

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA  
PASIEN NY. Z DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK  
DISERTAI DIABETES MELLITUS DAN NY. R DENGAN  
GAGAL GINJAL KRONIK DISERTAI ANEMIA DI RUANG  
AZALEA RSUD CAM KOTA BEKASI TAHUN 2023**



**Disusun oleh**

**PUTRI SINTAWATI**

**NPM : 23.156.03.11.039**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI  
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA  
PASIEN NY. Z DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK  
DISERTAI DIABETES MELLITUS DAN NY. R DENGAN  
GAGAL GINJAL KRONIK DISERTAI ANEMIA DI RUANG  
AZALEA RSUD CAM KOTA BEKASI TAHUN 2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar  
Profesi Ners (Ners)**



**Disusun Oleh**

**PUTRI SINTAWATI**

**NPM : 23.156.03.11.039**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI  
2023**

## **LEMBAR PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Putri Sintawati, S.Kep

NPM : 23.156.03.11.039

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2023” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKS Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bekasi, 13 November 2023

Putri Sintawati

## LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Diperiksa Oleh Presepor Satu Dan  
Preseptor Dua Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil.**

Bekasi, 13 November 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

**Arabta M.Peraten Pelawi, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

NIDN. 0301096505

**Lina Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

NIDN. 0321108001

Mengetahui :

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia

**Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep**

NIDN. 0316028302

## LEMBAR PENGESAHAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Putri Sintawati, S.Kep  
NPM : 23.156.03.11.039  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2023.

Telah diperiksa, dikaji, dan diujikan dalam seminar hasil pada 13 November 2023.

Bekasi 13 November 2023

Penguji I

Penguji II

**Arabta M.Peraten Pelawi, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

NIDN. 0301096505

Wakil Ketua I Bidang Akademik

**Lina Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

NIDN. 0321108001

Kepala Program Studi Ilmu  
Keperawatan (S1) dan Pendidikan  
Profesi Ners

**Puri Kresnawati, STT,M,KM**

NIDN. 0309049001

**Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep**

NIDN. 0316028302

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

**Dr. Lenny Irmawaty S.,STT.,M.Kes**

NIDN. 0319017902

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan anugerah-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2023”. dengan baik dan tepat waktu. Taklupa Shalawat beserta salam semoga selalu tercurah limpahkan kepada Rasulullah SAW, keluarganya, para sahabatnya serta kita selaku umatnya hingga akhir zaman.

Adapun tujuan dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi di STIKes Medistra Indonesia.

Penulis menyadari dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak akan selesai dan tepat waktu tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak. Karena itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada pihak yang telah membantu untuk kelancaran penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, baik dari segi moril maupun materi dengan secara langsung maupun tidak langsung. Untuk itu dengan segala hormat dan kerendahan hati penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Bapak Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Ibu Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku ketua dari STIKes Medistra Indonesia
4. Ibu Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
5. Ibu Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia

6. Ibu Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Ibu Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku ketua program studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A selaku Koordinator Profesi Ners.
9. Ibu Lina Indrawati, S.Kep, Ners., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Ibu Arabta M. Peraten Pelawi, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dosen Penguji 1.
11. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan
12. Kedua Orang tua tercinta (Bapak Asep Heru Mu'minin dan Ibu Wigati) dan adik tercinta (Ahmad Dzaki Mu'minin) beserta keluarga yang selalu memberikan banyak doa, motivasi, semangat serta dukungan selama proses perkuliahan. Tanpa doa dan dukungan dari kalian mungkin penulis tidak akan sampai pada titik sekarang ini.
13. Terimakasih penulis sampaikan kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah memberikan motivasi serta bantuan hingga penulis dapat terselesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Maka dari itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak agar kedepannya bisa semakin lebih baik lagi. Semoga proposal skripsi ini dapat bermanfaat khususnya bagi peneliti dan umumnya bagi pembaca.

Bekasi, 13 November 2023

Putri Sintawati

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERNYATAAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>B. Tujuan Umum .....</b>	<b>5</b>
<b>C. Tujuan Khusus.....</b>	<b>5</b>
<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>7</b>
<b>A. Pengertian Gagal Ginjal Kronik .....</b>	<b>7</b>
<b>B. Etiologi Gagal Ginjal Kronik.....</b>	<b>8</b>
<b>C. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik.....</b>	<b>10</b>
<b>D. Pathways .....</b>	<b>11</b>
<b>E. Manifestasi Klinis.....</b>	<b>12</b>
<b>F. Pemeriksaan Penunjang .....</b>	<b>13</b>
<b>G Therapy Hemodialisis .....</b>	<b>15</b>
<b>H. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik.....</b>	<b>18</b>
<b>I. Diagnosa Keperawatan.....</b>	<b>19</b>
<b>J. Intervensi Keperawatan.....</b>	<b>20</b>
<b>BAB III LAPORAN KASUS.....</b>	<b>26</b>
<b>KASUS I .....</b>	<b>34</b>
<b>KASUS II.....</b>	<b>59</b>
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>83</b>
<b>A. Pengkajian .....</b>	<b>83</b>
<b>B. Diagnosa Keperawatan.....</b>	<b>86</b>
<b>C. Intervensi Keperawatan .....</b>	<b>94</b>
<b>D. Implementasi Atau Catatan Keperawatan.....</b>	<b>101</b>
<b>E. Evaluasi atau Catatan Perkembangan.....</b>	<b>103</b>



<b>BAB IV PENUTUP .....</b>	<b>105</b>
<b>A. KESIMPULAN .....</b>	<b>105</b>
<b>B. SARAN.....</b>	<b>107</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>108</b>
<b>Lampiran 1 Format Bimbingan.....</b>	<b>111</b>

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

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

Penyakit ginjal kronik (PGK) merupakan kerusakan yang terjadi pada ginjal selama lebih dari 3 bulan yang menunjukkan manifestasi patologik berupa kelainan fungsional atau struktural yang disertai dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi pada glomerulus. Kerusakan yang terjadi ditandai dengan adanya kelainan pada komposisi urin atau darah dan laju filtrasi glomerulus (LFG) menunjukkan hasil  $<60 \text{ ml/menit/1.73m}^2$  selama lebih dari 3 bulan, serta dalam imaging test (uji pencitraan) dengan atau tanpa disertai kerusakan ginjal (Pratiwi, Widiyawati and Yuanta, 2022).

Prevelansi gagal ginjal pada tahun 2018, sekitar 131.600 orang di Amerika Serikat mulai pengobatan untuk gagal ginjal. Hampir 786.000 orang di Amerika Serikat, atau 2 dari setiap 1.000 orang, saat ini hidup dengan gagal ginjal dan sekitar 71% menjalani dialysis, sisanya (29%) hidup dengan transplantasi ginjal. Jumlah kasus gagal ginjal di Indonesia cukup tinggi. Berdasarkan data riset kesehatan dasar data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 jumlah pasien gagal ginjal kronik di Indonesia sebanyak 713.783 penderita dengan angka tertinggi berada di Jawa Barat dengan jumlah 131.846 penderita dan angka terendah berada di Kalimantan Utara dengan 1.838 penderita (Putri, Dewi and Ludiana, 2023).

Faktor risiko yang berhubungan signifikan dengan kejadian CKD yaitu usia tua, obesitas, peningkatan tekanan darah sistolik, hipertensi, peningkatan

lingkar lengan, DM tipe 2, lamanya durasi diabetes dan riwayat keluarga dengan penyakit ginjal. Faktor risiko CKD yang berhubungan dengan DM dipengaruhi oleh usia saat terdiagnosis DM, lamanya menderita DM, kadar glukosa awal dan kadar glukosa darah tertinggi  $>500\text{mg/dl}$  (Kusuma, Mariam and Nusadewiarti, 2023).

Nefropati diabetikum merupakan penyakit dengan ekskresi albumin pada urine yang patologis berkembang akibat DM tipe 1 dan tipe 2 yang berjalan lama, lesi glomerular diabetik, dan penurunan LFG. Komplikasi sistemik yang dapat terjadi pada penderita CKD terutama pada sistem kardiovaskular, endokrin dan metabolik, gastrointestinal, hematologi, neurologi, muskuloskeletal, kulit dan gejala kompleks. Manifestasi dapat muncul berupa aterosklerosis, kardiomiopati, imbalance elektrolit, anoreksia, muntah, kehilangan berat badan, anemia, neuropati, miopati, kulit kering, lemah, insomnia dan kaheksia (Kusuma, Mariam and Nusadewiarti, 2023).

Pada penderita gagal ginjal kronik dengan anemia juga kerap terjadi, hal ini disebabkan karena suatu keadaan dimana massa eritrosit dan/atau hemoglobin yang bersirkulasi tidak dapat memenuhi perannya dalam mengoksigenasi jaringan tubuh. Anemia dapat ditandai dengan timbulnya gejala seperti lesu, lelah, sesak nafas saat bekerja, nyeri, sakit kepala, pusing dan kelemahan otot. Penelitian laboratorium seperti hitung darah lengkap, serum besi (SI), serum feritin, saturasi transferin, dan TIBC diperlukan mendiagnosis anemia (Akuba *et al.*, 2023).

Penyebab utama Anemia adalah kurangnya Agen Stimulan Eritropoiesis. Ginjal adalah organ yang menghasilkan erythropoietin, yang bertindak untuk mengatur produksi eritrosit di sumsum tulang. Penderita gagal ginjal kronik tidak memiliki eritropoietin karena fungsi ginjalnya tidak dapat menghasilkan eritropoietin secara seimbang. Oleh sebab itu, gagal ginjal kronik terdapat hubungan linier antara kadar hemoglobin dan filtrasi glomerulus ginjal.<sup>20</sup> Erythropoietin atau hematopoietin merupakan hormon glikoprotein yang memiliki berat molekul 30-39 Kd yang berperan dalam mendorong proses erythropoiesis dalam proses reproduksi, maturasi dan mutasi retikulosit (Akuba *et al.*, 2023).

Perawatan konservatif atau dialisis adalah salah satu tindakan yang harus diimplementasikan segera setelah pasien didiagnosis gagal ginjal kronis; jika tidak, maka akan terjadi komplikasi yang dapat menyebabkan kematian. Hemodialisis adalah pengobatan yang paling sering digunakan, merupakan pengobatan seumur hidup atau berlanjutsampai pasien mendapatkan transplantasi ginjal. Hemodialisis adalah teknik pembersihan darah ekstrakorporeal yang digunakan untuk menghilangkan produk sisa metabolisme yang terakumulasi pada pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir. Zat terlarut dan cairan dibersihkan melalui membrane semipermeable dengan pemisahan massa yang berbeda melalui mekanisme difusi, konveksi dan adsorpsi (Lolowang, Lumi and Rattoe, 2020).

Menurut data Indonesia Renal Registry (IRR) pada tahun 2017, jumlah pasien Penyakit ginjal kronis dengan pilihan terapi hemodialisa di Indonesia

dari tahun ke tahun semakin bertambah. Pada tahun 2017 terdapat 77.892 pasien hemodialisa yang tersebar di 433 unit Hemodialisa di Indonesia. Dengan adanya bantuan pembiayaan pemerintah melalui program BPJS Kesehatan, diprediksi jumlah dari pasien cuci darah akan semakin bertambah di tahun-tahun yang mendatang. Menurut Nuari dan Widayati pada tahun 2017 tujuan dari pengobatan hemodialisa adalah meningkatkan kualitas hidup pasien (Fitriani *et al.*, 2020).

Menurut World Health Organization (WHO), kualitas hidup adalah persepsi individu tentang hidupnya dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan masalah. Kualitas hidup merupakan perbandingan antara harapan dan kenyataan. Pada pasien gagal ginjal kronis, kualitas hidup juga mencerminkan kualitas pengobatan karena melibatkan proses fisik, psikologis, dan sosial yang ingin dicapai. Pengumpulan data kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis akan membantu pasien memahami penyakit mereka dan merupakan implikasi dari pengobatan (Lolowang, Lumi and Rattoe, 2020).

Berdasarkan data dari bulan Agustus sampai dengan bulan Oktober di ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi terdapat sebanyak 41 orang klien yang mengalami gagal ginjal kronik yang disertai dengan penyakit penyerta. Oleh karena itu penulis tertarik untuk menyusun Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2023.

## **B. Tujuan Umum**

Memahami dan mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi Tahun 2023.

## **C. Tujuan Khusus**

1. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi.
2. Mampu merumuskan masalah keperawatan pada pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi.
3. Mampu menentukan diagnose keperawatan pada pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi.
4. Mampu merencanakan intervensi keperawatan pada pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi.

5. Mampu melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi.
6. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi.
7. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus pada pasien Ny. Z Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Diabetes Mellitus Dan Ny. R Dengan Gagal Ginjal Kronik Disertai Anemia Di Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi.

## BAB II

### TIJAUAN TEORI

#### A. Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal adalah ginjal kehilangan kemampuan untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal. Gagal ginjal biasanya dibagi menjadi dua kategori yaitu kronik dan akut (Nurarif, 2019).

Gagal ginjal kronik (GGK) disebut juga sebagai *chronic kidney disease* (CKD). Gagal ginjal kronis atau penyakit gagal ginjal stadium akhir adalah gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan serta elektrolit sehingga menyebabkan uremia yaitu retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah (Marianna and Astutik, 2018)

Gagal ginjal kronis yaitu keadaan dimana terjadi penurunan fungsi ginjal yang cukup berat secara perlahan – lahan (menahun) disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal. Penyakit ini bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih kembali (*irreversibel*). Penyakit ini dapat mengakibatkan tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat peningkatan pada kadar ureum yang dapat meningkatkan beban sirkulasi berlebihan, terjadinya edema, gagal jantung kongestif dan hipertensi. (Pardede and Chunnaedy, 2009) Pada pasien gagal ginjal kronis mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa, transplantasi ginjal,



dialysis peritoneal, hemodialysis dan rawat jalan dalam waktu yang lama.(Carolina and Aziz, 2019)

Beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronis disebabkan oleh kerusakan jaringan ginjal yang tidak dapat pulih kembali dan terjadi secara bertahap sehingga dapat mengakibatkan penumpukan cairan di ureum yang memerlukan pengobatan dalam waktu yang lama berupa, transplantasi ginjal, dialysis peritoneal, hemodialysis dan rawat jalan.

## **B. Etiologi Gagal Ginjal Kronik**

Pada dasarnya, penyebab gagal ginjal kronik adalah penurunan laju filtrasi glomerulus atau yang disebut juga penurunan *glomerulus filtration rate* (GFR). Penyebab gagal ginjal kronik menurut (Dhani, 2019)

1. Gangguan pembuluh darah: berbagai jenis lesi vaskuler dapat menyebabkan iskemik ginjal dan kematian jaringan ginjal. Lesi yang paling sering adalah Aterosklerosis pada arteri renalis yang besar, dengan konstiksi skleratik progresif pada pembuluh darah. *Hyperplasia fibromaskular* pada satu atau lebih arteri besar yang juga menimbulkan sumbatan pembuluh darah. Nefrosklerosis yaitu suatu kondisi yang disebabkan oleh hipertensi lama yang tidak di obati, dikarakteristikan oleh penebalan, hilangnya elastisitas system, perubahan darah ginjal mengakibatkan penurunan aliran darah dan akhirnya gagal ginjal.

2. Gangguan imunologis: seperti glomerulonephritis
3. Infeksi: dapat dijelaskan oleh beberapa jenis bakteri terutama *E. Coli* yang berasal dari kontaminasi tinja pada *traktus urinarius* bakteri. Bakteri ini mencapai ginjal melalui aliran darah atau yang lebih sering secara ascenden dari traktus urinarius bagian bawah lewat ureter ke ginjal sehingga dapat menimbulkan kerusakan irreversible ginjal yang disebut pielonefritis.
4. Gangguan metabolik: seperti DM yang menyebabkan mobilisasi lemak meningkat sehingga terjadi penebalan membrane kapiler dan di ginjal dan berlanjut dengan disfungsi endotel sehingga terjadi nefropati amiloidosis yang disebabkan oleh endapan zat-zat proteinemia abnormal pada dinding pembuluh darah secara serius merusak membrane glomerulus.
5. Gangguan tubulus primer: terjadinya nefrotoksis akibat analgesik atau logam berat.
6. Obstruksi traktus urinarius: oleh batu ginjal, hipertrofi prostat, dan kontstriksi uretra.
7. Kelainan kongenital dan herediter: penyakit polikistik sama dengan kondisi keturunan yang dikarakteristik oleh terjadinya kista atau kantong berisi cairan didalam ginjal dan organ lain, serta tidak adanya jaringan ginjal yang bersifat kongenital (*hypoplasia renalis*) serta adanya asidosis.

### **C. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik**

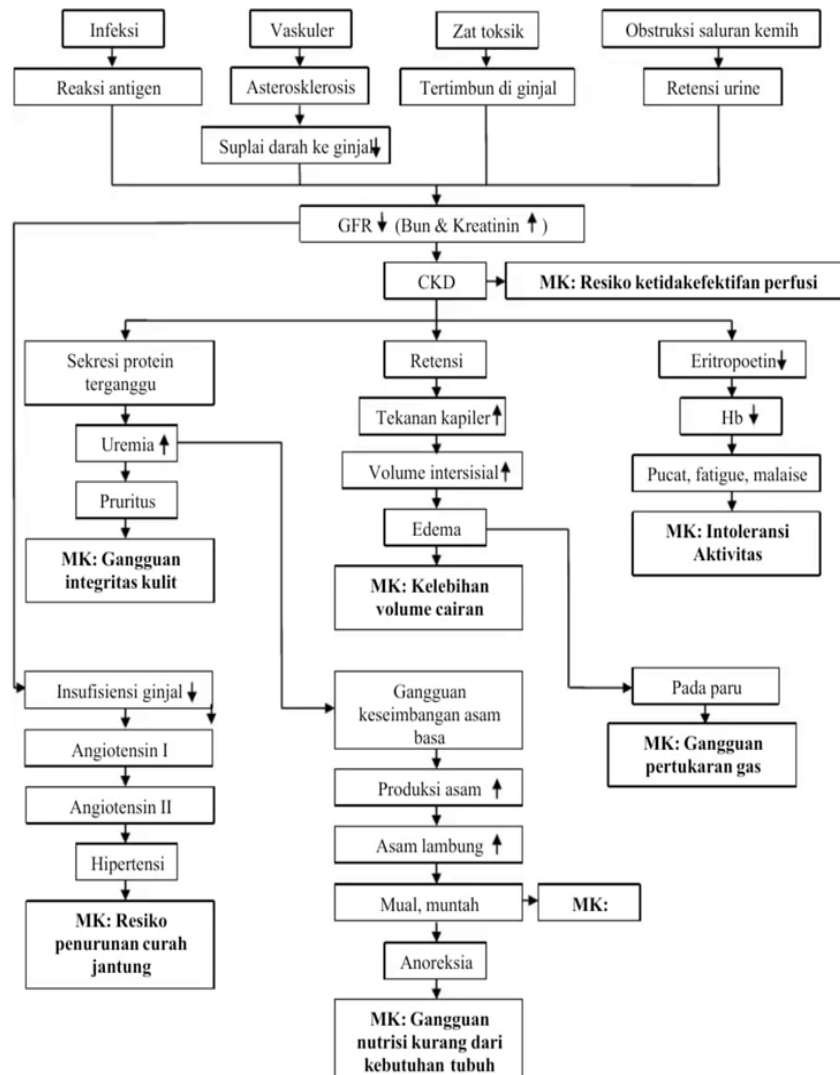
Patofisiologi gagal ginjal kronis dimulai dari fase gangguan keseimbangan cairan, penanganan garam, serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang bermasalah. Sampai fase ginjal turun kurang dari 25% normal, manifestasi klinis gagal ginjal kronis sangat sedikit karena nefron-nefron sisa yang sehat dan mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresinya serta mengalami hipertrofi (Muttaqin and Sari, 2011).

