

KARYA ILMIAH AKHIR

**KAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS PENURUNAN KESADARAN + *SUSPECT*
ENSEFALOPATI + SEPSIS + *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD)
+ ANEMIA + HIPOALBUMIN + DEKUBITUS HARI KE 6
DI RUANG ICU IGD RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

PENY INDRAWATI, S.Kep
NIM. 193.0068

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

KARYA ILMIAH AKHIR

**KAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS PENURUNAN KESADARAN + *SUSPECT*
ENSEFALOPATI + SEPSIS + *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD)
+ ANEMIA + HIPOALBUMIN + DEKUBITUS HARI KE 6
DI RUANG ICU IGD RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Karya Ilmiah Akhir diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ners



Oleh :

PENY INDRAWATI, S.Kep
NIM. 193.0068

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenar-benarnya menyatakan bahwa kajian karya ilmiah akhir ini saya susun sesuai dengan penulisan asuhan keperawatan yang belum dikaji, terutama pada bagian bab 3. Penulis juga menambahkan referensi pada bab 2. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 15 Juli 2020
Penulis

Peny Indrawati , S.Kep
NIM. 193.0068

HALAMAN PERSETUJUAN

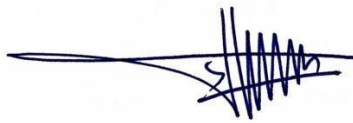
Setelah kami periksa dan kami amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Peny Indrawati, S.Kep
NIM : 193.0068
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Kajian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Diagnosa Medis Penurunan Kesadaran + *Suspect*
Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD)
+ Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 Di
Ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan kajian karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns.)

Pembimbing



Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.039

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2020

HALAMAN PENGESAHAN

Kajian Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Peny Indrawati, S.Kep

NIM :193.0068

ProgramStudi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Kajian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Penurunan Kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 Di Ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

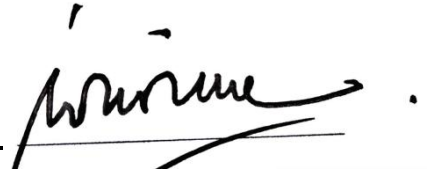
Hari,tanggal : Kamis, 23 Juli 2020

Bertempatdi : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Stikes Hang Tuah Surabaya.

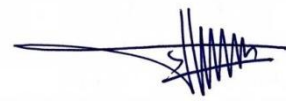
Penguji I : **Wiwiek Liestyningrum, S.Kp., M.Kep**

NIP. 04.014



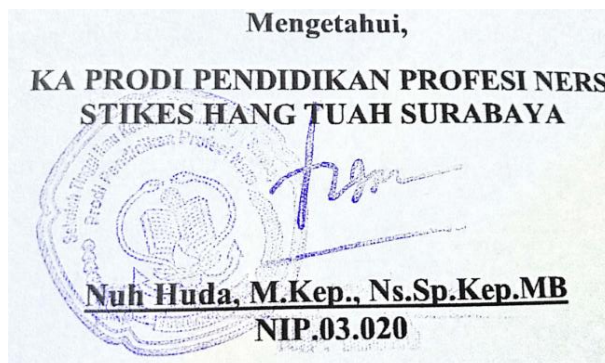
Penguji II : **Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep**

NIP. 03.039



Mengetahui,

**KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA**



**Nuh Huda, M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB
NIP.03.020**

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun kajian karya ilmiah akhir yang berjudul “Kajian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Penurunan Kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 Di Ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditentukan.

Kajian karya ilmiah akhir ini diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, sehingga karya ilmiah akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematis maupun isinya jauh dari kata sempurna.

Dalam kesempatan ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Ibu Wiwiek Liestyningrum, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan penguji yang telah bersedia meluangkan waktu, memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Bapak Nuh Huda, M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

3. Ibu Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah akhir ini.
4. Seluruh dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing selama menuntut ilmu di Program Studi Pendidikan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
5. Orang tua dan kakak tercinta yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
6. Serta kepada teman-teman dan semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa kajian karya ilmiah akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Kajian karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 15 Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Penyakit <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD)	9
2.1.1 Anatomi Fisiologi Ginjal	9
2.1.2 Struktur Internal Ginjal	9
2.1.3 Struktur Mikroskopik Ginjal.....	11
2.1.4 Vaskularisasi Ginjal	12
2.1.5 Definisi <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD)	13
2.1.6 Etiologi <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD)	13
2.1.7 Klasifikasi <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD)	15
2.1.8 Manifestasi klinis <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD).....	16
2.1.9 Patofisiologi <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD).....	17
2.1.10 Pemeriksaan Penunjang <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD).....	18
2.1.11 Komplikasi <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD).....	19
2.1.12 Penatalaksanaan <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD).....	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD).....	21
2.2.1 Pengkajian.....	21
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	23
2.2.3 Rencana Keperawatan.....	23
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	28
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	29
2.3 Konsep Sepsis	29
2.3.1 Definisi Sepsis	29
2.3.2 Etiologi Sepsis	29
2.3.3 Patofisiologi Sepsis.....	30
2.3.4 Penentuan Sepsis.....	31

2.3.5	Penanganan Sepsis	33
2.4	Kosep Map	34
BAB 3	TINJAUAN KASUS	36
3.1	Pengkajian.....	36
3.1.1	Identitas.....	36
3.1.2	Riwayat Penyakit Sekarang	36
3.1.3	Pemeriksaan Fisik	38
3.1.4	Pemeriksaan penunjang	42
3.1.5	Analisa Data.....	46
3.2	Diagnosa Keperawatan	48
3.3	Intervensi Keperawatan	49
3.4	Implementasi Keperawatan.....	60
3.5	Evaluasi Keperawatan.....	83
BAB 4	PEMBAHASAN	85
4.1	Pengkajian.....	85
4.1.1	Identitas.....	85
4.1.2	Riwayat Kesehatan.....	86
4.1.3	Pemeriksaan Fisik	89
4.2	Diagnosa Keperawatan	98
4.3	Perencanaan/ Intervensi	102
4.4	Implementasi.....	117
4.5	Evaluasi.....	119
BAB 5	PENUTUP.....	121
5.1	Kesimpulan	121
5.2	Saran	125
	DAFTAR PUSTAKA	126

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria untuk SIRS, Sepsis, Sepsis Berat, Syok Septik	31
Tabel 3.1 Lembar Pemeriksaan Laboratorium Ny. N	42
Tabel 3.2 Lembar Pemberian Terapi Ny. N	45
Tabel 3.3 Daftar Analisa Data Ny. N	46
Tabel 3.4 Daftar Prioritas Masalah Keperawatan Ny. N	48
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Ny. N	49
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan Hari ke-1	60
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan Hari ke-2	63
Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan Hari ke-3	73
Tabel 3.9 Evaluasi Sumatif	83

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian-Bagian Ginjal.....	11
Gambar 2.2 Bagian-Bagian Nefron	12
Gambar 2.3 Vaskularisasi Ginjal	12
Gambar 2.4 <i>Score</i> SOFA.....	32
Gambar 2.5 Alur Penegakkan Diagnosis Sepsis	33
Gambar 3.1 Hasil <i>CT-Scan</i> Kepala Ny. N	43
Gambar 3.2 Hasil Foto <i>Thorax</i> Ny. N.....	44

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	129
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	130
Lampiran 3 SOP Edukasi	131
Lampiran 4 <i>Leaflet</i>	144

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

SINGKATAN

ACCP	: <i>American College of Chest Physician</i>
BAB	: Buang Air Besar
BGA	: <i>Blood Gas Analysis</i>
CIV	: Cairan Intravaskuler
CKD	: <i>Chronic Kidney Disease</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
CVC	: <i>Central Venous Catheter</i>
CVP	: <i>Central Venous Pressure</i>
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
ECG	: <i>Electrocardiography</i>
ECHO	: <i>Echocardiography</i>
EEG	: <i>Electroencephalography</i>
EPO	: <i>Eritropoietin</i>
ESICM	: <i>European Society of Critical Care Medicine</i>
ESRD	: <i>End-Stage Renal Disease</i>
GFR	: <i>Glomerulus Filtrat Rate</i>
GGK	: Gagal Ginjal Kronis
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
IWL	: <i>Invisible Water Los</i>
LFG	: Laju Filtrasi Glomerulus
LFT	: <i>Liver Fungsi Test</i>
MRS	: Masuk Rumah Sakit
Na	: Natrium
PGK	: Penyakit Ginjal Kronis
PIRO	: <i>Predisposition, Infection, Response to the infectious challenge, and Organ dysfunction</i>
PPT	: <i>Protombine Time</i>
PTTK	: <i>Partial Thromboplastin Time with Kaolin</i>
RFT	: <i>Renal Fungsi Test</i>
SCCM	: <i>Society of Critical Care Medicine Consensus</i>
SIRS	: <i>Systemic Inflammatory Response System</i>
SOFA	: <i>Sequential Organ Failure Assesment</i>
TD	: Tekanan Darah
WHO	: <i>World Health Organization</i>

SIMBOL

%	: Persen
?	: Tanda Tanya
=	: Sama Dengan
-	: Sampai
(-)	: Negatif
(+)	: Positif
<	: Kurang Dari
>	: Lebih Dari

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit ginjal kronik telah menjadi suatu masalah kesehatan utama masyarakat dunia. Penyakit ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Penyakit ginjal kronik semakin meningkat setiap tahun. Hal tersebut dipengaruhi oleh faktor pertumbuhan, peningkatan proses penuaan, obesitas, dan gaya hidup tidak sehat (Putri et al., 2016). Menurut Suwitra (2014) dalam Kalengkongan et al., (2018) CKD adalah penyakit ginjal yang progresif dan tidak dapat kembali sembuh secara total seperti sedia kala (*irreversibel*) dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) <60 ml/menit dalam waktu 3 bulan atau lebih, sehingga kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit, yang menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). Masalah keperawatan yang didapat pada pasien CKD ditinjau dari gangguan kebutuhan dasar yaitu hipervolemia. Hal ini terjadi karena hilangnya jaringan ginjal fungsional merusak kemampuan untuk mengatur keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa. Kerusakan filtrasi dan reabsorpsi yang menyebabkan penumpukan cairan pada tubuh, sehingga tubuh mengalami kelebihan cairan.

Penyakit ginjal kronis di dunia saat ini mengalami peningkatan dan masalah kesehatan serius, hasil penelitian *Global Burden of Disease* tahun 2010, Penyakit Ginjal Kronis merupakan penyebab kematian peringkat ke 27 di dunia tahun 1990 dan meningkat menjadi urutan ke-18 pada tahun 2010 (KemenKes RI, 2018). Pada tahun 2013, sebanyak 2 per 1000 penduduk atau 499.800 penduduk Indonesia menderita penyakit gagal ginjal. sebanyak 6 per 1000 penduduk atau 1.499.400 penduduk indonesia menderita batu ginjal (Riskesdas, 2013). Namun pada tahun 2018 terjadi peningkatan prevelensi penderita gagal ginjal kronis sebesar 3,8% dengan penyebab gagal ginjal di Indonesia tertinggi sebagian besar dikarenakan nefropati diabetik sebesar 52 % disusul dengan hipertensi sebesar 24%. Penderita gagal ginjal kronis urutan pertama yaitu Kalimantan Utara dengan prevelensi sebesar 6,4% sedangkan Jawa Timur berada di peringkat 29 dengan prevelensi 2,8% (Riskesdas, 2018). Sedangkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya pasien yang di diagnosa medis CKD di ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, didapatkan sebanyak 9 (3,84%) kasus dari total 234 pasien terhitung sejak bulan Oktober 2019 sampai dengan Januari 2020.

National Kidney Foundation (2015) dalam Kalengkongan et al., (2018) mengemukakan bahwa penyebab tersering dari CKD adalah diabetes melitus dan tekanan darah tinggi dari seluruh kasus. salah satu faktor penyebab CKD adalah hipertensi, sehingga dapat terjadi penyempitan pembuluh darah pada ginjal, dan akibatnya ginjal akan terjadi kerusakan yang berakibat penyakit gagal ginjal kronik. Hipertensi pada dasarnya akan merusak pembuluh darah, jika pembuluh darahnya pada ginjal, maka ginjal akan mengalami kerusakan. Pada penyakit

ginjal tahap akhir urin tidak dapat dikonsentrasikan atau diencerkan secara normal sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan elektrolit. Dengan tertahannya natrium dan cairan bisa terjadi edema di sekitar tubuh seperti tangan, kaki dan muka (Arofiati, 2019). Gangguan regulasi cairan dan elektrolit dapat memicu terjadinya kondisi *overload* cairan pada penderita. *Overload* cairan lebih lanjut dapat menimbulkan komplikasi berupa gagal jantung, edema paru yang dapat berujung kematian (Angraini & Putri, 2016).

Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) membutuhkan regulasi cairan yang sangat hati-hati guna mencegah terjadinya kelebihan volume cairan, karena jika asupan cairan terlalu bebas dapat menyebabkan ginjal mengalami kelebihan beban sirkulasi, namun disisi lain dapat menimbulkan risiko kekurangan volume cairan intravaskuler. Manifestasi klinis kekurangan cairan diantaranya dehidrasi, hipotensi dan semakin memburuknya kondisi ginjal. Kerugian-kerugian tersebut dapat dicegah dengan pemantauan intake output dan pembatasan cairan yang terbukti efektif dalam mengatasi kelebihan volume cairan. Pemantauan intake output cairan pasien dilakukan dalam waktu 24 jam dan dapat dibagi tiap shift jaga (± 7 jam) untuk kemudian dimasukkan ke dalam *chart* atau tabel sesuai jam dan jenis *intake* pasien apakah makanan, minuman, atau infus dan *output*, apakah muntah, urine, BAB, atau IWL untuk kemudian dihitung balance cairan pasien tersebut (Safitri & Sani, 2019).

Asuhan keperawatan yang tepat dan *komprensif* pada pasien gagal ginjal kronik merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan oleh seorang perawat untuk membantu mengatasi masalah pasien. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu melakukan penerapan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa

medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 di ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah hasil kajian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 di Ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengkaji dalam menyempurnakan tulisan atau asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 di Ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah dibuat oleh adek tingkat penulis.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Memahami pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus di ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menganalisa diagnosa keperawatan sesuai hasil pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin +

Dekubitus di ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

3. Menelaah rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus di ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Menelaah pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus di ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Menelaah pelaksanaan evaluasi hasil asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus di ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan cermat akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian mortalitas pada pasien dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus di ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi institusi rumah Sakit

Dapat dijadikan sebagai masukan untuk meyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada pasien diagnosa medis Penurunan kesadaran + Suspect Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus sehingga penatalaksanaan dini dapat dilakukan.

2. Bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya pada pasien diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus sehingga dapat meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

3. Bagi penulis selanjutnya

Penulisan kajian karya ilmiah akhir ini dapat dipergunakan sebagai acuan yang lebih sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien khususnya dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam kajian karya ilmiah akhir ini adalah mengkaji dari hasil pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis sebelumnya (adek tingkat) pada pasien Ny. N dengan diagnosa medis Penurunan

kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus di ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

2. Tahap Pengumpulan Data

a. Sumber Data

1) Data Sekunder

Dalam mengkaji penyusunan karya ilmiah akhir ini, data pada tinjauan kasus atau bab 3 diperoleh dari hasil penulisan KTI asuhan keperawatan yang telah disusun oleh adek tingkat penulis.

3. Tinjauan Kepustakaan

Tinjauan kepustakaan dilakukan untuk mengumpulkan teori-teori dalam mendukung penyusunan kajian karya ilmiah akhir ini dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus yang sebelumnya telah disusun oleh adek tingkat penulis.

1.6 Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis akhir ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, surat pernyataan, halaman persetujuan, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan daftar lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari 5 bab yang masing masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut :
 - a. BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

- b. BAB 2 : Tinjauan Pustaka yang berisi uraian secara teoritis mengenai konsep *Chronic Kidney Disease* (CKD) dan Sepsis.
- c. BAB 3 : Tinjauan Kasus yang berisi tentang deskriptif dari hasil pengkajian, penyusunan diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny. N dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus.
- d. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini analisis.
- e. BAB 5 : Penutup yang berisi tentang simpulan dan saran.
- f. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dari buku, jurnal dan daftar lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan di jelaskan secara teoritis mengenai konsep dasar penyakit dan konsep asuhan keperawatan pada pasien yang akan diuraikan dalam anatomi fisiologi, definisi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, komplikasi serta penanganan. Pada konsep asuhan keperawatan akan di uraikan tentang masalah-masalah keperawatan dalam menangani *Chronic Kidney Disease* (CKD) dan sepsis di rangkum dalam pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD)

2.1.1 Anatomi Fisiologi Ginjal

Lokasi ginjal berada dibagian belakang dari kavum abdominalis, area retroperitoneal bagian atas pada kedua sisi vertebra lumbalis III, dan melekat langsung pada dinding abdomen. Bentuknya seperti biji buah kacang merah (kara/ercis), jumlahnya ada 2 buah yang terletak pada bagian kiri dan kanan, ginjal kiri lebih besar daripada ginjal kanan. Pada orang dewasa berat ginjal 200 gram. Pada umumnya ginjal laki-laki lebih panjang dari pada ginjal perempuan (Nuari & Widayati, 2017).

2.1.2 Struktur Internal Ginjal

Menurut Nuari & Widayati (2017) ecara anatomis ginjal terbagi menjadi 3 bagian yaitu bagian kulit (korteks), sumsum ginjal (medula), dan bagian rongga ginjal (pelvis renalis).

1. Kulit ginjal

Pada kulit ginjal terdapat bagian yang bertugas melaksanakan penyaringan darah yang disebut nefron. Pada tempat penyaringan darah ini banyak mengandung kapiler darah yang tersusun bergumpal-gumpal disebut glomerulus. Tiap glomerulus dikelilingi oleh simpai bowman, dan gabungan antara glomerulus dengan simpai bowman disebut badan malpighi. Penyaringan darah terjadi pada badan malpighi. Zat-zat yang terlarut dalam darah masuk ke dalam simpai bowman. Dari sini maka zat-zat tersebut akan menuju ke pembuluh yang merupakan lanjutan dari simpai bowman yang terdapat di dalam sumsum ginjal.

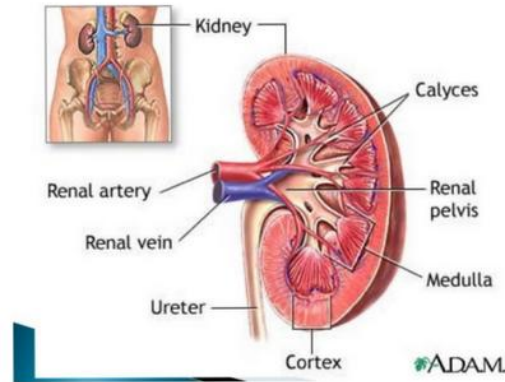
2. Sumsum Ginjal (medula)

Sumsum ginjal terdiri dari beberapa badan berbentuk kerucut yang disebut piramid renal. Dengan dasarnya menghadap korteks dan puncaknya disebut apeks atau papila renalis, mengarah ke bagian dalam ginjal. Satu piramid dengan jaringan korteks di dalamnya disebut lobus ginjal. Piramid antara 8 hingga 18 bulan tampak bergaris-garis karena terdiri atas berkas saluran paralel (tubuli dan duktus koligentes). Diantara piramid terdapat jaringan korteks disebut dengan kolumna renal. Pada bagian ini berkumpul ribuan pembuluh halus yang merupakan lanjutan dari simpai bowman. Di dalam pembuluh halus ini terangkut urine yang merupakan hasil penyaringan darah dalam badan malpighi, setelah mengalami berbagai proses.

3. Rongga Ginjal (pelvis renalis)

Pelvis renalis adalah ujung ureter yang berpangkal di ginjal, berbentuk corong lebar. Sebelum berbatasan dengan jaringan ginjal, pelvis renalis bercabang dua atau tiga disebut kaliks mayor, yang masing – masing bercabang membentuk

beberapa kaliks minor yang langsung menutupi papila renis dan piramid. Kaliks minor ini menampung urine yang terus keluar dari papila. Dari kaliks minor, urine masuk ke kaliks mayor, ke pelvis renis ke ureter, hingga di tampung dalam kandung kemih (vesika urinaria).

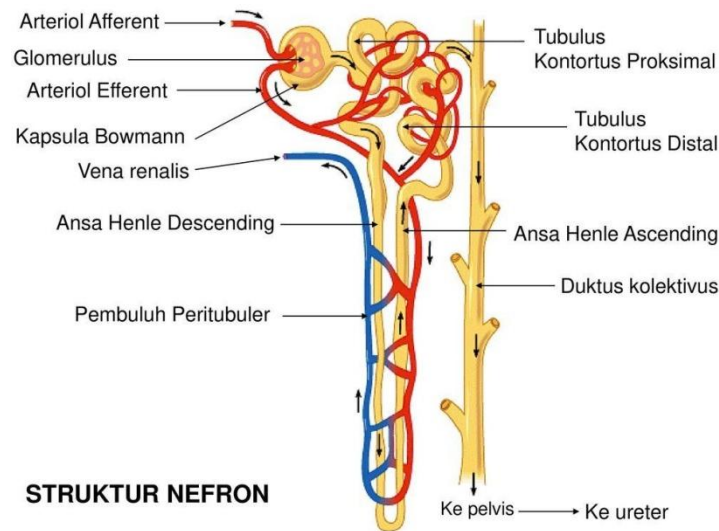


Gambar 2.1 Bagian-Bagian Ginjal (Nuari & Widayati, 2017)

2.1.3 Struktur Mikroskopis Ginjal

Satuan struktural dan fungsional ginjal yang terkecil disebut nefron. Tiap-tiap nefron terdiri atas komponen vaskuler dan tubuler. Komponen vaskuler terdiri atas pembuluh-pembuluh darah yaitu glomerulus dan kapiler peritubuler yang mengitari tubuli. Dalam komponen tubuler terdapat kapsul bowman, serta tubulus-tubulus, yaitu tubulus kontortus proksimal, tubulus kontortus distal, tubulus pengumpul dan lengkung henle yang terdapat pada medula. Kapsula bowman terdiri atas lapisan parietal (luar) berbentuk gepeng dan lapis viseral (langsung membungkus kapiler glomerulus) yang bentuknya besar dengan banyak jalur mirip jari disebut podosit (sel berkaki) atau pedikel yang memeluk kapiler secara teratur sehingga celah-celah antara pedikel itu sangat teratur. Kapsula bowman bersama glomerulus disebut korpuskel renal, bagian tubulus yang keluar dari korpus renal disebut dengan tubulus kontortus proksimal karena jalannya yang berbelok-belok, kemudian menjadi saluran yang lurus yang semula tebal

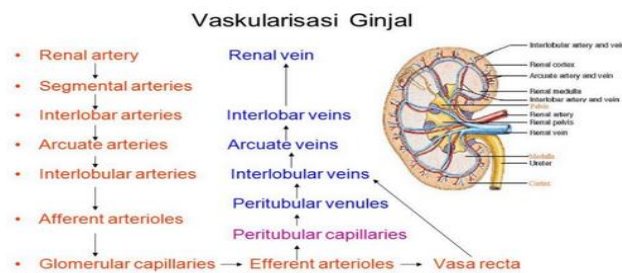
kemudian menjadi tipis disebut ansa henle atau loop of henle, karena membuat lengkungan tajam berbalik kembali ke korpuskel renal asal, kemudian berlanjut sebagai tubulus kontortus distal (Nuari & Widayati, 2017).



Gambar 2.2 Bagian-Bagian Nefron (Nuari & Widayati, 2017)

2.1.4 Vaskularisasi Ginjal

Ginjal mendapat darah dari aorta abdominalis yang mempunyai percabangan arteria renalis, yang berpasangan kiri dan kanan bercabang menjadi arteria interlobularis yang berada ditepi ginjal bercabang menjadi kapiler membentuk gumpalan yang disebut dengan glomerulus dan dikelilingi oleh alat yang disebut dengan simpai bowman, didalamnya terjadi penyaringan pertama dan kapiler darah yang meninggalkan simpai bowman kemudian menjadi vena renalis masuk ke vena cava inferior (Nuari & Widayati, 2017).



Gambar 2.3 Vaskularisasi Ginjal (Nuari & Widayati, 2017)

2.1.5 Definisi *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Menurut Suwitra (2010) dalam Kalengkongan et al (2018) CKD adalah penyakit ginjal yang progresif dan tidak dapat kembali sembuh secara total seperti sedia kala (*irreversibel*) dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) <60 ml/menit dalam waktu 3 bulan atau lebih, sehingga kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit, yang menyebabkan uremia.

Gagal ginjal kronik merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat, biasanya berlangsung dalam beberapa tahun. gangguan fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible* (lambat) artinya jika ginjal mengalami satu kerusakan maka akan ada kemungkinan terjadi kerusakan yang lebih banyak dan tidak dapat kembali normal (Nuari & Widayati, 2017).

2.1.6 Etiologi *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Menurut Kalengkongan et al (2018) faktor resiko yang dapat menyebabkan *Chronic Kidney Disease* (CKD) yaitu :

1. Hipertensi

Tekanan darah tinggi membuat pembuluh darah bekerja terlalu keras karena aliran darah yang terlalu kuat. Kondisi ini dapat menyebabkan pembuluh darah rusak termasuk pembuluh darah yang ada pada bagian ginjal. Arteri besar dan pembuluh darah kecil menuju ginjal dapat rusak. Kemudian secara perlahan ginjal mengalami penurunan fungsi dan menyebabkan banyak cairan limbah yang menumpuk pada ginjal (Harianto. A, 2015).

2. Diabetes Melitus (DM)

Ketika tubuh memiliki kadar gula yang terlalu tinggi atau lebih sering disebut dengan kondisi diabetes melitus (DM), maka akan menyebabkan ginjal bekerja terlalu keras. Ginjal akan menyerap darah dalam jumlah yang lebih tinggi sehingga menyebabkan pembuluh darah yang bertugas menyaring darah bisa bekerja terlalu banyak. Kemudian setelah beberapa lama ginjal tidak mampu menyaring semua bagian limbah dari darah dan menyebabkan kebocoran. Akibatnya maka urin mengandung protein yang seharusnya tinggal dalam tubuh. Ginjal akan kehilangan fungsinya dengan ditandai penemuan protein tinggi dalam urin.

3. Penyakit Ginjal Polikistik

Penyakit ginjal polikistik dapat menyebabkan kerusakan kemampuan ginjal karena banyaknya zat racun yang harus disaring oleh ginjal. Penyakit ini secara perlahan akan menyebabkan ginjal tidak berfungsi sehingga pada tahap akhir dapat menyebabkan gagal ginjal. Penyakit ini sering ditemukan pada usia lanjut sekitar umur 55 tahun. Menurut Price, 2006. Penyakit ginjal polikistik ditandai dengan kista-kista multiple, bilateral dan berekspansi yang lambat laun mengganggu dan menghancurkan parenkim ginjal normal sehingga ginjal akan menjadi rusak (Kalengkongan et al., 2018).

4. Obstruksi

Obstruksi disebabkan oleh masalah seperti batu ginjal, tumor atau pembesaran prostat.

5. Obat-obatan

Kebiasaan mengkonsumsi berbagai jenis obat-obatan yang mengandung bahan lithium dan siklosporin dapat memicu terjadinya gagal ginjal. Hal ini

desebabkan karena ginjal bekerja terlalu keras untuk menyaring semua limbah yang dihasilkan dari sisa-sisa obat dalam tubuh.

6. Infeksi urin berulang.

2.1.7 Klasifikasi *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Menurut *National Kidney Foundation* (2015) dalam Kalengkongan et al., (2018) klasifikasi *Chronic kidney disease* (CKD) antara lain:

1. Stadium I : $GFR > 90 \text{ ml}/73\text{menit}/1,73^2$

Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat, disertai protein urea.

2. Stadium II : $GFR 89 - 60 \text{ ml}/73\text{menit}/1,73^2$

Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan (berkaitan dengan usia), disertai protein urea.

3. Stadium III A : $59 - 45 \text{ ml}/73\text{menit}/1,73^2$

Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR sedang berisiko rendah mengalami gagal ginjal.

4. Stadium III B : $44 - 30 \text{ ml}/73\text{menit}/1,73^2$

Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR berat berisiko tinggi mengalami gagal ginjal.

5. Stadium 4 : $29 - 15 \text{ ml}/73\text{menit}/1,73^2$

Gagal ginjal yang memerlukan terapi *dialysis*.

6. Stadium 5 : $<15 \text{ ml}/73\text{menit}/1,73^2$

Gagal ginjal yang memerlukan transplantasi.

2.1.8 Manifestasi klinis *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Manifestasi Klinis menurut Suyono (2011) dalam Nuari & Widayati (2017) adalah sebagai berikut:

1. Gangguan Kardiovaskuler

Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, efusi perkardiac dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.

2. Gangguan Pulmoner

Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan riak, suara krekel.

3. Gangguan Gastrointestinal

Anoreksia, mual, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulutn nafas bau amonia.

4. Gangguan Muskuluskeletal

Resiles leg syndrom (pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan), *burning feet syndrom* (rasa kesemutan dan terbakar, terutama ditelapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas).

5. Gangguan Integumen

Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning – kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.

6. Gangguan Endokrin

Gangguan seksual: libido fertilitas dan ereksi menurun, *amenorrhea* dan gangguan siklus menstruasi, gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D.

7. Gangguan Cairan Elektrolit dan Keseimbangan Asam Basa

Biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia.

8. Sistem Hematologi

Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritropoetin, sehingga rangsangan eritopoesis pada sumsum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit.

2.1.9 Patofisiologi *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Menurut Nuari & Widayati (2017) patofisiologi dari penyakit ginjal kronik adalah sebagai berikut:

1. Penurunan GFR

Penurunan GFR dapat dideteksi dengan mendapatkan urin 24 jam untuk pemeriksaan klirens kreatinin. Akibat dari penurunan GFR, maka klirens kreatinin akan menurun, kreatinin akan meningkat, dan nitrogen urea darah (BUN) juga akan meningkat.

2. Gangguan klirens renal

Banyak masalah muncul pada gagal ginjal sebagai akibat dari penurunan jumlah glomerulus yang berfungsi menyebabkan penurunan klirens (substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal).

3. Retensi cairan dan natrium

Ginjal kehilangan kemampuan untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal. Terjadi penahanan cairan dan natrium, meningkatkan resiko terjadinya edema gagal jantung kongestif dan hipertensi.

