

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A DENGAN CRONIC KIDNEY
DESEASE (CKD) DI RUANG RAHA MONGKILO
RSUD BAHTERAMAS KENDARI**

KARYA TULIS ILMIAH



Diajukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan program
Diploma III Keperawatan

DI SUSUN OLEH :

H. ISMAIL

NIM. 144012017000246

PROGRAM PENDIDIKAN DIII KEPERAWATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI

TAHUN 201

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN CHRONIC KIDNEY
DISEASE DI RUANG RAHA MONGKILO RSUD BAHTERAMAS
KENDARI

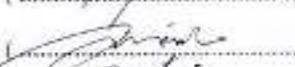
Disusun dan diajukan oleh :

H. ISMAIL

NIM. 144012017000246

Karya Tulis ini telah dipertahankan pada Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah di
depan TIM Penguji Pada Hari.../Tanggal....
dan telah dinyatakan memenuhi syarat.

Menyetujui :

- | | |
|---|---|
| 1. Muslimin. L. A.Kep. S.Pd, M.Si | () |
| 2. Asminarsih Zainal Prio. M.Kep. Sp. Kom | () |
| 3. Reni Devianti Usman, M.Kep, Sp Kep.MB | () |

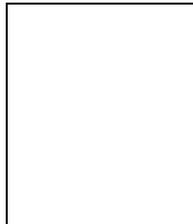
Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan


Indriano Hadi, S.Kep., Ns, M.Kes

Nip. 19700330 199503 1 001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS

1. Nama Lengkap : H. Ismail
2. Tempat / Tanggal Lahir : Langara, 07-02-1978
3. Jenis Kelamin : Laki-Laki
4. Agama : Islam
5. Suku / Kebangsaan : Bajo / Indonesia
6. Alamat : Jl. Prof. Muh. Yamin Puuwatu
7. No. Telp / Hp : 0856 5639 1775

II. PENDIDIKAN

No.	Pendidikan	Tahun Ajaran
1.	SDN 03 Langara	1984 – 1990
2.	SMPN 1 Langara	1990 – 1993
3.	SPK PPNI Kendari	1994 – 1997
4.	Politeknik Kesehatan Kendari	2017 – 2018

MOTTO

Belajar adalah gerbang meraih kesuksesan, belajar hari ini berhasil di masa mendatang. Semangat mencari ilmu selamat dalam hidup. Cerdas dalam berpikir, cermat dalam bertindak taklukkan dunia dengan kecerdasan lebih banyak belajar, lebih banyak pengetahuan kecerdasan berpikir akan tercermin pada akhlak yang mulia orang yang berilmu akan lebih tinggi derajatnya. Tak ada kata terlambat untuk belajar, belajar hingga tutup usia.

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A DENGAN CRONIC KIDNEY SESEASE (CKD) DI RUANG RAHA MONGKILO RSUD BAHTERAMAS KENDARI”**. Shalawat beriring salam peneliti sampaikan kepada Rasulullah SAW yang telah membawa umat manusia dari alam kebodohan kealam yang penuh dengan ilmu pengetahuan seperti sekarang ini.

Peneliti menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan karya tulis ilmiah, Sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Askrening, SKM., M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Kendari
2. Bapak Indriono Hadi, S. Kep., Ns., M. Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Kendari
3. Bapak H. Taamu.A S.Kep, S.Pd, M.Kes selaku pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan masukan serta perhatian dalam membuat karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu/Bapak Staf Dosen Program Studi Keperawatan Kendari Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Kendari yang telah memberikan bekal ilmu untuk beka peneliti.
5. Bapak dr.M.Yusuf Hamra,M.Sc,Sp.PD selaku Direktur RSUD Bahteramas, Kepala Ruangan serta kawan-kawan pereawat ruang Mawar Anak RSUD Bahteramas yang telah mengizinkan untuk melakukan penelitian
6. Rekan- rekan kelas seangkatan dan seperjuangan keperawatan yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah mambantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Kendari, Agustus 2018

H. Ismail

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A DENGAN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DI RUANG RAHA MONGKILO RSUD BAHTERAMAS KENDARI

OLEH :

H. ISMAIL (NIM. 144012017000246)

Gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisi atau transplantasi ginjal.

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif dengan pendekatan studi kasus. Metode penelitian deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang. Hasil yang diharapkan oleh peneliti adalah melihat penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronis. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari stetoskop, termometer, timbangan, pen light, dan tongue spatel, meteran. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan studi dokumentasi.

Hasil dari pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan, antara lain : 1) Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplay O₂. klien mengatakan sudah tidak merasa sesak lagi, dan pasien terlihat sudah merasa nyaman . 2) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na dan H₂O. pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak, pasien mengatakan tekanan karena bengkak diperutnya sudah merasa berkurang. 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen. Klien sudah mampu beraktivitas secara mandiri, Klien sudah mampu mobilisasi secara mandiri dan tanpa bantuan. Tekanan darah: 119/80 mmHg, Nadi : 90 x/menit, Suhu : 36.8°C, Pernapasan : 20 x/menit, HGB : 7.9 g/dL) intervensi dihentikan.

Kata kunci : transplantasi ginjal, ketidak efektifan perfusi jaringan perifer, kelebihan volume cairan, intoleransi aktivitas

ABSTRACT

NURSING CARE IN TN.A WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) IN RAHA MONGKILO ROOM BAHTERAMAS KENDARI HOSPITAL

BY:

H. ISMAIL (NIM. 144012017000246)

Kidney failure is a clinical condition characterized by irreversible decline in kidney function, to a degree that requires permanent renal replacement therapy, in the form of a kidney transplant or transplant.

The type of research used is descriptive research. Descriptive research method is a research method that is carried out with the main objective to make an illustration of a situation objectively with a case study approach. Descriptive research methods are used to solve or answer problems that are being faced in the current situation. The results expected by researchers are looking at the application of nursing care to patients with Chronic Kidney Failure. The instruments used in this study are nursing assessment format, nursing diagnosis, nursing planning, nursing implementation, nursing evaluation, and physical examination tools consisting of a stethoscope, thermometer, scales, pen light, and spatel tongue, meter. Data collection is carried out by taking history, physical examination, direct observation, and documentation study.

The results of the study, intervention, implementation and evaluation of nursing, among others: 1) Ineffectiveness of peripheral tissue perfusion associated with O₂ supply. the client said that he didn't feel crowded anymore, and the pesien looked comfortable. 2) Excess volume of fluid is associated with retention of Na and H₂O. the patient said that he did not feel congested, the patient said pressure because his swollen stomach had felt reduced. 3) Activity intolerance is associated with a decrease in oxygen supply. The client has been able to act independently, the Client has been able to mobilize independently and without assistance. Blood pressure: 119/80 mmHg, Pulse: 90 x / minute, Temperature: 36.8oC, Respiratory: 20 x / minute, HGB: 7.9 g / dL) The intervention is stopped.

Keywords: kidney transplantation, ineffectiveness of peripheral tissue perfusion, excess fluid volume, activity intolerance

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Manfaat	4
D. Metode	4
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep dasar	10
1. Pengertian	10
2. Etiologi	11
3. Patofisiologi	11
4. Manifestasi Klinis	13
5. Penatalaksanaan	15
B. Asuhan keperawatan pada klien gagal ginjal kronik	19
1. Pengkajian	19
2. Diagnose Keperawatan	23
3. Perencanaan	27
4. Evaluasi	32

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian.....	36
B. Klasifikasi Data.....	44
C. Analisis Data.....	45
D. Pathway Kasus.....	47
E. Diagnosa Keperawatan.....	48
F. Intervensi Keperawatan.....	50
G. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	55

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	55
B. Diagnosa Keperawatan.....	56
C. Intervensi Keperawatan.....	57
D. Implementasi Keperawatan.....	58
E. Evaluasi Keperawatan.....	58

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	60
B. Saran.....	61

DAFTAR PUSTAKA**LAMPIRAN**

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium	42
Table 3.2 Terapi.....	43
Tabel 3.3 Klasifikasi Data	44
Tabel 3.4 Analisis Data	45
Tabel 3.5 Diagnosa Keperawatan	48
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan.....	50
Tabel 3.7 Implementasi dan evaluasi keperawatan.....	54

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema Pathway	47

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit ginjal adalah kelainan yang mengenai organ ginjal yang timbul akibat berbagai faktor, misalnya infeksi, tumor, kelainan bawaan, penyakit metabolik atau degeneratif, dan lain-lain. Kelainan tersebut dapat mempengaruhi struktur dan fungsi ginjal dengan tingkat keparahan yang berbeda-beda. Pasien mungkin merasa nyeri, mengalami gangguan berkemih, dan lain-lain. Terkadang pasien penyakit ginjal tidak merasakan gejala sama sekali. Pada keadaan terburuk, pasien dapat terancam nyawanya jika tidak menjalani hemodialisis (cuci darah) berkala atau transplantasi ginjal untuk menggantikan organ ginjalnya yang telah rusak parah (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013)

Badan Kesehatan Dunia menyebutkan pertumbuhan penderita gagal ginjal pada tahun 2013 telah meningkat 50% dari tahun sebelumnya. Di Amerika Serikat, kejadian dan prevalensi gagal ginjal meningkat di tahun 2014. Data menunjukkan setiap tahun 200.000 orang Amerika menjalani hemodialysis karena gangguan ginjal kronis artinya 1140 dalam satu juta orang (Indonesian et al., 2015)

Di Amerika pasien dialysis lebih dari 500 juta orang harus menjalani hidup dengan bergantung pada cuci. Indonesia merupakan negara dengan tingkat penderita gagal ginjal yang cukup tinggi. Hasil survei yang dilakukan oleh perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) diperkirakan ada sekitar 12,5 % dari populasi atau sebesar 25 juta

penduduk Indonesia mengalami penurunan fungsi ginjal (Indonesian et al., 2015)

Di Indonesia, penyakit ginjal yang cukup sering dijumpai antara lain adalah penyakit gagal ginjal dan batu ginjal. Didefinisikan sebagai gagal ginjal kronis jika pernah didiagnosis menderita penyakit gagal ginjal kronis (minimal sakit selama 3 bulan berturut-turut) oleh dokter (Davey, 2006)

Gagal Ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu memegang kuat sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya. Suatu bahan yang biasanya dieliminasi di urin menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan eksresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik cairan, elektrolit serta asam basah. setiap tahun 50.000 orang di Amerika meninggal akibat gagal ginjal menetap (Smeltzer and Bare, 2001).

Menurut Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, prevalensi penyakit gagal ginjal kronis di Indonesia berdasarkan wawancara yang didiagnosis dokter meningkat seiring dengan bertambahnya umur, meningkat tajam pada kelompok umur 35-44 tahun (0,3%), diikuti umur 45-54 tahun (0,4%), dan umur 55-74 tahun (0,5%), tertinggi pada kelompok umur ≥ 75 tahun (0,6%). (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Data Rumah Sakit Bahteramas Kendari pada tahun 2016 menunjukkan pasien penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa sebanyak 38 orang. Peningkatan yang signifikan terjadi sepanjang tahun 2017 yaitu jumlah pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa meningkat menjadi 156 orang. Sedangkan data pada tahun 2018 untuk 4 bulan yaitu Januari sampai April menunjukkan jumlah pasien yang menjalani hemodialisa sebanyak 51 orang (RSU.Bahteramas, 2018)

Gagal Ginjal Kronis atau penyakit renal tahap akhir (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana

kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit, sehingga menyebabkan uremik. Kelelahan merupakan salah satu gejala yang sering dialami oleh pasien). Gangguan yang bisa terjadi pada gagal ginjal kronik akan menghasilkan gejala antara lain udem paru, hipertensi, pruritus, ensefalopati, cegukan, hiperkalemia, mual, muntah, malaise, anoreksia, dan anemia kronis yang terjadi akibat defisiensi eritropoietin ditambah dengan masa hidup sel darah merah menjadi lebih pendek sehingga menimbulkan fatigue/kelelahan (Smeltzer and Bare, 2001).

Negara berkembang seperti Indonesia masih menempatkan gagal ginjal kedalam sepuluh penyakit yang mematikan. Komplikasi penyakit hipertensi dan diabetes melitus juga merupakan penyebab utama timbulnya gagal ginjal. Gagal ginjal akut yang tidak tertangani dengan baik dapat menyebabkan gagal ginjal kronis dimana penderitanya diharuskan untuk menjalani hemodialisa. Bagi penderita gagal ginjal kronis, hemodialisis akan mencegah kematian.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan Asuhan Keperawatan dengan Gagal Ginjal Kronik di Ruang Raha Mongkilo dan Ruang HD RSUD Bahteramas Kendari".