Semakin banyaknya nefron yang mati, maka nefron yang tersisa akan meghadapi banyak tantangan dan akan ikut rusak dan akhirnya mati. Siklus kematian ini berkaitan dengan tuntutan pada nefron-nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Pada penyusutan progresif pada nefron-nefron, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Kondisi ini akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuk jaringan parut sebagai respons dari kerusakan nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit-metabolit yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang akan bermanifestasi pada setiap organ tubuh (Muttaqin and Sari, 2011).

Terapi hemodialisis (HD) merupakan salah satu terapi yang dapat digunakan untuk menggantikan fungsi ginjal sehingga dapat mempertahankan hidup, hemodialisa merupakan terapi yang berfungsi untuk membersihkan darah yang mengandung bahan beracun yang kemudian dikeluarkan oleh

ginjal dalam tubuh. Salah satu masalah yang berkontribusi pada kegagalan manajemen perawatan hemodialisis yaitu masalah kepatuhan pasien. Ketidakepatuhan pasien dalam pengobatan dan manajemen cairan menjadi masalah yang sering terjadi pada pasien yang menjalani hemodialisis (Sari, 2016).

#### D. Pathways



### C. Manifestasi Klinis

1. Manifestasi klinik menurut (Smeltzer & Bare, 2013) antara lain : hipertensi, (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sisyem renin, angiotensi, aldosteron), gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan) dan perikarditis (akibat iriotasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, kedutan otot, kejang, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi).
2. Manifestasi klinik menurut (Setiati, Siti.,*et all*, 2017) adalah sebagai berikut:
  - a) Gangguan kardiovaskuler Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, effusi perikardiac dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.
  - b) Gannguan Pulmoner Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan riak, suara krekels.
  - c) Gangguan gastrointestinal Anoreksia, nausea, dan fomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau ammonia.
  - d) Gangguan muskuloskeletal Resiles leg sindrom (pegal pada kakinya sehingga selalu digerakan), burning feet syndrom (rasa kesemutan dan terbakar, terutama ditelapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot – otot ekstremitas.

- e) Gangguan Integumen kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning–kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal – gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.
- f) Gangguan endokrin Gangguan seksual: libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan amenore. Gangguan metabolic glukosa, gangguan metabolic lemak dan vitamin D.
- g) Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam dan basa biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia.
- h) System hematologi anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin, sehingga rangsangan eritopoesis pada sum-sum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopeni.

#### **D. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut (Smeltzer & Bare, 2013) ada beberapa pemeriksaan diagnostik untuk gagal ginjal kronik antara lain:

##### **1. Pemeriksaan laboratorium**

Penilaian GGK dengan gangguan yang serius dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium, seperti kadar serum sodium/natrium dan potassium atau kalium, pH, kadar serum fosfor, kadar Hb, hematokrit,

kadar urea nitrogen dalam darah (BUN) serum dan konsentrasi kreatinin urin urinalisis.

Pada stadium yang cepat pada insufisiensi ginjal, analisa urine dapat menunjang dan sebagai indikator untuk melihat kelainan fungsi ginjal, batas kreatinin, urin rata-rata dari urine tampung selama 24 jam. Analisa urine dapat dilakukan pada stadium gagal ginjal yang mana dijumpai produksi urine yang tidak normal. Dengan urine analisa juga juga dapat menunjukkan kadar protein, glukosa, RBC/eritrosit dan WBC/leukosit serta penurunan osmolaritas urin. Pada gagal ginjal yang progresif dapat terjadi output urin yang kurang dan frekuensi urine menurun, monitor kadar BUN dan kadar kreatinin sangat penting bagi pasien gagal ginjal. Urea nitrogen adalah produk akhir dari metabolisme protein serta urea yang harus dikeluarkan oleh ginjal. Normal kadar BUN dan kreatinin 20:1. Bila ada peningkatan BUN selalu diindikasikan adanya dehidrasi dan kelebihan intake protein.

## 2. Pemeriksaan radiologi

Beberapa pemeriksaan radiologi yang biasa digunakan untuk mengetahui gangguan fungsi ginjal antara lain:

- a) Flat-flat radiografi keadaan ginjal, ureter dan vesika urinaria untuk mengidentifikasi bentuk, ukuran, posisi dan klasifikasi dari ginjal. Pada gambaran ini akan terlihat bahwa ginjal mengecil yang mungkin disebabkan adanya proses infeksi.

- b) Computer Tomography Scan yang digunakan untuk melihat secara jelas anatomi ginjal yang penggunaannya dengan memakai kontras atau tanpa kontras.
  - c) *Intervenous Pyelography* (IVP) digunakan untuk mengevaluasi keadaan fungsi ginjal dengan memakai kontras. IVP biasa digunakan pada kasus gangguan ginjal yang disebabkan oleh trauma, pembedahan, anomali kongenital, kelainan prostat, caculi ginjal, abses ginjal, serta obstruksi saluran kencing.
  - d) *Arteriorenal Angiography* digunakan untuk mengetahui sistem arteri, vena dan kapiler ginjal dengan menggunakan kontras.
  - e) *Magnetig Rosonance Imaging* (MRI) digunakan untuk mengevaluasi kasus yang disebabkan oleh obstruksi uropathy, ARF, proses infeksi ginjal serta post transplantasi ginjal.
3. Biopsi ginjal

Untuk mendiagnosa kelainan ginjal dengan mengambil jaringan ginjal lalu dianalisa. Biasanya biopsi dilakukan pada kasus glomerulonefritis, sindrom nefrotik, penyakit ginjal bawaan dan perencanaan transplantasi ginjal.

#### **E. Therapy Hemodialisis**

Terapi pengganti ginjal terdiri dari hemodialisis, peritoneal dialisa dan transplantasi ginjal. Terapi hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal yang paling banyak dilakukan dan jumlahnya dari tahun ke tahun terus



meningkat. Dialysis atau Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk-produk sisa metabolisme yang tidak terpakai dari dalam tubuh ketika ginjal sudah tidak mampu lagi berfungsi dengan baik sesuai fungsinya (Smeltzer & Bare, 2013).

Hemodialisis adalah suatu tindakan pembuangan elemen tertentu dari darah dengan memanfaatkan perbedaan kecepatan difusi melalui membran semipermeabel. Hemodialisis dilakukan 2 kali seminggu, setiap hemodialisis dilakukan selama 5 jam. Kualitas setelah menjalani hemodialisis cukup baik. Namun, hemodialisis berdampak pada status gizi pasien, oleh karena prosedur dialisis mengakibatkan hilangnya nutrisi ke dalam dialisat dan meningkatkan proses katabolisme. Penurunan berat badan pada penderita gagal ginjal kronik mulai terlihat setelah 3 bulan menjalani hemodialisis dan 20 penurunan berat badan secara signifikan setelah 1 tahun menjalani hemodialisis (Sari, 2016). Indikasi dialisis pada penyakit ginjal kronik adalah bila laju filtrasi glomerulus (LFG) sudah kurang dari 5 mL/menit. Dialisis dianggap baru perlu di mulai bila di jumpai salah satu dari hal berikut: Keadaan umum buruk dan gejala klinis nyata, K serum  $> 6$  mEq/L, Ureum darah  $> 200$  mg/L, pH darah  $< 7,1$ , Anuria berkepanjangan ( $> 5$  hari), dan fluid overloaded atau hypervolemia (Peri Zuliani and Dita Amita, 2020).

Hemodialisis dilakukan untuk mengeluarkan zat-zat toksik, seperti ureum dan kreatinin, serta mengeluarkan kelebihan cairan. Namun dalam proses hemodialisis juga membuang zat-zat gizi yang masih diperlukan tubuh, diantaranya protein, glukosa, dan vitamin larut air. Kehilangan zat-zat gizi ini

apabila tidak ditanggulangi dengan benar dapat menyebabkan gangguan status gizi. Asupan makan pasien gagal ginjal kronik biasanya rendah, hal ini dikarenakan menurunnya nafsu makan, timbulnya rasa mual dan diikuti oleh muntah, yang dapat berpengaruh terhadap penurunan berat badan penderita. *The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF/DOQI) merekomendasikan pemberian asupan tinggi protein untuk pasien dialisis. Namun, bahan makanan yang tinggi protein merupakan sumber fosfor yang tinggi. Kadar serum fosfor yang melebihi 5,5 mg/dL dapat meningkatkan mortalitas kardiovaskuler (Marianna and Astutik, 2018).

Pasien yang menjalani dialisis akan menjalani pemeriksaan Laboratorium seperti pemeriksaan Hematologi (Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, dan Trombosit), dan pemeriksaan Darah untuk mengecek ureum dan kreatinin darah, Skrining Infeksi HbsAg, Anti-HCV dan anti-HIV. Tidak hanya itu pasien memerlukan suplemen vitamin pada saat akan melakukan dialisis. Diet saja umumnya dapat memenuhi kebutuhan vitamin yang larut dalam air (A, D, E, dan K). Pemberian suplemen vitamin D tergantung kadar kalsium, fosfor dan hormon paratiroid. Asupan vitamin larut dalam air (B dan C), biasanya kurang cukup, selain karena restriksi bahan makanan yang banyak mengandung vitamin ini, juga hilang selama terapi dialisis. Semua pasien dengan dialisis hendaknya diberikan suplemen vitan B dan C. Pemantauan kadar besi perlu dilakukan setiap hari. Suplemen besi diberikan untuk mencegah anemia defisiensi besi dan memulai terapi hormon eritropoietin. Bila terjadi kekurangan besi, terapi besi dapat diberikan secara

intravena selama sesi dialisis. Pasien yang menjalani CAPD membutuhkan protein dan kalium yang lebih tinggi lagi karena banyak protein maupun K hilang melalui cairan peritoneal dialisis yang terbuang (Pardede and Chunnaedy, 2009). Komplikasi pada pasien yang mengalami hemodialisa biasanya yaitu, hipotensi, kram, mual dan muntah, sakit kepala, nyeri dada, nyeri punggung, dan gatal-gatal (Marianna and Astutik, 2018).

### **G. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik**

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronik menurut (Dhani, 2019) antara lain:

#### **1. Penyakit tulang**

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan dekasifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama maka menyebabkan patologis.

#### **2. Penyakit Kardiovaskuler**

Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri). Selain berfungsi sebagai sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin.

### 3. Disfungsi seksual

Dengan gangguan sirkulasi pada ginjal, maka libido sering mengalami penurunan dan terjadi impotensi pada pria. Pada wanita, dapat terjadi hiperprolaktinemia.

## H. Diagnosa Keperawatan

Menurut (PPNI, 2017) diantaranya:

1. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)
2. Nyeri akut b.d agen pecedera fisiologis. (D.0077)
3. Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan. (D.0022)
4. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan. (D.0019)
5. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin. (D.0009)
6. Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi. (D.0129)
7. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan. (D.0056)
8. Resiko perdarahan d.d gangguan gastrointestinal (D.0012)
9. Risiko infeksi d.d penyakit kronis (D.0142)

## **I. Intervensi Keperawatan**

Menurut (PPNI, 2018) diantaranya:

### **1. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)**

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

**Kriteria Hasil:**

- a. Tingkat kesadaran meningkat
- b. Dyspnea / nafas pendek mengalami penurunan
- c. Bunyi napas tambahan menurun
- d. Pusing menurun
- e. Gelisah menurun
- f. Napas cuping hidung menurun
- g. PCO<sub>2</sub> membaik
- h. PO<sub>2</sub> membaik
- i. Takikardi membaik
- j. pH arteri membaik
- k. Sianosis membaik
- l. Pola napas membaik
- m. Warna kulit membaik

**Intervensi :****Terapi oksigen (I.01026).**

- a. Monitor kecepatan aliran oksigen.
- b. Monitor posisi alat terapi oksigen.
- c. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup.
- d. Monitor efektifitas terapi oksigen (Mis.analisa gas darah, oksimetri).
- e. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan.
- f. Monitor tanda - tanda hipoventilasi (adanya nyeri kepala, pusing, letargi/kelelahan, sesak, kantuk disiang hari, depresi).
- g. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen (verbal maupun non verbal : Ekspresi mimik wajah dan keluhan pasien).
- h. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen (apakah ada iritasi).
- i. Pertahankan kepatenan jalan nafas (Teknik batuk efektif, suction, insersi jalan nafas buatan).
- j. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen (Nasal kanul, rebreathing mask, & non rebreathing mask), oksigen, regulator.
- k. Berikan oksigen tambahan, jika perlu (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan).
- l. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi (Tabung oksigen yang mudah dibawa).

- m. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien.
- n. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah.
- o. Kolaborasi penentuan dosis oksigen.
- p. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur.

**2. Nyeri akut b.d agen pecedera fisiologis. (D.0077)**

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

**Kriteria Hasil:**

- a. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat
- b. Keluhan nyeri menurun
- c. Meringis menurun
- d. Sikap protektif menurun
- e. Gelisah menurun
- f. Kesulitan tidur menurun
- g. Berfokus pada diri sendiri menurun
- h. Perasaan depresi menurun
- i. Frekuensi nadi membaik
- j. Fokus membaik
- k. Perilaku membaik
- l. Pola tidur membaik

**Intervensi :****Manajemen nyeri (I.08238).**

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b. Identifikasi skala nyeri.
- c. Identifikasi respons nyeri nonverbal.
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- h. Fasilitasi istirahat dan tidur (atur lingkungan pasien dengan batasi pengunjung untuk mengurangi kebisingan, tanyakan kepada pasien apakah suka mendengarkan musik yang menenangkan, menutup tirai, matikan lampu jika perlu).
- i. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (Misalnya nyeri akut dikarenakan retensi Na yang menyebabkan asam laktat meningkat, maka dapat dilakukan diet rendah garam).
- j. Jelaskan penyebab, periode / kurun waktu, dan pemicu nyeri.
- k. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

**3. Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan. (D.0022)**

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



**Kriteria Hasil:**

- a. Haluaran urin meningkat
- b. Kelembapan membrane mukosa meningkat
- c. Asupan makanan meningkat
- d. Edema menurun
- e. Asites / penumpukan cairan dirongga perut menurun
- f. Konfusi / penurunan berfikir sehingga bingung disorientasi menurun
- g. Tekanan darah membaik
- h. Denyut nadi radial membaik
- i. Tekanan arteri rata – rata membaik
- j. Berat badan membaik

**Intervensi :****Manajemen Hipervolemia (I.03114).**

- a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (Mis.edema, dyspnea, suara napas tambahan).
- b. Identifikasi penyebab hipervolemia.
- c. Monitor status hemodinamik (Mis. Frekuensi jantung, tekanan darah).
- d. Monitor intake dan output cairan.
- e. Monitor tanda hemokonsentrasi (Mis. Blood Urea Nitrogen, kadar natrium, berat jenis urin).
- f. Monitor tanda peningkatan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat).
- g. Monitor kecepatan infus secara ketat.

- h. Monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hypokalemia, hiponatremia).
- i. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama.
- j. Batasi asupan cairan dan garam.
- k. Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat.
- l. Anjurkan melapor jika haluaran urin.

**4. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan. (D.0019)**

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

**Kriteria hasil:**

- a. Porsi makanan yang di habiskan meningkat
- b. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat
- c. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat
- d. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat
- e. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat
- f. Sikap terhadap makanan / minuman sesuai dengan tujuan kesehatan
- g. Berat badan membaik
- h. Indeks massa tubuh membaik
- i. Frekuensi makan membaik
- j. Nafsu makan membaik
- k. Bising usus membaik

**Intervensi :****Manajemen nutrisi (I.03119).**

- a. Identifikasi status nutrisi (apakah ada penurunan BB > 10% serta IMT dibawah normal).
- b. Identifikasi intoleransi/ alergi makanan.
- c. Identifikasi makanan yang disukai.
- d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi.
- e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric.
- f. Monitor asupan makanan.
- g. Monitor berat badan.
- h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Tes darah: urea & kreatinin, Tes urine : protein & uremia).
- i. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu.
- j. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramida makanan).
- k. Sajikan makanan secara menarik dan suhu sesuai.
- l. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi.
- m. Ajarkan diet yang diprogramkan, yang boleh dan tidak.
- n. Berikan suplemen makanan, jika perlu Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi.
- o. Anjurkan posisi duduk, jika perlu.
- p. Ajarkan diet yang diprogramkan (rendah protein, rendah garam).
- q. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.antimetik), jika perlu.

- r. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.

**5. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin.**

**(D.0009)**

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

**Kriteria Hasil:**

- a. Denyut nadi perifer meningkat
- b. Warna kulit pucat menurun
- c. Edema perifer menurun
- d. Nyeri ekstremitas menurun
- e. Parastesia / kesemutan menurun
- f. Kelemahan otot menurun
- g. Kram otot menurun
- h. Nekrosis menurun
- i. Pengisian kapiler membaik
- j. Akral membaik
- k. Turgor kulit membaik
- l. Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik
- m. Tekanan artei rata – rata membaik

**Intervensi :****Perawatan sirkulasi (I.14569).**

- a. Periksa sirkulasi perifer (Mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu).
- b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (Mis. Merokok, diabetes, hipertensi, kolestrol tinggi).
- c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau edema pada ekstremitas.
- d. Hindari pemasangan infus / pengambilan darah di area keterbatasan perfusi (area yang edema atau hematoma).
- e. Hindari pengukuran TD pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi (area edema atau hematoma).
- f. Hindari penekanan pemasangan tourniquet pada area yang cedera.
- g. Lakukan pencegahan infeksi (cuci tangan sebelum melakukan tindakan, hindari tindakan yang beresiko mencederai terutama di area perfusi yang tidak efektif).
- h. Lakukan perawatan kaki dan kuku (jangan biarkan kuku panjang, kaki dalam keadaan bersih dan kulit tidak kering).
- i. Lakukan hidrasi (misalnya minum air putih sesuai program diit).
- j. Anjurkan berhenti merokok.
- k. Anjurkan olahraga rutin sesuai kemampuan pasien.
- l. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar.
- m. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (diet rendah protein, Na, dan batasi minum).