4. Anemia

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk terjadi perdarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran GI.

5. Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat

Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan yang saling timbal balik, jika salah satunya meningkat, yang lain akan turun. Dengan menurunnya GFR, maka terjadi peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar kalsium.

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Menurut (KDIGO) dalam Kalengkongan et al (2018) pemeriksaan yang dilakukan pada penderita CKD yaitu:

1. Pemeriksaan laboratorium:
 - a. Darah: hematologi (Hb, Ht, eritrosit, leukosit, Trombosit).
 - b. *Renal Fungsi Test (RFT)*: Ureum dan kreatinin.
 - c. *Liver Fungsi Test (LFT)* : Elektrolit (klorida, kalium, kalsium).
 - d. Koagulasi studi (PPT, PTTK, BGA)
2. Urine: urine rutin, urine khusus (benda keton, analisa kristal batu).
3. Pemeriksaan kardiovaskuler: ECG, ECO
4. pemeriksaan radiagnostik: USG abdominal, *CT-Scan* abdominal BNO/IVP, FPA, Renogram (retio pielografi).

2.1.11 Komplikasi *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Menurut Nuari & Widayati (2017) Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronis adalah:

1. Penyakit tulang

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

2. Penyakit kardiovaskuler

Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistematis berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri).

3. Anemia

Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin.

4. Disfungsi seksual

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

2.1.12 Penatalaksanaan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Menurut Nuari & Widayati (2017) penatalaksanaan pada pasien dengan CKD antara lain :

1. Konservatif

- a. Pemeriksaan laboratorium: darah dan urin.

- b. Observasi balance cairan.
- c. Observasi adanya odema.
- d. Batasi cairan yang masuk.

2. *Dialysis*

Peritoneal dialysis, biasanya dilakukan pada kasus-kasus *emergency*.

Hemodialisis, dilakukan melalui tindakan invasif.

3. Operasi

Pengambilan batu dan transplantasi ginjal.

4. Obat-obat: Anti hipertensi, suplemen besi, agen pengikat fosfat, suplemen kalsium, furosemide.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas

Beberapa kasus yang terjadi sering menyerang pada usia 30 - 60 tahun, jenis kelamin laki-laki disebabkan gaya hidup yang kurang sehat (Arifa et al., 2017).

2. Riwayat penyakit

a. Keluhan Utama

Keluhan pasien sangat bervariasi, antara lain edema, urine output yang menurun <400 ml/hari (oliguria), anoreksia (Nuari & Widayati, 2017).

b. Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, perubahan pola nafas karena komplikasi dari gangguan sistem ventilasi, *fatigue*, perubahan fisiologis kulit. Selain itu, karena berdampak pada proses metabolisme (sekunder karena intoksikasi), maka akan terjadi mual dan muntah, anoreksia sehingga beresiko untuk terjadinya gangguan nutrisi (Nuari & Widayati, 2017).

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Gagal ginjal kronik dimulai dengan periode gagal ginjal akut dengan berbagai penyebab. Oleh karena itu, informasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk penegakan masalah. Kaji riwayat penyakit payah jantung, infeksi saluran kemih, penggunaan obat berlebihan (*overdosis*) khususnya obat yang bersifat nefrotoksik, dan lain sebagainya yang mampu mempengaruhi kerja ginjal. Beberapa penyakit yang langsung mempengaruhi atau menyebabkan gagal ginjal yaitu batu saluran kemih (*urolithiasis*), diabetes mellitus, hipertensi (Nuari &

Widayati, 2017).

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan penyakit menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun pencetus sekunder seperti diabetes mellitus dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis (Nuari & Widayati, 2017).

3. Pemeriksaan fisik

a. B1 (*Breathing*)

Dispnea, takipnea, peningkatan frekuensi dan kedalaman pernapasan, bau amonia, batuk produktif (Nuari & Widayati, 2017).

b. B2 (*Blood*)

Didapatkan ada hipotensi atau keabnormalan tekanan darah, edema jaringan umum, tampak pucat (Nuari & Widayati, 2017).

c. B3 (*Brain*)

Didapatkan penurunan tingkat kesadaran, kejang, nyeri otot, kram otot, neuropati perifer (Nuari & Widayati, 2017).

d. B4 (*Bladder*)

Perubahan pola berkemih, disuria, retensi abdomen kembung (Nuari & Widayati, 2017).

e. B5 (*Bowel*)

Peningkatan berat badan (oedem), penurunan berat badan, mual, muntah, anoreksia, nyeri ulu hati dan diare (Nuari & Widayati, 2017).

f. B6 (*Bone*)

Demam adanya ptekie, pruritus dan kulit kering (Nuari & Widayati, 2017).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pasien dengan *Chronic kidney disease* (CKD) menurut (PPNI, 2017) adalah sebagai berikut :

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi.
3. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi).
4. Resiko perfusi serebral tidak efektif.
5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan iskemia jaringan, penurunan aktivitas.

2.2.3 Rencana Keperawatan

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (PPNI, 2016).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan penurunan volume cairan dengan kriteria hasil:

- a. Haluaran urine meningkat
- b. Edema menurun
- c. Membran mukosa lembab
- d. Kadar hemoglobin dalam rentang normal (12,1 – 15,1 g/dL)
- e. Kadar albumin dalam rentang normal (3,40 – 4,80 mg/dL)

Intervensi :

- 1) Monitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, suara nafas tambahan).

R/ Dispnea, edema, sura nafas tambahan sebagai indikasi adanya perpindahan cairan intravaskuler ke intertitial.

2) Monitor status hemodinamik (TTV dan CVP)

R/ Hipertensi dan takikardi dapat terjadi karena gagal jantung mengeluarkan urine dan perubahan fase oliguri pada gagal ginjal. Pengukuran CVP bertujuan sebagai pemantauan tekanan vena sentral yang terkait dengan status cairan dan oksigenasi tubuh.

3) Monitor intake dan output cairan.

R/ Haluaran urin mungkin sedikit dan pekat karena penurunan perfusi ginjal. Posisi terlentang membantu diuresis, sehingga haluaran urine dapat ditingkatkan selama tirah baring.

4) Monitor tanda hemokonsentrasi dan peningkatan tekanan onkotik plasma (kadar albumin, BUN, natrium, dan kreatinin).

R/ Pengkajian hasil laboratorium merupakan data pendukung dan berkelanjutan untuk memantau perubahan dan mengevaluasi intervensi.

5) Kolaborasi dalam pemberian diuretik.

R/ diuretik membantu dalam mengurangi cairan berlebih dalam tubuh atau mengurangi edema akibat peningkatan cairan di intertital.

2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi (PPNI, 2016).

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil :

- a. Batuk efektif meningkat
- b. Produksi sputum meningkat
- c. Ronkhi menurun
- d. Dispnea menurun

- e. Frekuensi nafas membaik : 16 – 20 x/menit
- f. Irama nafas regular
- g. Tidak terdapat retraksi dinding dada

Intervensi :

- 1) Monitor status pernapasan (frekuensi, usaha, saturasi O₂).
R/ Takipnea / dispnea sebagai indikator suplai O₂ dalam tubuh tidak tercukupi.
- 2) Monitor bunyi nafas tambahan (ronkhi).
R/ Adanya penumpukan sekret ditandai dengan bunyi nafas tambahan ronkhi.
- 3) Monitor produksi sputum (juma, warna, aroma).
R/ Sputum yang banyak dan kental menyebabkan pertukaran gas di alveolus terganggu.
- 4) Posisikan semi fowler.
R/ Semi fowler dapat memaksimalkan ekspansi paru karena dalam kondisi pasien dengan sputum pada saluran pernapasan meningkatkan usaha paru dalam mengembang dan mengempis.
- 5) Lakukan fisioterapi dada (vibrasi dan clapping) sebelum suction.
R/ Drainase dan postural bagian penting untuk membuang banyak secret dan memperbaiki ventilasi pada segmen paru.
- 6) Lakukan penghisapan sekret kurang dari 15 detik.
R/ Penghisapan melebihi waktu 15 detik dapat membuat pasien kekurangan O₂.
- 7) Kolaborasi pemberian bronkodilator.

R/ bronkodilator untuk merelaksasi otot bronkus.

3. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi).

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam maka suhu tubuh menurun dengan kriteria Hasil :

- a. Suhu dalam rentang normal $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$
- b. Kulit hangat, kering, merah
- c. Nadi dalam rentang normal 60 – 100 x/menit
- d. RR dalam rentang normal 16 – 20 x/menit

Intervensi :

1) Pantau suhu tubuh pasien.

R/ Suhu $38^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$ menunjukkan proses infeksius akut.

2) Pantau nadi dan RR pasien.

R/ Frekuensi pernapasan dapat menunjukkan kemampuan pasien dalam upaya bernapas.

3) Kolaborasi pemberian anti piretik

R/ untuk mengurangi demam dengan aksi sentralnya pada hipotalamus.

4) Kolaborasi pemberian cairan infus : D5Ns

R/ Cairan Infus ini digunakan untuk kehilangan cairan serta perbaikan penyakit gagal ginjal, mempunyai kadar natrium kalium magnesium dan kalsium yang rendah.

4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas fisik.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit membaik dengan Kriteria Hasil:

- a. Area luka dekubitus mengecil

- b. kemerahan di sekitar kulit menurun
- c. Tidak ada tanda-tanda infeksi.

Intervensi :

- 1) Observasi luka dekubitus (warna, ukuran, bau) dan kulit sekitar luka.

R/ Mencegah luka semakin buruk karena imobilisasi pasien.

- 2) Rawat luka dekubitus.

R/ Menurunkan iritasi dermal dan kerusakan lebih lanjut pada kulit.

- 3) Ubah posisi pasien setiap 2 jam.

R/ Mengurangi tekanan pada area-area menonjol serta meningkatkan sirkulasi pada area luka.

- 4) Memandikan pasien dengan sabun serta air hangat dan Mengoleskan minyak.

R/ Mencegah iritasi dermal langsung dan meningkatkan evaporasi lembab pada kulit.

- 5) Kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik.

R/ Mengurangi bakteri dan gatal – gatal dari luka dekubitus karena imobilisasi.

5. Resiko perfusi serebral tidak efektif

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka aliran darah serebral meningkat dengan Kriteria Hasil :

- a. Tingkat kesadaran meningkat
- b. Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik :120 / 80mmHg
- c. Suhu tubuh normal 36,5°C –37,5°C
- d. RR dalam batas normal 16 – 20 x/menit

Intervensi :

1) Monitor tanda gejala TIK (Peningkatan tekanan darah, nadi melebar bradikardi, pola nafas irreguler, kesadaran menurun).

R/ Salah satu tanda peningkatan intra kranial adalah peningkatan tekanan darah pada pasien, apabila tekanan darah meningkat dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan otak.

2) Monitor penurunan tingkat kesadaran.

R/ peningkatan tekanan pada intrakranial maka akan terjadinya penurunan kesadaran akibat dari kerusakan pada jaringan otak.

3) Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil.

R/ Pupil akan tidak simetris dan tidak ada respon apabila terjadi penurunan kesadaran serta kerusakan jaringan pada otak.

4) Monitor suhu tubuh pasien.

R/ Suhu 38°C - 40°C menunjukkan proses infeksius akut.

5) Posisikan semi fowler 30°.

R/ Mengurangi sesak nafas akibat suplai oksigen dalam tubuh kurang.

6) Kolaborasi pemberian Citicolin.

R/ Citicolin digunakan untuk perbaikan fungsi otak pasien.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien saat ini.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum dapat jugatimbul.

2.3 Konsep Sepsis

2.3.1 Definisi Sepsis

Sepsis adalah suatu sindrom klinik yang terjadi sebagai manifestasi proses inflamasi imunologi karena adanya respon tubuh yang berlebih terhadap rangsangan mikroorganisme. Sepsis merupakan puncak dari interaksi kompleks antara mikroorganisme penyebab infeksi, imun tubuh, inflamasi dan respon koagulasi (Asworo Andyk, 2017).

Pada definisi sepsis terbaru dijelaskan bahwa sepsis merupakan disfungsi organ yang mengancam nyawa (*life-threatening*) yang disebabkan oleh disregulasi respons tubuh terhadap adanya infeksi. Definisi yang baru meninggalkan penggunaan kriteria *systemic inflammatory response system* (SIRS) untuk identifikasi adanya sepsis dan meninggalkan istilah sepsis berat (*severe sepsis*) (Irvan et al., 2018).

2.3.2 Etiologi Sepsis

Secara umum penyebab sepsis terbesar adalah bakteri gram negatif dengan prosentase 60 sampai 70% kasus. Produk yang berperan penting adalah lipopolisakarida (LPS), yang merupakan komponen utama membran terluar dari bakteri gram negatif. Struktur lipid A dalam LPS bertanggung jawab terhadap

reaksi dalam tubuh penderita. *Staphylococci*, *Pneumococci*, *Streptococci* dan bakteri gram positif lainnya jarang menyebabkan sepsis, dengan angka kejadian 20 sampai 40%. Selain itu, jamur oportunistik, virus atau protozoa dilaporkan dapat menyebabkan sepsis walau jarang. Peptidoglikan merupakan komponen dinding sel dari semua kuman, pemberian infus substansi ini pada binatang akan memberikan gejala mirip pemberian endotoksin. Peptidoglikan diketahui dapat menyebabkan agregasi trombosit. Eksotoksin yang dihasilkan oleh berbagai macam kuman, misalkan α -hemolisin (*S. aureus*), *E. coli hemolisin* (*E. coli*) dapat merusak integritas membran sel imun secara langsung (Asworo Andyk, 2017).

2.3.3 Patofisiologi Sepsis

Sepsis sekarang dipahami sebagai keadaan yang melibatkan aktivasi awal dari respon pro inflamasi dan anti inflamasi tubuh. Bersamaan dengan kondisi ini, abnormalitas sirkular seperti penurunan volume intravaskular, vasodilatasi pembuluh darah perifer, depresi miokardial, dan peningkatan metabolisme akan menyebabkan ketidakseimbangan antara penghantaran oksigen sistemik dengan kebutuhan oksigen yang akan menyebabkan hipoksia jaringan sistemik atau syok. Presentasi pasien dengan syok dapat berupa penurunan kesadaran, takikardia, penurunan kesadaran, anuria. Syok merupakan manifestasi awal dari keadaan patologis yang mendasari. Tingkat kewaspadaan dan pemeriksaan klinis yang cermat dibutuhkan untuk mengidentifikasi tanda awal syok dan memulai penanganan awal. Patofisiologi keadaan ini dimulai dari adanya reaksi terhadap infeksi. Hal ini akan memicu respon neurohumoral dengan adanya respon pro inflamasi dan anti inflamasi, dimulai dengan aktivasi selular monosit, makrofag dan neutrofil yang berinteraksi dengan sel endotelial. Respon tubuh selanjutnya

meliputi mobilisasi dari isi plasma sebagai hasil dari aktivasi selular dan disrupsi endotelial. Isi plasma ini meliputi sitokin-sitokin seperti tumor nekrosis faktor, *interleukin*, *caspase*, *protease*, *leukotrien*, *kinin*, *reactive oxygen species*, *nitrit oksida*, *asam arakidonat*, *platelet activating factor*, dan *eikosanoid*. Sitokin pro inflamasi seperti tumor nekrosis faktor α , *interleukin-1 β* , dan *interleukin-6* akan mengaktifkan rantai koagulasi dan menghambat fibrinolisis. Sedangkan Protein C yang teraktivasi (APC), adalah modulator penting dari rantai koagulasi dan inflamasi, akan meningkatkan proses fibrinolisis dan menghambat proses trombosis dan inflamasi. Aktivasi komplemen dan rantai koagulasi akan turut memperkuat proses tersebut. Endotelium vaskular merupakan tempat interaksi yang paling dominan terjadi dan sebagai hasilnya akan terjadi cedera mikrovaskular, trombosis, dan kebocoran kapiler. Semua hal ini akan menyebabkan terjadinya iskemia jaringan. Gangguan endotelial ini memegang peranan dalam terjadinya disfungsi organ dan hipoksia jaringan global (Irvan et al., 2018).

2.3.4 Penentuan Sepsis

Kriteria untuk diagnosis sepsis dan sepsis berat pertama kali dibentuk pada tahun 1991 oleh *American College of Chest Physician and Society of Critical Care Medicine Consensus* (Irvan et al., 2018).

Tabel 2.1 Kriteria untuk SIRS, Sepsis, Sepsis Berat, Syok Septik Berdasarkan Konsensus Konfrensi ACCP/SCCM 1991.

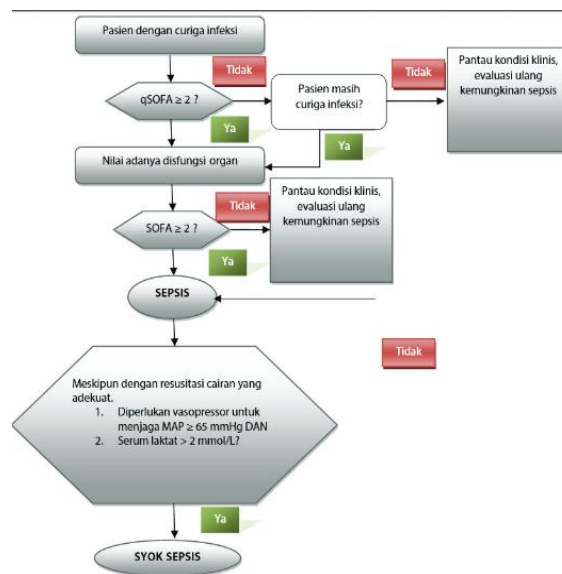
Istilah	Kriteria
	2 dari 4 kriteria:
	Temperatur > 38 °C atau < 36 °C
SIRS	Laju Nadi > 90x/ menit
	Hiperventilasi dengan laju nafas > 20x/ menit atau CO ₂ arterial kurang dari 32 mmHg
	Sel darah putih > 12.000 sel/uL atau < 4000 sel/ uL
Sepsis	SIRS dengan adanya infeksi (diduga atau sudah terbukti)
Sepsis Berat	Sepsis dengan disfungsi organ
Syok septik	Sepsis dengan hipotensi walaupun sudah diberikan resusitasi yang adekuat

Pada tahun 2001, SCCM, ACCP dan *European Society of Critical Care Medicine* (ESICM) merevisi definisi sepsis dan menambahkan tingkat dari sepsis dengan akronim PIRO (*Predisposition, Infection, Response to the infectious challenge, and Organ dysfunction*). Kemudian pada tahun 2016, SCCM dan ESCIM mengeluarkan konsensus internasional yang ketiga yang bertujuan untuk mengidentifikasi pasien dengan waktu perawatan di ICU dan risiko kematian yang meningkat. Konsensus ini menggunakan skor SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*) menambahkan kriteria baru seperti adanya peningkatan kadar laktat walaupun telah diberikan cairan resusitasi dan penggunaan vasopressor pada keadaan hipotensi. Istilah sepsis menurut konsensus terbaru adalah keadaan disfungsi organ yang mengancam jiwa yang disebabkan karena disregulasi respon tubuh terhadap infeksi. Penggunaan kriteria SIRS untuk mengidentifikasi sepsis dianggap sudah tidak membantu lagi. Kriteria SIRS seperti perubahan dari kadar sel darah putih, temperatur, dan laju nadi menggambarkan adanya inflamasi (respon tubuh terhadap infeksi atau hal lainnya). Kriteria SIRS tidak menggambarkan adanya respon disregulasi yang mengancam jiwa. Keadaan SIRS sendiri dapat ditemukan pada pasien yang dirawat inap tanpa ditemukan adanya infeksi. Disfungsi organ didiagnosis apabila peningkatan skor SOFA ≥ 2 (Irvan et al., 2018).

No.	Sistem Organ	SOFA Score				
		0	1	2	3	4
1.	Respiratory, PO ₂ /FIO ₂ , mmHg (kPa)	≥ 400 (53,3)	<400 (53,3)	<300 (40)	<200 (26,7) dengan bantuan respirasi	<100 (13,3) dengan bantuan respirasi
2.	Koagulasi, Platelet, $\times 10^3/\text{mm}^3$	≥ 150	<150	<100	<50	<20
3.	Hepar, Bilirubin, mg/dL	<1,2	<1,2 – 1,9	2,0 – 5,9	6,0 – 11,9	>12,0
4.	Kardiovaskular	MAP ≥ 70 mmHg	MAP < 70 mmHg	Dopamin < 5 atau Dobutamin (dosis berapapun)	Dopamin 5,1 – 15 atau Epinefrin $\leq 0,1$ atau norepinefrin $\leq 0,1$ $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{menit}$	Dopamin > 15 atau Epinefrin > 0,1 atau norepinefrin > 0,1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{menit}$
5.	Sistem saraf pusat, Glasgow Coma Scale (GCS)	15	13 – 14	10 – 12	6 – 9	<6
6.	Renal, kreatinin, mg/dL, urine output, mL/hari	<1,2	1,2 – 1,9	2,0 – 3,4	3,5 – 4,9 <500	>5,0 <200

Ket.: Dosis katekolamin diberikan dalam $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{menit}$ paling tidak 1 jam. FIO₂; fraksi oksigen inspirasi; MAP: mean arterial pressure; PO₂; tekanan parsial oksigen.

Gambar 2.4 Score SOFA (Putra, 2018)

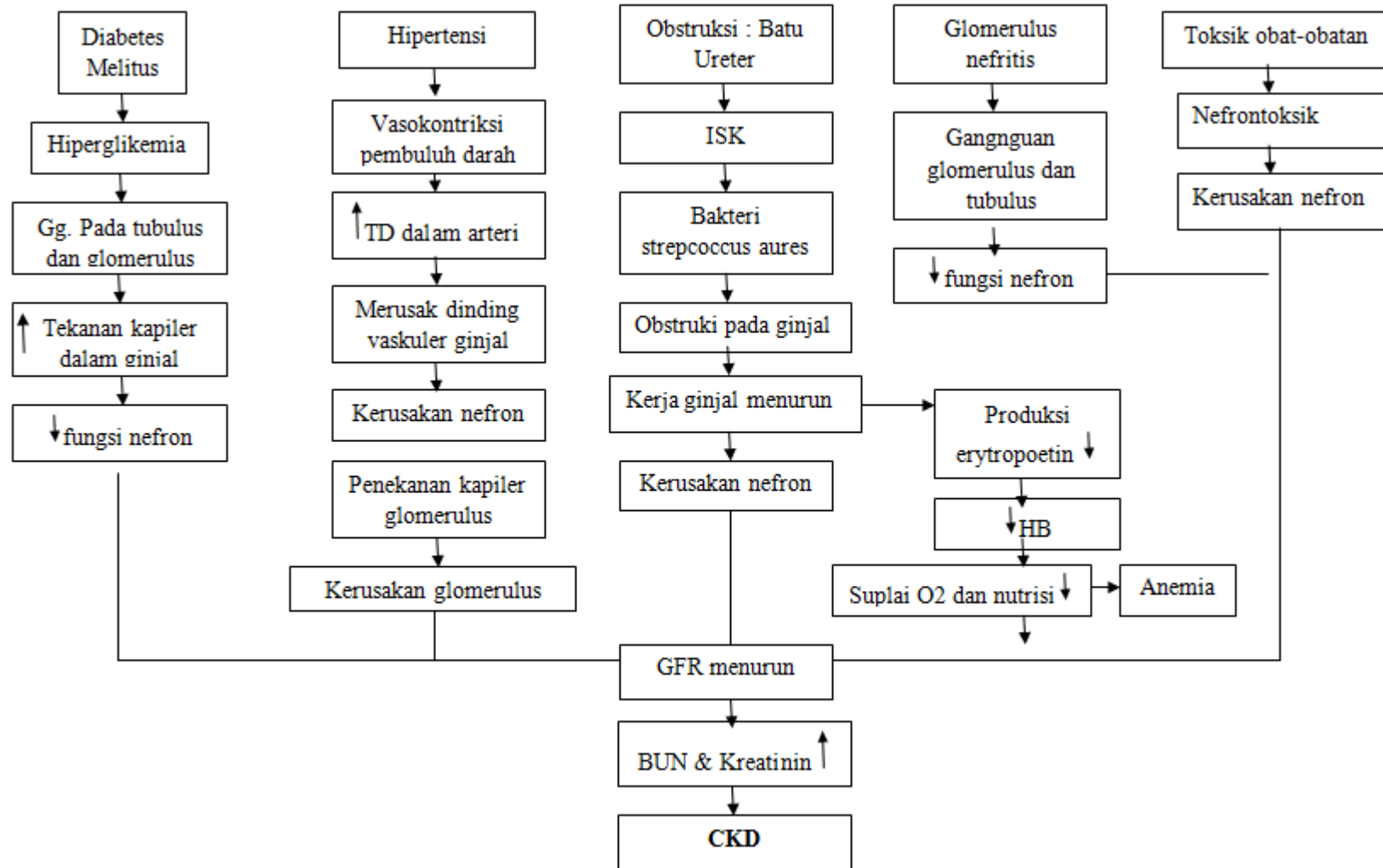


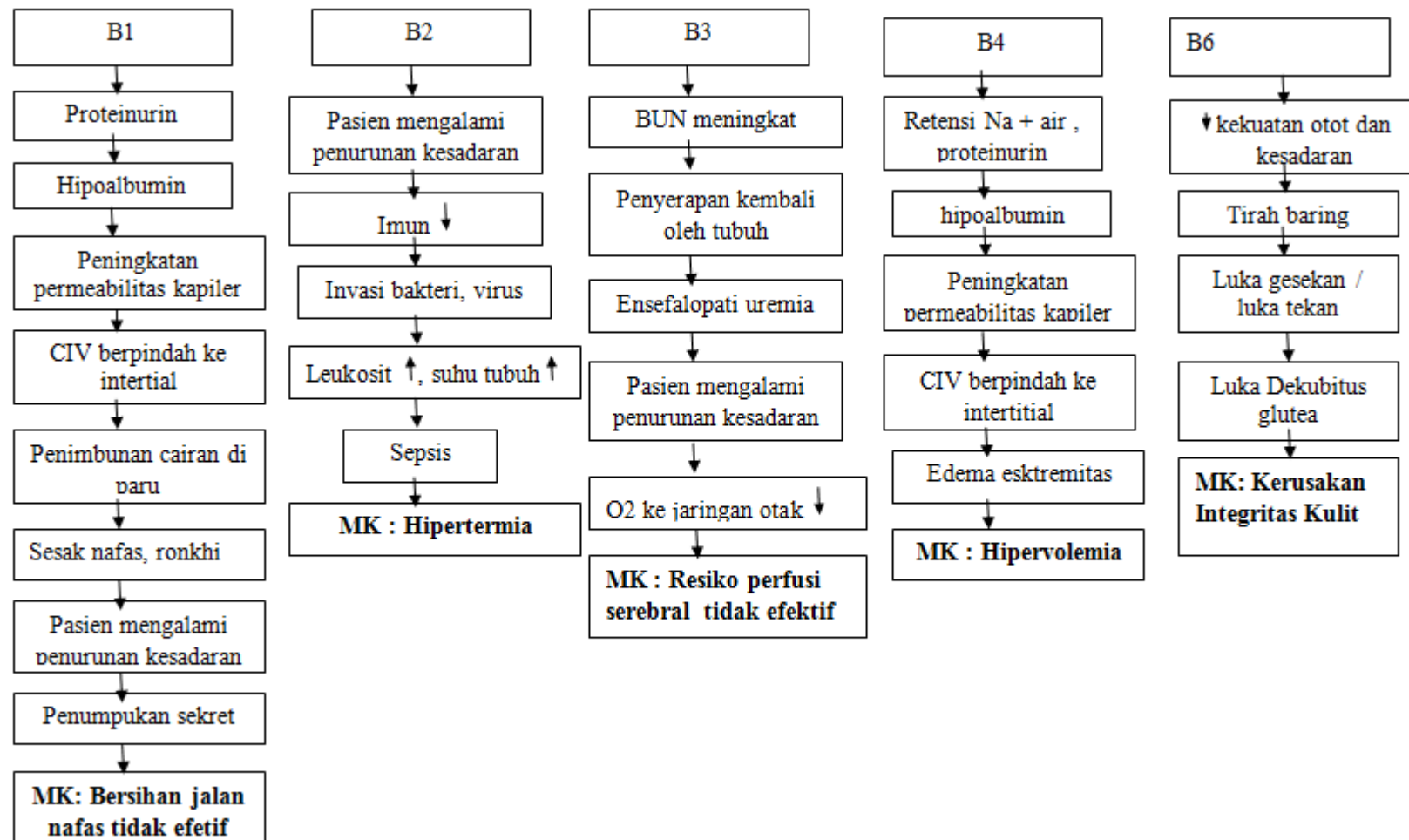
Gambar 2.5 Alur Penegakkan Diagnosis Sepsis (Putra, 2018)

2.3.5 Penanganan Sepsis

Tata laksana dari sepsis menggunakan protokol yang dikeluarkan oleh SCCM dan ESICM yaitu “*Surviving Sepsis Guidelines*”. *Surviving Sepsis Guidelines* pertama kali dipublikasi pada tahun 2004, dengan revisi pada tahun 2008 dan 2012. Pada bulan Januari 2017, revisi keempat dari *Surviving Sepsis Guidelines* dipresentasikan pada pertemuan tahunan SCCM dan dipublikasikan di *Critical Care Medicine* dan *Intensive Care Medicine* dimana didapatkan banyak perkembangan baru pada revisi yang terbaru. Komponen dasar dari penanganan sepsis dan syok septik adalah resusitasi awal, vasopressor/ inotropik, dukungan hemodinamik, pemberian antibiotik awal, kontrol sumber infeksi, diagnosis (kultur dan pemeriksaan radiologi), tata laksana suportif (ventilasi, dialisis, transfusi) dan pencegahan infeksi (Irvan et al., 2018).

2.4 Kosep Map





BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny.N dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada tanggal 28 – 30 Januari 2020 di ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan data sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

Data pengkajian ini dilakukan oleh penulis pada tanggal 28 Januari 2020 pada pukul 08.00 WIB. Pengkajian ini dilakukan pada pasien dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 nomor RM 64-XX-XX. Pasien masuk ke ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 23 Januari 2020 pukul 02.14 WIB.