2. Tujuan khusus

Berdasarkan tujuan umum tersebut didapatkan tujuan khusus dari penelitian kasus ini adalah :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronis
- b. Mampu melakukan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronis

- c. Mampu melakukan rencana keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronis
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronis
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronis
- f. Mampu melakukan pendokumentasian pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronis

C. Manfaat Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi penulis, institusi pelayanan kesehatan, dan institusi pendidikan yaitu sebagai berikut :

1. Bagi Penulis

Dapat memahami Asuhan Keperawatan pada pasien gagal ginjal kronis sesuai dengan teori

2. Bagi Istitusi Pelayanan Kesehatan

- a. Dapat digunakan sebagai bahan tambahan informasi untuk asuhan keperawatan kepada pasien gagal ginjal kronis sehingga angka kematian, kesakitan, dan kekambuhan pasien menurun.
- b. Dapat digunakan sebagai bahan tambahan informasi upaya peningkatan pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai gambaran nyata dari kasus gagal ginjal kronis sehingga dapat digunakan sebagai bahan tambahan informasi.

D. Metode Penulisan

1. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif dengan pendekatan studi kasus. Metode penelitian deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang (Notoatmodjo, 2010). Hasil yang diharapkan oleh peneliti adalah melihat penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronis

2. Tempat dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini akan dilakukan di Ruang Perawatan tahun 2018. Waktu penerapan asuhan keperawatan ini dimulai dari pembuatan karya tulis ilmiah pada bulan Juli 2018

3. Subjek Penelitian

Partisipan dalam penelitian ini adalah 1 orang yang memiliki kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien yang berumur 20-30 tahun
- 2) Pasien dengan GGK dengan kondisi sesak
- 3) Pasien yang dirawat RSU Bahteramas
- 4) Pasien dengan GGK dengan perawatan 3 hari

b. Kriteria Eksklusi

Pasien dengan gagal ginjal yang dengan komplikasi penyakit lainnya seperti HBSaG HIV, Sindrom Nefrotik, DHF, Broncopneumonia.

4. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan

keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari stetoskop, termometer, timbangan, pen light, dan tongue spatel, meteran. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan studi dokumentasi.

- a. Format pengkajian keperawatan terdiri dari: identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data ekonomi sosial, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium, dan program pengobatan.
- b. Format analisa data terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, data, masalah, dan etiologi.
- c. Format diagnosis keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
- d. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, intervensi NIC dan NOC.
- e. Format implementasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
- f. Format evaluasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

5. Cara Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data menggunakan multi sumber bukti (triangulasi) artinya teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber

data yang telah ada. Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Peneliti akan menggunakan observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak (Sugiyono, 2014).

a. Observasi

Dalam observasi ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien, seperti keadaan umum pasien dan keadaan pasien.

b. Pengukuran

Pengukuran yaitu melakukan pemantauan kondisi pasien dengan metoda mengukur dengan menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti melakukan pengukuran suhu, mengukur tanda-tanda vital, menimbang berat badan.

c. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Wawancara digunakan untuk mengumpulkan data pengkajian seperti, identitas, riwayat kesehatan (riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga), dan *activity daily living*.

Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara bebas terpimpin (format pengkajian yang disediakan). Wawancara jenis ini merupakan kombinasi dari wawancara tidak terpimpin dan wawancara terpimpin. Meskipun dapat unsur kebebasan, tapi ada pengaruh pembicara secara tegas dan mengarah sehingga wawancara ini bersifat fleksibilitas dan tegas.

d. Dokumentasi

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Dalam penelitian ini menggunakan dokumen dari puskesmas latambaga untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan yaitu data laboratorium pemeriksaan pH, pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan tinja, pemeriksaan elektrolit, pemeriksaan kadar natrium serum, pemeriksaan urin dan pemeriksaan klinis lainnya.

6. Jenis – jenis Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari responden dan keluarga berdasarkan format pengkajian asuhan keperawatan.

Data primer dari penelitian tersebut didapatkan dari hasil wawancara observasi langsung dan pemeriksaan fisik langsung pada responden. Data primer yang diperoleh masing- masing akan dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Hasil wawancara sesuai dengan format pengkajian asuhan keperawatan yang telah disediakan sebelumnya meliputi: identitas pasien, riwayat kesehatan, kebiasaan sehari- hari.
- 2) Hasil observasi langsung berupa: pasien lemas, pasien tampak pucat, pasien merasa sesak, pasien tidak mau makan, pasien merasa mual dan muntah.
- 3) Hasil pemeriksaan fisik berupa: keadaan umum, pemeriksaan tanda- tanda vital, pemeriksaan fisik *head to toe*

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari laporan status pasien di ruangan perawatan. Informasi yang diperoleh berupa data tambahan atau

penunjang dalam merumuskan diagnosa keperawatan. Data yang diperoleh biasanya berupa: data penunjang dari laboratorium, terapi pengobatan yang diberikan dokter.

7. Rencana Analisis

Rencana analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien dengan GGK. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pasien dengan GGK. Analisa yang dilakukan adalah untuk menentukan apakah ada persamaan antara teori yang ada dengan kondisi pasien di ruangan.

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Gagal ginjal kronis (GGK) adalah hasil dari perkembangan dan ketidakmampuan kembalinya fungsi nefron. Gejala klinis yang serius sering tidak terjadi sampai jumlah nefron yang berfungsi menjadi rusak setidaknya 70-75% di bawah normal. Bahkan, konsentrasi elektrolit darah relatif normal dan volume cairan tubuh yang normal masih bisa di kembalikan sampai jumlah nefron yang berfungsi menurun di bawah 20-25 persen. (Guyton and Hall, 2014).

Menurut Syamsir (2007) Chronic Kidney Disease (CKD) adalah kasus penurunan fungsi ginjal yang terjadi secara akut (kambuhan) maupun kronis (menahun). Penyakit ginjal kronis (Chronic Kidney Disease) terjadi apabila kedua ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam keadaan yang cocok untuk kelangsungan hidup. Kerusakan pada kedua ginjal bersifat ireversibel. CKD disebabkan oleh berbagai penyakit. Brunner and Suddarth (2014) menjelaskan bahwa ketika pasien telah mengalami kerusakan ginjal yang berlanjut sehingga memerlukan terapi pengganti ginjal secara terus menerus, kondisi penyakit pasien telah masuk ke stadium akhir penyakit ginjal kronis, yang dikenal juga dengan gagal ginjal kronis.

Ahli lain menyatakan bahwa Penyakit ginjal kronis adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Selanjutnya, gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai

dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisi atau transplantasi ginjal (Cynthia Lee Terry,2011)

Dari beberapa pengertian diatas dapat dikemukakan bahwa gagal ginjal kronis adalah kerusakan ginjal yang ireversibel sehingga fungsi ginjal tidak optimal dan diperkukan terapi yang membantu kinerja ginjal serta dalam beberapa kondisi diperlukan transplantasi ginjal.

2. Etiologi

Di bawah ini ada beberapa penyebab CKD menurut Price dan Wilson (2006) diantaranya adalah penyakit infeksi tubula intestinal, penyakit peradangan, penyakit vaskuler hipertensif, gangguan jaringan ikat, gangguan kongenital dan herediter, penyakit metabolik, nefropati toksik, nefropati obsruktif. Beberapa contoh dari golongan penyakit tersebut adalah :

- a. Penyakit infeksi tubulointerstinal seperti pielo nefritis kronis dan refluks nefropati.
- b. Penyakit peradangan seperti glomerulonefritis.
- c. Penyakit vaskular seperti hipertensi, nefrosklerosis benigna, nefrosklerosis maligna, dan stenosis arteria renalis.
- d. Gangguan jaringan ikat seperti Lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa, dan seklerosis sistemik progresif.
- e. Gangguan kongenital dan herediter seperti penyakit ginjal polikistik, dan asidosis tubulus ginjal.
- f. Penyakit metabolik seperti diabetes militus, gout, dan hiperparatiroidisme, serta amiloidosis.
- g. Nefropati toksik seperti penyalahgunaan analgetik, dan nefropati timah.
- h. Nefropati obstruktif seperti traktus urinarius bagian atas yang terdiri dari batu, neoplasma, fibrosis retroperitoneal. Traktus urinarius bagian bawah yang terdiri dari hipertropi prostat, setriktur uretra, anomali kongenital leher vesika urinaria dan uretra.

3. Patofisiologi

Patofisiologi penyakit ginjal kronis pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (surviving nephrons) sebagai upaya kompensasi yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan growth factors. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Proses ini akhirnya diikuti dengan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktifitas aksis renin-angiotensin-aldosteron intrarenal ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas tersebut. Aktivitas jangka panjang aksis renin-angiotensin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh growth factor seperti transforming growth factor β (TGF- β). Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap progresifitas penyakit ginjal kronis adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointersitial.

Pada stadium paling dini penyakit ginjal kronis, terjadi kehilangan daya cadang ginjal (renal reserve) pada keadaan dimana basal LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) masih normal atau malah meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), tapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 30%, mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada LFG di bawah 30% pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata

seperti anemia, hipertensi gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya. Pasien juga mudah terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran napas, maupun infeksi saluran cerna. Juga akan terjadi gangguan keseimbangan cairan seperti hipo atau hipervolemia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG di bawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius, dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal. Pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal (Brunner and Suddarth, 2014).

4. Manifestasi Klinis

Menurut Suyono (2001) menjelaskan bahwa manifestasi klinis pada gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan pada sistem gastrointestinal
 - 1) *Anoreksia, nausea, vomitus* yang berhubungan dengan gangguan metabolisme protein di dalam usus, terbentuknya zat-zat toksin akibat metabolisme bakteri usus seperti ammonia dan *melil guanidine* serta sebabnya muosa usus.
 - 2) Faktor uremik disebabkan oleh ureum yang berlebihan pada air liur diubah oleh bakteri dimulut menjadi amoni sehingga nafas berbau amonia.
 - 3) *Gastritis erosive, ulkus peptic* dan *colitis uremik*.
- b. Kulit
 - 1) Kulit berwarna pucat, anemia dan kekuning-kuningan akibat penmbunan *urokrom*. Gatal-gatal akibat toksin uremin dan pengendapan kalsium di pori-pori kulit.
 - 2) *Ekimosis* akibat gangguan hematologi.
 - 3) *Ure frost* : akibat kristalisasi yang ada pada keringat.
 - 4) Bekas-bekas garukan karena gatal.
- c. Sistem Hematologi

- 1) *Anemia* yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain :
Berkurangnya produksi *eritropoitin*, *hemolisis* akibat berkurangnya masa hidup *eritrosit* dalam suasana uremia toksin, defisiensi besi, asam folat, dan lain-lain akibat nafsu makan yang berkurang, perdarahan, dan fibrosis sumsum tulang akibat *hipertiroidism* sekunder.
 - 2) Gangguan fungsi *trombosit* dan *trombositopenia*.
- d. Sistem saraf dan otot
- 1) *Restless Leg Syndrome*, pasien merasa pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan.
 - 2) *Burning Feet Syndrome*, rasa semutan dan seperti terbakar terutama di telapak kaki.
 - 3) *Ensefalopati* metabolik, lemah, tidak bisa tidur, gangguan konsentrasi, *tremor*, *asteriksis*, *mioklonus*, kejang.
 - 4) *Miopati*, kelemahan dan *hipertrofi* otot terutama ekstermitas proksimal.
- e. Sistem kardiovaskuler
- 1) *Hipertensi* akibat penimbunan cairan dan garam atau peningkatan aktivitas sistem *renin angiotensin aldosteron*.
 - 2) Nyeri dada dan sesak nafas akibat *perikarditis* atau gagal jantung akibat penimbunan cairan *hipertensif*.
 - 3) Gangguan irama jantung akibat *aterosklerosis*, gangguan elektrolit dan klasifikasi metastasik.
 - 4) *Edema* akibat penimbuna cairan.
- f. Sistem Endokrin
- 1) Gangguan seksual, *libido*, *fertilitas*, dan ereksi menurun pada laki-laki akibat *testosteron* dan *spermatogenesis* menurun. Pada wanita timbul gangguan menstruasi, gangguan *ovulasi*, sampai *amenore*.
 - 2) Gangguan metabolisme glukosa, resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin.
 - 3) Gangguan metabolisme lemak.