- n. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur.
- o. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (Mis. Melembabkan kulit kering pada kaki).
- p. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (Mis.rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

**6. Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi. (D.0129)**

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

**Kriteria hasil:**

- a. Perfusi jaringan meningkat
- b. Kerusakan lapisan menurun
- c. Nyeri menurun
- d. Kemerahan menurun
- e. Pigmentasi abnormal menurun

**Intervensi :**

**Perawatan integritas kulit (I.11353).**

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (Mis.perubahan status nutrisi).
- b. Monitor hasil laboratorium (tes darah: urea & kreatinin, tes urine: protein & hematuria).
- c. Oleskan agen topical pada kulit yang gatal.

- d. Ajarkan diet yang diprogramkan (diet rendah protein, garam, batasi minum).
- e. Edukasi penyebab gangguan integritas kulit.
- f. Kolaborasi pemberian obat topical.

**7. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan. (D.0056)**

**Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat (L.05047).

**Kriteria hasil:**

- a. Frekuensi nadi meningkat
- b. Saturasi oksigen meningkat
- c. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat
- d. Kecepatan berjalan meningkat
- e. Jarak berjalan meningkat
- f. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
- g. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat
- h. Keluhan lelah menurun
- i. Dispnea saat aktivitas menurun
- j. Dyspnea setelah aktivitas menurun
- k. Perasaan lemah menurun
- l. Aritmia saat aktivitas menurun
- m. Sianosis menurun
- n. Warna kulit membaik
- o. Tekanan darah membaik

- p. Frekuensi napas membaik
- q. EKG iskemia membaik

**Intervensi :**

**Manajemen energi (I.05178).**

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (mis. Penurunan O<sub>2</sub>).
- b. Monitor kelelahan fisik dan emosional (observasi kemampuan pasien melakukan aktivitas dan respon pasien dalam menghadapi penyakitnya).
- c. Monitor pola tidur dan jam tidur (apakah < 8 jam/harinya).
- d. Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas.
- e. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan).
- f. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif (pasif : untuk pasien yang belum bisa mandiri, aktif : perawat hanya membimbing).
- g. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.
- h. Anjurkan aktivitas secara bertahap.
- i. Kolaborasi dengan ahli gizi diet yang tepat untuk pasien.

**8. Resiko perdarahan d.d gangguan gastrointestinal (D.0012)**

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



**Kriteria hasil:**

- a. Kelembapan membrane meningkat
- b. Kelembapan mukosa meningkat
- c. Pengetahuan kognitif meningkat
- d. Hematemesis menurun
- e. Hemoglobin membaik
- f. Hematokrit membaik
- g. Tekanan darah membaik
- h. Denyut nadi apical membaik

**Intervensi :****Pencegahan perdarahan (I.02067).**

- a. Monitor tanda dan gejala adanya perdarahan (feses berwarna hitam, muntah berdarah, adanya nyeri pada ulu hati).
- b. Monitor nilai hemoglobin.
- c. Pertahankan bedrest selama perdarahan.
- d. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan.
- e. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan.
- f. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K.
- g. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan.
- h. Kolaborasi pemberian obat pengontrol darah.
- i. Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu.

**9. Risiko infeksi d.d penyakit kronis (D.0142)**

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

**Kriteria hasil:**

- a. Kebersihan tangan meningkat
- b. Kebersihan badan meningkat
- c. Nafsu makan meningkat
- d. Demam menurun
- e. Nyeri menurun
- f. Periode malaise / lemas menurun
- g. Periode menggigil menurun
- h. Letargi / lelah menurun
- i. Kadar sel darah putih membaik

**Intervensi :****Pencegahan infeksi (I.14539).**

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (adanya kemerahan, nyeri/gatal).
- b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- c. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.
- d. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- e. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
- f. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

### BAB III

#### LAPORAN KASUS

**FORMAT KAJIAN DATA DASAR KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes Medistra Indonesia)**

---

#### PENGAJIAN DATA DASAR (KASUS I)

Nama Mahasiswa : Putri Sintawati  
Tempat : RSUD CAM (Ruang Azalea)  
Tanggal Pengkajian : 13 Oktober 2023

#### A. Identitas Diri Klien

Nama : Ny.Z  
Tgl masuk RS : 08 Oktober 2023  
Tempat / Tgl Lahir : Bekasi, 11-08-1959  
Umur : 68 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua, wali, suami, istri, **anak**  
dan lain-lain)  
Alamat : Jl. Sersan Idris No. 12  
Status Perkawinan : Menikah  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Suku : Betawi

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Lama Bekerja : -  
Penanggung jawab  
Nama : Ny.I  
Usia : 31 Tahun  
Pendidikan : S1  
Pekerjaan : PNS  
Hubungan dengan klien : Anak klien  
Sumber Informasi : Klien, rekamedis, dan keluarga klien.

## **B. Status Kesehatan Saat Ini**

### 1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Anak klien mengatakan ibunya mengalami penurunan kesadaran.

Anak klien juga mengatakan klien mengalami sesak nafas sehari sebelum masuk rumah sakit frekuensi napas 30x/menit.

### 2. Faktor pencetus

Anak klien mengatakan ibunya mempunyai penyakit DM dan mengalami gagal ginjal kronik.

### 3. Lamanya keluhan

Anak klien mengatakan keluhannya terus menerus sehingga klien dibawa ke RS.

4. Timbulnya keluhan

Anak klien mengatakan timbulnya keluhan yang klien rasakan mendadak.

5. Faktor yang memberatkan

Anak klien mengatakan pasien mengalami stroke dan sudah *bed rest* kurang lebih 3 tahun.

6. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Anak klien mengatakan upaya yang dilakukan membawa Ny.Z kerumah sakit.

7. Diagnostik medik CKD + DM

**C. Riwayat Kesehatan Lalu**

1. Penyakit yang pernah dialami

Anak klien mengatakan Ny.Z mempunyai riwayat penyakit stroke dan *bed rest* kurang lebih 3 tahun.

2. Alergi

Anak klien mengatakan klien tidak mempunyai alergi obat maupun makanan.

3. Imunisasi

Anak klien mengatakan tidak mengetahui tentang imunisasi yang pernah pasien dapatkan.

#### 4. Kebiasaan

Anak klien mengatakan Ny.Z tidak mempunyai kebiasaan merokok, alkohol, juga minum kopi.

#### 5. Obat-obatan

Anak klien mengatakan pasien mengonsumsi obat gula kurang lebih 1 tahun yang lalu.

#### 6. Pola nutrisi

Sebelum masuk rumah sakit frekuensi makan klien 2-3x/hari, nafsu makan baik, porsi makan selalu dihabiskan. Setelah masuk RS dan mengalami penurunan kesadaran klien juga mengalami penurunan nafsu makan dan klien tidak mau makan namun tidak ada penurunan berat badan.

#### 7. Pola eliminasi

##### a. Buang air besar

Anak klien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAB normal 1x/hari. Saat sakit dan di rawat anak klien mengatakan BAB baru 2x dengan konsistensi lembek berwarna kuning.

##### b. Buang air kecil

Anak klien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAK 4-5x/hari. Saat sakit BAK klien menggunakan alat bantu kateter. Output urine perhari 1200cc/hari.

#### 8. Pola tidur dan istirahat

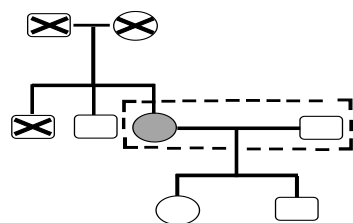
Sebelum sakit, anak klien mengatakan waktu tidur 6-7 jam/hari, kebiasaan pengantar tidur (-), kebiasaan saat tidur (-), Anak klien mengatakan saat sakit Ny.Z sering tidur sambil bergumam berbicara ngelantur.

#### 9. Pola aktivitas dan latihan

Anak klien mengatakan klien hanya berbaring di tempat tidur karena *bed rest*. Rentang gerak klien menurun, anak klien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu.

### D. Riwayat Keluarga

#### Genogram:



#### Keterangan

□	: Laki-laki	✕	: Meninggal
○	: Perempuan	---	: Serumah
●	: Ny. Z		

### E. Riwayat Lingkungan

Anak klien mengatakan tinggal dilingkungan yang padat penduduk. Saluran air terbuka namun jauh dari polusi. Tidak terdapat area yang membahayakan, pencahayaan cukup sirkulasi udara di rumah baik. Kondisi lingkungan sekitar rumah bersih.

## **F. Askep Psikososial**

### 1. Pola pikir dan persepsi

Klien mengalami penurunan kesadaran sering bergumam sendiri, mengatakan hal-hal yang tidak jelas dan banyak berbicara tidak nyambung.

### 2. Persepsi diri

Klien seperti kebingungan pada saat ditanya sedang berada dimana namun masih mengingat namanya.

### 3. Suasana hati

Klien tampak gelisah dan sesekali berusaha untuk mencabut infusan yang dipasang.

### 4. Hubungan/komunikasi

#### a. Bicara

Klien tidak dapat berbicara dengan jelas dan sering berbicara tidak nyambung dan ngelantur.

#### b. Tempat tinggal

Klien tinggal bersama suaminya, kedua anak klien sudah menikah dan tidak tinggal satu rumah.

#### c. Kehidupan keluarga

Anak klien mengatakan kondisi keuangan memadai dan hubungan dengan anggota keluarga yang lain baik. Pembuat keputusan dalam keluarga adalah suaminya.



- d. Tidak ada kesulitan dalam hal keuangan dan komunikasi dalam keluarga.
5. Kebiasaan seksual klien tidak terkaji
6. Pertahanan koping yaitu dengan pengambilan keputusan oleh suami dan kedua anaknya.
7. Sistem nilai kepercayaan

Sejak *bed rest* klien kesulitan untuk melakukan ibadah solat ditambah mengalami penurunan kesadaran.

#### **G. Pengkajian Fisik**

1. Keadaan Umum : Tampak lemah
2. Kesadaran : Delirium
3. TTV : TD: 64/48 mmHg, N: 111, SPO<sub>2</sub>: 89%, RR: 30x/menit, S: 36,2°C.
4. BB/TB : 65 kg/152 cm
5. Kepala

Bentuk kepala normocephale, rambut tumbuh secara merata, warna hitam dan putih, keadaan rambut bersih.

6. Mata

Simertis (+/+), ukuran pupil 2/2 isokor, bentuk bulat normal, reflek cahaya, konjungtiva anemis, tidak terdapat tanda-tanda peradangan, tidak pernah menjalani operasi mata, tidak menggunakan kacamata dan lensa kontak.

## 7. Hidung

Simertis (+/+), tidak ada tanda-tanda alergi, nafas cupping hidung (-), bulu hidung bersih, tidak terdapat tanda-tanda peradangan. Anak klien mengatakan tidak pernah mengalami sinusitis dan perdarahan pada hidung Ny. Z.

## 8. Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir kering, tidak terdapat stomatitis, keadaan mulut cukup bersih, kesulitan atau gangguan bicara (-), kesulitan menelan (-), pembesaran kelenjar tiroid (-) tetapi terdapat CDL (*Catheter Double Lumen*) pada bagian leher pasien. Klien tidak pernah melakukan pemeriksaan gigi.

## 9. Telinga

Simertis (+/+), serumen (-), fungsi pendengaran baik ketika dipanggil namanya klien mampu merespon dengan menjawab iya.

## 10. Pernafasan

RR 30x/menit, suara paru Wheezing, pola nafas dipsnea, batuk (-), sputum (-), batuk darah (-).

## 11. Sirkulasi

Tekanan darah 64/48 mmHg, nadi perifer: 111x/menit, GDS: 321 mg/dl, capillary refilling time tidak kembali dalam 3 detik. Tidak terdapat distensi vena jugularis. Akral hangat, BJ1 & BJ2 dalam batas normal, tidak terdapat suara jantung tambahan. Irama jantung regular. Tidak terdapat nyeri, palpitasi, namun terdapat oedema di ekstremitas bawah.

## 12. Abdomen

Terdapat distensi abdomen (kembung), terdapat peningkatan nyeri saat ditekan.

## 13. Persyarafan

Pemeriksaan syaraf kranial

- a. N1 (Penciuman): Normal (Klien mampu mengetahui bau minyak oles)
- b. N2 (Pengelihatan): Normal (Klien mampu melihat dengan jelas)
- c. N3 (Okulomotor): Normal (Klien mampu mengangkat kelopak mata)
- d. N4 (Trokllear): Normal (Klien mampu menggerakkan bola mata)
- e. N5 (Trigeminal): Normal (Tidak ada kesulitan mengunyah)
- f. N6 (Abdusen): Normal (Klien mampu menggerakkan mata kesamping)
- g. N7 (Fasialis): Normal (Klien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata)
- h. N8 (Vestibulokoklear): Normal (Klien mampu mendengar dengan baik)
- i. N9 (Glossofaringeal): Normal (Klien mampu membedakan rasa manis dan asam)
- j. N10 (Vagus): Klien kesulitan pada saat bernapas dan merasa sesak.
- k. N11 (Aksesorius): Normal (Klien mampu menggerakkan bahu dan leher serta mampu melawan tekanan)
- l. N12 (Hipoglosus): Normal (Lidah simetris dan mampu menelan dengan baik)

14. Reproduksi tidak ada masalah dalam sistem reproduksi.

15. Neurologi

Tingkat kesadaran Delirium, GCS 11 (E3 M4 V4), terdapat disorientasi tempat maupun waktu, tidak ada riwayat epilepsy/kejang.

klien mengalami kelemahan otot ekstremitas atas dan bawah

$$\frac{3}{2} \quad | \quad \frac{3}{2}$$

16. Ekstermitas

Pada ekstermitas atas nyeri (-), tidak terdapat oedema, terpasang infus di tangan kanan. Ekstermitas bawah: nyeri (-), terdapat oedema ketika di tekan tidak kembali dalam 3 detik dan akral hangat.

17. Kulit

Warna kulit putih langsung, seluruh kulit tubuh kering dan mengelupas, terdapat lesi, tidak terdapat jejas.

18. Status Fungsional

Klien termasuk kategori membutuhkan bantuan sepenuhnya, karena pasien *bed rest* di tempat tidur.

## H. Data Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
<b>Hematologi (12/10/2023)</b>			
Hemoglobin	12,3	12 – 14 g/dl	Normal
Hematokrit	<b>19,5</b>	37 – 47 %	Tidak normal
Leukosit	6,8	5-10 <sup>3</sup> / $\mu$ l	Normal
Trombosit	202	150-400	Normal
<b>Kimia Klinik (12/10/2023)</b>			
Ureum	<b>47</b>	20-40 mg/dl	Tidak normal
Kreatinin	<b>1,97</b>	0,5-1,5 mg/dl	Tidak normal
Egfr	<b>53</b>	90-120 ml/mnt	Tidak normal

<b>Elektolit (12/10/2023)</b>			
Natrium	139	135-145 mmol/L	Normal
Kalium	<b>2,2</b>	3,5-5,0 mmol/L	Tidak normal
Clorida	104	94-111 mmol/L	Normal
<b>Klinik CKD (09/10/2023)</b>			
Warna Urine	Kuning keruh	Jernih	Tidak normal
Albumin Urine	Positif ++	Negatif	Tidak normal
Darah Samar	Positif ++	Negatif	Tidak normal
Nitrit	Positif	Negatif	Tidak normal
<b>Analisa Gas Darah (AGD) (09/10/2023)</b>			
PH	<b>7,583</b>	7,35- 7,45	Tidak normal
PCO2	<b>23,1</b>	35- 45 mmHg	Tidak normal
PO2	97,2	83- 108 mmHg	Normal
O2 Saturasi (SO2%)	<b>89,6</b>	%	Tidak normal
HCO3	<b>13,7</b>	22- 26 mmol/L	Tidak normal
TCO2	<b>15,4</b>	23- 27 mmol/L	Tidak normal

## I. Pemeriksaan Diagnostik

### 1. CR Thorax PA

- a. Skeletal normal
- b. Cor sinus dan diafragma normal
- c. Pulmo: gerakan normal tidak tampak infiltrat
- d. Kesan: foto torax normal

### 2. USG Upper Dan Lower Abdomen

- a. Hasil
  - 1) Hepar: ukuran *craniocaudal* dan *echostruktur* normal, permukaan licin, *sistema bilier* dan *vascular intrahepatal* normal, tak tampak *massa/nodul*
  - 2) VF: ukuran normal, dinding tak menebal, tak tampak massa, batu maupun *sludge*

- 3) Lien: ukuran dan *echostruktur* normal, tak tampak *massa/nodul*, *hillus lienalis* tak *prominen*
  - 4) Pancreas: ukuran dan *echostruktur* normal, tak tampak *massa/nodul*, tak tampak *kalsifikasi*, *ductus pancreaticus* tak *prominen*
  - 5) Ren dextra: ukuran normal dan *echostruktur* meningkat melebihi *echo hepar*, *batascortex* dan *medula* kabur, SPC lebar, tak tampak *massa/batu*
  - 6) Ren sinistra: ukuran normal dan *echostruktur* meningkat melebihi *echo lien*, *batascortex* dan *medula* kabur, SPC tak lebar, tak tampak *massa/batu*
  - 7) Vesica urinaria: terisi cairan, dinding regular tak tebal, tak tampak *batu* maupun *massa*
  - 8) Prostat: ukuran dan *echostruktur* normal, tak tampak *massa/kalsifikasi*
  - 9) Limphonodi para aorta tak *prominen*
- b. Kesan:
- a) CKD grade 3 Ren Bilateral dengan Hidronephrosis grade 1 Ren Dextra
  - b) Tak tampak kelainan pada Hepar, VF, Lien, Pancreas, Vesica Urinaria, maupun Prostat
  - c) Tak Tampak lymphadenopathy para aorta

## J. Terapi Farmakologi

Oral dan Injek		
Ringer Laktat	500 cc	IV
NaCl	500 cc	IV
Pregabalin	3x 75 mg	PO
Rincobal	3x 500 mg	PO
Aricept	1x 5 mg	PO
Brainact	2x 500 mg	PO
Omeprazol	2x 40 mg	Injeksi
Cefoperazon	2x1 g	Injeksi
Vit B12, Asam folat, bicarbonat.	3x 50 ml	Injeksi
Vascon	Target TD > 65	Injeksi
Insulin (novorapid) jika GDS >200	8 unit	Injeksi

### DATA FOKUS

Nama Klien : Ny.Z Tanggal masuk : 08-10-2023

Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023

Diagnosa : CKD + DM

Data Subjektif	Data Objektif
1. Anak klien mengatakan Ny.Z mengalami penurunan kesadaran.	1. Keadaan Umum: Tampak lemah
2. Anak klien mengatakan Ny.Z sesak nafas	2. Kesadaran: Delirium GCS (E3 M4 V4)
3. Anak klien mengatakn Ny.Z mempunyai penyakit DM	3. Klien tampak sesak
4. Anak klien mengatakan belum pernah mendapat insulin.	4. Klien di pasang NRM 15 l/mnt
5. Anak klien mengatakan Ny.Z bed rest dan aktivitas sehari-harinya dibantu.	5. Terdapat suara nafas tambahan wheezing
6. Anak klien mengatakan aktivitas klien di bantu sepenuhnya	6. TTV: TD: 64/48 mmHg, N: 111, SPO <sub>2</sub> : 89%, Rr: 30x/mnt, S: 36,2°C.
	7. GDS: 321 mg/dl
	8. Terdapat oedema
	9. CRT > 3 detik
	10. Kekuatan otot menurun
	11. Terdengar wheezing, pada saat ekspirasi.
	12. Klien tampak dyspnea
	13. Kalium 2,2 mmol/L
	14. Klien tampak bed rest
	15. Aktivitas klien dibantu keluarga ataupun perawat
	16. Klien tampak lemah menggerakkan ekstremitasnya.





### DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny.Z Tanggal masuk : 08-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + DM

No	Diagonosa Keperawatan
1	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)
2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)
3	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)
4	Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)

### INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny.Z Tanggal masuk : 08-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + DM

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Pertukaran gas pasien meningkat (L.01003)</b> . Kriteria Hasil : 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. SPO <sub>2</sub> membaik	<b>Terapi Oksigen (L.01026)</b> <b>Obsevasi</b> 1) Monitor kecepatan aliran oksigen 2) Monitor posisi alat terapi oksigen. 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup <b>Terapeutik</b> 4) Berikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). <b>Kolaborasi</b> 5) Berikan oksigen dengan NRM 15L 6) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur	1) Memberikan kepatenan jalan napas 2) Agar terpasang dengan baik 3) Agar pasien tidak sesak 4) Agar memberi rasa nyaman 5) Mengurangi rasa sesak 6) Memberikan rasa nyaman pada saat tidur

Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>kestabilan kadar glukosa darah meningkat (L.03022)</b> Kriteria Hasil : 1. Kadar glukosa dalam urine membaik 2. Kesadaran meningkat	<b>Manajemen hiperglikemi (I.03115)</b> <b>Observasi</b> 1) Identifikasi situasi yang mengakibatkan kebutuhan insulin meningkat 2) Monitor kadar glukosa darah <b>Terapeutik</b> 3) Berikan asupan cairan oral <b>Edukasi</b> 4) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 5) Anjurkan kepatuhan terhadap diet <b>Kolaborasi</b> 6) Kolaborasi pemberian insulin	1) Agar gula darah terkontrol 2) Gula darah dalam batas normal 3) Memenuhi kebutuhan cairan pasien 4) Agar bisa melakukan secara mandiri ketika pulang 5) Mengontrol gula darah 6) Mengontrol gula darah
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>mobilitas fisik meningkat (L.05042)</b> Kriteria Hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Rentang gerak (ROM) meningkat	<b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b> <b>Obsevasi</b> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <b>Terapeutik</b> 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 5) Libatkan keluarga selama melakukan mobilisasi. <b>Edukasi</b> 6) Anjurkan melakukan mobilisasi dini	1) Agar tidak menambah keluhan pasien 2) Melakukan pergerakan dengan bertahap 3) Kesadaran pasien dalam kondisi baik 4) Mengurangi resiko jauh 5) Agar keluarga mengetahui dan mampu melakukan secara mandiri 6) Mobilisasi secara bertahap
Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan <b>Tingkat Jatuh menurun (L.14138)</b> Kriteria Hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun	<b>Pencegahan jatuh (I. 14540)</b> <b>Observasi</b> 1) Identifikasi faktor risiko jatuh 2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh <b>Terapeutik</b> 3) Pastikan roda tempat tidur selalu terkunci. 4) Pasang <i>handrail</i> tempat tidur <b>Edukasi</b> 5) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan	1) Menghindari risiko jatuh 2) Mencegah jatuh 3) Meminimalisir risiko jatuh 4) Mencegah jatuh 5) Mempermudah pasien

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 1

Nama Klien : Ny.Z Tanggal masuk : 08-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + DM

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
	Jum'at 13/10/2023 07.00	Melakukan pengkajian pada Ny.Z dengan gagal ginjal kronik+DM di ruang Azalea	Putri
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Minggu 15/10/2023 08.00  09.00 09.05  09.10  09.20  10.00  09.30  12.30	Operan dinas pagi Ny.Z dengan diagnosa gagal ginjal kronik terpasang RL 500 cc/8 jam. Klien Post Oprasi Hemodialisa tanggal 13 Oktober 2023 pukul 17.00 wib. <b>Observasi</b> 1) Memonitor kecepatan aliran oksigen Respon : 15 L /mnt, RR: 28x/mnt, 2) Memonitor posisi alat terapi oksigen. Respon : Alat terpasang dengan tepat, 3) Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : 15 L /mnt, RR: 28x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 91% <b>Terapeutik</b> 4) Memberikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : Klien terlihat lebih nyaman <b>Kolaborasi</b> 5) Memberikan oksigen dengan NRM 15L Respon : Klien merasa masih sesak 6) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Respon: Klien tidur masih terpasang oksigen	Putri
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	Minggu 15/10/2023 10.20  10.30  10.35  10.40  11.00  11.30	<b>Observasi</b> 1) Mengidentifikasi situasi yang mengakibatkan kebutuhan insulin meningkat Respon: Gula darah klien 291 mg/dl 2) Memonitor kadar glukosa darah Respon: Gula darah klien 291 mg/dl <b>Terapeutik</b> 3) Memberikan asupan cairan oral Respon: Klien enggan untuk minum <b>Edukasi</b> 4) Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Respon: Keluarga belum memahami 5) Menganjurkan kepatuhan terhadap diet Respon: Klien diet rendah gula <b>Kolaborasi</b> 6) Melakukan kolaborasi pemberian insulin Respon: Klien di beri insulin 3x8 unit	Putri

Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	Minggu 15/10/2023 10.30 10.35 10.45 10.50 10.55 11.15	<p><b>Obsevasi</b></p> <p>1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon: Nyeri ekstremitas pada saat digerakkan</p> <p>2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Respon: Ekstremitas bisa digerakan perlahan-lahan</p> <p>3) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon: Kesadaran delirium</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) Respon: Pagar tempat tidur terpasang</p> <p>5) Melibatkan keluarga selama melakukan mobilisasi. Respon: Keluarga mendampingi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>6) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Respon: Menggerakkan ekstremitas atas</p>	Putri
Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	Minggu 15/10/2023 10.30 10.35 10.45 10.50 10.55	<p><b>Observasi</b></p> <p>1) Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Respon: Klien berbaring di tempat tidur</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Respon: Klien di jaga oleh keluarga</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3) Memaastikan roda tempat tidur selalu terkunci. Respon: Roda tempat tidur suda terkunci</p> <p>4) Memasang <i>handrail</i> tempat tidur Respon: <i>Handrail</i> tempat tidur terpasang</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5) Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Respon: Keluarga klien memanggil perawat saat membutuhkan bantuan</p>	Putri

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 1

Nama Klien : Ny.Z Tanggal masuk : 08-10-2023

Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023

Diagnosa : CKD + DM

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien mengatakan Ny.Z masih sesak</li> <li>• Anak klien mengatakan Ny.Z masih mengalami penurunan kesadaran</li> </ul> <p><b>O:</b></p>	Putri

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prekuensi nafas 28x/mnt</li> <li>• Terdengar suara napas wheezing</li> <li>• SPO<sub>2</sub> : 91%</li> <li>• Terpasang NRM 15L</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi  <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
13.40	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien enggan untuk minum</li> <li>• Keluarga meminta penjelasan untuk cara pemberian insulin secara mandiri</li> <li>• Anak klien mengatakan klien tidak memakan-makanan yang terlalu manis</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GDS 291 mg/dl</li> <li>• Keluarga klien tampak bingung</li> </ul> <p><b>A:</b> Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi  <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri
13.50	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien mengatakan Ny.Z menggerakkan perlahan-lahan kaki dan tangan</li> <li>• Anak klien mengatakan Ny.Z meringis kesakitan pada saat menggerakkan kaki dan tangan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien tampak mendampingi klien melakukan pergerakan</li> <li>• Pagar tempat tidur tampak terpasang kiri kanan.</li> </ul> <p><b>A:</b> Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi  <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri
13.20	Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien mengatakan klien bed rest dan masih mengalami penurunan kesadaran.</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penjaga tempat tidur klien tampak terpasang</li> <li>• Roda tempat tidur terkunci</li> <li>• Klien masih mengalami penurunan kesadaran</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko jatuh belum teratasi  <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri

## CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 2

Nama Klien : Ny.Z Tanggal masuk : 08-10-2023

Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023

Diagnosa : CKD + DM

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Senin 16/10/2023	Operan dinas pagi	Putri
	08.00	<b>Observasi</b> 1) Memonitor kecepatan aliran oksigen Respon : 10 L /mnt, RR: 25x/mnt,	
	09.05	2) Memonitor posisi alat terapi oksigen. Respon : Alat terpasang dengan tepat,	
	09.10	3) Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : 10 L /mnt, RR: 25x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 94%	
	09.20	<b>Terapeutik</b> 4) Memberikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : Klien terlihat lebih nyaman	
	10.00	<b>Kolaborasi</b> 5) Memberikan oksigen dengan NRM 10L Respon : Klien merasa masih sesak	
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	Senin 16/10/2023	<b>Observasi</b> 1) Mengidentifikasi situasi yang mengakibatkan kebutuhan insulin meningkat Respon: Gula darah klien 267 mg/dl	Putri
	10.20	2) Memonitor kadar glukosa darah Respon: Gula darah klien 267 mg/dl	
	10.30	<b>Terapeutik</b> 3) Memberikan asupan cairan oral Respon: Klien mau untuk minum obat dengan cara di bujuk	
	10.35	<b>Edukasi</b> 4) Mengajarkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Respon: Keluarga klien sudah sedikit memahami	
	10.40	5) Mengajarkan kepatuhan terhadap diet Respon: Klien diet rendah gula	
	11.00	<b>Kolaborasi</b> 6) Melakukan kolaborasi pemberian insulin Respon: Klien di beri insulin 3x8 unit	
11.30			

<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>Senin 16/10/2023 10.30 10.35  10.45  10.50  10.55  11.15</p>	<p><b>Obsevasi</b> 1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon: Nyeri ekstremitas pada saat digerakkan 2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Respon: Ekstremitas bisa digerakan perlahan-lahan 3) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon: Kesadaran delirium <b>Terapeutik</b> 4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) Respon: Pagar tempat tidur terpasang 5) Melibatkan keluarga selama melakukan mobilisasi. Respon: Keluarga mendampingi <b>Edukasi</b> 6) Mengajarkan melakukan mobilisasi dini Respon: Menggerakan ekstremitas atas</p>	<p>Putri</p>
<p>Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)</p>	<p>Senin 16/10/2023 10.30 10.35  10.45  10.50  10.55</p>	<p><b>Observasi</b> 1) Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Respon: Klien berbaring di tempat tidur 2) Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Respon: Klien di jaga oleh keluarga <b>Terapeutik</b> 3) Memastikan roda tempat tidur selalu terkunci. Respon: Roda tempat tidur suda terkunci 4) Memasang <i>handrail</i> tempat tidur Respon: <i>Handrail</i> tempat tidur terpasang <b>Edukasi</b> 5) Mengajarkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Respon: Keluarga klien memanggil perawat saat membutuhkan bantuan</p>	<p>Putri</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 2

Nama Klien : Ny.Z Tanggal masuk : 08-10-2023

Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023

Diagnosa : CKD + DM

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien mengatakan sesak Ny. Z berkurang</li> <li>• Anak klien mengatakan Ny.Z masih mengalami penurunan kesadaran namun merespon saat dipanggil namanya</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prekuensi nafas 25x/mnt</li> <li>• Suara napas wheezing berkurang</li> <li>• SPO<sub>2</sub> : 94%</li> <li>• Terpasang NRM 10L</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri
13.40	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mau minum ketika dibujuk</li> <li>• Anak klien mengatakan pasien tidak memakan-makanan yang terlalu manis</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GDS 267 mg/dl</li> <li>• Keluarga klien tampak sudah mengerti cara pemberian insulin</li> </ul> <p><b>A:</b> Ketidak setabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian.</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri
13.50	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien mengatakan Ny.Z menggerakkan perlahan-lahan kaki dan tangan</li> <li>• Anak klien mengatakan Ny.Z meringis berkurang</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien tampak mendampingi klien melakukan pergerakan</li> <li>• Pagar tempat tidur tampak terpasang kiri kanan.</li> </ul> <p><b>A:</b> Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri
13.20	Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien mengatakan klien bed rest namun sudah tidak mengalami penurunan kesadaran.</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penjaga tempat tidur klien tampak terpasang</li> <li>• Roda tempat tidur terkunci</li> <li>• Klien masih mengalami penurunan kesadaran</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko jatuh teratasi sebagaian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri



### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 3

Nama Klien : Ny.Z Tanggal masuk : 08-10-2023

Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023

Diagnosa : CKD + DM

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	Selasa 17/10/2023 08.00 09.05 09.10 09.20  10.00  09.30  12.30	Operan dinas pagi <b>Observasi</b> 1) Memonitor kecepatan aliran oksigen Respon : 5 L /mnt, RR: 23x/mnt, 2) Memonitor posisi alat terapi oksigen. Respon : Alat terpasang dengan tepat, 3) Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : 5 L /mnt, RR: 23x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 98% <b>Terapeutik</b> 4) Memberikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : Klien terlihat lebih nyaman <b>Kolaborasi</b> 5) Memberikan oksigen dengan Nasal Kanul 5L Respon : Klien merasa sesak sedikit 6) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Respon: Klien menggunakan oksigen lepas pasang	Putri
Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	Selasa 17/10/2023 10.20  10.30  10.35  10.40  11.00  11.30	<b>Observasi</b> 1) Mengidentifikasi situasi yang mengakibatkan kebutuhan insulin meningkat Respon: Gula darah klien 185 mg/dl 2) Memonitor kadar glukosa darah Respon: Gula darah klien 185 mg/dl <b>Terapeutik</b> 3) Memberikan asupan cairan oral Respon: Klien mau untuk minum obat dengan cara di bujuk <b>Edukasi</b> 4) Mengajarkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri Respon: Keluarga klien sudah bisa melakukan pemberian insulin 5) Mengajarkan kepatuhan terhadap diet Respon: Klien diet rendah gula <b>Kolaborasi</b> 6) Melakukan kolaborasi pemberian insulin Respon: Klien di beri insulin 3x8 unit	Putri

<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>Selasa 17/10/2023 10.30 10.35 10.45 10.50 10.55 11.15</p>	<p><b>Obsevasi</b></p> <p>1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon: Nyeri ekstremitas pada saat digerakkan sudah berkurang</p> <p>2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Respon: Ekstremitas bisa digerakan perlahan-lahan</p> <p>3) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon: Kesadaran composmentis</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>4) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) Respon: Pagar tempat tidur terpasang</p> <p>5) Melibatkan keluarga selama melakukan mobilisasi. Respon: Keluarga mendampingi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>6) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Respon: Ekstremitas atas dan bawah sudah perlahan bisa digerakan</p>	<p>Putri</p>
<p>Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)</p>	<p>Selasa 17/10/2023 10.30 10.35 10.45 10.50 10.55</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>1) Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Respon: Klien masih berbaring di tempat tidur, namun sudah mulai sedikit demi sedikit mengarahkan tubuhnya</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Respon: Klien di jaga oleh keluarga</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3) Memaastikan roda tempat tidur selalu terkunci. Respon: Roda tempat tidur suda tekunci</p> <p>4) Memasang <i>handrail</i> tempat tidur Respon: <i>Handrail</i> tempat tidur terpasang</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5) Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Respon: Keluarga klien memanggil perawat saat membutuhkan bantuan</p>	<p>Putri</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 3

Nama Klien : Ny.Z Tanggal masuk : 08-10-2023

Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023

Diagnosa : CKD + DM

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (D.0003)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien mengatakan sesak Ny. Z berkurang</li> <li>• Anak klien mengatakan Ny.Z kesadarannya sudah mulai pulih</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prekuensi nafas 23x/mnt</li> <li>• Suara napas wheezing berkurang</li> <li>• SPO<sub>2</sub> : 98%</li> <li>• Terpasang Nasal Kanul 5L</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi klien dilanjutkan dengan rawat jalan</p>	Putri
13.40	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mau minum ketika dibujuk</li> <li>• Anak klien mengatakan pasien tidak memakan-makanan yang terlalu manis</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GDS 185 mg/dl</li> <li>• Keluarga klien tampak sudah mengerti cara pemberian insulin</li> </ul> <p><b>A:</b> Ketidak setabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian.</p> <p><b>P:</b> Intervensi klien dilanjutkan dengan rawat jalan</p>	Putri
13.50	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien mengatakan Ny.Z menggerakkan perlahan-lahan kaki dan tangan</li> <li>• Anak klien mengatakan Ny.Z sudah tidak meringis kesakitan lagi</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien tampak mendampingi klien melakukan pergerakan</li> <li>• Pagar tempat tidur tampak terpasang kiri kanan.</li> </ul> <p><b>A:</b> Gangguan Mobilitas Fisik teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p>	Putri
13.20	Risiko Jatuh b.d Kekuatan otot menurun (D.0143)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak klien mengatakan klien bed rest namun sudah tidak mengalami penurunan kesadaran.</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penjaga tempat tidur klien tampak terpasang</li> <li>• Roda tempat tidur terkunci</li> <li>• Suah tidak mengalami enurunan kesadaran</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko jatuh teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p>	Putri

**FORMAT KAJIAN DATA DASAR KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**  
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes Medistra Indonesia)**

---

**PENGKAJIAN DATA DASAR (KASUS 2)**

Nama Mahasiswa : Putri Sintawati  
Tempat : RSUD CAM (Ruang Azalea)  
Tanggal Pengkajian : 13 Oktober 2023

**A. Identitas diri klien**

Nama : Ny. R  
Tgl masuk RS : 06 Oktober 2023  
Tempat / Tgl Lahir : Bekasi, 02-03-1973  
Umur : 50 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua, **wali**, suami, istri, dan lain-lain)  
Alamat : Jl. Bougenville, Kel: Jati Bening  
Status Perkawinan : Cerai Mati  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Suku : Betawi  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Lama Bekerja : -

Penanggung jawab

Nama : Tn. R

Usia : 56 Tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Pedagang

Hubungan dengan klien : Kaka klien

Sumber Informasi : Klien, rekamedis dan keluarga klien.

## **B. Status Kesehatan Saat ini**

### 1. Alasan kunjungan/keluhan utama

Klien mengatakan sesak nafas kurang lebih 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Klien juga mengatakan tidak bisa tidur akibat sesak nafas. Badan klien terasa lemas, klien tidak dapat beraktivitas seperti biasanya, jika lama melakukan aktivitas kepala klien pusing.