3.1.1 Identitas

Pasien bernama Ny. N berusia 51 tahun. Pasien adalah seorang perempuan dengan status perkawinan adalah kawin. Pasien beragama Islam, pasien berasal dari Suku Jawa dan berbangsa Indonesia. Pendidikan terakhir pasien adalah SMA. Pasien bekerja sebagai pembantu rumah tangga dan berdomisili di Surabaya. Kebutuhan administrasi pasien ditanggung oleh BPJS.

3.1.2 Riwayat Penyakit Sekarang

1. Keluhan utama

Tidak terkaji pasien mengalami penurunan kesadaran.

2. Riwayat penyakit sekarang

Pada tanggal 22 Januari 2020 pukul 21.30 WIB pasien merasa pusing dan beberapa saat kemudian tidak sadarkan diri. Pukul 22.00 WIB keluarga membawa pasien ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, kemudian dilakukan pemberian O₂ dengan masker Non Re-Breathing 10 lpm, pemasangan infus dengan cairan NS 7 tpm, pasang NGT, pasang monitor, pasang kateter urine, pemeriksaan laboratorium DL, SE, KK, pemeriksaan GDA, EKG, foto torax, CT scan kepala. Pasien mendapat injeksi paracetamol 1 gr, omeprazole 40 mg, jumlah urine 100 ml/3 jam. Kemudian pada tanggal 23 Januari 2020 pukul 02.14 WIB pasien di pindah ke ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, dengan kesadaran pasien somnolen, GCS 223 dan telah terpasang O₂ dengan masker Non Re-breathing 10 lpm dan mendapat terapi injeksi IV cinam 3 x 1,5 gr, ranitidine 2x2 mg, paracetamol infuse 1gr/100 ml, ondancentron 3 x 4 mg, nebulizer ventolin 3x2,5 mg. Pada tanggal 28 Januari 2020 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian dan didapatkan status kesadaran somnolen, GCS 223, TD 110/73 mmHg, HR 120 x/menit, RR 25 x/menit, Suhu 38°C, SPO₂ 100%, terdapat suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, terdapat dekubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm. Semua kebutuhan *Activity daily living* (ADL) dibantu sepenuhnya oleh perawat.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kelurga pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan gastritis.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat keluarga pasien ada yang menderita penyakit jantung yaitu ibu pasien.

5. Riwayat Alergi

Keluarga pasien mengatakan jika pasien tidak punya alergi terhadap makanan ataupun obat-obatan.

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breathing*)

Pasien tampak sesak, RR: 25 x/menit, irama nafas irregular, terpasang O₂ Nasal Kanul 3 lpm. Bentuk dada normo chest, trakea di tengah, terdapat retraksi dinding dada, irama nafas irregular. Tidak sianosis, tidak terdapat napas cuping hidung. Pasien tidak dapat melakukan batuk efektif, terdengar suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra.

Masalah Keperawatan : Bersihan jalan nafas tidak efektif

2. B2 (*Blood*)

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak tampak distensi vena juguler. Terpasang CVC pada subclavia dekstra, terpasang sejak tanggal 23 Januari 2020. Pengukuran CVP pada tanggal 28 Januari 2020 dengan hasil : 6 CmH₂O, diaphoresis tidak ada, CRT < 2 detik, akral teraba hangat, TD 110/73 mmHg, suhu 38⁰C, nadi 120 x/menit, teraba kuat dan reguler, terdengar BJ 1 dan BJ 2 tunggal, tidak terdengar bunyi jantung tambahan.

Masalah Keperawatan : Hipertermia

3. B3 (*Brain*)

Kesadaran somnolen, GCS 223, pupil isokor diameter 2mm/2mm, reflek

cahaya +/+. Pemeriksaan nervus:

Nervus I (*olfaktorius*): tidak terkaji karena kesadaran pasien somnolen.

Nervus II (*optikus*) : lapang pandang tidak terkaji karena kesadaran pasien somnolen.

Nervus III (*okulomotoris*) : pupil bulat isokor, diameter 2mm reflek cahaya+/-

Nervus IV (*troklearis*) : tidak terkaji karena kesadaran pasien somnolen.

Nervus V (*trigeminus*) : tidak terkaji karena kesadaran pasien somnolen.

Nervus VI (*abducent*): tidak terkaji karena kesadaran pasien somnolen.

Nervus VII (*fasialis*): tidak terkaji karena kesadaran pasien somnolen.

Nervus VIII (*vestibulocholearis*): tidak terkaji karena kesadaran somnolen.

Nervus IX (*glossofaringeus*): tidak terkaji karena kesadaran somnolen.

Nervus X (*Vagus*): tidak terkaji karena kesadaran pasien somnolen.

Nervus XI (*aksesorius*): tidak ada tahanan otot, otot tidak dapat berkontraksi melawan gravitasi (mengangkat).

Nervus XII (*hipoglossus*): tidak terkaji karena kesadaran pasien somnolen.

Masalah Keperawatan: Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

4. B4 (*Bladder*)

Pasien terpasang folley kateter no.16 terfiksasi dengan baik, terpasang sejak tanggal 22 Januari 2020, warna kuning sedikit keruh, tidak ada distensi kandung kemih, edema di ekstremitas bawah kanan dan kiri. Serum Albumin 2,63 mg/dL.

Kadar hemoglobin 10,6g/dL.

Input :

D5 1/4Ns : 1.000cc
 Infuse Levofloxacin : 750 cc
 Oplos Cairanobat : 150 cc
 Sonde Susu 6 x 200 : 1.200 cc+
Total input 3.100 cc

Output :

Urin : 1.100cc
 IWL15x 80 kg: 1.200 cc +
Total output 2.300 cc

Balance cairan : Total input - total output = 3.100 cc – 2.300 cc = +800 cc

Masalah keperawatan : Hipervolemia

5. B5 Sistem Pencernaan (*bowel*)

Bising usus 22 x/menit, abdomen buncit, tidak ada ascites, tidak kembung, pasien terpasang NGT no. 12, NGT terpasang sejak tanggal 23 Januari 2020. Kebersihan mulut kurang, mukosa bibir kering, terdapat sariawan. BAB sebelum MRS setiap satu hari sekali setelah MRS BAB setiap dua kali sehari. BB naik sebelum masuk rumah sakit 75 kg, setelah masuk rumah sakit 80 kg.

Masalah keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

6. B6 sistem muskuloskeletal (*bone*)

Warna kulit sawo matang, turgor kulit sedang, didapatkan edema di ekstremitas bawah kanan dan kiri, tidak ada kontraksi otot secara tiba-tiba (kejang), kelemahan ekstremitas atas dan bawah. Terpasang CVC di subclavia dektra. Terdapat luka dekubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm.

Kekuatan Otot :

1111	1111
1111	1111

Keterangan:

5: otot normal, dapat melawan tahanan maksimal

4: otot mampu berkontraksi dan bergerak melawan tahanan minimal

3: otot dapat berkontraksi dan bergerak melawan gravitasi

2: otot dapat berkontraksi tetapi tidak mampu melawan gravitasi

1: Terdapat kontraksi otot

0: Tidak ada kontraksi otot

Pemenuhan kebutuhan *Activity Daily Living* pasien dibantu sepenuhnya oleh perawat.

Masalah keperawatan: Gangguan Integritas Kulit

3.1.4 Pemeriksaan penunjang

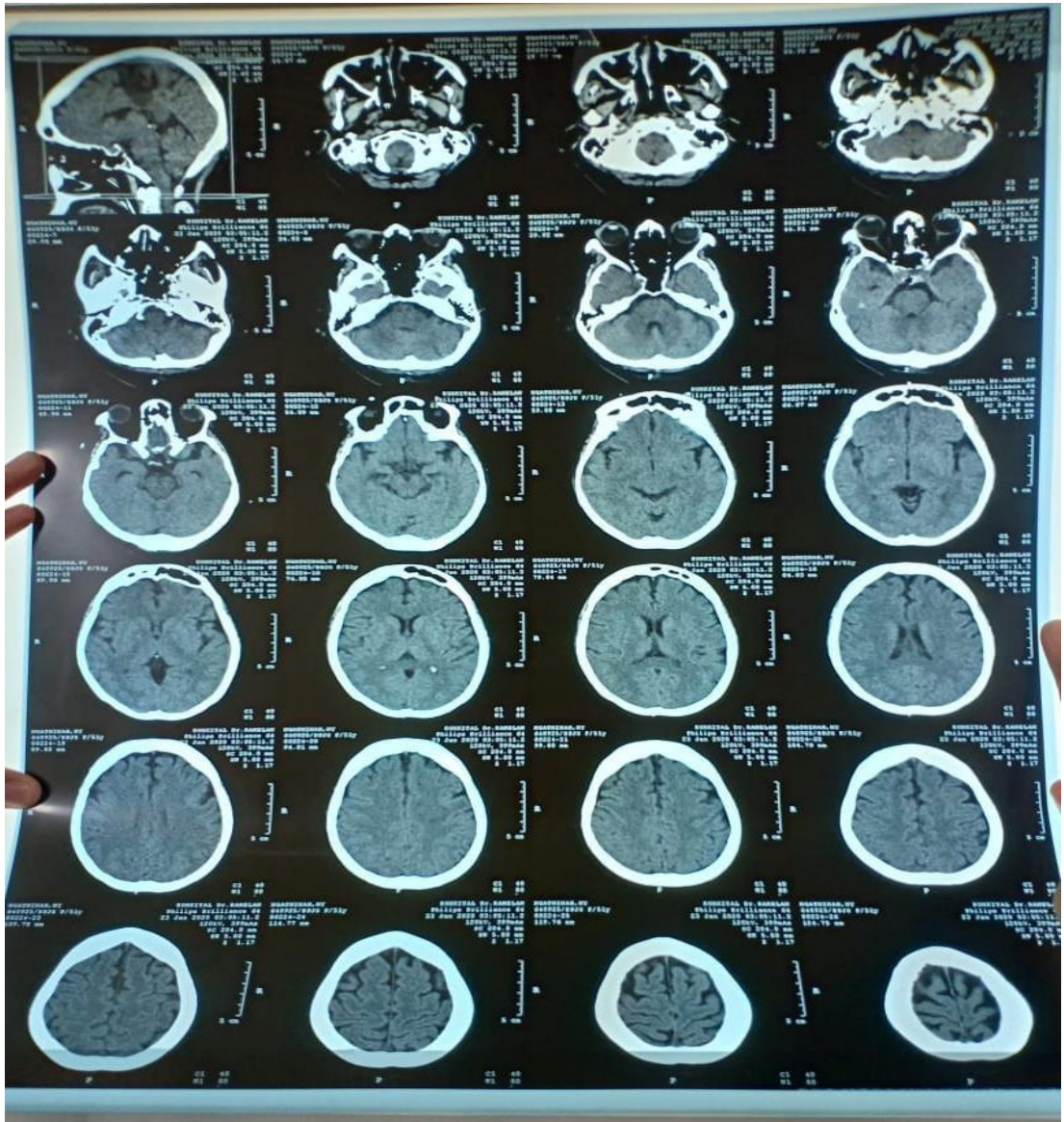
1. Laboratorium

Tabel 3.1 Lembar Pemeriksaan Laboratorium Ny. N dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 di Ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Date	Analysis Item	Result	Unit	Ref. Range
25 Januari 2020	Albumin	2,63	g/dL	3.40-4,80
26 Januari 2020	Hemoglobin	10.6	gr%	L 13-17, P 11,5-16
	Trombosit	361	10 ³ / L	150.0-450.0
	Leukosit	13.74	10 ³ / L	4000-10000
	GDA	102	mg/dl	< 120.0
	Kreatinine	0.9	mg/dl	0.6-1.15
	Kalium	2.59	mmol/UL	3.00-5.00
28 Januari 2020	Natrium	159.9	mmol/UL	135-147
	BUN	39	mg/dl	10-24
	Chlorida	113.9	mmol/UL	95.0-105.0
	Kalium	3.97	mmol/UL	3.00-5.00
	Kreatinine	0.7	mg/dl	0.6-1.15
	Natrium	157.6	mmol/UL	135-147

2. CT – Scan (Tanggal 22 Januari 2020)

Tampak lesi hipodense batas tidak tegas di hemisfer cerebelli kiri, tampak densitas cairan di dalam sinus maxilaris kanan, pons dan cerebellum tampak baik, tak tampak klasifikasi abnormal.

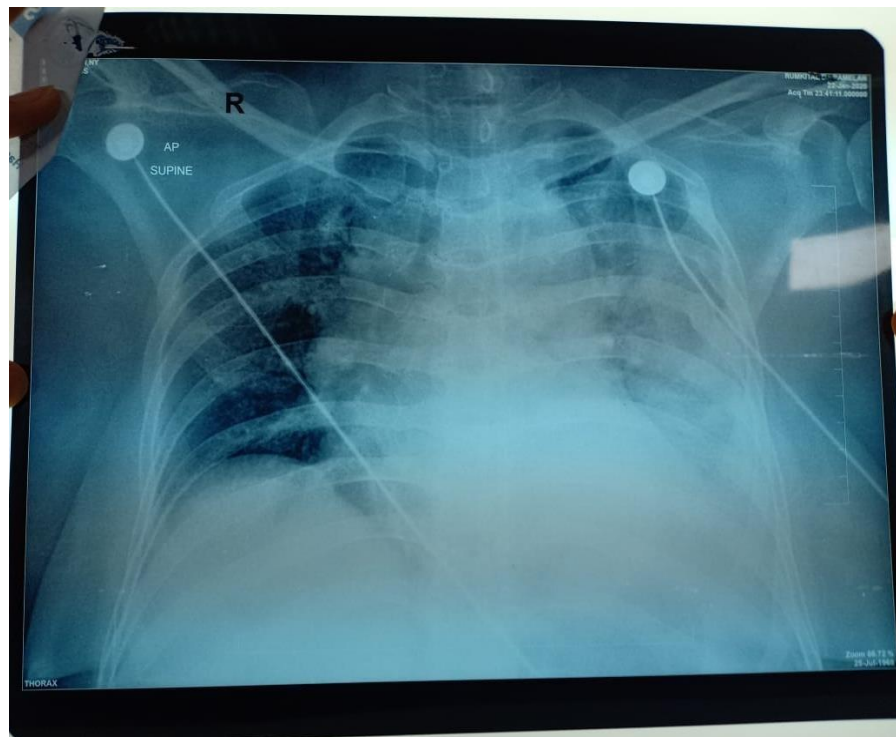


Gambar 3.1 Hasil CT Scan Kepala Ny. N

3. Foto *Thorax* (Tanggal 23 Januari 2020)

Cor : besar dan bentuk normal Pulmo : Tampak berselubungan di lapang paru kanan yang menutupi sinus phrenicocostalis dan hemidifragma kiri. Trakea normal, tulang – tulang tampak baik.

Kesimpulan : Suspect Pneumonia



Gambar 3.2 Hasil Foto *Thorax* Ny. N

4. Terapi

Tabel 3.2 Lembar Pemberian Terapi Ny. N dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 di Ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Hari /	Medikasi	Alur	Dosis	Indikasi
Rabu / 29 Januari 2020	Lasix	IV	3 x 1 mg	Mengurangi cairan tubuh, mengobati penderita dengan tekanan darah tinggi.
	Levofloxacin	IV	1 x 750 mg	Antibiotik infeksi
	Cinam	IV	4 x 1,5 gr	Antibiotikinfeksi
	Citicolin	IV	2 x 250 mg	Mencegah kerusakan otak.
	Paracetamol	Infus	3 x 100 ml	Penurun panas.
	D5Ns	Infus	1000 cc/ 24 Jam	Pengganti glukosa tubuh.
	Ondancentron	IV	3 x 4 mg	Mencegah mual dan muntah.
	Ventolin	Nebulizer	3 x 2,5 mg	Bronkodilator untuk merelaksasi otot Bronkus
	Pulmicort	Nebulizer	3 x 0,5 mg	Mengurangi peradangan dan pembengkakan saluran nafas
	Bisolvon	Nebulizer	3 x 2 mg	Pengencer dahak

3.1.5 Analisa Data

Tabel 3.3 Daftar Analisa Data Ny. N dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran+ *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 di Ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Data / Faktor resiko	Etiologi	Masalah
<p>DS : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak dipsnea - RR : 25 x /menit - Irama nafas irreguler - Terdapat retraksi dinding dada - Adanya suara nafas tambahan ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra - Tampak tidak mampu batuk efektif - Hasil foto <i>thorax</i> pada tanggal 23 Januari 2020 : Suspect Pneumonia - Hasil Lab 25 Januari 2020: Leukosit = $13,74 \cdot 10^3/\text{UL}$ 	Proses Infeksi	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (SDKI, D.0001, Hal 18)
<p>Faktor Resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Suspect</i> Ensefalopati - Hasil <i>CT-Scan</i> 22 Januari 2020: Tampak lesi hipodense batas tidak tegas di hemisfer cerebelli kiri, tampak densitas cairan di dalam sinus maxilaris kanan, pons dan cerrebellum tampak baik, tak tampak klasifikasi abnormal. - Mempunyai riwayat penyakit : Hipertensi 		Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI, D.0017, Hal 51)
<p>DS : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu :38°C - Nadi 120x/menit - RR : 25 x/menit - Kulit teraba hangat 	Proses Penyakit (Infeksi)	Hipertermia (SDKI, D.0130, Hal 284)

<p>DS : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak adanya edema di ekstremitas bawah kanan dan kiri. - Pasien tampak dispnea - RR : 25 x/menit - Adanya suara nafas tambahan ronkhi. - BB meningkat sebelum MRS 75 kg, saat MRS 80 kg. - Balance cairan +800 cc /hari. <p>Hasil lab 25 dan 28 Januari 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Albumin menurun : 2,63mg/dL - BUN meningkat : 39mg/dL - Natrium meningkat :157,6 mmol/UL - HB menurun 10.6 gr% 	<p>Gangguan Mekanisme Regulasi</p>	<p>Hipervolemia (SDKI, D.022, Hal 62)</p>				
<p>DS : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat dekubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5cm. - Tampak kemerahan di sekitar luka. - Tidak ada jaringan nekrotik. - Kekuatan otot : <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1111</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1111</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> </table>	1111	1111	1111	1111	<p>Penurunan Mobilitas</p>	<p>Gangguan Integritas Kulit (SDKI, D.0129, Hal 282)</p>
1111	1111					
1111	1111					

Tabel 3.4 Daftar Prioritas Masalah Keperawatan Ny. N dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 di Ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf (nama terang)
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif	28 Januari 2020	28 Januari 2020	<i>EL</i>
2.	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	28 Januari 2020		<i>EL</i>
3.	Hipertermia	28 Januari 2020		<i>EL</i>
4.	Hipervolemia	28 Januari 2020		<i>EL</i>
5.	Gangguan Integritas Kulit	28 Januari 2020		<i>EL</i>

3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pengkajian Ny. N antara lain :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi (SDKI, D.0001, Hal 18).
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif (SDKI, D.0017, Hal 51).
3. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) (SDKI, D.0130, Hal 284).
4. Hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi (SDKI, D.022, Hal 62).
5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas (SDKI, D.0129, Hal 282).

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Ny. N

No	Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi keperawatan	Rasional
1.	Bersihan jalan Nafas tidak efektif b/d proses infeksi	Setelah dilakukan Intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum meningkat 3. Ronkhi menurun 4. Dispnea menurun 5. Frekuensi nafas membaik : 16 – 20 x/menit 6. Irama nafas regular 7. Tidak terdapat retraksi dinding dada	1. Monitor status pernapasan (frekuensi, usaha, saturasi O2). 2. Monitor bunyi nafas tambahan (ronkhi). 3. Posisikan semi fowler.	1. Ketidakseimbangan natrium dalam tubuh dapat meretensi cairan dan natrium yang mengakibatkan peningkatan tekanan hidrostatik didalam tubuh menyebabkan penurunan ekskresi urin dan mengakibatkan edema. Pada edema paru terjadi peningkatan tekanan hidrostatik yang mengakibatkan difusi CO2 dan O2 terhambat sehingga pasien mengalami sesak napas (Farianti, 2012 dalam Nurlina, 2018). penurunan SPO2 karena sumbatan jalan nafas yaitu gangguan proses difusi oksigen karena adanya hambatan pada paru dan pembuluh darah sehingga oksigen yang terikat hemoglobin jumlahnya menurun (Maimuna et al., 2014). 2. Penurunan kesadaran dengan segala akibat patofisiologinya menunjukkan disfungsi otak berat mengalami kegagalan mekanisme otheregulasi mengadakan kompensasi sehingga homeostasis hilang menimbulkan gangguan fungsi-fungsi vital yang erat kaitannya dengan pernafasan adalah penurunan reflek batuk, apalagi pasien dalam keadaan bedrest dapat meningkatkan produksi sputum dan tak jarang terjadi retensi, bisa mengakibatkan sumbatan jalan nafas. Ronkhi adalah bunyi paru yang tidak terputus dan musikal, timbul akibat obstruksi jalan nafas (Maimuna et al., 2014). 3. Pengaturan posisi semi fowler merupakan cara untuk meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru serta

			<p>4. Lakukan fisioterapi dada (<i>vibrating</i> dan <i>clapping</i>) sebelum suction.</p> <p>5. Lakukan penghisapan sekret (<i>suction</i>) kurang dari 15 detik.</p> <p>6. Berikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bronkodilator ventolin 2,5 mg, bisolvon 2 mg dan pulmicort 0,5 mg per nebulizer pukul 11.00. - Levofloxacin 1 x 750 mg per IV pukul 17.00. 	<p>menurunkan upaya pernapasan bertujuan untuk membantu mengatasi masalah kesulitan bernapas dan mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien (Firdaus et al., 2019).</p> <p>4. Tindakan <i>clapping</i> membantu meningkatkan gerakan silia melepaskan sputum dan <i>vibrating</i> meningkatkan turbulen ekshalasi melepaskan sputum menuju ke jalan nafas besar, sehingga mudah dilakukan <i>suction</i> untuk mengeluarkan sputumnya (Maimuna et al., 2014).</p> <p>5. <i>Suction</i> merupakan suatu cara untuk mengeluarkan sekret dari saluran nafas dengan menggunakan kateter yang dimasukkan melalui hidung atau rongga mulut kedalam pharyng atau trachea. Penghisapan lendir digunakan bila pasien tidak mampu membersihkan sekret dengan mengeluarkan atau menelan. Tindakan penghisapan lendir perlu dilakukan pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran karena kurang responsif atau yang memerlukan pembuangan sekret oral. Dengan dilakukan tindakan <i>suction</i> diharapkan saturasi oksigen pasien dalam batas normal (>95 %) (Nizar & Haryati, 2017).</p> <p>6. Terapi inhalasi adalah pemberian obat secara inhalasi (hirupan) ke dalam saluran respiratori. Obat Ventolin adalah obat yang digunakan untuk membantu mengencerkan sekret yang diberikan dengan cara diuap. Dapat juga diberikan obat Bisolvon sebagai inhalasi berfungsi untuk mengencerkan dahak dan dan batuk lebih cepat dari cairan abnormal di cabang tenggorokan (Astuti et al., 2019).</p>
--	--	--	--	---

2.	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka aliran darah serebral meningkat dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik :120 / 80mmHg 3. Suhu tubuh normal 36,5°C –37,5°C 4. RR dalam batas normal 16 – 20 x/menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda gejala TIK 2. Monitor penurunan tingkat kesadaran. 3. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan tekanan intrakranial dapat menyebabkan herniasi yang dapat mengakibatkan kerusakan otak permanen atau kematian. Gejala peningkatan tekanan intrakranial antara lain nyeri kepala yang berat, muntah, gangguan penglihatan, dan perubahan tingkah laku atau derajat kesadaran. Tanda-tanda klinis peningkatan tekanan intrakranial adalah edema papil, kelumpuhan saraf otak, status mental abnormal dan postur tubuh tertentu. <i>Trias Cushing</i> yaitu bradikardi, hipertensi dan pernafasan tidak teratur merupakan tanda herniasi yang mengancam (Tahir, 2019). 2. Pada penurunan kesadaran, gangguan terbagi menjadi dua, yakni gangguan derajat (kuantitas, <i>arousal, wakefulness</i>) kesadaran dan gangguan isi (kualitas, <i>awareness, alertness</i>) kesadaran. Adanya lesi yang dapat mengganggu interaksi ARAS (<i>Ascending Reticular Activating System</i>) dengan korteks serebri, lesi supratentorial, subtentorial dan metabolik akan mengakibatkan menurunnya kesadaran (Tahir, 2019). 3. Reaksi pupil dikontrol oleh sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Tidak adanya refleks cahaya merupakan penanda penyebab struktural sebagai etiologi gangguan kesadaran. Refleks pupil biasanya
----	---------------------------------------	---	---	--

			<p>4. Posisikan elevasi kepala 30°.</p> <p>5. Berikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Citicolin 2 x 250 mg per IV pukul 08.00, 20.00. 	<p>baik pada gangguan kesadaran yang disebabkan oleh penyebab medis terutama oleh toksik dan metabolic (Tahir, 2019).</p> <p>4. Elevasi kepala berdasarkan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan tekanan intrakranial. Aktivitas keperawatan bedrest dengan elevasi kepala 30 derajat, mempunyai tujuan mencegah terjadinya penurunan tekanan perfusi serebral dan mengurangi terjadinya infark serebral lanjut (Pujiarto, 2017).</p> <p>5. Citicolin sebagai neuroprotektan pada level neuronal adalah memperbaiki membran sel dengan cara menambah sintesis pada phosphatidylcholine yang merupakan komponen utama membran sel terutama otak. Meningkatnya sintesis pada phosphatidylcholine akan berpengaruh pada perbaikan fungsi membran sel yang mengarah pada perbaikan sel (Doijad, 2012 dalam Ismail et al., 2017).</p>
--	--	--	---	--

3.	Hipertermia b/d Proses penyakit (infeksi)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam maka suhu tubuh menurun dengan kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu dalam rentang normal 36,5°C – 37,5°C 2. Kulit hangat, kering, merah 3. Nadi dalam rentang normal 60 – 100 x/menit 4. RR dalam rentang normal 16 – 20 x/menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau suhu tubuh axilla pasien. 2. Berikan kompres dingin 3. Berikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan infus : - paracetamol 3 x 100 ml per IV pukul 08.00, 16.00, 24.00. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem pengatur suhu tubuh terdiri atas tiga bagian yaitu: reseptor yang terdapat pada kulit dan bagian tubuh yang lainnya, integrator didalam hipotalamus, dan efektor sistem yang mengatur produksi panas dengan kehilangan panas. Bila kulit menjadi dingin melebihi suhu tubuh, maka ada tiga proses yang dilakukan untuk meningkatkan suhu tubuh. Ketiga proses tersebut yaitu menggigil untuk meningkatkan produksi panas, berkeringat untuk menghalangi kehilangan panas, vasokontraksi untuk menurunkan kehilangan panas. Suhu 38°C - 41°C menunjukkan proses infeksius akut (Asmadi, 2009). 2. Kompres dingin pada daerah tubuh yang demam akan memberikan sinyal ke hipotalamus melalui sumsum tulang belakang yang diharapkan akan terjadi penurunan suhu tubuh, sehingga mencapai keadaan normal kembali (Kurniawan Taufik, 2018). 3. Paracetamol adalah antipiretik yang berguna untuk mengurangi demam dengan aksi sentralnya pada hipotalamus. Cairan Infus D5Ns ini digunakan untuk kehilangan cairan serta perbaikan penyakit gagal ginjal, mempunyai kadar natrium kalium magnesium
----	---	---	---	--

			- D5Ns 100 cc/ 24 jam per IV pukul 08.00.	dan kalsium yang rendah (Kurniawan Taufik, 2018).
--	--	--	--	--

4.	Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan volume cairan menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haluaran urine meningkat 2. Edema menurun 3. Membran mukosa lembab 4. Kadar hemoglobin dalam rentang normal (12,1 – 15,1 g/dL) 5. Kadar albumin dalam rentang normal (3,40 – 4,80 mg/dL) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema) 2. Monitor status hemodinamik (TTV dan CVP/JVP). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakseimbangan natrium dalam tubuh dapat meretensi cairan dan natrium yang mengakibatkan peningkatan tekanan hidrostatik didalam tubuh menyebabkan penurunan ekskresi urin dan mengakibatkan edema ekstremitas bawah dan paru. Pada edema paru terjadi peningkatan tekanan hidrostatik yang mengakibatkan difusi CO₂ dan O₂ terhambat sehingga pasien mengalami sesak napas (Farianti, 2012 dalam Nurlina, 2018). 2. Pemantauan tekanan darah menjadi salah satu intervensi utama dalam penanganan pasien dengan overload karena TD merupakan salah satu indikator adanya peningkatan volume cairan intravaskuler. Peningkatan volume cairan berlebih pada kompartemen intravaskuler lebih lanjut akan menyebabkan perpindahan cairan dari dalam pembuluh darah menuju jaringan interstisial tubuh (Black & Hawk, 2009 dalam Angraini & Putri, 2016). Pemantauan adanya distensi vena jugularis dan mengukur CVP. Hal tersebut dapat dilakukan sehubungan dengan anatomi pembuluh darah tersebut bermuara pada vena sentral (vena cava superior). Peningkatan pada vena sentral sehubungan dengan meningkatnya volume sirkulasi sistemik akan berdampak kepada peningkatan JVP yang
----	--	--	---	--

			<p>3. Monitor intake dan output cairan.</p> <p>4. Monitor tanda hemokonsentrasi dan peningkatan tekanan onkotik plasma (kadar albumin, BUN, natrium, dan kreatinin).</p>	<p>dapat terlihat dengan adanya distensi vena leher, jadi secara tidak langsung terhadap distensi vena leher dan peningkatan JVP menunjukkan kemungkinan adanya kondisi overload cairan (Angraini & Putri, 2016).</p> <p>3. Upaya nonfarmakologi dalam melakukan pembatasan cairan dengan cara mencatat jumlah cairan yang masuk dan jumlah urine yang dikeluarkan pasien setiap harinya menggunakan chart atau tabel. Pemantauan intake output cairan pasien dilakukan dalam waktu 24 jam (Angraini & Putri, 2016).</p> <p>4. Kerusakan pembuluh darah menimbulkan kerusakan glomerulus yang berfungsi sebagai penyaring darah. Dalam keadaan normal protein tidak melewati glomerulus karena ukuran protein yang besar tidak dapat melewati lubang-lubang glomerulus yang kecil. Namun, karena kerusakan glomerulus, protein (albumin) dapat melewati glomerulus sehingga dapat ditemukan dalam urin yang disebut dengan mikroalbuminuria (Arifa et al., 2017).</p> <p>Pada penyakit ginjal tahap akhir urin tidak dapat dikonsentrasikan atau diencerkan secara normal sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan elektrolit. Dengan tertahannya natrium dan cairan bisa terjadi edema di sekitar tubuh seperti tangan, kaki dan muka (Arofiati, 2019)</p> <p>Penurunan fungsi ginjal mengakibatkan</p>
--	--	--	--	---

