glosophareal): Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam</li> <li>- N10 (Vagus): Pasien mampu menelan</li> <li>- N11 (Accesoris): Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan</li> <li>- N12 (Hypoglosus): Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah</li> </ul>								
Pemeriksaan sistem perkemihan	<p>Bersih, keluhan kencing saat SMRS oliguria, kemampuan berkemih spontan tanpa alat bantu, produksi urin ±1250 ml/hari, warna kuning jernih, bau khas urine, tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kandung kemih, balance cairan - 386 ml/hari.</p>	<p>Kebersihan : Bersih Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jenis : Folley Chateter</li> <li>- Ukuran : 18</li> <li>- Hari ke – 2</li> <li>- Produksi urine 150ml/hari</li> <li>- Warna : Kuning</li> <li>- Bau : Khas urine</li> </ul> <p>Tidak ada distensi kandung kemih, Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</p>								
Pemeriksaan muskuluskeletal (ekstremitas) dan integumen	<p>Pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak menggunakan traksi, tidak ada kompartemen syndrome, kulit kemerahan, turgor kulit kurang,</p> <p>Kekuatan otot:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> </table> <p>Tidak ada luka.</p>	5	5	5	5	<p>Pergerakan sendi bebas Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">4</td> </tr> </table> <p>Tidak ada kelainan tulang belakang, Tidak ada fraktur, Turgor kulit baik, Tidak terdapat Luka, Terdapat pitting edema grade +3 (ekstremitas bawah RL +3 dan LL +3)</p> <p>Nilai risiko dekubitus , pasien dalam kategori tidak beresiko yaitu dengan skor 17</p>	5	5	4	4
5	5									
5	5									
5	5									
4	4									



Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
	Terdapat edema pada ekstremitas bawah:  RU: 0  RL: +1  LU: 0  LL: +1  Penilaian risiko dekubitus rendah (skor 16).	
Sistem endokrin	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ditemukan tanda trias DM, tidak ada kondisi kaki DM.	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ditemukan tanda trias DM, tidak ada kondisi kaki DM.

Sumber : Samarinda, Novia Dwi Sagita dan Guswanti (2019).

Interpretasi data:

Berdasarkan tabel 4.4, ditemukan pada pasien 1 terdapat penggunaan pernapasan cuping hidung, mengeluh sesak, frekuensi pernapasan di atas normal, dispneu, menggunakan alat bantu napas nasal kanul, dan terdengar suara napas tambahan ronkhi. Pasien juga memiliki keluhan sulit BAB, konsistensi feses keras, bising usus di bawah normal, abdomen tegang, dan balance cairan setelah diberikan terapi diuretik pada angka minus (-). Sedangkan pada pasien 2, abdomen bentuk membesar, teraba adanya penumpukan cairan asites, kekuatan otot ekstremitas bawah kanan dan kiri 4.

Tabel 4.5

Balance cairan / hari perawatan pada pasien 2 (Tn.L) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

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

Sumber : Samarinda, Guswanti (2019).

Tabel 4.6 Hasil Anamnesis, Pemeriksaan Penunjang, dan Terapi Pada Pasien 1 (Tn.S) dan Pasien 2 (Tn.L) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Tindakan	Pasien 1	Pasien 2
Pengkajian spiritual sebelum sakit	Pasien Sering sholat	Pasien Kadang-kadang sholat
Pengkajian spiritual selama sakit	Pasien Sering sholat	Pasien belum pernah sholat
	Laboratorium tanggal 1 April 2019: 1. Leukosit: $6,15 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4,8 – 10,8 $10^3/\mu\text{L}$ ) 2. Eritrosit: $2,79 \times 10^6/\mu\text{L}$ (4,7 - 6,1 $10^6/\mu\text{L}$ ) 3. Hemoglobin: 7,5 g/dL (14 - 18 g/dL (pada pasien PGK 10 - 12 g/dL) ) 4. Hematokrit: 22,1% (37 - 54 %) 5. PLT: $155 \times 10^3/\mu\text{L}$ (150 - 450 $10^3/\mu\text{L}$ ) 6. Ureum: 86,9 mg/dL (19,3 - 49,2 mg/dL) 7. Creatinine: 9,1 mg/dL (0,7 - 1,3 mg/dL) 8. Natrium: 147 mmol/L (135 - 155 mmol/L) 9. Kalium: 3,6 mmol/L (3,6 - 5,5 mmol/L) 10. Chloride: 106 mmol/L (98 - 108 mmol/L)	Laboratorium tanggal 5 Mei 2019: 1. Hemoglobin: 9.0 g/dL (14,0 – 18,0 g/dl) 2. Hematokrit: 28,1% ( 37,0 – 54,0 %) 3. Albumin: 3,2 mg/dL ( 3,5 – 5,5 g/dl) 4. Ureum: 132,7 mg/dL ( 19,3 – 49,2 mg/dl) 5. Creatinine: 14,1 mg/dL (0,7 – 1,3 mg/dl)
Obat yang diterima	1. Amlodipine 1 x 10 mg / oral 2. Candesartan 1 x 16 mg / oral 3. $\text{CaCO}_3$ 2 x 1 gr / oral	1. Amlodipine 1 x 10 mg / oral 2. Asam folat 2 x 1 / oral 3. Furosemide 2 x 20 mg /

Tindakan	Pasien 1	Pasien 2
	4. Asam folat 2 x 1 / oral	IV
	5. Ceftriaxone 2 x 1 gr / IV	4. Ranitidine 2 x 50 mg/IV
	6. Furosemide 10 mg / jam (syringe pump)	

Sumber : Samarinda, Novia Dwi Sagita dan Guswanti (2019).

Interpretasi data:

Dari tabel 4.5 ditemukan bahwa kedua pasien memiliki nilai ureum dan creatinine lebih dari nilai normal. Dari obat yang diterima, kedua pasien sama-sama mendapatkan terapi obat Amlodipine, asam folat, dan Furosemide

#### b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.7 Daftar Diagnosa Keperawatan Pasien dengan PGK di RSUD AWS

No	Pasien 1		Pasien 2	
	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1	3 April 2019	D.0003 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler  Data subyektif: - Pasien mengatakan ia merasa sesak napas Data obyektif: - Frekuensi pernapasan 24 kali permenit - SpO <sub>2</sub> 92% - Terdengar bunyi napas tambahan ronkhi - Terdapat pernapasan cuping hidung - Warna kulit pucat - Hasil pemeriksaan foto toraks edema pulmonum	6 Mei 2019	(D.0076) Nausea b/d uremia dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa mual, ingin muntah dan tidak nafsu makan dan terlihat pucat, Kadar ureum meningkat (Ureum 132,7 mg/dl)
2	3 April 2019	D.0009 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin  Data subyektif: - Data obyektif: - Nilai hemoglobin 7,5 g/dL	6 Mei 2019	(D.0011) Resiko penurunan curah jantung b/d perubahan afterload dibuktikan dengan pasien merasa sesak dan tekanan darah meningkat 180/110 mmHg.

No	Pasien 1		Pasien 2	
	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengisian kapiler (CRT) 2,5 detik</li> <li>- Akral teraba dingin</li> <li>- Warna kulit pucat</li> </ul>		
3	3 April 2019	<p>D.0022 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>Data subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ia merasa sesak napas</li> <li>- Pasien mengatakan kakinya bengkak</li> <li>- Pasien mengatakan kencingnya sedikit selama di rumah</li> </ul> <p>Data obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah dengan nilai +1</li> <li>- Frekuensi pernapasan 24 kali permenit</li> <li>- Terdengar bunyi napas tambahan ronkhi</li> <li>- Kadar hemoglobin dan hematokrit menurun</li> <li>- Hasil pemeriksaan foto toraks edema pulmonum</li> </ul>	6 Mei 2019	(D.0022) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan perut semakin membesar dan kedua kaki bengkak, Kadar hemoglobin 9.0 mg/dL dan hematokrit 28,1 % dan Oliguria
4	3 April 2019	<p>D.0049 Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan</p> <p>Data subyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak BAB selama 3 hari terakhir</li> <li>- Pasien mengatakan BAB nya memang sering tidak lancar</li> <li>- Pasien mengatakan sering lama di toilet karena BAB nya keras</li> <li>- Pasien mengatakan mengejan untuk BAB</li> </ul> <p>Data obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peristaltik usus menurun (4 kali permenit)</li> <li>- Abdomen tegang</li> </ul>	6 Mei 2019	(D.0056) Intoleransi aktifitas b/d kelemahan dibuktikan dengan pasien mengeluh badan terasa lemas dan Tekanan darah dan nadi meningkat

Sumber : Samarinda, Novia Dwi Sagita dan Guswanti (2019).

### c. Perencanaan

Tabel 4.8 Perencanaan Keperawatan Pasien 1 (Tn.S) di Ruang Flamboyan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

<b>Dx Kep</b>	<b>Tanggal Ditemukan</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
1	3 April 2019	D.0003 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi pernapasan 16-20 kali permenit</li> <li>- Bunyi napas tambahan berkurang</li> <li>- Pusing berkurang</li> <li>- Tidak ada pernapasan cuping hidung</li> <li>- Frekuensi denyut nadi 60-100 kali permenit</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Pola napas membaik</li> <li>- Warna kulit membaik</li> <li>- Tidak ada penurunan kesadaran</li> <li>- Mendemonstrasikan batuk efektif</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dari upaya napas</li> <li>1.2. Monitor pola napas</li> <li>1.3. Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>1.4. Monitor adanya produksi sputum</li> <li>1.5. Auskultasi bunyi napas</li> <li>1.6. Monitor hasil x-ray toraks</li> <li>1.7. Berikan oksigen tambahan, jika perlu</li> </ol>
2	3 April 2019	D.0009 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Warna kulit membaik</li> <li>- Tidak terjadi edema perifer</li> <li>- Tidak ada nyeri ekstremitas</li> <li>- Tidak ada kram otot</li> <li>- Pengisian kapiler &lt; 2 detik</li> <li>- Akral hangat</li> <li>- Turgor kulit</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Periksa sirkulasi perifer</li> <li>2.2. Identifikasi kebiasaan pola makan</li> <li>2.3. Identifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan</li> <li>2.4. Identifikasi rencana transfusi</li> <li>2.5. Monitor hasil laboratorium yang diperlukan</li> <li>2.6. Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi</li> <li>2.7. Monitor reaksi</li> </ol>

<b>Dx Kep</b>	<b>Tanggal Ditemukan</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
			membaik - Tekanan darah 90/60 mmHg - 160/100 mmHg - Nilai hemoglobin 10-12 g/dL (khusus pasien PGK)	transfusi 2.8. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 2.9. Berikan NaCl 0,9% 50-100 mL sebelum transfusi 2.10. Jelaskan tujuan dan prosedur transfusi 2.11. Jelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan
3	3 April 2019	D.0022 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: - Edema menurun - Tidak terjadi asites - Tekanan darah 90/60 mmHg - 160/100 mmHg - Turgor kulit membaik - Berat badan membaik	3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia 3.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 3.3 Identifikasi tanda dan gejala serta kebutuhan hemodialisis 3.4 Identifikasi kesiapan hemodialisis 3.5 Monitor intake dan output cairan 3.6 Monitor tanda-tanda vital pascahemodialisis 3.7 Batasi asupan cairan dan garam 3.8 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran 3.9 cairan Kolaborasi pemberian diuretik
4	3 April 2019	D.0049 Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: - Keluhan defekasi lama dan sulit menurun - Tidak mengejan saat defekasi - Distensi abdomen menurun - Konsistensi feses lunak - Frekuensi defekasi > 2	4.1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 4.2. Identifikasi faktor risiko konstipasi 4.3. Anjurkan minum air hangat 4.4. Jelaskan jenis makanan yang membantu mengatasi konstipasi 4.5. Kolaborasi pemberian obat pencahar

Dx Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi Keperawatan
			kali perminggu - Peristaltik usus 5-30 kali permenit	

Sumber : Samarinda, Novia Dwi Sagita (2019).

Tabel 4.9 intervensi Keperawatan pada Pasien 2 (Tn L) di Ruang Flamboyan di RSUD Abdul

Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

Dx Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan hasil	Intervensi keperawatan
1.	06/05/2019	Nausea berhubungan dengan Uremia dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa mual, ingin muntah dan tidak nafsu makan dan terlihat pucat, Kadar ureum meningkat (Ureum 132,7 mg/dl)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka nausea membaik dengan kriteria hasil: 1. Nafsu makan membaik 2. Keluhan mual menurun 3. Pucat membaik 4. Takikardia membaik (60-100 kali/menit)	Manajemen mual Observasi 1.1. Identifikasi pengalaman mual 1.2. Monit mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) <b>Terapeutik</b> 1.3. Kendalikan faktor lingkungan penyebab (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 1.4. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan) <b>Edukasi</b> 1.5. Anjurkan istirahat dan tidur cukup 1.6. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual



				<p>1.7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual(mis. Relaksasi, terapi musik, akupresu)</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1.8. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p>
2.	06/05/2019	Resiko penurunan curah jantung b/d perubahan afterload dibuktikan dengan pasien merasa sesak dan tekanan darah meningkat 180/110 mmHg.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan penurunan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2. Tekanan darah membaik 100-130/60- 90 mmHg</li> <li>3. Lelah menurun</li> <li>4. Dispnea menurun (frekuensi 16-24 x/menit)</li> </ol>	<p>Perawatan Jantung</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (mis. Dispnea, kelelahan)</li> <li>2.2 Monitor tekanan darah</li> <li>2.3 Monitor saturasi oksigen</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.4 posisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>2.5 Berikan terapi oksigen</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.6 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>2.7 Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.8 kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</li> </ol>
3.	06 /05 / 2019	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan perut semakin membesar dan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka hipervolemia meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan meningkat</li> <li>2. Haluaran urin meningkat</li> </ol>	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan)</li> <li>3.2 Monitor intake</li> </ol>

		kedua kaki bengkak, Kadar hemoglobin 9.0 mg/dL dan hematokrit 28,1 % dan Oliguria	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Edema menurun</li> <li>4. Tekanan darah 90-120/60-80 mmHg</li> <li>5. Turgor kulit membaik</li> </ol>	<p>dan output cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.3 Monitor jumlah dan warna urin</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.4 Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>3.5 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40o</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.6 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.7 Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>3.8 Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> <li>3.9 Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu</li> </ol>
4	06/05/2019	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa lemas dan merasa sesak napas dan Tekanan darah dan nadi meningkat	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan lelah menurun</li> <li>2. Saturasi oksigen dalam rentang normal (95%-100%)</li> <li>3. Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali/menit)</li> <li>4. Pernapasan saat beraktifitas dan setelah beraktifitas menurun (16- 20 kali/menit)</li> </ol>	<p>Manajemen Energi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>4.2 Monitor pola dan jam tidur</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.3 Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif</li> <li>4.4 Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.5 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</li> <li>4.6 Anjurkan keluarga untuk memberikan</li> </ol>


				penguatan positif Kolaborasi 4.7 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--	--	---


Sumber : Samarinda, Novia Dwi Sagita dan Guswanti (2019).