### 2. Faktor pencetus

Klien mengatakan telat melakukan cuci darah yang harusnya dilakukan tanggal 02 Oktober dan klien juga mengatakan klien mempunyai penyakit anemia.

### 3. Lamanya keluhan

Klien mengatakan selama belum melakukan cuci darah sesak masih terasa.

### 4. Timbulnya keluhan, Klien mengatakan timbulnya keluhan mendadak.

5. Faktor yang memberatkan, Klien mengatakan sesak jika telat melakukan cuci darah.
6. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya  
Keluarga klien mengatakan ketika keluhan dirasakan klien hanya mengistirahatkannya saja sebelum dibawa ke rumah sakit.
7. Diagnostik medik CKD + Anemia

### **C. Riwayat Kesehatan Lalu**

1. Penyakit yang pernah dialami  
Klien mengatakan klien mempunyai penyakit anemia kurang lebih 6 bulan yang lalu dan klien sudah menderita penyakit gagal ginjal kronik kurang lebih 2 tahun.
2. Alergi, Klien tidak mempunyai alergi obat maupun makanan.
3. Imunisasi  
Klien mengatakan tidak tau tentang imunisasi yang pernah klien dapatkan
4. Kebiasaan  
Klien mengatakan klien tidak mempunyai kebiasaan merokok, alkohol, juga minum kopi.
5. Obat-obatan  
Klien mengatakan hanya mengonsumsi suplemen zat besi dan vitamin ginjal karena klien biasanya rutin melakukan HD dan transfusi darah.

## 6. Pola nutrisi

Sebelum masuk rumah sakit frekuensi makan klien 2-3x/hari, nafsu makan baik, porsi makan selalu dihabiskan. Jenis makanan beragam seperti nasi, sayur, lauk-pauk, dan buah-buahan.

## 7. Pola eliminasi

### a. Buang air besar

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAB normal 1x/hari. Saat sakit, klien mengatakan BAB 1x/hari konsistensi lunak kecoklatan.

### b. Buang air kecil

Klien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAK 4-5x/hari. Saat sakit BAK klien menggunakan alat bantu kateter. Output urine perhari 500 ml/hari dan klien mengatakan banyak minum.

## 8. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit, klien mengatakan waktu tidur 6-7 jam/hari, kebiasaan pengantar tidur (-), kebiasaan saat tidur (-), klien mengatakan saat sakit pola tidurnya terganggu, klien istirahat tidak cukup karena sering merasa sesak.

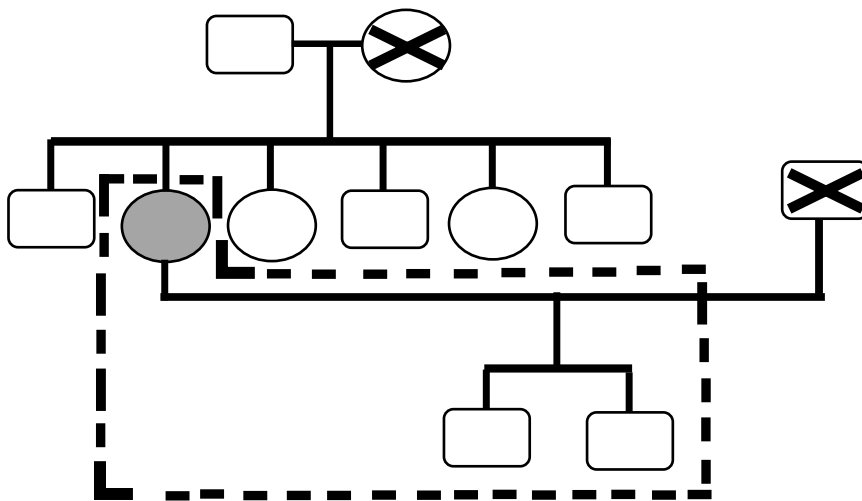
## 9. Pola aktivitas dan latihan

Klien mengatakan aktivitasnya sehari-hari hanya ibu rumah tangga. Sejak sakit, klien tidak dapat melakukan banyak aktivitas dan aktivitas sehari-hari selalu dibantu anaknya. Selama sakit yang menunggu di RS

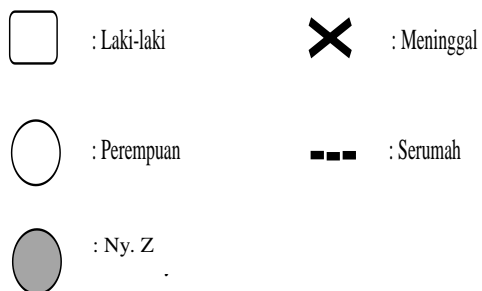
bergantian dan dan jika tidak ada keluarganya aktivitasnya dibantu oleh perawat.

#### D. Riwayat Keluarga

Genogram:



Keterangan:



#### E. Riwayat Lingkungan

Klien mengatakan tinggal dilingkungan yang padat penduduk. Saluran air terbuka namun jauh dari polusi. Tidak terdapat area yang membahayakan, pencahayaan cukup sirkulasi udara di rumah baik.



## **F. Askep Psikososial**

### 1. Pola pikir dan persepsi

Klien mengatakan ingin segera pulang karena takut merepotkan anak-anak dan keluarganya.

### 2. Persepsi diri

Klien menerima penyakitnya karena klien yakin penyakitnya adalah cobaan dari Tuhan

### 3. Suasana hati, klien Tampak sedih dan gelisah

### 4. Hubungan/komunikasi

a. Bicara : Klien dapat berbicara dengan jelas

b. Tempat tinggal : Klien tinggal bersama kedua anak laki-lakinya.

c. Kehidupan keluarga

Klien mengatakan kondisi keuangan kurang memadai dan hubungan dengan anggota keluarga yang lain kurang baik. Pembuat keputusan dalam keluarga adalah klien karena suaminya sudah meninggal.

d. Kesulitan dalam hal keuangan dan komunikasi dalam keluarga kurang baik.

### 5. Kebiasaan seksual

Klien sudah tidak melakukan hubungan seksual karena suaminya sudah meninggal.

6. Pertahanan koping : Pengambilan keputusan dibantu oleh kakak laki-lakinya.

7. Sistem nilai kepercayaan : Klien mengatakan rajin dalam beribadah yaitu sholat.

### **G. Pengkajian Fisik**

1. Keadaan Umum : Tampak lemah
2. Kesadaran : Composmentis
3. TTV : TD: 129/72 mmHg, N: 54x/menit, S:36,6°C, RR: 30x/mnt, SPO<sub>2</sub>: 90%.
4. BB/TB : 50 kg/ 152 cm
5. Kepala

Bentuk kepala normocephale, rambut tumbuh secara merata, warna hitam dan putih, keadaan rambut kurang bersih.

6. Mata

Simertis (+/+), ukuran pupil 2/2 isokor, bentuk bulat normal, reflek cahaya, konjungtiva anemis, tidak terdapat tanda-tanda peradangan, tidak pernah menjalani operasi mata, tidak menggunakan kacamata dan lensa kontak.

7. Hidung

Simertis (+/+), tidak ada tanda-tanda alergi, nafas cupping hidung (-), bulu hidung bersih, tidak terdapat tanda-tanda peradangan. Klien mengatakan tidak pernah mengalami sinusitis dan perdarahan pada hidung.

#### 8. Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir kering, tidak terdapat stomatitis, keadaan mulut cukup bersih, kesulitan atau gangguan bicara (-), kesulitan menelan (-), pembesaran kelenjar tiroid (-) tetapi terdapat CDL (*Catheter Double Lumen*) pada bagian leher pasien. Klien tidak pernah melakukan pemeriksaan gigi.

#### 9. Abdomen

Terdapat distensi abdomen (kembung), terdapat peningkatan nyeri saat ditekan.

#### 10. Telinga : Simertis (+/+), serumen (-), fungsi pendengaran baik.

#### 11. Pernafasan

RR 30x/menit, suara paru Wheezing, pola nafas dispnea, batuk (-), sputum (-), batuk darah (-).

#### 12. Sirkulasi

Tekanan darah 129/72 mmHg, nadi perifer: 54x/menit, CRT > 3 detik. Tidak terdapat distensi vena jugularis. Akral teraba dingin, BJ1 & BJ2 dalam batas normal, tidak terdapat suara jantung tambahan. Irama jantung regular. Tidak terdapat nyeri, palpitasi, baal maupun oedema, tidak terdapat *clubbing finger*.

#### 13. Reproduksi : Tidak ada masalah dalam sistem reproduksi

#### 14. Neurologi

Tingkat kesadaran CM, GCS 15 (E4 M6 V5), tidak terdapat disorientasi tempat maupun waktu, tidak ada riwayat epilepsy/kejang.

## 15. Ekstermitas

- a. Atas : nyeri (-), tidak terdapat odema, terpasang infus di tangan kanan dan terpasang Cimino di tangan kiri.
- b. Bawah : nyeri (-), terdapat oedema, akral dingin terpasang infus di kaki kiri.

16. Kulit : Warna kulit sawo matang, tidak terdapat lesi, tidak terdapat jejas.

## 17. Status Fungsional

Klien termasuk kategori membutuhkan bantuan sedang, karena klien mengatakan membutuhkan bantuan perawat untuk naik turun tempat tidur, membutuhkan bantuan pada saat akan ke kamar mandi, dan membutuhkan bantuan untuk mengganti pakaian.

**H. Data Laboratorium**

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
<b>Hematologi (12/10/2023)</b>			
Hemoglobin	<b>9,2</b>	12 – 14 g/dl	Tidak normal
Hematokrit	<b>25,7</b>	37 – 47 %	Tidak normal
Leukosit	<b>20,4</b>	5-10 <sup>3</sup> / $\mu$ l	Tidak normal
Trombosit	340	150-400	Normal
<b>Kimia Klinik (12/10/2023)</b>			
Ureum	<b>60</b>	20-40 mg/dl	Tidak normal
Kreatinin	<b>4,04</b>	0,5-1,5 mg/dl	Tidak Normal
Egfr	<b>13</b>	90-120 ml/mnt	Tidak normal
<b>Elektolit (12/10/2023)</b>			
Natrium	138	135-145 mmol/L	Normal
Kalium	3.7	3,5-5,0 mmol/L	Normal
Clorida	99	94-111 mmol/L	Normal
<b>Klinik CKD (12/10/2023)</b>			
Warna Urine	Kuning keruh	Jernih	Tidak normal
Albumin Urine	Positif ++	Negatif	Tidak normal
Darah Samar	Positif ++	Negatif	Tidak normal
Nitrit	Positif	Negatif	Tidak normal
<b>Analisa Gas Darah</b>			

<b>(12/10/2023)</b>			
PH	<b>7,483</b>	7,35- 7,45	Tidak normal
PCO2	<b>21,1</b>	35- 45 mmHg	Tidak normal
PO2	87,2	83- 108 mmHg	Normal
O2 Saturasi (SO2%)	<b>90,6</b>	%	Tidak normal
HCO3	<b>15,7</b>	22- 26 mmol/L	Tidak normal
TCO2	<b>16,3</b>	23- 27 mmol/L	Tidak normal

## **K. Pemeriksaan Diagnostik**

### **1. CR Thorax PA**

- a. Skeletal normal
- b. Cor sinus dan diafragma normal
- c. Pulmo: gerakan normal tidak tampak infiltrat
- d. Kesan: foto torax normal

### **2. USG Upper Dan Lower Abdomen**

- c. Hasil
  - 1) Hepar: ukuran *craniocaudal* dan *echostruktur* normal, permukaan licin, *sistema bilier* dan *vascular intrahepatal* normal, tak tampak *massa/nodul*
  - 2) VF: ukuran normal, dinding tak menebal, tak tampak massa, batu maupun *sludge*
  - 3) Lien: ukuran dan *echostruktur* normal, tak tampak *massa/nodul*, *hillus lienalis* tak *prominen*
  - 4) Pancreas: ukuran dan *echostruktur* normal, tak tampak *massa/nodul*, tak tampak *kalsifikasi*, *ductus pancreaticus* tak *prominen*

- 5) Ren dextra: ukuran normal dan echostruktur meningkat melebihi *echo hepar*, *batascortex* dan *medula* kabur, SPC lebar, tak tampak massa/batu
- 6) Ren sinistra: ukuran normal dan *echostruktur* meningkat melebihi *echo lien*, *batascortex* dan *medula* kabur, SPC tak lebar, tak tampak massa/batu
- 7) Vesica urinaria: terisi cairan, dinding regular tak tebal, tak tampak batu maupun massa
- 8) Prostat: ukuran dan *echostruktur* normal, tak tampak *massa/kalsifikasi*
- 9) Limphonodi para aorta tak *prominen*

d. Kesan:

- d) CKD grade 5 Ren Bilateral dengan Hidronephrosis grade 2 Ren Dextra
- e) Tak tampak kelainan pada Hepar, VF, Lien, Pancreas, Vesica Urinaria, maupun Prostat
- f) Tak Tampak lymphadenopathy para aorta

## I. Hemodialisa (08/10/2023)

Akses Vaskuler : Cimino
Frekuensi HD : 2x/Minggu
Lama HD : 4,5 Jam
Mulai Dialisis : 12/10/2023
Hepariniasasi Bolus : 2000 unit/jam
Continous : 1000 unit/jam
Dializer : Purifier L160
Consentrat Dialisa : Acid, Bicarbonate
Qb : 180-200 ml/mnt
Uf : 2000

TD selama HD : 136/88, N: 112 x/mnt Transfusi terakhir : 08/09/2023 (O+) Hbs Ag : Non Reaktif Anti HCV : Non Reaktif
---

## J. Terapi Obat-Obatan

Oral dan Injek		
Ringer Laktat	500 cc	IV
NaCl	500 cc	IV
Lasik (Furosemide)	1x 20 mg	Injek
Rincobal	3x 500 mg	PO
Omeprazol	2x 40 mg	Injeksi
Ceftriaxon	3x 1 g	Injeksi
Vit B12, Asam folat, bicarbonat.	3x 50 ml	Injeksi
Transfusi PRC	3x 220 cc	IV

## DATA FOKUS

Nama Klien : Ny. R Tanggal masuk : 06-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + Anemia

Data Subjektif	Data Objektif
1. Klien mengatakan sesak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. 2. Klien mengatakan menderita anemia kurang lebih 6 bulan yang lalu 3. Klien mengatakan telat melakukan cuci darah. 4. Klien mengatakan banyak minum 5. Klien mengatakan butuh bantuan untuk berjalan ke kamar mandi dan ganti baju 6. Klien mengatakan butuh bantuan perawat untuk ke kamar mandi karena tidak ada keluarga yang menunggu klien 7. Klien juga mengatakan tidak bisa tidur akibat sesak nafas. 8. Badan klien terasa lemas 9. Klien tidak dapat beraktivitas seperti biasanya, jika lama melakukan aktivitas kepala klien pusing.	1. Keadaan umum: Tampak lemah 2. Kesadaran: Composmentis 3. TTV : TD : 129/72, N: 54x/mnt, S: 36,6 <sup>0</sup> C, SpO <sub>2</sub> : 90%, RR: 30x/mnt. 4. Hemoglobin: 9,2 g/dl 5. CRT > 3 detik 6. Akral dingin 7. Bibir tampak pucat 8. Kulit kering 9. Terdapat oedema 10. Terdengar wheezing, pada saat ekspirasi. 11. Klien tampak dyspnea 12. Terpasang NRM: 10 lpm 13. Kantong urine klien 500 cc/hari 14. Aktivitas dibantu oleh perawat 15. Klien tampak lemah hanya berbaring ditempat tidur. 16. Klien selalu memanggil perawat untuk ke kamar mandi.

### ANALISA DATA

Nama Klien : Ny. R Tanggal masuk : 06-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + Anemia

Data Subjektif	Data Objektif	Masalah	Etiologi
1) Klien mengatakan sesak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. 2) Klien juga mengatakan tidak bisa tidur akibat sesak nafas.	1) KU: Tampak lemah 2) Kesadaran: CM, GCS 15 (E4V5M6) 3) TTV : TD : 129/72, N: 54x/mnt, S: 36,6OC, SpO2 : 90%, RR: 30x/mnt. 4) Pernapasan 30x/mnt. 5) Terdengar wheezing, pada saat ekspirasi 6) Tidak terdapat pernapasn cuping hidung dan retraksi dinding dada. 7) Pasien tampak dipsnea 8) Pasien terpasang NRM: 10 L	Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)	Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi
1) Klien mengatakan menderita anemia kurang lebih 6 bulan yang lalu 2) Badan klien terasa lemas 3) Klien tidak dapat beraktivitas seperti biasanya, jika lama melakukan aktivitas kepala klien pusing.	1) Keadaan umum: Tampak lemah 2) TTV : TD : 129/72, N: 54x/mnt, S: 36,6OC, SpO2 : 90%, RR: 30x/mnt. 3) Hb: 9,2 g/dl 4) CRT > 3 detik 5) Akral dingin 6) Bibir tampak pucat 7) Kulit kering	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin
1) Klien mengatakan telat melakukan cuci darah 2) Klien mengatakan banyak minum	1) Pengeluaran urine pasien 500 ml/hari 2) TTV : TD : 129/72, N: 54x/mnt 3) Terdapat oedema 4) CRT > 3 detik	Hipervolemia (D.0022)	Kelebihan Asupan Cairan
a) Klien mengatakan butuh bantuan untuk berjalan ke kamar mandi dan ganti baju b) Klien mengatakan butuh bantuan perawat untuk ke kamar mandi karena tidak ada keluarga yang menunggu klien	1) Klien tampak lemah 2) Klien tirah baring 3) Aktivitas dibantu oleh perawat 4) Klien tampak lemah hanya berbaring ditempat tidur. 5) Klien selalu memanggil perawat untuk ke kamar mandi	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Kelemahan



### DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. R Tanggal masuk : 06-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + Anemia

No	Diagonosa Keperawatan
1	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)
2	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)
3	Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)
4	Intoleransi Aktivitas d.d Kelemahan (D.0056)

### INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. R Tanggal masuk : 06-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + Anemia

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional
Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan <b>Pertukaran gas pasien meningkat (L.01003)</b> . Kriteria Hasil : 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. SPO <sub>2</sub> membaik	<b>Terapi Oksigen (I.01026)</b> <b>Obsevasi</b> 1) Monitor kecepatan aliran oksigen 2) Monitor posisi alat terapi oksigen. 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup <b>Terapeutik</b> 4) Berikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). <b>Kolaborasi</b> 5) Berikan oksigen dengan NRM 10 lpm 6) Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur	1) Memberikan kepatenan jalan napas 2) Agar terpasang dengan baik 3) Agar pasien tidak sesak 4) Agar memberi rasa nyaman 5) Mengurangi rasa sesak 6) Memberikan rasa nyaman pada saat tidur
Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan Status <b>Sirkulasi dapat meningkat (L.02016)</b>	<b>Transfusi Darah (I.02089)</b> <b>Observasi :</b> 1) Identifikasi rencana transfusi 2) Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi 3) Monitor tanda dan kelebihan	1) Agar klien siap untuk dilakukan transfusi 2) Agar tidak terjadi komplikasi

	<p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Output urine meningkat</li> <li>2. Saturasi oksigen meningkat</li> <li>3. Pucat menurun</li> <li>4. Akral dingin menurun</li> <li>5. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>6. Tekanan darah diastolik membaik</li> <li>7. Tekanan nadi membaik</li> </ol>	<p>cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Monitor reaksi transfusi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Lakukan pencegahan ganda (<i>double check</i>) pada label darah</li> <li>6) Pasang akses intravena, jika belum terpasang</li> <li>7) Berikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan</li> <li>8) Atur kecepatan aliran transfusi sesuai produk darah 10-15ml'KgBB dalam 2-4 jam</li> <li>9) Berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam</li> <li>10) Hentikan transfusi jika terdapat reaksi transfusi</li> <li>11) Dokumentasikan tanggal , waktu, jumlah darah, durasi dan respn transfusi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12) Jelaskan tujuan dan prosedur transfusi</li> <li>13) Jelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3) Agar memberikan rasa nyaman</li> <li>4) Agar tidak terjadi reaksi alergi</li> <li>5) Agar tidak terjadi kesalahan</li> <li>6) Memudahkan akses transfusi</li> <li>7) Memberikan kemayamanan saat transfusi</li> <li>8) Memperlancar proses transfusi</li> <li>9) Memberikan kenyamanan</li> <li>10) Ketepatan dalam transfusi</li> <li>11) Agar tidak terjaid komplikasi</li> <li>12) Agar tidak terjadi kesalahan</li> <li>13) Agar terpapar Informasi terkait proses transfusi</li> <li>14) Agar tidak terjadi kesalahan</li> </ol>
<p>Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan <b>keseimbangan cairan pasien meningkat (L.03020)</b></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengeluaran Urine meningkat</li> <li>2. Tekanan Darah Membaik</li> <li>3. Denyut Nadi membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b></p> <p><b>Obsevasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea dan napas tambahan)</li> <li>2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah</li> <li>3) Monitor intake output cairan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Batasi asupan cairan dan garam (1,5-2 gr/ hari).</li> <li>5) Meningkatkan tempat tidur 40<sup>o</sup>c</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tidak sesak dan merasa nyaman</li> <li>2) Frekuensi jantung normal dan tekanan darah normal</li> <li>3) Cairan terkontrol 1200 ml/hari</li> <li>4) Kreatinin normal ureum normal</li> </ol>
<p>Intoleransi Aktivitas d.d Kelemahan (D.0056)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan <b>Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047).</b></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>2. Kekuatan tubuh meningkat</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Obsevasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus (lantai tidak licin)</li> <li>3) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Anjurkan melakukan aktivitas bertahap.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Meminimalisir ketidaknyamanan</li> <li>2) Agar pasien merasa nyaman</li> <li>3) Agar mengurani resiko jatuh</li> <li>4) Meminimalisir kelelahan</li> </ol>

### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 1

Nama Klien : Ny. R Tanggal masuk : 06-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + Anemia

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
	Jum'at 13/10/2023 08.00	Melakukan pengkajian pada Ny.R dengan gagal ginjal kronik di ruang Azalea	Putri
Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)	Minggu 15/10/2023 08.00  09.00 09.05 09.10  09.20  10.00  09.30  12.30	Operan dinas pagi <b>Observasi</b> 1) Memonitor kecepatan aliran oksigen Respon : 10 L /mnt, RR: 28x/mnt, 2) Memonitor posisi alat terapi oksigen. Respon : Alat terpasang dengan tepat, 3) Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : 10 L /mnt, RR: 28x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 93% <b>Terapeutik</b> 4) Memberikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : Klien terlihat lebih nyaman 5) Memberikan minuman hangat Respon : Klien terlihat lebih nyaman <b>Kolaborasi</b> 6) Memberikan oksigen dengan NRM 10L Respon : Klien merasa masih sesak 7) Mengkolaborasikan penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Respon: Klien masih mengalami gangguan tidur	Putri
Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)	Minggu 15/10/2023 10.05 10.15  10.30  09.50  10.10	<b>Observasi :</b> 1) Mengidentifikasi rencana transfusi Respon : Klien menyetujui untuk dilakukan transfusi 2) Memonitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi Respon : Tanda-tanda vital klien baik, Hb : 9,8 3) Memonitor tanda dan kelebihan cairan Respon : Masih terdapat oedema 4) Memonitor reaksi transfusi Respon : Tidak terdapat reaksi selama transfusi <b>Terapeutik</b> 5) Melakukan pencegahan ganda ( <i>double check</i> ) pada label darah Respon : Sampel darah sesuai 6) Melakukan pemasangan akses intravena, jika belum terpasang Respon : Sudah terpasang 7) Memberikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan	Putri

	10.40	Respon : Sudah diberikan 8) Mengatur kecepatan aliran transfusi sesuai produk darah 10-15ml'KgBB dalam 2-4 jam Respon : Tetesan selama transfusi lancar	
	13.45	9) Memberikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam Respon : Transfusi berjalan lancar 10) Mendokumentasikan tanggal , waktu, jumlah darah, durasi dan respn transfusi Respon : Transfusi PRC 220 cc/hari	
	08.40	<b>Edukasi</b> 11) Menjelaskan tujuan dan prosedur transfusi Respon ; Klien dan keluarga memahami tentang prosedur transfusi darah PRC 12) Menjelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan Respon : Klien dan keluarga memahami tentang prosedur transfusi darah PRC	
Hipervolemia b.d Kelembihan Asupan Cairan (D.0022)	Minggu 15/10/2023 10.30 10.35 11.30 10.40 11.00	<b>Obsevasi</b> 1) Memonitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea dan napas tambahan) Respon: pasien sesak terdengn wheezing 2) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah Respon: 129/87 mmHg. N: 62 x/menit 3) Memonitor intake output cairan 4) Respon: Klien terpasang RL 500/8 jam, output pasien 500 ml/hari. klien mengaku seirng haus dan banyak minum <b>Terapeutik</b> 5) Membatasi asupan cairan dan garam (1,5-2 gr/ hari). Respon: Klien menerima makanan rendah garam 6) Meninggikan tempat tidur 40 derajat Respon: Posisi klien semifowler	Putri
Intoleransi Aktivitas d.d Kelemahan (D.0056)	Minggu 15/10/2023 10.30 10.35 10.45 10.50	<b>Obsevasi</b> 1) Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 2) Respon : Klien mengatakan terpasang infus di kaki kiri dan merasa lemas <b>Terapeutik</b> 3) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus Respon : Klien mengatakan takut lantai licin 4) Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur Respon : Klien mengatakan sebelum berjalan Klien duduk di bersandar di tempat tidur <b>Edukasi</b> 5) Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap. Respon : Klien mengatakan masih lemas dan takut terjatuh saat berjalan	Putri

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 1

Nama Klien : Ny. R Tanggal masuk : 06-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + Anemia

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)	<p><b>S:</b> Klien mengatakan masih merasa sesak</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prekuensi nafas 28x/mnt</li> <li>• Terdengar suara napas wheezing</li> <li>• SPO<sub>2</sub> : 93%</li> <li>• Klien terpasang NRM 10 lpm</li> <li>• Klien terlihat lebih nyaman</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri
13.40	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)	<p><b>S:</b> Klien mengatakan masih lemas</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum: Tampak lemah</li> <li>• TTV : TD : 129/87, N: 62x/mnt, S: 36,7°C, SpO<sub>2</sub> : 93%, RR: 28x/mnt.</li> <li>• Hb: 9,8 g/dl</li> <li>• CRT &gt; 3 detik</li> <li>• Akral dingin masih teraba</li> <li>• Bibir masih tampak pucat</li> <li>• Kulit masih tampak kering</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri
13.50	Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih sesak</li> <li>• Klien mengatakan banyak minum</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RI 500 cc/8 jam, pengeluaran Urine 500 ml/hari</li> <li>• Klien makan rendah garam</li> <li>• TD: 129/87 mmHg.</li> <li>• N: 62x/menit</li> <li>• CRT &gt; 3 detik</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Hipervolemia belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri
14.00	Intoleransi aktivitas d.d Kelemahan (D.0056)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan lemas untuk berjalan dan tidak nyaman karena terpasang infus di kaki</li> <li>• Klien mengatakan takut lantai licin</li> <li>• Klien mengatakan sebelum berjalan klien duduk di bersandar di tempat tidur</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lebih banyak berbaring ditempat tidur</li> <li>• Klien meminta bantuan untuk ke kamar mandi</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri

## CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 2

Nama Klien : Ny. R Tanggal masuk : 06-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + Anemia

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)	Senin 16/10/2023 08.00 09.00 09.05 09.10 09.20 10.00 09.30 12.30	Operan dinas pagi <b>Observasi</b> 1) Memonitor kecepatan aliran oksigen Respon : 8 L /mnt, RR: 24x/mnt, 2) Memonitor posisi alat terapi oksigen. Respon : Alat terpasang dengan tepat, 3) Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : 8 L /mnt, RR: 24x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 96% <b>Terapeutik</b> 4) Memberikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : Klien terlihat lebih nyaman 5) Memberikan minuman hangat Respon : Klien terlihat lebih nyaman <b>Kolaborasi</b> 6) Memberikan oksigen dengan NRM 8L Respon : Klien merasa sesak berkurang 7) Mengkolaborasikan penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Respon: lebih nyaman, sering terbangun berkurang	Putri
Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)	Senin 16/10/2023 10.05 10.15 10.30 09.50 10.10 10.40	<b>Observasi :</b> 1) Mengidentifikasi rencana transfusi Respon : Klien menyetujui untuk dilakukan transfusi 2) Memonitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi Respon : Tanda-tanda vital klien baik, Hb : 10,6 3) Memonitor tanda dan kelebihan cairan Respon : Oedema mulai membaik 4) Memonitor reaksi transfusi Respon : Tidak terdapat reaksi selama transfusi <b>Terapeutik</b> 5) Melakukan pencegahan ganda ( <i>double check</i> ) pada label darah Respon : Sampel darah sesuai 6) Melakukan pemasangan akses intravena, jika belum terpasang Respon : Sudah terpasang 7) Memberikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan Respon : Sudah diberikan 8) Mengatur kecepatan aliran transfusi sesuai produk darah 10-15ml'KgBB dalam 2-4 jam Respon : Tetesan selama transfusi lancar	Putri

	13.45	9) Memberikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam Respon : Transfusi berjalan lancar	
	08.40	10) Mendokumentasikan tanggal , waktu, jumlah darah, durasi dan respn transfusi Respon : Transfusi PRC 220 cc/hari <b>Edukasi</b> 11) Menjelaskan tujuan dan prosedur transfusi Respon ; Klien dan keluarga memahami tentang prosedur transfusi darah PRC 12) Menjelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan Respon : Klien dan keluarga memahami tentang prosedur transfusi darah PRC	
Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)	Senin 16/10/2023 10.30 10.35 11.30 10.40 11.00	<b>Obsevasi</b> 1) Memonitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea dan napas tambahan) Respon: Sesak berkurang tidak ada wheezing 2) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah Respon: 127/76 mmHg. N: 71x/menit 3) Memonitor intake output cairan Respon: Klien terpasang RL 500/8 jam, output klien 1000 ml/hari. klien banyak minum dan sering haus berkurang <b>Terapeutik</b> 4) Membatasi asupan cairan dan garam (1,5-2 gr/ hari). Respon: Klien menerima makanan rendah garam 5) Meninggikan tempat tidur 40 derajat Respon: Posisi klien semifowler	Putri
Intoleransi aktivitas d.d Kelemahan (D.0056)	Senin 16/10/2023 10.30 10.35 10.45 10.50	<b>Obsevasi</b> 1) Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Respon : Klien mengatakan lemas berkurang <b>Terapeutik</b> 2) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus Respon : Klien mau berjalan ke kamar mandi di bantu perawat 3) Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur Respon : Klien tampak berpegangan ke tempat tidur <b>Edukasi</b> 4) Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap. Respon : Klien mengatakan takut terjatuh saat berjalan	Putri

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 2

Nama Klien : Ny. R Tanggal masuk : 06-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + Anemia

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)	<p><b>S:</b> Klien mengatakan sesak berkurang</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prekuensi nafas 24x/mnt</li> <li>• Klien merasa sesak berkurang</li> <li>• SPO<sub>2</sub> : 96%</li> <li>• Klien terpasang NRM 8 lpm</li> <li>• Klien terlihat lebih nyaman</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri
13.40	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)	<p><b>S:</b> Klien mengatakan lemas berkurang</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum: masih tampak lemah</li> <li>• TTV : TD : 127/76, N: 71x/mnt, S: 36,7°C, SpO<sub>2</sub> : 96%, RR: 24x/mnt.</li> <li>• Hb: 10,6 g/dl</li> <li>• CRT &lt; 3 detik</li> <li>• Akral hangat</li> <li>• Bibir sudak tidak terlalu pucat</li> <li>• Kuli kering sudah berkurang</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri
13.50	Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sesak sudah berkurang</li> <li>• Klien mengatakan banyak minum dan sering haus sudah berkurang</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RI 500 cc/8 jam, pengeluaran Urine 1300 ml/hari</li> <li>• Klien makan rendah garam</li> <li>• TD: 127/76 mmHg.</li> <li>• N: 71x/menit</li> <li>• CRT &lt; 3 detik</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah Hipervolemia teratasi sebagaian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri
14.00	Intoleransi aktivitas d.d Kelemahan (D.0056)	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan lemas berkurang</li> <li>• Klien mengatakan mau berjalan ke kamar mandi di bantu perawat</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak sudah mau duduk ditempat tidur</li> <li>• Klien meminta bantuan keluarga dan perawat</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagaian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	Putri



### CATATAN KEPERAWATAN HARI KE 3

Nama Klien : Ny. R Tanggal masuk : 06-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + Anemia

Dx. Keperawatan	Waktu	Tindakan	Paraf
Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)	Selasa 17/10/2023 08.00 09.00 09.05 09.10 09.20 10.00 09.30 12.30	Operan dinas pagi <b>Observasi</b> 1) Memonitor kecepatan aliran oksigen Respon : 5 L /mnt, RR: 21x/mnt, 2) Memonitor posisi alat terapi oksigen. Respon : Alat terpasang dengan tepat, 3) Memonitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup Respon : 5 L /mnt, RR: 21x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 98% <b>Terapeutik</b> 4) Memberikan oksigen tambahan (naikan kecepatan aliran sesuai kebutuhan). Respon : Klien terlihat lebih nyaman 5) Memberikan minuman hangat Respon : Klien terlihat lebih nyaman <b>Kolaborasi</b> 6) Memberikan oksigen dengan Nasal Kanul 5L Respon : Klien mengatakan sesak sudah jarang 7) Mengkolaborasikan penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur. Respon: Oksigen dipake jika sesak saja	Putri
Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)	Selasa 17/10/2023 10.05 10.15 10.30 09.50 10.10 10.40	<b>Observasi :</b> 1) Mengidentifikasi rencana transfusi Respon : Klien menyetujui untuk dilakukan transfusi 2) Memonitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi Respon : Tanda-tanda vital klien baik, Hb : 12,3 3) Memonitor tanda dan kelebihan cairan Respon : Oedema mulai membaik 4) Memonitor reaksi transfusi Respon : Tidak terdapat reaksi selama transfusi <b>Terapeutik</b> 5) Melakukan pencegahan ganda ( <i>double check</i> ) pada label darah Respon : Sampel darah sesuai 6) Melakukan pemasangan akses intravena, jika belum terpasang Respon : Sudah terpasang 7) Memberikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan Respon : Sudah diberikan 8) Mengatur kecepatan aliran transfusi sesuai produk darah 10-15ml'KgBB dalam 2-4 jam Respon : Tetesan selama transfusi lancar	Putri

	13.45	9) Memberikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam Respon : Transfusi berjalan lancar	
	08.40	10) Mendokumentasikan tanggal , waktu, jumlah darah, durasi dan respn transfusi Respon : Transfusi PRC 220 cc/hari <b>Edukasi</b> 11) Menjelaskan tujuan dan prosedur transfusi Respon ; Klien dan keluarga memahami tentang prosedur transfusi darah PRC 12) Menjelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan Respon : Klien dan keluarga memahami tentang prosedur transfusi darah PRC	
Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)	Selasa 17/10/2023 10.30 10.35 11.30 10.40 11.00	<b>Obsevasi</b> 1) Memonitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea dan napas tambahan) Respon: Sesak berkurang tidak ada wheezing 2) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah Respon: 125/82 mmHg. N: 78x/menit 3) Memonitor intake output cairan Respon: Klien terpasang RL 500/8 jam, output pasien 1300 ml/hari. Klien mengak haus dan banyak minum sudah tidak terlalu sering <b>Terapeutik</b> 4) Membatasi asupan cairan dan garam (1,5-2 gr/ hari). Respon: Klien menerima makanan rendah garam 5) Meninggikan tempat tidur 40 derajat Respon: Posisi klien semifowler	Putri
Intoleransi aktivitas d.d Kelemahan (D.0056)	Selasa 17/10/2023 10.30 10.35 10.45 10.50	<b>Obsevasi</b> 1) Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Respon : Klien mengatakan lemas berkurang <b>Terapeutik</b> 2) Menyediakan lingkungan nyaman rendah stimulus Respon : Klien mau berjalan kekamar mandi di bantu perawat 3) Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur Respon : Klien tampak berpegangan ke tempat tidur <b>Edukasi</b> 4) Menganjurkan melakukan aktivitas bertahap. Respon : Klien sudah mau mulai berjalan perlahan	Putri

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI KE 3

Nama Klien : Ny. R Tanggal masuk : 06-10-2023  
 Ruangan : Azalea Tanggal pengkajian : 13-10-2023  
 Diagnosa : CKD + Anemia

Waktu	Dx.Keperawatan	Evaluasi	Paraf
13.30	Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)	<b>S:</b> Klien mengatakan sesak berkurang <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prekuensi nafas 21x/mnt</li> <li>• Klien merasa sesak berkurang</li> <li>• SPO<sub>2</sub> : 98%</li> <li>• Klien terpasang Nasal Kanul 5 lpm</li> <li>• Klien terlihat lebih nyaman</li> </ul> <b>A:</b> Masalah gangguan pertukaran gas teratasi <b>P:</b> Intervensi dihentikan	Putri
13.40	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)	<b>S:</b> Klien mengatakan lemas berkurang <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum: membaik</li> <li>• TTV : TD : 125/82, N: 78x/mnt, S: 36,7°C, SpO<sub>2</sub> : 98%, RR: 21x/mnt.</li> <li>• Hb: 12,3 g/dl</li> <li>• CRT &lt; 3 detik</li> <li>• Akral hangat</li> <li>• Bibir sudak tidak pucat</li> <li>• Kuli kering sudah berkurang</li> </ul> <b>A:</b> Masalah Perfusi perifer tidak efektif teratasi <b>P:</b> Intervensi dihentikan	Putri
13.50	Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sesak sudah berkurang</li> <li>• Klien mengatakan banyak minum sudah berkurang</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RI 500 cc/8 jam, pengeluaran Urine 1300 ml/hari</li> <li>• Klien makan rendah garam</li> <li>• TD: 125/82 mmHg.</li> <li>• N: 78x/menit</li> <li>• CRT &lt; 3 detik</li> </ul> <b>A:</b> Masalah Hipervolemia teratasi <b>P:</b> Intervensi dihentikan	Putri
14.00	Intoleransi Aktivitas d.d Kelemahan (D.0056)	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan lemas berkurang</li> <li>• Klien mengatakan mau berjalan kekamar mandi di bantu perawat</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak sudah mau duduk ditempat tidur</li> <li>• Klien meminta bantuan keluarga dan perawat</li> </ul> <b>A:</b> Masalah intoleransi aktivitas teratasi <b>P:</b> Intervensi dihentikan	Putri

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Ny. Z dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik disertai Diabetes Melitus dan Ny. R dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik disertai Anemia. Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada klien Ny. Z dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik disertai Diabetes Melitus dan Ny. R dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik disertai Anemia di Ruang Azalea RSUD Chasbullah Abdul Madjid Kota Bekasi sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Menurut Teori**

Gagal ginjal kronik merupakan suatu penyakit progresif yang tidak dapat disembuhkan dengan tingkat mortalitas dan morbiditas yang tinggi dan sering terjadi pada orang dewasa terutama pada penderita diabetes melitus. Diabetes melitus merupakan penyakit metabolik yang terjadi jika insulin yang dihasilkan tidak cukup untuk mempertahankan kadar gula darah dalam batas normal sehingga menimbulkan keluhan berupa poliuria, polidipsi, polifagia, penurunan berat badan, pandangan kabur, dan kelemahan (Haryana and Chairunnisa, 2022).