			<p>5. Berikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat diuretik : Lasix 3 x 1 mg per IV pukul 08.00, 16.00, 24.00.</p>	<p>pembuangan hasil sisa metabolisme terhambat, dimana dimulai pada pertukaran di dalam pembuluh darah tidak adekuat, karena ketidakmampuan ginjal sebagai penyaring. Akibatnya ginjal tidak dapat melakukan fungsinya yang menyebabkan peningkatan kadar serum dan kadar nitrogen ureum, kreatinin, asam urat, fosfor meningkat dalam Tubuh (Wilson, 2006 dalam (Kalengkongan et al., 2018).</p> <p>5. Tindakan keperawatan kolaborasi untuk mengatasi kelebihan volume cairan pada pasien CKD dapat dilakukan dengan cara farmakologi dengan memberikan terapi diuretik (mempengaruhi produksi urine) membantu dalam mengurangi cairan berlebih dalam tubuh atau mengurangi edema akibat peningkatan cairan di interstitial (Safitri & Sani, 2019).</p>
--	--	--	---	---

5.	Gangguan integritas kulit b/d penurunan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit membaik dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Area luka dekubitus mengecil. 2. kemerahan di sekitar kulit menurun. 3. Tidak ada tanda-tanda infeksi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi luka atau daerah tonjolan tulang. 2. Rawat luka dekubitus. 3. Ubah posisi pasien setiap 2 jam. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan kulit bertujuan untuk mencegah terjadinya luka tekan melalui upaya mempertahankan dan memperbaiki toleransi kulit terhadap tekanan dengan melakukan pengkajian kulit dan risiko luka tekan. Inspeksi kulit dilakukan secara teratur dengan frekuensi sesuai kebutuhan masing-masing pasien. Inspeksi dilakukan untuk melihat apakah ada kondisi-kondisi seperti kulit kering, sangat basah, kemerahan, pucat dan indurasi. Pemeriksaan lain seperti apakah ada tanda hangat yang terlokalisir, perubahan warna dan edema (Zahara et al., 2016). 2. perawatan luka lokal menggunakan SOP yang sudah baku: mengatasi perdarahan (hemostasis); mengeluarkan benda asing yang dapat bertindak sebagai fokus infeksi; melepaskan jaringan yang mengalami devitalisasi krusta yang tebal, dan pus; meningkatkan pembentukan jaringan granulasi dan epitelialisasi dan melindungi luka dari trauma lebih lanjut serta masuknya mikroorganisme patogen (Morison, 2015 dalam Syapitri et al., 2017). 3. Merubah posisi dapat melancarkan peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh mengembalikan kerja fisiologi organ-organ vital dan perubahan posisi juga memungkinkan kulit yang tertekan terekspos
----	---	--	---	---

			<p>4. Memandikan pasien dengan sabun serta air hangat dan Mengoleskan minyak / lotion / pelembab.</p> <p>5. Berikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antibiotik: Cinam drip NS 1000 (4 x 1,5 gr) pukul 06.00, 12.00, 18.00, 24.00.</p>	<p>udara (Kusmawan, 2008 dalam Marsaid et al, 2019). Pemberian posisi miring/lateral 30 derajat yang dilakukan secara <i>continue</i> dan benar akan memberikan dampak yang bagus terhadap pasien yang mengalami kelemahan anggota gerak yaitu mencegah, mengurangi adanya luka tekan pada area-area menonjol serta meningkatkan sirkulasi pada area luka. Mencegah iritasi dermal langsung dan meningkatkan evaporasi lembab pada kulit (Nuh Huda, 2012 dalam Marsaid et al, 2019).</p> <p>4. Membersihkan kulit dengan mandi menggunakan air hangat dan sabun dengan pH seimbang. Serta memberikan pelembab (<i>lotion</i>) karena aktifitas membersihkan kulit yang berulang kali membuat kulit menjadi kering. Kedua aktifitas tersebut merupakan bentuk perawatan kulit yang bertujuan untuk mencegah terjadinya luka tekan melalui upaya mempertahankan dan memperbaiki toleransi kulit terhadap tekanan (Zahara et al., 2016).</p> <p>5. Mengatasi infeksi dengan antibiotika dapat diberikan bila penderita mengalami sepsis, selulitis (Mahmuda, 2019).</p>
--	--	--	---	--

3.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan Hari ke-1

Dx Kep	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi dan SOAP
1.2.3.4.5	28/1/2019	- Melakukan observasi tanda-tanda vital :	<i>EL</i>	Dx1 S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - Pasien tampak sesak - Irama nafas irreguler - Terdapat retraksi dinding dada - Suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra - RR : 20 x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Dx2 S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - TD : 131/68 mmHg - RR : 20x/menit - HR : 99x/menit
	09.00	TD : 115/69 mmhg S : 38 ⁰ C RR : 30x/menit SPO2 : 98% HR : 120x/menit Kesadaran somnolen GCS 223		
1	09.05	- Auskultasi bunyi nafas ronkhi lobus pulmonalis medial sinistra	<i>EL</i>	
3	09.20	- Memberikan infus paracetamol 100 ml	<i>EL</i>	
1.2.3.4.5	10.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital :	<i>EL</i>	
		TD : 134/67 mmhg S : 37,8 ⁰ C RR : 29x/menit SPO2 : 100% HR : 95x/menit Kesadaran somnolen GCS 223		
1.2.3.4.5	10.45	- Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml dan antasida 1 tab (200 mg)	<i>EL</i>	
5	11.00	- Memberikan injeksi cinam 1,5 gr drip NS (IV)	<i>EL</i>	
2	11.05	- Memonitor hasil CT – Scan tanggal 22 Januari 2020 : tampak lesi hipodense di hemisfer cerebelli kiri, tampak densitas cairan di dalam sinus mailaris kanan, pons dan cerrebellum tampak baik	<i>EL</i>	

		dan tidak tampak klasifikasi abnormal		
3.4	11.10	- Membuang urine warna kuning sedikit keruh jumlah 100 ml	<i>EL</i>	S : 37,4 ^o c Kesadaran somnolen GCS 223
1.2.3.4.5	11.15	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 100/59 mmHg RR : 22x/menit HR : 96x/menit S : 37,4 ^o c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 223	<i>EL</i>	- Hasil foto CT Scan pada tanggal 22 Januari 2020 tidak tampak klasifikasi abnormal - Pupil isokhor diameter 2mm/2mm A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
1	11.20	- Memberikan nebulizer dengan ventolin 25 mg, pulmicort 0,5 mg, dan bisolvon 2 mg	<i>EL</i>	Dx 3 S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran
1	11.30	- Melakukan vibrasi dan clapping	<i>EL</i>	O :
1	11.35	- Melakukan tindakan suction : jumlah sekret berwarna putih kental	<i>EL</i>	- S : 37,4 ^o c - Akral hangat, kering, merah
1.2.3.4.5	12.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 96/81 mmHg S : 37,4 ^o c RR : 24x/menit SPO2 : 100% HR : 105x/menit Kesadaran somnolen GCS 223	<i>EL</i>	- RR : 20 x/menit A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
4	12.30	- Mengukur CVP (Central Venous Pressure). Hasil : 6 CmH ₂ O	<i>EL</i>	Dx.4 S: Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran

1.2.3.4.5	13.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 119/60 mmHg RR : 21x/menit HR : 110x/menit S : 37,4 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 223	<i>EL</i>	O : - TD : 131/68 mmHg HR : 99x/menit S : 37,4 ⁰ c CVP : 6 CmH ₂ O Balance cairan : +800 cc / 7 jam - Edema pada ekstremitas bawah kanan dan kiri - Membran mukosa kering - Kadar hemoglobin: 10,6 g/dL - Kadar Albumin: 2,63 g/dL A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
1.2.3.4.5	13.45	- Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml	<i>EL</i>	
4	13.50	- Memonitor hasil laboratorium (Hemoglobin pada tanggal 26 januari 2020: 10,6 g/dL, albumin pada tanggal 25 Januari 2020: 2,63 g/dL)	<i>EL</i>	
1.2.3.4.5	13.55	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 131/68 mmHg RR : 20x/menit HR : 99x/menit S : 37,4 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 223	<i>EL</i>	Dx 5 S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O :
2	14.00	- Membuang urine berwarna kuning sedikit keruh berjumlah : 200 ml	<i>EL</i>	- Terdapat luka decubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan Hari ke-2

Dx Kep	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi dan SOAP
1.2.4.5	29/1/2019 08.00	- Pelaksanaan serah terima dengan jaga malam - Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 87/40 mmhg S : 37 ⁰ c RR : 30x/menit SPO2 : 98% HR : 120x/menit Kesadaran somnolen GCS 223	<i>BU</i> <i>BU</i>	Dx1 S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O :
1.2.4.5	08.30	- Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml	<i>BU</i>	- Pasien tampak sesak
4	08.50	- Membuang urine warna kuning jernih jumlah 600 ml	<i>BU</i>	- Irama nafas irreguler - Terdapat retraksi dinding dada - Suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra
1.2.4.5	09:00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 125/44 mmhg S : 37,6 ⁰ c RR : 28x/menit SPO2 : 98% HR : 120x/menit Kesadaran somnolen GCS 223	<i>BU</i>	- RR : 23 x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
4	09.50	- Cek lab KK. Hasil Albumin: 2,5 mg/dL, BUN: 32 mg/dL, Natrium: 164,7 mmol/L	<i>BU</i>	Dx 2. S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O :
2	09.55	- Memposisikan klien 30°	<i>BU</i>	- TD : 130/80 mmHg
4	09.58	- Mengganti cairan D5 /Ns 100 cc/ 24 jam	<i>BU</i>	- RR : 23x/menit - HR : 141x/menit

1.2.4.5	10.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 131/81 mmHg S : 37 ⁰ c RR : 26x/menit SPO2 : 100% HR : 120x/menit Kesadaran somnolen GCS 223	<i>BU</i>	S : 36 ⁰ c Kesadaran somnolen GCS 224 - Pupil isokhor diameter 2mm/2mm
1	10.20	- Mengganti O2 masker NRB 10 lpm	<i>BU</i>	A : Masalah belum teratasi
1.2.4.5	10.50	- Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml dan antasida 1 tab (200 mg)	<i>BU</i>	P : Intervensi dilanjutkan
1.2.4.5	11.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 100/59 mmHg S : 37,4 ⁰ c RR : 22x/menit SPO2 : 100% HR : 96x/menit Kesadaran somnolen GCS 223	<i>BU</i>	Dx.4 S: Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O :
4	11.00	- Membuang urine warna kuning jernih jumlah 50 ml	<i>BU</i>	- TD : 130/80 mmHg - HR : 141x/menit
1	11.15	- Memberikan nebulizer dengan ventolin 25 mg, pulmicort 0,5 mg, dan bisolvon 2 mg	<i>BU</i>	- S : 36 ⁰ c
1	11.40	- Melakukan vibrasi dan clapping	<i>BU</i>	- Balance : +2410,9 ml/24 jam
1	11.45	- Melakukan tindakan suction : jumlah sekret sedang berwarna putih kental	<i>BU</i>	- Membran mukosa kering - Edema pada ekstremitas bawah ka/ki
5	11.55	- Memberikan obat cinam 1,5 gr drip NS	<i>BU</i>	- CVP : 8 cmH ₂ O

1.2.4.5	12.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 131/78 mmHg S : 37 ⁰ c RR : 23x/menit SPO2 : 100% HR : 141x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i>	- Hasil lab Albumin: 2,5 mg/dL, BUN: 32 mg/dL, Natrium: 164,7 mmol/L A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
1.2.4.5	13.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 109/54 mmHg S : 36,5 ⁰ c RR : 23x/menit SPO2 : 100% HR : 140x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i>	Dx 5. S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - Terdapat luka decubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm
4	13.30	- Mengukur CVP (Central Venous Pressure). Hasil : 8 cmH ₂ O	<i>BU</i>	
1.2.4.5	13.45	- Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml	<i>BU</i>	
1.2.4.5	13.55	- Memonitor Hasil CT – Scan pada tanggal 2 Januari 2020 : Tampak lesi hipodense batas tidak tegas di hemisfer cerebelli kiri, tampak densitas cairan di dalam sinus maxilaris kanan, pons dan cerrebellum tampak baik, tak tampak klasifikasi abnormal	<i>BU</i>	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
4	14.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 130/80 mmHg S : 36 ⁰ c RR : 23x/menit SPO2 : 100% HR : 141x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i>	
4	14.00	- Membuang urine berwarna kuning jernih jumlah 50 ml	<i>BU</i>	

1,2,4,5	29/1/2019 15.00	- Pelaksanan serah terima dengan jaga pagi - Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 120/69 mmHg RR : 28x/menit HR : 120x/menit S : 37 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i> <i>EL</i>	Dx1 S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - Pasien tampak sesak - Irama nafas irreguler - Terdapat retraksi dinding dada - Suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra - RR : 24 x/menit
5	15.10	- Rawat luka dekubitus, luka berwarna kuning dengan pinggir berwarna merah. Kulit sekitarnya berwarna merah	<i>EL</i>	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
5	15.40	- Memandikan pasien dan memberi minyak kayu putih agar tetap hangat	<i>EL</i>	Dx 2.
1,2,4,5	15.55	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 138/62 mmHg RR : 25x/menit HR : 138x/menit S : 37,4 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i> <i>EL</i>	S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - TD : 100/53 mmHg RR : 24x/menit HR : 115x/menit S : 37,4 ⁰ c Kesadaran somnolen GCS 224

4	16.55	-	Membuang urine berwarna kuning jernih berjumlah : 50 cc	<i>EL</i>	- GDA : 109 mg/Dl
1,2,4,5	17.00	-	Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 117/54 mmHg RR : 19x/menit HR : 117x/menit S : 37,5 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i>	- Pupil isokhor diameter 2mm/2mm A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
5	17.30	-	Memberikan terapi levofloxacin 750 mg	<i>EL</i>	Dx.4
1,2,4,5	18.00	-	Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 111/61 mmHg RR : 25x/menit HR : 120x/menit S : 37 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i>	S: Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - TD : 100/53 mmHg HR : 115x/menit S : 37,4 ⁰ c
1,2,4,5	18.10	-	Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml	<i>EL</i>	- Balance : +2410,9 ml/24 jam - Membran mukosa lembab - Edema pada ekstremitas bawah ka/ki - CVP : 6 cmH ₂ O - Hasil laboratorium. Hemoglobin: 11,1 g/dL, albumin: 2,5 g/dL, BUN: 32 mg/dL, natrium: 164,7 mmol/UL
4	18.22	-	Memberikan injeksi lasix 250 mg	<i>EL</i>	A : Masalah teratasi sebagian
5	18.30	-	Memberikan obat cinam 1,5 gr drip NS	<i>EL</i>	P : Intervensi dilanjutkan
4	18.40	-	Mengukur CVP (Central Venous Pressure) Hasil : 6 cmH ₂ O	<i>EL</i>	

4	18.50	- Cek laboratorium. Hemoglobin: 11,1 g/dL, albumin: 2,5 g/dL, BUN: 32 mg/dL, natrium: 164,7 mmol/UL	<i>EL</i>	Dx 5.
1,2,4,5	19.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 104/57 mmHg S : 37 ⁰ c RR : 21x/menit SPO2 : 100% HR : 120x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i>	S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran
1	19.30	- Memberikan nebulizer dengan ventolin 25 mg, pulmicort 0,5 mg, dan bisolvon 2 mg	<i>EL</i>	O :
4	20.00	- Membuang urine berwarna kuning jernih berjumlah : 50 cc	<i>EL</i>	- Terdapat luka decubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm
1.2.4.5	20.05	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 111/59 mmHg S : 37,4 ⁰ c RR : 25x/menit SPO2 : 100% HR : 100x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i>	- Luka dekubitus berwarna merah
2	20.30	- Cek GDA : 109 mg/dL	<i>EL</i>	- Tidak ada nekrotik
1.2.4.5	21.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 100/53 mmHg S : 37,4 ⁰ c RR : 24x/menit SPO2 : 100% HR : 115x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i>	- Kemerahan di kulit sekitar luka
				A : Masalah belum teratasi
				P : Intervensi dilanjutkan

1.2.4.5	29/1/2019 22.00	- Pelaksanan serah terima dengan jaga sore - Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 108/67 mmHg RR : 25x/menit HR : 111x/menit S : 36,6 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>AD</i> <i>AD</i>	Dx1 S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - Pasien tampak sesak - Irama nafas irreguler - Terdapat retraksi dinding dadaSuara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra - RR : 22 x/menit
1.2.4.5	22.20	- Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml	<i>AD</i>	A : Masalah belum teratasi
1.2.4.5	23.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 146/106 mmHg RR : 25x/menit HR : 125x/menit S : 37,4 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>AD</i> <i>AD</i>	P : Intervensi dilanjutkan Dx 2. S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - TD : 100/53 mmHg \ - RR : 22x/menit - HR : 105x/menit
4	23.05	- Membuang urine berwarna kuning jernih berjumlah : 100 cc	<i>AD</i>	- S : 37,4 ⁰ c
5	23.30	- Memberikan obat cinam 1,5 gr drip NS dan injeksi ondansetron 4mg	<i>AD</i>	- Kesadaran somnolen - GCS 224

1.2.4.5	00.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 105/68 mmHg S : 36 ⁰ c RR : 24x/menit SPO2 : 100% HR : 106x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	AD	- Pupil isokhor diameter 2mm/2mm A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
1.2.4.5	01.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 108/69 mmHg S : 36,5 ⁰ c RR : 24x/menit SPO2 : 100% HR : 107x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	AD	Dx.4 S: Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - TD : 100/53 mmHg HR : 105x/menit
4	01.10	- Mengukur CVP (Central Venous Pressure) Hasil : 6 cmH ₂ O	AD	S : 37,4 ⁰ c - Balance : +2410,9 ml/24 jam
1.2.4.5	02.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 105/51 mmHg S : 36,2 ⁰ c RR : 24x/menit SPO2 : 100% HR : 105x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	AD	- Membran mukosa lembab - Edema pada ekstremitas bawah ka/ki - CVP : 6 cmH ₂ O A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
4	02.05	- Membuang urine berwarna kuning jernih berjumlah : 400 cc	AD	

1.2.4.5	03.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 114/68 mmHg RR : 24x/menit HR : 107x/menit S : 35,5 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>AD</i>	Dx 5. S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O :
1.2.4.5	04.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 150/85 mmHg RR : 23x/menit HR : 93x/menit S : 37 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>AD</i>	- Terdapat luka decubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm - Luka dekubitus berwarna merah - Tidak ada nekrotik - Kemerahan di kulit sekitar luka A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
5	04.10	- Rawat luka dekubitus, luka berwarna kuning dengan pinggir berwarna merah. Kulit sekitar luka tidak ada kemerahan	<i>AD</i> <i>AD</i>	
5	04.20	- Memandikan pasien dan memberi minyak kayu putih agar tetap hangat		
1	04.45	- Memberikan nebulizer dengan ventolin 25 mg, pulmicort 0,5 mg, dan bisolvon 2 mg	<i>AD</i>	

1.2.4.5	05.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 109/61 mmHg S : 36,9 ⁰ c RR : 24x/menit SPO2 : 100% HR : 101x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>AD</i>	
4	05.05	- Membuang urine berwarna kuning jernih berjumlah : 550 cc	<i>AD</i>	
1.2.4.5	06.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 110/77 mmHg S : 37 ⁰ c RR : 23x/menit SPO2 : 100% HR : 93x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>AD</i>	
5.2	06.10	- Memberikan obat cinam 1,5 gr drip NS dan injeksi citicolin 250mg	<i>AD</i>	
1.2.4.5	07.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 100/53 mmHg S : 37,4 ⁰ c RR : 22x/menit SPO2 : 100% HR : 105x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>AD</i>	

Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan Hari ke-3

Dx Kep	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi dan SOAP
1.2.4.5	30/1/2019 08.00	- Pelaksanaan serah terima dengan jaga malam - Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 122/59 mmhg S : 36,9 ^o c RR : 29x/menit SPO2 : 100% HR : 122x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i> <i>EL</i>	Dx1 S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O :
1.2.4.5 4	08.10 08.30	- Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml - Membuang urine warna kuning jernih jumlah 150 ml	<i>EL</i> <i>EL</i>	- Pasien tampak sesak - Irama nafas irreguler - Terdapat retraksi dinding dada - Suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra
1.2.4.5	09:00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 94/55 mmhg S : 37 ^o c RR : 33x/menit SPO2 : 100% HR : 120x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i>	- RR : 21 x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
4	09.40	- Mengukur CVP (Central Venous Pressure). Hasil : 10 cmH ₂ O	<i>EL</i>	Dx 2. S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O :
4	09.55	- Memberikan injeksi lasix 10 mg	<i>EL</i>	- TD : 99/58 mmHg
4	09.58	- Mengganti cairan D5 Ns 100 cc/ 24 jam		RR : 21x/menit
4	10.00	- Cek laboratorium Natrium: 154,7 mmol/UL, GDA: 109 mg/dL	<i>EL</i>	HR : 111x/menit S : 37,3 ^o c

1.2.4.5	10.10	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 95/47 mmHg RR : 23x/menit HR : 120x/menit S : 37,2 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i>	- Kesadaran somnolen GCS 224 - Pupil isokhor diameter 2mm/2mm A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
1.2.4.5	10.50	- Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml dan antasida 1 tab (200 mg)	<i>EL</i>	Dx.4 S: Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran
1.2.4.5	11.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 110/41 mmHg RR : 22x/menit HR : 155x/menit S : 37,3 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i>	O : - TD : 99/58 mmHg HR : 111x/menit S : 37,3 ⁰ c - Balance : +94ml/24 jam - Membran mukosa lembab - Edema pada ekstremitas bawah ka/ki - CVP : 10 cmH ₂ O - Hasil laboratorium Natrium: 154,7 mmol/UL, GDA: 109 mg/dL
4	11.15	- Membuang urine warna kuning jernih jumlah 700 ml	<i>EL</i>	
1	11.20	- Memberikan nebulizer dengan ventolin 25 mg, pulmicort 0,5 mg, dan bisolvon 2 mg	<i>EL</i>	
1	11.40	- Melakukan vibrasi dan clapping	<i>EL</i>	
1	11.45	- Melakukan tindakan suction : jumlah sekret sedang berwarna putih kental	<i>EL</i>	

5	12.00	- Memberikan obat cinam 1,5 gr drip NS dan infus levofloxacin 750 mg	<i>EL</i>	A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
1.2.4.5	12.05	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 83/60 mmHg S : 37,3 ⁰ c RR : 23x/menit SPO2 : 100% HR : 120x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i>	Dx 5. S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran
1.2.4.5	13.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 100/54 mmHg S : 37,3 ⁰ c RR : 21x/menit SPO2 : 100% HR : 130x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i>	O : - Terdapat luka decubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm
1.2.4.5	13.45	- Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml		- Luka dekubitus berwarna merah
1.2.4.5	13.57	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 99/58 mmHg S : 37,3 ⁰ c RR : 21x/menit SPO2 : 100% HR : 111x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>EL</i>	- Tidak ada kemerahan di kulit sekitar luka - Tidak ada nekrotik
4	14.00	- Membuang urine berwarna kuning jernih jumlah 750 ml	<i>EL</i>	A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan

1.2.4.5	30/1/2019 15.00	<ul style="list-style-type: none"> - Pelaksanan serah terima dengan jaga pagi - Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 134/70 mmHg RR : 24x/menit HR : 134x/menit S : 37,3⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 225 	AD AD	Dx1 S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Irama nafas irreguler - Terdapat retraksi dinding dada - Suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra - RR : 23 x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
5	15.10	<ul style="list-style-type: none"> - Rawat luka dekubitus, luka berwarna kuning dengan pinggir berwarna merah. Tidak ada kemerahan di sekitar luka 	AD	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
5	15.40	<ul style="list-style-type: none"> - Memandikan pasien dan memberi minyak kayu putih agar tetap hangat 	AD	Dx 2.
1.2.4.5	16.00	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 138/84 mmHg RR : 21x/menit HR : 138x/menit S : 37,3⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 225 	AD	S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : <ul style="list-style-type: none"> - TD : 113/80 mmHg RR : 23x/menit HR : 103x/menit S : 36 ⁰ c Kesadaran somnolen GCS 224

4	16.35	- Mengukur CVP (Central Venous Pressure) Hasil : 8 cmH ₂ O	AD	- Pupil isokhor diameter 2mm/2mm A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Dx 4. S: Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - TD : 113/80 mmHg HR : 103x/menit S : 36 ⁰ c - Balance : +94 ml/24 jam - Membran mukosa lembab - Edema pada ekstremitas bawah ka/ki - CVP : 8 cmH ₂ O A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
4	16.55	- Membuang urine berwarna kuning jernih berjumlah : 950 cc	AD	
1.2.4.5	17.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 131/85 mmHg S : 36,7 ⁰ c RR : 25x/menit SPO2 : 100% HR : 131x/menit Kesadaran somnolen GCS 225	AD	
5	17.30	- Memberikan terapi levofloxacin 750 mg	AD	
1.2.4.5	18.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 132/80 mmHg S : 36,2 ⁰ c RR : 24x/menit SPO2 : 100% HR : 130x/menit GCS 225 Kesadaran somnolen	AD	
1.2.4.5	18.10	- Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml dan antasida 1 tab (200 mg)	AD	
5.2	18.30	- Memberikan terapi cinam 1,5 gr dan citicolin 250 mg	AD	
1	18.40	- Auskultasi bunyi nafas ronkhi lobus pulmonalis medial sinistra	AD	
1.2.4.5	19.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 136/85 mmHg S : 36,2 ⁰ c RR : 18x/menit SPO2 : 100% HR : 136x/menit Kesadaran somnolen GCS 225	AD	

1	19.30	- Memberikan nebulizer dengan ventolin 25 mg, pulmicort 0,5 mg, dan bisolvon 2 mg	<i>AD</i>	Dx 5. S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - Terdapat luka decubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm - Luka berwarna kuning dengan pinggir luka berwarna merah - Tidak ada kemerahan di kulit sekitar luka - Tidak ada nekrotik A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
4	20.00	- Membuang urine berwarna kuning jernih berjumlah : 750 cc	<i>AD</i>	
1.2.4.5	20.05	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 113/75 mmHg RR : 21x/menit HR : 113x/menit S : 36 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 225	<i>AD</i>	
1.2.4.5	21.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 113/80 mmHg RR : 23x/menit HR : 105x/menit S : 36 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 225	<i>AD</i>	

1.2.4.5	30/1/2019 22.00	- Pelaksanan serah terima dengan jaga sore - Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 112/79 mmHg RR : 26x/menit HR : 102x/menit S : 36,2 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i> <i>BU</i>	Dx1 S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - Pasien tampak sesak - Irama nafas irreguler - Terdapat retraksi dinding dada - Suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra - RR : 24 x/menit
1.2.4.5	22.20	- Memberikan makan lewat sonde susu cair 200 ml	<i>BU</i>	A : Masalah belum teratasi
1.2.4.5	23.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 107/83 mmHg RR : 27x/menit HR : 107x/menit S : 36,8 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i> <i>BU</i>	P : Intervensi dilanjutkan Dx 2. S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O :
4	23.05	- Membuang urine berwarna kuning jernih berjumlah : 500 cc	<i>BU</i>	- TD : 150/83 mmHg RR : 24x/menit HR : 110x/menit
5	23.30	- Memberikan obat cinam 1,5 gr drip NS	<i>BU</i>	S : 37 ⁰ c
1	23.40	- Auskultasi bunyi nafas ronkhi pada lobus pulmonalis sinistra	<i>BU</i>	Kesadaran somnolen GCS 224

1.2.4.5	00.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD : 120/85 mmHg RR : 30x/menit HR : 122x/menit S : 37 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i>	- Pupil isokhor diameter 2mm/2mm A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Dx.4 S: Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O :
1.2.4.5	01.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 131/76 mmHg RR : 26x/menit HR : 100x/menit S : 37,2 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i>	- TD : 150/83 mmHg HR : 110x/menit S : 37 ⁰ c - Balance : +94 ml/24 jam - Membran mukosa lembab - Edema pada ekstremitas bawah ka/ki - CVP : 6 cmH ₂ O - Hasil laboratorium Natrium: 154,7 mmol/UL, GDA: 109 mg/dL (Tanggal 30 Januari 2020), Hemoglobin 11,1 g/dL (Tanggal 29 Januari 2020)
4	01.10	- Mengukur CVP (Central Venous Pressure) Hasil : 6 cmH ₂ O	<i>BU</i>	A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
1.2.4.5	02.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 141/97 mmHg RR : 27x/menit HR : 105x/menit S : 37 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i>	

4	02.05	- Membuang urine berwarna kuning jernih berjumlah : 200 cc	<i>BU</i>	Dx 5. S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran O : - Terdapat luka decubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm - Luka dekubitus berwarna merah - Tidak ada kemerahan di kulit sekitar luka - Tidak ada nekrotik A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
1.2.4.5	03.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 141/87 mmHg RR : 26x/menit HR : 110x/menit S : 37 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i>	
1.2.4.5	04.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 160/97 mmHg RR : 25x/menit HR : 105x/menit S : 37 ⁰ c SPO2 : 100% Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i>	
5	04.10	- Rawat luka dekubitus, luka berwarna kuning dengan pinggir berwarna merah. Kulit sekitar luka tidak ada kemerahan	<i>BU</i>	
5	04.20	- Memandikan pasien dan memberi minyak kayu putih agar tetap hangat	<i>BU</i>	
1	04.45	- Memberikan nebulizer ventolin 25 mg, pulmicort 0,5 mg, dan bisolvon 2 mg	<i>BU</i>	

1.2.4.5	05.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 160/97 mmHg S : 37 ⁰ c RR : 25x/menit SPO2 : 100% HR : 105x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i>	
4	05.05	- Membuang urine berwarna kuning jernih berjumlah : 180 cc	<i>BU</i>	
1.2.4.5	06.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 160/92 mmHg S : 37 ⁰ c RR : 23x/menit SPO2 : 100% HR : 110x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i>	
5.2	06.10	- Memberikan obat cinam 1,5 gr drip NS dan injeksi citicolin 250mg	<i>BU</i>	
1.2.4.5	07.00	- Melakukan observasi tanda-tanda vital : TD: 150/83 mmHg S : 37 ⁰ c RR : 24x/menit SPO2 : 100% HR : 110x/menit Kesadaran somnolen GCS 224	<i>BU</i>	

3.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.9 Evaluasi Sumatif

No.	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Sumatif
1.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	<p>Tanggal 31 Januari 2020</p> <p>Dx 1</p> <p>S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesak - Irama nafas irreguler - Terdapat retraksi dinding dada - Suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra - RR : 24x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
2.	Resiko perfusi serebral	<p>Dx 2</p> <p>S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 150/83 mmHg - RR : 24x/menit HR : 110x/menit S : 37o c - Kesadaran somnolen GCS 224 - Pupil isokhor diameter 2mm/2mm <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
3.	Hipertermia	<p>Dx 3</p> <p>S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S : 37,4 C - HR : 99 x/menit - RR : 20 x/menit - Akral hangat, kering, merah <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

4.	Hipervolemia	<p>Dx 4</p> <p>S: Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 150/83 mmHg - HR : 110 x/menit S : 37o c - Balance : +94 ml/24 jam - Membran mukosa lembab - Edema pada ekstremitas bawah ka/ki berkurang - CVP : 6 cmH2O - Hasil laboratorium Natrium: 154,7 mmol/UL, GDA: 109 mg/dL (Tanggal 30 Januari 2020), Hemoglobin 11,1 g/dL (Tanggal 29 Januari 2020) <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
5.	Gangguan Integritas Kulit	<p>Dx 5</p> <p>S : Tidak terkaji pasien dalam penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka decubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm - Luka dekubitus berwarna merah - Tidak ada kemerahan di kulit sekitar luka - Tidak ada nekrotik <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan kajian pada pengkajian asuhan keperawatan pada pasien yang sebelumnya telah disusun oleh adek tingkat penulis. Pembahasan pada pengkajian akan dimulai dari :

4.1.1 Identitas

Pasien bernama Ny. N berusia 51 tahun. Pasien adalah seorang perempuan dengan diagnosa medis Penurunan kesadaran + Suspect Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6. Pertambahan usia akan memengaruhi anatomi, fisiologi dan sitologi pada ginjal. Setelah usia 30 tahun, ginjal akan mengalami atrofi dan ketebalan kortek ginjal akan berkurang sekitar 20% setiap dekade. Perubahan lain yang akan terjadi seiring dengan bertambahnya usia berupa penebalan membran basal glomerulus, ekspansi mesangium glomerular terjadinya deposit protein matriks ekstraselular sehingga menyebabkan glomerulosklerosis (Arifa et al., 2017).