#### f. Pelaksanaan

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan pada Pasien 1 ( Tn.S) di Ruang Flamboyan RSUD

Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2019

No	Tanggal / Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1	3 April 2019			
	08.00	1.1 Menghitung frekuensi, irama, kedalaman dari upaya napas	RR = 24 kali permenit Irama reguler, kedalaman normal	
	08.03	1.2 Melihat pola napas	Pola napas pasien dispneu	
	08.06	1.4 Menanyakan apakah pasien ada batuk berdahak	Pasien mengatakan ia sudah batuk berdahak beberapa hari terakhir, dengan konsistensi kental	
	08.09	1.3 Menanyakan apakah pasien bisa batuk	Pasien berkata ia bisa batuk tapi merasa kurang tuntas karena sebentar saja pasti ada dahak lagi	
	08.12	1.5 Mengauskultasi bunyi napas	Terdapat bunyi napas tambahan ronkhi di kedua lobus	
	08.15	1.6 Melihat hasil foto toraks pasien	Hasil foto toraks pada tanggal 31 Maret 2019 terdapat kesan edema pulmonum	
	08.18	1.7 Memberikan pasien oksigen dengan nasal kanul flow 4 L/m	Pasien mau menggunakan nasal kanul	
	08.21	2.1 Memeriksa sirkulasi perifer	CRT > 2 detik, akral dingin, kulit pasien pucat, konjungtiva anemis	
	08.24	2.2 Menanyakan kebiasaan pola makan pasien	Pasien mengatakan ia hanya menghabiskan 3 sendok makan dari porsi makanan yang diberikan	
	08.27	3.1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	Pada pemeriksaan fisik, ekstremitas bawah pasien pitting edema dengan nilai +1, dan pada hasil CT-scan ditemukan edema pulmonum	
	08.30	3.2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia	Kemungkinan penyebab hipervolemia pasien adalah intake cairan yang terlalu banyak	
	08.33	4.1. Memeriksa tanda dan gejala konstipasi	Pasien mengatakan sudah 3 hari tidak BAB, bising usus 4 kali	

No	Tanggal / Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	08.36	2.3 Memeriksa hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin terbaru	permenit Hemoglobin 7,5 g/Dl	
	08.45	2.4 Memeriksa apakah pasien memiliki rencana transfusi darah	Pasien ada rencana transfusi 2 kantong darah PRC hari ini	
	09.00	2.9. Memasang NaCl 0,9% 50-100 mL sebelum transfusi	Telah terpasang IV catheter dan IVFD NaCl 0,9% 10 tpm	
	09.03	2.10. Menjelaskan tujuan dan prosedur transfusi	Pasien dan keluarga mengerti	
	09.15	2.6. Memantau tanda-tanda vital sebelum transfusi	TD: 180 / 80 mmHg RR: 24 kali permenit N: 60 kali permenit S: 36,5°C	
	09.18	2.11 Menjelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan	Pasien dan keluarga mengerti.	
	09.30	2.7. Memantau reaksi transfusi	Tidak ada reaksi alergi selama transfusi	
	10.00	2.6. Memantau tanda-tanda vital selama transfusi	TD: 180 / 80 mmHg RR: 22 kali permenit N: 64 kali permenit S: 36,7°C	
	10.05	3.9. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan	Pasien mengerti dan mau melakukannya.	
	10.10	3.10 Memberikan diuretik furosemide melalui syringe pump	Obat masuk dengan lancar dengan dosis 10 mg/jam	
	11.00	2.6. Memantau tanda-tanda vital setelah transfusi	TD: 170 / 60 mmHg RR: 22 kali permenit N: 60 kali permenit S: 36,7°C	
2	4 April 2019			
	08.00	1.1 Menghitung frekuensi, irama, kedalaman dari upaya napas	Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi RR: 20 kali permenit Irama reguler Kedalaman normal	
	08.03	3.5 Monitor intake dan output	Pasien berkata ia hanya minum air putih 600mL, tidak ada cairan infus terpasang, 2 kolf PRC 400mL, syringe pump furosemide 24mL, dan dari makanan 50mL. Untuk haluaran urinnya sebanyak 800mL, IWL 580mL. Intake: 1052mL Output: 1380mL BC: -328mL	
	08.06	3.6. Mengukur tanda-tanda vital	TD: 160/80mmHg N: 72 kali permenit	

No	Tanggal / Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	08.09	1.4. Monitor adanya produksi sputum	RR: 20 kali permenit T: 36,7°C Pasien mengatakan batuknya berkurang	
	08.15	3.3. Melihat tanda dan gejala serta kebutuhan hemodialisis	Kaki pasien bengkak, edema pulmonum, nilai ureum 86,9 mg/dL dan creatinine 9,1 mg/dL.	
	08.20	3.4. Memeriksa kesiapan hemodialisis di ruang rawat inap	Tanda-tanda vital telah diukur, berat badan 58 kg.	
	12.00	3.7. Monitor tanda-tanda vital pascahemodialisis	TD: 170/90mmHg N: 64 kali permenit RR: 20 kali permenit T: 36,8°C	
	17.30	2.8. Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan untuk mempertahankan nutrisi yang adekuat	Pasien berkata tidak suka makanan rumah sakit tetapi akan mencoba untuk menghabiskannya.	
	17.40	3.8. Membatasi asupan cairan dan garam	Pasien mengatakan hanya minum 600mL air sehari dan makan makanan dari rumah sakit saja.	
3	5 April 2019			
	08.30	3.5. Menanyakan intake dan output cairan	Pasien berkata ia minum air putih 600mL, tidak ada cairan infus terpasang, syringe pump furosemide 24mL, dan dari makanan 105mL. Untuk haluaran urinnya sebanyak 450mL, IWL 580mL. Intake: 729mL Output: 1030mL BC: -301mL	
	08.35	3.6. Mengukur tanda-tanda vital	TD: 160/90mmHg N: 68 kali permenit RR: 20 kali permenit T: 36,5°C	
	10.00	4.3. Menganjurkan minum air hangat untuk melancarkan pengeluaran feses	Pasien mengerti dan mau melakukannya.	
	10.10	4.4 Menjelaskan jenis makanan yang membantu mengatasi konstipasi dan tidak berbahaya untuk PGK	Pasien berkata ia akan makan buah-buahan dan sayuran yang diperbolehkan untuk melancarkan BAB nya.	
	11.00	4.5 Kolaborasi pemberian obat pencahar	Pasien dibantu oleh istrinya dalam pemberian obat suppositoria dulcolax, tidak lama kemudian pasien BAB dengan warna hitam dan konsistensi lunak.	

Sumber : Samarinda, Novia Dwi Sagita (2019).

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

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

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

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





		aktifitas pasif	makan sendiri tanpa bantuan
12.05	2.4	Memberi makan rendah garam rendah protein	pasien menghabiskan 1 porsi makan
12.30	1.6	Menganjurkan untuk membersihkan mulut	pasien mengatakan akan membersihkannya nanti
13.00	1.5	Menganjurkan pasien untuk tidur dan istirahat yang cukup	pasien istirahat dan tidur siang


Sumber : Samarinda, Guswanti (2019).

### e. Evaluasi

Tabel 4.12 Evaluasi Tindakan pada Pasien 1(Tn.S) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab

Sjahanie Samarinda Tahun 2019

Hari/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
Rabu, 3 April 2019 Jam 17.00	D.0003 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler	S: Pasien mengatakan sesaknya berkurang O: - RR: 20 kali permenit - Masih terdengar bunyi napas tambahan ronkhi A : Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1.1.Monitor frekuensi, irama, kedalaman dari upaya napas 1.3.Monitor kemampuan batuk efektif 1.5.Auskultasi bunyi napas	
	D.0009 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	S: - O: - Nilai hemoglobin terbaru 8,4 g/dL - CRT > 2 detik - Warna kulit pucat A: -Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 2.8.Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan	
	D.0022 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	S: - Pasien mengatakan kakinya masih bengkak -Pasien mengatakan sesaknya berkurang O: -Edema ekstremitas bawah +1 -RR 20 kali permenit -Tidak terdengar ronkhi A: - Masalah hipervolemia teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 3.5.Monitor intake dan output cairan 3.6.Monitor tanda-tanda vital 3.8.Batasi asupan cairan dan garam 3.10 Kolaborasi pemberian diuretik	
	D.0049 Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan cairan	S: Pasien mengatakan masih belum ada BAB O: - Peristaltik usus 3 kali permenit - Abdomen tegang A: -Masalah konstipasi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 4.3.Anjurkan minum air hangat 4.4 Jelaskan jenis makanan yang membantu mengatasi konstipasi 4.5 Kolaborasi pemberian obat pencahar	
Kamis, 4 April 2019 Jam 17.00	D.0003 Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran	S: Pasien mengatakan tidak sesak lagi O: - RR: 20 kali permenit - Tidak terdengar bunyi napas tambahan ronkhi A: Masalah gangguan pertukaran gas teratasi	

Hari/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
	alveolus-kapiler	P: Hentikan intervensi	
	D.0009 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	S: - O: - Nilai hemoglobin terbaru 8,4 g/dL - CRT > 2 detik - Warna kulit pucat A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 2.8.Anjurkan mematuhi diet yang telah diberikan	
	D.0022 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	S: Pasien mengatakan bengkak kakinya berkurang O: Edema ekstremitas bawah +1 A: Masalah hipervolemia teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 3.5.Monitor intake dan output cairan 3.6.Monitor tanda-tanda vital 3.10 Kolaborasi pemberian diuretik	
	D.0049 Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan cairan	S: Pasien mengatakan masih belum ada BAB O: - Peristaltik usus 4 kali permenit - Abdomen tegang A: Masalah konstipasi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 4.3.Anjurkan minum air hangat 4.4 Jelaskan jenis makanan yang membantu mengatasi konstipasi 4.5 Kolaborasi pemberian obat pencahar	
Jumat, 5 April 2019	D.0009 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	S: - O: - CRT > 2 detik - Warna kulit pucat A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 2.8.Anjurkan mematuhi diet yang telah diberikan	
	D.0022 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	S: Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi O: - RR 20 kali permenit - Tidak terdengar ronkhi A: Masalah hipervolemia teratasi P: Hentikan intervensi	
	D.0049 Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan cairan	S: - Pasien mengatakan sudah BAB setelah diberi obat pencahar - Pasien mengatakan BAB nya berwarna gelap dengan konsistensi keras O: Peristaltik usus 10 kali permenit A: Masalah konstipasi teratasi P: Hentikan intervensi	

Sumber : Samarinda, Novia Dwi Sagita (2019).

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Pasien 2 (Tn. L ) di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1.	Hari 1 06 Mei 2019 09.00	Dx 1 Nausea	<p>S : - Pasien mengatakan merasa mual - Pasien mengatakan ingin muntah - Pasien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>O : - Pasien terlihat pucat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</p> <p>1.3 Kendalikan faktor lingkungan penyebab (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)</p> <p>1.5 Anjurkan istirahat dan tidur cukup</p> <p>1.6 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>1. 8 Berikan pemberian antiemetik</p>
2.		Dx 2 Resiko penurunan curah jantung	<p>S : Pasien mengatakan merasa sesak napas</p> <p>O: Tekanan darah 180/100 mmHg A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung</p> <p>2.2 Monitor tekanan darah</p> <p>2.4 Pertahankan posisi semifowler</p> <p>2.5 Lanjutkan pemberian oksigen</p>
3.		Dx 3 Hipervolemia	<p>S : - Pasien mengatakan perut membesar - Pasien mengatakan kedua kaki bengkak</p> <p>O : - Edema pada kedua kaki - Asites diperut</p>

4.		Dx 4 Intoleransi Aktifitas	<p>- Oliguria A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: 3.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan) 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor jumlah dan warna urin 3.4 Batasi asupan cairan dan garam 3.7 Berikan deuretik sesuai terapi</p> <p>S : - Pasien mengatakan badan terasa lemas O : - Tekanan darah dan nadi meningkat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: 4.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional 4.2 Monitor pola dan jam tidur 4.3 Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 4.4 Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu 4.5 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</p>
1.	Hari 2 07 Juni 2019 09.00	Dx 1 Nausea	<p>S : - Pasien mengatakan mual berkurang - Pasien mengatakan rasa ingin muntah sudah berkurang - Pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik O : - Pasien masih terlihat pucat A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 1.5 Anjurkan istirahat cukup 1.6 Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 1.8 Berikan injeksi antiemetik</p>

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

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

Sumber : Samarinda, Novia Dwi Sagita dan Guswanti (2019).

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada pasien 1 dan 2 dengan kasus Penyakit Gagal ginjal kronis yang telah dilakukan sejak tanggal 3 - 5 April 2019 dan 6 – 8 Mei 2019 di ruangan Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan menurut Effendy (Dermawan, 2012).

Pada pengkajian pasien 1 (Tn.S) umur 49 tahun yang dilakukan pada tanggal 3 April 2019 dan pada pasien 2 (Tn.L) umur 60 tahun yang dilakukan pada tanggal 6 Mei 2019. Hasil pengkajian sebagai berikut :

Berdasarkan pengkajian pada pasien 1 (Tn.S) dengan diagnosa CKD Stage V + anemia dan pasien 2 (Tn.L) dengan diagnosa CKD Stage V. Setelah ditelaah terdapat kesenjangan pada diagnosa medis pada pasien dua (Tn.L) yaitu bahwa pasien 2 juga memiliki masalah anemia dikarenakan ditemukan hasil haemoglobin rendah yaitu 9,0 g/dl namun tidak ada hasil pemeriksaan eritrosit, konjungtiva anemis, bibir pucat, pasien mengatakan badan terasa lemas, pasien mengatakan sesak dengan respirasi 26 kali/menit. Hal ini diperkuat dengan teori menurut Sukandar (2006), tanda dan gejala yang ditunjukkan pada anemia antara lain lemas, kelelahan, sakit kepala,



masalah dengan konsentrasi, pucat, pusing, kesulitan bernapas atau sesak napas, dan nyeri dada.

Pada kedua pasien memiliki keluhan utama yang berbeda, pasien 1 (Tn.S) mengatakan sesak napas sedangkan pasien 2 (Tn.L) mengatakan mual dan ingin muntah. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Suharyanto 2013 yang ada tercantum pada bab dua penulis tanda dan gejala dari penyakit gagal ginjal kronis yaitu dispnea (nafas pendek), edema paru, pneumonitis, kussmaul (pola pernapasan yang sangat dalam) serta adanya noreksia, mual, dan muntah.

Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data pada pasien 1 (Tn.S) Dulu pasien pernah bekerja sebagai tukang, saat bekerja pasien sering minum minuman berenergi, juga apabila merasa nyeri sering minum obat asam mefenamat. Pasien didiagnosa dengan penyakit ginjal sejak tahun 2018 dan baru mulai cuci darah sejak 3 bulan yang lalu, rutin 2 kali seminggu. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 31 Maret 2019 dengan keluhan sesak napas tiba-tiba tetapi tidak ada nyeri dada. Keluhan tambahan adalah kaki bengkak, batuk berdahak, lemas, dan mual. Hasil pemeriksaan EKG tanggal 31 Maret 2019 adalah sinus rhythm atau normal serta pemeriksaan foto toraks terdapat edema pulmonum. Pada saat dikaji, hasil pemeriksaan tekanan darah 180 / 80 mmHg, frekuensi denyut nadi 60 kali permenit, frekuensi napas 24 kali permenit, dan suhu tubuh 36,5°C serta ditemukan edema pada kedua ekstremitas bawah.

Selanjutnya riwayat penyakit sekarang pada pasien 2 (Tn.L) yaitu pasien saat ini mengatakan merasa mual dan ingin muntah serta tidak selera makan, pasien mengatakan perut semakin membesar dan bengkak pada kedua kaki, selain itu pasien juga mengeluh sesak napas dan badan terasa lemas. Pasien terlihat hanya berbaring ditempat tidurnya Saat ini pasien terpasang kateter, oksigen nasal kanul 3 liter/menit dan tidak terpasang cairan infus. Hasil tanda-tanda vital: TD: 180/110 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 26 x/menit, S: 36.0 oC.

Dari riwayat keluhan penyakit sekarang ditemukan bahwa kedua pasien sama – sama terjadi edema pada kedua kaki. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh suharyanto 2013 bahwa salah satu tanda dan gejala dari gagal ginjal kronis yaitu terjadinya edema. Selain itu berdasarkan patofisiologi dari Nurarif dan kusuma 2015 edema terjadi dikarenakan adanya kelebihan volume cairan pada tubuh berawal dari pre load meningkat sehingga beban jantung meningkat yang menyebabkan terjadi hipertrofi ventrikel lalu terjadi payah jantung sehingga cairan output menurun lalu aliran darah di ginjal menurun menyebabkan renin angiotensin aldosterone menurun lalu terjadi retensi natrium dan air sehingga timbulah masalah hypervolemia. Selanjutnya ditemukan pada kedua pasien sama – sama mengalami hiperetensi dikarenakan menurut suharyanti 2013 didalam ginjal terdapat hormone renin yang mengatur tekanan darah jika ginjal bermasalah maka tekanan darah dapat meningkat.

Selanjutnya ditemukan data bahwa pasien sama – sama mengalami sesak napas. Menurut Nurarif dan Kusuma 2015 Hipertrofi ventrikel akan mengakibatkan perpindahan O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> terhambat sehingga pasien merasakan sesak. Hipertrofi ventrikel disebabkan adanya edema sehingga pre load meningkat lalu beban jantung meningkat yang menyebabkan hipertrofi ventrikel.

Selanjutnya pasien juga memiliki keluhan sama – sama mual, diketahui porsi makan sama – sama habis ¼ porsi, dan kadar ureum kedua pasien sama – sama tinggi pasien 1 86,9 mg/dl pasien 2 132,7 mg/dl sedangkan kadar normalnya 19,3 – 49,2 mg/dl. Jika dilihat pada pathway Nurarif dan Kusuma 2015 bahwa gagal ginjal kronis menyebabkan sekresi protein terganggu sehingga terjadi sindrom uremia. Sindrom uremia yaitu diantaranya mual, ,untah, kehilangan nafsu makan, mengalami kelelahan, sesak napas.

Riwayat penyakit dahulu pada pasien 1 (Tn.S) Pasien pernah dirawat di rumah sakit tahun lalu dengan riwayat Gagal ginjal kronis dan anemia. Obat yang rutin dikonsumsi Amlodipine 1 x 10 mg, Candesartan 1 x 16 mg, CaCO<sub>3</sub> 2 x 1, dan asam folat 2 x 1. Riwayat pemasangan double lumen (cimino) 3 bulan lalu, dan tidak ada riwayat alergi. Pasien rutin hemodialisis dua kali seminggu. Sedangkan pada pasien 2 (Tn.L) Pasien pernah dirawat di rumah sakit pada tanggal 29 Mei 2018 selama 4 hari dengan diagnosa yang sama yaitu CKD, pasien memiliki riwayat penggunaan obat asam urat namun sudah berhenti ± 2 tahun yang lalu, pasien tidak memiliki riwayat alergi dan operasi. Ketika ditelaah diketahui bahwa pada pasien 1 (Tn.S) ada riwayat hemodialisa namun pada diagnosa medis tidak dikatakan bahwa pasien CKD on HD. Selain itu ditemukan bahwa ada kesenjangan data jika pasien 2 (Tn.L) tidak pernah operasi padahal jika dilihat pada diagnose medis pasien 2 (Tn.L) pasien CKD on HD Stage V itu berarti pasien pernah menjalani operasi cimino dan double lumen. Pasien sama – sama tidak memiliki riwayat alergi. Selanjutnya diketahui pada pasien 2 (Tn.L) riwayat penggunaan obat hanya asam urat padahal pasien diketahui ada riwayat pernah dirawat dirumah sakit dengan diagnosa CKD pada tanggal 29 Mei 2018 dapat diketahui bahwa pengkajian yang dilakukan peneliti sebelumnya kurang lengkap.

Riwayat penyakit keluarga Pasien 1 (Tn.S) mengatakan dari kakak pasien yang pertama menderita GGK juga dan kakak kedua menderita kanker paru sedangkan pada pasien 2 (Tn.L) Pasien mengatakan jika orang tuanya yaitu ayahnya memiliki riwayat hipertensi.

Pengkajian perilaku sebelum sakit yang dilakukan oleh kedua peneliti sebelumnya yang mempengaruhi kesehatan seperti penggunaan alkohol, rokok, obat, dan

olahraga pada pasien 1 dan pasien 2 tidak lengkap, hanya ada penjelasan di bagian keluhan sekarang apabila pasien 1 saat bekerja pasien sering minum minuman berenergi dan jika merasa nyeri sering minum obat asam mefenamat. Terdapat beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan GGK salah satunya adalah riwayat gaya hidup. Gaya hidup yang dimaksud adalah gaya hidup seperti riwayat penggunaan obat analgetika dan obat anti inflamasi non steroid yaitu obat yang digunakan untuk mengurangi peradangan, sehingga meredakan nyeri dan menurunkan demam, selain itu adanya riwayat merokok, riwayat penggunaan minuman suplemen berenergi (Dewi, 2015). Faktor pencetus lainnya yaitu dimulai dari zat toksik (antibiotik, alkohol, kokain, dan heroin) , dan obstruksi saluran kemih yang dapat menyebabkan arterio sclerosis / arteri yang mengeras (Paweninggalih, 2019).

Pemeriksaan fisik pada pasien 1 (Tn.S) dan pasien 2 (Tn.L) dilakukan dengan memeriksa seluruh anggota tubuh dari ujung kepala hingga ujung kaki dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan asukultasi. Pada pemeriksaan fisik pada pasien 1 (Tn.L) pada pemeriksaan mata ditemukan konjungtiva anemis, warna bibir pucat, akral dingin, CRT 2,5 detik pada system pernafasan didapatkan hasil data yang tidak normal seperti pernafasan cuping hidung, sesak dengan frekuensi pernafasan 24 kali/menit, batuk produktif dengan warna lendir kekuningan dan konsistensi kental, suara tambahan ronki, pola pernafasan dispnea, pasien kadang menggunakan alat bantu nafas nasal kanul 4 liter/menit usaha napas dengan posisi setengah duduk lalu pada system pencernaan BAB 3 hari sekali dengan konsistensi keras, terakhir BAB dua hari yang lalu, tidak nafsu makan, abdomen tegang, peristaltik usus 4 kali/menit. Lalu system integumen dan muskuloskeletal didapatkan hasil warna kulit pucat, turgor kulit kurang, edema pada kedua ekstremitas.

Observasi pada pasien 1 (Tn.S) keadaan umum sedang, Posisi pasien semi-fowler, pasien terpasang alat medis IV catheter, syringe pump, dan cairan infus, Kesadaran compos mentis & GCS E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub>, Pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 180 / 80 mmHg, RR: 24 kali permenit, N: 60 kali permenit, S: 36,5°C MAP: 113 mmHg, Kenyamanan / nyeri tidak ada nyeri, Status fungsional / aktivitas dan mobilitas Barthel indeks Mengendalikan rangsangan defekasi (BAB): skor 2 (mandiri) , mengendalikan rangsang berkemih (bak): skor 2 (mandiri), membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi): skor 2 (mandiri), penggunaan jamban masuk dan keluar (melepaskan, memakai, celana, membersihkan, menyiram): skor 2 (mandiri), makan: skor 2 (mandiri), berubah sikap dari berbaring ke duduk: skor 3 (mandiri) berpindah/berjalan: skor 3 (mandiri), memakai baju: skor 2 (mandiri) , naik turun tangga: skor 2 (mandiri), mandi: skor 2 (mandiri)total: 20 (mandiri) sedangkan pada pasien 2 keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis & GCS E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub>, TD :180/110 mmHg Nadi : 90 kali/menit RR : 26 kali/menit Temp : 36.0 Oc, kenyamanan atau nyeri tidak ada, Status fungsional / aktivitas dan mobilitas Barthel indeks, total skor 9 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang.

Kesenjangan dan persamaan pada pasien 1 dan 2 pada pengkajian observasi persamaannya sama – sama mengalami hipertensi, GCS 15 Composmentis, sesak, keadaan umum sedang, sama – sama tidak ada nyeri jika di telaah ada data pada pasien 1 terjadi edema pulmonum ketika dilakukan inspirasi dapat mengalami nyeri. Gagal ginjal kronis ini dapat menyebabkan terjadinya kelebihan cairan pada tubuh pasien sehingga dampak yang akan muncul adalah komplikasi lanjut seperti hipertensi, gagal jantung, edema pulmonal atau kondisi

yang ditandai dengan gejala sulit bernapas akibat terjadinya penumpukan cairan di dalam alveoli, nyeri pleura, dan sesak napas (Prananta, 2014).

kesenjangan banyak data yang tidak lengkap pada pasien 2 pada keadaan umum pasien 2 tidak dijelaskan alat apa saja yang terpasang dan posisi tubuh pasien tidak dijelaskan selain itu pada status fungsional / aktivitas dan mobilitas barthel indeks tidak diuraikan apa saja penilaiannya setiap itemnya, hanya dijelaskan hasil totalnya 9 dengan kategori tingkat ketergantungannya sedang. Sedangkan pada pasien 1 kategori tingkat ketergantungannya 20 mandiri jika ditelaah ada kesenjangan pada data tersebut yang mana jika melihat keluhan pasien dengan mengeluh tiga hari tidak BAB lalu dilakukan implementasi diberi obat pencahar atau supositoria sehingga mengendalikan rangsangan defekasi (BAB) skornya 0, mengendalikan rangsang berkemih mandiri karena tidak terpasang selang kateter, selain itu keluhan pasien sesak dengan respirasi 24 kali/menit, mengeluh lemah, kurang nafsu makan, terpasang infus dan mual sehingga pasien tidak mudah melakukan tindakan secara mandiri seperti penggunaan jamban masuk dan keluar (melepaskan, memakai, celana, membersihkan, menyiram), berpindah/berjalan, naik turun tangga, mandi, makan dan menggunakan baju.

Pada pemeriksaan fisik pada pasien pada pemeriksaan kepala dan leher kepala dan rambut pasien 1 Finger print di tengah frontal terhidrasi. Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam, tidak mudah patah, tidak bercabang, dan tidak ada kelainan sedangkan pada pasien 2 kepala Simetris, kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban dan tidak ada kelainan, Setelah ditelaah ditemukan kesamaan dan perbedaan. Persamaannya sama – sama kulit kepala bersih ,

penyebaran rambut merata dan tidak ada kelainan. Kesenjangan pada pasien 1 lebih banyak datanya daripada pasien 2, pasien 1 ada pemeriksaan finger print di tengah frontal terhidrasi, tidak ada lesi, rambut tidak bercabang, perbedaan terdapat pada warna rambut pasien 1 rambut berwarna hitam sedangkan pasien 2 warnanya hitam sebagian beruban lalu pasien 1 rambutnya tidak mudah patah pasien 2 tidak dijelaskan rambut mudah patah atau tidak. Kekurangan pengkajiannya kurang menambahkan pemeriksaan kecerahan rambut cerah atau tidak pada kedua pasien.

Pemeriksaan mata lengkap, pasien 1 mata simetris kanan dan kiri, kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjungtiva anemis dan sklera tidak ikterik. Kelopak mata/palpebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan. Pada pasien 2 Mata sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor. Jika ditelaah pada pasien 1 pengkajian lebih lengkap dibandingkan pasien 2, persamaannya sama – sama konjungtiva anemis, sklera putih tidak ikterik, kelopak mata atau palpebra tidak ada edema, adanya reflek cahaya pada pupil, pupil isokor kanan dan kiri. Perbedaannya pada pasien 1 ada pemeriksaan kornea mata jernih kanan dan kiri, mata lengkap, iris kanan kiri berwarna hitam pasien 2 tidak ada. Kekurangan pemeriksaan pada kedua pasien yaitu TIO atau tekanan intra okuler tidak ada.

Pemeriksaan hidung pada pasien 1 ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasal di tengah, lubang hidung bersih, tidak ada sekret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip. Pasien 2 Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan. Pasien 2 Pernafasan

cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan. Persamaan kedua pasien yaitu sama – sama posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih. Perbedaannya pasien 1 pernafasan cuping hidung pasien 2 pernafasan tidak cuping hidung, pasien 1 ada sekret pasien 2 tidak ada sekret, ketajaman pasien 1 tidak dijelaskan pasien 2 penurunan ketajaman penciuman, sebaiknya kata – katanya di ubah yaitu pasien tidak dapat membedakan bau.

Mulut dan lidah pasien 1 keadaan mukosa bibir berwarna pucat, gigi geligi lengkap tanpa karies, lidah berwarna merah muda, tonsil ukuran normal, dan uvula letak simetris di tengah. Pasien 2 Rongga keadaan mukosa bibir lembab dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah. Persamaan yang ditemukan pada kedua pasien yaitu sama – sama warna bibir pucat, tonsil ukuran normal, uvula letak simetris di tengah. Perbedaan pasien 1 gigi geligi lengkap tanpa karies, lidah warna merah muda sedangkan pasien 2 tidak dikaji.

Pemeriksaan telinga pada kedua pasien sama yaitu pinna telinga elastis, kanalis bersih, membran timpani utuh dengan cahaya politser (+), pasien dapat mendengar dengan baik. Kekurangannya tidak dilakukan pemeriksaan tes weber, rinne, swabach.

Pemeriksaan leher pada kedua pasien hasilnya sama kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea di tengah, dan tidak ada kelainan. Pada pasien 2 Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea di tengah, dan tidak ada kelainan. Kekurangannya tidak dilakukan pemeriksaan JVP atau jugular vena pressure. Pada pasien 2 Pasien mengeluh sesak napas, batuk produktif dengan warna lendir kekuningan dan konsistensi kental, tidak ada penggunaan WSD. Inspeksi: bentuk dada simetris, frekuensi pernapasan 24 kali



permenit, irama napas teratur, pola pernapasan dispneu, ada pernapasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, usaha napas dengan posisi setengah duduk, kadang-kadang pasien menggunakan nasal kanul 4 liter permenit. Pasien 2 Pasien mengeluh sesak napas, Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas teratur, pola napas dispnea pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien menggunakan alat bantu nafas oksigen nasal kanul 3 liter/menit Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra auskultasi : Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan Palpasi: vokal fremitus normal teraba simetris, ekspansi paru simetris di kedua sisi, tidak ada kelainan. Perkusi: perkusi paru sonor. auskultasi: suara napas vesikuler, terdengar suara tambahan ronkhi.

Jika ditelaah persamaan kedua pasien yaitu pasien sama – sama mengeluh sesak napas, bentuk dada simetris, irama napas teratur, pola napas dispnea, tidak ada penggunaan otot bantu otot napas, vokal fremitus normal teraba simetris, ekspansi paru simetris pengembangan paru sama di kanan dan kiri, perkusi paru sonor, pasien 1 kadang – kadang menggunakan alat bantu nafas oksigen nasal kanul 4 liter/menit sedangkan pasien 2 3 liter/menit hepar ICS 5 dekstra pada pasien 2 sedangkan pasien 1 tidak dijelaskan batas paru hepar, suara napas vesikuler, terdengar suara tambahan ronkhi pada pasien 1 sedangkan pasien 2 Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan. Frekuensi pernafasan pasien 1 24 kali/menit sedangkan pasien 2 26 kali/menit, lalu perbedaannya pada pasien 1 batuk produktif dengan warna lendir kekuningan dan konsistensi kental, tidak ada penggunaan WSD sedangkan pasien 2 tidak ada, ditemukan

kesejangan dimana kedua pasien dikaji bahwa irama pernapasan teratur namun pola napas dispnea. Menurut suharyanto 2013 dispneu yaitu kondisi yang terjadi akibat tidak terpenuhinya pasokan oksigen ke paru – paru yang menyebabkan pernapasan menjadi cepat, pendek, dan dangkal.

Selanjutnya pemeriksaan jantung persamaan kedua pasien yaitu tidak ada keluhan nyeri dada, inspeksi iktus cordis tidak tampak, pasien 1 CRT 2,5 detik sedangkan pasien 2 < 2 detik, tidak ada sianosis, palpasi pasien 1 iktus cordis teraba sedangkan pasien 2 iktus cordis teraba di ICS 5, pasien 1 akral dingin pasien 2 akral hangat, Perkusi pasien 1 basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea parasterna sinistra, pinggang jantung berada di ICS III dari linea parasternal kiri, apeks jantung berada di ICS V dari linea midklavikula sinistra sedangkan pasien 2 Batas atas ICS II line sternal dekstra batas bawah ICS V line midclavacula sinistra, batas kanan ICS III line sternal dekstra, batas kiri ICS III line sternal sinistra Batas atas : ICS II line sternal dekstra batas bawah : ICS V line midclavacula sinistra, batas kanan : ICS III line sternal dekstra, batas kiri : ICS III line sternal sinistra. Pasien 1 auskultasi bunyi jantung I normal dan regular, bunyi jantung II normal dan regular, tidak ada bunyi jantung tambahan sedangkan pasien 2 auskultasi BJ II Aorta : Dup, regular dan intensitas kuat, BJ II Pulmonal : Dup, regular dan intensitas kuat - BJ I Trikuspid : Lup, regular dan intensitas kuat - BJ I Mitral : Lup, regular dan intensitas kuat.

Pemeriksaan system pencernaan dan status nutrisi pada pasien 1 Berat badan pasien 58 kg, tinggi badan 160 cm, IMT 22,7 kg/m<sup>2</sup> sedangkan pasien 2 BB sebelum HD: 62 Kg dan TB : 165 Cm. Terlihat kesejangan dimana pasien 2 tidak ada IMTnya selain itu berat badan pasien 2 tidak dijelaskan berat badannya sebelum hemodialisa. Pasien 1 BAB 3 hari sekali, terakhir BAB 2 hari yang lalu,

konsistensi keras, diet padat, jenis diet nasi rendah protein (60 gram) rendah garam (RPRG), nafsu makan menurun, porsi makan habis  $\frac{1}{4}$  porsi (3 sendok makan) sedangkan pasien 2 BAB 1x/hari konsistensi lunak, diet lunak, jenis diet : Diet rendah protein rendah garam, nafsu makan menurun , porsi makan habis  $\frac{1}{4}$  porsi. Jika ditelaah bahwa diet kedua pasien sama, sama – sama mengalami nafsu makan menurun, porsi makan sama habis  $\frac{1}{4}$  porsi, namun pasien satu mengalami konstipasi. Definisi konstipasi menurut buku SDKI penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

Pemeriksaan abdomen inspeksi Pada pasien 1 bentuk abdomen datar, tidak terlihat bayangan vena, tidak ada benjolan/masa, tidak ada luka operasi, dan tidak ada drain sedangkan pasien 2 bentuk membesar, benjolan tidak ada diperut tidak tampa, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya benjolan abdomen, tidak ada luka operasi pada abdomen, dan tidak terpasang drain. Jika ditelaah kedua pasien tidak menggunakan drain, perut pasien 1 tidak ada masalah sedangkan pasien 2 mengalami pembesaran. Berdasarkan patofisiologi Nurarif dan Kusuma 2015 GGK menyebabkan retensi natrium sehingga total cairan ekstraseluler meningkat tekanan kapiler meningkat, volume interstisial meningkat sehingga terjadi asites yaitu penumpukan cairan dirongga perut.

Pada pasien 1 auskultasi peristaltik usus 4 kali permenit. Palpasi abdomen tegang, tidak ada nyeri tekan, titik Mc Burney tidak ada nyeri, tidak ada massa, hepar, lien, dan ginjal tidak teraba. Perkusi tidak ada asites, pada ginjal tidak ada nyeri ketuk sedangkan pasien 2 Auskultasi :Peristaltik 18 x/menit Palpasi Tidak ada nyeri tekan, teraba adanya penumpukan cairan/asites, dan tidak ada pembesaran pada hepar dan lien Perkusi - Shifting Dullness : (+). Pada pasien 1

peristaltik usus tidak normal disertai abdomen tegang BAB 3 hari sekali, terakhir BAB 2 hari yang lalu, konsistensi keras, diet padat, jenis diet nasi rendah protein (60 gram) rendah garam, nafsu makan menurun, porsi makan habis  $\frac{1}{4}$  porsi (3 sendok makan). Peristaltik menurun menyebabkan dorongan usus mengeluarkan feses lambat sehingga feses terlalu lama di jalur pembuangan terserap terus kandungan airnya dan mengeras sehingga terjadi konstipasi. Orang dengan GGK ginjalnya lebih banyak ke fungsi reabsorpsi sehingga cairan masuk itu banyak diserap sehingga terjadi oedema. Sumber cairan itu salah satunya juga dari pencernaan jika feses kurang cairan akibat terlalu di serap jadilah konstipasi jika feses sudah mengalami kekurangan cairan makin berat kerja usus sehingga gerakannya semakin melambat makin menurun gerakan peristaltiknya. (Kamaluddin,2009).

Pemeriksaan sistem persyarafan memori panjang, pasien dapat mengulang informasi yang disebutkan perawat, bahasa baik, kognitif baik, orientasi baik (orang, tempat, dan waktu), saraf sensori baik (dapat merasakan nyeri tusuk, perubahan suhu dan sentuhan). Terdapat refleks fisiologis patella, achilles, bisep, trisep dan brachioradialis. Tidak ditemukan adanya refleks patologis Babinsky, Brudzinsky, maupun Kernig. Pasien tidak memiliki keluhan pusing, istirahat / tidur selama 7 jam perhari, dan tidak ada dirasakan gangguan tidur. Pasien 2 Memori : Panjang Perhatian : Dapat mengulang Bahasa : komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia Kognisi dan Orientasi : dapat mengenal orang, tempat dan waktu Refleks Fisiologis Patella : 2 Achilles : 2 Bisep : 2 - Trisep : 2 Brankioradialis : 2 Tidak ada keluhan pusing, Istirahat/ tidur 5 jam/hari. Setelah ditelaah ditemukan bahwa pada pasien 2 tidurnya kurang 5

jam/hari. Normalnya waktu tidur menurut National Sleep Foundation pada usia 26 – 64 tahun yaitu 7 – 9 jam/hari.

Pemeriksaan saraf kranial pada pasien 1 N I (olfaktorius): penciuman baik, dapat membedakan bau-bauan. N II (optikus): jarak pandang baik. NIII (okulomotorius): adanya reflek rangsangan pada pupil N IV (troklearis): bisa menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah N V (trigeminus): tidak ada kesulitan mengunyah, N VI (abducentis): bisa menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, N VII (facialis): pengecapan terhadap rasa-rasa baik, N VIII (vestibulotroklearis): pendengaran baik. N IX (glossofaringeus): tidak ada nyeri telan, N X (vagus): bisa mengucapkan “ah” dan menelan saliva. N XI (aksesorius): bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan, N XII (hipoglossus): bisa menjulurkan, menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri. Pasien 2 N1 (Olfaktorius): Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol N2 (Optikus): Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm, N3 (Oculomotorius): Pasien mampu mengangkat kelopak mata, N4 (Trochlearis): Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah, N5 (Trigeminus): Pasien mampu mengunyah, N6 (Abducentis): Pasien mampu menggerakkan mata kesamping, N7 (Fasialis): Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata, N8 (Auditorius): Pasien mampu mendengar dengan baik, N9 (Glosophareal): Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam, N10 (Vagus): Pasien mampu menelan, N11 (Accesoris): Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan, N12 (Hypoglossus): Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah ke berbagai arah. Setelah ditelaah tidak ditemukan kelainan saraf kranial pada kedua pasien.

Pemeriksaan sistem perkemihan pada pasien 1 Bersih, keluhan kencing saat SMRS oliguria, kemampuan berkemih spontan tanpa alat bantu, produksi

urin  $\pm 1250$  ml/hari, warna kuning jernih, bau khas urine, tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kandung kemih, balance cairan -386 ml/hari. Pada pasien 2 Bersih Kemampuan berkemih : Menggunakan alat bantu Jenis : Folley Chateter Ukuran : 18 Hari ke – 2 produksi urine 150ml/hari - Warna : Kuning Bau : Khas urine Tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih. Setelah ditelaah hasil balance cairan pada pasien 1 tidak ada ditemukan table balance cairan hanya langsung hasilnya saja. Sedangkan pada pasien 2 terdapat data balance cairan.

Pemeriksaan muskuluskeletal (ekstremitas) dan integumen Pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur, tidak menggunakan traksi, tidak ada kompartemen syndrome, kulit kemerahan, turgor kulit kurang, Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah 5555, Tidak ada luka.Terdapat edema pada ekstremitas bawah RU: 0RL: +1 LU: 0 LL: +1, Penilaian risiko dekubitus rendah (skor 16). Pada pasien 2 Pergerakan sendi bebas Kekuatan otot ektrem,itas atas 55 ekstremitas bawah 44, Tidak ada kelainan tulang belakang, Tidak ada fraktur, Turgor kulit baik,Tidak terdapat Luka,Terdapat pitting edema grade +3 (ekstremitas bawah RL +3 dan LL +3) Nilai risiko dekubitus , pasien dalam kategori tidak beresiko yaitu dengan skor 17. Jika dilihat pada pasien 2 ekstremitas bawahnya mengalami kelemahan disertai adanya oedema dan adanya keluhan lemah sedangkan pada pasien 1 memiliki oedema juga dikaki disrtai keluhan lemah namun ekstremitas atas dan bawah normal.

Pemeriksaan system endokrin pada pasien 1 Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ditemukan tanda trias DM, tidak ada kondisi kaki DM. Pada pasien 2 Tidak ada pembesaran

kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ditemukan tanda trias DM, tidak ada kondisi kaki DM.

Hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan data yang tidak normal pada pasien 1 (Tn.S) yaitu pada pemeriksaan darah hasil eritrosit rendah  $2,79 \times 10^6/\mu\text{L}$ , Hemoglobin rendah 7,5 g/dl, hematokrit rendah 22,1 %, ureum tinggi 86,9 mg/dl, kreatinin tinggi 9,1 mg/dl. Sedangkan pasien 2 (Tn.L) hemoglobin rendah 9.0 g/dl, ureum meningkat 132,7 mg/dl, dan kreatinin meningkat 14,1 mg/dl. Menurut suharyanto 2013 salah satu tanda dan gejala penyakit gagal ginjal kronis yaitu anemia, hemolysis (kehancuran sel darah merah). Selain itu berdasarkan patofisiologi gagal ginjal kronis dan Nurarif dan Kusuma 2015 bahwa anemia dapat terjadi karena hematemesis dan melena. Menurut pearce 2011 ginjal menyekresi hormone renin yang mempunyai peranan penting mengatur tekanan darah (system renin, angiotensin aldosterone) membentuk eritropoitin, hormone eritropoitin mempunyai peranan penting untuk memproses pembentukan sel darah merah. Menurut pongsibidang 2016 gagal ginjal kronis merupakan penyakit yang menahun dan bersifat progresif, dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme atau keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia.

Pasien 2 (Tn.L) ditemukan hasil yaitu pada mata ditemukan konjungtiva anemis, bibir berwarna pucat, pada system pernafasan pasien mengeluh sesak nafas dengan frekuensi pernafasan 26 kali/menit, pola nafas dispnea, pasien menggunakan alat bantu nafas oksigen nasal kanul 3 liter/menit, pada pemeriksaan system pencernaan dan abdomen ditemukan nafsu makan menurun, makan habis  $\frac{1}{4}$  porsi, bentuk perut membesar, teraba adanya penumpukan cairan atau asites, pada ekstremitas terdapat pitting edema grade +3 (ekstremitas bawah

RL +3 dan LL +3), kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah, tangan kanan 5 dan tangan kiri 5 dan kaki kanan 4 dan kaki kiri 4.

Obat yang diterima oleh pasien 1 amlodipine 1 x 10 mg / oral, candesartan 1 x 16 mg / oral, CaCO<sub>3</sub> 2 x 1 gr / oral, asam folat 2 x 1 / oral, ceftriaxone 2 x 1 gr / IV, furosemide 10 mg / jam (syringe pump). Pasien 2 amlodipine 1 x 10 mg / oral, asam folat 2 x 1 / oral, furosemide 2 x 20 mg / IV dan ranitidine 2 x 50 mg/IV. Setelah ditelaah ditemukan bahwa dari obat yang diterima, kedua pasien sama-sama mendapatkan terapi obat amlodipine, asam folat, dan furosemide.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Setelah melakukan pengkajian dan analisa data, peneliti sebelumnya menemukan 4 masalah pada pasien 1 (Tn.S), diantaranya gangguan pertukaran gas, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, dan konstipasi. Sedangkan pada pasien 2 (Tn.L), ditemukan 4 masalah, diantaranya nausea, resiko penurunan curah jantung, hipervolemia, dan intoleransi aktivitas.

Seperti yang dikemukakan beberapa ahli sebelumnya, daftar diagnosa keperawatan pada bab dua di temukan kesenjangan dengan kasus nyata yang didapat pada kedua pasien dengan Gagal ginjal kronis Kesenjangan tersebut yaitu dari sembilan diagnosa keperawatan berdasarkan pathway yang bersumber dari Nurarif, A. H., dan Kusuma, H 2015 pada pasien 1 dan pasien 2 ada 5 diagnosa keperawatan yang tidak muncul, yaitu masalah nyeri akut, gangguan integritas kulit, defisit nutrisi, resiko infeksi, dan resiko perdarahan serta hanya



ada 4 diagnosa yang ditemukan pada kedua pasien dan ada tiga tambahan diagnosa yang tidak tercantum pada pathway yaitu resiko penurunan curah jantung, nausea dan konstipasi dan hanya 1 diagnosa yang sama pada kedua pasien, pasien 1 (Tn.S) dan pasien 2 (Tn.L) yaitu hypervolemia.

Selanjutnya penulis akan menguraikan masalah keperawatan pada pasien gagal ginjal kronis secara menyeluruh berdasarkan hasil review ditemukan peneliti sebelumnya belum memprioritaskan masalah keperawatan sesuai Abraham Maslow, pada pasien 1 diagnosa hypervolemia harusnya diletakkan pada nomor 2 perfusi perifer tidak efektif diletakkan di nomor 3 karena pasien 1 mengalami hypervolemia diparu – paru dan kedua kakinya, tentunya masalah keperawatan yang harus terlebih dahulu ditangani hipervolemianya. Selanjutnya pada pasien 2 peneliti sebelumnya juga masih tidak memprioritaskan masalah karena masalah keperawatan yang tidak actual diletakkan di nomor 2 dari 4 masalah keperawatan yang ada yaitu resiko penurunan curah jantung.

Masalah keperawatan yang pertama akan ditelaah yaitu masalah gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus kapiler yang ditemukan oleh peneliti sebelumnya yaitu pada pasien 1, pasien mengatakan ia merasa sesak napas tanpa nyeri dada dan juga pasien mengalami batuk berdahak. Hasil observasi penulis pasien bernapas dengan napas cuping hidung, bibir pucat, pola napas dispnea, pada auskultasi paru terdengar bunyi napas tambahan ronchi dan hasil pemeriksaan foto toraks ditemukan kesan edema pulmonum, kadang-kadang pasien menggunakan nasal kanul 4 liter permenit, respirasi 24 kali/menit, nadi 60 kali/ menit Jika dilihat pada buku panduan SDKI tanda dan gejala mayor ada 6 yang muncul hanya dua yaitu

dispnea dan bunyi napas tambahan. Sehingga gangguan pertukaran gas pada pasien 1 tidak bisa diangkat karena tidak ada data hasil analisa gas darah seperti PCO<sub>2</sub> meningkat / menurun, PO<sub>2</sub> menurun, pH arteri meningkat / menurun, dan tidak terjadi takikardi.

Kemudian pada pasien 2 pasien juga mengatakan sesak napas, pola nafas dispneu, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada sputum, pasien menggunakan nasal kanul 3 lpm, respirasi 26 kali/menit, Nadi dalam batas normal 90 kali/menit. Peneliti sebelumnya tidak mengangkat masalah gangguan pertukaran gas pada pasien 2. Jika ditelaah data yang ada tidak mencapai 80% dari tanda dan gejala mayor pada SDKI karena analisa gas darah tidak ada darah seperti PCO<sub>2</sub> meningkat / menurun, PO<sub>2</sub> menurun, pH arteri meningkat / menurun. Lalu tidak terjadi takikardi. Berdasarkan teori Smeltzer & Bare (2015), yaitu tanda dan gejala PGK antara lain krekels, sputum kental dan liat, napas dangkal serta pernapasan kussmaul. Sedangkan menurut penelitian Pradesya (2015) yang menyebutkan penyakit gagal ginjal kronis menimbulkan berbagai kondisi patologis klinis pada tubuh. Salah satu kondisi patologis yang umum terjadi karena penyakit ini yaitu terjadinya edema paru yang disebabkan kombinasi penumpukan cairan (karena kenaikan tekanan intravaskuler atau penurunan intravaskuler) pada alveoli sehingga terjadi gangguan pertukaran gas secara progresif yang mengakibatkan hipoksia yang dapat mengancam jiwa.

Kemudian masalah selanjutnya pada pasien 2 adalah nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi (uremia), namun di pathway yang bersumber dari Nurarif, A. H dan Kusuma, H. 2015 tidak ada masalah

keperawatan nausea. Pasien 2 (Tn. L) mengeluh merasa mual dan ingin muntah serta kurang nafsu makan, porsi makan hanya habis  $\frac{1}{4}$  porsi, kadar ureum meningkat 132,7 mg/dL, bibir pucat sedangkan peneliti sebelumnya tidak mengangkat masalah nausea pada pasien 1. Pada pasien 1 (Tn.S) ada keluhan mual, porsi makan habis  $\frac{1}{4}$  porsi, ureum tinggi 86,9 mg/dL, bibir pucat, lemas. Namun peneliti sebelumnya tidak mengangkat masalah nausea pada pasien 1 padahal memiliki keluhan yang sama. Berdasarkan buku SDKI nausea merupakan perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok dan lambung yang dapat mengakibatkan muntah, mual muntah dapat disebabkan adanya gangguan bikimiawi seperti uremia.

Masalah ketiga yaitu hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi dialami oleh kedua pasien, pasien 1 (Tn.S) dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan adalah pasien mengatakan ia merasa sesak napas, frekuensi pernapasan 24 kali permenit, terdengar bunyi napas tambahan ronkhi, terdapat pernapasan cuping hidung, edema pada kedua ekstremitas bawah +1, warna kulit pucat, dan hasil pemeriksaan foto toraks edema pulmonum. Kemudian untuk pasien 2, mengeluh perut semakin membesar, bengkak pada kedua kaki, sesak napas, frekuensi pernafasan 26 kali/menit, pola nafas dispneu, pernafasan cuping hidung tidak ada. Namun setelah penulis telaah data yang ada tidak dapat menunjang untuk mengangkat diagnosa hipervolemia karena peneliti sebelumnya tidak megkaji data secara komprehensif dan berdasarkan buku panduan standar diagnosis keperawatan Indonesia untuk mengangkat diagnosa gejala dan tanda mayor harus 80% sedangkan pada pasien 1 (Tn.S) dan pasien 2 (Tn.L) tanda mayor belum memenuhi syarat untuk diangkat masalah karena tidak ada data ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspna, berat badan meningkat

dalam waktu singkat, jugular venous pressure (JVP) dan atau central venous pressure (CVP) meningkat, dan reflex hepatojugular positif.

Masalah selanjutnya adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang terdapat pada pasien 1 (Tn.S) nilai hemoglobin 7,5 g/dL, pengisian kapiler (CRT) 2,5 detik, akral teraba dingin, turgor kulit menurun dan warna bibir pucat, eritrosit rendah 2,79 dan konjungtiva anemis yang merupakan tanda dari penyakit anemia. Jika dilihat SDKI masalah perfusi perifer tidak efektif tanda gejala mayoritas belum 80% karena dari 5 hanya ada 3 yang sesuai yaitu akral teraba dingin, warna kulit pucat dan turgor kulit menurun namun tidak ada data nadi perifer menurun dan pengisian kapiler >3 detik. Pada pasien 2 (Tn.L) nilai hemoglobin 9,0 g/dl, konjungtiva anemis pengisian kapiler >2 detik, akral dingin, turgor kulit baik, bibir pucat, eritrositnya dalam batas normal yaitu  $4,38 \times 10^6/\mu\text{L}$ . Jika ditelaah tanda dan gejala mayor belum 80 % karena dari 5 hanya ada 2 yaitu akral teraba dingin dan warna bibir pucat dan 3 data tidak sesuai seperti turgor kulit tidak terjadi penurunan, tidak ada data nadi perifer, pengisian kapiler normal. Perfusi perifer merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Definisi perfusi perifer menurut SDKI yaitu penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Berdasarkan pathway NurariF dan Kusuma 2015 GSK menyebabkan sekresi hormone eritropoitin menurun sehingga produksi haemoglobin menurun sehingga oksigen didalam haemoglobin menurun suplai oksigen menurun sehingga munculah masalah perfusi perifer tidak efektif.

Masalah selanjutnya yang ditemukan oleh penulis yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya control tidur. Masalah ini tidak terdapat pada pathway di bab 2 serta sebelumnya masalah ini belum diangkat oleh peneliti sebelumnya, namun setelah ditelaah bahwa pada pasien pasien 2 (Tn.L) tidurnya hanya 5 jam/hari sedangkan pasien 1 (Tn.S) 7 jam/hari. Frekuensi tidur normal berdasarkan National Sleep Foundation Amerika bahwa waktu yang dibutuhkan untuk tidur pada orang dewasa dengan rentan usia 26 – 64 itu sekitar 7 – 9 jam/hari. Definisi gangguan pola tidur menurut buku panduan SDKI ialah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor ekstrenal.

Kemudian masalah selanjutnya pada pasien adalah konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan cairan. Diagnosa konstipasi tidak tercantum pada pathway dibab dua. Masalah konstipasi pada pasien 1, pasien mengatakan sudah tidak BAB selama 3 hari terakhir, BAB nya memang sering tidak lancar, sering lama di toilet karena BAB nya keras, dan harus mengejan untuk BAB. Pada pemeriksaan abdomen juga ditemukan peristaltik usus menurun (4 kali permenit) dan abdomen tegang ketika ditekan. Lalu pada pasien 2, tidak ada masalah konstipasi, BAB 1 kali/menit dengan konsistensi lunak.

Menurut penulis, hal ini kemungkinan terjadi karena asupan serat dan asupan cairan yang kurang, terutama karena pasien GGK harus membatasi asupan serat dan cairannya agar tidak memperberat kerja ginjal serta tidak berakibat edema. Akan tetapi pembatasan serat dan cairan ini juga berakibat pada konstipasi. Definisi konstipasi berdasarkan SDKI yaitu penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak, Salah satu penyebab konstipasi ialah ketidakcukupan

asupan serat dan air. Dipenatalaksanaan pada bab dua bahwa gagal ginjal kronis harus menjalani diet rendah air dan protein agar mengurangi kadar uremia.

Kemudian masalah keperawatan selanjutnya yaitu intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan Pasien 2 (Tn. L) mengeluh badannya terasa lemas dan merasa sesak napas dengan frekuensi 26 kali/menit, nadi 90 kali/menit, hanya berbaring ditempat tidur saja dan terpasang kateter sedangkan pada pasien 1 (Tn. S) mengeluh sesak napas frekuensi pernapasan 24 kali/menit, nadi 60 kali/menit dan lemas namun peneliti sebelumnya tidak mengangkat masalah intoleransi aktivitas pada pasien 1 (Tn.S). Karena pengkajian peneliti sebelumnya tidak lengkap gejala dan tanda mayor pada pasien kedua pasien tidak mencapai 80 % karena tidak ada data frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat dan mengeluh lelah sehingga masalah keperawatan intoleransi aktivitas pada kedua pasien tidak kuat untuk ditegakkan. Berdasarkan patofisiologi menurut Nurarif & Kusuma 2015 GGK menyebabkan sekresi hormon eritropoitin menurun sehingga produksi hemoglobin menurun lalu oksigen didalam darah menurun sehingga suplai oksigen menurun terjadilah masalah intoleransi aktivitas. Berdasarkan SDKI intoleransi aktivitas yaitu ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari – hari disebabkan karena kelemahan.

Kemudian masalah selanjutnya yaitu resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload Pasien 2 (Tn.L) mengeluh merasa sesak napas dan tekanan darah meningkat dengan nilai 180/100 mmHg. Sedangkan pasien 1 (Tn.S) peneliti sebelumnya tidak mengangkat masalah resiko penurunan curah jantung walaupun keluhannya sama – sama mengeluh sesak dan tekanan darah tinggi namun tekanan darah pasien 1 (Tn.S) cenderung

stabil dan tidak ada peningkatan dan penurunan yang signifikan. Berdasarkan buku panduan SDKI definisi risiko penurunan curah jantung yaitu beesiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Sedangkan masalah risiko pendarahan dan risiko infeksi yang tidak diangkat oleh peneliti sebelumnya pada pasien dapat diangkat, karena pada pasien 2 (Tn.L) ada keluhan mual, ingin muntah, tidak selera makan serta ureum didalam darah tidak berada dalam batas normal yaitu 132,7 mg/dl sedangkan batas normalnya 19,3 – 49,2 mg/dl berdasarkan patofisiologi penyakit gagal ginjal kronis yang bersumber dari Nurarif dan Kusuma 2015 pada pasien penyakit gagal ginjal kronis sekresi protein terganggu sehingga terjadi sindrom uremia lalu menyebabkan gangguan keseimbangan asam basa sehingga produksi asam lambung meningkat menyebabkan iritasi pada lambung sehingga masalah keperawatan yang dapat muncul ialah resiko infeksi dan resiko perdarahan.

### **3. Perencanaan**

Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016). Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus, intervensi keperawatan tersebut terdiri dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia.

Intervensi asuhan keperawatan pada pasien mengacu pada perencanaan yang telah penulis susun berdasarkan buku standar intervensi keperawatan Indonesia yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi yang telah dipilah sesuai kebutuhan pasien penderita penyakit gagal ginjal kronis dengan masalah gangguan pertukaran gas menggunakan terapi oksigen yang terdiri diantaranya yaitu pertama observasi : monitor kecepatan aliran oksigen, monitor posisi alat terapi oksigen, monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup, monitor efektifitas terapi oksigen (mis.analisa gas darah, oksimetri), monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan, monitor tanda - tanda hipoventilasi (adanya nyeri kepala, pusing, letargi / kelelahan, sesak, kantuk disiang hari, depresi), monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen ( verbal maupun non verbal : ekspresi mimik wajah dan keluhan pasien, monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen (apakah ada iritasi). Terapeutik : pertahankan kepatenan jalan nafas ( teknik batuk efektif, suction, insersi jalan nafas buatan), siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen ( nasal kanul , rebreathing mask, & non rebreathing mask), oksigen, regulator, berikan oksigen tambahan, jika perlu ( naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan), tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi (tabung oksigen yang mudah dibawa), gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien. Edukasi : ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah, kolaborasi penentuan dosis oksigen, kolaborasi ; kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Setelah ditelaah intervensi sudah tersusun berdasarkan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.



Namun terdapat kesenjangan dengan intervensi yang dilakukan pada pasien 1 (Tn.S) dengan penyusunan penulis pada bab dua karena peneliti sebelumnya mengangkat intervensi sesuai kondisi pada pasien 1 (Tn.S) yang diharapkan dapat mengatasi masalah gangguan pertukaran gas pada pasien 1 (Tn.S). Perencanaan yang akan dilakukan yaitu menggunakan pemantauan respirasi yang terdiri dari monitor frekuensi, irama, kedalaman dari upaya napas, monitor pola napas, monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya produksi sputum, auskultasi bunyi napas, monitor hasil x-ray toraks, dan berikan oksigen tambahan, jika perlu.

Pada setiap masalah keperawatan tujuan dan kriteria hasil berbeda-beda. Tujuan dan kriteria hasil yang ada pada teori tidak semua di buat dalam asuhan keperawatan pada pasien 1 (Tn. S) karena harus mengacu dan menyesuaikan dengan kondisi pasien. Kriteria hasil pada masalah gangguan pertukaran gas yang telah penulis susun berdasarkan buku standar luaran keperawatan untuk penyakit gagal ginjal kronis yaitu tingkat kesadaran meningkat, dyspnea / napas pendek mengalami penurunan, bunyi napas tambahan menurun, pusing menurun, gelisah menurun, napas cuping hidung menurun, pco<sub>2</sub> membaik, po<sub>2</sub> membaik, takikardi membaik, ph arteri membaik, sianosis membaik, pola napas membaik, dan warna kulit membaik sedangkan kriteria hasil pada pasien 1 (Tn.S) ada kesenjangan karena menyesuaikan kondisi pasien yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil frekuensi pernapasan 16 – 20 kali permenit, bunyi napas tambahan berkurang, tidak ada pernafasan cuping hidung, frekuensi denyut nadi 60 – 100 kali permenit, tidak ada sianosis dan pola nafas membaik.

Selanjutnya intervensi kedua terdapat kesenjangan dengan intervensi yang dilakukan pada pasien 2 (Tn.L) dengan penyusunan penulis karena peneliti sebelumnya mengangkat intervensi sesuai kondisi pasien 2 (Tn.L) yang diharapkan dapat mengatasi masalah mual yang terdapat pada pasien 2 (Tn.L). Perencanaan yang akan dilakukan yaitu pertawama observasi : identifikasi pengalaman mual, monitor mual (misalnya frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan). Terapeutik : kendalikan faktor lingkungan penyebab (misalnya bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan), kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (misalnya kecemasan, ketakutan, kelelahan), anjurkan istirahat dan tidur cukup, anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual. Edukasi : ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (misalnya relaksasi, terapi music, akupresur, dan kolaborasi ; kolaborasi pemberian antimetik, jika perlu. Setelah ditelaah intervensi sudah sesuai susunannya berdasarkan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

Pada setiap masalah keperawatan tujuan dan kriteria hasil berbeda-beda. Tujuan dan kriteria hasil yang ada pada teori tidak semua di buat dalam asuhan keperawatan pada pasien 2 (Tn. L) karena harus mengacu dan menyesuaikan dengan kondisi pasien. Kriteria hasil pada masalah mual yang telah penulis susun berdasarkan buku standar luaran keperawatan untuk penyakit gagal ginjal kronis yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka mual membaik dengan kriteria hasil nafsu makan membaik, keluhan mual menurun, pucat membaik, takikardia membaik (60-100 kali/menit) sedangkan kriteria hasil pada pasien 2 (Tn.L) ada kesenjangan karena menyesuaikan kondisi pasien yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu selama 3x 8

jam maka nausea membaik dengan kriteria hasil nafsu makan membaik, keluhan mual menurun, pucat membaik, takikardi membaik (60-100kali/menit).

Selanjutnya intervensi ketiga Intervensi asuhan keperawatan pada pasien mengacu pada perencanaan yang telah penulis susun berdasarkan buku panduan standar diagnosis keperawatan Indonesia yang telah dipilah sesuai kebutuhan pasien penderita penyakit gagal ginjal kronis diantaranya yaitu observasi : periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis.edema, dyspnea, suara napas tambahan), identifikasi penyebab hypervolemia, monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah), monitor intake dan output cairan, monitor tanda hemokonsentrasi (mis. blood urea nitrogen, kadar natrium, berat jenis urin), monitor tanda peningkatan onkotik plasma (mis.kadar protein dan albumin meningkat ), monitor kecepatan infus secara ketat, monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hypokalemia, hiponatremia). Terapeutik : timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat, anjurkan melapor jika haluaran urin  $<0,5$  ml/kg/jam dalam 6 jam. Edukasi : ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, ajarkan cara membatasi cairan, kolaborasi : kolaborasi pemberian diuretic, kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik, kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (crrt), bila perlu. Setelah ditelaah intervensi yang dibuat oleh peneliti sebelumnya sudah sesuai susunannya berdasarkan observasi, terapeutik, dan kolaborasi.

Namun terdapat kesenjangan dengan intervensi yang dilakukan pada pasien 1 (Tn.S) dan pasien 2 (Tn.L) dengan penyusunan penulis pada bab 2 karena peneliti sebelumnya mengangkat intervensi sesuai kondisi pada pasien 1

(Tn.S) dan pasien 2 (Tn.L) yang diharapkan dapat mengatasi masalah hypervolemia pada pasien 1 (Tn.S) dan pasien 2 (Tn.L). Perencanaan yang akan dilakukan pada pasien 1 (Tn.S) yaitu periksa tanda dan gejala hypervolemia, identifikasi penyebab hypervolemia, identifikasi tanda dan gejala serta kebutuhan hemodialysis, identifikasi kesiapan hemodialysis, monitor intake dan output cairan, monitor tanda – tanda vital pascahemodialisis, batasi asupan cairan dan garam, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluruan cairan, kolaborasi pemberian diuretik. Selanjutnya perencanaan yang akan dilakukan pada pasien 2 (Tn.L) yaitu periksa tanda dan gejala hypervolemia (edema,dyspnea, suara napa tambahan), monitor intake dan output cairan, monitor jumlah dan warna urine, batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat dan jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan, kolaborasi pemberian diuretic, kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic, dan kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu.

Pada setiap masalah keperawatan tujuan dan kriteria hasil berbeda-beda. Tujuan dan kriteria hasil yang ada pada teori tidak semua di buat dalam asuhan keperawatan pada pasien 1 (Tn. S) dan pasien 2 (Tn.L) karena harus mengacu dan menyesuaikan dengan kondisi pasien. Kriteria hasil pada masalah hypervolemia yang telah penulis susun berdasarkan buku standar luaran keperawatan untuk penyakit gagal ginjal kronis yaitu haluaran urin meningkat, kelembapan membrane mukosa meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, asites / penumpukan cairan dirongga perut menurun, konfusi / penurunan berfikir sehingga bingung disorientasi menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik, tekanan arteri rata – rata membaik, berat

badan membaik sedangkan kriteria hasil pada pasien 1 (Tn.S) ada kesenjangan karena menyesuaikan kondisi pasien yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam hipervolemia meningkat dengan kriteria hasil pada yaitu edema menurun, tidak terjadi asites, tekanan darah 90/60 mmHg – 160 mmHg, turgor kulit membaik, berat badan membaik. Tujuan yang diharapkan pada pasien 2 (Tn.L) yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 kriteria hasil yang diharapkan pada pasien 2 (Tn.L) yaitu asupan cairan meningkat, haluaran urin meningkat, edema menurun, tekanan darah 90 – 120/60 - 80 mmHg, dan turgor kulit membaik.

Intervensi asuhan keperawatan pada pasien mengacu pada perencanaan yang telah penulis susun berdasarkan buku standar intervensi keperawatan Indonesia yang telah di pilah sesuai kebutuhan pasien penderita penyakit gagal ginjal kronis pada masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif menggunakan perawatan sirkulasi diantaranya yaitu observasi : periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. merokok, diabetes, hipertensi, kolestrol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri, atau edema pada ekstremitas. Terapeutik : hindari pemasangan infus / pengambilan darah di area keterbatasan perfusi (area yang edema atau hematoma), hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi (area edema atau hematoma), hindari penekanan pemasangan tourniquet pada area yang cedera, lakukan pencegahan infeksi (cuci tangan sebelum melakukan tindakan, hindari tindakan yang beresiko mencederai terutama di area perfusi yang tidak efektif), lakukan perawatan kaki dan kuku (jangan biarkan kuku panjang, kaki dalam keadaan bersih dan kulit tidak kering), lakukan hidrasi (mis. minum air putih sesuai

program diit), anjurkan berhenti merokok, anjurkan olahraga rutin sesuai kemampuan pasien, anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar. Edukasi : ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi ( diet rendah protein, na, dan batasi minum), anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki), informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis.rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa). Setelah ditelaah intervensi yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya sudah sesuai dengan urutan berdasarkan observasi, terapeutk, edukasi, dan kolaborasi.

Namun terdapat kesenjangan dengan intervensi yang akan dilakukan pada pasien 1 (Tn.S) dengan penyusunan penulis pada bab 2 karena peneliti sebelumnya mengangkat intervensi sesuai kondisi pada pasien 1 (Tn.S) yang diharapkan dapat mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif. Perencanaan yang akan dilakukan menggunakan perawatan sirkulasi yang terdiri dari periksa sirkulasi perifer, identifikasi kebiasaan pola makan, identifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, identifikasi rencana tranfusi, monitor hasil laboratorium yang di perlukan, monitor tanda – tanda vital vital sebelum, selama, dan setelah tranfusi, monitor reaksi tranfusi, jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan, berikan NaCl 0,9 % 50 – 100 mL sebelum tranfusi, jelaskan tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan.

Pada setiap masalah keperawatan tujuan dan kriteria hasil berbeda-beda. Tujuan dan kriteria hasil yang ada pada teori tidak semua di buat dalam asuhan keperawatan pada pasien 1 (Tn. S) karena harus mengacu dan menyesuaikan dengan kondisi pasien. Kriteria hasil pada masalah perfusi perifer tidak efektif

yang penulis susun berdasarkan buku standar luaran keperawatan untuk penyakit gagal ginjal kronis yaitu denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, nyeri ekstremitas menurun, parastesia / kesemutan menurun, kelemahan otot menurun, kram otot menurun, nekrosis menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik, tekanan arteri rata – rata membaik sedangkan kriteria hasil pada pasien 1 (Tn.S) ada kesenjangan karena menyesuaikan kondisi pasien yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil warna kulit membaik, tidak terjadi edema perifer, tidak ada nyeri ekstremitas, tidak ada kram otot, pengisian kapiler < 2 detik, akral hangat, turgor kulit membaik, tekanan darah 90/60 mmHg – 160/100 mmHg, nilai hemoglobin 10 -12 g/dL (Khusus pasien GGK).

Intervensi asuhan keperawatan pada pasien mengacu pada perencanaan yang terdapat dalam teori yang diharapkan dapat mengatasi masalah konstipasi yang terdapat pada pasien 1 (Tn. S). Perencanaan yang akan dilakukan yaitu observasi : periksa tanda dan gejala konstipasi, identifikasi faktor risiko konstipasi. Terapeutik : anjurkan minum air hangat. Edukasi : jelaskan jenis makanan yang membantu mengatasi konstipasi. Kolaborasi : kolaborasi pemberian obat pencahar. Setelah ditelaah penyusunan intervensi sudah sesuai berdasarkan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil keluhan defekasi lama dan sulit menurun, tidak mengejan saat defekasi, distensi abdomen menurun, konsistensi feses lunak, frekuensi defekasi > 2 kali perminggu, peristaltic usus 5 – 30 kali/menit.

Intervensi asuhan keperawatan pada pasien mengacu pada perencanaan yang telah penulis susun berdasarkan buku standar intervensi keperawatan Indonesia untuk menangani masalah intoleransi aktivitas yang telah dipilah sesuai kebutuhan pasien penderita penyakit gagal ginjal kronis diantaranya yaitu observasi : identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (mis. Penurunan O<sub>2</sub>), monitor kelelahan fisik dan emosional (observasi kemampuan pasien melakukan aktivitas dan respon pasien dalam menghadapi penyakitnya), monitor pola tidur dan jam tidur ( apakah < 8 jam/harinya), monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas. Terapeutik : sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif ( pasif : untuk pasien yang belum bisa mandiri, aktif : perawat hanya membimbing), anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, anjurkan aktivitas secara bertahap. Kolaborasi : kolaborasi dengan ahli gizi diet yang tepat untuk pasien. Setelah ditelaah peneliti sebelumnya tidak membuat intervensi edukasi kepada pasien.

Namun terdapat kesenjangan dengan intervensi yang dilakukan pada pada 2 (Tn. L). Perencanaan yang akan dilakukan pada pasien 2 (Tn.L) yaitu monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif, libatkan keluarga keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu, anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif, dan kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.



Pada setiap masalah keperawatan tujuan dan kriteria hasil berbeda-beda. Tujuan dan kriteria hasil yang ada pada teori tidak semua di buat dalam asuhan keperawatan pada pasien 2 (Tn. L) karena harus mengacu dan menyesuaikan dengan kondisi pasien. Kriteria hasil pada masalah intoleransi aktifitas yang telah penulis susun berdasarkan buku standar luaran keperawatan untuk penyakit gagal ginjal kronia yaitu frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dyspnea setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, aritmia saat aktivitas menurun, sianosis menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, EKG iskemia membaik sedangkan kriteria hasil pasien 2 (Tn.L) ada kesenjangan karena menyesuaikan kondisi pasien yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil keluhan lelah menurun, saturasi oksigen dalam rentang normal(95% - 100%), frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali/menit), dan pernapasan saat beraktifitas menurun (16 – 20 kali/menit).

Intervensi asuhan keperawatan pada pasien mengacu pada perencanaan yang telah penulis susun berdasarkan buku standar intervensi keperawatan Indonesia yang telah dipilah sesuai kebutuhan pasien penderita penyakit gagal ginjal kronis menggunakan perawatan jantung observasi : identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (mis. Dispnea, kelelahan), identifikasi tanda gejala sekunder penurunan curah jantung ( meliputi peningkatan berat badan, oliguria, kulit pucat), monitor tekanan darah, monitor intake dan output

cairan, monitor saturasi oksigen, monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi). Terapeutik : posisikan semi-fowler atau fowler, berikan terapi oksigen. Edukasi : ajarkan teknik relaksasi napas dalam, anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi. Kolaborasi : kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu. Setelah ditelaah ditemukan bahwa penyusunan intervensi sudah sesuai dengan adanya observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Namun terdapat kesenjangan dengan intervensi yang dilakukan pada pasien 2 (Tn.L) dengan penyusunan penulis karena peneliti sebelumnya mengangkat intervensi sesuai kondisi pasien 2 (Tn.L) yang diharapkan dapat mengatasi masalah resiko penurunan curah jantung pada pasien 2 (Tn.L). Perencanaan yang akan dilakukan pada pasien 2 (Tn.L) yaitu menggunakan perawatan jantung yang terdiri dari identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (misalnya dyspnea, kelelahan, monitor tekanan darah, monitor saturasi oksigen, posisikan semi fowler atau fowler, berikan terapi oksigen, ajarkan teknik relaksasi napas dalam, anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi, dan kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu.

Pada setiap masalah keperawatan tujuan dan kriteria hasil berbeda-beda. Tujuan dan kriteria hasil yang ada pada teori tidak semua di buat dalam asuhan keperawatan pada pasien 2 (Tn. L) karena harus mengacu dan menyesuaikan dengan kondisi pasien. Kriteria hasil pada masalah resiko penurunan curah jantung yang telah penulis susun berdasarkan buku standar luaran keperawatan untuk penyakit gagal ginjal kronis yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan penurunan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil kekuatan nadi perifer meningkat, tekanan darah membaik 100-130/60- 90 mmhg, lelah menurun, dispnea menurun (frekuensi 16-24 x/menit), edema

menurun, dispnea menurun, oliguria menurun sedangkan kriteria hasil pada pasien 2 (Tn.L) ada kesenjangan karena menyesuaikan kondisi pasien yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan penurunan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil kekuatan nadi perifer meningkat, tekanan darah membaik 100 – 130/ 60 – 90 mmHg, lelah menurun, dyspnea menurun (frekuensi 16 – 24 x/menit).

Selanjutnya intervensi untuk pasien 2 (Tn.L), ini intervensi yang telah penulis susun dibab dua dan diagnosa ini sebelumnya tidak diangkat oleh peneliti sebelumnya yaitu risiko perdarahan ditandai dengan gangguan gastrointestinal. Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan pasien menurun. Kriteria hasil Kelembapan membrane meningkat, kelembapan mukosa meningkat, pengetahuan kognitif meningkat, hematemesis menurun, hemoglobin membaik, hematokrit membaik, tekanan darah membaik, denyut nadi apical membaik. Intervensi menggunakan Pencegahan perdarahan yang terdiri pertama observasi : monitor tanda dan gejala adanya perdarahan (feses berwarna hitam, muntah berdarah, adanya nyeri pada ulu hati), monitor nilai hemoglobin. Terapeutik : pertahankan bedrest selama perdarahan, jelaskan tanda dan gejala perdarahan, anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan, anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin k, anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan. Kolaborasi : kolaborasi pemberian obat pengontrol darah, kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu.

Intervensi selanjutnya untuk masalah risiko infeksi ditandai dengan penyakit kronis pada pasien 2. Masalah ini sebelumnya belum diangkat oleh peneliti sebelumnya. Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan

diharapkan tingkat infeksi pasien menurun. Kriteria hasil : kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, nyeri menurun, periode malaise / lemas menurun, periode menggigil menurun, letargi / lelah menurun, kadar sel darah putih membaik. Intervensi menggunakan Pencegahan infeksi yang terdiri pertama observasi : monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (adanya kemerahan, nyeri/gatal). Terapeutik : cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. Edukasi : jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

#### **4. Implementasi**

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Wartolah, 2015).

Implementasi yang dilakukan peneliti sebelumnya juga menyesuaikan kondisi pasien pada saat itu, jika dilihat pada intervensi penulis pada bab dua terdapat kesenjangan tidak semua intervensi bisa dilaksanakan namun implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan intervensi yang dibuat oleh peneliti sebelumnya. Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 (Tn. S) selama 2 hari perawatan yaitu dilakukan tindakan menghitung frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas, melihat pola nafas, menanyakan apakah pasien ada batuk berdahak, menanyakan apakah pasien bisa batuk, mangauskultasi bunyi nafas, melihat hasil foto toraks pasien, memberikan pasien oksigen dengan nasal kanul flow 4 L/menit.

Implementasi yang dilakukan peneliti sebelumnya juga menyesuaikan kondisi pasien pada saat itu, jika dilihat pada intervensi penulis pada bab dua terdapat kesenjangan tidak semua intervensi dapat dilaksanakan. Implementasi yang dilakukan pada pasien 2 (Tn. L) selama 3 hari perawatan yaitu dilakukan tindakan menanyakan apakah pasien masih mual, memberikan injeksi ranitidine 50 mg, menganjurkan untuk istirahat yang cukup, menganjurkan untuk membersihkan mulut.

Implementasi yang dilakukan peneliti sebelumnya juga menyesuaikan kondisi pasien pada saat itu, jika dilihat pada intervensi penulis pada bab dua terdapat kesenjangan tidak semua intervensi bisa dilaksanakan. Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 (Tn. S) selama 3 hari perawatan yaitu dilakukan memeriksa tanda dan gejala hypervolemia, mengidentifikasi penyebab hypervolemia, mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluruan cairan, memberikan diuretik furosemide melalui syringe pump, monitor intake dan output, melihat tanda dan gejala serta kebutuhan hemodialysis, memeriksa kesiapan hemodialysis di ruang rawat inap, monitor tanda – tanda vital pascahemodialisis, menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan untuk mempertahankan nutrisi yang adekuat, membatasi asupan cairan dan garam. Sedangkan tindakan yang dilakukan pada pasien 2 (Tn.L) yaitu mengkaji tanda dan gejala hypervolemia, menanyakan jumlah dan warna urin, mengkaji intake dan output cairan, memberikan injeksi furosemide 20 mg.

Implementasi yang dilakukan peneliti sebelumnya juga menyesuaikan kondisi pasien pada saat itu, jika dilihat pada intervensi penulis pada bab dua terdapat kesenjangan tidak semua intervensi bisa dilaksanakan. Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 (Tn. S) selama 3 hari perawatan yaitu dilakukan

tindakan memeriksa sirkulasi perifer, menanyakan kebiasaan pola makan, memeriksa hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin terbaru, memeriksa apakah pasien memiliki rencana tranfusi darah, memasang NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum tranfusi, menjelaskan tujuan dan prosedur tranfusi, memantau tanda – tanda vital sebelum tranfusi, menjelaskan tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan, memantau reaksi tranfusi, dan memantau tanda – tanda vital selama tranfusi.

Implementasi yang dilakukan peneliti sebelumnya juga menyesuaikan kondisi pasien pada saat itu, jika dilihat pada intervensi penulis pada bab dua terdapat kesenjangan tidak semua intervensi bisa dilaksanakan. Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 (Tn. S) selama 3 hari perawatan yaitu dilakukan tindakan menganjurkan minum air hangat untuk melancarkan pengeluaran feses, menjelaskan jenis makanan yang membantu mengatasi konstipasi dan tidak berbahaya untuk GGK, dan kolaborasi pemberian obat pencahar.

Implementasi yang dilakukan peneliti sebelumnya juga menyesuaikan kondisi pasien pada saat itu, jika dilihat pada intervensi penulis pada bab dua terdapat kesenjangan tidak semua intervensi bisa dilaksanakan. Implementasi yang dilakukan pada pasien 2 (Tn. L) selama 3 hari perawatan yaitu dilakukan tindakan mengkaji kelelahan fisik pasien dan emosional, menanyakan pola dan jam tidur, mengajak pasien untuk melakukan gerak pasif, menganjurkan pasien melakukan aktifitas secara bertahap, menganjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif.

Implementasi yang dilakukan peneliti sebelumnya juga menyesuaikan kondisi pasien pada saat itu, jika dilihat pada intervensi penulis pada bab dua terdapat kesenjangan tidak semua intervensi bisa dilaksanakan. Implementasi

yang dilakukan pada pasien 2 (Tn. L) selama 3 hari perawatan yaitu dilakukan tindakan mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (misalnya dispneu, kelelahan), mengukur tekanan darah, memeriksa kadar saturasi oksigen, memberikan posisi semi fowler, memberikan oksigen nasal kanul 3 liter/menit, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.

## **5. Evaluasi**

Evaluasi yaitu penilaian hasil dari proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan, Penilaian ini merupakan proses untuk menentukan apakah ada atau tidak kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian hingga pelaksanaan. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian hingga pelaksanaan (Mahyar, 2010).

Evaluasi pada pasien 1 (Tn.S) setelah dilakukan tindakan selama 2 hari adalah pasien mengatakan tidak sesak lagi, RR: 20 kali permenit, tidak terdengar bunyi napas tambahan ronkhi. Maka masalah gangguan pertukaran gas teratasi. Setelah ditelaah dilihat kembali pada tujuan dan kriteria hasil bahwa masalah pertukaran gas pada pasien 1 teratasi.

Evaluasi pada pasien 2 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari adalah pasien mengatakan mual sudah jarang muncul, pasien juga mengatakan nafsu makan sudah baik, pasien tidak terlihat pucat. Maka masalah nausea dapat

teratasi. Setelah ditelaah dilihat kembali pada tujuan dan kriteria hasil bahwa masalah pertukaran gas pada pasien 1 teratasi.

Evaluasi pada pasien 1 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari adalah pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi, RR 20 kali permenit, tidak terdengar ronkhi, edema berkurang kurang dari nilai +1. Maka masalah hipervolemia teratasi. Evaluasi pada pasien 2 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari adalah pasien mengatakan kedua kaki masih bengkak, pasien juga mengatakan perut sudah agak mengecil, jumlah output cairan bertambah. Maka masalah hipervolemia teratasi sebagian. Setelah ditelaah dilihat kembali pada tujuan dan kriteria hasil bahwa masalah Hipervolemia pada pasien 2 teratasi sebagian.

Evaluasi pada pasien 1 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari adalah CRT > 2 detik, warna kulit pucat, dan hasil pemeriksaan hemoglobin terbaru 8,4 g/dL. Maka masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian dan belum tercapai dalam 3 hari pelaksanaan. Setelah ditelaah dilihat kembali pada tujuan dan kriteria hasil bahwa masalah perfusi perifer pada pasien 1 teratasi sebagian.

Evaluasi pada pasien 1 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari adalah pasien mengatakan sudah BAB setelah diberi obat pencahar, pasien mengatakan BAB nya berwarna gelap dengan konsistensi keras, dan peristaltik usus 10 kali permenit. Maka masalah konstipasi teratasi. Setelah ditelaah dilihat kembali pada tujuan dan kriteria hasil bahwa masalah konstipasi pada pasien 1 teratasi sebagian.



Evaluasi pada pasien 2 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari adalah pasien mengatakan lemas sudah berkurang, pasien dapat duduk dan makan serta membersihkan mulut dan ganti pakaian secara mandiri. Maka masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi. Setelah ditelaah dilihat kembali pada tujuan dan kriteria hasil bahwa masalah intoleransi aktivitas pada pasien 2 teratasi.

Evaluasi pada pasien 2 setelah dilakukan tindakan selama 3 hari adalah pasien mengatakan sudah tidak sesak napas, tekanan darah 170/100 mmHg. Maka masalah resiko penurunan curah jantung dapat teratasi. Setelah ditelaah dilihat kembali pada tujuan dan kriteria hasil bahwa masalah risiko penurunan curah jantung pada pasien 2 teratasi sebagian.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

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

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat ditentukan. Pada kasus Penyakit Ginjal Kronis, perawat dalam melakukan pengkajian dituntut harus teliti dan kompherensif, sehingga mudah dalam menegakkan diagnosa. Salah satu yang harus diperhatikan pada pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronis yaitu pengkajian pada kardiovaskuler, integumen, dan pulmoner.

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Seperti yang dikemukakan beberapa ahli sebelumnya, daftar diagnosa keperawatan pada bab 2 di temukan kesenjangan dengan kasus nyata yang didapat pada kedua pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis. Kesenjangan tersebut yaitu dari sembilan diagnosa keperawatan berdasarkan pathway yang bersumber dari Nurarif, A. H., dan Kusuma, H 2015 pada pasien 1 dan pasien 2 ada 5 diagnosa keperawatan yang tidak muncul, yaitu masalah nyeri akut, gangguan integritas kulit, defisit nutrisi, resiko infeksi, dan resiko perdarahan serta hanya ada 4 diagnosa yang ditemukan pada kedua pasien dan ada tiga

tambahan diagnosa yang tidak tercantum pada pathway yaitu resiko penurunan curah jantung, nausea dan konstipasi selain itu ditemukan diagnose keperawatan yang sebelumnya tidak diangkat oleh peneliti sebelumnya yang terdapat pada pasien 2 dan ada tertera di pathway yaitu gangguan pola tidur, resiko infeksi dan resiko perdarahan.

### **3. Perencanaan**

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

### **4. Pelaksanaan**

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien penyakit Gagal Ginjal Kronis.

### **5. Evaluasi**

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Pada evaluasi yang peneliti lakukan pada pasien 1 berdasarkan kriteria yang peneliti susun terhadap 1 diagnosa yang teratasi sebagian yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Sedangkan pada pasien 2 juga ada 1 diagnosa yang belum teratasi yaitu hipervolemia.

## **B. Saran**

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

### **1. Bagi peneliti**

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien Gagal ginjal kronis yang diberikan dapat tepat, peneliti selanjutnya harus benar-benar menguasai konsep tentang Gagal ginjal kronis itu sendiri, terutama pada faktor etiologi, anatomi fisiologi dan patofisiologi tentang Gagal ginjal kronis, selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tepat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien. Peneliti juga harus teliti dalam mengangkat dan merumuskan diagnose keperawatan yang ada pada pasien agar masalah keperawatan yang muncul pada pasien dapat teratasi dan mendapatkan penanganan secara komprehensif dan menyeluruh, Tidak hanya berfokus kepada masalah biologis pasien, namun juga terhadap masalah psiko, sosio, spiritual pasien. Sehingga asuhan keperawatan yang dilakukan dapat terlaksana secara optimal, dan mendapatkan hasil yang memuaskan bagi pasien dan juga peneliti itu sendiri.

## **2. Bagi perawat ruangan**

Sebaiknya ditingkatkan pada pasien dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronis mengenai motivasi dan dorongan dalam menjalani perawatan di ruang rawat inap.

## **3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan**

Dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis serta menjadi acuan dan bahan pembandingan dalam melakukan penelitian bagi peneliti selanjutnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini. (2016). Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Di RSUD Blambangan Banyuwangi. Digital Repositori Universitas Jember.
- Corwin, E. J. (2008). Handbook of Pathophysiology, 3rd Edition. In Handbook of Pathophysiology, Edition.
- Dewi. (2015). Hubungan lamanya hemodialisa dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal di RS PKU Muhammadiyah yogyakarta.
- Hutagaol. (2016). Peningkatan kualitas hidup pada penderita gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa melalui psychological intervention di unit hemodialisa RS royal prima medan tahun 2016.
- Kamaluddin. (2009). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Asupan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisis Di Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.
- Mardiana. (2013). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Masalah Perkotaan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Melati Atas Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Jakarta.
- Milner. (2003). Pathophysiology of Chronic Failure. British Journal of Anesthesia, Vol. 3, no.5.
- Nurarif. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic - Noc. Medication Publishing.
- Paweningalih. (2019). Asuhan Keperawatan Kelebihan Volume Cairan Pada Kasus Gagal Ginjal Kronik Di RSI Sakinah Mojokerto.
- Pearce. (2011). Anatomi Dan Fisiologi untuk Paramedis. Gramedia Pustaka.
- Permatasari. (2019). Hubungan Lamanya Menjalani Hemodialisis dengan Status Zat Besi pada Penderita Gagal Ginjal Kronik.
- Pongsibidang. (2016). Risiko Hipertensi, Diabetes, Dan Konsumsi Minuman Herbal Pada Kejadian Gagal Ginjal Kronik Di Rsup Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2015.
- Potter and Perry. (2010). Fundamental Of Nursing: Concep, Proses and Practice. Edisi 7. Vol. 3.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan

Keperawatan. DPP PPNI.

PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. DPP PPNI.

PPNI, T. P. S. D. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.). DPP PPNI.

Prabowo. (2014). Asuhan keperawatan system perkemihan. Hukum Medika.

Prananta. (2014). Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan Edisi 1 Buku Ajar.

Prandari. (2013). faktor risiko gagal ginjal kronik di unit Hemodialisis RSUD Wates kulon progo. Majalah farmaseutik, vol. 11 No. 2.

Priyanti. (2016). Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diit pasien gagal ginjal kronik di RSUD Pandan Arang Boyolali.

Putri. (2014). Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.

Ratika. (2014). Korelasi Lama Hemodialisis dengan indeks masa tubuh pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Arifin Achamd Provinsi Riau Pada Bulan Mei Tahun 2014.

RISKESDAS. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS).

Santoso. (2012). Menit Menuju Ginjal Sehat. Jaring Pena.

Setiadi. (2013). Pengaruh Pelaksanaan Sop Perawat Pelaksana Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Di Rawat Inap Rsud Bangkinang.

Simatupang. (2019). Gambaran pengetahuan pasien gagal ginjal kronik tentang Kepatuhan menjalani hemodialisis di ruang hemodialisa RSUP H. Adam malik medan tahun 2019.

Sinulingga. (2009). Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Proses Keperawatan.

Smeltzer. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. EGC.

Suharyanto. (2013). Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan. Trans Info Media.

Supriyadi. (2011). Tingkat Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Terapi hemodialisa.

Susilowati. (2015). Survival Kidney Transplantation from Related and

Emotionally Related Living Donors in Cipto Mangunkusumo Hospital 2010-2015.

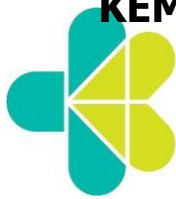
Syaifudin. (2013). Anatomi Fisiologi. EGC.

Tao. L. (2013). Sinopsis Organ Sytem Ginjal. Karisma.

Wartolah, T. (2015). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan (5th ed.). Salemba Medika.

Wayiqrat. (2018). Hubungan tingkat pengetahuan tentang manajemen cairan dengan kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal terminal di RSAU dr. Esnawan Antariksa Jakarta Timur.





**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR**

Direktorat: Jalan Kurnia Makmur No. 64 RT. 24 Kelurahan Harapan Baru Kecamatan Loa Jananlir

Jurusan Keperawatan, Jurusan Kebidanan, Jurusan Analis Kesehatan

Jalan Wolter Monginsidi No. 38 Samarinda – Kalimantan Timur, Kode Pos 75123, Telepon (0541) 738153, 768522 Fax : (0541)768523

Program Studi Diploma III Kebidanan Balikpapan, Jalan Sorong No. 9 RT.081 Gunung Pipa Balikpapan Utara Telepon : (0542) 424704

Fax : (0542) 415551. Surat Elektronik : [poltekkes\\_smd2007@yahoo.co.id](mailto:poltekkes_smd2007@yahoo.co.id) Laman : <http://poltekkes-kaltim.ac.id>



**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Tanggal MRS : .....

Jam Masuk : .....

Tanggal Pengkajian : .....

No. RM : .....

Jam Pengkajian : .....

Diagnosa Masuk : .....

**IDENTITAS**

1. Nama Pasien : .....

2. Penanggung jawab biaya : .....

3. Tanggal lahir : .....

4. Nama : .....

5. Suku Bangsa : .....

6. Alamat : .....

7. Agama : .....

8. Pendidikan : .....

9. Pekerjaan : .....

10. Alamat : .....

**RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

1. Keluhan Utama :

.....



Riwayat penggunaan obat :

.....

3. Riwayat alergi  ya  tidak jenis:

.....

4. Riwayat operasi  ya  tidak kapan:

.....

5. Lain-lain :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

ya  tidak jenis:

.....

**GENOGRAM**

**PERILAKU YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN**

**Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan**

Alkohol ya  Tidak

Keterangan

.....

.....

Merokok                      ya                       Tidak

Keterangan

.....

.....

Obat                              ya                       Tidak

Keterangan

.....

.....

Olahraga                      ya                       Tidak

Keterangan

.....

.....

## OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

### 1. Keadaan Umum :

Posisi pasien :

.....

.....

Alat                      medis/                      invasif                      yang                      terpasang                      :

.....

Tanda klinis yang mencolok : (    ) sianosis    (    ) perdarahan

Sakit ringan                       Sakit sedang                       Sakit berat

### 2. Kesadaran:

Kualitatif :

Compos Mentis                       Apatis                       Somnolen                       Sopor                       Koma





		1	Mandiri	
4.	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5.	Makan	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	
7.	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	

		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8.	Memakai baju	0	Tidak mampu	
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	
		1	Mandiri	
	<b>Total skor</b>			

**Kategori tingkat ketergantungan pasien: .....**

**Keterangan:**

20 = Mandiri

12 – 19 = Ketergantungan ringan

9 – 11 = Ketergantungan sedang

5 – 8 = Ketergantungan berat

0 – 4 = Ketergantungan total





Kornea : ( ) Jernih ( ) Keruh

Reflek cahaya : ( ) + ( ) -

TIO :

Pupil : ( ) Isokor ( ) anisokor ( )  
diameter

Visus : ..... OS .....OD

Kelainan :

.....  
.....  
.....  
.....

**Hidung :**

Pernafasan Cuping hidung: ( ) Ada ( ) Tidak ada

Posisi septum nasi: ( ) Ditengah ( ) Deviasi

Lubang ..... hidung:

.....  
.....

Ketajaman ..... penciuman:

.....  
.....

Kelainan :

.....  
.....

**Rongga Mulut :**

Bibir : Warna .....

Gigi geligi :



Lidah : Warna .....

Mukosa:        (   ) Lembab                                (   ) Kering                                (   ) Stomatitis

Tonsil: Ukuran .....

Uvula: Letak    (   ) Simetris Ditengah                                (   ) Deviasi

**Telinga:**

Daun/pina telinga        :

.....

.....

Kanalis telinga        :

.....

.....

Membran Timpani                                Cahaya politser

Ketajaman pendengaran : .....

Tes weber        : 256 Hz

Tes Rinne        : 512 Hz

Tes Swabach     : 512 Hz

Telinga kiri ..... telinga kanan

.....

Kesimpulan

Masalah                                Keperawatan                                :

.....

.....

.....

.....



Pola pernafasan :  Dispnoe  Kusmaul   
 Cheyne Stokes

Bradipnae  Takipnea   
 Hyperventilasi

Pernafasan cuping hidung :  Ada  Tidak

Otot bantu pernafasan :  Ada  Tidak

Usaha nafas :  Posisi duduk  menunduk

Alat bantu nafas:  Ya  Tidak

Jenis ..... Flow  
 .....lpm

c. Palpasi

Vocal premitus : anterior dada ..... Posterior dada  
 .....

Ekspansi paru : anterior dada ..... Posterior dada  
 .....

Kelainan

Krepitasi  Deviasi trakea  Trakeostomy

d. Perkusi :  Sonor  Redup  Pekak   
 Hipersonor/timpani

Batas Paru Hepar : .....

e. Auskultasi:

Suara Nafas :  Vesikuler  Bronko  kuler  
 Rales

Ronki  Wheezing  Suara nafas

tambahan lainnya: .....

.....

Suara

Ucapan:

.....  
.....

f. Penggunaan WSD :

1. Jenis :

.....  
.....

2. Jumlah Cairan :

.....  
.....

3. Undulasi :

.....  
.....

4. Tekanan :

.....  
.....  
.....  
.....

Masalah

Keperawatan

:

.....  
.....  
.....  
.....

9. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardiovaskuler

a. Keluhan: Nyeri dada

Ada

Tidak

P

:

.....  
.....



Batas Bawah :

.....  
 .....

Batas Kanan : ..... Batas Kiri :

.....

e. Auskultasi :

BJ II – Aorta :

.....  
 .....

BJ II – Pulmunal :

.....  
 .....

BJ I – Trikuspidalis :

.....  
 .....

BJ I – Mitral :

.....  
 .....

Bunyi jantung tambahan :

.....  
 .....

Kelainan :

.....  
 .....

f. CVP : .....

g. CTR : .....



h. ECG & Interpretasinya :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Lain-lain :

.....  
.....  
.....  
.....

Masalah Keperawatan :

.....  
.....  
.....  
.....

**10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi**

BB

BB : ..... TB : ..... IMT : ----- = .....kg m<sup>2</sup> Kategori :

.....

(TB m)<sup>2</sup>

Parameter	Skor
Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ?	
a. Tidak ada penurunan berat badan	0
b. Tidak yakin.. tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	1
c. Jika ya, berapa penurunan BB tersebut:	2
1 – 5 kg	1
6 – 10 kg	2
11 – 15 kg	3
> 15 kg	4
Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan	
a. Ya	1
b. Tidak	0
<b>Total Skor</b>	

Keterangan: Bila skor  $\geq 2$  dan atau pasien dengan diagnosis/kondisi khusus dilakukan pengkajian lebih lanjut oleh Dietisien, Bila skor  $\leq 2$ , skrining ulang 7 hari.

BAB : .....x hari terakhir tanggal :

.....

Konsistensi :       keras       lunak       cair        
lendir/darah

Diet :                 padat       lunak       cair

Jenis diet : .....

Nafsu makan :  baik  menurun frekuensi :  
.....x/hari

Porsi makan :  habis  tidak Keterangan lainnya:  
.....

### Abdomen

Inspeksi :

Bentuk : .....

Bayangan vena : .....

Benjolan / massa : .....

Luka operasi :  ada  tidak Tanggal operasi :  
.....

Jenis operasi : ..... Lokasi :  
.....

Keadaan : Drain  baik  tidak  
Jumlah : ..... Warna :  
.....

Kondisi area sekitar insersi:  
.....

Auskultasi : Peristaltik : .....x/menit

Palpasi :  tegang  kembung  ascites

Nyeri tekan :  ya  tidak Titik Mc Burney:  
.....

Massa : .....

Hepar : .....

Ginjal : .....

Perkusi:

Pemeriksaan ascites: undulasi: ..... Sifting Dullnes:

.....

Ginjal : nyeri ketuk  ada  tidak

Masalah Keperawatan :

.....  
 .....  
 .....

**11. Sistem Persyarafan**

- a. Memori :  Panjang  Pendek
- b. Perhatian :  Dapat mengulang  Tidak dapat mengulang
- c. Bahasa :  Baik  Tidak (ket: .....)
- d. Kognisi :  Baik  Tidak
- e. Orientasi :  Orang  Tempat  Waktu
- f. Saraf sensori :  Nyeri tusuk  Suhu  Sentuhan Lainnya :

.....  
 .....  
 .....

g. Saraf koordinasi (cerebral) :  Ya  Tidak Tingkat

kekuatan reflek:

- h. Refleks Fisiologis Patella 0 1 2 3 4 0 = tidak ada reflek
- Achiles 0 1 2 3 4 1 = hipoaktif



N8 :  Normal  Tidak Ket:

N9 :  Normal  Tidak Ket:

N10 :  Normal  Tidak Ket:

N11 :  Normal  Tidak Ket:

N12 :  Normal  Tidak Ket:

Masalah Keperawatan :

.....

.....

.....

## 12. Sistem Perkemihan

a. Kebersihan :  Bersih  Kotor

b. Keluhan kencing :  Nokturi  Inkontinensia  
 Gross hematuri  Poliuria  
 Disuria  Oliguria  
 Retensi  Hesistensi  
 Anuria

c. Kemampuan berkemih  
 Spontan  Alat bantu, sebutkan:

.....

Jenis :

.....

Ukuran :

.....

Hari ke :

.....

d. Produksi urine : .....ml/hari      Warna : .....      Bau: .....

e. Kandung kemis :      Membesar       ya       tidak  
    Nyeri tekan       ya       tidak

f. Balance cairan:

Intake		Output	
Minum peroral	: .....ml/hr	Urine (0,5 – 1 ml/kg/BB/jam)	: .....ml/hr
Cairan infus	: .....ml/hr	Drain	: .....ml/hr
Obat IV	: .....ml/hr	IWL (10 – 15 ml/kg/BB/24 jam)	: .....ml/hr
NGT	: .....ml/hr	Diare	: .....ml/hr
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	: .....ml/hr	Muntah	: .....ml/hr
		Perdarahan	: .....ml/hr
		Feses (1x = 20 ml/hari)	: .....ml/hr
<b>Total</b>	<b>: .....ml/hr</b>	<b>Total</b>	<b>: .....ml/hr</b>

Balance cairan/hari perawatan:

.....  
 .....  
 .....  
 .....





Warna dasar luka                     merah                     kuning                      
hitam

Tipe eksudat/cairan luka : .....

Goa :                     ada, ukuran .....

Tepi luka : .....

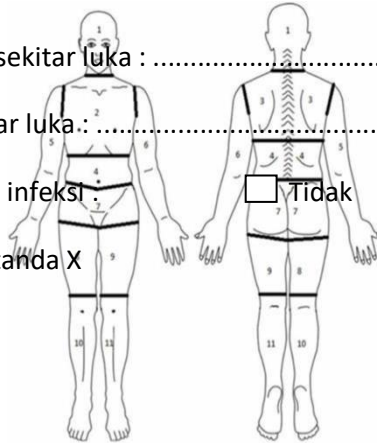
Jaringan granulasi : .....%

Warna kulit sekitar luka : .....

Edema sekitar luka : .....

Tanda-tanda infeksi :                     Tidak                     Ya

Lokasi: beri tanda X                   



k. Edema ekstremitas: .....

l. Pitting edema : +/- grade : .....

Ekstremitas atas:

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4 Penilaian Edema:

RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4 +1 : kedalaman 1 – 3 mm, waktu kembali 3 detik

Ekstremitas bawah: +2 : kedalaman 3 – 5 mm, waktu kembali 5 detik

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4 +3 : kedalaman 5 – 7 mm, waktu kembali 7 detik

RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4 +4 : kedalaman > 7 mm, waktu kembali 7 detik

Orther: .....

m. Ekskoriasis :  ya  tidak

n. Psoriasis :  ya  tidak

o. Urtikaria :  ya  tidak

p. Lain-lain:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Penilaian risiko decubitus:

Aspek yang dinilai	KRITERIA YANG DINILAI				NILAI
	1	2	3	4	
Persepsi Sensori	Terbatas Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Gangguan	
Kelembaban	Terus Menerus	Sangat Lembab	Kadang-kadang Basah	Jarang Basah	



Hiperglikemia: ya tidak Nilai GDA:

.....

Kondisi kaki DM:

- Luka ganggren ya tidak
- Jenis luka : .....
- Lama luka : .....
- Warna : .....
- Luas luka : .....
- Kedalaman : .....
- Kulit Kaki : .....
- Kuku Kaki : .....
- Telapak Kaki : .....
- Jari Kaki : .....
- Infeksi : ya tidak
- Riwayat luka sebelumnya : ya tidak
- Tahun : .....
- Jenis luka : .....
- Lokasi : .....

- Riwayat amputasi sebelumnya : ya tidak

Jika Ya

- Tahun : .....
- Lokasi : .....
- Lain-lain : .....

Masalah Keperawatan :

.....  
 .....  
 .....

**15. Seksualitas dan Reproduksi**

- a. Payudara : benjolan : ada/tidak \*
- Kehamilan : ya/tidak \*

HPHT

b. Genetalia :  
Wanita : flour albus : ya/tidak \*

Prolaps uteri : ada/tidak \*

Pria : masalah prostat/kelainan: ada/tidak \*

Masalah Keperawatan :

.....  
.....  
.....

#### 16. Keamanan Lingkungan

##### Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa)

Faktor Risiko	Skala	Skor	
		Hasil	Standar
Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir	Ya		25
	Tidak		0
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya		15
	Tidak		0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar		30
	Kruk, tongkat, walker		15
Menggunakan IV dan cateter	Bedrest/dibantu perawat		0
	Ya		20
Kemampuan berjalan	Tidak		0
	Gangguan (pincang/diseret)		20






**OBAT YANG DITERIMA**

<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>
<b>1.</b>		<b>6.</b>	
<b>2.</b>		<b>7.</b>	
<b>3.</b>		<b>8.</b>	



<b>4.</b>		<b>9.</b>	
<b>5.</b>		<b>10.</b>	

### **DATA FOKUS**

#### **1. Data Subjektif :**

## **2. Data Objektif**

**ANALISA DATA**

Nama : \_\_\_\_\_ Ruang :

No.Reg : \_\_\_\_\_ Tanggal :

No.	Data (DO & DS)	Etiologi	Masalah Kep
-----	----------------	----------	-------------

--	--	--	--

Prioritas Masalah

1.

- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama : \_\_\_\_\_ Ruang \_\_\_\_\_ :

No.Reg \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_\_ :

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
-----	-----------------------	---------------------------	------------------------

--	--	--	--

**Yang Membuat Intervensi**

.....



**TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama : \_\_\_\_\_ Ruang : \_\_\_\_\_

No.Reg : \_\_\_\_\_ Tanggal : \_\_\_\_\_

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	TTD
-----	------------------	----------------------	-------------------	-----

--	--	--	--	--

**EVALUASI**

Nama : \_\_\_\_\_ Ruang :

No.Reg : \_\_\_\_\_ Tanggal :

No.	Hari/Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	TTD

--	--	--	--