Keterkaitan antara diabetes melitus dengan gagal ginjal kronik ditandai dengan adanya mikroalbuminuria, yaitu kondisi dimana ekskresi albumin >30 mg/hari dan jika tidak terkontrol akan berlanjut dengan proteinuria secara klinis dan akan menurunkan laju filtrasi glomerulus dan berakhir pada gagal ginjal. Salah satu terapi yang pada umumnya diberikan bagi pasien gagal ginjal kronik adalah hemodialisis. Sebelum pelaksanaan hemodialisis, tindakan berupa operasi *AV shunt* diperlukan. *AV Shunt* atau *Arteriovenous Shunt* merupakan tindakan penyambungan arteri dengan vena lengan atau bagian lain tubuh yang ditujukan untuk membuat akses tubuh dalam pelaksanaan hemodialisis (Haryana and Chairunnisa, 2022).

Hemodialisis (HD) merupakan proses pembersihan darah menggunakan suatu membran semipermeable atau yang biasa disebut ginjal buatan dengan cara memisahkan dan menyaring darah pasien dari zat-zat yang konsentrasinya berlebihan dalam tubuh. Proses ini hampir sama dengan mekanisme kerja ginjal secara fisiologis, namun proses buatan tetap tidak luput dari efek samping yang ditimbulkan. Pasien yang menjalani terapi HD dapat menderita komplikasi seperti kecenderungan infeksi, perdarahan, dan anemia (Pandiangan, 2021).

Anemia pada pasien GGK yang menjalani terapi HD biasanya timbul akibat produksi eritropoetin yang terganggu secara fisiologis sebagai timbal balik dari gangguan fungsi ginjal. Namun, anemia juga dapat disebabkan beberapa hal lainnya seperti kurangnya vitamin, asam

folat, zat besi, perdarahan, inflamasi, dan racun metabolik sehingga menghambat terbentuknya eritropoetin (Pandiangan, 2021).

Anemia merupakan kondisi dimana kadar hemoglobin pada wanita  $\leq 12$  g/dl dan pada pria serta wanita menopause  $\leq 13,0$  g/dl (NKF, 2006). Komplikasi anemia yang terjadi pada pasien GGK dapat menyebabkan penurunan fungsi tubuh, resiko infark miokard meningkat, kelelahan, indeks massa ventricular kiri meningkat, dan gagal hati sehingga menurunkan kualitas hidup pasien (Pandiangan, 2021).

## **2. Menurut Kasus**

Kasus pertama dari pengkajian pada Ny.Z didapatkan Keadaan Umum Tampak lemah, Kesadaran: Delirium GCS (E3 M4 V4), Klien tampak sesak, Klien di pasang NRM 15 l/mnt, Terdapat suara nafas tambahan wheezing, TTV: TD: 64/48 mmHg, N: 111, SPO2: 89%, Rr: 30x/mnt, S: 36,2oC. GDS: 321 mg/dl, Terdapat oedema, CRT > 3 detik, Kekuatan otot menurun, Terdengar wheezing, pada saat ekspirasi., Klien tampak dyspnea, Kalium 2,2 mmol/L, Klien tampak bed rest, Aktivitas klien dibantu keluarga ataupun perawat, Klien tampak lemah menggerakkan ekstremitasnya.

Kasus kedua dari pengkajian pada Ny.R didapatkan Keadaan umum: Tampak lemah, Kesadaran: Composmentis , TTV : TD : 129/72, N: 54x/mnt, S: 36,6OC, SpO2 : 90%, RR: 30x/mnt. Hemoglobin: 9,2 g/dl, CRT > 3 detik, Akral dingin, Bibir tampak pucat, Kulit kering, Terdapat oedema, Terdengar wheezing, pada saat ekspirasi. Klien tampak dyspnea

Terpasang NRM: 10 lpm Kantong urine Klien 500 cc/hari, aktivitas dibantu oleh perawat, Klien tampak lemah hanya berbaring ditempat tidur. Klien selalu memanggil perawat untuk ke kamar mandi.

### **3. Analisa Penulis**

Dari kasus pada kedua klien tersebut terdapat kesamaan dalam keluhan yang dirasakan klien yaitu sesak nafas. Karena pada klien dengan Gagal Ginjal Kronik pada umumnya selalu mengeluhkan kelelahan, sakit kepala, keringat dingin hingga sesak napas karena adanya status nutrisi yang buruk dan ditambah dengan kadar oksigen yang rendah pada darah sehingga menyebabkan kerja jantung lebih keras. Menurut analisa penulis gejala-gejala yang ada pada pasien Ny.Z dan Ny.R merupakan gejala Gagal Ginjal Kronik pada umumnya.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

### **1. Menurut Teori**

Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi yang menjadi tanggung gugat perawat. Perumusan diaognosa keperawatan adalah bagaimana diagnose keperawatan digunakan dalam proses pemecahan,masalah. Melalui identifikasi, dapat digambarkan berbagai maslah keperawatan yang membutuhkan asuhan keperawatan, Di samping itu, dengan menentukan atau menyelidiki etiologi masalah akan dapat dijumpai faktor yang menjadi kendala dan penyebabnya. Dengan

mengambarkan tanda dan gejala, akan memperkuat masalah yang ada (Sitanggang, 2019).

Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan faktor yang menjadi kendala dan penyebabnya. Dengan menggambarkan tanda dan gejala, akan memperkuat masalah yang ada. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat (Sitanggang, 2019). Menurut (PPNI, 2017) diagnosa yang dapat diambil diantaranya :

- a) Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)
- b) Nyeri Akut b.d Agen Pecedera Fisiologis. (D.0077)
- c) Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan. (D.0022)
- d) Defisit Nutrisi b.d Kurangnya Asupan Makanan. (D.0019)
- e) Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin. (D.0009)
- f) Gangguan Integritas Kulit b.d Perubahan Sirkulasi. (D.0129)
- g) Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan. (D.0056)
- h) Resiko Perdarahan d.d Gangguan Gastrointestinal (D.0012)
- i) Risiko Infeksi d.d Penyakit Kronis (D.0142)



## 2. Menurut Kasus

Pada kasus pertama yaitu Ny.Z penulis menegakan 4 diagnosa sesuai dengan keluhan yang klien rasakan penentuan diagnose keperawatan berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi klien, diantaranya:

- a. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)
- b. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)
- c. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)
- d. Risiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun (D.0143)

Pada kasus kedua yaitu Ny.R penulis juga menegakan 4 diagnosa sesuai dengan keluhan yang klien rasakan penentuan diagnose keperawatan berdasarkan prioritas yang dilihat dari kondisi klien, diantaranya:

- a. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)
- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)
- c. Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)
- d. Intoleransi Aktivitas d.d Kelemahan(D.0056)

## 3. Analisa Penulis

Perbandingan antara diagnosa teori dengan diagnosa yang ditemukan pada klien kelolaan memiliki persamaan dan perbedaan Pada Ny.Z

memiliki 1 diagnosa yang sama dengan teori dan pada Ny.R memiliki 4 diagnosa yang sama dengan teori. Dari kedua klien Ny.Z dan Ny.R memiliki satu diagnosa yang sama, akan tetapi ada diagnosa yang ditemukan pada klien kelolaan tidak sama dengan teori, berikut penjelasannya:

**1. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003)**

Pada klien pertama Ny.Z dan klien kedua Ny.R dari keduanya didapatkan hasil pengkajian ditemukan data subjektif yang keduanya yaitu mengeluhkan sesak napas. Diagnosa Gangguan Pertukaran Gas dibuktikan dengan tidak seimbangannya antara suplay oksigen yang masuk sehingga suplay darah kedalam paru-paru tidak cukup atau Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi sehingga data objektif pada pasien yaitu pasien mengalami dipsnea, pola nafas yang abnormal, terdengar bunyi napas tambahan dan pada Ny.Z sampai mengalami penurunan kesadaran.

Menurut peneliti gejala-gejala yang didapatkan pada kedua pasien sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

**2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)**

Diagnosa ini terdapat pada Ny.Z tetapi tidak terdapat didalam teori dan tidak terdapat pada Ny.R. Diagnosa Ketidakstabilan kadar

glukosa darah dibuktikan dengan kondisi klien mengalami gangguan toleransi glukosa darah, pada saat pengkajian penulis mendapatkan data subjektif yaitu klien mempunyai riwayat DM serta data objektifnya nilai GDS pasien 321 mg/dl, adapun gejala dan tanda mayor yang terdapat pada klien yaitu kadar glukosa dalam darah/urine tinggi serta gejala dan tanda minor klien mengalami penurunan kesadaran.

Menurut (PPNI, 2017) Ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu variasi kadar gula darah naik ataupun turun dari rentang normal, dan yang terjadi pada klien adalah klien mengalami kenaikan kadar gula darah yang tidak normal. Menurut peneliti gejala-gejala yang ada pada pasien Ny.Z sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

### **3. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)**

Diagnosa ini terdapat pada Ny.Z tetapi tidak terdapat didalam teori dan tidak terdapat pada Ny.R. Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik dibuktikan dengan kondisi Klien mengalami gangguan neuromuskular klien bed rest di tempat tidur, pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif klien yaitu anak klien mengatakan pasien bed rest di tempat tidur dan aktivitasnya dibantu dan data objektifnya yaitu klien tampak lemah untuk menggerakkan ekstremitasnya, adapun gejala dan tanda mayornya yaitu pasien mengalami penurunan kekuatan otot, rentang gerak (ROM) menurun

dan gejala dan tanda minornya yaitu nyeri pada saat bergerak dan gerakan ekstremitas terbatas.

Menurut (PPNI, 2017) Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri, yang terjadi pada klien Ny.Z yaitu klien mengalami penurunan kesadaran dan rentang gerak (ROM) menurun. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun 3/3/2/2. Menurut penulis gejala-gejala yang ada pada klien Ny.Z sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

#### **4. Risiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun (D.0143)**

Diagnosa ini terdapat pada Ny.Z tetapi tidak terdapat didalam teori dan tidak terdapat pada Ny.R. Diagnosa Risiko jatuh dibuktikan dengan kondisi klien mengalami penurunan kekuatan otot dan klien bed rest di tempat tidur. Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif klien yaitu anak klien mengatakan klien bes rest di tempat tidur dan mengalami penurunan kesadaran.

Menurut (PPNI, 2017) Risiko jatuh merupakan kondisi yang beresiko mengalami kerusakan fisik dengan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Menurut penulis gejala-gejala yang ada pada klien Ny.Z sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

## **5. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)**

Diagnosis ini terdapat pada klien kedua Ny.R terdapat pada teori dan tidak terdapat pada Ny.Z. Pada saat pengkajian penulis mendapatkan data subjektif klien mengeluh badan lemas, Klien tidak dapat beraktivitas seperti biasanya, jika lama melakukan aktivitas kepala klien pusing. Sementara data objektifnya Keadaan umum Tampak lemah TTV : TD : 129/72, N: 54x/mnt, Hemoglobin: 9,2 g/dl, CRT > 3 detik, Akral dingin, Bibir tampak pucat, Kulit kering.

Menurut (PPNI, 2017) Perfusi Perifer Tidak Efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh seperti halnya terjadi pada Ny.R. Menurut peneliti penegakkan diagnosis sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosis aktual pada buku SDKI. Saat pengkajian tanda mayor dan minor yang didapatkan pada klien Ny.R sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia).

## **6. Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)**

Diagnosis ini terdapat pada klien kedua Ny.R terdapat pada teori dan tidak terdapat pada Ny.Z. Pada saat pengkajian penulis mendapatkan data subjektif klien mengeluh telat melakukan cuci darah merasa tidurnya terganggu karena sesak, sementara data objektifnya TTV : TD : 129/72, N: 54x/mnt, CRT > 3 detik, terdapat oedema.

Menurut (PPNI, 2017) Hipervolemia peningkatan volume cairan ekstrasel khususnya intravasukular melebihi kemampuan tubuh mengeluarkan air melalui ginjal seperti halnya terjadi pada Ny.R. Menurut peneliti penegakkan diagnosa sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada buku SDKI. Saat pengkajian tanda mayor dan minor yang didapatkan pada klien Ny.R sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

#### **7. Intoleransi aktivitas d.d Kelemahan (D.0056)**

Diagnosa ini terdapat pada Ny.R dan sesuai dengan teori namun diagnosa ini tidak terdapat pada Ny.Z. Diagnosa Intoleransi aktivitas dibuktikan dengan kondisi klien yang tirah baring dan dari hasil pengkajian pada Ny.R didapatkan data subjektif klien yaitu klien mengeluh lelah dan data objektifnya klien tampak lemah dan meminta bantuan perawat dan keluarga untuk pergi ke kamar mandi.

Menurut (PPNI, 2017) Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari, seperti halnya Ny.R yang aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga ketika di rumah sakit. Menurut peneliti gejala-gejala yang ada pada klien Ny.R sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

Dari beberapa diagnosa yang peneliti ambil diantaranya terdapat 1 diagnosa yang sama yakni Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi. (D.0003).

Hal ini terjadi jika organ ginjal terganggu, maka proses pembentukan sel darah merah di sumsum tulang juga akan ikut terganggu yang dapat menyebabkan jumlah oksigen yang bisa dihantarkan ke seluruh tubuh ikut berkurang. Sehingga penderita CKD tidak bisa bernafas secara normal dan mengalami sesak nafas. Masalah utama yang sering terjadi adalah ketidakefektifan pola nafas. Ketidakefektifan pola nafas pada penderita CKD jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan berbagai masalah yaitu asidosis metabolik, pernafasan kussmaul dengan pola nafas cepat, kegagalan nafas, efusi pleura, dan kesadaran menurun (Prayulis and Susanti, 2022)

### **C. Intervensi Keperawatan atau Rencana Keperawatan**

Perencanaan keperawatan merupakan salah satu tahapan dari proses keperawatan tepatnya pada tahap ketiga. Proses keperawatan secara berurutan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Perencanaan keperawatan juga dikenal dengan intervensi keperawatan. Setelah mengetahui diagnosa keperawatan yang tepat untuk klien, selanjutnya perawat menentukan dan mempersiapkan perencanaan keperawatan yang akan diimplementasikan saat memberi asuhan keperawatan (Nasution, 2020).

Perencanaan keperawatan yang disiapkan oleh perawat tentunya harus berhubungan dengan kondisi klien berdasarkan pengkajian dan diagnosa keperawatan karena perencanaan merupakan pegangan atau pedoman bagi perawat dalam memecahkan masalah mengenai klien serta dapat memberikan kepuasan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan klien jika perencanaan tersebut dilakukan dengan tepat dan benar (Nasution, 2020).

### **1. Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi.**

#### **(D.0003)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.Z dan Ny.R karena memiliki kesamaan pada salah satu diagnosanya yaitu Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan Pertukaran Gas klien Meningkat (L.01003) dengan Kriteria Hasil: Dispnea menurun, Bunyi napas tambahan menurun dan SPO2 membaik, adapun intervensi yang dilakukan Terapi Oksigen (I.01026), Monitor kecepatan aliran oksigen, Monitor posisi alat terapi oksigen, Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup, Berikan oksigen sesuai kebutuhan dengan saturasi oksigen pada Ny.Z 89% menjadi 98% dan pada Ny.R 9% menjadi 98%. Berikan oksigen dengan NRM 15L pada Ny.Z dan NRM 10 pada Ny.R Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas atau saat tidur, Kolaborasi pemberian transfusi darah 1x1 hari dengan sediaan darah transfusi PRC perkantong 220cc sekali transfusi untuk Ny.R.



## **2. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.Z dengan masalah keperawatan Ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat (L.03022) dengan Kriteria Hasil: Kadar glukosa dalam urine membaik dan Kesadaran meningkat, adapun intervensi yang dilakukannya yaitu Manajemen hiperglikemi (I.03115) Identifikasi situasi yang mengakibatkan kebutuhan insulin meningkat, Monitor kadar glukosa darah yaitu 321 mg/dl menjadi 185 mg/dl, Berikan asupan cairan oral, Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, Anjurkan kepatuhan terhadap diet makanan yang mengandung banyak cairan dan terlalu banyak gula dan Kolaborasi pemberian insulin 3x 8 unit.

## **3. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Neuromuskular (D.0054)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.Z dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik yang berhubungan dengan Neuromuskular dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan Kriteria Hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat dan Rentang gerak (ROM) meningkat, adapun intervensi yang dilakukan pada Ny.Z yaitu Dukungan mobilisasi (I.05173) Identifikasi

adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), Libatkan keluarga selama melakukan mobilisasi dan Anjurkan melakukan mobilisasi dini seperti menggerakkan tangan dan kaki.

#### **4. Risiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun (D.0143)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.Z dengan masalah keperawatan Risiko Jatuh yang berhubungan dengan Kekuatan otot menurun dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat jatuh menurun (L.14138) dengan Kriteria Hasil: jatuh dari tempat tidur menurun, adapun intervensi yang dilakukan pada Ny.Z yaitu Pencegahan jatuh (I.14540) memasang handral tempat tidur dan mengunci roda tempat tidur klien.

#### **5. Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.R dengan masalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Status Sirkulasi dapat meningkat (L.02016) dengan Kriteria Hasil: Output urine meningkat, Saturasi oksigen meningkat, Pucat menurun, Akral dingin menurun. Tekanan darah sistolik membaik, Tekanan darah diastolik membaik, Tekanan nadi membaik adapun intervensi yang dilakukan pada Ny.R yaitu

Transfusi Darah (I.02089) Identifikasi rencana transfusi, Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi, Lakukan pencegahan ganda (*double check*) pada label darah, Jelaskan tujuan dan prosedur transfusi.

#### **6. Hipervolemia b.d Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.R dengan masalah keperawatan Hipervolemia yang berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan Cairan membaik (L.03114) dengan Kriteria Hasil: pengeluaran urine meningkat, tekanan darah membaik, denyut nadi membaik adapun intervensi yang dilakukan pada Ny. N yaitu Manajemen Hipervolemia Membaik (I.03114) Memonitor tanda gejala hipervolemia (dispnea dan wheezing), memonitor intake output cairan, batasi asupan garam dan memberi posisi 40 derajat.

#### **7. Intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056)**

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.R dengan masalah keperawatan Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047) dengan Kriteria Hasil: Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat dan Kekuatan tubuh meningkat, adapun intervensi yang dilakukan pada Ny.R

yaitu Manajemen Energi (I.05178) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, Sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus (lantai tidak licin), Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur dan Anjurkan melakukan aktivitas bertahap.

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada klien Ny.Z dan Ny.R sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

Pada kasus yang peneliti ambil dari hasil yang didapat bahwa pada klien Ny.Z dan Ny.R terdapat satu diagnose yang sama yakni Gangguan Pertukaran Gas b.d Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi (D.0003). Dalam rencana keperawatan yang terjadi dengan kasus diatas terdapat beberapa terapi non-farmakologis yang bisa dilakukan untuk mengurangi klien dalam keluhan sesak nafas yaitu dengan Deep Breathing Exercise (Ali et al., 2022), Accupressure Therapy (Saputra and Waluyo, 2022), dan pemberian posisi semi fowler (Majampoh, Rondonuwu and Onibala, 2015).

Deep breathing exercise efektif dalam meningkatkan ekspansi dada, untuk mengurangi kerja pernapasan dan meningkatkan efisiensi ventilasi pernapasan, Pemberian massage therapy, chest mobility, deep breathing exercise dan stretching pada penderita effusi pleura dapat meningkatkan fungsi paru-paru serta mengurangi sesak (Yokogawa et al., 2019). “Deep Breathing Exercise” telah terbukti meningkatkan efisiensi ventilasi dengan meningkatkan alveolar dan mengurangi ventilasi ruang mati. Pernapasan

dalam yang lambat juga dapat meningkatkan oksigenasi arteri dengan meningkatkan volume alveolar dan pertukaran gas pada tingkat membran kapiler alveolar (Bilo et al. 2012).

Acupressure merupakan salah satu terapi yang umum digunakan dalam keperawatan. Prinsip healing touch pada acupressure menunjukkan perilaku caring yang dapat memberikan ketenangan, kenyamanan, rasa dicintai dan diperhatikan bagi klien sehingga lebih mendekatkan hubungan terapeutik perawat dan klien. Saat ini belum banyak diketahui manfaat acupressure untuk kesehatan. Beberapa bukti klinis telah menunjukkan bahwa acupressure dapat berguna dalam pengobatan, serta menemukan bahwa pemberian acupressure dapat memberikan manfaat yang signifikan, terutama dalam meningkatkan pengurangan tenaga pernafasan (Saputra and Waluyo, 2022).

Metode yang paling sederhana dan efektif untuk mengurangi resiko penurunan pengembangan dinding dada yaitu dengan pengaturan posisi saat istirahat. Posisi yang paling efektif bagi pasien dengan penyakit kardiopulmonari adalah diberikannya posisi semi fowler dengan derajat kemiringan 30-45° (Yulia, 2008). Posisi semi fowler pada pasien TB paru telah dilakukan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak napas (Bare, 2010). Tujuan dari tindakan ini adalah untuk menurunkan konsumsi O<sub>2</sub> dan menormalkan ekspansi paru yang maksimal, serta mempertahankan kenyamanan (Azis & Musrifatul, 2012).

#### **D. Implementasi atau Catatan Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan pada Ny.Z dan Ny.R dibagi dalam empat komponen yaitu tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Implementasi yang dilakukan peneliti disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun. Implementasi pada Klien Ny.Z dan R dari tanggal 15 Oktober-17 Oktober 2023 dilakukan selama 3 hari perawatan.

Implementasi yang dilakukan pada kasus 1 Klien Ny.Z dari tanggal 15 Oktober s/d 15 Oktober 2023 yang dilakukan selama 3 hari perawatan. Implementasi pada Ny.R di hari pertama 13 Oktober 2022 yaitu, memberikan oksigen dengan NRM 15L/mnt, memonitor kecepatan oksigen dan pernapasan pasien 28x/mnt saturasi oksigennya 91%, memastikan alat terpasang dengan tepat. Memonitor gula darah klien 291 mg/dl, memberikan minuman hangat pada klien, menganjurkan memonitor gula darah secara mandiri pada keluarga, menganjurkan patuh diet rendah gula, kolaborasi pemberian insulin. Memonitor adanya nyeri saat bergerak. Memonitor kesadaran klien selama mobilisasi kesadaran delirium, menganjurkan klien untuk menggerakkan ekstremitas atas dan bawah pantau adanya rasa nyeri.

Implementasi pada Ny.Z di hari kedua 16 Oktober 2023 yaitu, memberikan oksigen dengan NRM 10L/mnt, memonitor kecepatan oksigen dan pernapasan klien 25x/mnt saturasi oksigennya 94%, memastikan alat terpasang dengan tepat. Memonitor gula darah klien 267 mg/dl, memberikan minuman hangat pada klien, menganjurkan memonitor gula darah secara mandiri pada keluarga, menganjurkan patuh diet rendah gula, memberikan

insulin 3x8 unit. Memonitor kesadaran klien selama mobilisasi kesadaran delirium. Menganjurkan klien untuk menggerakkan ekstremitas atas dan bawah pantau adanya rasa nyeri.

Implementasi pada Ny.Z di hari ketiga 17 Oktober 2023 yaitu, memberikan oksigen dengan nasal kanul 5L/mnt, memonitor kecepatan oksigen dan pernapasan klien 23x/mnt saturasi oksigennya 98%, memastikan alat terpasang dengan tepat. Memonitor gula darah klien 185 mg/dl, memberikan minuman hangat pada klien, menganjurkan memonitor gula darah secara mandiri pada keluarga, menganjurkan patuh diet rendah gula, pemberian insulin 3x8 unit. Memonitor kesadaran klien selama mobilisasi kesadaran composmentis. Menganjurkan klien untuk menggerakkan ekstremitas atas dan bawah pantau adanya rasa nyeri klien mampu menggerakkan ekstremitastanpa rasa nyeri namun klen masih bed rest.

Implementasi Ny.R di hari pertama 15 Oktober 2023 yaitu, memberikan oksigen dengan NRM 10L/mnt, memonitor kecepatan oksigen dan pernapasan pasien 28x/mnt saturasi oksigennya 93%, memastikan alat terpasang dengan tepat dan memberi minuman hangat. Memonitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi, Hb klien 9,8. Memonitor intake output cairan, membatasi asupan cairan dan garam. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menganjurkan melakukan aktivitas bertahap.

Implementasi Ny.R di hari kedua 16 Oktober 2023 yaitu, memberikan oksigen dengan NRM 8L/mnt, memonitor kecepatan oksigen dan pernapasan pasien 24x/mnt saturasi oksigennya 96%, memastikan alat terpasang dengan

tepat dan memberi minuman hangat. Memonitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi, Hb klien 10,6. Memonitor intake output cairan, membatasi asupan cairan dan garam. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menganjurkan melakukan aktivitas bertahap.

Implementasi Ny.R di hari ketiga 17 Oktober 2023 yaitu, memberikan oksigen dengan Nasal IANUL 5L/mnt, memonitor kecepatan oksigen dan pernapasan pasien 21x/mnt saturasi oksigennya 98%, memastikan alat terpasang dengan tepat dan memberi minuman hangat. Memonitor tanda-tanda vital sebelum, selama, dan setelah transfusi, Hb klien 12,3. Memonitor intake output cairan, membatasi asupan cairan dan garam. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menganjurkan melakukan aktivitas bertahap.

Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa evidence based nursing pada klien. Evidence based nursing yang diterapkan yaitu memberikan posisi semi fowler pada klien (Majampoh, Rondonuwu and Onibala, 2015). Penulis menerapkan terapi non-farmakologis tersebut karena terapi tersebut sederhana dan efektif untuk membantu mengatasi keluhan klien.

## **E. Evaluasi atau Catatan Perkembangan**

### **1. Menurut Teori**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnosa keperawatan,



rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Perry & Potter, 2010). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

## **2. Menurut Kasus**

Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan oleh penulis pada kasus 1 yaitu pada Ny.R dari 4 diagnosa yang teratasi terdapat 1 diagnosa yaitu gangguan pertukaran gas yang ditandai dengan pernapasan pasien 23x/mnt dengan SPO2 98% dan kesadaran pasien composmentis, untuk diagnosa gangguan toleransi glukosa darah kadar gula darah klien harus selalu dipantau dan klien mendapatkan insulin, diagnosa gangguan mobiltas fisik belum sepenuhnya teratasi karena klien bed rest di tempat tidur dan hanya mampu menggerakkan kestremitas atas dan bawah.

Kasus 2 yaitu Ny.R dari 4 diagnosa semua keluhan klien mampu teratasi seperti pernafasan klien 23x/mnt SPO2 98% dan klien bisa melakukan aktivitasnya kembali namum klien harus melakukan Hemodialisa rutin kembali.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

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

Pengkajian pada Ny.Z dilakukan pada tanggal 13 Oktober 2023 ditemukan data adanya gejala dari gagal ginjal kronik yaitu klien mengalami gangguan pertukaran gas dimana klien mengalami sesak napas dan klien mengalami penurunan kesadaran, kadar gula darah klien lebih dari normal yaitu 321 mg/dl.

Hasil pengkajian yang ditemukan dari studi kasus pada Ny.R yang dilakukan pengkajian tanggal 13 Oktober 2023 ditemukan data adanya gejala dari gagal ginjal kronik yaitu klien mengalami gangguan pertukaran gas dimana klien mengalami sesak napas. Klien juga mengeluh lemas tekanan darah klien 129/72 mmHg, N: 54x/menit. Hemoglobin 9,2 g/dl.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Hasil studi kasus didapatkan 8 diagnosa dari kedua klien dan terdapat 4 diagnosa yang sesuai dengan teori yaitu Diagnosa Gangguan Pertukaran Gas, Perfusi Perifer Tidak Efektif, Hipervolemia dan Intoleransi Aktivitas. Ny. Z hanya memiliki satu diagnosa yang sama sesuai teori yaitu Diagnosa Gangguan Pertukaran Gas sedangkan pada kasus Ny.R diagnosa yang didapati semuanya sesuai dengan teori yaitu Diagnosa Gangguan Pertukaran Gas, Perfusi Perifer Tidak Efektif, Hipervolemia dan Intoleransi Aktivitas.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada Ny.Z dan Ny.R dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan klien dan memperhatikan koondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kerja sama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti dengan intervensi yang didasarkan atas empat komponen yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

### **4. Implementasi atau Catatan Keperawatan**

Pelaksanaan tindakan kasus ini di laksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, sesuai dengan kebutuhan kedua klien dengan Gagal Ginjal Kronik. Pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut dapat dilakukan dan berjalan dengan baik berkat kerja sama dari klien, keluarga, perawat ruangan dan pembimbing lapangan.

### **5. Evaluasi atau Catatan Perkembangan**

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan Pada klien Ny.z dan Ny.R selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan di buat dalam bentuk SOAP. Pada klien Ny.R hasil evaluasi didapatkan semua masalah keperawatan klien teratasi, namun klien masih harus menjalankan Hemodialisa. Pada klien Ny.Z terdapat satu diagnosa yang teratasi dan dua diagnosa lainnya masih harus dilakukan di rumah dan selalu memperhatikan dan mengecek kadar gula darah.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Rumah Sakit**

Saran kepada perawat Ruang Azalea RSUD CAM Kota Bekasi untuk dapat menjadi edukator untuk memberi informasi dan pendidikan kesehatan mengenai Gagal Ginjal Kronik pada klien dan keluarga klien. Serta dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan, selalu memberikan pelayanan yang profesional dan bermutu kepada klien. Mengikuti pelatihan-pelatihan agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi klien rawat inap yang membutuhkan keperawatan.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan hasil tugas akhir ini dapat memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya Keperawatan Medikal Bedah.

### **3. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien**

Diharapkan klien dan keluarga dapat memahami dan mengenal lebih dalam lagi mengenai penyakit gagal ginjal kronik dan bagaimana pencegahan, perawatan serta pengobatan pada penyakit tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Akuba, J. *et al.* (2023) ‘Gambaran Tatalaksana Terapi Anemia Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Rumah Sakit Toto Kabila’, *JKPharm Jurnal Kesehatan Farmasi*, 5(1), pp. 63–69. Available at: <https://doi.org/10.36086/jkpharm.v5i1.1619>.
- Carolina, P. and Aziz, Z.A. (2019) ‘Dukungan Keluarga Dalam Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik Di Rsud dr. Doris Sylvanus Palangka Raya’, *DINAMIKA KESEHATAN JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN*, 10(2). Available at: <https://doi.org/10.33859/dksm.v10i2.484>.
- Dhani, N. (2019) *Keperawatan medikal bedah, Bcg*.
- Fitriani, D. *et al.* (2020) ‘Hubungan Lama Menjalani Terapi Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Dr Sitanala Tangerang’, *Edu Dharma Journal: Jurnal penelitian dan pengabdian masyarakat*, 4(1), pp. 70–78. Available at: <https://doi.org/10.52031/edj.v4i1.44>.
- Haryana, N.R. and Chairunnisa, T. (2022) ‘Proses Asuhan Gizi Terstandar pada Chronic Kidney Disease Stage V, Diabetes Melitus II, Anemia dan Pseudoaneurisma Nila’, *Pontianak Nutriotion Jurnal*, 5(1), pp. 129–134.
- Kusuma, A.D.A., Mariam, D. and Nusadewiarti, A. (2023) ‘Gagal Ginjal Kronik dan Diabetes Mellitus tipe 2 pada Wanita usia 57 Tahun dengan Penatalaksanaan Holistik Kedokteran Keluarga: Laporan Kasus’, *Medula*, 13(3), pp. 332–340. Available at: <http://journalofmedula.com/index.php/medula/article/view/519>.
- Lolowang, N.L., Lumi, W.M. and Rattoe, A.A. (2020) ‘Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Terapi Hemodialisa’, *Jurnal Ilmiah Perawat Manado (Juiperdo)*, 8(2), pp. 21–33. Available at: <https://doi.org/10.47718/jpd.v8i01.1183>.
- Marianna, S. and Astutik, S. (2018) ‘Hubungan Dampak Terapi Hemodialisa Terhadap Kualitas Hidup Pasien Dengan Gagal Ginjal’, *Indonesian Journal of Nursing Sciences and Practice*, pp. 41–52.
- Nasution, S.A.S. (2020) ‘Langkah-Langkah Perumusan Rencana Keperawatan dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan’.
- Nurarif, H. & K.H. (2019) ‘Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC – NOC Edisi Revisi Jilid 1. Mediaction Publishing: Yogyakarta.’, *Journal of Geotechnical and Geoenvironmental Engineering ASCE*, 120(11).
- Pandiangan, F.D.D.H. (2021) ‘Gambaran Kadar Hemoglobin Pasien Gagal Ginjal Kronik Sesudah Melakukan Hemodialisis’, *Jurnal Medika Hutama*,

02(04), pp. 1040–1046.

- Pardede, S. and Chunnaedy, S. (2009) *Penyakit Ginjal Kronik*. 3rd edn, *Sari Pediatri*. 3rd edn. Jakarta: internal publishing.
- Peri Zuliani and Dita Amita (2020) ‘Hubungan Anemia Dengan Kualitas Hidup Pasien Pkg Yang Menjalani Hemodialisis’, *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 08(02), pp. 107–116.
- PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan*. 1st edn. Jakarta.
- Pratiwi, R.A.D., Widiyawati, A. and Yuanta, Y. (2022) ‘Pengembangan Buku Saku Pasien Gagal Ginjal Kronik Hemodialisis di Rumah Sakit’, *Jurnal Gizi*, 2(3), pp. 104–113. Available at: <https://publikasi.polije.ac.id/index.php/harena/article/view/3367>.
- Prayulis, I. and Susanti, I.H. (2022) ‘Asuhan Keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif Dengan Balloon Blowing Pada Pasien Chronic Kidney Disease’, *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(2), pp. 503–508.
- Putri, S.I., Dewi, T.K. and Ludiana (2023) ‘Implementation Of Slow Deep Breathing On Fatigue In Chronic Kidney Failure Patients In HD Room Of RSUD Jendral Ahmad Yani Metro In 2022’, *Jurnal Cendekia Muda*, 3(2), pp. 292–293.
- Sari, A.P. (2016) ‘Hubungan lama hemodialisa dengan insomnia pada pasiengagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RST. Dr. Asmir Salatiga’, *Applied Microbiology and Biotechnology*, 85(1), pp. 2071–2079.
- Setiati, Siti; Alwi, Idrus; Sudoyono, Aru. W; K. Simadibrata, Marcellus; Setiyohadi, Bambang; Syam Ari, F. (2017) *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I, Ilmu Penyakit Dalam*.
- Sitanggang, R. (2019) ‘Diagnosa Keperawatan Sebagai Standar Praktik Keperawatan’, *Osf.Io* [Preprint]. Available at: <https://osf.io/preprints/inarxiv/vq6hj/>.
- Smeltzer & Bare (2013) ‘Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Suddarth Edisi 8. Jakarta: EGC.’, *EGC* [Preprint].

# LAMPIRAN

*Lampiran 1 Lembar Bimbingan***KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR**

<b>TANGGAL BIMBINGAN</b>	<b>WAKTU BIMBINGAN</b>	<b>KEGIATAN</b>	<b>PARAF PEMBIMBING</b>	<b>KETERANGAN</b>
18 Oktober 2023	18.30 WIB	Pengajuan Dan Bimbingan Judul KIAN		Revisi
26 Oktober 2023	11.00 WIB	Bimbingan Judul KIAN dan Proses BAB i - BAB II		ACC
29 Oktober 2023	16.00 WIB	Bimbingan BAB I dan BAB II		Revisi
08 November 2023	15.30 WIB	Bimbingan BAB I- BAB III		Revisi
12 November 2023	10.00 WIB	Bimbingan BAB I- BAB V		ACC