Untuk jenis kelamin secara klinik laki-laki mempunyai risiko mengalami penyakit ginjal kronik 2 kali lebih besar dari pada perempuan. Hal ini dimungkinkan karena perempuan lebih memperhatikan kesehatan dan menjaga pola hidup sehat dibandingkan laki-laki, sehingga laki-laki lebih mudah terkena penyakit ginjal kronik dibandingkan perempuan. Perempuan lebih patuh dibandingkan laki-laki dalam menggunakan obat karena perempuan lebih dapat menjaga diri mereka sendiri serta bisa mengatur tentang pemakaian obat (Arifa et al., 2017).

Hasil kajian yang penulis dapatkan dari melihat kondisi pada pasien yaitu Ny. N, penulis berpendapat bahwa faktor pencetus terjadinya CKD pada pasien disebabkan oleh faktor usia karena dengan bertambahnya umur sistem kerja ginjal juga akan menurun disertai dengan pola hidup pasien yang mungkin kurang sehat. Sedangkan untuk jenis kelamin memang secara penelitian beresiko lebih tinggi pada laki-laki, namun pada Ny. N mempunyai faktor resiko lain yang menyebabkan mengalami CKD yaitu riwayat penyakit hipertensi. Dimana penyakit tersebut dapat memperburuk kerja ginjal.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Hasil kajian yang penulis lakukan didapatkan data bahwa saat dilakukan pengkajian keluhan pasien tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

2. Riwayat penyakit sekarang

Data yang diperoleh dari keluarga yaitu pada tanggal 22 Januari 2020 pukul 21.30 WIB pasien merasa pusing dan beberapa saat kemudian tidak sadarkan diri. Pada tanggal 28 Januari 2020 pukul 08.00 WIB saat dilakukan pengkajian dan didapatkan status kesadaran somnolen, GCS 2/3, TD 110/73 mmHg, HR 120 x/menit, RR 25 x/menit, Suhu 38°C, hasil leukosit 13.000 u/L.

Penyebab non-traumatik yang dapat membuat seseorang mengalami penurunan kesadaran antara lain gangguan metabolik, intoksikasi obat, hipoksia global, iskemia global, stroke iskemik, perdarahan intraserebral, perdarahan subaraknoid, tumor otak, kondisi inflamasi, infeksi sistem saraf pusat seperti meningitis, ensefalitis dan abses serta gangguan psikogenik Greer (2012) dalam

Tahir (2019).

Uremia adalah suatu sindrom klinis dan laboratorik yang terjadi pada semua organ akibat penurunan fungsi ginjal, dimana terjadi retensi sisa pembuangan metabolisme protein, yang ditandai dengan peningkatan kadar ureum diatas 50 mg/dl. Uremia lebih sering terjadi pada Gagal Ginjal Kronis (GGK), tetapi dapat juga terjadi pada Gagal Ginjal Akut (GGA) jika penurunan fungsi ginjal terjadi secara cepat. Pasien dengan gagal ginjal sering mengalami gejala klinis yang berkaitan dengan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, anemia, malnutrisi, dan gangguan gastrointestinal. Salah satu dari komplikasi gagal ginjal tersebut adalah *Uremic Encephalopathy* (UE). *Uremic encephalopathy* adalah kelainan otak organik yang terjadi pada pasien dengan gagal ginjal akut maupun kronik. Biasanya dengan nilai kadar creatinine clearance menurun dan tetap di bawah 15mL/mnt (Rosari et al., 2017).

Sepsis adalah bila ditemukan gejala *Systemic Inflammatory Respiration Syndrome* (SIRS) ditambah tempat infeksi yang diketahui. Pasien yang mengalami SIRS adalah pasien yang memiliki dua atau lebih dari kriteria berikut: Suhu $>38^{\circ}\text{C}$ atau $<36^{\circ}\text{C}$, Denyut jantung >90 denyut/menit, Respirasi >20 x/menit atau $\text{PaCO}_2 <32$ mmHg, Hitung leukosit $>12.000/\text{mm}^3$ atau $>10\%$ sel imaturmi sepsis (Rosari et al., 2017).

Hasil kajian yang penulis lakukan ditemukan bahwa Ny. N mengalami penurunan kesadaran karena kadar uremia dalam tubuh pasien tinggi yaitu 39 mg/dl disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal yang tidak mampu membuang sisa metabolisme sehingga diserap oleh tubuh. Selain itu pasien juga di diagnosa *suspect esefalopat*y yaitu kondisi dimana otak mengalami kelaianan yang biasanya

terdapat lesi. Penulis berasumsi jika kemungkinan esefalopati terjadi karena peningkatan urea serta kondisi pasien yang mengalami sepsis. Kecurigaan terhadap sepsis menjadi mungkin dengan ditemukannya adanya fokus infeksi terbuka yaitu ulkus dekubitus di regio gluteal pasien. Ulkus dekubitus terjadi karena gerak pasien adalah gerak pasif. Penegakkan diagnosa sepsis pada pasien ditandai dengan peningkatan leukosit 13.000, suhu tubuh 38C, takikardia 120x/menit, RR meningkat 24x /menit. Selain itu jika dinilai dengan skor sofa maka pasien ini hasilnya >2 dimana GCS pasien 2/3.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Kelurga pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan-perubahan struktur pada arteriol di seluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan sklerosis dinding pembuluh darah. Penyumbatan arteri dan srteriol akan menyebabkan kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga mengakibatkan seluruh nefron rusak. Organ sasaran utama keadaan ini adalah salah satunya ginjal. Beratnya pengaruh hipertensi pada ginjal tergantung dari tingginya tekanan darah dan lamanya menderita hipertensi (Nauval & Hasanah, 2019). Selain itu, Hipertensi merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit ginjal kronis. Hal ini juga disebabkan oleh karena konsumsi obat anti hipertensi yang adalah obat diuretik dapat memperberat kerja ginjal, terlebih ginjal yang sudah rusak.

Hasil kajian yang penulis lakukan bahwa riwayat penyakit hipertensi yang diderita Ny. N sebagai salah satu faktor yang memperburuk keadaan ginjal pasien. Dimana hipertensi dapat memperberat kerusakan ginjal melalui peningkatan

tekanan intraglomeruler yang menimbulkan gangguan struktural dan gangguan fungsional pada glomerulus. Tekanan intravaskular yang tinggi dialirkan melalui arteri aferen kedalam glomerulus, dimana arteri aferen mengalami kontriksi akibat hipertensi.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breathing*)

Pasien tampak sesak, RR: 25 x/menit, irama nafas irregular, terpasang O₂ Nasal Kanul 3 lpm. Bentuk dada normo chest, trakea di tengah, terdapat retraksi dinding dada, irama nafas irregular. Tidak sianosis, tidak terdapat napas cuping hidung. Pasien tidak dapat melakukan batuk efektif, terdengar suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra.

Menurut David J (2006) dalam Pradesya & ezra Senna (2016) edema paru adalah komplikasi yang umum terjadi pada gagal ginjal kronik maupun akut. Hipoalbuminemia, yang merupakan karakteristik dari gagal ginjal kronik, menurunkan tekanan onkotik plasma dan dengan demikian mendorong pergerakan cairan dari kapiler paru. Sebuah data dari studi observasional menunjukkan, dari hampir 30.000 pasien gagal ginjal yang dirawat di ICU dari 54 rumah sakit di 23 negara, ditemukan bahwa 5,7% dari semua pasien mengalami kegagalan pernafasan akut selama mereka tinggal. Edema paru adalah akumulasi cairan di interstisial dan alveolus paru yang terjadi secara mendadak. Hal ini dapat disebabkan oleh tekanan intravaskular yang tinggi (edem paru kardiogenik) atau karena peningkatan permeabilitas membran kapiler (edem paru non kardiogenik) yang mengakibatkan terjadinya ekstrasvasasi cairan secara cepat sehingga terjadi gangguan pertukaran udara di alveoli secara progresif dan mengakibatkan

hipoksia.

Sekret merupakan bahan yang dikeluarkan dari paru, bronkus, dan trakea melalui mulut. Biasanya juga disebut dengan *expectoratorian*. Orang dewasa normal bisa memproduksi mukus (sekret kelenjar) sejumlah 100 ml dalam saluran napas setiap hari. Mukus ini digiring ke faring dengan mekanisme pembersihan silia dari epitel yang melapisi saluran pernapasan. Keadaan abnormal penumpukan sekret yang berlebihan pada pasien koma dikarenakan tidak mempunyai reflek batuk yang efektif untuk mengeluarkan sekret. Pasien koma harus dilakukan suction untuk mengeluarkan sekret supaya tidak terjadi penumpukan sekret dan penurunan saturasi oksigen (Nizar & Haryati, 2017).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa Ny. N mengalami sesak nafas karena suplai oksigen di paru tidak mencukupi sehingga mengganggu proses pertukaran gas di alveoli. Bentuk kompensasinya dengan adanya peningkatan frekuensi pernapasan untuk meningkatkan kecukupan oksigen dalam tubuh. Sesak nafas pada pasien ini bisa terjadi karena jalan terhambat dengan adanya penumpukan sekret, dimana pasien dengan penurunan kesadaran karena pasien tidak mampu batuk efektif. Penumpukan sekret ditandai dengan adanya bunyi nafas tambahan yaitu ronkhi.

2. B2 (Blood)

hasil pengkajian di dapatkan konjungtiva tidak anemis, TD 110/73 mmHg, suhu : 38⁰C, nadi 120 x/menit, teraba kuat dan reguler, CRT < 2 detik, akral teraba hangat dan kadar hemoglobin 10,6 g/dL.

Penderita PGK memiliki imunitas yang rendah sehingga cenderung lebih mudah mengalami infeksi seperti pneumonia, ISK dan sepsis. Pneumonia

merupakan infeksi akut serta komplikasi yang serius. Pneumonia bakterial merupakan jenis pneumonia yang lebih sering dialami penderita penyakit ginjal kronik. Sekitar 79% penderita penyakit ginjal kronik terinfeksi pneumonia perlu rawat inap dengan mortalitas sebesar 33%. Morbiditas dan mortalitas pneumonia pada PGK lebih banyak dialami penderita dengan LFG rendah. Hal ini menunjukkan derajat PGK yang semakin berat merupakan faktor morbiditas dan mortalitas pneumonia (James, 2009 dalam Sinaga et al, 2017).

Anemia pada GGK terutama disebabkan karena defisiensi relatif dari *eritropoietin* (EPO), namun ada faktor-faktor lain yang dapat mempermudah terjadinya anemia, antara lain memendeknya umur sel darah merah, inhibisi sumsum tulang, dan paling sering defisiensi zat besi dan folat. Anemia yang terjadi pada pasien GGK dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup pasien. Selain itu anemia pada pasien GGK juga meningkatkan terjadinya morbiditas dan mortalitas (Ismatullah, 2015). Penurunan kadar Hb kurang dari 6 gr/dl dapat mempengaruhi perfusi jaringan, sehingga berdasarkan data tersebut memunculkan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan perifer (Angraini & Putri, 2016).

Hasil kajian yang penulis dapatkan ialah dalam penegakkan diagnosa hipertermi perlu adanya data suhu tubuh sebelum-sebelumnya, hal ini bertujuan apakah memang suhu tubuh pasien mengalami fluktuasi atau hipetermi terjadi hanya pada hari saat dilakukan pengkajian saja. Serta, asumsi penulis pada pasien Ny. N mengalami peningkatan suhu tubuh 38 C dapat dikarenakan sepsis yang terjadi dengan di dukung diagnosa pasien suspect pneumonia. Dimana pneumonia sendiri terjadi karena invasi bakteri/virus yang masuk dalam rongga alveolus. Hal ini nungkin saja terjadi karena kondisi pasien yang mengalami penurunan

kesadaran dan adanya sekret yang tertahan karena pasien tidak mampu batuk efektif serta imunitas yang menurun menyebabkan masuknya infeksi pada alveolus. Sehingga respon tubuh ketika ada benda asing yang menginvasi dengan meningkatkan suhu tubuh sebagai perlawanan. Pasien juga di diagnosa anemia dengan kadar hemoglobin 10,6 g/dL. Namun, pada hasil pengkajian didapatkan konjungtiva tidak anemis, hal ini perlu ditinjau kembali karena salah tanda pasien mengalami anemia yaitu dengan pemeriksaan konjungtiva yang tampak pucat atau anemis. Pada pasien ini, anemia terjadi karena riwayat penyakit ginjal kronis yang di derita. Ginjal pasien mengalami penurunan fungsi dalam menghasilkan enzim eritropoetin karena adanya kerusakan pada nefron. Enzim eritropoetin sendiri berperan dalam pembentukan sel darah di sumsum tulang belakang. Namun, pada pasien ini tidak ditemukan tanda perfusi tidak efektif karena saat penulis melakukan pengkajian pada pasien tidak ditemukan anemis konjungtiva, CRT <2detik, akral hangat kering merah, tidak ada sianosis. Perfusi pasien masih baik, karena kebutuhan dasar pasien tercukupi dengan pemberian oksigen, pasien tirah baring, terpasang infus.

3. B3 (Brain)

Pasien mengalami kesadaran somnolen, GCS 2/3. *Uremic Encephalopathy* merupakan salah satu bentuk dari ensefalopati metabolik. Ensefalopati metabolik merupakan suatu kondisi disfungsi otak yang global menyebabkan terjadi perubahan kesadaran, perubahan tingkah laku, dan kejang yang disebabkan oleh kelainan pada otak maupun diluar otak. Ensefalopati uremik dapat disebabkan oleh gagal ginjal akut maupun gagal ginjal kronis. Uremia adalah suatu sindrom klinis yang berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan, elektrolit dan hormon

serta abnormalitas metabolik yang berkembang secara paralel dengan menurunnya fungsi ginjal. Uremia sendiri berarti ureum di dalam darah. Keadaan uremia terjadi sebagai asosiasi terhadap GGK.

Hasil kajian yang telah dilakukan penulis didapatkan bahwa Ny. N terjadi penurunan kesadaran tanpa diketahui adanya riwayat kejang maupun perubahan tingkah laku. Pasien dengan esefalopati mengalami resiko terjadi peningkatan resiko perfusi serebral dan peningkatan tekanan intrakranial hal ini terjadi adanya lesi merusak sistem saraf pada otak.

4. B4 (*Bladder*)

Pasien terpasang folley kateter no.16 terfiksasi dengan baik, terpasang sejak tanggal 22 Januari 2020, warna kuning sedikit keruh, tidak ada distensi kandung kemih, edema di ekstremitas bawah kanan dan kiri. Serum Albumin 2,63 mg/dL. Natrium 157.6 mmol

Input :

D5 ¼ Ns	1.000 cc
infus Levofloxacin	750 cc
Oplos Cairan obat	150 cc
Sonde Susu 6 x 200	<u>1.200 cc</u> +
Total input	3.100 cc

Output :

Urin	1.100 cc
IWL15x 80 kg	<u>1.200 cc</u> +
Total output	2.300 cc

Balance cairan : Total input - total output = 3.100 cc– 2.300 cc= +800 cc

Pada penyakit ginjal kronik kehilangan protein melalui urin dapat menyebabkan terjadinya penurunan kadar albumin serum atau hipoalbuminemia. Dimana keluarnya albumin melalui urin adalah karena peningkatan permeabilitas di tingkat glomerulus yang menyebabkan protein lolos ke dalam filtrat

glomerulus. Albumin merupakan protein utama dalam plasma manusia (3,4-4,7 g/dL), dan membentuk sekitar 60% protein plasma total. Sekitar 40% albumin terdapat dalam plasma, dan 60% sisanya terdapat di ruang ekstrasel.⁸ Albumin berperan dalam membantu mempertahankan tekanan osmotik koloid darah (75-80% tekanan osmotik plasma), sebagai protein transpor dari beberapa macam substansi antara lain metal, bilirubin, enzim, hormon, obat-obatan (Putri et al., 2016).

Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium didalam cairan ekstraselular meningkat. Ketika konsentrasi natrium didalam cairan ekstraseluler meningkat maka tekanan osmotik darah akan meningkat pula, hal ini menyebabkan osmoreseptor pada hipotalamus akan terangsang kemudian kelenjar hipofisis akan dirangsang lebih aktif untuk menyekresikan hormon ADH yang bersifat antidiuretik untuk meningkatkan permeabilitas tubulus ginjal terhadap air sehingga reabsorpsi air pada tubulus distal dan duktus koligentes ginjal meningkat. Akibatnya, volume cairan ekstraselular meningkat dan menyebabkan meningkatnya volume darah. Jantung harus memompa keras untuk mendorong volume darah yang meningkat melalui ruang pembuluh darah sehingga tekanan darah menjadi tinggi (hipertensi) (Anggraini et al., 2015).

Pada penyakit ginjal tahap akhir urine tidak dapat dikonsentrasikan atau diencerkan secara normal sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan elektrolit. Dengan tertahannya natrium dan cairan bisa terjadi edema di sekitar tubuh seperti tangan, kaki dan muka. Penumpukan cairan dapat terjadi di rongga perut disebut asites, sehingga penting bagi pasien hemodialisis dalam mengontrol cairan guna mengurangi terjadinya kelebihan cairan. Selain itu natrium dan cairan yang

tertahan akan meningkatkan risiko terjadinya Gagal Jantung Kongestif. Pasien akan menjadi sesak akibat ketidakseimbangan asupan zat oksigen dengan kebutuhan tubuh (YGDI, 2013 dalam Arofiati, 2019).

Hasil kajian yang penulis dapatkan ialah kelebihan volume cairan yang dialami Ny. N karena *overload* cairan berupa edema pada ekstremitas bawah berhubungan dengan penurunan kemampuan ginjal dalam meregulasi penyerapan dan haluaran elektrolit Na, sehingga menyebabkan retensi Na dan air yang lebih lanjut meningkatkan volume cairan ekstrasel. Keadaan ini diperburuk dengan kondisi pasien yang mengalami hipoalbumin. Seperti yang diketahui hipoalbumin terjadi pada pasien penyakit ginjal kronis karena fungsi ginjal dalam memfiltrasi mengalami kerusakan sehingga albumin yang harusnya diserap kembali tetapi yang terjadi albumin ikut keluar bersama urin. Kondisi hipoalbumin memperburuk kondisi edema pada pasien, karena fungsi albumin sebagai tekanan onkotik yang membatu natrium dalam mempertahankan cairan tetap berada di intravaskuler.

5. B6 sistem muskuloskeletal (*bone*)

Terdapat luka dekubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm.

Luka dekubitus adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan gangguan integritas kulit berhubungan dengan dekubitus yang berkepanjangan. (Perry and Potter 2013). Menurut *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)* dan *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* tahun 2015 bahwa setiap klien yang mengalami penurunan mobilitas dalam waktu lama, klien

dengan penyakit kronis, penurunan persepsi sensorik, inkontinensia feces atau urin, dan / atau gizi buruk beresiko untuk berkembang menjadi luka dekubitus (Perry and Potter, 2013) dalam (Sihombing et al., 2016).

Tekanan yang berkepanjangan merupakan penyebab utama ulkus dekubitus karena tekanan dapat menyebabkan iskemia jaringan lunak. Ternyata, banyak faktor lain yang juga ikut berperan dalam terjadinya ulkus dekubitus seperti shear (geseran/luncuran), Friction (gesekan), kelembaban yang berlebihan, dan mungkin juga infeksi (Maklebust & Sieggreen, 2001) dalam (Syapitri et al., 2017).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa ulkus dekubitus yang terjadi pada pasien dikarenakan pasien dalam kondisi penurunan kesadaran, penurunan mobilisasi dan sudah tirah baring selama 6 hari, gerak pasien adalah gerak pasif serta pasien termasuk obesitas sehingga jika terjadi gesekan dengan bed pasien dan pasien yang mengalami defisit perawatan diri akan menambah intensitas terjadinya luka dekubitus.

Manusia sebagai pasien yang merupakan makhluk bio-psiko-sosio dan spiritual merupakan kesatuan dari aspek jasmani dan rohani yang memiliki sifat unik dengan kebutuhan yang berbeda-beda sesuai dengan tingkat perkembangan masing-masing. Sakit merupakan suatu keadaan dimana fungsi fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan atau spiritual seseorang berkurang atau terganggu bila dibandingkan dengan kondisi sebelumnya (Yaseda, 2013).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pengkajian asuhan keperawatan yang holistik meliputi bio-psiko-sosio-spiritual sehingga untuk melengkapi pengkajian atau anamnesa yang ada perlu ditambahkan dalam asuhan keperawatan pada pasien Ny. N yaitu pengkajian kemampuan perawatan diri

dalam melakukan aktivitas sehari-hari dimana pengkajian ini meliputi mandi, berpakaian, *toileting*/eliminasi, mobilitas ditempat tidur, berpindah, berjalan, naik tangga, berbelanja, memasak dan pemeliharaan rumah. Pada pengkajian yang didapatkan dari hasil wawancara dengan keluarga pasien, keluarga mengatakan jika sebelum masuk rumah sakit atau saat dirumah kemampuan perawatan diri dalam melakukan aktivitas sehari-hari dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien, tetapi saat pasien sakit dan saat ini berada di rumah sakit dengan kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran sehingga perawatan diri pasien sepenuhnya bergantung pada perawat. Ketergantungan dalam pemenuhan perawatan diri pasien selama di rumah sakit dapat memunculkan masalah keperawatan baru yaitu defisit perawatan diri.

Pengkajian yang perlu juga ditambahkan dalam melengkapi data dalam pemenuhan kebutuhan manusia secara holistik yaitu pengkajian kognitif perseptual-psiko-sosio-spritiual. Pengkajian ini meliputi persepsi terhadap sehat sakit, konsep diri (citra tubuh, identitas diri, harga diri, peran dan ideal diri), kemampuan berbicara, kemampuan adaptasi terhadap masalah, ansietas, aktivitas sehari-hari (rekreasi dan olahraga), sistem pendukung dan kegiatan ibadah (status spritiual).

Hasil kajian yang penulis dapatkan pada pasien ini (Ny. N) pada pengkajian kognitif perseptual-psiko-sosio-spritiual dimana pada sub pengkajian kemampuan berbicara mengalami masalah karena pasien mengalami penurunan kesadaran dengan kondisi stupor, dimana terjadi gangguan komunikasi antara perawat dan pasien yang membuat perawat kesulitan dalam memahami keinginan atau

kebutuhan yang diperlukan pasien. Hal ini dapat memunculkan masalah keperawatan baru yaitu gangguan komunikasi verbal.

Selain itu, pada pengkajian kognitif perseptual-psiko-sosio-spiritual dimana pada sub pengkajian kegiatan ibadah (status spiritual) juga muncul masalah dimana dengan kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan pasien dalam kondisi *bed rest* total membuat kegiatan ibadah pasien terganggu. Hal ini dapat memunculkan masalah keperawatan baru yaitu resiko distress spiritual.

4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d proses infeksi.

Menurut (PPNI, 2016) bersihan jalan nafas adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Gejala dan tanda data mayor untuk objektif (batuk tidak efektif, tidak mampu batuk sputum berlebih, ronkhi/ wheezing, dan mekonium di jalan napas). Sedangkan pada data minor subjektif (dispnea, sulit bicara, ortopnea) dan objektif (gelisah, sianosis, bunyi nafas menurun, frekuensi dan pola nafas berubah).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dalam menegakkan diagnosa bersihan jalan nafas karena pada pengkajian pasien terdapat 2 (dua) tanda mayor yaitu Ny. N tidak mampu batuk efektif, terdapat suara nafas tambahan ronkhi dan 3 (tiga) tanda minor yaitu Ny. N tampak dispnea dengan frekuensi napas meningkat RR : 25 x /menit, Irama nafas irregular, terdapat retraksi dinding dada.

2. Resiko perfusi serebral tidak efektif

Menurut (PPNI, 2016) resiko perfusi serebral tidak efektif adalah resiko

mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Faktor resiko antara lain: tumor otak, embolisme, koagulopati, cedera kepala, hipertensi, infark miokard akut, penurunan kinerja ventrikel kiri, aneurisma serebri.

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dalam menegakkan diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif pada Ny. N dikarenakan terdapat faktor resiko dimana pasien mempunyai riwayat hipertensi dan hasil CT –Scan 22 Januari 2020 yaitu suspect ensefalopati. Dimana kedua faktor tersebut dapat mempengaruhi sirkulasi darah ke otak tidak adekuat.

3. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi).

Menurut (PPNI, 2016) hipertermia adalah suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh. Gejala dan tanda mayor objektif (suhu tubuh diatas nilai normal). Sedangkan Gejala dan tanda minor objektif (kulit merah, kejang, takikardia, takipnea, kulit terasa hangat).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dalam menegakkan diagnosa hipertermia pada Ny. N dikarekan pada hasil pengkajian didapatkan tanda mayor dan tiga tanda minor yaitu suhu tubuh 38 C, nadi 120 x/menit (takikardia), frekuensi nafas meningkat 25 x/menit (takipnea) dan seharusnya perlu ditambahkan pula data hasil observasi suhu tubuh pada hari sebelum-sebelumnya.

4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Menurut (PPNI, 2016) hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intraseluler. Gejala dan tanda mayor subjektif (otopnea, dispnea, paroksimal nokturnal dispnea), objektif (edema anasarka / perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, JVP meningkat, reflek hepatojugularis positif. Sedangkan gejala dan tanda minor objektif (distensi vena

jugularis, nafas tambahan, hepatomegali, kadar HB/ HT turun, oliguria, balance cairan positif, kongesti paru).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dalam menegakkan diagnosa hipervolemia pada Ny. N karena data hasil pengkajian di dapatkan adanya 3 (tiga) tanda mayor yaitu edema pada ekstremitas bawah, tampak dispnea dengan RR 25 x/menit, BB meningkat sebelum MRS 75 kg, saat MRS 80 kg. Serta terdapat 3 (tiga) tanda minor yaitu Adanya suara nafas tambahan ronkhi, HB menurun 10.6 gr% dan Balance cairan +800 cc /hari.

5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.

Menurut (PPNI, 2016) gangguan integritas kulit adalah kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis), atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen. Gejala dan tanda mayor objektif (kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit). Sedangkan gejala dan tanda minor objektif (nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dalam menegakkan diagnosa gangguan integritas kulit pada Ny. N dikarenakan pada hasil pengkajian didapatkan adanya tanda mayor yaitu terdapat luka dekubitus di area sacrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5cm. Serta ditemukan 1 (satu) gejala dan tanda minor pada pasien yaitu adanya kemerahan di sekitar luka.

Dari data pengkajian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis sebelumnya yaitu dari KTI Ellyta (2020) dari 5 diagnosa keperawatan yang ditegakkan hanya meliputi pemenuhan kebutuhan biologis pasien saja, sedangkan sebagai perawat dalam pemberian asuhan keperawatan harus secara holistik yaitu

memenuhi kebutuhan pasien secara bio-psiko-sosio-spiritual sehingga menurut hasil kajian yang penulis lakukan bahwa diagnosa yang dapat muncul atau dapat ditambahkan dalam asuhan keperawatan dengan kondisi pasien Ny. N antara lain:

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Menurut (PPNI, 2016) defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Gejala dan tanda mayor subjektif (menolak melakukan perawatan diri), objektif (tidak mampu mandi / mengenakan pakaian / makan / ke toilet / berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang). Sedangkan gejala dan tanda minor untuk subjektif dan objektifnya tidak ada.