4) Gangguan metabolisme vitamin D.

g. Gangguan Sistem Lain

1) Tulang *osteodistropi* ginjal, yaitu *osteomalasia*, *osteoslerosis*, *osteitis fibrosia* dan klasifikasi metastasik.

2) *Asidosis metabolik* akibat penimbunan asam organik sebagai hasil metabolisme.

3) Elektrolit : *hiperfosfotemia*, *hiperkalemia*, *hipokalsemia*.

5. Penatalaksanaan

1. Manajemen terapi

Tujuan dari manajemen adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasis selama mungkin. Semua faktor yang berkontribusi terhadap gagal ginjal kronis dan semua faktor yang reversibel (misal obstruksi) diidentifikasi dan diobati. Manajemen dicapai terutama dengan obat-obatan dan terapi diet, meskipun dialisis mungkin juga diperlukan untuk menurunkan tingkat produk limbah uremik dalam darah (Brunner and Suddarth, 2014)

a. Terapi farmakologis

Komplikasi dapat dicegah atau ditunda dengan pemberian resep antihipertensi, eritropoitin, suplemen Fe, suplemen fosfat, dan kalsium (Brunner and Suddarth, 2014).

2. Antasida

Hyperphosphatemia dan hipokalsemia memerlukan antasid yang merupakan zat senyawa aluminium yang mampu mengikat fosfor pada makanan di dalam saluran pencernaan. Kekhawatiran jangka panjang tentang potensi toksisitas aluminium dan asosiasi aluminium tingkat tinggi dengan gejala neurologis dan osteomalasia telah menyebabkan beberapa dokter untuk meresepkan kalsium karbonat di tempat dosis tinggi antasid berbasis aluminium. Obat ini mengikat fosfor dalam saluran usus

dan memungkinkan penggunaan dosis antasida yang lebih kecil. Kalsium karbonat dan fosforbinding, keduanya harus di berikan dengan makanan yang efektif. Antasid berbasis magnesium harus dihindari untuk mencegah keracunan magnesium (Brunner and Suddarth, 2014).

3. Antihipertensi dan kardiovaskuler agen

Hipertensi dapat dikelola dengan mengontrol volume cairan intravaskular dan berbagai obat antihipertensi. Gagal jantung dan edema paru mungkin juga memerlukan pengobatan dengan pembatasan cairan, diet rendah natrium, agen diuretik, agen inotropik seperti digitalis atau dobutamin, dan dialisis. Asidosis metabolik yang disebabkan dari gagal ginjal kronis biasanya tidak menghasilkan gejala dan tidak memerlukan pengobatan, namun suplemen natrium bikarbonat atau dialisis mungkin diperlukan untuk mengoreksi asidosis jika hal itu menyebabkan gejala (Brunner and Suddarth, 2014).

4. Agen antisezure

Kelainan neurologis dapat terjadi, sehingga pasien harus diamati jika terdapat kedutan untuk fase awalnya, sakit kepala, delirium, atau aktivitas kejang. Jika kejang terjadi, onset kejang dicatat bersama dengan jenis, durasi, dan efek umum pada pasien, dan segera beritahu dosen segera. Diazepam intravena (valium) atau phenytoin (dilantin) biasanya diberikan untuk mengendalikan kejang. Tempat tidur pasien harus diberikan pengaman agar saat pasien kejang tidak terjatuh dan mengalami cedera (Brunner and Suddarth, 2014).

5. Eritropoetin

Anemia berhubungan dengan gagal ginjal kronis diobati dengan eritropoetin manusia rekombinan (epogen). Pasien pucat (hematokrit kurang dari 30%) terdapat gejala nonspesifik seperti malaise, fatigability umum, dan intoleransi aktivitas. Terapi epogen dimulai sejak hematokrit 33% menjadi 38%, umumnya meredakan gejala anemia. Epogen diberikan baik intravena atau subkutan tiga kali seminggu. Diperlukan 2-6 minggu untuk meningkatkan hematokrit, oleh karena itu epogen tidak

diindikasikan untuk pasien yang perlu koreksi anemia akut. Efek samping terlihat dengan terapi epogen termasuk hipertensi (khususnya selama awal tahap pengobatan), peningkatan pembekuan situs askes vaskular, kejang, dan kelebihan Fe (Brunner and Suddarth, 2014).

6. Terapi gizi

Intervensi diet pada pasien gagal ginjal kronis cukup kompleks, asupan cairan dikurangi untuk mengurangi cairan yang tertimbun dalam tubuh. Asupan natrium juga perlu diperhatikan untuk menyeimbangkan retensi natrium dalam darah, natrium yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari (1-2 gr natrium), dan pembatasan kalium. Pada saat yang sama, asupan kalori dan asupan vitamin harus adekuat. Protein dibatasi karena urea, asam urat, dan asam organik hasil pemecahan makanan dan protein menumpuk dalam darah ketika ada gangguan pembersihan di ginjal.

Pembatasan protein adalah dengan diet yang mengandung 0,25 gr protein yang tidak dibatasi kualitasnya per kilogram berat badan per hari. Tambahan karbohidrat dapat diberikan juga untuk mencegah pecahan protein tubuh. Jumlah kebutuhan protein biasanya dilonggarkan hingga 60-80 gr/ hari (1,0 kg per hari) apabila penderita mendapatkan pengobatan *hemodialisis* teratur (Price dan Wilson, 2006). Asupan cairan sekitar 500 sampai 600 ml lebih banyak dari output urin selama 24 jam. Asupan kalori harus adekuat untuk pencegahan pengeluaran energi berlebih. Vitamin dan suplemen diperlukan karena diet protein yang dibatasi. Pasien dialisis juga kemungkinan kehilangan vitamin yang larut dalam darah saat melakukan hemodialisa (Brunner and Suddarth, 2014).

7. Terapi dialisis

Hiperkalemi biasanya dicegah dengan memastikan dialisis yang memadai, mengeluarkan kalium dan pemantauan seksama terhadap semua obat-obatan baik peroral maupun intravena. Pasien harus diet rendah kalium. Kayexalate, resin kation terkadang diberikan peroral jika diperlukan. Pasien dengan peningkatan gejala kronis gagal ginjal progresif. Dialisis biasanya dimulai ketika pasien tidak dapat mempertahankan gaya

hidup yang wajar dengan pengobatan konservatif (Brunner and Suddarth, 2014).

Pengkajian dan penegakan diagnosa :

a. Laju filtrasi glomerulus

Penurunan LFG dapat dideteksi dengan pengujian kadar ureum kreatinin selama 24 jam. Nilai bersihan kreatinin akan menurun sedangkan kreatinin serum dan kadar BUN meningkat. Kreatinin serum merupakan indikator yang sensitif terhadap fungsi ginjal karena produksinya yang konstan dalam tubuh. BUN dipengaruhi tidak hanya dipengaruhi oleh ginjal, tetapi juga di pengaruhi oleh asupan protein, katabolisme, nutrisi parenteral, dan obat-obatan kortikosteroid.

b. Retensi natrium dan air

Penderita gagal ginjal kronis tidak dapat mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal. Pada keadaan normal ginjal merespon masukan cairan dan elektrolit untuk menjaga kestabilan di dalam tubuh, namun hal tersebut tidak terjadi pada penderita gagal ginjal kronis. Pada beberapa kasus terdapat retensi natrium dan air sehingga meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung, dan hipertensi. Hipertensi dapat pula terjadi sebagai akibat dari aktivasi dari respon berantai renin – angiotensin – aldosteron dan bersamaan dengan peningkatan aldosteron. Pasien lainnya memiliki kecenderungan untuk kehilangan garam dan menjadikannya beresiko terhadap terjadinya hipotensi dan hipovolemi, hal ini akan memperburuk keadaan uremik.

c. Asidosis

Penyakit gagal ginjal kronis, menyebabkan terjadinya asidosis metabolik karena ginjal tidak dapat mengeluarkan banyak peningkatan asam. Penurunan asam sekresi terutama hasil dari ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mengsekresikan amonia (NH_3) dan juga

penurunan ekskresi kembali bikarbonat (HCO_3) serta penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lainnya.

d. Anemia

Anemia berkembang sebagai akibat dari produksi erythropoietin yang tidak memadai, rentang hidup singkat dari sel darah merah, kekurangan gizi, dan kecenderungan pasien perdarahan. Erythropoietin zat yang diproduksi oleh ginjal, merangsang tulang belakang untuk memproduksi sel darah merah. Pada ginjal, penurunan produksi erythropoietin dan hasil anemia yang mendalam menyebabkan kelelahan, angina, dan sesak napas.

Adapula rencana penatalaksanaan penyakit gagal ginjal sesuai dengan derajatnya

- 1) Dengan LFG lebih dari atau sama dengan 90% yaitu dengan terapi penyakit dasar, kondisi komorbid, evaluasi pemburukan fungsi ginjal, memperkecil risiko kardiovaskular
- 2) Dengan LFG 60-89% yaitu dengan menghambat pemburukan fungsi ginjal
- 3) Dengan LFG 30-59% yaitu dengan evaluasi dan terapi komplikasi
- 4) Dengan LFG 15-29% yaitu dengan memberikan persiapan untuk terapi pengganti ginjal
- 5) Dengan LFG di bawah 15% yaitu dengan memberikan pengganti ginjal.

B. Asuhan keperawatan pada klien dengan gagal ginjal kronis

1. Pengkajian Fokus

Pengkajian fokus gagal ginjal kronis menurut Doenges (2000) yaitu :

a. Aktivitas / Istirahat

Gejala :

- 1) Kelelahan ekstremitas, kelemahan, *malaaise*.

2) Gangguan tidur (*insomnia*, gelisah, *somnolen*).

Tanda :

Kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak.

b. Sirkulasi

Gejala :

1) Riwayat hipertensi lama atau berat.

2) *Palpitasi*, nyeri dada (*angina*).

Tanda :

a) Hipertensi, peningkatan vena jugularis, nadi kuat, edema jaringan umum dan pitting pada telapak kaki dan telapak tangan.

b) Disretmia jantung.

c) Nadi lemah, dan halus, *hipotensi ortostatik* menunjukkan *hipovolemia* yang jarang pada penyakit tahap akhir.

d) *Friction rub pericardial* (respon terhadap akumulasi sisa).

e) Pucat, kulit kekuningan.

f) Kecenderungan perdarahan.

c. Integritas Ego

Gejala :

1) Faktor *stress*, contoh : finansial, hubungan, dan sebagainya.

2) Perasaan tak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekuatan.

Tanda :

Menolak, *ansietas*, takut, marah, mudah terangsang, perubahan kepribadian.

d. Eliminasi

Gejala

1) Penuruna frekuensi urin, *oliguri*, *anuria* (gagal ginjal tahap lanjut)

2) Abdomen kembung, diare, atau konstipasi.

Tanda :

Perubahan warna urin, contoh : kuning pekat, merah, coklat berawan, *oliguria*, dapat menjadi *anuria*.

e. Makanan dan cairan

Gejala :

- 1) Peningkatan BB cepat (edema) penurunan BB (malnutrisi).
- 2) *Anoreksia*, nyeri ulu hati, mual, muntah.
- 3) Rasa metalik tak sedap pada mulut (pernapasan amonia)
- 4) Penggunaan diuretik.

Tanda :

- a) Distensi abdomen atau asites, pembesaran hati tahap akhir.
- b) Penurunan turgor kulit dan kelmbapan.
- c) Edema.
- d) Penurunan otot, penurunan lemak, subkutan, penampilan tak bertenaga.

f. Neurosensori

Gejala :

- 1) Sakit kepala dan penglihatan kabur.
- 2) Kram otot/ kejang : sindrom “kaki gelisah” ; kebas dan rasa terbakar pada kaki.
- 3) Kebas/ kesemutan dan kelmahan, khususnya ekstremita bawah (*neuropati perifer*)

Tanda :

- a) Gangguan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran, *stupor*, *koma*.
- b) Kejang, *fasikulasi otot*, aktivitas kejang.
- c) Rambut tipis, kuku rapuh dan tipis.

g. Nyeri/ kenyamanan

Gejala :

- 1) Nyeri panggul, sakit kepala.