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dalam menegakkan diagnosa defisit perawatan diri pada Ny. N dikarenakan pada hasil pengkajian observasi didapatkan adanya tanda mayor yaitu pasien tidak mampu melakukan perawatan diri (mandi, berpakaian, makan, eliminasi dan berhias) secara mandiri. Hal ini terjadi karena kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan *bed rest* total sehingga pemenuhan perawatan diri pasien dibantu oleh perawat.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Menurut (PPNI, 2016) gangguan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan atau menggunakan sistem simbol. Gejala dan tanda mayor objektif (tidak mampu berbicara atau mendengar) sedangkan gejala dan tanda minor objektif (afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi,

sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, disorientasi orang, runag dan waktu).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dalam menegakkan diagnosa gangguan komunikasi verbal pada Ny. N dikarenakan pada hasil pengkajian terdapat satu tanda mayor yaitu pasien menunjukkan respon tidak sesuai karena pasien dalam kondisi penurunan kesadaran / somnolen dengan GCS 223. Selain itu, terdapat tiga gejala dan tanda minor yaitu pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi, pasien tampak tidak mampu menggunakan ekspresi tubuh, wajah dan tampak tidak ada kontak mata.

3. Risiko distress spiritual

Menurut (PPNI, 2016) risiko distress spiritual adalah beresiko mengalami gangguan keyakinan atau sistem nilai pada individu atau kelompok berupa kekuatan, harapan dan makna. Faktor resiko dari yang muncul antara lain: perubahan hidup, sakit kronis, sakit fisik, bencana alam, kecemasan, perubahan dalam praktik spiritual, kehilangan, HDR, berpisah dengan sistem pendukung, stres, penyalahgunaan zat, perubahan lingkungan).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dalam menegakkan diagnosa risiko distress spiritual pada Ny. N dikarenakan pada hasil pengkajian yaitu kondisi pasien yang mengalami sakit kronis (CKD), pasien mengalami penurunan kesadaran (somnolen) dengan GCS 223 dan suspect Ensefalopati.

4.3 Perencanaan/ Intervensi

1. Bersihan jalan nafas berhubungan dengan proses infeksi

Intervensi yang diberikan pada diagnosa bersihan jalan nafas berhubungan

dengan proses infeksi bertujuan Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan nafas meningkat, dengan kriteria hasil antara lain: batuk efektif meningkat, produksi sputum meningkat, ronkhi menurun, dispnea menurun, frekuensi nafas membaik : 16 – 20 x/menit, irama nafas regular dan tidak terdapat retraksi dinding dada.

Monitor status pernapasan pasien (frekuensi, usaha, saturasi oksigen). Ketidakseimbangan natrium dalam tubuh dapat meretensi cairan dan natrium yang mengakibatkan peningkatan tekanan hidrostatik didalam tubuh menyebabkan penurunan ekskresi urin dan mengakibatkan edema. Pada edema paru terjadi peningkatan tekanan hidrostatik yang mengakibatkan difusi CO₂ dan O₂ terhambat sehingga pasien mengalami sesak napas (Farianti, 2012 dalam Nurlina, 2018). penurunan SpO₂ karena sumbatan jalan nafas yaitu gangguan proses difusi oksigen karena adanya hambatan pada paru dan pembuluh darah sehingga oksigen yang terikat hemoglobin jumlahnya menurun (Maimuna et al., 2014).

Monitor bunyi nafas tambahan (ronkhi). Penurunan kesadaran dengan segala akibat patofisiologinya menunjukkan disfungsi otak berat mengalami kegagalan mekanisme otoregulasi mengadakan kompensasi sehingga homeostasis hilang menimbulkan gangguan fungsi-fungsi vital yang erat kaitannya dengan pernafasan adalah penurunan reflek batuk, apalagi pasien dalam keadaan bedrest dapat meningkatkan produksi sputum dan tak jarang terjadi retensi, bisa mengakibatkan sumbatan jalan nafas. Ronkhi adalah bunyi paru yang tidak terputus dan musikal, timbul akibat obstruksi jalan nafas (Maimuna et al., 2014).

Posisikan semi fowler. Pengaturan posisi semi fowler merupakan cara untuk meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru serta menurunkan upaya

pernapasan bertujuan untuk membantu mengatasi masalah kesulitan bernapas dan mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien (Firdaus et al., 2019).

Lakukan fisioterapi dada (*vibrating* dan *clapping*) sebelum suction. Tindakan *clapping* membantu meningkatkan gerakan silia melepaskan sputum dan *vibrating* meningkatkan turbulen ekshalasi melepaskan sputum menuju ke jalan nafas besar, sehingga mudah dilakukan *suction* untuk mengeluarkan sputumnya (Maimuna et al., 2014).

Lakukan penghisapan sekret (*suction*) kurang dari 15 detik. *Suction* merupakan suatu cara untuk mengeluarkan sekret dari saluran nafas dengan menggunakan kateter yang dimasukkan melalui hidung atau rongga mulut kedalam pharyng atau trachea. Penghisapan lendir digunakan bila pasien tidak mampu membersihkan sekret dengan mengeluarkan atau menelan. Tindakan penghisapan lendir perlu dilakukan pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran karena kurang responsif atau yang memerlukan pembuangan sekret oral. Dengan dilakukan tindakan *suction* diharapkan saturasi oksigen pasien dalam batas normal (>95 %) (Nizar & Haryati, 2017).

Berikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat bronkodilator. Terapi inhalasi adalah pemberian obat secara inhalasi (hirupan) ke dalam saluran respiratori. Obat Ventolin adalah obat yang digunakan untuk membantu mengencerkan sekret yang diberikan dengan cara diuap. Dapat juga diberikan obat Bisolvon sebagai inhalasi berfungsi untuk mengencerkan dahak dan dan batuk lebih cepat dari cairan abnormal di cabang tenggorokan (Astuti et al., 2019).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa saat pasien dilakukan pemberian intervensi pemantauan status respirasi sebagai indikator suplai oksigen dalam tubuh tidak tercukupi. Monitor bunyi nafas tambahan, pada pasien ditemukan bunyi nafas tambahan ronkhi dimana hal ini menunjukkan jika adanya penumpukan sekret. Sehingga intervensi selanjutnya pemberian nebul, dilakukan *clapping*, *vibrating* dan *suction* membantu mengeluarkan sputum yang tertahan akibat kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran. Rangkain intervensi ini bertujuan untuk membebaskan jalan nafas pasien yang tersumbat oleh sekret yang tertahan.

2. Resiko perfusi serebral tidak efektif

Intervensi pada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif dilakukan selama 3x24 jam dengan tujuan aliran darah serebral meningkat. Kriteria hasilnya peningkatan tingkat kesadaran, tekanan darah membaik, suhu tubuh normal.

Monitor tanda gejala TIK Peningkatan tekanan intrakranial dapat menyebabkan herniasi yang dapat mengakibatkan kerusakan otak permanen atau kematian. Gejala peningkatan tekanan intrakranial antara lain nyeri kepala yang berat, muntah, gangguan penglihatan, dan perubahan tingkah laku atau derajat kesadaran. Tanda-tanda klinis peningkatan tekanan intrakranial adalah edema papil, kelumpuhan saraf otak, status mental abnormal dan postur tubuh tertentu. *Trias cushing* yaitu bradikardi, hipertensi dan pernafasan tidak teratur merupakan tanda herniasi yang mengancam (Tahir, 2019).

Monitor penurunan tingkat kesadaran. Pada penurunan kesadaran, gangguan terbagi menjadi dua, yakni gangguan derajat (kuantitas, *arousal*, *wakefulness*) kesadaran dan gangguan isi (kualitas, *awareness*, *alertness*) kesadaran. Adanya lesi

yang dapat mengganggu interaksi ARAS (*Ascending Reticular Activating System*) dengan korteks serebri, lesi supratentorial, subtentorial dan metabolik akan mengakibatkan menurunnya kesadaran (Tahir, 2019).

Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil. Reaksi pupil dikontrol oleh sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Tidak adanya refleks cahaya merupakan penanda penyebab struktural sebagai etiologi gangguan kesadaran. Refleks pupil biasanya baik pada gangguan kesadaran yang disebabkan oleh penyebab medis terutama oleh toksik dan metabolic (Tahir, 2019).

Posisikan elevasi kepala 30°. Elevasi kepala berdasarkan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan tekanan intrakranial. Aktivitas keperawatan bedrest dengan elevasi kepala 30 derajat, mempunyai tujuan mencegah terjadinya penurunan tekanan perfusi serebral dan mengurangi terjadinya infark serebral lanjut (Pujiarto, 2017).

Berikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat citicoline. Citicoline sebagai neuroprotektan pada level neuronal adalah memperbaiki membran sel dengan cara menambah sintesis pada phosphatidylcholine yang merupakan komponen utama membran sel terutama otak. Meningkatnya sintesis pada phosphatidylcholine akan berpengaruh pada perbaikan fungsi membran sel yang mengarah pada perbaikan sel (Doijad, 2012 dalam Ismail et al., 2017).

3. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi

Intervensi pada diagnosa hipertermia bertujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam maka suhu tubuh menurun dengan kriteria hasil suhu dalam rentang normal 36,5°C – 37,5°C, kulit hangat, kering, merah, nadi

dalam rentang normal 60 – 100 x/menit, RR dalam rentang normal 16 – 20 x/menit.

Pantau suhu tubuh axilla pasien. Sistem pengatur suhu tubuh terdiri atas tiga bagian yaitu: reseptor yang terdapat pada kulit dan bagian tubuh yang lainnya, integrator didalam hipotalamus, dan efektor sistem yang mengatur produksi panas dengan kehilangan panas. Bila kulit menjadi dingin melebihi suhu tubuh, maka ada tiga proses yang dilakukan untuk meningkatkan suhu tubuh. Ketiga proses tersebut yaitu menggigil untuk meningkatkan produksi panas, berkeringat untuk menghalangi kehilangan panas, vasokonstriksi untuk menurunkan kehilangan panas. Suhu 38°C - 41°C menunjukkan proses infeksi akut (Asmadi, 2009).

Berikan kompres dingin. Kompres dingin pada daerah tubuh yang demam akan memberikan sinyal ke hipotalamus melalui sumsum tulang belakang yang diharapkan akan terjadi penurunan suhu tubuh, sehingga mencapai keadaan normal kembali (Kurniawan Taufik, 2018).

Berikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan infus paracetamol D5Ns. Paracetamol adalah antipiretik yang berguna untuk mengurangi demam dengan aksi sentralnya pada hipotalamus. Cairan Infus D5Ns ini digunakan untuk kehilangan cairan serta perbaikan penyakit gagal ginjal, mempunyai kadar natrium kalium magnesium dan kalsium yang rendah (Kurniawan Taufik, 2018).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dalam dengan pemantauan suhu tubuh, pemberian kompres dingin, pemberian antipiretik paracetamol dan rehidrasi cairan dapat membantu menurunkan demam sebagai proses infeksi yang

dialami oleh pasien sehingga diharapkan dengan pemberian intervensi suhu tubuh pasien dapat kembali dalam batas normal yaitu 37°C .

4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Intervensi pada diagnosa hipervolemia bertujuan setelah dilakukan selama 3x24 jam diharapkan maka volume cairan menurun dengan kriteria hasilnya adalah haluaran urin meningkat, edema menurun, membran mukosa lembab, kadar hemoglobin dalam rentang normal (12,1 – 15,1 g/dL), kadar albumin dalam rentang normal (3,40 – 4,80 mg/dL).

Monitor tanda dan gejala hipervolemia (*dispnea*, edema). Ketidakseimbangan natrium dalam tubuh dapat meretensi cairan dan natrium yang mengakibatkan peningkatan tekanan hidrostatik didalam tubuh menyebabkan penurunan ekskresi urin dan mengakibatkan edema ekstremitas bawah dan paru. Pada edema paru terjadi peningkatan tekanan hidrostatik yang mengakibatkan difusi CO_2 dan O_2 terhambat sehingga pasien mengalami sesak napas (Farianti, 2012 dalam Nurlina, 2018).

Monitor status hemodinamik (TTV dan CVP/JVP). Pemantauan tekanan darah menjadi salah satu intervensi utama dalam penanganan pasien dengan *overload* karena TD merupakan salah satu indikator adanya peningkatan volume cairan intravaskuler. Peningkatan volume cairan berlebih pada kompartemen intravaskuler lebih lanjut akan menyebabkan perpindahan cairan dari dalam pembuluh darah menuju jaringan interstisial tubuh (Black & Hawk, 2009 dalam Angraini & Putri, 2016). Pemantauan adanya distensi vena jugularis dan mengukur CVP. Hal tersebut dapat dilakukan sehubungan dengan anatomi pembuluh darah tersebut bermuara pada vena sentral (vena cava superior).

Peningkatan pada vena sentral sehubungan dengan meningkatnya volume sirkulasi sistemik akan berdampak kepada peningkatan JVP yang dapat terlihat dengan adanya distensi vena leher, jadi secara tidak langsung terhadap distensi vena leher dan peningkatan JVP menunjukkan kemungkinan adanya kondisi *overload* cairan (Angraini & Putri, 2016).

Monitor *intake* dan *output* cairan. Upaya nonfarmakologi dalam melakukan pembatasan cairan dengan cara mencatat jumlah cairan yang masuk dan jumlah urine yang dikeluarkan pasien setiap harinya menggunakan chart atau tabel. Pemantauan intake output cairan pasien dilakukan dalam waktu 24 jam (Angraini & Putri, 2016).

Monitor tanda hemokonsentrasi dan peningkatan tekanan onkotik plasma (kadar albumin, BUN, natrium, dan kreatinin). Kerusakan pembuluh darah menimbulkan kerusakan glomerulus yang berfungsi sebagai penyaring darah. Dalam keadaan normal protein tidak melewati glomerulus karena ukuran protein yang besar tidak dapat melewati lubang-lubang glomerulus yang kecil. Namun, karena kerusakan glomerulus, protein (albumin) dapat melewati glomerulus sehingga dapat ditemukan dalam urin yang disebut dengan mikroalbuminuria (Arifa et al., 2017). Pada penyakit ginjal tahap akhir urin tidak dapat dikonsentrasikan atau diencerkan secara normal sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan elektrolit. Dengan tertahannya natrium dan cairan bisa terjadi edema di sekitar tubuh seperti tangan, kaki dan muka (Arofiati, 2019). Penurunan fungsi ginjal mengakibatkan pembuangan hasil sisa metabolisme terhambat, dimana dimulai pada pertukaran di dalam pembuluh darah tidak adekuat, karena ketidakmampuan ginjal sebagai penyaring. Akibatnya ginjal tidak

dapat melakukan fungsinya yang menyebabkan peningkatan kadar serum dan kadar nitrogen ureum, kreatinin, asam urat, fosfor meningkat dalam tubuh (Wilson, 2006 dalam Kalengkongan et al., 2018).

Berikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat diuretik : Lasix. Tindakan keperawatan kolaborasi untuk mengatasi kelebihan volume cairan pada pasien CKD dapat dilakukan dengan cara farmakologi dengan memberikan terapi diuretik (mempengaruhi produksi urine) membantu dalam mengurangi cairan berlebih dalam tubuh atau mengurangi edema akibat peningkatan cairan di interstitial (Safitri & Sani, 2019).

Pemantauan adanya distensi vena jugularis dan mengukur CVP. Hal tersebut dapat dilakukan sehubungan dengan anatomi pembuluh darah tersebut bermuara pada vena sentral (vena cava superior). Peningkatan pada vena sentral sehubungan dengan meningkatnya volume sirkulasi sistemik akan berdampak kepada peningkatan JVP yang dapat terlihat dengan adanya distensi vena leher, jadi secara tidak langsung terhadap distensi vena leher dan peningkatan JVP menunjukkan kemungkinan adanya kondisi *overload* cairan (Angraini & Putri, 2016).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dengan melakukan observasi ketat dalam pemantauan *balance* cairan dapat membantu mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan penyakit gagal ginjal, karena asupan yang melebihi haluaran dan peningkatan berat jenis urin mengindikasikan retensi atau kelebihan beban cairan.

5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.

Intervensi pada diagnosa gangguan integritas kulit bertujuan setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka integritas kulit membaik. Dengan kriteria hasil: area luka dekubitus mengecil, kemerahan di sekitar kulit menurun, tidak ada tanda-tanda infeksi.

Observasi luka atau daerah tonjolan tulang. Perawatan kulit bertujuan untuk mencegah terjadinya luka tekan melalui upaya mempertahankan dan memperbaiki toleransi kulit terhadap tekanan dengan melakukan pengkajian kulit dan risiko luka tekan. Inspeksi kulit dilakukan secara teratur dengan frekuensi sesuai kebutuhan masing-masing pasien. Inspeksi dilakukan untuk melihat apakah ada kondisi-kondisi seperti kulit kering, sangat basah, kemerahan, pucat dan indurasi. Pemeriksaan lain seperti apakah ada tanda hangat yang terlokalisir, perubahan warna dan edema (Zahara et al., 2016).

Rawat luka dekubitus. perawatan luka lokal menggunakan SOP yang sudah baku: mengatasi perdarahan (hemostasis); mengeluarkan benda asing yang dapat bertindak sebagai fokus infeksi; melepaskan jaringan yang mengalami devitalisasi krusta yang tebal, dan pus; meningkatkan pembentukan jaringan granulasi dan epitelialisasi dan melindungi luka dari trauma lebih lanjut serta masuknya mikroorganisme patogen (Morison, 2015 dalam Syapitri et al., 2017).

Ubah posisi pasien setiap 2 jam. Merubah posisi dapat melancarkan peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh mengembalikan kerja fisiologi organ-organ vital dan perubahan posisi juga memungkinkan kulit yang tertekan terekspos udara (Kusmawan, 2008 dalam Marsaid et al, 2019). Pemberian posisi miring/lateral 30 derajat yang dilakukan secara *continue* dan benar akan memberikan dampak yang bagus terhadap pasien yang mengalami kelemahan anggota gerak yaitu mencegah, mengurangi adanya luka tekan pada

area-area menonjol serta meningkatkan sirkulasi pada area luka. Mencegah iritasi dermal langsung dan meningkatkan evaporasi lembab pada kulit (Nuh Huda, 2012 dalam Marsaid et al, 2019).

Memandikan pasien dengan sabun serta air hangat dan Mengoleskan minyak / *lotion* / pelembab. Membersihkan kulit dengan mandi menggunakan air hangat dan sabun dengan pH seimbang. Serta memberikan pelembab (*lotion*) karena aktifitas membersihkan kulit yang berulang kali membuat kulit menjadi kering. Kedua aktifitas tersebut merupakan bentuk perawatan kulit yang bertujuan untuk mencegah terjadinya luka tekan melalui upaya mempertahankan dan memperbaiki toleransi kulit terhadap tekanan (Zahara et al., 2016).

Berikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antibiotik : cinam. Mengatasi infeksi dengan antibiotika dapat diberikan bila penderita mengalami sepsis, selulitis (Mahmuda, 2019).

Dukungan permukaan termasuk pelapisan (ditempatkan di atas tempat tidur standar) atau kasur khusus. Ada 2 jenis dukungan permukaan: statis tanpa bergerak dan dinamis dengan bagian yang bergerak yang dijalankan oleh energi. Matras udara dan air efektif tetapi mungkin bocor, jadi mereka perlu terus menerus dirawat. Termasuk upaya memperbaiki dukungan permukaan adalah menjaga alat tenun tetap licin dan kencang, kasur yang rata dan tebal (Zahara et al., 2016).

Pendidikan kesehatan kepada keluarga dilakukan secara terprogram dan komprehensif sehingga keluarga diharapkan berperan serta secara aktif dalam perawatan pasien. Pasien dan keluarga adalah bagian integral dalam perawatan pasien khususnya upaya pencegahan luka tekan. Topik pendidikan kesehatan yang

dianjurkan Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dalam menanganai pasien yang mengalami masalah keperawatan gangguan integritas kulit yang diakibatkan oleh pasien dengan kondisi *bed rest total* dapat dilakukan dengan rutin setiap hari mengobservasi luka maupun daerah tonjolan-tonjolan tulang yang juga berpotensi menimbulkan luka dekubitus baru. rawat luka yang dilakukan setiap hari diharapkan dapat membantu proses penyembuhan luka. Rutin memandikan pasien sehari 2x dan pemberian lotion berguna dalam menjaga elastisitas, kelembapan serta memperlancar peredaran darah. Kolaborasi pemberian antibiotik dapat membantu mengatasi infeksi pada luka. Selain lima intervensi tersebut dapat pula ditambahkan intervensi pemberian matras atau tempat tidur angin / air yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya luka dekubitus akibat tekanan atau gesekan dengan linen. Serta pemberian pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara memandikan pasien sat pasien sudah pulang kerumah.

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa selain 5 diagnosa utama yang telah ditegaskan oleh penulis sebelumnya, dapat ditambahkan pula intervensi dari diagnosa baru yang dapat memenuhi kebutuhan pasien Ny. N secara holistik bio-psiko-sosio-spiritual yaitu :

1. Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler

Setelah dilakukan intervensi keperawatan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan *toileting* meningkat, kemampuan berhias meningkat.

Intervensi yang dapat dilakukan antara lain: kaji tingkat kemandirian pasien. Siapkan keperluan pribadi pasien (pakaian, peralatan mandi, makanan, minuman,

obat dan sisir). Bantu dalam perawatan diri pasien (mandi, berpakaian, makan, *toileting* / eliminasi dan berhias). Ajarkan atau edukasi pada keluarga pasien tentang perawatan diri pasien saat dirumah.

Personal hygiene (kebersihan diri) merupakan perawatan diri yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan diri sendiri, baik secara fisik maupun mental. Tingkat kebersihan dan kesehatan diri seseorang umumnya dilihat dari penampilan yang bersih dan rapi, serta upaya yang dilakukan seseorang untuk menjaga kebersihan dan kerapihan tubuhnya setiap hari. Kebersihan diri merupakan langkah awal dalam mewujudkan kesehatan diri, karena tubuh yang bersih meminimalkan resiko seseorang terjangkit suatu penyakit. Maupun status kesehatan serta kondisi dan mental mempengaruhi dalam proses perawatan diri. Orang yang sedang sakit atau mengalami cacat fisik dan gangguan mental akan terhambat kemampuan merawat diri secara mandiri. (Saputra, 2013).

Activities of Daily Living (ADL) adalah kebutuhan yang harus terpenuhi bagi pasien. Adapun kebutuhan yang erat kaitannya pada pasien yang dirawat di rumah sakit adalah kebutuhan *personal hygiene*. *Personal hygiene* yang dilakukan berupa mandi, mencuci rambut, membersihkan kuku, menggosok gigi, *toileting*, membersihkan perineum dan mengantikan pakaian pasien (Surjawati, 2017).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa dengan kondisi pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan *bedrest total* yang tidak memungkinkan untuk pasien melakukan ADL secara mandiri sehingga otomatis perawatan diri pasien akan sepenuhnya bergantung pada perawat. Sebagai perawat pemenuhan ADL pada pasien dari yang biasanya dilakukan di *intensive care unit* memandikan, mengganti pakaian, membersihkan kuku, menggosok gigi, eliminasi pasien.

Dengan pemenuhan ADL diharapkan agar kondisi tubuh pasien tetap terjaga kebersihan, kenyamanan serta membantu dalam penyembuhan integritas kulit pasien.

2. Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan status spiritual membaik dengan kriteria hasil: kemampuan beribadah membaik, interaksi dengan orang terdekat membaik, coping membaik, keyakinan dan harapan meningkat.

Intervensi yang dapat dilakukan sesuai dengan SIKI antara lain: identifikasi kemampuan bicara, pendengaran dan penglihatan pasien. Kaji tingkat kesadaran pasien. Fasilitasi dalam membantu perawatan diri pasien. Ajarkan pasien menggunakan metode komunikasi efektif dengan bahasa isyarat (mata berkedip, mengganguk, isyarat tangan).

Menurut Suryani (2014), komunikasi berperan dalam kesembuhan pasien, berhubungan dalam kolaborasi yang dilakukan perawat dengan tenaga kesehatan lainnya, dan juga berpengaruh pada kepuasan pasien dan keluarga. Hal tersebut menjadikan komunikasi dibutuhkan di setiap bentuk pelayanan yang ada di Rumah Sakit. Salah satu bentuk pelayanan yang ada di Rumah Sakit adalah ruangan *Intensive Care Unit (ICU)* yaitu sebuah bentuk pelayanan khusus pada pasien-pasien yang mengalami kondisi kritis.

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pentingnya komunikasi dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien secara holistik. Namun, karena pasien mengalami penurunan kesadaran atau kesadarannya stupor membuat komunikasi antara perawat dengan pasien terganggu sehingga perlu adanya intervensi yang

dapat mengatasi masalah tersebut diantaranya dapat dengan mengidentifikasi kemampuan bicara, pendengaran dan penglihatan pasien hal ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana penurunan kemampuan pasien dalam berespon pada stimulus yang diberikan perawat. Mengkaji tingkat kesadaran pasien mempengaruhi kemampuan pasien dalam merespon stimulus yang diberikan oleh perawat. Fasilitasi dalam membantu perawatan diri pasien bertujuan untuk Penurunan komunikasi verbal dan imobilisasi pada pasien membuat perawatan diri pasien bergantung pada perawat diharapkan perawatan diri pasien tercukupi. Mengajarkan pasien menggunakan metode komunikasi efektif dengan bahasa isyarat (mata berkedip, mengganguk, isyarat tangan). Bahasa isyarat dapat membantu mempermudah komunikasi antara perawat dengan pasien, sehingga perawat mampu mengetahui keinginan atau jawaban dari pasien.

3. Risiko distress spiritual

Setelah dilakukan intervensi keperawatan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan status spiritual membaik dengan kriteria hasil: kemampuan beribadah membaik, interaksi dengan orang terdekat membaik, koping membaik, keyakinan dan harapan meningkat. Intervensi yang dapat dilakukan sesuai dengan SIKI antara lain : identifikasi kemampuan spritual pasien dalam beribadah. Berikan terapi murratal. Fasilitasi pasien dalam melakukan ibadah sesuai kemampuan. Anjurkan pasien berdoa.

Mengacu pada peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi bio-psiko-sosio-spiritual maka pelaksanaan pemberian bimbingan spiritual pada pasien dengan kondisi sakit teramatlah penting. Mengingat kondisi sakit dapat mengakibatkan pasien mengalami distress spiritual,

sementara kegiatan spiritual seperti berdo'a terbukti mampu menenangkan pasien dalam menghadapi kenyataan tentang penyakitnya. Kondisi distress spiritual pada penderita penyakit baik akut maupun terminal justru akan mempersulit kondisi sakitnya, karena kebanyakan penderita tersebut akan merasa frustrasi dan menyerah pada kondisinya sehingga terapi yang diperoleh dari luar seperti obat-obatan tak mampu menyembuhkan oleh karena itu keyakinan dan kepercayaan sangat mempengaruhi keberhasilan penatalaksanaan penyakit. Pentingnya *spiritual care* bagi klien di ruang *Intensive Care* yaitu sebagai sumber kekuatan dan akan memberi rasa aman ketika pasien menghadapi stress emosional. Penyakit fisik, bahkan kematian akibat penyakit yang dideritanya (Yaseda, 2013).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pasien yang dirawat di ruang ICU dengan kondisi mengalami komplikasi selain pemenuhan kebutuhan biologis juga perlu mendapatkan pemenuhan kebutuhan spritual, hal ini bertujuan agar pasien dapat beribadah sesuai dengan kemampuannya serta lebih mendekatkan diri kepada Tuhan. Sehingga pemberian asuhan keperawatan pada pasien dapat terpenuhi secara holistik yaitu bio-psiko-sosio-spiritual.

4.4 Implementasi

Merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Ny. N yang sebenarnya.

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi tindakan keperawatan yang

dilakukan oleh penulis sebelumnya sudah sesuai dengan intervensi yang dibuat meliputi: memonitor status pernapasan (frekuensi, usaha, saturasi O₂), memonitor bunyi nafas tambahan (ronkhi), memposisikan semi fowler, melakukan fisioterapi dada (*vibrating* dan *clapping*) sebelum *suction*. melakukan penghisapan sekret (*suction*) kurang dari 15 detik, memberikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat (bronkodilator ventolin 2,5 mg, bisolvon 2 mg dan pulmicort 0,5 mg per nebulizer pukul 11.00, serta Levofloxacin 1 x 750 mg per IV pukul 17.00).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis sebelumnya sudah sesuai dengan intervensi yang dibuat meliputi: memonitor tanda gejala TIK (Peningkatan tekanan darah, nadi melebar bradikardi, pola nafas irreguler, kesadaran menurun), memonitor penurunan tingkat kesadaran, memonitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil, memposisikan elevasi kepala 30°, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian Citicolin IV 2 x 250 mg.

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pada diagnosa Hipertermia b/d Proses penyakit (infeksi) tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis sebelumnya sudah sesuai dengan intervensi yang dibuat meliputi: memantau suhu tubuh axilla pasien, memberikan kompres dingin, memberikan hasil kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan infus (paracetamol 3 x 100 ml per IV pukul 08.00, 16.00, 24.00 dan D5Ns 100 cc/ 24 jam per IV pukul 08.00).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pada diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis sebelumnya sudah sesuai dengan intervensi yang dibuat meliputi: memonitor tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema), memonitor

status hemodinamik (TTV dan CVP/JVP), memonitor intake dan output cairan, memonitor tanda hemokonsentrasi dan peningkatan tekanan onkotik plasma (kadar albumin, BUN, natrium, dan kreatinin), mengatur posisi yang lebih nyaman dengan posisi semifowler dan berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian diuretik (lasix IV 3 x 1 mg per IV pukul 08.00, 16.00, 24.00).

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pada diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas fisik tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis sebelumnya sudah sesuai dengan intervensi yang dibuat meliputi: mengobservasi luka, kulit sekitar luka, rawat luka dekubitus, memandikan pasien dan memberikan minyak, berkolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik cinam drip NS 4 x 1,5 gr. Terkait dengan peran perawat dalam upaya pencegahan luka tekan ada 3 (tiga) area intervensi keperawatan utama dalam pencegahan luka tekan yakni (pertama) perawatan kulit yang meliputi perawatan hygiene dan pemberian topikal, (kedua) pencegahan mekanik dan dukungan permukaan yang meliputi penggunaan tempat tidur, pemberian posisi dan kasur terapeutik dan (ketiga) edukasi (Syapitri et al., 2017).

4.5 Evaluasi

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pada diagnosa bersihan jalan nafas pasien dalam penurunan kesadaran, pasien tampak sesak, irama nafas irregular, terdapat retraksi dinding dada, suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra, RR : 24 x/menit. Masalah pada pasien teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan.

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif pasien dalam penurunan kesadaran, TD : 150/83 mmHg, RR : 24x/menit, HR : 110x/menit S : 37C, kesadaran somnolen GCS 2/4, pupil isokhor diameter 2mm/2mm, Masalah pada pasien teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan.

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pada diagnosa hipertermia pasien dalam penurunan kesadaran , S : 37,4 C , HR : 99x/menit, RR : 20 x/menit, akral hangat, kering, merah, masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pada diagnosa hipervolemia pasien dalam penurunan kesadaran, TD : 150/83 mmHg, HR : 110x/menit, S : 37 C, balance : +94 ml/24 jam, membran mukosa lembab, edema pada ekstremitas bawah berkurang, CVP : 6 cmH₂O. Masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan.

Hasil kajian yang penulis dapatkan bahwa pada diagnosa gangguan integritas kulit, pasien dalam penurunan kesadaran, terdapat luka decubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm, luka dekubitus berwarna merah, tidak ada kemerahan di kulit sekitar luka, tidak ada nekrotik, masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan.

BAB 5

PENUTUP

Berdasarkan hasil kajian yang penulis lakukan pada pasien dengan diagnosa medis penurunan kesadaran + Suspect Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 di ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan.

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil kajian yang penulis dapatkan dari asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis penurunan kesadaran + Suspect Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil kajian yang penulis dapatkan pada pengkajian pasien dengan diagnosa medis penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 didapatkan status kesadaran somnolen, GCS 2/3, TD 110/73 mmHg, suhu : 38°C, nadi 120 x/menit, RR : 25 x/ menit, suara ronkhi pada lobus pulmonalis medial sinistra, edema di ekstremitas bawah kanan dan kiri, terdapat dekubitus di area sakrum dengan panjang luka 5 cm kedalaman 0,2 cm, gluteus dekstra dan sinistra dengan panjang luka 15 cm kedalaman 0,5 cm. Untuk kebutuhan nutrisi dibantu oleh perawat dengan MLP 6 x 200 cc.

2. Hasil kajian yang penulis dapatkan pada diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan diagnosa medis penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 adalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan proses infeksi, resiko perfusi serebral tidak efektif, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas. Selain 5 diagnosa tersebut terdapat 3 diagnosa baru yang ditegakkan untuk menunjang pemenuhan kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual pasien yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dan resiko distress spiritual.
3. Hasil kajian yang penulis dapatkan pada perencanaan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan diagnosa medis penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6, pada masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif adalah pantau frekuensi nafas, monitor bunyi nafas tambahan misalnya seperti wheezing, krekes, ronkhi, kolaborasi pemberian bronkodilator ventolin 2,5 mg, bisolvon 2 mg, pulmicort 0,5 mg, melakukan fisioterapi dada (vibrasi dan clapping) sebelum suction, lakukan penghisapan sekret kurang dari 15 detik. Pada masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif adalah monitor tanda gejala TIK, monitor penurunan tingkat kesadaran, monitor keterlambatan

atau ketidaksimetrisan pupil. Pada masalah keperawatan hipertermia adalah pantau suhu, nadi, dan RR pasien, kolaborasi pemberian antipiretik. Pada masalah keperawatan hipervolemia adalah monitor CVP, TTV, intake dan output cairan, monitor kadar albumin, BUN, natrium, kreatinin. Dan pada masalah keperawatan gangguan integritas kulit adalah observasi luka, rawat luka dekubitus, mandikan pasien, berikan minyak atau *lotion*, kolaborasi pemberian antibiotik. Untuk rencana keperawatan pada diagnosa tambahan yang dapat ditegakkan pada pasien yaitu pada masalah keperawatan defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler antara lain : kaji tingkat kemandirian pasien. Siapkan keperluan pribadi pasien (pakaian, peralatan mandi, makanan, minuman, obat dan sisir). Bantu dalam perawatan diri pasien (mandi, berpakaian, makan, *toileting* / eliminasi dan berhias). Ajarkan atau edukasi pada keluarga pasien tentang perawatan diri pasien saat dirumah. Pada masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral intervensi yang dapat dilakukan sesuai dengan SIKI antara lain: identifikasi kemampuan bicara, pendengaran dan penglihatan pasien. Kaji tingkat kesadaran pasien. Fasilitasi dalam membantu perawatan diri pasien. Ajarkan pasien menggunakan metode komunikasi efektif dengan bahasa isyarat (mata berkedip, mengganguk, isyarat tangan). Pada masalah risiko distress spiritual intervensi yang dapat dilakukan sesuai dengan SIKI antara lain : identifikasi kemampuan spritual pasien dalam beribadah. Berikan terapi murratal. Fasilitasi pasien dalam melakukan ibadah sesuai kemampuan. Anjurkan pasien berdoa.

4. Hasil kajian yang penulis dapatkan pada pelaksanaan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD)+ Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6, yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaan keperawatan lima diagnosa keperawatan yang ada. Pada implementasi juga dapat ditambahkan dengan intervensi tambahan seperti pendidikan kesehatan, penggunaan matras udara, hal ini bertujuan untuk memaksimalkan pemberian asuhan keperawatan guna meningkatkan kesehatan pasien.
5. Hasil kajian yang penulis dapatkan pada evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis penurunan kesadaran + *Suspect* Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6, pada diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif belum dapat teratasi dalam waktu 3 x 24 jam, pada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif belum dapat teratasi dalam waktu 3 x 24 jam, pada diagnosa hipertermia teratasi dalam waktu 1 x 24 jam, pada diagnosa hipervolemia teratasi sebagian dalam waktu 3 x 24 jam, dan diagnosa gangguan integritas kulit teratasi sebagian dalam waktu 3 x 24 jam. Pada diagnosa tambahan yang dapat ditegakkan pada pasien untuk masalah keperawatan Defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler antara lain: Setelah dilakukan intervensi keperawatan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan *toileting* meningkat,

kemampuan berbias meningkat. Pada masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral evaluasi tindakan keperawatan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan status spiritual membaik dengan kriteria hasil: kemampuan beribadah membaik, interaksi dengan orang terdekat membaik, coping membaik, keyakinan dan harapan meningkat. Pada masalah keperawatan resiko distres spiritual evaluasi keperawatan selama 1x24 jam diharapkan status spiritual membaik dengan kriteria hasil: kemampuan beribadah membaik, interaksi dengan orang terdekat membaik, coping membaik, keyakinan dan harapan meningkat.

5.2 Saran

Bertolak dari hasil kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Kajian yang penulis lakukan pada penyusunan KIA ini dalam penambahan diagnosa maupun intervensi untuk pemenuhan bio-psiko-sosio-spiritual pasien dapat diterapkan dan dievaluasi untuk mahasiswa yang nantinya mengambil kasus yang sama.
2. Hendaknya jika ditemukan pasien dengan penurunan kesadaran dan imobilisasi yang lama dapat diberikan kasur angin (*Decubitus Mattress*) untuk mencegah luka dekubitus semakin melebar akibat dari imobilisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustiani Ellyta. 2020. Karya Tulis Ilmiah Asuhan Kperawatan Pada Ny. N Dengan Diagnosa Medis Penurunan Kesadaran + Suspect Ensefalopati + Sepsis + *Chronic Kidney Disease* (CKD) + Anemia + Hipoalbumin + Dekubitus hari ke 6 di Ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Stikes Hang Tuah Surabaya.
- Anggraini, et al. (2015). Kadar Na⁺, K⁺, Cl⁻, Dan Kalsium Total Serum Darah Serta Hubungannya Dengan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi. *Bioma*, 11(1), 50. [https://doi.org/10.21009/bioma11\(1\).6](https://doi.org/10.21009/bioma11(1).6)
- Angraini, F., & Putri, A. F. (2016). *Pemantauan Intake Output Cairan Pada Pasien Gagal Pendahuluan Hasil Metode*. 19(3), 152–160.
- Arifa, S. I., Azam, M., & Handayani, O. W. K. (2017). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Ginjal Kronik Pada Penderita Hipertensi Di Indonesia. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 13(4), 319. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v13i4.3155>
- Arofiati, F. (2019). *Implementasi Inovasi Keperawatan “Bartocar” Untuk Pasien Gagal Ginjal*. 3(2).
- Astuti, W. T., Marhamah, E., & Diniyah, N. (2019). *Penerapan Terapi Inhalasi Nebulizer Untuk Mengatasi Bersihan Jalan Napas Pada Pasien Brokopneumonia*. *Jurnal Keperawatan Karya Bhakti*, 5(2), 7–13.
- Asworo Andyk. (2017). *Problematika Penanganan Sepsis, Ketamin Awal Sebuah Pemikiran*. UB Press.
<https://books.google.co.id/books?id=58hTDwAAQBAJ&pg=PA11&dq=patofisiologi+sepsis&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwiVnvTmjt3qAhU6H7cAHcO-B5cQ6AEwAnoECAUQAq#v=onepage&q=patofisiologi+sepsis&f=false>
- Firdaus, S., Ehwan, M. M., & Rachmadi, A. (2019). *Efektivitas Pemberian Oksigen Posisi Semi Fowler Dan Fowler Terhadap Perubahan Saturasi Pada Pasien Asma Bronkial Persisten Ringan*. *Jkep*, 4(1), 31–43. <https://doi.org/10.32668/jkep.v4i1.278>
- Irvan, Febryan, & Suparto. (2018). Sepsis and Treatment Based on the Newest Guideline. *Jurnal Anestesiologi Indonesia, January*.
https://www.researchgate.net/publication/326894302_Sepsis_and_Treatment_Based_on_the_Newest_Guideline
- Ismail, A., Handayany, G. N., Tantri, A., & Mukmin, N. (2017). *Pengaruh Penggunaan Obat Piracetam Dan Citicoline Terhadap Stroke Iskemik Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Haji Makassar*. 5(1).

- Ismatullah, A. (2015). *Manajemen Terapi Anemia pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Management Therapy of Anemia in Patients with Chronic Kidney Disease*. *Jurnal Kedokteran UNLA*, 4, 7–12.
<https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/download/775/pdf>
- Kalengkongan, D. ., Makahaghi, Y. . &, & Tinungki, Y. . (2018). *Faktor-faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Chronic Kidney Disease (CKD) Penderita Yang Dirawat Di Rumah Sakit Daerah LiunKendage Tahuna*. *Phys. Rev. E*, 2, 100–114.
- KemenKes RI. (2018). *Ginjal Kronis*. <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/subdit-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah/ginjal-kronis>.
- Kurniawan Taufik. (2018). *Kompres Dingin Dan Aliran Udara Dingin Menurunkan Suhu Tubuh Pada Pasien Sepsis Dengan Hipertermi Di Ruang ICU RSUP Dr Kariadi Semarang*. *Jurnal Keperawatan*.
- Mahmuda, I. N. N. (2019). Pencegahan Dan Tatalaksana Dekubitus Pada Geriatri. *Biomedika*, 11(1), 11. <https://doi.org/10.23917/biomedika.v11i1.5966>
- Maimuna, S., Supriyanto, D., Bahrudin, M., D3, P., Sidoarjo, K., Kesehatan, S. P., & Surabaya, K. (2014). *Efektifitas Clapping Dan Vibrating Terhadap Kebersihan Jalan Nafas Klien Dengan Ventilasi Mekanik The Effect of Clapping and Vibrating Against the Airway Clearance of Client Using Mechanical Ventilation*. Agustus, VII(2), 59–65.
<http://journal.poltekkesdepkes-sby.ac.id/index.php/KEP/article/view/478/397>
- Marsaid et al. (2019). *Posisi Tidur Miring 30 Derajat Terhadap Terjadinya Luka Tekan Pada Pasien Stroke di RSUD Sidoarjo*. 05(02), 111–120.
- Nauval, M., & Hasanah, U. (2019). *Hubungan Antara Jenis Terapi Hipertensi Pada Angka Kejadian Gagal Ginjal Di RSUD Dr. R. Soedjono Selong*. *Jurnal Kedokteran*, 4(1), 679. <https://doi.org/10.36679/kedokteran.v4i1.58>
- Nizar, A. M., & Haryati, D. S. (2017). *Pengaruh Suction Terhadap Kadar Saturasi Oksigen Pada Pasien Koma Di Ruang ICU RSUD Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2015*. (Jkg) *Jurnal Keperawatan Global*, 2(2), 62–69.
<https://doi.org/10.37341/jkg.v2i2.34>
- Nuari, & Widayati. (2017). *Gangguan Pada Sistem Perkemihan & Penatalaksanaan Keperawatan*. In *Budi Utama*.
<https://books.google.co.id/books?id=EbDWDgAAQBAJ&pg=PA229&dq=asuhan+keperawatan+hemodialisa>
- Nurlina. (2018). Penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.Y dengan Gagal Ginjal Kronik dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit di Ruang Hemodialisa RSUD Labuang Baji Makassar. *Jurnal Medika Keperawatan*,

9(02), 151–159.

PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.

Pradesya, ezra Senna, dr. H. A. F. (2016). *Hubungan Gagal Ginjal Kronik Dengan Edema Paru Ditinjau Dari Gambaran Radiologi*. 1–9.

Pujiarto. (2017). *Analisis Praktek Keperawatan Medikal Bedah dengan Pendekatan Teori Adaptasi Roy pada Pasien Gangguan Persyarafan di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Jurnal Kesehatan, 8(1), 150. <https://doi.org/10.26630/jk.v8i1.386>

Putra, I. M. P. (2018). *Pendekatan Sepsis dengan Skor SOFA*. Cdk-267, 45(8), 606–609.

Putri, T. D., Mongan, A. E., & Memah, M. F. (2016). *Gambaran Kadar Albumin Serum Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Stadium 5 Non Dialisis*. Jurnal E-Biomedik, 4(1), 173–177. <https://doi.org/10.35790/ebm.4.1.2016.10861>

Rosari, F., Sirait, H., & Sari, M. I. (2017). *Ensefalopati Uremikum pada Gagal Ginjal Kronis Uremic Encephalopathy in Chronic Kidney Disease*. 7, 19–24.

Safitri, L. N., & Sani, F. N. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Ny . H Dengan Chronic Kidney Disease (CKD) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan*.

Sihombing, E. R., Yuniarlina, R., & Supardi, S. (2016). *the Effectiveness of Back Massage Using Virgin Coconut Oil and White Petroleum Jelly To Prevent Pressure Sores*. 1(2).

Sinaga et al. (2017). *Evaluasi Kerasionalan Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Gagal Ginjal Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. Pharmacon, 6(3), 10–19.

Syapitri, H., Siregar, L. M., & Ginting, D. (2017). *Metode Pencegahan Luka Decubitus Pada Pasien Bedrest Total Melalui Perawatan Kulit*. Idea Nursing Journal, 8(2), 15–22.

Tahir, A. M. (2019). *Patofisiologi Kesadaran Menurun*. UMI Medical Journal, 3(1), 80–88. <https://doi.org/10.33096/umj.v3i1.37>

Yaseda, et al. (2013). *Hubungan Peran Perawat Dalam Pemberian Terapi Spiritual Terhadap Perilaku Pasien Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Di Ruang ICU RSM Ahmad Dahlan Kota Kediri*. Jurnal Keperawatan.

Zahara, Y., Dewi, R., & Saptarini, E. (2016). *Efektifitas Penggunaan White Petroleum Jelly Untuk Perawatan Luka Tekan Stage 1 Di Ruang Di Rawat Inap Siloam Hospitals Lippo Village*. *Indonesia Journal of Nursing Health Science*, 1(1), 32.

Lampiran 1**CURRICULUM VITAE**

Nama : Peny Indrawati, S.Kep

NIM : 193.0068

Prodi : Pendidikan Ners

Tempat, Tanggal Lahir: Surabaya, 09 Oktober 1996

Alamat : Jalan Gubeng Kertajaya 9A DLM No 5 Kota Surabaya

Agama : Islam

Email : peny.indrawati89@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Kertajaya I/207 Surabaya :2003 - 2008
2. SMP IPIEMS Surabaya : 2009 - 2011
3. SMK Kesehatan Surabaya : 2012 - 2014
4. Stikes Hang Tuah Surabaya : 2015 - 2019

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا

Artinya : Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan

(QS. Al-Insyirah : 5)

PERSEMBAHAN

1. Terima kasih kepada ALLAH SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan bagi saya untuk dapat menyelesaikan KIA ini.
2. Terima kasih kepada orang tua saya (Alm Boedi Riyanto dan Sriwanti) yang telah memberikan dukungan berupa doa restu dan materi kepada diri saya sehingga KIA ini dapat selesai dengan tepat waktu.
3. Terima kasih kepada kakak saya (Rendy Agus I) yang telah menjadi pengganti ayah dan memberikan dukungan berupa doa dan materi kepada diri saya sehingga KIA ini dapat selesai dengan tepat waktu.
4. Terima kasih kepada dosen pembimbing saya telah membimbing dengan penuh kesabaran dan memberikan seluruh ilmu serta waktunya kepada saya dalam penyusunan KIA.
5. Terima kasih kepada teman-teman Ners A-10 yang telah memberikan support dan dukungan sehingga KIA ini dapat selesai dengan baik.

Lampiran 3 SOP Edukasi

EDUKASI PERAWATAN KATETER DI RUMAH	
Pengertian	Cara membersihkan selang kateter pada pasien yang masih di pasang kateter selama di rumah, dilakukan oleh anggota keluarga atau perawat jaga.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga kebersihan 2. Memberikan kenyamanan pada pasien 3. Mencegah resiko infeksi
Persiapan Alat-alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan 2. Kapas/ tissue basah/kassa 3. Perlak 4. Larutan betadine (1 cc betadine ditambah 10 cc air aqua) dalam mangkok
Langkah langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan pada pasien bahwa kateter akan dibersihkan. 2. Cuci tangan. 3. Letakkan perlak dibawah pantat. 4. Atur posisi pasien senyaman mungkin. 5. Gunakan sarung tangan. 6. Basahi kassa dengan larutan betadin, kemudian diperas sampai lembab. 7. Bersihkan area pemasangan kateter dengan kassa/tissue basah : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien wanita : dimulai dari arah atas ke bawah (dari arah selang yang masuk di lubang saluran BAK ke arah kantong urin/ urin bag) sekali usap, buang kassa/tissue dan diulang sampai bersih. b. Pasien laki-laki : bersihkan ujung kateter (dari arah selang yang masuk di lubang saluran BAK ke arah kantong urin / urin bag) sampai sepanjang 10 cm dengan arah melingkar keluar, sekali usap, buang kassa/tissue dan ulang sampai bersih. 8. Ambil perlak. 9. Kembalikan posisi pasien. 10. Lepas sarung tangan, buang. 11. Bereskan peralatan. 12. Cuci tangan.
Sumber	http://ppid.sardjito.co.id/wpcontent/uploads/2019/07/Perawatan-Kateter-di-Rumah.pdf

NB : Untuk langkah no. 6 kassa/kapas direndam dengan air panas dan baru diperas / digunakan saat sudah dingin.




EDUKASI CARA MENGOSONGKAN KANTONG URIN	
Pengertian	Cara mengeluarkan urin dari kantong penampung urin pada saat kantong hampir / sudah penuh.
Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan 2. Gelas ukur
Langkah langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pakai sarung tangan. 2. Letakkan gelas ukur pada kantong urin. 3. Tarik / putar kunci pada kantong urin. 4. Kosongkan kantong urin. 5. Tutup kembali kunci. 6. Ukur jumlah urin. 7. Amati warna dan kejernihan urin. 8. Buang urin di kloset. 9. Lepas sarung tangan, buang. 10. Catat jumlah urin. 11. Cuci tangan.
Sumber	http://ppid.sardjito.co.id/wpcontent/uploads/2019/07/Perawatan-Kateter-di-Rumah.pdf

EDUKASI CARA MEMBERIKAN MAKANAN DAN MINUMAN MELALUI SELANG MAKAN PADA PASIEN DI RUMAH	
Pengertian	Memberikan makanan dan minuman melalui selang makan adalah cara memasukkan makanan dan minuman melalui selang makan / sonde / NGT.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kebutuhan makan, minum dan obat-obatan. 2. Pasien tetap aman dan nyaman. 3. Mendekatkan hubungan pasien dan keluarga.
Alat dan Bahan yang Disiapkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan cair pada tempatnya. Makanan cair bisa dibuat sendiri oleh keluarga sesuai dengan hasil konsultasi dengan ahli gizi atau bisa pesan diit di rumah sakit. 2. Air minum untuk pembilas. 3. Corong atau spuit 50 cc. 4. Pengalas
Langkah – langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahukan pada pasien. 2. Cuci tangan. 3. Atur posisi, kepala lebih tinggi / setengah duduk. 4. Letakkan pengalas di bawah selang makan / NGT. 5. Ajak berdo'a / bimbing sebelum makan. 6. Lakukan pengecekan sisa makanan dengan cara menarik spuit. 7. Tutup selang dengan menjepit dengan jari / menekuk selang. 8. Pasang corong selang sambil tetap menjepit / menekuk selang. 9. Masukkan cairan makanan / obat secara perlahan-lahan, jepitan selang dilepas. 10. Masukkan obat-obatan dengan cara yang sama. 11. Apabila makanan sudah cukup, masukkan air putih untuk membilas. 12. Tutup selang dengan spuit (yang semula sudah terpasang pada ujung selang). 13. Ajak pasien berdoa sesudah makan. 14. Lepas pengalas. 15. Cuci tempat makan dan corong/spuit. 16. Cuci tangan. 17. Catat jumlah makanan / minuman yang sudah masuk.
Kondisi yang perlu diperhatikan	<p>Segera mencari bantuan ke tenaga kesehatan atau menghubungi home care jika :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada saat pengecekan, sisa makanan didalam lambung terlalu banyak. 2. Selang macet, makanan tidak bisa masuk. 3. Sudah waktunya ganti selang (7 hari). 4. Pasien tersedak / muntah. 5. Bila ada obat dihaluskan dan dilarutkan dengan air puith secukupnya.
Catatan	Jumlah makanan yang dimasukkan sesuai dengan hasil konsultasi/ saran dari petuga kesehatan (ahli gizi / dokter / perawat).
Sumber	http://ppid.sardjito.co.id/wp-content/uploads/2019/07/Cara-memberikan-makanan-dan-minuman-melalui-selang-makan-pada-pasien-di-rumah.pdf

EDUKASI PERAWATAN LUKA TEKAN / DEKUBITUS DI RUMAH	
Pengertian	<p>Luka dekubitus adalah luka yang disebabkan oleh tekanan atau gesekan yang berlangsung terus-menerus pada area tonjolan-tonjolan tulang.</p> <p>Perawatan luka adalah tindakan merawat luka dengan upaya untuk mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman/bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya.</p>
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah terjadinya infeksi 2. Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan dan penyebaran luka 3. Mempercepat penyembuhan.
Faktor mempengaruhi kesembuhan luka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi tekanan pada daerah luka dengan miring kanan-miring kiri setiap 2 jam selama 5 menit, penggunaan kasur atau bantal air / angin. 2. Pemenuhan nutrisi tinggi protein (Daging, ayam, telur, ikan, susu). 3. Perawatan luka yang rutin. 4. Menjaga kelembapan kulit dengan memberikan lotion atau minyak setelah mandi. 5. Menjaga kebersihan diri dan lingkungan (Daerah yang terbalut luka jangan sampai terkena air atau basah karena meningkatkan kelembapan pada kulit).
Tanda dan Gejala Infeksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas. 2. Terasa nyeri atau sakit pada daerah luka. 3. Ada kemerahan pada kulit sekitar luka. 4. Terjadi bengkak pada daerah luka. 5. Terdapat cairan nanah dan berbau tidak sedap.
Persiapan alat dan bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan / handscoon 2. Kassa steril 3. Plester 4. Larutan Nacl 5. Salep 6. Gunting 7. Kantong plastik
Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 6 langkah 2. Gunakan sarung tangan 3. Lepaskan kassa/balutan dengan cara menyentuh bagian luarnya saja. 4. Jika kassa/balutan menempel pada luka, basahi dengan larutan Nacl, buka jika sudah longgar. 5. Buang kassa/balutan yang kotor ke dalam kantong. 6. Buka kassa steril tanpa menyentuh bagian dalam, lalu siram/basahi dengan larutan Nacl 7. Perhatikan ada tidaknya tanda infeksi. 8. Bersihkan luka dengan hati-hati, mulai dari bagian terdekat luka sampai terluar luka dengan sekali usapan saja 9. Tekan pinggir luka untuk mengeluarkan nanah, jika ada.

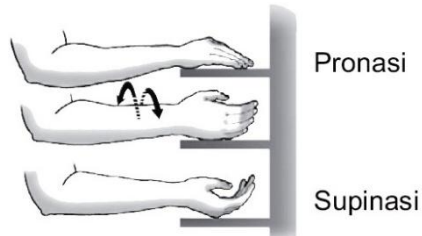
	<ol style="list-style-type: none"> 10. Buang kassa yang digunakan setiap sekali membersihkan luka 11. Setelah selesai, keringkan luka dengan kassa kering 12. Beri salep 13. Tutup luka dengan kassa/balutan 14. Eratkan dengan plester 15. Lepas dan buang sarung tangan 16. Cuci tangan
Kondisi yang perlu diperhatikan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jika terdapat tanda infeksi 2. Jika terdapat jaringan menghitam disekitar luka 3. Luka yang semakin luas 4. Keluar nanah banyak. 5. Segera konsultasi dengan perawat atau dokter.
Sumber	<p>http://ppid.sardjito.co.id/wp-content/uploads/2019/07/perawatan-luka-di-rumah.pdf</p> <p>https://rsuppersahabatan.co.id/artikel/read/perawatan-luka-pada-pasien</p>

EDUKASI MANAJEMEN CKD (PENYAKIT GINJAL KRONIS)	
Manajemen Diet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pilihlah makanan sumber protein hewani sesuai jumlah yang ditentukan (telur, susu, daging, ikan, ayam). 2. Menghindari makanan berkadar kalium tinggi, yaitu kacang-kacangan, bayam, pisang, air kelapa/degan, alpukat, durian, nangka, kembang kol. 3. Membatasi garam (1/4 sendok teh/hari) dan membatasi sumber natrium (makanan kalengan, cepat saji, margarin, mentega), bila ada penimbunan air dalam tubuh dan tekanan darah tinggi. 4. Bila jumlah air seni kurang dari normal, maka perlu membatasi cairan yang berasal dari makanan dan minuman.
Pengaturan Asupan Cairan dan Penghitungan Balance Cairan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan cairan dihitung berdasarkan jumlah urin selama 24 jam ditambah dengan dengan IWL (pengeluaran cairan yang tidak disadari/ keringat) sebesar 500 – 800 cc. 2. Mencatat jumlah cairan yang masuk (makanan/minuman) dan jumlah cairan yang keluar (urin, muntah, BAB) pada tabel pemantauan cairan. 3. Lakukan penghitungan balance cairan setiap 8 jam sekali dengan cara menghitung jumlah cairan yang masuk dikurangi cairan yang keluar. 4. Jika hasil penghitungan positif (+) maka pasien mengalami kelebihan cairan.
Pemantauan Berat Badan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penimbangan berat badan setiap hari untuk mengetahui adanya kelebihan cairan. (jika memungkinkan). 2. Keluarga pasien / pasien harus mengetahui berat badan sebelum sakit atau berat badan sebelum cuci darah yang digunakan sebagai paokan jika adanya penambahan berat badan pasien mengalami kelebihan cairan.
Yang harus diperhatikan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol gula darah pada pasien dengan riwayat diabetes. 2. Kontrol tekanan darah pada pasien dengan riwayat hipertensi. 3. Jika ditemukan adanya bengkak pada kaki, sesak nafas segera konsultasikan ke dokter.
Sumber	http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/pusat-/diagnosis-klasifikasi-pencegahan-terapi-penyakit-ginjal-kronis

EDUKASI ROM	
Definisi	<p>Melakukan latihan pergerakan rentang gerak sendi (ROM) sesuai dengan rentang gerak sendi penuh tanpa menyebabkan ketidaknyamanan.</p> <p>ROM Pasif adalah latihan pergerakan perawat atau keluarga yang menggerakkan persendian pasien sesuai dengan rentang geraknya</p>
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan mobilitas, fungsi otot dan sendi 2. Mencegah atropi (pengecilan jaringan) dan kontraktur (kekakuan sendi). 3. Meningkatkan sirkulasi dan mencegah komplikasi.
Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi tidur pasien dengan nyaman mungkin. Rendahkan pelindung tempat tidur sisi kita bekerja. 2. Mulai dari atas dan teruskan ke bawah pada satu sisi tubuh pada satu waktu. <ol style="list-style-type: none"> a. Kepala <p>Bila memungkinkan posisikan duduk, dengan gerakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Rotasi: palingkan kepala ke kanan dan kiri, – Flexi dan ekstensi: gerakkan kepala menyentuh dada kemudian sedikit didengarkan, – Flexi lateral: gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu bersentuhan. b. Leher <p>Rotasi: Putar leher $\frac{1}{2}$ lingkaran, kemudian berhenti dan lakukan pada arah yang berlawanan.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> c. Flexi dan ekstensi pergelangan tangan: <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi lengan klien menjauhi sisi tubuh dengan siku menekuk dengan lengan. - Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan satu tangan yang lain memegang pergelangan klien. - Tekuk tangan pasien kedepan seiauh yang memungkinkan. <div style="text-align: center;">  </div>

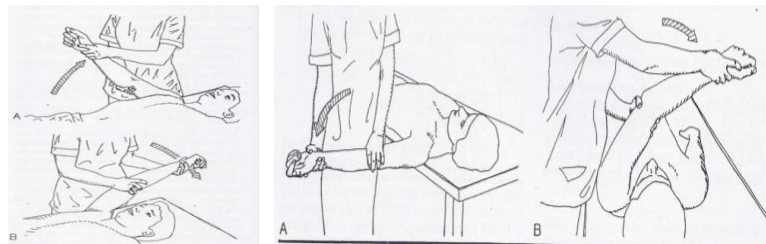
d. Pronasi dan supinasi lengan bawah:

- Atur lengan bawah menjauhi tubuhnya dengan siku menekuk.
- Letakkan satu tangan pada pergelangan dan pegang tangan klien.
- Putar lengan bawah klien sehingga telapak tangan klien menghadap ke arah klien.
- Kembali ke posisi semula.