2) Kram otot/ nyeri kaki (memperburuk saat malam hari).

Tanda :

Perilaku hati-hati/ distraksi, gelisah.

h. Pernapasan

Gejala :

1) Napas pendek, *dispnea nokturnal proksimal*.

2) Batuk dengan tanpa sputum kental dan banyak.

Tanda :

a) *Takipnea, dispnea*, peningkatan frekuensi dan kedalaman (pernapasan kusmaul).

b) Batuk produktif dengan sputum merah muda dan encer (edema paru).

i. Keamanan

Gejala :

Kulit gatal, ada berulangnya infeksi.

Tanda :

1) *Pruritus*.

2) Demam (sepsis, dehidrasi) : normotermia dapat secara aktual terjadi peningkatan pada tubuh yang mengalami suhu tubuh lebih rendah dari normal (efek gagal ginjal kronis/ depresi respon imun).

3) *Petekie*, area ekimosis pada kulit.

4) Fraktur tulang, : deposit fosfat kalsium (klasifikasi metastasi) pada kulit, jaringan lunak, sendi keterbatasan gerak sendi.

j. Seksualitas

Gejala :

Penurunan *libido, amenore, infertilitas*.

k. Interaksi Sosial

Gejala :

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

1. Penyuluhan/ pembelajaran

Gejala :

- 1) Riwayat diabetes melitus (DM), keluarga (resiko tinggi untuk gagal ginjal), *penyakit polikistik, netresis hereditas*.
- 2) Riwayat terpajan pada toksin, contoh obat, racun lingkungan.
- 3) Penggunaan antibiotik *nefrotoksik* saat ini berulang.

2. Diagnosa Keperawatan

Merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Masalah aktual adalah masalah yang ditemukan pada saat pengkajian, sedangkan masalah potensial adalah masalah yang kemudian hari akan terjadi (Herdman, 2011).

Diagnosa keperawatan teoritis yang muncul pada gagal ginjal kronis adalah :

- a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na dan H₂O.
 - 1) Definisi : peningkatan retensi cairan isotonik
 - 2) Batasan karakteristik :
 - a) Sesak Napas
 - b) Gangguan elektrolit
 - c) Anasarka
 - d) Ansietas
 - e) Azotemia
 - f) Perubahan tekanan darah
 - g) Perubahan status mental
 - h) Perubahan pola pernapasan
 - i) Penurunan hematokrit
 - j) Penurunan hemoglobin
 - k) Dispneu

- 3) Faktor yang berhubungan :
 - a) Gangguan mekanisme regulasi.
 - b) Kelebihan asupan cairan.
 - c) Kelebihan asupan cairan.

- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritus.
 - 1) Definisi : perubahan atau gangguan epidermis dan atau dermis.
 - 2) Batasan karakteristik :
 - a) Kerusakan lapisan permukaan kulit (epidermis)
 - b) Invasi struktur tubuh.

- c. Ketidak seimbangan asupan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual muntah.
 - 1) Berdefiniskan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik.
Batasan karakteristik :
 - a) Kram abdomen
 - b) Nyeri abdomen
 - c) Menghindari makanan
 - d) Berat badan 20% atau lebih di bawah badan ideal
 - e) Diare
 - f) Bising usus hiperaktif
 - g) Kurang minat pada makanan
 - h) Tonus otot menurun.
 - 2) Faktor yang berhubungan :
 - a) Faktor biologis
 - b) Faktor ekonomi
 - c) Ketidak mampuan untuk mengabsorpsi nutrisi
 - d) Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
 - e) Ketidakmampuan menelan makanan
 - f) Faktor psikologis

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen.
 - 1) Definisi : Ketidakcukupan energi psikologis fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.
 - 2) Batasan karakteristik :
 - a) Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas.
 - b) Ketidaknyamanan setelah beraktifitas.
 - c) Dispneu setelah beraktifitas.
 - d) Menyatakan merasa letih.
 - e) Menyatakan merasa lemah.
 - 3) Faktor yang berhubungan :
 - a) Tirah baring atau imobilisasi
 - b) Kelemahan umum
 - c) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O₂
 - d) Imobilitas
 - e) Gaya hidup monoton
- e. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai O₂.
 - 1) Definisi : Merupakan penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan.
 - 2) Batasan karakteristik :
 - a) Perubahan fungsi motorik
 - b) Perubahan karakteristik kulit (warna, elastisitas, kelembapan, kuku, sensasi, suhu)
 - c) Perubahan tekanan darah di ekstremitas.
 - d) Penurunan nadi.
 - e) Edema.

- f) Capillary reffil > 3 detik.
 - g) Nyeri ekstremitas.
 - h) Warna kulit pucat saat elevasi.
- 3) Faktor yang berhubungan :
- a) Kurang pengetahuan tentang faktor pemberat (merokok, gaya hidup monoton, truma, obesitas, asupan garam, imobilitas)
 - b) Kurang pengetahuan tentang proses penyakit (diabetes, hiperlipidemia)
 - c) Diabetes melitus
 - d) Hipertensi
 - e) Gaya hidup monoton
- f. Nyeri berhubungan dengan fatigue dan nyeri sendi.
- 1) Definisi : Merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual.
 - 2) Batsan karakteristik :
 - a) Perubahan tekanan darah.
 - b) Perubahan frekwensi pernapasan.
 - c) Laporan isyarat.
 - d) Perilaku distraksi.
 - e) Mengekspresikan perilaku (gelisah, merengek, menangis)
 - f) Sikap melindungi area nyeri.
 - g) Perubahan posisi untuk menghindari nyeri.
 - h) Dilatasi pupil.
 - i) Gangguan tidur.
 - 3) Faktor yang berhubungan : agen cedera (biologis, zat kimia, fisik, psikologis)
- g. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan edema paru.
- 1) Definisi : Kelebihan atau kekurangan oksigen dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolar kapiler.

2) Batasan karakteristik :

- a) pH darah arteri abnormal.
- b) Pernapasan abnormal (apneu, bradipneu)
- c) Warna kulit abnormal (pucat atau kehitaman)
- d) Konfusi
- e) Sakit kepala saat bangun.
- f) Hipoksemia.
- g) Samnolen.
- h) Takikardi.
- i) Gangguan penglihatan.

3) Faktor yang berhubungan :

- a) Perubahan membran alveolarkapiler.
- b) Ventilasi perfusi.

3. Perencanaan

a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na dan H₂O.

Kriteria hasil yang diinginkan :

- 1) Terbebas dari edema, efusi, anasarka
- 2) Bunyi napas bersih, tidak ada dispneu atau ortopneu.
- 3) Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+)
- 4) Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign.
- 5) Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan.
- 6) Menjelaskan indikator kelebihan cairan.

Intervensi yang harus dilakukan :

Fluid management:

- a) Timbang popok/pembalut jika diperlukan.
- b) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.
- c) Pasang urine kateter jika diperlukan.
- d) Monitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urine)

- e) Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP.
- f) Monitor vital sign.
- g) Monitor indikasi retensi atau kelebihan cairan (crackles, CVP, edema, distensi vena leher, asites)
- h) Kaji lokasi dan luas edema.
- i) Monitor asupan makanan / cairan dan hitung intake kalori.
- j) Monitor status nutrisi.
- k) Kolaborasi pemberian diuretik sesuai interuksi.
- l) Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatremi dilusi dengan serum Na < 130 mEq/l.
- m) Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebihan muncul memburuk.

Fluid monitoring :

- a) Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi.
 - b) Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidakseimbangan cairan (Hipertermia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal jantung, diaporesis, disfungsi hati).
 - c) Monitor berat badan.
 - d) Monitor serum dan osmolalitas urine.
 - e) Monitor vital sign.
 - f) Monitor perubahan irama jantung.
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritus.

Kriteria hasil yang di inginkan:

- 1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)
- 2) Tidak ada luka/lesii pada kulit.
- 3) Perfusi jaringan baik.
- 4) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang.

5) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit dan perawatan alami.

Intervensi yang harus dilakukan :

Pressure management :

- a) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar.
 - b) Hindari kerutan pada tempat tidur.
 - c) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.
 - d) Mobilisasi pasien setiap 2 jam sekali.
 - e) Monitor kulit akan adanya kemerahan.
 - f) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan.
 - g) Monitor status nutrisi pasien.
 - h) Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat.
- c. Ketidak seimbangan asupan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual muntah

Kriteria hasil :

- 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
- 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- 3) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
- 4) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan
- 5) Tidak terjadi penurunan berat badan

Intervensi yang dilakukan :

Nutrition management :

- a) Kaji adanya alergi makanan.
- b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
- c) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe.
- d) Berikan substansi gula.
- e) Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.

- f) Berikan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi.
- g) Ajarkan pasien membuat catatan makanan harian .
- h) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.
- i) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.
- j) Kaji kemampuan pasien mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.

Nutrition monitoring :

- a) Berat badan pasien dalam keadaan normal.
 - b) Monitor adanya penurunan berat badan.
 - c) Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan.
 - d) Monitor lingkungan selama makan.
 - e) Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan pada jaringan konjungtiva.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen
- Kriteria hasil :
- 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah.
 - 2) Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.
 - 3) Tanda tanda vital normal.
 - 4) Mampu berpindah tempat dengan atau tanpa bantuan alat.
 - 5) Status kardio pulmonari adekuat.
 - 6) Status sirkulasi adekuat.
 - 7) Status respirasi adekuat.

Intervensi yang harus dilakukan :

- e. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai oksigen.

Intervensi yang dilakukan :

Activity therapy :

- 1) Kolaborasi dengan tenaga tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.
- 2) Bantu klien mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.

- 3) Bantu untuk memilih kemampuan yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi, dan sosial.
- 4) Bantu klien membuat jadwal latihan.

f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fatigue dan nyeri sendi

Kriteria hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebabnya, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Intervensi yang dilakukan :

Pain management :

- a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristis, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.
- b) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.
- c) Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
- d) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
- e) Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, cahaya, dan kebisingan)
- f) Kurangi faktor presipitasi nyeri.
- g) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi, dan interpersonal)
- h) Evaluasi ke efektifan kontrol nyeri.

i) Tingkatkan istirahat.

Analgesic administration :

- 1) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.
- 2) Cek instruksi tentang jenis, dosis dan frekwensi obat.
- 3) Cek riwayat alergi.
- 4) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu.
- 5) Pilih analgesik dari tipe dan beratnya nyeri.
- 6) Tentukan rute pemberian dan dosis analgesik agar pemberian analgesik optimal.
- 7) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.
- 8) Berikan analgetik tepat waktu.
- 9) Evaluasi efektivitas analgetik.

g. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan edema paru

Kriteria hasil :

- 1) Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat.
- 2) Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda tanda distres pernapasan.
- 3) Tanda tanda vital dalam rentang normal.

Intervensi yang dilakukan :

Airway management ;

- a) Posisikan pasien unuk memaksimalkan ventilasi.
- b) Lakukan fisioterpi dada bila perlu.
- c) Auskultasi bunyi paru, catat bila ada suara tambahan paru.
- d) Perhatikan intake cairan.
- e) Monitor respirasi dan status O₂.

Resiratory monitoring :

- a) Monitor rata-rata kedalaman, irama, dan usaha respirasi.
- b) Catat pergerakan dada amati kesimetrisan penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavikular.
- c) Monitor suara napas.
- d) Monitor pola napas (badipneu, takipneu, kusmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot)
- e) Monitor kelelahan otot diaphragma (gerakan paradoksis).
- f) Auskultasi suara napas, catat area penurunan/tidak adanya ventilasi dan suara tambahan.
- g) Auskultasi suara paru untuk melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan.

4. Evaluasi

Tahap evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Evaluasi yang efektif, perlu didasarkan pada kriteria yang dapat diukur dan mencerminkan hasil akhir perawatan yang diharapkan.

Subyektif : Hal-hal yang ditemukan oleh keluarga secara subyektif setelah intervensi dilakukan.

Objektif : Hal-hal yang ditemui secara objektif setelah intervensi keperawatan dilakukan.

Evaluasi diharapkan keadaan klien dapat memenuhi kriteria sebagai berikut (Herdman, 2011) :

- a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na dan H₂O.
 - S : Klien mengatakan sudah tidak terjadi bengkak.
 - O: Terbebas dari edema. Terbebas dari distensi vena jugularis. Terbebas dari kelelahan.
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritus.
 - S: Klien mengatakan tidak merasakan lagi gatal gatal di kulit

O: Integritas kulit yang baik dapat di pertahankan. Tidak ada luka atau lesi pada kulit. Perfusi jaringan baik. Menunjukkan proses perbaikan kulit.

- c. Ketidak seimbangan asupan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual muntah.

S: Klien mengatakan mual muntah berkurang, asupan nutrisi meningkat, mampu menghabiskan diit yang diberikan, mengatakan berat badan meningkat.

O: Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan. Berat badan sesuai dengan tinggi badan. Tidak ada tanda tanda malnutrisi. Meningkatkan fungsi pengecap dan menelan. Tidak terjadi penurunan berat badan.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen.

S: Klien mengatakan tidak lagi merasa pusing, peningkatan aktivitas individu.

O: Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah. Mampu melakukan aktivitas sehari hari secara mandiri. Tanda tanda vital normal. Mampu berpindah tempat menggunakan alat bantu atau mandiri. Status respirasi adekuat.

- e. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai O₂.

S: Klien mengatakan pusing berkurang, klien mengatakan tidak kesemutan.

O: Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan. Tidak ada orthostatik hipertensi. Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial lebih dari 15mmHg.

- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan fatigue dan nyeri sendi.

S: Klien mengatakan nyeri berkurang, klien mengerti apa penyebab nyeri dan mampu mengatasinya.

O: Mampu mengontrol nyeri. Melaporkan bahwa nyeri berkurang. Mampu mengenali nyeri. Menyatakan bahwa timbul rasa

nyaman setelah nyeri berkurang, klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

g. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan edema paru.

S: Klien mengatakan sudah tidak mengalami sesak nafas lagi, klien mengatakan lebih rileks.

O: Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat. Tanda tanda vital dalam keadaan normal.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Ruang : Raha Mongkilo
Tanggal masuk : 10 Juli 2018
No.RM : 51 33 99

Identitas Pasien

Nama : Tn. A
Tgl Lahir : 24 agustus 1996
Agama : Islam
Pendidikan : Mahasiswa
Pekerjaan : -
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Jl. Lumba-Lumba
Diagnosa Medis : CKD
Tanggal pengkajian : 12 Juli 2018
Jam : 08.45

Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. E
Umur : 43 Tahun
Agama : Islam
Pendidikan : Sarjana
Pekerjaan : PNS
Status Perkawinan : Kawin
Alamat : Jl. Lumba-lumba

Hubungan : Ibu

A. Pengkajian

a. Alasan utama masuk RS

Klien mengatakan sesak nafas sejak sehari sebelum masuk RS, batuk dan susah tidur sudah 3 hari sebelum masuk RS. Nafsu makan hilang, lemah. Kemudian klien dibawa ke RSUD Bahteramas masuk IGD jam 07.10, TD : 136/96 mmHg, N: 112x/ menit, RR 15x/menit, S: 38°C, diberikan terapi oksigen 4 lpm dan IVFD Ringer Lactat 12 tpm, PCT inf. 500mg.

b. Keluhan utama

Pasien sesak nafas

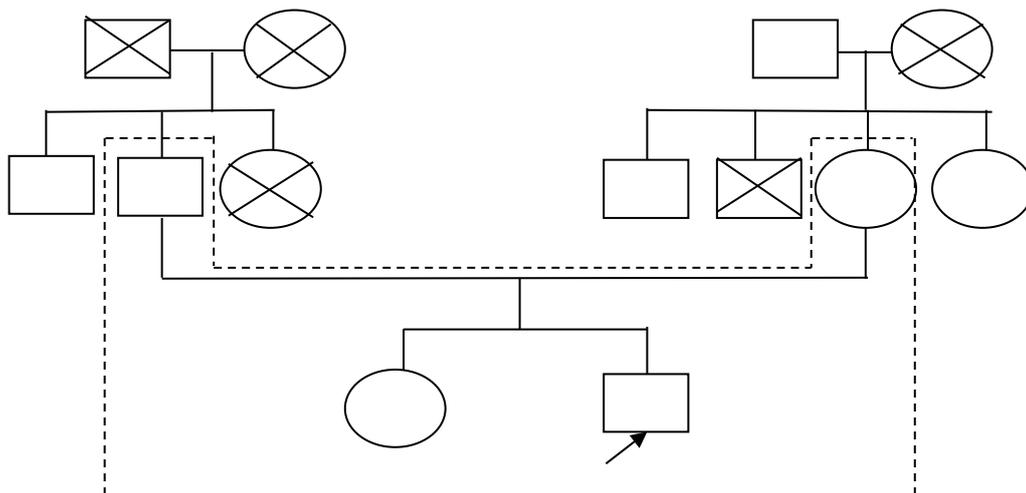
c. Riwayat kesehatan lalu

Klien belum pernah di rawat di RS sebelumnya, klien mempunyai riwayat hipertensi dan maag sejak 2 tahun yang lalu, dan melakukan rawat jalan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, Asma, TBC.

e. Genogram:



• Keterangan Genogram

- = Laki-laki
- = perempuan

- = Tinggal serumah
 ↗ = Pasien
 ————— = Hubungan keluarga
 ⊠ ⊗ = Anggota keluarga yang meninggal
 1,2, 4, 7, dan 9 = Meninggal karena sakit tapi tidak diketahui penyebab sakitnya. Tidak ada penyakit keturunan dan penyakit menular keluarga

- f. Riwayat penyakit sekarang : Nyeri dada ,kuadran I sejak sehari sebelum masuk rumah sakit, nyeri terus menerus, di IGD diberikan terapi oksigen 4 lpm dan dilakukan tindakan infus ringer lactat dan terapi PCT inf. 500 mg jam 07.50, lalu pasien dipindahkan di ruang rawat inap yakni di ruang Raha Mongkilo RSU Baheteramas.
- g. Riwayat pengobatan/alergi : Klien mempunyai riwayat pengobatan hemodialisis sudah sejak 2 tahun, klien juga tidak mempunyai riwayat alergi baik makanan, minuman, maupun obat
- h. Pemeriksaan Fisik
1. Keadaan Umum
 Sakit/nyeri :
 P : Klien merasakan dada sejak sehari sebelum masuk rumah sakit.
 Q : nyeri seperti ditekan
 R : dada sebelah kanan
 S : nyeri skala 5
 T : nyeri terus menerus
 2. Sikap : Gelisah Kesadaran CM GCS = 15 E3 M6 V5
 3. Pendengaran
 Klien dapat mendengar dengan normal, fungsi telinga kiri dan kanan baik, tidak memakai alat bantu pendengaran, tidak ada gangguan pendengaran
 4. Penglihatan

Klien dapat melihat dengan normal, tidak memakai alat bantu penglihatan, konjungtiva ananemis, sklera tidak ikterik, pupil isokhor 2/2mm, tidak ada kebutaan dan tidak ada katarak

5. Pengecapan

Klien mengatakan pengecapannya terasa pahit, lidah kotor, tampak putih.

6. Penghidu

Sistem presepsi sensori penghidu klien baik dan normal, tidak terdapat gangguan penghidu

7. Peraba

sistem presepsi sensori perabaan klien baik dan normal, tidak terdapat gangguan sistem presepsi sensori perabaan.

8. Sistem Pernafasan

Klien tidak mempunyai riwayat bronkitis, asma, tuberkolusis, emfisema, pneumonia, tidak merokok, terpasang alat bantu oksigen nasal kanul 4 ml. Frekuensi 15 x/m, kedalaman: tidak normal (lambat dan dangkal), pengembangan dada simetris antara kanan dan kiri, suara nafas bersih, menggunakan otot asesoris, tidak ada nafas cuping hidung, fremitus teraba simetris antara kanan dan kiri, tidak sianosis. Pengembangan paru simetris, irama tidak teratur.

9. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan Darah : 136/96 mmHg

Nadi : 112 x/m

Suhu : 38°C

Irama : teratur

Kekuatan : kuat

Akral : hangat

Pengisian kapiler : < 2 detik

Edema : abdomen

10. Sistem Saraf Pusat

Kesadaran : Composmetis

GCS :15 E3 M6 V5

Bicara : normal

Pupil : isokor ukuran kanan/kiri :2/2

Orientasi waktu ; Klien dapat menyebutkan waktu dengan baik yaitu saat pengkajian waktu pagi.

Orientasi orang ; Klien dapat menyebutkan nama diri sendiri dan mengenali orang-orang di sekelilingnya.

Orientasi tempat ; Klien mengetahui bahwa dia berada di rumah sakit.

11. Sistem Gastrointestinal

Kehilangan selera makan : klien mengatakan selera makan berkurang.

Mual/Muntah: klien tidak mual muntah

Alergi :tidak ada alergi makanan

Masalah mengunyah atau menelan : klien mengatakan susah untuk menelan

Berat badan sekarang : 48,5 kg

Berat badan kering : 44 kg

Tinggi badan : 165 cm

Bentuk badan : normal

Bentuk abdomen : - simetris
- Besar/edema

Turgor kulit : kering

Mukosa : sianosis

12. Sistem Muskuloskeletal

Rentang gerak : terbatas

Keseimbangan cara berjalan : tegap

Kemampuan memenuhi ADL : dibantu

Kekuatan otot :

$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

13. Sistem Intergumen

Warna kulit : sawo matang

Turgor kulit : Baik/kering
 Memar : Tidak ada
 Lain : -

i. Data Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium, Tgl pemeriksaan: 10 Juli 2018

Tabel 3.1
Pemeriksaan Laboratorium

Hematologi			
Paket Darah Otomatis	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	5.78	$10^3/uL$	4.00-10.00
HGB	5.0	g/Dl	12.0-16.0
HCT	34.9	%	37.0-48.0
PLT	180	$10^3/uL$	150-400
LYMPH	0.81	$10^3/uL$	20.0-40.0
MONO	0.36	$10^3/uL$	2.00-8.00
Golongan darah	O		
Kimia darah			
Gula darah *sewaktu	108		70-180 mgdl
Ureum	224		15-44 mg/dl
Creatinin	19.7		05-1.2 mg/dl
Elektrolit			
Natrium (Na)	115.7		135-145 mmol/L
Kalium (K)	5.66		3.5-5.55 mmol/L

Clorida (Cl)	125.8		98-108 mmol/L
Imun-serologi			
<i>-S. typhi BH</i>	1/80		
<i>Hbs-Ag</i>	reaktif		

j. Terapi Yang Diberikan

Tabel 3.2
Terapi

Terapi Yang Diberikan	Dosis
IVFD Ringer Lactat 12 Tpm	
Furosemid 10 mg/inj	1 x 1
Amlodipine 5 mg	1 x 1
Clonidine 5 mg	1 x 1
PCT inf. 500 mg	2 x 1
Lansoprasole 30 mg	2 x 1
Ibuprofen 200 mg	2 x 1
PRC 200 cc/3 kolf	1 x 1 kolf/Transfuse on HD 2 kolf

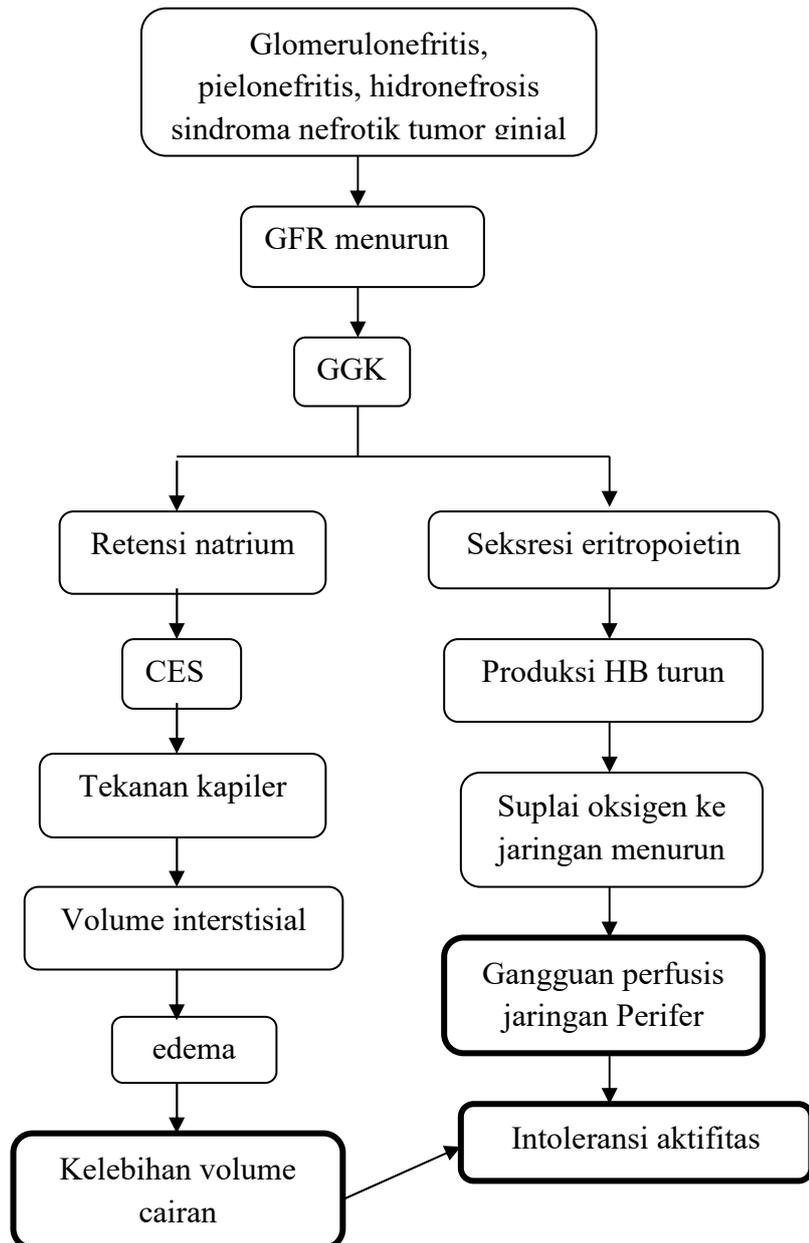
B. Klasifikasi data

Tablei 3.3
Klasifikasi Data

Data Subyektif	Data Obyektif
<p>1. Klien mengatakan nyeri di dada sebelah kanan.</p> <p>P : Klien merasakan nyeri dirasa sejak sehari sebelum masuk rumah sakit.</p> <p>Q : nyeri seperti ditekan</p> <p>R : dada sebelah kanan</p> <p>S : nyeri skala 5</p> <p>T : nyeri terus-menerus</p> <p>2. Klien mengatakan lemas</p> <p>3. Klien mengatakan lidah terasa pahit, nafsu makan berkurang</p>	<p>1. Kesadaran Composmetis GCS:14 E3 M6 V5</p> <p>2. wajah tampak menahan sesak</p> <p>3. Klien tampak lemas, pucat, tidak nafsu makan.</p> <p>4. klien tampak gelisah</p> <p>5. Akral dingin</p> <p>6. Membran mukosa kering</p> <p>7. Edema pada abdomen</p> <p>8. klien tampak lemah</p> <p>9. TD :136/96 mmHg RR : 15 x/menit N : 112x/menit S : 38 °C CRT: < 2 detik HGB : 5.0 g/dL</p>

SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM
	Pada jaringan perifer ↓ Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer	
DS: - Klien mengatakan lidah terasa pahit, nafsu makan berkurang DO: - klien tampak lemah - Klien tampak lemas, pucat, tidak nafsu makan. BB sekarang : 48.5 kg BB kering : 44 kg Abdomen : simetris, Bengkak TD :136/96 mmHg RR : 15 x/menit N : 112x/menit S : 38 °C CRT: < 2 detik - HGB : 5.0 g/dL	Stimulus kronis pada ginjal ↓ Fungsi ginjal abnormal ↓ Penurunan ekskresi natrium dan air ↓ hipervolumia ↓ edema ↓ Kelebihan volume cairan	Kelebihan volume cairan
DS: - Klien mengatakan lidah terasa pahit, nafsu makan berkurang - klien tampak gelisah - Akral dingin - Membran mukosa kering DO:	Penurunan produksi energi metabolik	Intoleransi aktivitas

SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM
<ul style="list-style-type: none">- klien tampak lemah- Klien tampak lemas, pucat, tidak nafsu makan. BB sekarang : 48.5 kg BB kering : 44 kg TD :136/96 mmHg RR : 15 x/menit N : 112x/menit S : 38 °C CRT: < 2 detik HGB : 5.0 g/dL		

D. Pathway Kasus → Masalah Keperawatan**Pathway Kasus**

E. Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan Prioritas)

Tabel 3.5

Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan Prioritas)

Tanggal	No	Diagnosa Keperawatan	Kode
10/7/2018	1	<p>Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai O₂ ditandai dengan:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak gelisah - Akral dingin - Membran mukosa kering - Klien mengatakan sesak <p>TD :136/96 mmHg</p> <p>RR : 15 x/menit</p> <p>N : 112x/menit</p> <p>S : 38 °C</p> <p>CRT: < 2 detik</p> <ul style="list-style-type: none"> - HGB : 5.0 g/dL 	00204
10/7/2018	2	<p>Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na dan H₂O</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lidah terasa pahit, nafsu makan berkurang <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak lemah - Klien tampak lemas, pucat, tidak nafsu makan. <p>BB sekarang : 48.5 kg</p>	00026

Tanggal	No	Diagnosa Kepeawatan	Kode
		BB kering : 44 kg Bentuk abdomen : edema TD :136/96 mmHg RR : 15 x/menit N : 112x/menit S : 38 °C CRT: < 2 detik HGB : 5.0 g/dL	
10/7/2018	3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen. DS: <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lidah terasa pahit, nafsu makan berkurang - klien tampak gelisah - Akral dingin - Membran mukosa kering DO: <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak lemah - Klien tampak lemas, pucat, tidak nafsu makan. BB sekarang : 48.5 kg BB kering : 44 kg TD :136/96 mmHg RR : 15 x/menit N : 112x/menit S : 38 °C CRT: < 2 detik <ul style="list-style-type: none"> - HGB : 5.0 g/dL 	00092

F. Intervensi Keperawatan

Nama Klien : Tn. A
No. RM : 51 33 99

Hari / Tgl : selasa, 10 juli 2018
Ruang Rawat : Raha Mongkilo

Tabel 3.6
Intevensi Keperawatan

Hr/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	
		Tujuan/Kriteria Hasil (NOC)	Tindakan (NIC)
selasa 10/7/2018	<p>Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai O₂ ditandai dengan:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan lemas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak gelisah - Akral dingin - Membran mukosa kering - Klien mengatakan sesak <p>TD :136/96 mmHg</p>	<p>NOC:</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan • Tidak ada ortostatik hipertensi 	<p>NIC:</p> <p>Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik dan terapi cairan • Monitor adanya tromboplebitis • Batasi gerakan pada kepala, punggung, dan leher

Hr/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	
		Tujuan/Kriteria Hasil (NOC)	Tindakan (NIC)
	RR : 15 x/menit N : 112x/menit S : 38 °C CRT: < 2 detik HGB : 5.0 g/dL	<ul style="list-style-type: none"> • Tekanan oedem pada abdominal dan ekstremitas berkurang • Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan (tidak lebih dari 15 mmHg) <p>Mendemonstrasikan, kemampuan kognitif yang ditandai dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan • Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi • Memproses informasi 	<p>Monitor tanda-tanda vital</p> <p>Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat</p>

Hr/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	
		Tujuan/Kriteria Hasil (NOC)	Tindakan (NIC)
		<ul style="list-style-type: none"> Membuat keputusan dengan benar <p>Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik tidak ada gerakan gerakan involunter</p>	
selasa 10/7/2018	<p>Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na dan H₂O</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan lidah terasa pahit, nafsu makan berkurang <p>DO:</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> Electrolit and acid base balance Fluid balance Hydration 	<p>NIC:</p> <p>Fluid management</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor hasil LAB (Hb) yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urin)

Hr/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	
		Tujuan/Kriteria Hasil (NOC)	Tindakan (NIC)
	<ul style="list-style-type: none"> - klien tampak lemah - Klien tampak lemas, pucat, tidak nafsu makan. BB sekarang : 48.5 kg BB kering : 44 kg TD :136/96 mmHg RR : 15 x/menit N : 112x/menit S : 38 °C CRT: < 2 detik HGB : 5.0 g/dL 	<p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terbebas dari edema, efusi, anaskara • Bunyi nafas bersih, tidak ada dvspneu/ortopneu • Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+) • Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal • Terbebas dan kelelahan, kecemasan atau 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor vital sign • Montor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP, edema, distensi vena leher, asites) <p>Fluid Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor oedem perifer berat badan, BP, HR, dan RR

Hr/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	
		Tujuan/Kriteria Hasil (NOC)	Tindakan (NIC)
		kebingungan <ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan indikator kelebihan cairan 	
selasa 10/7/2018	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen. DS: <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan lidah terasa pahit, nafsu makan berkurang klien tampak gelisah Akral dingin Membran mukosa kering DO: <ul style="list-style-type: none"> klien tampak lemah Klien tampak lemas, pucat, tidak nafsu 	NOC : <ul style="list-style-type: none"> Energy conservation Activity tolerance Self Care : ADLs Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR Mampu melakukan 	NIC : Activity Therapy <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat Monitor vital sign Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas

Hr/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan	
		Tujuan/Kriteria Hasil (NOC)	Tindakan (NIC)
	<p>makan.</p> <p>BB sekarang : 48.5 kg</p> <p>BB kering : 44 kg</p> <p>TD :136/96 mmHg</p> <p>RR : 15 x/menit</p> <p>N : 112x/menit</p> <p>S : 38 °C</p> <p>CRT: < 2 detik</p> <p>- HGB : 5.0 g/dL</p>	<p>aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanda-tanda vital normal • Energy psikomotor • Mampu berpindah: dengan atau tanpa bantuan alat • Status kardiopulmunari adekuat • Sirkulasi status baik • Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat 	

G. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama Klien : Tn. A

Tgl : 10-11 juli 2018

No. RM : 51 33 99

Ruang Rawat : Raha Mongkilo

Tabel 3.7

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
Selasa 10/7/2018 09.10	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Ttv normal • Klien tidak gelisah 	00204	1	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih sesak O : <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah: 136/96 mmhg • Klien Nampak gelisah A : <ul style="list-style-type: none"> • Masalah sesak belum teratasi P : Intervensi selanjutnya

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
10.00	<p>2. Kolaborasi pemberian analgetik dan terapi cairan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan • Tidak ada ortostatik hipertensi 	00204	1	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian sesak secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. • Observasi tanda-tanda vital. • Berikan kolaborasi analgetik untuk mengurangi sesak • Tingkatkan istirahat <p>S : klien mengatakan sesak mulai berkurang.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah : • Klien merasa tenang • Terapi oral ibuprofen 200 mg • Terapi Inf. PCT 500 mg

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
				<ul style="list-style-type: none"> • Terapi inf. PCR 200 cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri berkurang • Sesak berkurang <p>P : intervensi selanjutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian sesak secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. • Observasi tanda-tanda vital. • Berikan kolaborasi analgetik untuk mengurangi sesak • Tingkatkan istirahat

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
10.30	<p>3. Membatasi gerakan pada kepala, punggung, dan leher</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan - Klien mengatakan sudah tidak sesak - Klien sudah tidak gelisan 	00204	1.	<p>S : pasien mengatakan posisi nyaman dan sesak berkurang.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV : <p>A : sesak berkurang</p> <p>P : intervensi selanjutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian sesak secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. • Observasi tanda-tanda vital. • Berikan kolaborasi analgetik untuk mengurangi sesak

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
				<ul style="list-style-type: none"> • Tingkatkan istirahat
Rabu 11/7/2018 07.30	<p>Terapi Hemodialisis</p> <p>Waktu terapi : 5 jam</p> <p>Target terapi : UFG 3000, SU : 1000</p> <p>Terapi kolaborasi cairan : transfuse on HD/PRC 400 cc (2 kolf)</p>			
	<p style="text-align: center;">Pre HD</p> <p>TD : 140/96 mmHg</p> <p>N : 112 x/menit</p> <p>Rr : 18 x/menit</p> <p>S : 36.5 °C</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>Bb : 49 kg</p>	<p style="text-align: center;">Post HD</p> <p>TD : 154/108 mmHG</p> <p>N : 115 x/menit</p> <p>Rr : 20 x/menit</p> <p>S : 36 °C</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>BB : 45 Kg</p>		

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
Rabu 11/7/2018 07.30	1. Memonitor adanya tromboplebitis. Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sesak berkurang • Pasien sudah tidak gelisah • Tekanan edema di abdomen berkurang 	00204	1	S : pasien mengatakan sesak mulai berkurang. O : <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah : 140/96 mmHg • Terapi hemodialisis • Terapi O2 : 3 Lpm • Terapi inf. Nacl 500 ml • Transfusi PRC 400 cc A : <ul style="list-style-type: none"> • Sesak berkurang • Pasien merasa tenang P : intervensi selanjutnya <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian sesak secara komperhensif termasuk lokasi,

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
				karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. <ul style="list-style-type: none"> • Observasi tanda-tanda vital selama terapi HD berlangsung
Rabu 11/7/2018 08.30	1. Memonitor vital sign Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Sesak pasien berkurang • Pasien sudah tidak gelisah 	00026	2	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sesak mulai berkurang O : <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah: 149/99 mmHg • Pasien merasa tenang A : <ul style="list-style-type: none"> • Masalah sesak belum teratasi

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
11.00	<p>2. Memonitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP, edema, distensi vena leher, asites)</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesak pasien berkurang • Tekanan edema pada abdomen berkurang 	00026	2	<p>P : Intervensi selanjutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian sesak secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. • Observasi tanda-tanda vital selama proses HD berlangsung • Tingkatkan istirahat <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan sesak mulai berkurang • klien mengatakan edema diperut mulai berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD :

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
				<ul style="list-style-type: none"> • Terapi hemodialisis • Terapi O2 3 Lpm <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah belum teratasi <p>P : Intervensi selanjutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian sesak secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. • Observasi tanda-tanda vital selama proses HD berlangsung • Tingkatkan istirahat
Rabu 11/7/2018 13.00	Post HD 1. Memonitor oedem perifer berat badan, BP, HR, dan RR	00026	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sesak sudah

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
	<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesak pasien berkurang • Edema di abdomen berkurang • Pasien tidak gelisah 			<p>berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan perutnya sudah tidak merasa bengkak • Pasien mengatakan sudah merasa nyaman <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD : 154/108 mmHG • N : 115 x/menit • Rr : 20 x/menit • S : 36 °C • Kesadaran : composmentis • BB post HD : 45 Kg • Terapi Inf. NaCL 500 ml • Terapi inf. PCT 500 mg • Pasien merasa tenang <p>P : Intervensi selanjutnya</p>

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
08.00	<p>2. Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesak pasien teratasi • Pasien merasa nyaman • pasien tidak lemas 	00092	3	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian sesak secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. • Observasi tanda-tanda vital selama • Tingkatkan istirahat <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sesak berkurang • Pasien mengatakan sudah mampu makan dan minum

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
	<ul style="list-style-type: none"> • nafsu makan meningkat • pasien dapat beraktivitas secara mandiri 			<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan mampu berpindah posisi sendiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD : 140/80 mmHG • N : 120 x/menit • Rr : 20 x/menit • Terapi clonidine 5 mg • Pasien merasa tenang <p>P : intervensi selanjutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. • Observasi tanda-tanda vital. • Berikan kolaborasi analgetik • Tingkatkan istirahat

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
Kamis 12 juli 2018 7.30	1. Monitor hasil Hb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urin) Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien sudak tidak sesak • Pasien mampu beraktivitas dan mobilisasi mandiri • HB meningkat 	00026	2	S : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah tidak sesak • Pasien sudah mampu makan dan minum secara mandiri • Pasien sudah mampu mobilisasi kerkamar mandi secara mandiri O : <ul style="list-style-type: none"> • TD : 129/80 mmHG • N : 99 x/menit • Rr : 20 x/menit • Terapi Amlodipine 5 mg • Pasien merasa tenang

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
10.30	1. Monitor vital sign Hasil : Tekanan darah: 119/80 mmHg Nadi : 90 x/menit Suhu : 36.8°C	00092	3	<ul style="list-style-type: none"> • HGB : 7.9 g/dL (cito lab, 12 juli 2018, pkl : 05.30) P : intervensi selanjutnya <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan factor presipitasi. • Observasi tanda-tanda vital. • Berikan kolaborasi analgetik • Tingkatkan istirahat S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah merasa nyaman dan tidak sesak lagi O :

Hari/Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Kode Dx. Keperawatan	No Dx	Evaluasi
	<p>Pernapasan : 22 x/menit</p> <p>2. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu beraktivitas secara mandiri • Pasien mampu berpindah secara mandiri tanpa alat bantu 			<ul style="list-style-type: none"> • Klien sudah mampu beraktivitas secara mandiri • Klien sudah mampu mobilisasi secara mandiri dan tanpa bantuan <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi tentang data klien. Fase proses keperawatan ini mencakup dua langkah yaitu data dari sumber primer (klien), dan sumber sekunder (keluarga dan tenaga kesehatan) dan analisis data sebagai dasar untuk diagnosa keperawatan. Pengkajian merupakan komponen dasar dalam proses keperawatan, sehingga dengan pengkajian yang tepat akan menentukan langkah berikutnya (Potter & Perry, 2005).

Setelah menguraikan asuhan keperawatan gagal ginjal kronis pada Tn.A di ruang Raha Mongkilo DI RS bateramas. Dalam bab ini penulis akan menguraikan pembahasan tentang kesenjangan kesenjangan yang ditemukan selama penulis melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, pengambilan diagnosa, merencanakan tindakan keperawatan, implementasi hingga evaluasi yang meliputi faktor penghambat, implikasi, dan didukung oleh teori yang relevan.

Penulis melakukan pengkajian tanggal 10 Juli 2018 dengan cara wawancara dan melakukan pemeriksaan fisik. Data pengkajian yang penulis peroleh mengarahkan penulis untuk mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer, Kelebihan volume cairan, dan yang terakhir Intoleransi aktivitas.

Berdasarkan teori pengkajian menurut Doengoes (2000) ditemukan bahwa klien merasakan bahwa dirinya merasakan kelemahan di ekstremitas. Doengoes (2000) mengatakan bahwa penderita gagal ginjal kronis akan mengalami peningkatan berat badan yang cepat disebabkan adanya edema, klien juga mengalami peningkatan berat badan yang cepat karena edema. Klien juga mengalami peningkatan frekwensi napas seperti dalam buku Doenges pasien dengan gagal ginjal kronis akan mengalami peningkatan frekwensi pernapasan.

Pada pemeriksaan diagnostik klien terdapat data hasil Hasil pemeriksaan hematologi tanggal 10 Juli 2018 didapat hemoglobin rendah 5.0 g/dL. Pemeriksaan urine menunjukkan nilai ureum yang tinggi yaitu 224 mg/dL,

dan kreatinin 19.7 mg/dL. Pada pemeriksaan urine terdapat data kreatinin meningkat, hal ini terjadi karena nefron pada ginjal klien mengalami penurunan kuantitasnya sehingga tidak mampu menyaring kreatinin yang ada dalam ginjal (Brunner, 2014).

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang mempunyai lisensi dan kompeten untuk mengatasinya. Diagnose keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat (Potter & Perry, 2005).

Menurut Nanda NIC-NOC (2014) diagnosa keperawatan yang muncul untuk pasien CKD adalah :

- a. Kelebihan volume cairan
- b. Kerusakan integritas kulit
- c. Ketidak seimbangan asupan nutrisi kurang dari kebutuhan
- d. Intoleransi aktivitas
- e. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer
- f. Nyeri
- g. Gangguan pertukaran gas

Berdasarkan pengkajian dan analisa data yang dilakukan pada kasus pasien Tn A ditemukan ada 3 diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplai O₂ yang ditandai dengan klien mengatakan lemas dan sesak (TD :136/96 mmHg, RR : 15 x/menit, N : 112x/menit, S : 38 °C, CRT: < 2 detik, HGB : 5.0 g/dL)
- b. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na dan H₂O ditandai dengan Klien mengatakan lidah terasa pahit, nafsu makan berkurang, klien tampak gelisah (BB sekarang : 48.5 kg, BB kering : 44 kg, Bentuk abdomen : edema, TD :136/96 mmHg, RR : 15 x/menit, N : 112x/menit, S : 38 °C).

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen yang ditandai dengan klien mengatakan lidah terasa pahit, nafsu makan berkurang, klien tampak lemah, pucat, tidak nafsu makan, (TD :136/96 mmHg, RR : 15 x/menit, N : 112x/menit, S : 38 °C, CRT: < 2 detik, HGB : 5.0 g/dL).
- h. Berdasarkan penjelasan di atas ditemukan ada kesenjangan pada diagnosa keperawatan antara teoritis dan kasus. Dari 7 diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan teoritis sebanyak 4 diagnosa keperawatan tidak ditemukan dalam kasus, yaitu :Kerusakan integritas kulit, ketidak seimbangan asupan nutrisi kurang dari kebutuhan, nyeri, Gangguan pertukaran gas.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah rencana keperawatan yang akan penulis rencanakan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi (Wilkinson, 2011). Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan dan di intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2005).

Dari tiga diagnosa keperawatan selanjutnya dibuat rencana keperawatan sebagai tindakan pemecahan masalah keperawatan dimana penulis membuat rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan kemudian menetapkan tujuan dan kriteria hasil, selanjutnya menetapkan tindakan yang tepat.

Pada intervensi keperawatan diagnosa nyeri akut tidak ada kesenjangan yang signifikan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dimana intervensi keperawatan yang ada pada teori juga ada dalam intervensi keperawatan yang ada pada kasus.

Untuk intervensi keperawatan diagnosa hippertermi tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dimana pada tinjauan teori intervensi keperawatan untuk hippertermi juga ada pada perencanaan keperawatan kasus.Sedangkan intervensi keperawatan untuk diagnosa nutrisi kurang dari

kebutuhan tubuh juga tidak ada perbedaan antara intervensi keperawatan teori dan kasus.

D. Implementasi Keperawatan

Setelah melakukan intervensi keperawatan, tahap selanjutnya adalah mencatat intervensi yang telah dilakukan dan evaluasi respons klien. Hal ini dilakukan karena pencatatan akan lebih akurat bila dilakukan saat intervensi masih segar dalam ingatan. Tulislah apa yang diobservasi dan apa yang dilakukan (Deswani, 2009). Implementasi yang merupakan kategori dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. (Potter & Perry, 2005).

Implementasi keperawatan dilaksanakan selama tiga hari dimulai dari tanggal 10-12 Juli 2018 dimana semua tindakan yang dilaksanakan selalu berorientasi pada rencana yang telah dibuat terdahulu dengan mengantisipasi seluruh tanda-tanda yang timbul sehingga tindakan keperawatan dapat tercapai pada asuhan keperawatan yang dilaksanakan dengan menerapkan komunikasi terapeutik dengan prinsip etis. Pada kasus ini tidak jauh beda dengan teori-teori yang ada di dalam rencana keperawatan.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Namun, evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses perawatan. Evaluasi mengacu pada penilaian, tahapan dan perbaikan. Pada tahap ini, perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal (Alfaro-Lefevre, 1994 dalam Deswani, 2009).

Dalam kasus ini evaluasi keperawatan dilakukan sampai pasien diizinkan pulang, yaitu sebagai berikut :

1. Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplay O₂

Pada hari Selasa, 10 Juli 2018 (jam 09.10) klien mengatakan masih merasakan sesak, tekanan darah: 136/96 mmHg, klien nampak gelisah. Hari Rabu, 11 Juli 2018 (jam 07.30) klien mengatakan sesaknya mulai berkurang, Tekanan darah 140/96 mmHg. Hari Kamis, 12 Juli klien mengatakan sudah tidak merasa sesak lagi, dan pasien terlihat sudah

merasa nyaman (Tekanan darah: 119/80 mmHg, Nadi : 90 x/menit, Suhu : 36.8°C, Pernapasan : 20 x/menit, HGB : 7.9 g/dL (cito lab, 12 juli 2018, pkl : 05.30).

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi Na dan H₂O

Pada hari selasa, 10 Juli 2018 (jam 09.10) klien mengatakan masih merasa sesak, klien Nampak gelisah dan lemah dari hasil pengkajian yang didapatkan (BB sekarang : 48.5 kg, BB kering : 44 kg, Bentuk abdomen : edema, TD :136/96 mmHg, RR : 15 x/menit, N : 112x/menit, S : 38 °C, CRT: < 2 detik, HGB : 5.0 g/dL). Pada hari rabu, 11 Juli 2018 (jam 01.00) pasien mengatakan sudah tidak merasanya sesak, pasien mengatakan tekanan karena bengkak diperutnya sudah merasa berkurang (TD : 154/108 mmHG, N : 115 x/menit, Rr : 20 x/menit, S : 36 °C). Hari kamis, 12 juli 2018 (07.30) pasien mengatakan sudah tidak gelisah dan pasien tampak nyaman (TD : 129/80 mmHG, N : 99 x/menit, Rr : 20 x/menit, Pasien merasa tenang, HGB : 7.9 g/dL (cito lab, 12 juli 2018, pkl : 05.30)) intervensi dihentikan.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen.

Pada hari selasa, 10 Juli 2018 (jam 09.10) klien mengatakan masih merasa sesak, klien Nampak gelisah dan lemah dari hasil pengkajian yang didapatkan (TD :136/96 mmHg, RR : 15 x/menit, N : 112x/menit, S : 38 °C, CRT: < 2 detik, HGB : 5.0 g/dL). Pada hari rabu, 11 juli 2018 pasien mengatakan sesak mulai berkurang, pasien sudah mampu makan dan minum, pasien sudah mampu berpindah posisi sendiri (TD : 140/80 mmHG, N : 120 x/menit, Rr : 20 x/menit, Pasien merasa tenang). Pada hari kamis, 12 juli 2018 (10.30) pasien mengatakan sudah merasa nyaman dan sudah tidak sesak lagi, Klien sudah mampu beraktivitas secara mandiri, Klien sudah mampu mobilisasi secara mandiri dan tanpa bantuan, Tekanan darah: 119/80 mmHg, Nadi : 90 x/menit, Suhu : 36.8°C, Pernapasan : 20 x/menit, HGB : 7.9 g/dL (cito lab, 12 juli 2018, pkl : 05.30) intervensi dihentikan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Adapun hasil asuhan keperawatan kepada klien yang didapatkan dari pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, menentukan rencana keperawatan, melakukan implementasi dan evaluasi, yaitu :

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada Tn. A tanggal 10 Juli dengan CKD diperoleh data yang tidak jauh berbeda dengan manifestasi klinis dari penyakit CKD yaitu sesak, mersa lemah, terasa berat pada bagian edema, lidah terasa pahit, nafsu makan berkurang, tidak nafsu makan, akrak dingin, membran mukosa kering dan tidak mampu melakukan aktivitas.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil data pengkajian yang telah dilakukan, dirumuskan diagnosa keperawatan pada Tn.A dengan CKD yang sesuai dengan teori yaitu Ketidak efek tifean perfusi jaringan perifer, Kelebihan volume cairan, dan yang terakhir Intoleransi aktivitas.

3. Rencana Keperawatan

Dalam membuat rencana keperawatan disesuaikan dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga mendapatkan tujuan yang diinginkan. Tidak ada kesenjangan rencana keperawatan antara teori dan kasus untuk setiap diagnosa yang sama.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan pada pasien dilakukan sesuai rencana pada teori. Tidak semua tindakan yang direncanakan dilakukan karena penulis dalam melakukan tindakan lebih mengutamakan tindakan prioritas dalam proses pengobatan dan penyembuhan pasien dan juga disesuaikan dengan kondisi, situasi, dan perubahan yang dialami pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Klien di pulangkan karena kondisinya telah membaik dan disarankan untuk kembali melakukan kontrol. Maka penulis memberikan health education mengenai menganjurkan kepada klien untuk selalu melakukan teknik relaksasi

napas dalam dan mengatur posisi yang nyaman ketika merasa sesak kembali dirasakan dan menganjurkan klien untuk selalu meningkatkan istirahat, juga menganjurkan pada klien untuk selalu mengkonsumsi makanan yang cukup dan mengontrol asupan cairan yang sudah dianjurkan. Menganjurkan keluarga untuk selalu menemani klien serta mengkonsumsi obat yang diberikan sesuai dengan instruksi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah ada maka penulis memberi beberapa saran, antara lain :

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Bagi RSUD Bahteramas Sulawesi Tenggara, untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang ditunjang dengan pengadaan fasilitas-fasilitas yang memadai berkaitan dengan pasien Gagal Ginjal Kronik.

2. Bagi perawat

2.1 Diharapkan dalam melakukan pengkajian hendaknya menjalin hubungan kerja sama yang baik antara klien dan perawat, agar data yang diperoleh sesuai dengan kondisi klien. Diharapkan dalam perumusan masalah sesuai dengan data yang diperoleh dari klien. Dapat mengaplikasikan semua rencana dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Kemudian dapat memperoleh evaluasi sesuai yang diharapkan sebelumnya.

2.2 Diharapkan kepada perawat untuk dapat memberikan Health Education pada pasien terkait hal-hal yang berhubungan dengan penyakitnya, sehingga mampu mengurangi tingkat stres hospitalisasi.

3. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan agar lebih membekali mahasiswa didiknya tentang pembuatan asuhan keperawatan baik itu yang terkait Gagal Ginjal maupun penyakit-penyakit lainnya.

4. Bagi klien dan keluarga klien

Diharapkan keterlibatan dan kerja sama antara klien dan keluarga klien dengan perawat dalam proses keperawatan. Sehingga didapatkan proses keperawatan yang berkesinambungan, cepat dan tepat kepada klien.

5. Bagi Mahasiswa

Untuk mahasiswa yang akan melakukan studi kasus selanjutnya agar lebih memperhatikan dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan data yang diperoleh pada saat pengkajian.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L. J. 2013. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*, Jakarta : EGC.
- Deswani. 2009. *Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis*. Jakarta: Salemba Medika
- Internasional, NANDA,(2012). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*(2012-2014). Jakarta : EGC
- Nurarif. A.H. & Kusuma. H. 2015. Aplikasi NANDA NIC-NOC. Jilid 1, 2 dan 3. Yogyakarta. Media Action.
- Potter & Perry. 2005. Buku ajar Fundamental Keperawatan Edisi 4. EGC, jakarta.
- RSU Bahteramas. 2018. Profil RSU Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2018. Kendari (Tidak dipublikasikan).
- Tarwoto & Wartonah, 2006, *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika
- Willkinson, Judith M. 2011. Buku Saku Diagnosis Keperawatan : diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil / NOC. Alih bahasa : Esty Wahyuningsih, editor edisi bahasa Indonesia: Dwi Widiarti. Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Alam, Syamsir, dkk. 2007. *Gagal Ginjal*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Brunner & Suddarth.(2014). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Edisi ke-13. America : Woltes Kluwer Health.
- Doengoes, M.E, Moorhouse, M.F & Geissler, A.C. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan (Terjemahan) Edisi 3*. Jakarta : EGC.
- Guyton and Hall. 2014. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. edisi 12. Jakarta : EGC.
- Herdman, T, Heather.(2011). *NANDA International Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Diterjemahkan oleh Made Sumarwati, S.Kp, MN dan Nike Budhi Subekti, S.Kp. Jakarta:EGC.

- Lukman *et al.* 2013. *Tingkat Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik*. Jakarta : EGC
- Mari, Bapadeto. (2009). *Klien Gangguan Ginjal*. Jakarta : EGC
- Price, S.A & Wilson, L.M. (2006). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* Edisi 6 Vol 2. Jakarta : EGC.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). (2013). *Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS 2013* : Badan Litbangkes, Depkes RI 2013.
- Smelzer & Bare (2002). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses Dan Praktik (Terjemahan)*, Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Suyono, S. (2001). *Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid II, Edisi 3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Tarwoto.(2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*.Edisi 2.Jakarta : CV Sagung Seto.
- WHO, 2012, (Online), (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>), Retrived 20 Juli 2018).

LAMPIRAN-LAMPIRAN



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution, No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI

NO. DL.09.02/5/760 /2018

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : H. Ismail
Nim : 14401 2017 00024 6

Benar-benar telah melunasi SPP semester I s/d II yang terkait dengan Jurusan Keperawatan,
dengan bukti sebagai berikut :

1. Slip Pembayaran SPP semester I s/d Semester II

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.

Kendari, 23 Juli 2018

Bendaharan Jurusan Keperawatan



Edi R. S. Kep., Ns

NIP. 19860504 201012 1 001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonahu, Kota kendari 93232
 Telp. (0401) 390492, Fax(0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA

No: 209/PP/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : H. Ismail
 NIM : 14401 2017 000246
 Tempat Tgl. Lahir : Langara, 07 Februari 1978
 Jurusan : RPL .D.III Keperawatan
 Alamat : Jl. Prof. Muh. Yamin Puuwatu

- Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Jurusan RPL. D.III Keperawatan Tahun 2018

Kendari, 20 Juli 2018

Kepala Unit Perpustakaan
 Politeknik Kesehatan Kendari

Amalia
 Amalia S. Sos

NIP. 19611231198203103



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BAHTERAMAS
 Jln. Kapten Pierre Tendean No. 50 Telp (0401) 3195611 Kendari Kode Pos 93000 Baruga
 Email : admin@rsud-bahteramas.go.id / Website: www.rsud-bahteramas.go.id

Nomor : 0141Litbang/RSUD/VIII/2018
 Perihal : Izin Penelitian

Kendari, 16 – 8 – 2018

Kepada YTH,
 Kepala Ruang Tambi Baho Kasamba (Hemodialisa)
 RSUD. Bahteramas Prov. Sultra
 Di –
 Tempat

Bismillahirrahmanirrahim,
 Alhamdulillah, Allahumma Shalli wasalim 'Ala Nabyyina Muhammad wa'ala A-lihi
 wasahbihi Ajma'in.

Berdasarkan Surat Kepala BALITBANG Prov. Sultra Nomor :
 UT.01.02/1/3363/2018, Tanggal 4 Juli 2018 perihal izin penelitian, dengan ini
 menyatakan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan izin
 penelitian kepada :

Nama	: I s m a i l
NIM.	: 144012017000541
Jurusan/Program Studi	: DIII Ilmu Keperawatan
Institusi	: Politeknik Kesehatan Kendari
Judul Penelitian	: Asuhan Keperawatan Dasar Dengan CKD di Ruang Tambi Baho Kasamba (Hemodialisis) Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara
Data Yang Akan Diambil	: Data Primer dan Data Sekunder
Waktu Penelitian	: Tanggal 16 – 8 – 2018 s/d 17 – 9 - 2018

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati Tata Tertib dan Peraturan yang berlaku di RSUD. Bahteramas
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula
3. Membawa 1 (satu) rangkap proposal penelitian
4. Setelah selesai wajib menyerahkan 1 (satu) rangkap hasil penelitian yang telah disahkan pihak Akademik/Institusi

An. Direktur,

Wadir. Perencanaan dan Diklat ✓



dr. Abdul Karim, Sp.PK
 NIP. 19841231 200012 1 018

Tembusan:

1. Direktur RSUD. Bahteramas Kendari di Kendari;
2. Direktur Politeknik Kesehatan Kendari di Kendari;
3. Mahasiswa yang bersangkutan;
4. Arsip.



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BAHTERAMAS
 Jln. Kapten Pierre Tendean No. 50 Telp (0401) 3199611 Kendari Kode Pos 93000 Baruga
 Email : admin@rsud-bahteramas.go.id / Website: www.rsud-bahteramas.go.id

TIM KELAYAKAN ETIK PENELITIAN RSUD. BAHTERAMAS PROVINSI SULAWESI TENGGARA

SURAT KETERANGAN KELAYAKAN ETIKA PENELITIAN

Tim Kelayakan Etik Penelitian RSUD. Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara telah mengkaji permohonan kelayakan etika penelitian yang diajukan oleh:

Nama Peneliti	: I s m a i l
NIM	: 144012017000541
Jurusan/Program Studi	: DIII Ilmu Keperawatan
Institusi	: Politeknik Kesehatan Kendari
Judul Penelitian	: Asuhan Keperawatan Dasar Dengan CKD di Ruang Tambi Baho Kasamba (Hemodialisis) Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara
Pada Tanggal	: 16 - 8 - 2018

Dengan hasil

- **Layak Etik**
- Layak Etik Dengan Usulan Perbaikan
- Tidak Layak Etik

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 16 - 8 - 2018
 Ketua Tim Kelayakan Etik Penelitian



dr. Abdul Karim, Sp.PK
 NIP. 19641231 200012 1 018