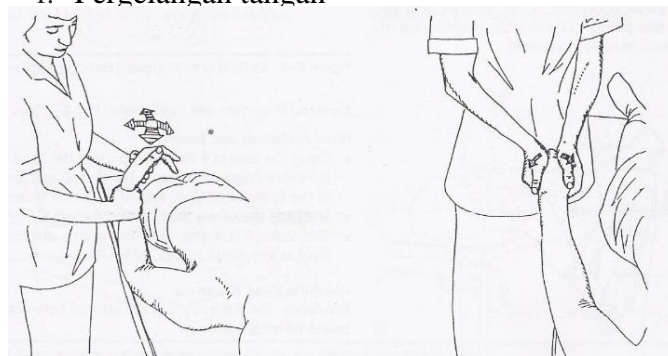


e. Bahu

- Letakkan satu tangan di atas siku dan pegang tangan klien dengan tangan lainnya.
- Gerakkan tangan klien menjauhi tubuh perawat/ keluarga.
- Gerakan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.



f. Pergelangan tangan

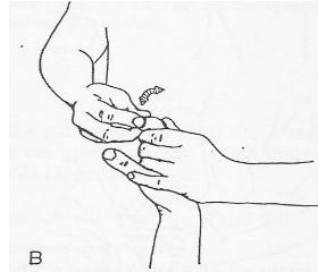
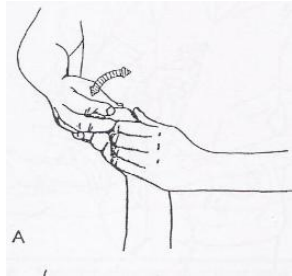


g. Jari tangan

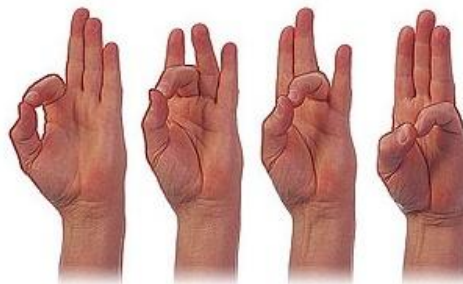
- Tangan mengenggam mengepal dan kembalikan ke posisi semula.



- Memutar jari jari tangan

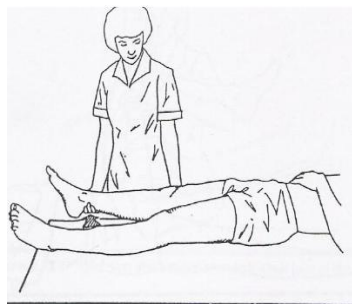


- Sentuhkan masing– masing jari tangan dengan ibu jari tangan



h. Kaki

- Gerakkan atau tekuk lutut kearah paha Kembalikan lutut atau kaki ke posisi semula.



- Memutar telapak kaki ke samping dalam dan luar. Menekuk jari jari kaki ke bawah dan kembalikan ke posisi semula. Regangkan jari-jari kaki yang satu dengan yang lainnya, rapatkan kembali.

	<p>Figure 2-21 End position for (A) inversion and (B) eversion of the subtalar joint.</p> <p>Figure 2-20 Dorsiflexion of the ankle.</p> <p>Figure 2-22 End position for supination of the transverse tarsal joint.</p> <p>Figure 2-23 Extension of the metatarsophalangeal joint of the large toe.</p>
Sumber	<p>Kusnanto, et al. 2016. Buku Standar Prosedur Operasional (SPO) Keperawatan Dasar. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga</p>

EDUKASI MEMANDIKAN PASIEN DI ATAS TEMPAT TIDUR	
Pengertian	Membersihkan tubuh pasien dengan menggunakan air dan sabun.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membersihkan kulit dan menghilangkan bau badan. 2. Memberikan perasaan segar. 3. Merangsang peredaran darah. 4. Meningkatkan rentan gerak 5. Mencegah infeksi kulit
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seperangkat alat-alat mandi (Sabun mandi, sisir, bedak, lotion) 2. Satu stel pakaian bersih. 3. Waskom mandi berisi air hangat 2 buah. 4. Handuk bersih 2 buah. 5. Selimut mandi. 6. Tempat pakaian kotor. 7. Sketsel/korden. 8. Waslap mandi 2 buah.
Langkah- Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Bawa peralatan ke pasien. 3. Pasang atau tutup korden. 4. Pindahkan Selimut dan bantal dari tempat tidur, bila masih dibutuhkan gunakan bantal. 5. Perawat jaga / keluarga berdiri disisi kiri atau kanan pasien. 6. Buka Pakaian bagian atas. kemudian tutup dengan selimut mandi atau kain penutup 7. Mandikan pasien dengan urutan sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> a. Mencuci muka : <ol style="list-style-type: none"> 1) Bentangkan handuk di bawah kepala, muka, telinga dan leher lalu bersihkan dengan waslap lembab, lalu keringkan dengan handuk. b. Mencuci tangan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Turunkan selimut mandi atau kain penutup. 2) Keataskan kedua tangan. 3) letakkan handuk diatas dada dan lebarkan ke samping kiri dan kanan sehingga kedua lengan dapat diletakkan di atas handuk. 4) Basahi kedua tangan dan sabun mulai dari lengan yang jauh dari perawat, kemudian yang lebih dekat lalu bilas sampai bersih, kemudian dikeringkan dengan handuk. c. Mencuci punggung : <ol style="list-style-type: none"> 1) Miringkan Pasien ke kiri. 2) Bentangkan handuk di bawah punggung sampai bokong. 3) Basahi punggung sampai bokong, lalu disabuni, dibilas dan selanjutnya dikeringkan dengan handuk. 4) Miringkan pasien ke kanan dan bentangkan handuk dibawah punggung kemudian cuci punggung seperti pada punggung kiri. 5) Bersihkan juga daerah genetalia / kemaluan, keringkan.

	<p>d. Mencuci Kaki :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Basahi dan sabuni dari telapak kaki dan jari-jari serta sela-sela, bilas lalu keringkan. 2) Lakukan untuk kaki yg satu dengan cara yang sama. <ol style="list-style-type: none"> 8. Memberikan body lotion untuk melembabkan kulit jika diinginkan. 9. Membantu pasien berpakaian. Terlentangkan pasien dan bahu untuk memakai baju bagian atas. Membantu pasien untuk memakai pakaian bagian bawah. 10. Menyisir rambut 11. Merapikan tempat tidur, membersihkan dan mengembalikan alat-alat pada tempat semula. 12. Mencuci tangan.
Sumber	Kusnanto, et al. 2016. <i>Buku Standar Prosedur Operasional (SPO) Keperawatan Dasar</i> . Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

EDUKASI DUKUNGAN SOSIAL DAN DUKUNGAN SPIRITUAL	
Pengertian	<p>Dukungan sosial merupakan hadirnya orang-orang tertentu yang secara pribadi memberikan nasehat, motivasi, arahan dan menunjukkan jalan keluar ketika individu mengalami masalah dan pada saat mengalami kendala dalam melakukan kegiatan secara terarah guna mencapai tujuan.</p> <p>Dukungan spiritual adalah dukungan keluarga dalam memfasilitasi peningkatan keseimbangan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual.</p>
Macam-Macam dukungan Sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Konkret Dukungan sosial dalam bentuk konkret antara lain mengantarkan setiap kali cuci darah/kontrol, menyediakan biaya dan makanan yang sesuai anjuran dokter, mencarikan informasi tentang penyakit ginjal dan menyediakan kebutuhan sehari-hari. 2. Dukungan Emosi Dukungan sosial dalam bentuk emosi seperti menghibur pasien penyakit ginjal, keluarga tetap setia memperhatikan keadaan pasien, memberikan nasihat, peduli dengan keluhan dan kondisi pasien. 3. Dukungan Saran Dukungan saran dapat berupa memberikan nasihat dan memotivasi, memberikan saran agar tetap sabar dan semangat untuk sembuh. 4. Dukungan Harga Diri Dukungan harga diri dapat berupa kesediaan keluarga untuk mendengarkan keluhan, memberikan perhatian, tetap menghargai perubahan yang terjadi selama menjalani terapi.
Tindakan Dukungan Spritual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga memberikan terapi murratal melalui audio yang diputar. 2. Keluarga dapat membacakan doa di samping pasien. 3. Selalu berada disamping pasien mengingatkan dan membimbing pasien untuk selalu berdoa dalam beraktivitas.. 4. Keluarga memfasilitasi pertemuan dengan rohaniawan. 5. Keluarga memfasilitasi untuk melaksanakan kebutuhan spiritual sesuai batas kemampuan pasien.
Sumber	<p>Priyanti. 2015. <i>Gambaran Dukungan Sosial Keluarga Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Kraton Pekalongan</i>. Jurnal Keperawatan Vol. 8 No.1(1-9)</p>

Lampiran 4 Leaflet

MENGOSONGKAN KANTONG URINE

Pengertian

Mengosongkan kantong urine adalah cara mengeluarkan urin dari kantong penampung urin pada saat kantong hampir / sudah penuh.

Alat

1. Sarung tangan
2. Gelas Ukur

Langkah - langkah

1. Pakai sarung tangan
2. Letakkan gelas ukur tepat di bawah urine bag
3. Tarik/putar kunci pada kantong urine
4. Kosongkan kantong urine
5. Tutup kembali kunci
6. Ukur jumlah urine
7. Amati warna dan kejernihan urine
8. Buang urine di kloset
9. Lepas sarung tangan, buang
10. Catat jumlah urine
11. Cuci tangan

MENGOSONGKAN KANTONG URINE



Cara membuka / menarik/memutar kunci



Cara menutup kunci

EDUKASI PERAWATAN KATETER DI RUMAH



Oleh
Peny Indrawati
1930068

PROGRAM STUDI PEDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA

Pengertian

Perawatan kateter di rumah adalah cara membersihkan selang kateter pada pasien yang masih dipasang kateter selama di rumah, dilakukan oleh anggota keluarga atau pramurukti.

Tujuan

1. Menjaga kebersihan
2. Memberikan kenyamanan pada pasien
3. Mencegah risiko infeksi

Persiapan Alat dan Bahan :




1. Sarung Tangan
2. Kapas / tissue basah
3. Perlak
4. Larutan betadin (1 cc betadin ditambah 10 cc air aqua) dalam mangkok

Langkah-langkah

1. Sampaikan pada pasien bahwa kateter akan dibersihkan
2. Cuci tangan
3. Letakkan perlak dibawah pantat
4. Atur posisi pasien nyaman mungkin
5. Gunakan sarung tangan
6. Basahi kapas dengan larutan betadin, kemudian diperas sampai lembab (dalam bahasa jawa sampai apuh)
7. Bersihkan area pemasangan kateter dengan kapas betadin / tissue basah :
 - Pasien wanita : dimulai dari arah atas ke bawah (dari arah selang yang masuk di lubang saluran BAK ke arah kantong urin / urin bag) sekali usap, buang kapas / tissue dan diulang sampai bersih

- Pasien laki-laki : bersihkan ujung kateter (dari arah selang yang masuk di lubang saluran BAK ke arah kantong urin / urin bag) sampai sepanjang 10 cm dengan arah melingkar keluar, sekali usap, buang kapas / tissue dan diulang sampai bersih

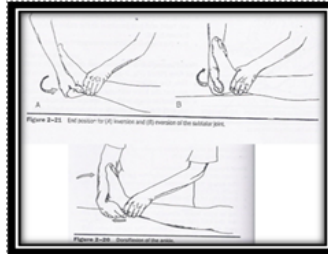
8. Ambil perlak
9. Kembalikan posisi pasien
10. Lepas sarung tangan, buang
11. Bereskan peralatan
12. Cuci tangan

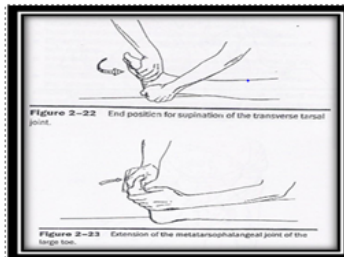
• Kaki
Menekuk Lutut Ke Arah Paha



Memutar Telapak Kaki Ke Samping Dalam Dan Luar



Menekuk Jari-Jari Kaki Ke Bawah Dan Merenggangkan Jari Kaki



EDUKASI
ROM (Rentang Gerak Sendi)



PENY IDRAWATI
193.0068

PROGRAM STUDI PEDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA

Pengertian

ROM Pasif adalah latihan pergerakan perawat atau keluarga yang menggerakkan persendian pasien sesuai dengan rentang gerakannya.

Tujuan

1. Mempertahankan mobilitas, fungsi otot dan sendi
2. Mencegah atrofi (penebalan jaringan) dan kontraktur (kekakuan sendi).
3. Meningkatkan sirkulasi dan mencegah komplikasi.

Langkah-langkah

1. Mengatur posisi tidur pasien dengan nyaman mungkin. Rendahkan pelindung tempat tidur sisi kita bekerja.
2. Mulai dari atas dan teruskan ke bawah pada satu sisi tubuh pada satu waktu.

• Kepala dan Leher



• Pergelangan Tangan



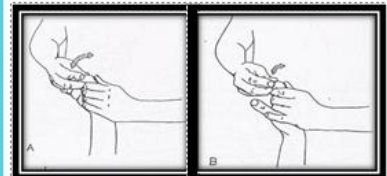
• Lengan Bawah



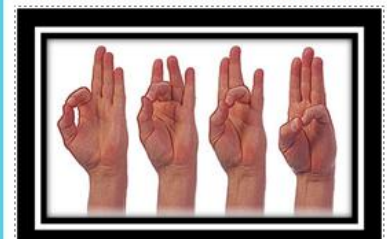
• Tangan Menggenggam dan Mengepal



• Memutar Jari-Jari Tangan



• Jari Tangan dengan ibu Jari Tangan



CARA MEMBERIKAN MAKANAN DAN MINUMAN MELALUI SELANG MAKAN PADA PASIEN DI RUMAH



Melakukan pengecekan sisa makanan



Menutup selang



Memasukkan makanan



Masukkan obat



Masukkan obat

Kapan anda mencari bantuan ke tenaga kesehatan atau menghubungi Home Care ???

Segera mencari bantuan ke tenaga kesehatan atau menghubungi home care jika :

1. Pada saat pengecekan, sisa makanan didalam lambung terlalu banyak.
2. Selang macet, makanan tidak bisa masuk.
3. Sudah waktunya ganti selang (7 hari).
4. Pasien tersedak / muntah.
5. Bila ada obat dihaluskan dan dilarutkan dengan air putih

Catatan :

*Jumlah makanan yang dimasukkan sesuai dengan hasil konsultasi / saran dari petugas kesehatan (ahli gizi / dokter / perawat)

EDUKASI CARA MEMBERIKAN MAKANAN, MINUMAN DAN OBAT MELALUI SELANG MAKAN PADA PASIEN DI RUMAH



OLEH
PENY INDRAMATI
1930068

PRODI PENDIDIKAN NERS STIKES HANG TUAH

Pengertian

Memberikan makanan dan minuman melalui selang makan adalah cara memasukkan makanan dan minuman melalui selang makan / sonde / NGT.

Tujuan :

1. Memenuhi kebutuhan makan, minum dan obat-obatan.
2. Pasien tetap aman dan nyaman.
3. Mendekatkan hubungan pasien dan keluarga.

Alat dan bahan yang disiapkan

1. Makanan cair pada tempatnya. Makanan cair bisa dibuat sendiri oleh keluarga sesuai dengan hasil konsultasi dengan ahli gizi atau bisa pesan diit di rumah sakit.
2. Air minum untuk pembilas.
3. Corong atau spuit 50 cc.
4. Pengalas.

Langkah-Langkah

1. Beritahukan pada pasien.
2. Cuci tangan.
3. Atur posisi, kepala lebih tinggi / setengah duduk.
4. Letakkan pengalas di bawah selang makan / NGT.
5. Ajak berdo'a / bimbing sebelum makan.
6. Lakukan pengecekan sisa makanan dengan cara menarik spuit.
7. Tutup selang dengan menjepit dengan jari / menekuk selang.
8. Pasang corong selang sambil tetap menjepit / menekuk selang.
9. Masukkan cairan makanan / obat secara perlahan-lahan, jepitan selang dilepas.
10. Masukkan obat-obatan dengan cara yang sama.
11. Apabila makanan sudah cukup, masukkan air putih untuk membilas.

12. Tutup selang dengan spuit (yang semula sudah terpasang pada ujung selang).
13. Ajak pasien berdo'a sesudah makan.
14. Lepas pengalas.
15. Cuci tempat makan dan corong / spuit.
16. Cuci tangan.
17. Catat jumlah makanan /



Penyakit ginjal adalah kelainan yang mengenai organ ginjal yang timbul akibat berbagai faktor, biasanya timbul secara perlahan dan sifatnya menahun.

Pada awalnya tidak ditemukan gejala yang khas sehingga penyakit ini sering tertambat diketahui.

Apa Penyebab Penyakit Ginjal?

- Diabetes (Tipe 2)
- Hipertensi
- Konsumsi Obat Pereda Nyeri
- Narkoba, Psikotropika dan Zat Adiktif
- Radang Ginjal

TANDA & GEJALA PENYAKIT GINJAL KRONIS

- Tekanan darah tinggi
- Perubahan frekuensi dan jumlah buang air kecil dalam sehari
- Adanya darah dalam urin
- Lemah serta sulit tidur
- Kehilangan nafsu makan
- Sakit kepala
- Tidak dapat berkonsentrasi
- Gatal
- Sesak
- Mual & muntah
- Bengkak, terutama pada kaki dan pergelangan kaki, serta pada kelopak mata waktu pagi hari


Pencegahan PENYAKIT GINJAL

- C**ek Kesehatan Secara Rutin
- E**nyahkan Asap Rokok
- R**ajin Aktivitas Fisik
- D**iet Sehat Kalori Seimbang
- I**stirahat Cukup
- K**elola Stres

Apa Terapi Pada Penyakit Ginjal Kronis?

- Perubahan gaya hidup seperti pola makan sehat, menjaga berat badan, minum air cukup, berolahraga secara teratur, tidur cukup, menghindari konsumsi obat-obatan yang dapat merusak ginjal, tidak merokok/ minum alkohol, dan kelola stres
- Terapi dengan obat-obatan sesuai anjuran Dokter
- Dialisisis (Cuci Darah)
- Transplantasi Ginjal

Edukasi Penyakit Ginjal Kronis




Oleh :
PENY INDRAMATI
1930068

PROGRAM STUDI PEDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA


Manajemen Diet

- Pilihlah makanan sumber protein hewani sesuai jumlah yang ditentukan (telur, susu, daging, ikan, ayam).
- Menghindari makanan berkadar kalium tinggi, yaitu kacang - kacang, bayam, pisang, air kelapa/degan, alpukat, durian, nangka, kembang kol.
- Membatasi garam (1/4 sendok teh/hari) dan membatasi sumber natrium (makanan kalengan, cepat saji, margarin, mentega), bila ada penimbunan air dalam tubuh dan tekanan darah tinggi.
- Bila jumlah air seni kurang dari normal, maka perlu membatasi cairan yang berasal dari makanan dan minuman.


Sumber Protein Hewani




Tinggi Natrium



Makanan Tinggi Kalium




Makanan Tinggi Kalium




Pengaturan Asupan Cairan dan Penghitungan Balance Cairan

- Kebutuhan cairan dihitung berdasarkan jumlah urin selama 24 jam ditambah dengan dengan IWL (pengeluaran cairan yang tidak disadari/ keringat) sebesar 500 – 800 cc.
- Mencatat jumlah cairan yang masuk (makanan/ minuman) dan jumlah cairan yang keluar (urin, muntah, BAB) pada tabel pemantauan cairan.
- Lakukan penghitungan balance cairan setiap 8 jam sekali dengan cara menghitung jumlah cairan yang masuk dikurangi cairan yang keluar.
- Jika hasil penghitungan positif (+) maka

Tanggal	Cairan masuk (ml)			Cairan keluar (ml)		
	Minum	Makanan	Muntah	Urin	BAB	Kelebihan
01:00						
03:00						
05:00						
07:00						
09:00						
11:00						
13:00						
15:00						
17:00						
19:00						
21:00						
23:00						
25:00						
27:00						
29:00						
31:00						
33:00						
35:00						
37:00						
39:00						
41:00						
43:00						
45:00						
47:00						
49:00						
51:00						
53:00						
55:00						
57:00						
59:00						
61:00						
63:00						
65:00						
67:00						
69:00						
71:00						
73:00						
75:00						
77:00						
79:00						
81:00						
83:00						
85:00						
87:00						
89:00						
91:00						
93:00						
95:00						
97:00						
99:00						
101:00						
103:00						
105:00						
107:00						
109:00						
111:00						
113:00						
115:00						
117:00						
119:00						
121:00						
123:00						
125:00						
127:00						
129:00						
131:00						
133:00						
135:00						
137:00						
139:00						
141:00						
143:00						
145:00						
147:00						
149:00						
151:00						
153:00						
155:00						
157:00						
159:00						
161:00						
163:00						
165:00						
167:00						
169:00						
171:00						
173:00						
175:00						
177:00						
179:00						
181:00						
183:00						
185:00						
187:00						
189:00						
191:00						
193:00						
195:00						
197:00						
199:00						
201:00						
203:00						
205:00						
207:00						
209:00						
211:00						
213:00						
215:00						
217:00						
219:00						
221:00						
223:00						
225:00						
227:00						
229:00						
231:00						
233:00						
235:00						
237:00						
239:00						
241:00						
243:00						
245:00						
247:00						
249:00						
251:00						
253:00						
255:00						
257:00						
259:00						
261:00						
263:00						
265:00						
267:00						
269:00						
271:00						
273:00						
275:00						
277:00						
279:00						
281:00						
283:00						
285:00						
287:00						
289:00						
291:00						
293:00						
295:00						
297:00						
299:00						
301:00						
303:00						
305:00						
307:00						
309:00						
311:00						
313:00						
315:00						
317:00						
319:00						
321:00						
323:00						
325:00						
327:00						
329:00						
331:00						
333:00						
335:00						
337:00						
339:00						
341:00						
343:00						
345:00						
347:00						
349:00						
351:00						
353:00						
355:00						
357:00						
359:00						
361:00						
363:00						
365:00						
367:00						
369:00						
371:00						
373:00						
375:00						
377:00						
379:00						
381:00						
383:00						
385:00						
387:00						
389:00						
391:00						
393:00						
395:00						
397:00						
399:00						
401:00						
403:00						
405:00						
407:00						
409:00						
411:00						
413:00						
415:00						
417:00						
419:00						
421:00						
423:00						
425:00						
427:00						
429:00						
431:00						
433:00						
435:00						
437:00						
439:00						
441:00						
443:00						
445:00						
447:00						
449:00						
451:00						
453:00						
455:00						
457:00						
459:00						
461:00						
463:00						
465:00						
467:00						
469:00						
471:00						
473:00						
475:00						
477:00						
479:00						
481:00						
483:00						
485:00						
487:00						
489:00						
491:00						
493:00						
495:00						
497:00						
499:00						
501:00						
503:00						
505:00						
507:00						
509:00						
511:00						
513:00						
515:00						
517:00						
519:00						
521:00						
523:00						
525:00						
527:00						
529:00						
531:00						
533:00						
535:00						

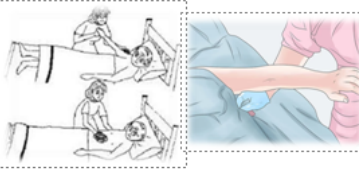
<p style="text-align: center;">LANGKAH-LANGKAH</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 6 langkah 2. Gunakan sarung tangan 3. Lepaskan kassa/balutan dengan cara menyentuh bagian luarnya saja. 4. Jika kassa/balutan menempel pada luka, basahi dengan larutan NaCl, buka jika sudah longgar. 5. Buang kassa/balutan yang kotor ke dalam kantong. 6. Buka kassa steril tanpa menyentuh bagian dalam, lalu siram/basahi dengan larutan NaCl. 7. Perhatikan ada tidaknya tanda infeksi. 8. Bersihkan luka dengan hati-hati, mulai dari bagian terdekat luka sampai terluar luka dengan sekali usapan saja. 9. Tekan daerah pinggir luka untuk mengeluarkan nanah, jika ada. 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Buang kassa yang digunakan setiap sekali membersihkan luka 12. Setelah selesai, keringkan luka dengan kassa kering 13. Beri salep 14. Tutup luka dengan kassa/balutan 15. Eratkan dengan plester 16. Lepas dan buang sarung tangan 17. Cuci tangan <p style="text-align: center;">KONDISI YANG PERLU DIPERHATIKAN ??</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jika terdapat tanda infeksi 2. Jika terdapat jaringan menghitam disekitar luka. 3. Luka yang semakin luas. 4. Keluar nanah banyak. 5. Segera konsultasi dengan perawat atau dokter. 	<p style="text-align: center;">EDUKASI PERAWATAN LUKA DI RUMAH</p> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>OLEH : PENY INDRAMATI 1930068</p> </div> <p style="text-align: center; background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">PROGRAM STUDI PEDIDIKAN PROFESI NERS STIKES HANG TUAH SURABAYA</p>
---	--	---

<p style="text-align: center;">PENGERTIAN</p> <p>Luka dekubitus adalah luka yang disebabkan oleh tekanan atau gesekan yang berlangsung terus-menerus pada area tonjolan-tonjolan tulang. Perawatan luka adalah tindakan merawat luka dengan upaya untuk mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman/bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">TUJUAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah terjadinya infeksi 2. Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan dan penyebaran luka. 3. Mempercepat penyembuhan. 	<p style="text-align: center;">FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEMBUHAN LUKA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi tekanan pada daerah luka dengan miring kanan-miring kiri setiap 2 jam selama 5 menit, penggunaan kasur atau bantal air / angin. 2. Pemenuhan nutrisi tinggi protein (Daging, ayam, telur, ikan, susu). 3. Perawatan luka yang rutin. 4. Menjaga kelembapan kulit dengan memberikan lotion atau minyak setelah mandi. 5. Menjaga kebersihan diri dan lingkungan (Daerah yang terbalut luka jangan sampai terkena air atau basah karena meningkatkan kelembapan pada kulit). <div style="text-align: center;">  </div>	<p style="text-align: center;">TANDA & GEJALA INFEKSI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas. • Nyeri atau sakit pada daerah luka. • Kemerahan pada kulit sekitar luka. • Bengkak pada daerah luka. • Terdapat cairan nanah dan berbau tidak sedap. <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">PERSIAPAN ALAT DAN BAHAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan / handscoon 2. Kassa steril 3. Plester 4. Larutan NaCl 5. Salep 6. Gunting 7. Kantong plastik <div style="text-align: center;">  </div>
--	--	---



8. Mencuci tangan :


- Turunkan selimut mandi atau kain penutup.
- Keataskan kedua tangan.
- etakkan handuk diatas dada dan lebarkan ke samping kiri dan kanan sehingga kedua lengan dapat diletakkan di atas handuk.
- Basahi kedua tangan dan sabun mulai dari lengan yang jauh dari perawat, kemudian yang lebih dekat lalu bilas sampai bersih, kemudian dikeringkan dengan handuk.



9. Mencuci punggung :

- Miringkan Pasien ke kiri.
- Bentangkan handuk di bawah punggung sampai bokong.

- Basahi punggung sampai bokong, lalu disabuni, dibilas dan selanjutnya dikeringkan dengan handuk.
- Bersihkan juga daerah genitalia / kemaluan, keringkan.



10. Mencuci Kaki :

- Basahi dan sabuni dari telapak kaki dan jari-jari serta sela-sela, bilas lalu keringkan.
- Lakukan untuk kaki yg satu dengan cara yang sama.


11. Memberikan body lotion untuk melembabkan kulit jika diinginkan.

12. Membantu pasien berpakaian.

13. Menyisir rambut

14. Merapikan tempat tidur, membersihkan dan mengembalikan alat-alat pada tempat semula.

15. Mencuci tangan.



MEMANDIKAN PASIEN DI ATAS TEMPAT TIDUR



Oleh :
PENY INDRAMATI
1930068

PROGRAM STUDI PEDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA

PENGERTIAN

Membersihkan tubuh pasien dengan menggunakan air dan sabun yang terbaring terbaring di atas tempat tidur.

TUJUAN

- Membersihkan kulit dan menghilangkan bau badan.
- Memberikan perasaan segar.
- Merangsang peredaran darah.
- Meningkatkan rentan gerak
- Mencegah infeksi kulit

PERSIAPAN ALAT

- Seperangkat alat-alat mandi (Sabun
- Satu stel pakaian bersih.
- Waskommandi berisi air hangat 2 buah.
- handuk.
- Handuk bersih 2 buah.
- Selimut mandi.
- Tempat pakaian kotor.
- Sketsel/korden.
- Waslap mandi 2 buah.

LANGKAH-LANGKAH

Cuci tangan

Bawa peralatan ke pasien.

tutup korden atau pin tu.

Pindahkan Selimut dan bantal dari tempat tidur, bila masih dibutuhkan gunakan bantal.

Perawat jaga / keluarga berdiri di sisi kiri atau kanan pasien.

Buka Pakaian bagian atas. kemudian tutup tutup dengan selimut mandi atau kain penutup.

Mencuci muka :

- Bentangkan handuk di bawah kepala, kepala, muka, telinga dan leher lalu lalu bersihkan dengan waslap lembab, lembab, lalu keringkan dengan handuk handuk

Tindakan Dukungan Spritual

1. Keluarga memberikan terapi murratal melalui audio yang diputar.
2. Keluarga dapat membacakan doa di samping pasien.
3. Selalu berada disamping pasien mengingatkan dan membimbing pasien untuk selalu berdoa dalam beraktivitas.
4. Keluarga memfasilitasi pertemuan dengan rohaniawan.
5. Keluarga memfasilitasi untuk melaksanakan kebutuhan spiritual sesuai batas kemampuan pasien.



EDUKASI DUKUNGAN SOSIAL DAN DUKUNGAN SPRITUAL



Oleh :
PENY INDRAWATI
1930068

PROGRAM STUDI PEDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA