

KARYA TULIS AKHIR

**KAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS *END STAGE RENAL
DISEASE* (ESRD) PRE HD DI RUANG
PERAWATAN MUTIARA
RUMAH SAKIT PHC
SURABAYA**



Oleh :
VAMILA MEYDIAWATI, S.Kep.
NIM.193.0088

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

KARYA TULIS AKHIR

**KAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS *END STAGE RENAL
DISEASE* (ESRD) PRE HD DI RUANG
PERAWATAN MUTIARA
RUMAH SAKIT PHC
SURABAYA**

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)



Oleh :

VAMILA MEYDIAWATI, S.Kep.

NIM.193.0088

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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Kajian Karya Ilmiah Akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan penulisan asuhan keperawatan sebelum dikaji, terutama pada Bab 3. Penulis juga menambahkan referensi pada Bab 2. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 10 Juli 2020
Penulis

Vamila Meydiawati, S.Kep.
NIM. 193.0088

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Vamila Meydiawati, S.Kep

NIM : 193.0088

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : KajianAsuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Diagnosa Medis End Stage Renal Disease (EsrD) Pre HD
Di Ruang Perawatan Mutiara Rumah Sakit PHC
Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Surabaya, 22 Juli 2020

Pembimbing



Nisha Dharmayanti Rinarto, S.Kep., Ns., M.Si
NIP.03045

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Vamila Meydiawati
NIM. : 193.0088
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : KajianAsuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Diagnosa Medis End Stage Renal Disease (EsrD) Pre
HD Di Ruang Perawatan Mutiara Rumah Sakit PHC
Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang
Tauh Surabaya, pada :

Hari, Tanggal : Kamis, 23 Juli 2020

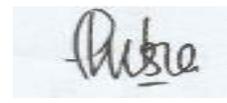
Bertempat, di : Stikes Hang Tauh Surabaya

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

Penguji I : Wiwiek Lestyningrum, S.Kp., M.Kep
NIP.0401



Penguji II : Nisha Dharmayanti Rinarto, S.Kep., Ns., M.Si
NIP.03045



Mengetahui,
STIKES Hang Tauh Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Wiwiek Lestyningrum, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Nisha Dharmayanti Rinarto, S.Kep., Ns., M.Si selaku Pembimbing yang penuh keabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ini.

5. Ibu Wiwiek Lestyningrum, S.Kp., M.Kep selaku penguji yang saya hormati
6. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
7. Teman-teman sealmamater profesi ners A10 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa 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 Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 23 Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Contents

KARYA TULIS ILMIAH.....	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	13
1.2. Rumusan Masalah.....	15
1.3. Tujuan Penelitian.....	15
1.3.1. Tujuan Umum.....	15
1.3.2. Tujuan Khusus.....	16
1.4. Manfaat Penelitian.....	16
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	16
1.4.2. Manfaat Praktis.....	17
1.5. Metode Penulisan.....	18
1.5.1 Metode.....	18
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	18
1.5.3 Sumber Data.....	18
1.5.4 Studi Pustaka.....	18
1.6. Sistematika Penulisan.....	18
1.6.1 Bagian Awal.....	18
1.6.2 Bagian Inti.....	18
1.6.3 Bagian Akhir.....	19
BAB 2 TINJAUAN KASUS	
2.1 Konsep ESRD.....	20
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Ginjal.....	20
2.1.2 Definisi.....	23
2.1.3 Etiologi.....	23
2.1.4 Patofisiologi.....	24
2.1.5 Kerangka Masalah Keperawatan.....	25
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	27
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	28
2.1.8 Penatalaksanaan.....	28
2.2 Konsep Hemodialisi.....	29
2.2.1 Definisi.....	29
2.2.2 Tujuan Hemodialisis.....	29
2.2.3 Peralatan Hemodialisis.....	30
2.2.4 Prinsip Kerja Hemodialisis.....	31
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	31
2.3.1 Pengkajian.....	31
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	34

2.3.3	Intervensi Keperawatan	34
BAB 3 TINJAUAN KASUS		
3.1	Asuhan Keperawatan	39
3.1.1	Pengkajian	39
3.1.2	Pemeriksaan Fisik	41
3.1.3	Pemeriksaan Penunjang	46
3.1.4	Terapi Medis	47
3.2	Diagnosa Keperawatan	47
3.3	Intervensi Keperawatan	49
3.4	Implementasi & Evaluasi Keperawatan.....	53
BAB 4 PEMBAHASAN		
4.1	Asuhan Keperawatan	60
4.1.1	Pengkajian	60
4.1.2	Pemeriksaan Fisik	65
4.1.3	Pemeriksaan Penunjang	73
4.1.4	Terapi Medis	74
4.2	Diagnosa Keperawatan	74
4.3	Intervensi Keperawatan	78
4.4	Implementasi Keperawatan	87
4.5	Evaluasi Keperawatan	88
BAB 5 PENUTUP		
5.1.	Simpulan.....	91
5.2.	Saran	93
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN 1.....		94
LAMPIRAN 2.....		98
LAMPIRAN 3.....		100
LAMPIRAN 4.....		102
LAMPIRAN 5.....		106

DAFTAR TABEL

Table 3.1 Hasil Laboratorium	46
Table 3.2 Pemberian Terapi Medis	47
Table 3.3 Intervensi Keperawatan.....	49
Table 3,4 Implementasi & Evaluasi Keperawatan.....	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal depan	20
Gambar 2.2 Anatomi Ginjal	21

DAFTAR LAMPIR

Lampiran 1 Curriculum Vitae	97
Lampiran 2 Motto & Persembahan	98
Lampiran 3 Sop Perhitungan Balance Cairan.....	100
Lampiran 4 Sop Hemodialisa.....	102
Lampiran 5 Discharge Planning.....	106

DAFTAR SINGKATAN

SINGKATAN

Dinkes	: Dinas Kesehatan
ESRD	: <i>End Stage Renal Disease</i>
HD	: Hemodialisa
IARC	: <i>International Agency for Reasearch on Cancer</i>
IDC	: <i>Infiltrating Ductal Carcinoma</i>
ILC	: <i>Infiltrating Lobular Carsinoma</i>
Kemkes RI	: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
PERABOI	: Perhimpunan Dokter Spesialis Bedah Onkologi Indonesia
PFI	: <i>Prolactin Inhibiting Factor</i>
PMK RI	: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
SAP	: Satuan Acara Penyuluhan
SMAN	: Sekolah Mengah Atas Negeri
S–O–R	: Stimulus, Organisme, Respons
TNM	: Tumor, Node, Metastasis
WHO	: <i>World Health Organization</i>

SIMBOL

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

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Ginjal merupakan organ tubuh yang sangat penting dalam sistem ekskresi dan sekresi, apabila ginjal gagal melaksanakan fungsinya, maka akan terjadi kerusakan pada pembuluh ginjal sehingga ginjal tidak bisa mempertahankan keseimbangan cairan dan zat-zat kimia di dalam tubuh. Zat kimia akan masuk ke dalam tubuh dan menimbulkan penyakit gagal ginjal (Siagian, 2018). Penyakit ginjal kronik (PGK) menggambarkan kerusakan ginjal dan/atau penurunan fungsi ginjal selama 3 bulan atau lebih dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 60 ml/menit/1,73 m² memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal (Ullu & Nurina, 2018). Penyebab PGK di berbagai negara hampir sama, akan tetapi berbeda dalam perbandingan persentasenya. PGK dapat disebabkan oleh diabetes mellitus, hipertensi, penyakit otoimun, keganasan, batu saluran kemih, infeksi saluran kemih dan lain-lain. PGK pada stadium awal adalah tidak bergejala, berarti bahwa deteksi dini hanya dapat terjadi melalui pemeriksaan laboratorium (Umayu, 2017).

Penyakit ginjal kronik (PGK) di dunia saat ini mengalami peningkatan dan menjadi masalah kesehatan yang serius, hasil penelitian *Global Burden of Disease* tahun 2010 menyatakan bahwa penyakit ginjal kronis merupakan penyebab kematian peringkat ke-27 di dunia pada tahun 1990 dan meningkat menjadi urutan ke-18 pada tahun 2010. Pada tahun 2011 sekitar 113.136 pasien di Amerika Serikat mengalam *End Stage Renal Disease* (ESRD) (Kemenkes, 2016). Mengutip dari Perkumpulan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI) mengatakan bahwa pada tahun

2018 terdapat sebanyak 132.142 pasien di Indonesia yang mengalami penyakit ginjal kronik (PGK) jumlah tersebut meningkat tajam dibandingkan dengan tahun sebelumnya, dimana pada tahun 2017 terdapat sebanyak 77.892 pasien yang menderita penyakit ginjal kronik (PGK), kasus tersebut 43% dialami oleh pasien dengan jenis kelamin wanita atau perempuan dan 57% dialami oleh pasien dengan berjenis kelamin laki-laki (IRR, 2018).

Hilangnya fungsi ginjal akan merusak kemampuan untuk mengatur keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa. Kerusakan filtrasi dan reabsorpsi menyebabkan penumpukan cairan pada tubuh, sehingga dibutuhkan tindakan untuk membantu kinerja ginjal dalam melakukan kemampuannya, Terapi hemodialisis merupakan teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa- sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisis pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi (Ullu & Nurina, 2018). Sistem dialisa bagi penderita PGK merupakan salah satu cara tindakan membantu kerja ginjal. Sedangkan pengobatan lain seperti transplantasi ginjal masih terbatas karena banyak kendala yang harus dihadapi, diantaranya ketersediaan donor ginjal, teknik operasi dan juga perawatan pada waktu pascaoperasi (Suhardjono, 2014). Keadaan ketergantungan terhadap mesin dialisa mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan penderita gagal ginjal terminal yang melakukan terapi hemodialisa, Perasaan kehilangan terhadap setiap aspek dari kehidupan normal yang pernah dimiliki akan terganggu (Dewi, Anita, & Syadruddin, 2015). Oleh sebab itu, pasien memerlukan hubungan yang erat dengan

seseorang yang bisa dijadikan tempat menumpahkan perasaannya pada saat stress dan kehilangan semangat.

Perawat sebagai pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan ketrampilan yang cukup untuk memberikan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD. Pasien dengan *End Stage Renal Disease* (ESRD) memerlukan tindakan yang tepat sehingga tidak memperburuk keadaan pasien, dan tidak menimbulkan komplikasi yang lain atau bahkan kematian. Pasien dengan *End Stage Renal Disease* (ESRD) dan menjalani terapi HD dalam pelaksanaan terapinya mengutamakan dalam pengelola atau pemantauan cairan dan pembatasan diet sehingga kebutuhan dasar pasien terpenuhi. Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan diagnosa media *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD di ruang perawatan mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya.

1.2. Rumusan Masalah

“Bagaimana asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan diagnosa media *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD di ruang perawatan mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD dengan menggunakan metode proses keperawatan berdasarkan teori dan praktek di ruang mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Memahami pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD di ruang perawatan mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah, dan menentukan diagnosa keperawatan pada kasus pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD di ruang perawatan mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD di ruang perawatan mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya.
4. Menelaah tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD di ruang perawatan mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya.
5. Menelaah pelaksanaan evaluasi tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD di ruang perawatan mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Manfaat dari karya tulis ilmiah ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan dalam melaksanakan proses keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD di ruang perawatan mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya.

1.4.2. Manfaat Praktis.

1. Manfaat Karya Tulis Ilmiah Bagi Penulis

Manfaat bagi penulis adalah karya tulis ilmiah ini dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD di ruang perawatan mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya sesuai dengan dokumentasi keperawatan

2. Manfaat Karya Tulis Ilmiah Bagi Perawat.

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan informasi untuk menambah pengetahuan (*kognitif*), keterampilan (*skill*), dan sikap (*attitude*) bagi instasi terkait khususnya dalam meningkatkan pelayanan terhadap pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD.

3. Manfaat Karya Tulis Ilmiah Bagi Rumah Sakit.

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan informasi bagi perawat yang ada di rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan pada pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD.

4. Manfaat Karya Tulis Ilmiah Bagi Institusi Pendidikan.

Hasil karya tulis ilmiah ini bisa dijadikan acuan untuk institusi pendidikan Ners Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya dalam rangka meningkatkan mutu pendidikan di masa yang akan datang.

1.5. Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode penulisan yang penulis gunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif, dimana penulis mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease (ESRD) Pre HD*.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Menganalisa

Data diambil dari penulis sebelumnya

1.5.3 Sumber Data

1. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari penulis sebelumnya tanpa melakukan perubahan.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan mempelajari sumber buku keperawatan medikal bedah, atau yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6. Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1.6.1 Bagian Awal

Memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto, dan persembahan, kata pengantar, dan daftar isi.

1.6.2 Bagian Inti

1. BAB 1 : Pendahuluan berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

2. BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease (ESRD)*.
3. BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi.
4. BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan, dan hasil telaah hasil karya tulis sebelumnya
5. BAB 5 : Penutup berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian Akhir

Terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

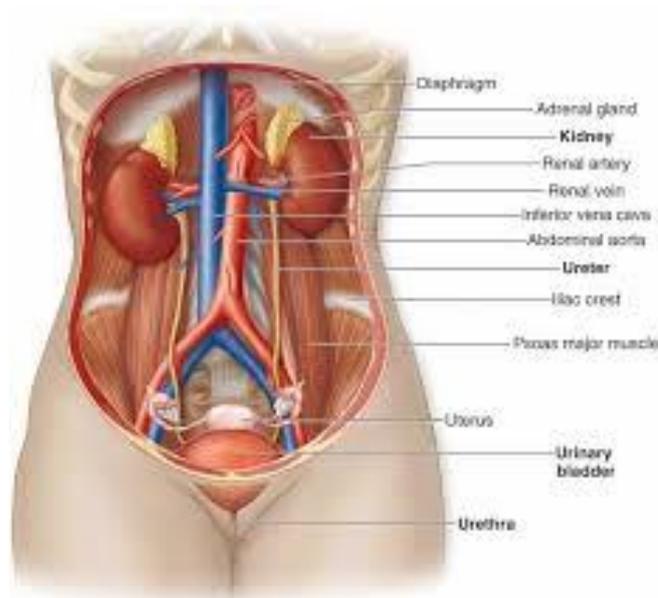
TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi: 1) Konsep , 2) Konsep Asuhan Keperawatan (Penyakit).

2.1 Konsep End Stage Renal Disease

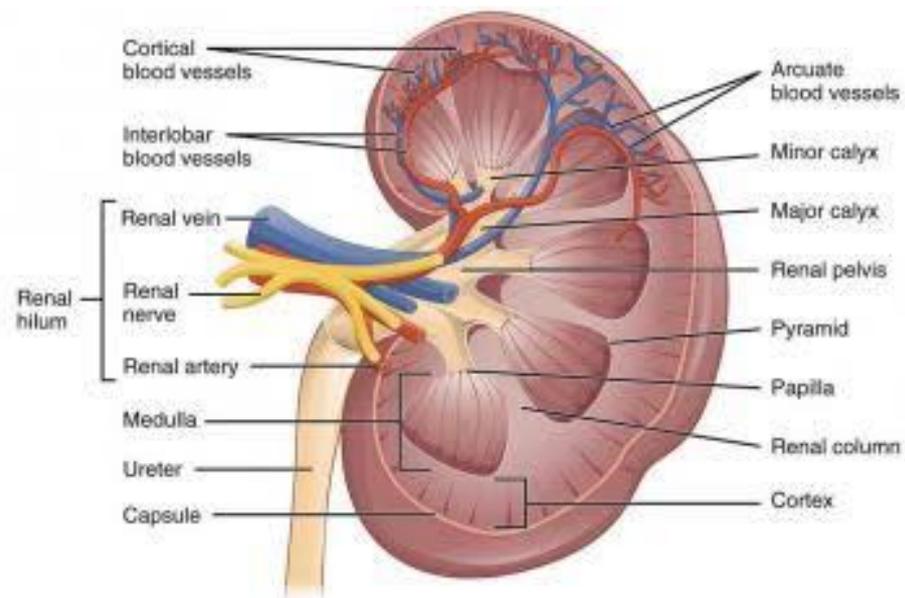
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi Ginjal

Ginjal merupakan salah satu organ yang memiliki fungsi penting di dalam tubuh. Fungsi ginjal diantaranya mengatur konsentrasi garam dalam darah dan mengatur keseimbangan asam basa, dengan cara menyaring, membersihkan dan membuang kelebihan cairan dan sisa-sisa metabolisme dalam darah. Ginjal juga membantu memproduksi sel-sel darah merah, memproduksi hormone yang mengatur dan melakukan control atas tekanan darah, serta membantu menjaga tulang tetap kuat (Nursalam, 2016).



Gambar 2.1 Anatomi Ginjal tampak depan (Sumber : Oliver, 2013)

Ginjal terletak pada dinding posterior abdomen terutama didaerah lumbal, disebelah kanan dan kiri tulang belakang, dibungkus lapisan lemak yang tebal dibelakang peritonium. Kedudukan ginjal dapat diperkirakan dari belakang, mulai dari ketinggian vertebra torakalis terakhir sampai vertebra lumbalis ketiga. Dan ginjal kanan sedikit lebih rendah dari ginjal kiri karena tertekan oleh hati (Oliver, 2013). ginjal panjangnya antara 12 cm sampai 13 cm, lebarnya 6 cm dan tebalnya antara 1,5 sampai 2,5 cm, pada orang dewasa berat ginjal antar 140 sampai 150 gram. Bentuk ginjal seperti kacang dan sisi dalamnya atau hilus menghadap ketulang belakang, serta sisi luarnya berbentuk cembung. Pembuluh darah ginjal semuanya masuk dan keluar melalui hilus. Diatas setiap ginjal menjulang kelenjar suprarenal.



Gambar 2.2 Anatomi ginjal (Sumber :Oliver, 2013)

Secara umum struktur makroskopis ginjal terdiri dari beberapa bagian:

1. *Korteks*, yaitu bagian ginjal di mana di dalamnya terdapat/ terdiri dari korpus renalis/ Malpighi (glomerulus dan kapsul Bowman), tubulus kontortus proksimal dan tubulus kontortus distalis.

2. *Medula*, yang terdiri dari 9-14 pyramid. Di dalamnya terdiri dari tubulus rektus, lengkung Henle dan tubulus pengumpul (ductus colligent).
3. *Hilus renalis*, yaitu suatu bagian/ area di mana pembuluh darah, serabut saraf atau duktus memasuki/ meninggalkan ginjal.
4. *Papilla renalis*, yaitu bagian yang menghubungkan antara ductus pengumpul dan calix minor.
5. *Calix minor*, yaitu percabangan dari calix major.
6. *Calix major*, yaitu percabangan dari pelvis renalis.
7. *Pelvis renalis*, disebut juga piala ginjal, yaitu bagian yang menghubungkan antara calix major dan ureter.

Urin berasal dari darah yang dibawa arteri renalis masuk kedalam ginjal. Darah ini terdiri dari bagian yang padat yaitu sel darah dan bagian plasma darah, kemudian akan disaring dalam tiga tahap yaitu filtrasi, reabsorpsi dan ekresi (Nursalam, 2016). Proses filtrasi terjadi di glomerulus, proses ini terjadi karena proses aferen lebih besar dari permukaan eferen maka terjadi penyerapan darah. Sedangkan sebagian yang tersaring adalah bagian cairan darah kecuali protein. Cairan yang disaring disimpan dalam simpai bowmen yang terdiri dari glukosa, air, natrium, klorida sulfat, bikarbonat dll, yang diteruskan ketubulus ginjal. Proses reabsorpsi terjadi penyerapan kembali sebagian besar dari glukosa, natrium, klorida, fosfat, dan ion bikarbonat. Prosesnya terjadi secara pasif yang dikenal dengan proses obligator. Reabsorpsi terjadi pada tubulus proksimal, sedangkan pada tubulus distal terjadi penyerapan kembali natrium dan ion bikarbonat bila diperlukan. Penyerapannya terjadi secara aktif, dikenal dengan reabsorpsi fakultatif dan sisanya dialirkan pada papila renalis. Proses ekresi

pada proses ini sisa dari penyerapan urin kembali yang terjadi pada tubulus dan diteruskan pada piala ginjal selanjutnya diteruskan ke ureter dan masuk ke fesika urinaria.

2.1.2 Definisi

Gagal ginjal kronik atau penyakit ginjal tahap akhir (ESRD/PGTA) adalah penyimpangan progresif fungsi ginjal yang tidak dapat pulih, dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan, dan elektrolit mengalami kegagalan, yang dapat menyebabkan uremia.

Penyakit ginjal kronis didefinisikan sebagai penurunan GFR selama lebih dai 3 bulan atau adanya bukti kerusakan ginjal, penanda (*biomarker*) kerusakan ginjal adalah albuminuria, kelainan sedimen urine, kelainan elektrolit yang terkait dengan tubulus, atau kelainan struktural ginjal yang dideteksi dengan pemeriksaan histologi atau *imaging* (USG).

ESRD adalah penurunan fungsi ginjal berlangsung secara bertahap dan bersifat ireversibel sehingga tidak dapat disembuhkan kembali, hanya bisa ditangani dengan cara dialysis atau transplantasi ginjal (Angraini & Putri, 2016a).

2.1.3 Etiologi

Menurut (Warianto, 2013) Berikut adalah beberapa penyebab yang mengakibatkan ESRD, seperti :

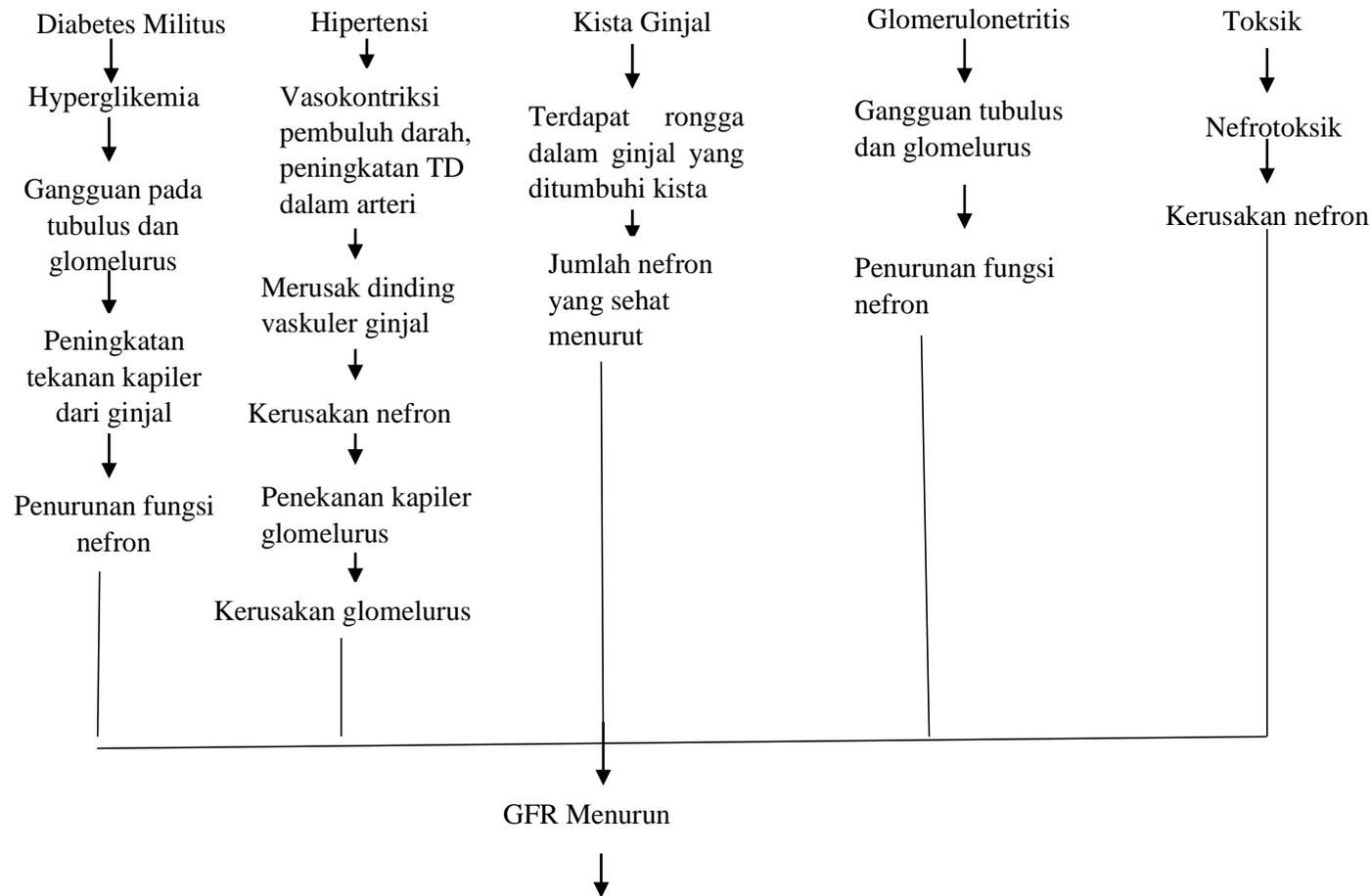
1. Penyakit metabolik seperti Diabetes mellitus
2. Hipertensi
3. Penyakit peradangan (Glomelurusnephritis)
4. Penyakit kongenital dan herediter

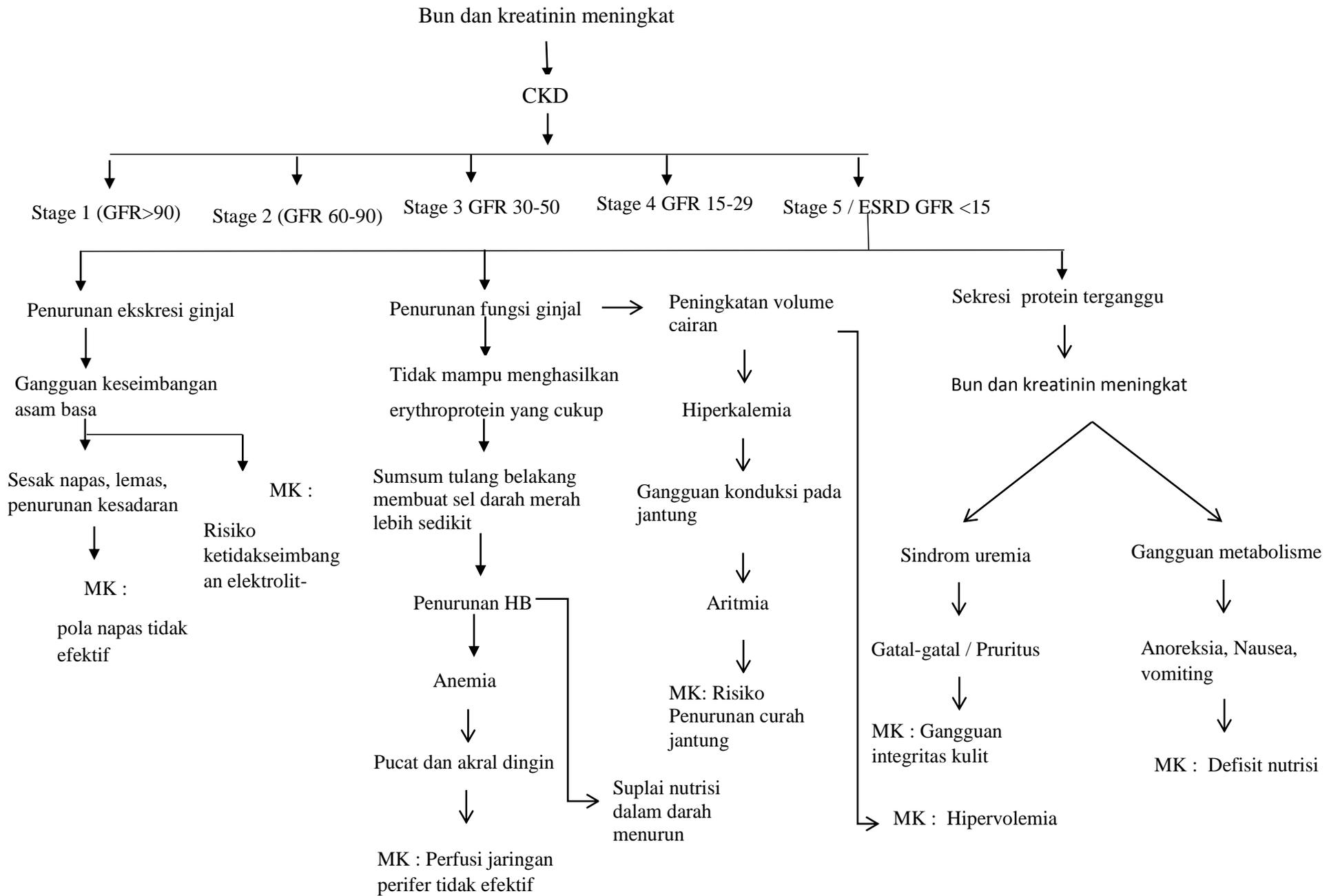
5. Nefropati toksik

2.1.4 Patofisiologi

Pada penyakit ginjal biasanya terjadi menurunnya fungsi ginjal, sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) ada yang utuh dan yang lainnya rusak. Akibatnya nefron yang utuh atau sehat mengambil ahli tugas nefron yang rusak. Nefron yang sehat akhirnya meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsinya dan ekskresinya meski GFR mengalami penurunan, serta mengalami hipertropi. Semakin banyak nefron yang rusak maka beban kerja pada nefron yang sehat semakin berat yang pada akhirnya akan mati. Fungsi renal menurun akibatnya produk akhir metabolisme dari protein yang seharusnya diekskresikan kedalam urin menjadi tertimbun dalam darah dan terjadi uremia yang mempengaruhi semua sistem tubuh (Angraini & Putri, 2016a). Pada gagal ginjal kronik, fungsi ginjal meurun secara drastis yang berasal dari nefron dan mengalami penurunan GFR rata-rata 50%. Hal tersebut biasanya menyebabkan munculnya tanda dan gejala poliuria (sering buang air kecil), hipertensi dan sesekali terjadi anemia pada gagal ginjal. Selain itu, selama terjadi kegagalan fungsi ginjal maka pada keseimbangan cairan dan elektrolit pun akan mengalami ketergangguan. Pada hakikatnya tanda dan gejala gagal ginjal kronik hampir sama dengan gagal ginjal akut, namun persamaan waktunya saja yang membedakan. Perjalanan dari Chronic renal failure tersebut akan membawa dampak yang sangat sistemik terhadap seluruh sistem yang ada di dalam tubuh dan sering akan mengakibatkan komplikasi yang sangat bertahap (Umaya, 2017).

2.1.5 Kerangka Masalah Keperawatan





2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut (Imelda, Susalit, Marbun, & Rumende, 2017) adalah sebagai berikut :

1. Gangguan kardiovaskuler

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

2. Gangguan pulmoner

Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan spuntum kental.

3. Gangguan gastrointestinal

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

4. Gangguan integumen

Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning – kuning akibat penimbunan urokrom (hasil pemecahan hemoglobin dan yang membuat warna urin), gatal – gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.

5. Gangguan perkemihan :

Terjadi penurunan fungsi dari glomerulus, biasanya retensi garam dan air, tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia, proteinuria, BUN dan kreatinin meningkat, serta terjadi dysuria maupun anuria.

6. Sistem hematologi

Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin, sehingga rangsangan eritopoiesis pada sum – sum tulang berkurang, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopenia

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Urine : untuk mengetahui kandungan protein pada urine, semakin banyak protein yang ikut keluar bersama urine, hal tersebut menandakan semakin besar juga kerusakan yang terjadi pada ginjal.
2. Faal ginjal : pemeriksaan faal ginjal meliputi pemeriksaan kreatinin dan BUN dimana pada pasien dengan gangguan ginjal akan mengalami peningkatan kreatini dan kadar BUN dalam darah.
3. Ultrasonografi : pada pasien dengan gagal ginjal biasanya menunjukkan adanya obstruksi atau jaringan parut pada ginjal.
4. Laboratorium darah : pada pasien dengan gangguan ginjal biasanya ditemukan jumlah Hb menurun atau lebih rendah dari biasanya.

2.1.8 Komplikasi

Menurut (Susianti, 2019) komplikasi pada pasien penyakit ginjal kronik sebagai berikut.

1. Hipertensi
2. Anemia
3. Penyakit tulang

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan PGK dibagi menjadi 2 tahapan. Tahap yang pertama adalah untuk mencegah progresivitas penyakit ginjal kronik bisa dilakukan dengan cara, antara lain pengaturan diet (protein, fosfat, kalium dan glukosa), penyesuaian dosis obat yang diberikan dan juga pemberian edukasi (Price & Watson, 2015). Tahap selanjutnya dilakukan ketika tahapan pengobatan yang pertama sudah tidak mampu untuk mengatasinya berupa terapi pengganti ginjal (Lemone & Burke, 2010). Pasien yang telah mengalami penyakit ginjal stadium akhir biasanya ditandai dengan uremia, pada stadium ini harus dilakukan terapi pengganti ginjal. Terdapat dua terapi pengganti ginjal yang pertama adalah dialisis (hemodialisis dan peritoneal dialisis) dan yang kedua adalah transplantasi ginjal.

2.2 Konsep Hemodialisis

2.2.1 Definisi

Hemodialisa merupakan proses eliminasi sisa-sisa produk metabolisme (protein) dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit antara kompartemen darah dan dilisat melalui selaput membrane semipermeabel yang berperan sebagai ginjal buatan (Permanasari, 2012). hemodialisis adalah suatu terapi yang digunakan untuk menggantikan fungsi ginjal yang rusak dengan menggunakan suatu alat yang dinamakan mesin hemodialisis, yang nantinya akan terjadi proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi yang bertujuan untuk mengeluarkan sisa metabolisme dalam tubuh.

2.2.2 Tujuan hemodialisis

Tujuan dari hemodialisis itu sendiri diantaranya adalah untuk menggantikan fungsi kerja ginjal untuk proses ekskresi (membuang produk sisa metabolisme dalam tubuh, misalnya ureum, kreatinin, dan produk sisa metabolisme lainnya),

fungsi lainnya seperti menggantikan fungsi ginjal untuk mengeluarkan cairan tubuh yang pada saat ginjal masih sehat cairan tersebut dikeluarkan berupa urin, meningkatkan kualitas hidup pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal serta mempunyai fungsi untuk menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu pengobatan lainnya (Suhardjono, 2014).

2.2.3 Peralatan hemodialysis

1. Mesin hemodialysis

Mesin hemodialisis adalah suatu mesin khusus yang dirancang untuk hemodialisis. Mesin ini mengatur dialisat dengan sistem proporsional, memantau tekanan dan konduktivitas dialisat dan darah, mengatur suhu, kecepatan aliran darah dan dialisat. Terdapat beberapa sensor untuk mendeteksi dan pencegahan resiko komplikasi, pompa darah untuk mengalirkan darah dan syringe pump untuk pemberian antikoagulan.

2. Dialiser

Dialiser adalah tempat dimana proses hemodialisis berlangsung, tempat terjadinya pertukaran zat-zat dan cairan dalam darah dan dialisat. Dialiser merupakan kunci utama proses hemodialisis, karena yang dilakukan oleh dialiser sebagian besar dikerjakan oleh ginjal yang normal. Dialiser terdiri dari 2 kompartemen masing-masing untuk cairan dialisat dan darah. Kedua kompartemen dipisahkan membran semipermeabel yang mencegah cairan dialisat dan darah bercampur jadi satu.

3. Dialisat

Dialisat adalah cairan yang digunakan untuk menarik limbah tubuh dari darah. Sementara sebagai buffer umumnya digunakan bikarbonat yang

bersifat basa, dibandingkan dengan buffer natrium, walaupun sama sama bersifat basa tetapi bikarbonat memiliki risiko lebih kecil untuk menyebabkan hipotensi. Kadar setiap zat di cairan dialisis juga perlu diatur sesuai kebutuhan. Sementara itu, air yang digunakan harus diproses agar tidak menimbulkan risiko kontaminasi (Suhardjono, 2014).

2.2.4 Prinsip kerja hemodialysis

Tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi. Toksin dan zat limbah di dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi dengan cara bergerak dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi, ke cairan dialisis dengan konsentrasi yang lebih rendah (Lavey, 2011). Cairan dialisis tersusun dari semua elektrolit yang penting dengan konsentrasi yang ideal buat tubuh. Unsur-unsur yang biasanya ada adalah Ca^{++} , Mg^{+} , K^{+} , Na , Cl^{-} , glukosa dan asetat. Urea, kreatinin, asam urat dan fosfat akan mudah berdifusi dari darah ke cairan dialisis karena pada cairan dialisis tidak memiliki unsure-unsur tersebut (Suhardjono, 2014).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD

Konsep asuhan keperawatan pada pasien *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD akan diuraikan secara runtut, mulai dari pengkajian, kemudian dilanjutkan dengan diagnosis keperawatan, dan rencana keperawatan.

2.3.1 Pengkajian

1. Data umum

Data umum ini meliputi nama, usia (biasanya terjadi pada usia 50-70 tahun), jenis kelamin (lebih banyak terjadi pada laki-laki, dibanding perempuan), pekerjaan .

2. Keluhan utama

Keluhan sangat bervariasi, bisa berupa output urine menurun (oliguria sampai anuria), anoreksia, mual, muntah, fatigue, nafas bau urea, sesak nafas, edema, pucat, dan hematuria (Prabowo & Pranata, 2014).

3. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya mengkaji output urine, perubahan pola napas, kelemahan fisik, serta adanya perubahan pada kulit.

4. Riwayat penyakit dahulu.

Berkaitan dengan riwayat penyakit yang diderita sebelumnya seperti GGA, HT, DM.

5. Riwayat penyakit keluarga

Mengkaji apakah keluarga pernah menderita, atau memiliki penyakit yang sama sebelumnya.

6. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum dan TTV

Keadaan umum : biasanya pasien akan tampak lemah.

Tanda-tanda vital : sering di dapatkan perubahan RR menjadi meningkat, tekanan darah meningkat.

2) Persistem

B1 (*breathing*) didapatkan hasil pasien bernafas dengan bau uremia, pergerakan dada akan cepat karena pola napas juga cepat dan dalam (kustaul), batuk dengan ada tidaknya sputum kental dan banyak apabila ada edema paru batuk akan produktif menghasilkan sputum merah muda dan encer. Perkusi pada seluruh lapang paru normalnya

resonan dan pada CKD pekap apabila paru terisi cairan karena edema (Imelda et al., 2017)

B2 (*Blood*) didapatkan hasil tekanan darah meningkat, Pada klien dengan gangguan ginjal yang disertai dengan hipertensi akan terjadi disritmia jantung dan akan terdengar bunyi jantung murmur (biasanya pada lansia) (Pranandari & Supadmi, 2015)

B3 (*brain*) biasanya pada pasien gagal ginjal kronik tetapi tidak ingin menjalankan hemodialisa akan terjadi penurunan kesadaran akibat penumpukan zat-zat toksik yang harusnya dikeluarkan oleh tubuh tetapi terserat kemabali.

B4 (*bladder*) pada pasien dengan gangguan ginjal akan terjadi penurunan output urine ≤ 400 ml / hari, urine yang dikeluarkan akan berwarna lebih pekat dan berbusa karena terjadi proteiuri akibat penurunan fungsi ginjal (goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee & Perdana, 2018).

B5 (*bowel*) pada pasien dengan gangguan pada ginjal didapatkan adanya mual muntah, anoreksia dan diare sekunder dari bau mulut ammonia, kulit abdomen akan tampak mengkilap karena asites dan, akan mengeluh nyeri pada saat dilakukan pemeriksaan di sudut costo-vertebrae pada penderita penyakit ginjal (Muttaqin, 2011)

B6 (*bone*) di dapatkan nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, nyeri kaki (memburuk saat malam hari), kulit gatal, ada/berulangnya infeksi, pruritus, demam (sepsis, dehidrasi), ptekie, area ekimosis pada kulit,

fraktur tulang, defisit fosfat kalsium pada kulit, keterbatasan gerak sendi, terjadi oedem pada ekstremitas (Muttaqin, 2011).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan di tetapkan berdasarkan analisa dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diganosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata dan kemungkinan terjadi dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat, diagnosa yang muncul adalah diagnosa keperawatan yang bersumber dari Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017).

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan metabolisme regulasi di tandai dengan edema, perubahan tekanan darah, asites.
2. Resiko penurunan curah jantung di tandai dengan fakto resiko penurunan irama jantung.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
4. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
5. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi haemoglobin
6. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi perubahan nutrisi

2.3.3 Intervensi Keperawatan

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan metabolisme regulasi di tandai dengan edema, perubahan tekanan darah, asites.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam di harapkan kelebihan volume cairan berkurang

Kriteria Hasil :

- (1) Edema menurun
- (2) Tekanan darah dalam batas normal

Intervensi :

- 1) Kaji status cairan output dan input, ada odema atau tidak
 - 2) Identifikasi sumber potensial cairan
 - 3) Jelaskan pada px dan keluarga tentang manajemen cairan
 - 4) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian deuretik
2. Resiko penurunan curah jantung di tandai dengan fakto resiko penurunan irama jantung

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x 24 jam di harapkan curah jantung meningkat

Kriteria Hasil :

- (1) Tekanan darah dalam batas normal
- (2) irama dan frekuensi jantung stabil
- (3) CRT kurang dari 2 detik, tidak ada odema atau asites

Intervensi :

- 1) Observasi TTV untuk evaluasi awal
 - 2) Auskultasi bunyi nafas
 - 3) Berikan lingkungan yang nyaman dan kurangi aktivitas
 - 4) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam di harapkan status nutrisi meningkat

Kriteria hasil :

- (1) Mual menurun
- (2) Muntah menurun
- (3) Tanda-tanda vital normal

Intervensi :

- 1) kaji status nutrisi pasien
 - 2) pantau asupan (output + input) makanan serta timbang berat badan secara periodik
 - 3) anjurkan melakukan perawatan mulut sebelum dan sesudah mengkonsumsi makanan
 - 4) konsultasi dengan ahli gizi untuk menetapkan komposisi dan jenis diit yang tepat
4. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x24 jam diharapkan pola nafas membaik

Kriteria Hasil :

- (1) dispnea menurun
- (2) penggunaan otot bantu napas menurun
- (3) frekuensi napas membaik
- (4) kedalaman napas membaik
- (5) kesulitan bernapas menurun

Intervensi :

- 1) Monitor frekuensi napas, kedalaman, dan upaya napas
 - 2) Auskultasi adanya bunyi napas
 - 3) Monitor saturasi oksigen
 - 4) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
5. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi haemoglobin

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..x 24 jam maka perfusi perifer meningkat

Kriteria hasil :

- (1) Denyut nadi perifer meningkat
- (2) Penyembuhan luka meningkat
- (3) Warna kulit pucat menurun
- (4) Edema perifer menurun
- (5) Akral membaik
- (6) Turgor kulit membaik

Intervensi :

- 1) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)
- 2) Monitor bengkak pada ekstermitas
- 3) Monitor tekanan darah
- 4) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
- 5) Monitor hasil laboratorium
- 6) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian tranfusi darah jika kadar Hb turun

6. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelebihan volume cairan

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam diharapkan Integritas Kulit meningkat

Kriteria hasil :

- (1) Kemerahan menurun
- (2) Pigmentasi abnormal menurun
- (3) Suhu kulit membaik
- (4) Sensasi membaik
- (5) Tekstur membaik

Intervensi :

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)
- 2) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
- 3) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.
- 4) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD maka penulis menyajikan kasus Ny. S yang penulis amati dari tanggal 11 November 2019 - 13 November 2019 di Ruang Perawatan Mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya.

3.1 Asuhan Keperawatan Pada Ny. S

3.1.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny. S berusia 54 tahun. Pasien bersuku Jawa dan berbangsa Indonesia, pasien beragama Islam, pendidikan terakhir pasien adalah Sekolah Menengah Atas (SMA). Status pasien sudah menikah dan mempunyai 1 (satu) orang suami, dan 4 (empat) orang anak, 3 (tiga) perempuan dan 1 (satu) laki-laki. Pasien tinggal bersama 3(tiga) anak perempuannya di koata Surabaya, pasien adalah seorang ibu rumah tangga. Pasien masuk ruangan Mutiara Rs. PHC Surabaya pada tanggal 11 November 2019 pukul 13.00 WIB dengan nomor rekam medik 57-89-xx. Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 November 2019 pukul 15.00 WIB. Pasien dirawat dengan diagnosa medis ESRD (*End Stage Renal Disease*).

2. Riwayat penyakit

a. Keluhan Utama

Pasien mengeluh susah tidur, dan badan terasa lemas, kadang-kadang terasa pusing, mual, dan muntah

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 11 November 2019 datang ke IGD Rumah Sakit PHC karena pasien pada tanggal 12 November akan menjalani HD rutin dan keadaan umum pasien tampak lemas, GCS 456, akral teraba dingin, pasien mengatakan badan lemas sudah sekitar 1 minggu yang lalu tetapi selama 5 hari yang lalu lemas disertai dengan pusing. Pasien HD reguler di Rumah Sakit PHC pada hari selasa- jumat. Tidak terdapat av-shunt dan double lument.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit HT kurang lebih sejak tahun 2010, dan rutin mengkonsumsi amlodipin 10 mg, pasien mengatakan menderita gagal ginjal sejak 6 tahun terakhir dan sudah menjalani cuci darah sejak 5 tahun terakhir.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan bahwa di keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit ginjal seperti pasien, tetapi Alm. Ibu pasien mempunyai riwayat penyakit Diabete Mellitus (DM).

e. Riwayat Alergi

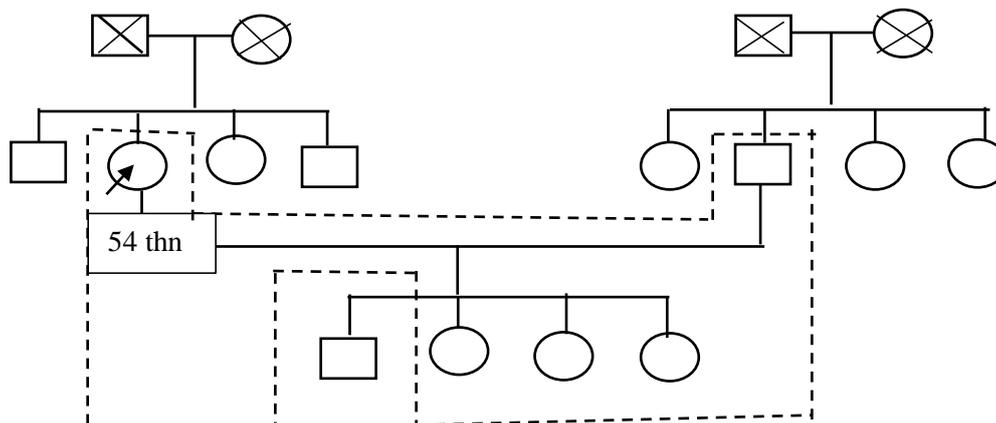
Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki alergi pada obat-obatan maupun pada makanan atau minuman.

f. Keadaan Umum

Pasien memiliki kesadaran cmposmentis GCS eye 4, verbal 5, dan motorik 6 dengan total nilai kesadaran 15. Tanda-tanda vital seperti

tekanan darah : 180/80 mmHg, nadi : 100 x/menit, suhu : 36,4°c,
 respirasi : 20 x/menit. Pasien tampak lemas

Bagan Genogram



Keterangan:

□ Laki-laki

○ Perempuan

↗ Pasien

✕ Meninggal

---- Tinggal serumah

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breath*/ pernapasan)

Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pada pernapasan, hanya batuk kering sudah 5 hari dan tidak terdapat dahak. Jalan napas tampak paten, tidak terdapat otot bantu napas, pergerakan dada simetris, pernapasan berbau uremia, RR : 20 x/menit, SPO₂ : 97%, tidak terdapat sianosis, terdapat fermitus taktil, terdengar sonor, dan bunyi nafas vesikuler.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. B2 (*Blood/* sirkulasi)

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi. Pada observasi tanda-tanda vital ditemukan bahwa nilai tekanan darah (TD) : 180/80, suhu (S) : 36,4°C, nadi (N) : 100 x/ menit, irama jantung reguler, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, terdengar S1 S2 tunggal lub dup, CRT 3 detik, akral teraba dingin, pasien tampak pucat, konjungtiva tampak anemis. pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil hemoglobin 5.5 g/dl

Masalah Keperawatan : Perfusi Perifer Tidak Efektif

3. B3 (*Brain/* persarafan)

Pada pemeriksaan fisik B3 didapatkan hasil GCS E4 V5 M6, bentuk kepala simetris, tidak ada lesi dikepala, pasien mengeluh nyeri di kepala, nyeri terasa cenus-cenus, skala nyeri 3, nyeri terasa hilang timbul. Tidak terdapat hemiparesis, dan tidak ada kelemahan pada anggota tubuh. Pada nervus I (olfaktorius) pasien tidak kesulitan mencium bau, nervus II (optikus) pasien tidak ada gangguan penglihatan hanya saja ketika pasien membaca harus menggunakan kacamata baca, nervus III (okulomotorius) pasien tidak ada kesulitan dalam pergerakan bola mata, nervus VI (troklearis) pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan kebawah, nervus V (trigeminus) pasien mampu mengunyah makanan dan menggerakkan alis, nervus VI (abduksen) pasien dapat menggerakkan bola mata kearah lateral, nervus VII (facialis) pasien tidak mengalami pelu, wajah pasien simetris, pasien dapat menjulurkan lidah, nervus VIII (vestibulokoklearis) pasien tidak mengalami gangguan pada pendengaran, nervus IX (glossofarineus) pasien tidak ada gangguan dalam menelan dan pasien mampu menjulurkan

lidah, nervus X (vagus) pasien dapat membuka mulut dan tidak ada nyeri telan, XI (aksesoris) pasien dapat menggerakkan kepala, mengangkat bahu dengan baik, XII (hipoglossus) pasien dapat menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. B4 (*Bladder*)

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dalam perkemihan. Pemeriksaan fisik B4 didapatkan hasil tidak tampak adanya penggunaan urin kateter, eliminasi urin dibantu pispot atau pasien BAK di kamar mandi dengan dibantu oleh keluarga, frekuensi BAK ketika dirumah \pm 2-3 kali dalam sehari (400 cc/hari), dengan frekuensi minum \pm 6 gelas/ hari (1 gelas 240 ml), BAK ketika dirumah sakit \pm 1-2 kali dalam sehari (200cc), dengan frekuensi minum maksimal \pm 3 gelas / hari (1 gelas 240 ml). Urine tampak lebih pekat dan berbusa

Masalah Keperawatan : hipervolemia

5. B5 (*Bowel/ Pencernaan*)

Pada pemeriksaan B5 didapatkan hasil pemeriksaan mulut berish, mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, tidak terdapat gigi palsu, tidak tampak pembesaran kelenjar tiroid, abdomen tampak asites, eliminasi alvi 1x sehari, warna dan khas feces, tidak ada hemoroid, terdapat bau mulut, tidak terdapat nyeri tekan pada area epigastrik. Pasien mengatakan merasakan mual \pm 2 kali sehari, pasien mengatakan nafsu makan ketika dirumah sakit menurun . Sebelum masuk rumah sakit pasien sehari makan 3x, makan habis 1 porsi.

Ketika di rumah sakit pasien mengatakan makan 3x1 hari dan menghabiskan 1 porsi tetapi makannya tidak langsung habis jadi harus perlahan-lahan dikarenakan terdapat rasa mual dan ingin muntah . Pasien mengatakan sudah melakukan HD selama 5 tahun.

Masalah Keperawatan : Nausea.

6. B6 (*Bone* / Muskuloskeletal) dan Sistem Integumen

Pada pemeriksaan B6 dan sistem integumen didapatkan hasil pasien mengatakan kedua kaki pasien terasa berat karena bengkak. Ketika dilakukan pemeriksaan fisik tidak tampak adanya luka dicubitus, warna kulit sawo matang kehitaman, terdapat oedema di ekstermitas bawah dan tangan kanan, ketika di lakukan palpasi tampak pitting edema, kulit tampak kering dan megkilap, tidak terdapat fraktur, kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 5555 & 5555 \\ \hline 5555 & 5555 \end{array}$$

pada perhitungan balance cairan didapatkan pasien kelebihan 520cc

Masalah Keperawatan : Hipervolemia, Risiko gangguan integritas kulit

7. Pola Istirahat Tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur malam mulai pukul 21.00 sampai dengan pukul 05.00 WIB, sedangkan untuk siang hari mulai pukul 13.00 sampai dengan 14.30. Jam tidur ketika dirumah sakit ketika malam hari pasien tidur mulai pukul 20.00 sampai dengan 04.30 , dan siang hari mulai pukul 12.00 sampai dengan 15.00 WIB.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Sistem Penginderaan

Pada pemeriksaan sistem pengelihatan pupil bulat isokor, konjungtiva anemis, tidak tampak ikterik. Pada sistem penciuman tampak bentuk hidung simetris, tidak terlihat polip pada hidung, dan tidak tampak terdapat kelainan. Pada sistem pengecapan tidak terdapat kelainan, pasien mengatakan masih bisa merasakan rasa. Pada sistem pendengaran tampak bentuk simetris, tidak ada kelainan, telinga tampak bersih.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9. Sistem Endokrin

Keadaan tiroid normal, pasien mengatakan tidak memiliki penyakit diabetes mellitus. Tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid.

10. Sistem Reproduksi

Pasien mengatakan tidak menggunakan KB dan saat ini pasien sudah manopause, serta pasien lupa kapan terakhir kalai pasien menstruasi

11. Personal Hygiene

Pasien mengatakan untuk berpindah dari tempat tidur ke kamar mandi dibantu oleh keluarga karena oedema tetapi kalau sudah selesai HD dan tidak oedema pasien selalu berusaha untuk melakukan semuanya sendiri, kemudian untuk mandi, makan, dan berpakaian pasien selalu berusaha untuk melakukan sendiri selama pasien masih mampu. Pasien mandi sehari 2 kali, untuk cuci rambut pasien dalam seminggu 2 kali

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

12. Pola Psikososiocultural

Pada pemeriksaan psikosociocultural didapatkan, pasien mengatakan ketika masuk rumah sakit yang menunggu pasien kadang suaminya dan kadang anaknya. Pasien mengatakan bahasa yang digunakan sehari-hari untuk berkomunikasi dengan keluarga dan orang lain adalah bahasa Indonesia atau bahasa Jawa. Pasien mengatakan keluarga selalu memberi semangat kepada pasien dan pasien semangat menjalani pengobatan karena pasien ingin melihat pertumbuhan cucu-cucu pasien. Pasien mengatakan kalau kadang-kadang berbincang-bincang dengan tetangga pasien, dan pasien tidak pernah merasa kesepian karena keluarga pasien selalu ada menemani pasien.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.3 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis ESRD Pada Tanggal 11 November 2019

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hematologi		
Hemoglobin	5.5 g/dl	13.2-17.3 g/dl
Leukosit	8.32 10^3 /ml	4.0-11.0 10^3 /ml
Eritrosit	2.44 10^6 /ml	4.4-52.0 10^6 /ml
Trombosit	101 10^3 /ml	150-450 10^3 /ml
Hematokrit	20 %	40-52%
Liver Fungsi Test		
BUN	34,8 mg/dL	6-20 mg/dL
Kreatinin	29.9 mg/dL	0.67-1,17 mg/dL
Elektrolit		
Natrium	130.6 mmol/L	136.0-144.0 mmol/L
Kalium	4.9 mmol/L	3.6-5 mmol/L
Chlorida	101 mmol/L	95-105 mmol/L
Immunologi		
HbsAg	Non Reactive	Non Reactive
HCV	Non Reactive	Non Reactive
HIV	Non Reactive	Non Reactive

3.1.4 Terapi Medis

Tabel 3.2 Pemberian Terapi Medis pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis ESRD Pro HD pada Tanggal 11 November 2019

Tanggal	Terapi Obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi	Efek samping
11/11/19	Codein	10mg-10mg-10mg Oral	Meringankan gejala batuk	Peningkatan TIK, penurunan kesadaran, tekanan darah rendah	Pusing, ulut kering, mual muntah, konstipasi
	Amlodipine	0-0-10mg Oral	Menurunkan tekanan darah	Stenosis aorta berat, angina	Merasa lelah, pusing, mual, jantung berdebar
	Bisoprolol	5mg-0-0 Oral	Beta bloker untuk mengobati HT	Syok kardio genik, PPOK, asma	Gangguan tidur, bradikardi, diare, sesak nafas

3.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pada Ny. A didapatkan hasil diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang ditandai dengan pasien mengeluh badannya lemas sudah 1 minggu, selama 5 hari badan lemas disertai dengan pusing. Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, observasi tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 180/80 mmHg, suhu 36,4°C, respirasi : 20 x/menit. CRT \geq 3 dtk. Pemeriksaan laboratorium darah jumlah Hb : 5.5 g/dl (13.2-17.3 g/dl)
2. Risiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan faktor risiko kelebihan volume cairan, disfungsi ginjal dengan terdapat edema di ekstermitas bawah, palpasi terdapat pitting edema, kulit tampak kering dan mengkilat,

abdomen tampak asites, hasil pemeriksaan laboratorium liver fungsi test didapatkan hasil BUN : 34,8 mg/dL (6-20 mg/dL), kreatinin : 29.9 mg/dL (0.67-1,17 mg/dL). Natrium : 130.6 mmol/L (136.0-144.0 mmol/L)

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosis Medis ESRD Pro HD Pada Tanggal 11 November 2019

NO	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	<i>SLKI: Perfusi Perifer</i> (L.02011) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam maka perfusi perifer meningkat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Warna kulit pucat menurun 2. Edema perifer menurun 3. Pengisian kapiler membaik (≤ 2 detik) 4. Akral hangat, kering, merah 5. Denyut nadi perifer membaik (80x/menit). 6. Tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg) 	<p><i>SIKI:</i> <i>Perawatan sirkulasi</i> (I.02079)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu) 2. Monitor bengkak pada ekstermitas 3. Monitor tekanan darah 4. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sirkulasi perifer menjadi awal untuk menentukan tingkat keparahan penyakit 2. edema menunjukkan penurunan cardiac output 3. mengetahui status kardiorespirasi pada pasien. 4. untuk mengontrol tekanan darah dan memelihara fungsi ginjal

				<p>5. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis, melembapkan kulit kering pada kaki)</p> <p><i>Pemantauan Hasil Laboratorium (I.09988)</i></p> <p>6. Identifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan</p> <p>7. Monitor hasil laboratorium</p> <p>8. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian tranfusi darah jika kadar Hb turun.</p>	<p>5. perawatan kulit yang baik dapat mempengaruhi sirkulasi pasien</p> <p>6. pemeriksaan laboratorium yang tepat dapat membantu dalam pemberian pengobatan secara menyeluruh</p> <p>7. nilai laboratorium dapat menunjukkan komposisi darah</p> <p>8. untuk menambah jumlah produk darah dalam tubuh</p>
--	--	--	--	---	---

2.	<p>Risiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan faktor risiko kelebihan volume cairan, disfungsi ginjal</p>	<p><i>SLKI:</i> <i>Keseimbangan Elektrolit</i> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam maka keseimbangan elektrolit meningkat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edema ekstermitas menurun 2. Kadar kreatinin plasma membaik (0.67-1,17 mg/dL) 3. Kadar urea nitrogen darah membaik (6-20 mg/dL) 4. Kadar natrium membaik (136.0-144.0 mmol/L) 	<p><i>SIKI:</i> <i>Pemantauan Elektrolit</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kadar elektrolit serum 2. Monitor mual, muntah 3. Ajarkan pasien atau keluarga dalam manajemen cairan <p><i>Manajemen Hemodialisis</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi tanda dan gejala serta kebutuhan hemodialisis 5. Identifikasi kesiapan hemodialisis (tanda-tanda vital, berat badan kering, kelebihan cairan, kontraindikasi pemberian heparin) 6. Monitor tanda-tanda vital pascahemodialisis 7. Anjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elektrolit sebagai monitor keadaan status cairan dari dalam tubuh 2. Mual, muntah merupakan keadaan yang dapat menyebabkan ganggian keseimbangan elektrolit 3. Mencegah terjadinya edema yang berlebih dan mencegah komplikasi pada kardiovaskuler 4. Untuk mengendalikan dan mencegah terjadinya ketidakseimbangan elektrolit 5. Untuk melihat apakah terdapat kontra indikasi untuk dilakukan pelaksanaan hemodialisa 6. Salah satu kontraindikasi dalam hemodialisa adalah
----	--	--	---	--	---

				8. Monitor hasil laboratorium BUN dan Kreatinin	meningkatnya tekanan darah 7. Untuk menekan peningkatan tekanan darah 8. Untuk mengetahui penurunan dan peningkatan kadar ureum dalam darah.
--	--	--	--	---	--

3.4 Implementasi & Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
senin 11/11/19	1,2	15.00	Melakukan pemeriksaan tekanan darah, suhu, nadi, dan respirasi didapatkan hasil tekanan darah : 180/80 mmHg, nadi : 100 x/menit, suhu : 36,4°C, respirasi : 20 x/menit		Diagnosa Keperawatan 1 S: pasien mengatakan lemas O: - Pasien tampak pucat - Akral teraba dingin - Hasil tekanan darah 180/80 mmHg, nadi : 100 x/menit, suhu : 36,4°C, respirasi : 20 x/menit - Konjungtiva anemis - CRT \geq 2dtk A: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin belum teratasi	
	1,2	15.20	Melakukan pengkajian, dengan menanyakan keluhan utama, riwayat obat yang dikonsumsi, dan melakukan observasi atas keluhan pasien dan didapatkan hasil : pasien mengatakan lemas, obat yang dikonsumsi biasanya adalah amlodipine 10mg.			
		16.00	Melakukan pemeriksaan EKG			
	1,2	16.30	Melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya (petugas laboratorium) untuk dilakukan pengecekan HB, elektrolit darah, dan faal ginjal.			

	2	17.20	Monitor adanya mual muntah dan menganjurkan ke keluarga untuk mencatat jumlah urine yang keluar.		P: Lanjutkan intervensi no. 1,3,8	
	1	18.00.	Melakukan kolaborasi dengan dokter dikarenakan jumlah Hb pasien hanya 5,5 g/dL (13.2-17.3 g/dl)		Diagnosa Keperawatan 2 S :- O :	
		19.15	Melakukan pemberian obat codein melalui oral dengan dosis 10 mg		<ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada ekstermitas - Pitting edem (+/+) - Abdomen tampak asites - Kulit tampak kering dan mengkilat - Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil - BUN : 34,8 mg/dL (6-20 mg/dL), kreatinin : 29.9 mg/dL (0.67-1,17 mg/dL). Natrium : 130.6 mmol/L (136.0-144.0 mmol/L) 	
			58		A : Masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan faktor risiko kelebihan volume cairan,	
						

					disfungsi ginjal belum teratasi P : intervensi di lanjutkan no. 1,2,5,6	
--	--	--	--	--	--	--

Selasa , 12/11/19	1,2	15.00	Melakukan observasi tanda-tanda vital TD : 178/100, S : 37°C, N : 95x/menit, RR : 18 x/menit		Diagnosa Keperawatan 1 S: Pasien mengeluh sudah tidak lemas O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak pucat - Akral teraba hangat - Hasil tekanan darah pre HD 178/100 mmHg, nadi : 95 x/menit, suhu : 37°C, respirasi : 18 x/menit, CRT \geq2 dtk - Hasil tekanan darah post HD : tekanan darah : 150/97 mmHg, suhu 36°C, RR : 18x/menit, CRT \leq 2 detik. - Konjungtiva tidak anemis A: Masalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi	
	2 1	15.10 15.30	Monitor adanya mual muntah, Menyiapkan sediaan darah untuk dilakukan tranfusi darah ketika di HD			
	1,2	16.00	Mengantarkan pasien ke ruang HD tranfusi			
	2 1,2	19.00 19.20	menjemput pasien post HD melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah : 150/97 mmHg, suhu 36°C, RR : 18x/menit, CRT \leq 2 detik.			
	2	19.30	Melakukan pengkajian post HD, dan melakukan observasi Melakukan monitor input dan output			
	1 3	19.45	Memberikan hasil kolaborasi pemberian obat amlodipine 10mg			
						

Rabu 13/11/19		07.30	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah 147/90 mmHg, nadi : 85x/menit, RR : 18x/menit, suhu : 36,2°C, CRT ≤ 2 dtk		Diagnosa Keperawatan 1 S: Pasien mengeluh sudah tidak lemas O :	
		08.30	Melakukan persiapan untuk krs		- Pasien tampak tidak pucat	
		08.50	- Mengedukasi pasien dan keluarga untuk lebih menjaga dalam pemenuhan cairan pasien		- Akral teraba hangat	
		09.00	- Memberikan edukasi untuk rutin minum obat penurun tekanan darah dan rutin untuk melakukan pengecekan tekanan darah di fasilitas kesehatan terdekat.		- Hasil tekanan darah post HD : tekanan darah : 150/97 mmHg, suhu 36°C, RR : 18x/menit, CRT ≤ 2 detik.	
			- Memberikan edukasi untuk melakukan perawatan pada kulit pasien yang kering seperti diberikan lotion		- Hasil tekanan darah H+1 post HD tekanan darah 147/90 mmHg, nadi : 85x/menit, RR : 18x/menit, suhu : 36,2°C, CRT ≤ 2 dtk	
			- Mengingatkan kepada pasien dan keluarga untuk jadwal HD selanjutnya.		- Konjungtiva tidak anemis	
		09.30	Mengantar pasien ke lobby (pasien krs)		A: Masalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin teratasi	

					P: Intervensi di hentikan pasien KRS	
--	--	--	--	--	--------------------------------------	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan hasil analisa asuhan keperawatan dengan menggunakan dasar – dasar teori yang telah penulis dapatkan. Penulis akan menguraikan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD di Ruang Perawatan Mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Asuhan Keperawatan Pada Ny. S

4.1.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny. S berusia 54 tahun. Pasien bersuku Jawa dan berbangsa Indonesia, pasien beragama Islam, pendidikan terakhir pasien adalah Sekolam Menengah Atas (SMA). Dari teori yang didapatkan bahwa sebagian besar penderita *end stage renal disease* adalah laki-laki hal tersebut di jelaskan pada oleh Perkumpulan Nefrologi Indonesia dimana terdapat 43% kasus dialami oleh pasien dengan jenis kelamin wanita atau perempuan dan 57% kasus dialami oleh pasien dengan berjenis kelamin laki-laki (IRR, 2018), dan menurut penelitian yang dilakukan oleh Saniya Ilma Arifa yang berjudul “Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Ginjal Kronik Pada Penderita Hipertensi Di Indonesia” didalam jurnal tersebut disebutkan bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki berisiko 1,783 kali lebih besar terkena PGK dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin 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 (Ilma Arifa, Azam, & Woro, 2017), tetapi hal tersebut berbanding terbalik dengan kasus yang terjadi karena menurut penulis hal tersebut terjadi karena perilaku gaya hidup yang tidak sehat yang menyebabkan hipertensi pada penderita sehingga memicu untuk terjadinya gagal ginjal. Dalam data disebutkan bahwa usia pasien 54 tahun, hal tersebut sejalan dengan penelitian yang disampaikan oleh (Agustina & E Purnomo, 2019) dimana dijelaskan bahwa terdapat 51% penderita GJK yang memiliki rentang usia 46-55 tahun, menurut penelitian yang dilakukan oleh Yusnaini sebagian karakteristik responden untuk usia sebagian besar berumur 45-54 tahun. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Ilma Arifa et al., 2017) mengatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian gagal ginjal kronis, menurut penulis hal tersebut terjadi karena tingkat kesehatan individu dipengaruhi oleh kesadaran dan perilaku dalam menjalankan hidup sehat, tidak semua orang yang berpendidikan rendah memiliki perilaku dan kesadaran rendah karena di zaman era modern telah banyak sekali program-program pendidikan kesehatan dimana hal tersebut bukan hanya diterima oleh seseorang yang berpendidikan tinggi tetapi seluruh elemen masyarakat.

2. Riwayat Penyakit

a. Keluhan Utama

Keluhan Utama pasien mengeluh susah tidur, dan badan terasa lemas, kadang-kadang terasa pusing, mual, dan muntah. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Umi faza, 2017) dijelaskan bahwa sebagian besar keluhan pada pasien dengan gagal ginjal tahap akhir (ESRD) ialah mual dan muntah. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Siswani (2018)

dijelaskan bahwa dari 73 pasien yang mengalami gangguan pada ginjal dan menjalani terapi hemodialisa sebanyak 49 orang mengalami mual muntah, serta sebanyak 59 mengalami sakit kepala atau pusing, dijelaskan juga bahwa pusing atau sakit kepala yang terjadi pada pasien yang mengalami gangguan pada ginjal belum diketahui penyebabnya secara mendetail. Menurut opini penulis hal tersebut terjadi karena tingginya kadar ureum dalam darah sehingga menyebabkan mual muntah, dan untuk pusing atau sakit kepala dapat terjadi karena disebabkan oleh hipertensi, dan rendahnya kadar Hb pasien.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 11 November 2019 datang ke IGD Rumah Sakit PHC karena pasien pada tanggal 12 November akan menjalani HD rutin dan keadaan umum pasien tampak lemas, GCS 456, akral teraba dingin, pasien mengatakan badan lemas sudah sekitar 1 minggu yang lalu tetapi selama 5 hari yang lalu lemas disertai dengan pusing. Pasien HD reguler di Rumah Sakit PHC pada hari selasa-jumat. Tidak terdapat av-shunt dan double lument. Pada klien dengan gagal ginjal kronis biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, demam, perubahan pola napas karena komplikasi dari gangguan sistem ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit, bau urea napas (Prabowo & Pranata, 2014).

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit HT kurang lebih sejak tahun 2010, dan rutin mengkonsumsi amlodipin 10 mg, pasien

mengatakan menderita gagal ginjal sejak 6 tahun terakhir dan sudah menjalani cuci darah sejak 5 tahun terakhir. Pada jurnal yang berjudul “Hubungan Derajat Dan Lamanya Hipertensi Dengan Kejadian Gagal Ginjal Kronik Di Rumah Sakit Dustira” menyebutkan bahwa Penyebab gagal ginjal kronik di Indonesia berdasarkan data Indonesian Renal Registry tahun 2011 meliputi, penyakit hipertensi 34%, nefropati diabetika 27%, glomerulopati primer (GNC) 14%, nefropati obstruksi 8%, pielonefritis kronik (PNC) 6%, nefropati asam urat 2%, nefropati lupus (SLE) 1%, penyakit ginjal polikistik 1%, tidak diketahui 1%, dan lain-lain 6% (Medistra, 2017) sehingga seseorang yang menderita hipertensi memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita gagal ginjal kronik dibandingkan dengan seseorang yang tidak menderita hipertensi. Menurut opini penulis hipertensi menjadi salah satu penyebab terjadinya gagal ginjal karena ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah terus menerus akan merusak pembuluh darah, pada penderita gagal ginjal terjadi kerusakan pembuluh darah yang berada di ginjal sehingga menyebabkan penekanan pada kapiler glomerulus kemudian mengakibatkan penurunan laju GFR .

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan bahwa di keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit ginjal seperti pasien, tetapi Alm. Ibu pasien mempunyai riwayat penyakit Diabete Mellitus (DM). Menurut opini penulis kadar gula dalam darah yang tinggi akan mempengaruhi struktur ginjal,

merusak pembuluh darah halus di ginjal, kerusakan pembuluh darah menimbulkan kerusakan glomerulus yang berfungsi sebagai penyaring darah. Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga sisilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat hereditas, kaji pola kesehatan keluarga yang diterapkan jika ada anggota keluarga yang sakit, misalnya minum jamu saat sakit (Prabowo & Pranata, 2014).

e. Keadaan Umum

Pasien memiliki kesadaran kompos mentis GCS eye 4, verbal 5, dan motorik 6 dengan total nilai kesadaran 15. Tanda-tanda vital seperti tekanan darah : 180/80 mmHg, nadi : 100 x/menit, suhu : 36,4°C, respirasi : 20 x/menit. Pasien tampak lemas. Menurut Aness (2011) pasien dengan gangguan ginjal tahap akhir yang menjalani hemodialisa akan mengalami stres secara psikologis dan fisiologis utama yang dialami oleh pasien dialisis adalah nyeri, pembatasan cairan dan nutrisi, gatal, ketidaknyamanan, keterbatasan dalam aktivitas fisik, kelelahan, kelemahan, biaya perawatan, perasaan tidak mampu dan suasana hati yang negatif. Menurut opini penulis pasien tampak lemas kemungkinan terjadi karena pasien mengalami kondisi anemia. Kondisi tersebut berhubungan dengan kerusakan ginjal yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal dalam mensintesis enzim

eritropoetin yang merupakan prekursor pembentukan sel darah merah pada sumsum tulang belakang.

4.1.2 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (Breath/ pernapasan)

Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pada pernapasan, hanya batuk kering sudah 5 hari dan tidak terdapat dahak. Jalan napas tampak paten, tidak terdapat otot bantu napas, pergerakan dada simetris, pernapasan berbau uremia, RR : 20 x/menit, SPO₂ : 97%, tidak terdapat sianosis, terdapat fermitus taktil, terdengar sonor, dan bunyi nafas vesikuler.

Pada pasien gangguan ginjal kronik didapatkan hasil pasien bernafas dengan bau uremia, pergerakan dada akan cepat karena pola napas juga cepat dan dalam (kusmaul), batuk dengan ada tidaknya sputum kental dan banyak apabila ada edema paru batuk akan produktif menghasilkan sputum merah muda dan encer, Perkusi pada seluruh lapang paru normalnya resonan dan pada CKD pekak apabila paru terisi cairan karena edema (Imelda et al., 2017). Menurut opini penulis yang pada kasus Ny. S tidak di temukan pergerakan dada akan cepat karena pola napas juga cepat dan dalam (kusmaul) hal tersebut tidak terjadi karena pasien tidak mengalami asidosis respiratorik dimana jika terjadi asidosis respiratorik akan ada penumpukan karbondioksida, tingginya kadar karbondioksida dalam darah akan merangsang otak untuk mengatur pernafasan menjadi lebih cepat dan dalam.

2. B2 (Blood/ sirkulasi)

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi. Pada observasi tanda-tanda vital ditemukan bahwa nilai tekanan darah (TD) : 180/80, suhu (S) : 36,4°C,

nadi (N) : 100 x/ menit, irama jantung reguler, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, terdengar S1 S2 tunggal lub dup, CRT \geq 2 detik, akral teraba dingin, pasien tampak pucat, konjungtiva tampak anemis. pada teori didapatkan bahwa hasil tekanan darah meningkat akibat penimbunan cairan dan garam, Pada klien dengan gangguan ginjal yang disertai dengan hipertensi akan terjadi disritmia jantung dan akan terdengar bunyi jantung murmur (biasanya pada lansia) (Pranandari & Supadmi, 2015), terdapat beberapa kesenjangan yaitu pada kasus tidak ditemukan adanya bunyi jantung tambahan hal tersebut mungkin dapat terjadi karena pasien rutin mengkonsumsi obat antihipertensi.

3. B3. (*brain/* persyarafan)

Pada pemeriksaan fisik B3 didapatkan hasil GCS E4 V5 M6, bentuk kepala simetris, tidak ada lesi dikepala, pasien mengeluh nyeri di kepala, nyeri terasa cenut-cenut, skala nyeri 3, nyeri terasa hilang timbul. Tidak terdapat hemiparesis, dan tidak ada kelemahan pada anggota tubuh. Pada nervus I (olfaktorius) pasien tidak kesulitan mencium bau, nervus II (optikus) pasien tidak ada gangguan pengelihatannya hanya saja ketika pasien membaca harus menggunakan kacamata baca, nervus III (okulomotorius) pasien tidak ada kesulitan dalam pergerakan bola mata, nervus VI (troklearis) pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan kebawah, nervus V (trigeminus) pasien mampu mengunyah makanan dan menggerakkan alis, nervus VI (abduksen) pasien dapat menggerakkan bola mata ke arah lateral, nervus VII (facialis) pasien tidak mengalami pelo, wajah pasien simetris, pasien dapat menjulurkan lidah, nervus VIII (vestibulokoklearis) pasien

tidak mengalami gangguan pada pendengaran, nervus IX (glossofarineus) pasien tidak ada gangguan dalam menelan dan pasien mampu menjulurkan lidah, nervus X (vagus) pasien dapat membuka mulut dan tidak ada nyeri telan, XI (aksesoris) pasien dapat menggerakkan kepala, mengangkat bahu dengan baik, XII (hipoglosus) pasien dapat menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri. Pada teori disebutkan bahwa biasanya pada pasien gagal ginjal kronik tetapi tidak ingin menjalankan hemodialisa akan terjadi penurunan kesadaran akibat penumpukan zat-zat toksik yang harusnya dikeluarkan oleh tubuh tetapi terserat kemabali (goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee & Perdana, 2018). Terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus menurut pendapat penulis hal tersebut tidak terjadi karena pasien rutin menjalankan hemodialisa sehingga toksik dalam tubuh tidak sampai menumpuk banyak dan menyebar ke otak yang mengakibatkan penurunan kesadaran.

4. B4 (*Bladder*)

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dalam perkemihan. Pemeriksaan fisik B4 didapatkan hasil tidak tampak adanya penggunaan urin kateter, eliminasi urin dibantu pispot atau pasien BAK di kamar mandi dengan dibantu oleh keluarga, frekuensi BAK ketika dirumah \pm 2-3 kali dalam sehari (400 cc/hari), dengan frekuensi minum \pm 6 gelas/ hari (1 gelas 240 ml), BAK ketika dirumah sakit \pm 1-2 kali dalam sehari (200cc), dengan frekuensi minum maksimal \pm 3 gelas / hari (1 gelas 240 ml), urine tampak lebih pekat dan berbusa. Pada teori dikatakan pasien dengan gangguan ginjal akan terjadi penurunan output urine \leq 400 ml / hari, urine yang dikeluarkan

akan berwarna lebih pekat dan berbusa karena terjadi proteiuri akibat penurunan fungsi ginjal (goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee & Perdana, 2018). Menurut opini penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, kemudian seharusnya penulis terdahulu menambahkan berat badan setelah dilakukan hemodialisa dan sebelum dilakukan hemodialisa sehingga hal tersebut membantu untuk menghitung kebutuhan cairan pasien.

5. B5 (*bowel*)

Pada pemeriksaan B5 didapatkan hasil pemeriksaan mulut berish, mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, tidak terdapat gigi palsu, tidak tampak pembesaran kelenjar tiroid, abdomen tampak asites, eliminasi alvi 1x sehari, warna dan khas feces, tidak ada hemoroid, terdapat bau mulut, tidak terdapat nyeri tekan pada area epigastrik. Pasien mengatakan merasakan mual, dan ingin muntah. Sebelum masuk rumah sakit pasien sehari makan 3x, makan habis 1 porsi. Ketika di rumah sakit pasien mengatakan makan 3x1 hari dan menghabiskan 1 porsi tetapi makannya tidak langsung habis jadi harus perlahan-lahan dikarenakan terdapat rasa mual . Pasien mengatakan sudah melakukan HD selama 5 tahun. Dalam teori dijelaskan pada pasien dengan gangguan pada ginjal didapatkan adanya mual muntah, anoreksia dan diare sekunder dari bau mulut ammonia, kulit abdomen akan tampak mengkilap karena asites dan, akan mengeluh nyeri pada saat dilakukan pemeriksaan di sudut costo-vertebrae pada penderita penyakit ginjal (Muttaqin, 2011). Menurut opini penulis mual muntah yang terjadi pada pasien dikarena tingginya kadar ureum dalam darah, kemudian bisa dilihat juga pada kasus

dikatakan bahwa pasien memiliki bau mulut hal tersebut juga dapat terjadi karena kadar ureum dalam darah tinggi dan ginjal tidak mampu mengeskresikan sehingga menyebabkan penumpukan dan tubuh mengkompensasi dengan mengeluarkan lewat keringat, bau mulut dll.

6. B6 (*Bone / Muskuloskletal*) dan Sistem Integumen)

Pada pemeriksaan B6 dan sistem integumen didapatkan hasil tidak tampak adanya luka dicubitus, warna kulit sawo matang kehitaman, terdapat oedema di ekstermitas bawah, ketika di lakukan palpasi tampak pitting edema, kulit tampak kering dan megkilap, tidak terdapat fraktur, kekuatan

otot

5555	5555
5555	5555

Menurut (Muttaqin, 2011) pada pasien dengan gagal ginjal tahap akhir akan terjadi oedem pada ekstremitas, kelebihan cairan pada pasien PGK disebabkan karena terganggunya fungsi ginjal untuk menjalankan fungsi ekskresinya. Edema perifer pada pasien merupakan akibat dari penumpukan cairan karena berkurangnya tekanan osmotik plasma dan retensi natrium dan air. Akibat peranan dari gravitasi, cairan yang berlebih tersebut akan lebih mudah menumpuk di tubuh bagian perifer seperti kaki, sehingga edema perifer akan lebih cepat terjadi dibanding gejala kelebihan cairan lainnya. Karena hal tersebut kejadian edema perifer pada pasien dengan PGK cukup tinggi (Aisara, Azmi, & Yanni, 2018)

7. Pola Istirahat Tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur malam mulai pukul 21.00 sampai dengan pukul 05.00 WIB, sedangkan untuk siang hari mulai

pukul 13.00 sampai dengan 14.30. Jam tidur ketika dirumah sakit ketika malam hari pasien tidur mulai pukul 20.00 sampai dengan 04.30 , dan siang hari mulai pukul 12.00 sampai dengan 15.00 WIB. Hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Enggus Subarman Pius yang mengatakan bahwa sekitar 50-80% pasien yang menjalani terapi hemodialisis mengalami masalah gangguan tidur, gangguan tidur tersebut muncul akibat terjadinya stress dan kelelahan yang terjadi pada penderita gagal ginjal kronik tahap akhir (Pius & Herlina, 2019). Menurut opini penulis kenapa pasien tidak mengalami gangguan tidur karena dikatakan sebelumnya pasien telah menjalani hemodialisa selama kurang lebih 5 tahun sehingga pasien sudah mulai terbiasa akan keadaan yang seperti itu, dan hal tersebut juga dapat terjadi dengan dukungan dari keluarga yang membuat pasien tidak mengalami stress sehingga tidak terdapat gangguan tidur. Dampak positif dari dukungan keluarga adalah meningkatkan penyesuaian diri seseorang terhadap kejadian-kejadian dalam kehidupan. Sebab, dukungan yang tepat dapat membantu pasien dalam menghadapi stres, demikian sebaliknya dukungan yang tidak tepat dapat menimbulkan stress yang baru dan akan terakumulasi sehingga memperburuk keadaan (Darsini, 2017).

8. Sistem Penginderaan

Pada pemeriksaan sistem pengelihatan pupil bulat isokor, konjungtiva anemis, tidak tampak ikterik. Pada sistem penciuman tampak bentuk hidung simetris, tidak terlihat polip pada hidung, dan tidak tampak terdapat kelainan. Pada sistem pengecapan tidak terdapat kelainan, pasien

mengatakan masih bisa merasakan rasa. Pada sistem pendengaran tampak bentuk simetris, tidak ada kelainan, telinga tampak bersih. Pada kasus tersebut terdapat masalah konjungtiva anemis menurut penulis hal tersebut terjadi akibat penurunan kadar Hb dalam darah yang menyebabkan pasien mengalami anemia seperti yang kita ketahui tanda dan gejala anemia salah satunya adalah konjungtiva anemis. Seperti yang disebutkan pada jurnal “Menurunnya Kadar Hemoglobin Pada Penderita End Stage Renal Disease (EsrD) Yang Menjalani Hemodialisis Di Kota Malang” didapatkan bahwa terdapat penurunan kadar jumlah Hb dalam darah pada pasien dengan gagal ginjal tahap akhir/ Esrd (Agustina & E Purnomo, 2019).

9. Personal Hygiene

Pengkajian yang pada Ny. S didapatkan pasien mengatakan untuk berpindah dari tempat tidur ke kamar mandi dibantu oleh keluarga karena oedema tetapi kalau sudah selesai HD dan tidak oedema pasien selalu berusaha untuk melakukan semuanya sendiri, kemudian untuk mandi, makan, dan berpakaian pasien selalu berusaha untuk melakukan sendiri selama pasien masih mampu. Pasien mandi sehari 2 kali, untuk cuci rambut pasien dalam seminggu 2 kali. Personal hygiene seseorang menentukan status kesehatan secara sadar dalam menjaga kesehatan dan mencegah terjadinya penyakit, terutama penyakit kulit (Prayogi & Kurniawan, 2016).

10. Pola Psikososio-cultural

Pada pemeriksaan psikosociocultural didapatkan, pasien mengatakan ketika masuk rumah sakit yang menunggu pasien kadang suaminya dan kadang anaknya. Pasien mengatakan bahasa yang digunakan sehari-hari untuk berkomunikasi dengan keluarga dan orang lain adalah bahasa Indonesia atau

bahasa Jawa. Pasien mengatakan keluarga selalu memberi semangat kepada pasien dan pasien semangat menjalani pengobatan karena pasien ingin melihat pertumbuhan cucu-cucu pasien. Pasien mengatakan kalau kadangkadang berbincang-bincang dengan tetangga pasien, dan pasien tidak pernah merasa kesepian karena keluarga pasien selalu ada menemani pasien. Menurut Smith (2010), memiliki sistem dukungan yang kuat dan tepat mampu mempercepat pemulihan dari episode depresi. Support system dari lingkungan terutama lingkungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien. Nasihat dan kasih sayang dari anggota keluarga dapat memberikan persepsi yang positif bagi individu untuk mencapai segala sesuatu dalam meraih impian yang dimilikinya, sehingga mereka yakin dan optimis terhadap harapan akan masa depannya (Darsini, 2017). menurut opini penulis pasien Ny. S mendapatkan support system yang sangat besar dari keluarga sehingga pasien memiliki semangat untuk taat menjalani pengobatan. Responden yang memiliki konsep diri yang positif maka akan cenderung lebih mampu menerima keadaan dirinya, tidak mudah putus asa, terbuka dengan orang lain baik keluarga maupun lingkungan sosialnya, tetap optimis dan berjuang menjalani kehidupan walaupun kondisi tubuh melemah sehingga akan cenderung jauh dari kecemasan dan perasaan tertekan yang dapat meningkatkan terjadinya depresi (Azahra, 2013).

11. Pola nilai dan kepercayaan

Menurut hasil telaah yang sudah dilakukan oleh penulis sebaiknya untuk penulis selanjutnya melakukan pengkajian mengenai pola nilai dan kepercayaan, karena hal tersebut untuk mengetahui bagaimana *coping*

religious pada pasien. *Coping religious* ialah dimana individu menggunakan keyakinan dan praktek ritual *religiousnya* untuk memfasilitasi proses pemecahan masalah dalam mencegah atau meringankan dampak psikologis negatif dari situasi yang penuh stres dan hal ini membantu individu untuk beradaptasi dalam situasi kehidupan yang menekan. *Coping religious* pada pasien gagal ginjal kronik menjadi dua bentuk. Pertama, hubungan terhadap Allah SWT (hablun Min Allah) berupa pelaksanaan serangkaian ibadah, seperti: salat, zikir, puasa, berdoa, membaca Al-Qur'an. Kedua, hubungan dengan sesama manusia (hablun min an-nas), yaitu silaturahmi (Ihredo, 2016).

4.1.3 Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan penunjang didapatkan hasil laboratorium terdapat penurunan pada pemeriksaan darah dimana didapatkan hasil hemoglobin 5,5 g/dl dari nilai normalnya 13,2-17,3 g/dl, eritrosit $2,44 \times 10^6/\text{ml}$ dari nilai normalnya $4.4-52.0 \times 10^6/\text{ml}$, trombosit $101 \times 10^3/\text{ml}$ dari nilai normal $150-450 \times 10^3/\text{ml}$, dan hematokrit sebesar 20% dari nilai normal 40-52%, terdapat peningkatan BUN sebesar 34,8 mg/dL dari nilai normal 6-20 mg/dL, dan Kreatinin sebesar 29.9 mg/dL dari nilai normal 0.67-1,17 mg/dL. Terjadi juga penurunan kadar natrium sebesar 130.6 mmol/L dari nilai normal 136.0-144.0 mmol/L. Seperti yang disebutkan pada jurnal "Menurunnya Kadar Hemoglobin Pada Penderita End Stage Renal Disease (Esrd) Yang Menjalani Hemodialisis Di Kota Malang" didapatkan bahwa terdapat penurunan kadar jumlah Hb dalam darah pada pasien dengan gagal ginjal tahap akhir/ Esrd (Agustina & E Purnomo, 2019). Pasien dengan GGK memiliki jumlah eritropoietin (EPO) yang sedikit, maka sumsum tulang membuat lebih sedikit eritrosit sehingga terjadi anemia (Budiwiyono, Rachmawati, & Hendrianingtyas, 2016). Menurut opini penulis

peningkatan kadar BUN dan kreatini pada pasien gagal ginjal wajar terjadi dan menjadi salah satu patokan untuk menegakan diagnosa tersebut, hal itu terjadi karena nilai ureum dan kreatinin merupakan senyawa kimia yang menandakan fungsi ginjal yang masih normal.

4.1.4 Terapi Medis

Pada terapi medis Ny. S mendapatkan terapi obat codein dengan dosis pemakaian 3x10mg yang memiliki indikasi untuk meringankan gejala batuk yang dialami oleh pasien, amlodipne 10mgx1 malam hari per oral yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah, dan juga bisoprolol 5mgx1 pagi hari, dimana obat ini jenis beta bloker untuk mengobati hipertensi. Hipertensi merupakan faktor pemicu terjadinya penyakit ginjal akut serta penyakit ginjal kronis karena dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah dalam ginjal sehingga mengurangi kemampuan ginjal untuk memfiltrasi darah dengan baik, untuk penggunaan β – blocker kardioselektif seperti Bisoprolol pada pasien gagal ginjal disamping untuk mengontrol tekanan darah adalah untuk mengurangi terjadinya resiko infark, jantung koroner, mengurangi kebutuhan O₂ dari jantung, serta untuk menstabilkan kontraktilitas miokard (Budiwiyono et al., 2016).

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien disesuaikan dengan kondisi pasien dan sesuai dengan prioritas kegawat daruratan yaitu :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang ditandai dengan pasien mengeluh badannya lemas sudah 1 minggu, selama 5 hari badan lemas disertai dengan pusing. Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, observasi tanda-tanda vital

didapatkan tekanan darah 180/80 mmHg, suhu 36,4°C, respirasi : 20 x/menit. CRT \geq 3 dtk. Pemeriksaan laboratorium darah jumlah Hb : 5.5 g/dl (13.2-17.3 g/dl). Dalam SDKI, 2016 menjelaskan bahwa perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh, dengan penyebab penurunan konsentrasi hemoglobin dengan gejala dan tanda mayor objektif berupa pengisian kapiler $>$ 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak ada, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun , serta tanda gejala minor objektif berupa edema. Hal tersebut sesuai dengan data yang diperoleh pada Ny. S sehingga perawat mengambil diagnosa tersebut.

Kondisi anemia (Hb 5,5 gr/dl) merupakan manifestasi klinis lainnya yang dialami Ny. S. Kondisi tersebut berhubungan dengan kerusakan ginjal yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal dalam mensintesis enzim eritropoetin yang merupakan prekursor pembentukan sel darah merah pada sumsum tulang belakang. Selain itu, keadaan anemia pada Ny. S diperparah dengan berkurangnya perolehan komponen sel darah merah sehubungan dengan uremia (Ureum 34,8 mg/dL). Uremia memberikan dampak buruk berupa hemolisis/pemendekan usia sel darah merah yang normalnya berusia 120 hari (Budiwiyono et al., 2016). Penurunan kadar Hb kurang dari 6 gr/dl dapat mempengaruhi perfusi jaringan, sehingga berdasarkan data tersebut memunculkan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan perifer (Doengoes & Moorhouse, 2010).

2. Risiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan faktor risiko kelebihan volume cairan, disfungsi ginjal dengan terdapat edema di ekstermitas

bawah, palpasi terdapat pitting edema, kulit tampak kering dan mengkilat, abdomen tampak asites, hasil pemeriksaan laboratorium liver fungsi test didapatkan hasil BUN : 34,8 mg/dL (6-20 mg/dL), kreatinin : 29.9 mg/dL (0.67-1,17 mg/dL). Natrium : 130.6 mmol/L (136.0-144.0 mmol/L). Pemantauan cairan dan elektrolit serta tingkat kepatuhan terhadap pembatasan cairan dan elektrolit menentukan kualitas hidup pasien (Sahang & Rahmawati, 2017)

3. Menurut penulis ketika melakukan telaah pada pengkajian di bab 3 dapat diangkat diagnosa Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi yang ditandai dengan terdapat oedema di ekstermitas bawah, ketika dilakukan palpasi tampak pitting edema, kulit tampak kering dan mengkilat, intake lebih banyak dari output (BAK ketika dirumah sakit \pm 1-2 kali dalam sehari (200cc), dengan frekuensi minum \pm 3 gelas / hari (1 gelas 240 ml)), tekanan darah 180/80 mmHg, suhu 36,4°C. Dalam SDKI, 2016 menjelaskan bahwa hipervolemia merupakan suatu keadaan dimana terjadi peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intraseluler, dengan penyebab gangguan mekanisme regulasi yang ditandai oleh tanda gejala obyektif mayor edema anasarka atau edema perifer, dan tanda gejala obyektif minor ialah kadar Hb / Ht menurun, intake lebih banyak dari output. Hal tersebut sesuai dengan data yang diperoleh pada Ny. S sehingga perawat mengambil diagnosa tersebut. Menurut Silbernagl & Lang, 2014, Ginjal berperan penting dalam regulasi tekanan darah berkat efeknya pada keseimbangan natrium, baik kadar natrium rendah atau tekanan perfusi yang rendah berfungsi sebagai stimulasi dalam pelepasan enzim renin. Renin yaitu suatu protease yang dibuat di sel glomerulus, menguraikan

angiotensinogen dalam darah untuk menghasilkan angiotensin I, yang kemudian diuraikan menjadi angiotensin II oleh angiotensin-convertingenzyme (ACE). Angiotensin II meningkatkan tekanan darah dengan memicu vasokonstriksi secara langsung dan dengan merangsang hormon adrenal untuk membebaskan hormone aldosteron sehingga terjadi retensi natrium dan air oleh ductus collingens. Semua efek ini menambah cairan ekstrasel (CES). Edema merujuk pada penimbunan cairan di jaringan subkutis dan menandakan ketidakseimbangan gaya – gaya starling (kenaikan tekanan intravaskuler atau penurunan tekanan intravaskuler) yang menyebabkan cairan merembes ruang interstisial (Budiwiyono et al., 2016).

4. Menurut penulis ketika melakukan telaah pada pengkajian di bab 3 pada pengkajian di dapatkan data bahwa pasien mengatakan merasakan mual, dan ingin muntah, pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi tetapi makannya tidak langsung habis jadi harus perlahan-lahan dikarenakan terdapat rasa mual, sehingga penulis menambahkan diagnosa Nausea berhubungan dengan gangguan bokimiawi (uremia) yang ditandai dengan pasien mengeluh mual dan ingin muntah. Pada teori disebutkan bahwa manifestasi dari gagal ginjal kronik ialah mual muntah. Menurut (Umi faza, 2017) dijelaskan bahwa sebagian besar keluhan pada pasien dengan gagal ginjal tahap akhir (ESRD) ialah mual dan muntah.
5. Menurut penulis ketika melakukan telaah pada pengkajian di bab 3 pada pengkajian di dapatkan data bahwa kulit pasien tampak kering, dan warna kulit tampak sawo matang kehitaman, serta mengkilap sehingga penulis menambahkan diagnosa Risiko gangguan integritas kulit dengan faktor

risiko kelebihan volume cairan yang diandai dengan warna kulit sawo matang kehitaman, kulit tampak kering dan megkilap. Menurut penulis hal tersebut terjadi akibat penumpukan cairan dan untuk warna kehitaman karena penumpukan ureum

4.3 Intervensi Keperawatan

Penulis menguraikan bahwa rencana keperawatan menyesuaikan dengan kondisi Ny. S.

1. Diagnosis keperawatan yang pertama ialah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, penulis memberikan target selama 2x24 jam untuk intervensi keperawatan dengan tujuan perfusi perifer meningkat dan dengan kriteria hasil warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, pengisian kapiler membaik (≤ 2 detik), akral hangat, kering, merah, denyut nadi perifer membaik (80x/menit), tekanan darah dalam batas normal (110/70-120/90). Penulis menuliskan 8 intervensi keperawatan berdasarkan Standart Intervensi Keperawatan Indonesia pada intervensi perawatan sirkulasi (I.02079) penulis mengambil 5 intervensi keperawatan yaitu Identifikasi sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu), monitor bengkak pada ekstermitas, monitor tekanan darah, anjurkan minum obat oontrol tekanan darah secara teratur, anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat. Pada intervensi keperawatan pemantauan hasil laboratorium (I.09988) penulis mengambil 3 tindakan keperawatan yaitu identifikasi pemeriksaan laboratorium misalnya darah lengkap untuk mengetahui kadar Hb dalam darah, monitor hasil laboratorium, kolaborasi dengan dokter untuk

pemberian tranfusi darah jika kadar HB turun. Menurut Smeltzer & Bare (2015) penurunan Hb berdampak pada terjadinya keterlambatan pengisian kapiler ke area perifer dikarenakan terjadinya penurunan aliran darah dan vasokonstriksi kompensasi. Penurunan kadar Hb kurang dari 6 gr/dl dapat mempengaruhi perfusi jaringan sehingga pada intervensi terdapat identifikasi pemeriksaan laboratorium, dan melakukan monitor hasil laboratorium.

2. Diagnosa keperawatan kedua ialah Risiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan faktor risiko kelebihan volume cairan, disfungsi ginjal penulis memberikan target selama 2x24 jam untuk intervensi keperawatan dengan tujuan edema ekstermitas menurun, kadar kreatinin plasma membaik (0.67-1,17 mg/dl), kadar urea nitrogen darah membaik (6-20 mg/dl), kadar natrium membaik (136.0-144.0 mmol/l). Penulis mengambil 8 tindakan keperawatan berdasarkan Standart Intervensi Keperawatan Indonesia pada intervensi pemantauan elektrolit yang diantaranya ialah dilakukan monitor kadar elektrolit serum, monitor mual, muntah, ajarkan pasien atau keluarga dalam manajemen cairan. Pada intervensi manajemen hemodialisis dilakukan Identifikasi tanda dan gejala serta kebutuhan hemodialisis, Identifikasi kesiapan hemodialisis (tanda-tanda vital, berat badan kering, kelebihan cairan, kontraindikasi pemberian heparin), monitor tanda-tanda vital pascahemodialisis, anjurkan pasien minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, monitor hasil laboratorium bun dan kreatinin. Penggunaan obat pengontrol tekanan darah β -blocker kardioselektif seperti Bisoprolol pada pasien gagal ginjal disamping untuk mengontrol tekanan darah adalah untuk mengurangi terjadinya resiko infark, jantung koroner, mengurangi

kebutuhan O₂ dari jantung, serta untuk menstabilkan kontraktilitas miokard (Budiwiyono et al., 2016).

3. Diagnosis keperawatan ketiga ialah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Penulis telah melakukan telaah untuk intervensi pada diagnosa keperawatan hipervolemia yang telah disesuaikan dengan Standart

Luaran Keperawatan Indonesia beserta Standart Intervensi Keperawatan Indonesia, dan didapatkan hasil sebagai berikut :

No.	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
3	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<i>SLKI:</i> <i>Keseimbangan</i> <i>Cairan (L.03020)</i> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam maka keseimbangan cairan meningkat	1. Edema menurun 2. Haluran urin meningkat 3. Asites menurun 4. Tekanan darah membaik (110/80 mmHg- 130/80 mmHg) 5. Turgor kulit membaik	<i>SIKI: Manajemen</i> <i>Hipervoleimia</i> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (Edema). 2. Monitor intake dan output cairan. 3. Monitor tanda hemokonsentrasi (BUN, kadar natrium, hematokrit) 4. Monitor kecepatan infus secara ketat	1. Untuk mengetahui adanya kelebihan cairan . 2. Mengetahui retensi penurunan natrium dan output serta balance cairan pasien 3. Kadar natrium yang tinggi dihubungkan dengan kelebihan cairan,edema. 4. Kecepatan infus menentukan cairan yang masuk, hal ini dilakuakn untuk mencegah terjadinya edema

				<p>5. Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>6. Anjarkan cara mengukur dan mencatat asupan haluran urin</p> <p>7. Kolaborasi dalam pemberian diuretik</p>	<p>5. Mencegah terjadinya edema yang berlebih dan mencegah komplikasi pada kardiovaskuler</p> <p>6. Pengeluaran urine mungkin sedikit dan pekat karena penurunan fungsi ginjal</p> <p>7. Untuk menurunkan volume plasma dan rentensi cairan</p>
--	--	--	--	--	---

Pada pasien dengan gagal ginjal kronik pemantauan adanya edema dan ascites menunjukkan adanya akumulasi cairan di jaringan interstisial tubuh yang salah satu kemungkinan penyebabnya perpindahan cairan ke jaringan. Salah satu pemicu kondisi tersebut adalah peningkatan volume cairan dalam pembuluh darah (Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien & Bucher, 2007). Pada pasien GGK pembatasan cairan harus dilakukan untuk menyesuaikan asupan cairan dengan toleransi ginjal dalam regulasi (ekresi cairan), hal tersebut dikarenakan penurunan laju ekresi ginjal dalam membuang kelebihan cairan tubuh sehubungan dengan penurunan LFG (Angraini & Putri, 2016b)

4. Diagnosis keperawatan keempat ialah Nausea berhubungan dengan gangguan bokimiawi (uremia) .

Penulis telah melakukan telaah untuk intervensi pada diagnosa keperawatan nausea yang telah disesuaikan dengan Standart Luaran

Keperawatan Indonesia beserta Standart Intervensi Keperawatan Indonesia, dan didapatkan hasil sebagai berikut :

No.	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
4.	Nausea berhubungan dengan gangguan bokimiawi (uremia)	<i>SLKI (L.08065)</i> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun	1. keluhan mual menurun 2. perasaan ingin muntahmenurun 3. pasien tidak pucat	<i>SIKI : Manajemen Mual</i> 1. identifikasi faktor penyebab mual 2. monitor asupan nutrisi dan kalori 3. berikan makanan dalam jumlah kecil 4. kolaborasi pemberian antiemetik, <i>jika perlu</i>	1. Untuk mengetahui hal yang menyebabkan mual pada pasien 2. mual mengganggu asupan makanan pasien 3. untuk mengantisipasi terjadinya deficit nutrisi 4. untuk mengatasi mual dan muntah secara farmakologi

penulis memberikan target selama 2x24 jam untuk intervensi keperawatan dengan tujuan nausea menurun dengan kriteria hasil

keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, pasien tidak pucat. Penulis mengabil 4 intervensi keperawatan menurut

Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (*Manajemen Mual*) yang akan diberikan kepada pasien ialah identifikasi faktor penyebab

mual, monitor asupan nutrisi dan kalori, berikan makanan dalam jumlah kecil, kolaborasi pemberian antiemetik, *jika perlu*, alasan penulis memilih waktu 2x24 jam karena pasien dengan gagal ginjal akan mengalami mual muntah yang di karenakan oleh jumlah kadar ureum yang tinggi dan pasien akan menjalani terapi hemodialisa atau biasa disebut cuci darah dimana hal tersebut akan mempengaruhi jumlah kadar ureum sehingga diharapkan setelah melakukan hemodialisah nausea pasien juga ikut teratasi. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Siswani (2018) dijelaskan bahwa dari 73 pasien yang mengalami gangguan pada ginjal dan menjalani terapi hemodialisa sebanyak 49 orang mengalami mual muntah hal tersebut terjadi akibat dari penumpukan kadar ureum pada tubuh pasien.

5. Diagnosis keperawatan kelima ialah Risiko gangguan integritas kulit dengan faktor risiko kelebihan volume cairan yang diandai dengan warna kulit sawo matang kehitaman, kulit tampak kering dan megkilap.

Penulis telah melakukan telaah untuk intervensi pada diagnosa keperawatan Risiko gangguan integritas kulit yang telah disesuaikan dengan Standart Luaran Keperawatan Indonesia beserta Standart Intervensi Keperawatan Indonesia, dan didapatkan hasil sebagai berikut :

No.	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
5	Risiko gangguan integritas kulit dengan faktor risiko kelebihan volume cairan	<i>Slki Integritas Kulit dan Jaringan</i> (L.14125) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Sensasi membaik 3. Tekstur membaik 	<p><i>SIKI : Perawatan Integritas Kulit</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas). 2. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering. 3. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab dan memberikan intervensi yang sesuai dengan faktor penyebab. 2. Untuk membantu melapisi kulit dengan pelindung air. 3. produk khusus untuk kulit sensitif yang umumnya mengandung lebih sedikit bahan

				4. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)	4. kimia, lembut di kulit, dan tanpa wewangian. agar kulit lebih terhidrasi dan melindungi kulit dari gesekan
--	--	--	--	---	---

Penulis melakukan telaah dan memberikan target selama 2x24 jam untuk intervensi keperawatan dengan tujuan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil elastisitas meningkat, Sensasi membaik, tekstur membaik, alasan penulis memberikan target 2x24 jam dikarena diharap setelah dilakukan hemodialisa hipervolemia pasien teratasi sehingga gangguan integritas kulit akan teratasi sebagian. Menurut penelitan yang dilakukan oleh (Utami, 2019) Pemberian petroleum jelly (petrolum) dua kali sehari setelah mandi dinilai cukup efektif dalam menurunkan keluhan yang disebabkan penyakit sistemik seperti penyakit ginjal kroni

4.4 Implementasi Keperawatan

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. S yang sebenarnya.

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluh badannya lemas sudah 1 minggu, selama 5 hari badan lemas disertai dengan pusing. Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, akral teraba dingin, observasi tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 180/80 mmHg, suhu 36,4°C, respirasi : 20 x/menit. CRT \geq 3 dtk. Pemeriksaan laboratorium darah jumlah Hb : 5.5 g/dl (13.2-17.3 g/dl). Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu: melakukan pemeriksaan tekanan darah, suhu, nadi, dan respirasi, melakukan pengkajian, dengan menanyakan keluhan utama, riwayat obat yang dikonsumsi, dan melakukan observasi atas keluhan pasien meliputi tanda edema pada ekstermitas, melakukan identifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya (petugas laboratorium) untuk dilakukan pengecekan HB, melakukan kolaborasi dengan dokter dikarenakan jumlah Hb pasien hanya 5,5 g/dL.
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah terdapat oedema di ekstermitas bawah, ketika dilakukan palpasi tampak pitting edema, kulit

tampak kering dan megkilap, intake lebih banyak dari output (BAK ketika dirumah sakit \pm 1-2 kali dalam sehari (200cc), dengan frekuensi minum \pm 3 gelas / hari (1 gelas 240 ml)), tekanan darah 180/80 mmHg, suhu 36,4°C. Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu: memonitor adanya edema dan sesak , meberikan edukasi kepada keluarga agar membatasi cairan yang masuk, Melakukan monitor input dan output. Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu: monitor adanya mual muntah dan menganjurkan ke keluarga untuk mencatat jumlah urine yang keluar. monitor adanya mual muntah, menyiapkan sediaan darah untuk dilakukan tranfusi darah ketika di HD, mengantarkan pasien ke ruang HD, menjemput pasien post HD, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah : 150/97 mmHg, suhu 36°C, RR : 18x/menit, CRT \leq 2 detik, melakukan pengkajian post hd, dan melakukan observasi, Memberikan hasil kolaborasi pemberian obat amploidipine 10mg.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan).

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S adalah sebagai berikut: pasien mengatakan lemas, pasien tampak pucat, akral teraba dingin, hasil tekanan darah 180/80 mmhg, nadi : 100 x/menit, suhu : 36,4°C, respirasi : 20 x/menit, konjungtiva anemis, CRT \geq 2dtk. Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi no. 1,3,8.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi pasien mengeluh sudah tidak lemas, pasien tampak tidak pucat, akral teraba hangat, hasil tekanan darah pre HD 178/100 mmHg, nadi : 95 x/menit, suhu : 37°C, respirasi : 18 x/menit, CRT \geq 2 dtk, hasil tekanan darah post hd : tekanan darah : 150/97 mmhg, suhu 36°C, rr : 18x/menit, CRT \leq 2 detik, konjungtiva tidak anemis. Masalah belum teratasi, intervensi di lanjutkan no.2,3,4.

Pada hari ketiga didapatkan hasil evaluasi pasien mengeluh sudah tidak lemas, pasien tampak tidak pucat, akral teraba hangat, hasil tekanan darah post hd : tekanan darah : 150/97 mmhg, suhu 36°C, rr : 18x/menit, CRT \leq 2 detik, Hasil tekanan darah H+1 post HD tekanan darah 147/90 mmHg, nadi : 85x/menit, RR : 18x/menit, suhu : 36,2°C, CRT \leq 2 dtk, Konjungtiva tidak anemis. masalah teratasi pasien krs.

2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Pada hari pertama didapatkan hasil pasien mengatakan badannya perutnya terasa tidak enak, dan badannya membengkak, tampak edema pada ekstermitas, pitting edem (+/+), abdomen tampak asites, kulit tampak kering dan mengkilat, masalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi belum teratasi, lanjutkan intervensi no.2,4,5.

Pada hari kedua pasien mengatakan perutnya terasa sudah lebih baik dari kemarin, tidak tampak edema ekstermitas, Pitting edem (-/-), kulit tampak kering dan mengkilat, masalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi teratasi, intervensi dihentikan.

3. Risiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan faktor risiko kelebihan volume cairan, disfungsi ginjal.

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S adalah sebagai berikut: Tampak edema pada ekstermitas, Pitting edem (+/+), Abdomen tampak asites, Kulit tampak kering dan mengkilat, Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil BUN : 34,8 mg/dL (6-20 mg/dL), kreatinin : 29.9 mg/dL (0.67-1,17 mg/dL). Natrium : 130.6 mmol/L (136.0-144.0 mmol/L), Masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan faktor risiko kelebihan volume cairan, disfungsi ginjal belum teratasi, intervensi di lanjutkan no. 1,2,5,6.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. S adalah sebagai berikut: Tidak tampak edema ekstermitas, Pitting edem (-/-), Kulit tampak kering dan mengkilat, Masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan faktor risiko kelebihan volume cairan, disfungsi ginjal teratasi, intervensi dihentikan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan kajian asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis *end stage renal disease* (ESRD) PRE HD di Ruang Mirah RS PHC Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *end stage renal disease* (ESRD) PRE HD

5.1. Simpulan

Mengacu pada hasil uraian tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *end stage renal disease* (ESRD) PRE HD, maka penulis dapat menarik simpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada Ny. S didapatkan hasil Ny. S sering mengeluh badan terasa lemas, kadang-kadang terasa pusing, mual, dan muntah. Ny. S juga mengatakan bahwa memiliki riwayat penyakit hipertensi. Pada pengkajian B2 (*Blood/* sirkulasi) didapatkan hasil nilai tekanan darah (TD) : 180/80, suhu (S) : 36,4°C, nadi (N) : 100 x/ menit, irama jantung reguler, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, terdengar S1 S2 tunggal lub dup, CRT \geq 2 detik, akral teraba dingin, pasien tampak pucat, konjungtiva tampak anemis. B4 (*Bladder*) di dapatkan hasil BAK ketika dirumah \pm 2-3 kali dalam sehari (400 cc/hari), dengan frekuensi minum \pm 6 gelas/ hari (1 gelas 240 ml), BAK ketika dirumah sakit \pm 1-2 kali dalam sehari (200cc), dengan frekuensi minum \pm 3 gelas / hari (1 gelas 240 ml). Urine tampak lebih pekat dan berbusa. B5 (*Bowel/* Pencernaan) didapatkan hasil Pasien mengatakan mual, dan muntah \pm 2x/hari, tidak nafsu makan, sehari makan

2x, makan habis 1 porsi, pasien mengatakan sudah melakukan HD selama 5 tahun, abdomen tampak asites. Pada B6 (*Bone / Muskuloskeletal*) dan Sistem Integumen terdapat oedema di ekstermitas bawah, ketika di lakukan palpasi tampak pitting edema, kulit tampak kering dan megkilap, tidak terdapat fraktur, kekuatan otot 5, dan hasil laboratorium Hemoglobin 5.5 g/dl, Eritrosit $2.44 \cdot 10^6/\text{ml}$, Trombosit $101 \cdot 10^3/\text{ml}$

4. Diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny. S adalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, Risiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan faktor risiko kelebihan volume cairan, disfungsi ginjal. Pada hasil diagnosa keperawatan penulis sebelumnya hanya mendapatkan 2 diagnosa tetapi setelah dilakukan telaah penulis sekarang mendapatkan 3 diagnosa tambahan sesuai dengan hasil pengkajian yaitu Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, Nausea berhubungan dengan gangguan bokimiawi (uremia), Risiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan faktor risiko kelebihan volume cairan, disfungsi ginjal.
2. Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosa dan masalah keperawatan pada Ny. S.
3. Pada akhir evaluasi masalah keperawatan, semua masalah keperawatan telah tercapai.

5.2. Saran

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan hendaknya kajian yang penulis lakukan pada penulisan KIA ini melakukan penambahan diagnosa maupun intervensi dalam pemenuhan bio-psiko-sosio-spiritual
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan *end stage renal disease (ESRD) PRE HD*.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional baiknya mengadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien maupun klien.
4. Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitan lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada pasien *end stage renal disease (ESRD) PRE HD*.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, W., & E Purnomo, A. (2019). Menurunnya Kadar Hemoglobin Pada Penderita End Stage Renal Disease (EsrD) Yang Menjalani Hemodialisis Di Kota Malang, 76–83. <https://doi.org/10.32528/psn.v0i0.1733>
- Aisara, S., Azmi, S., & Yanni, M. (2018). Gambaran Klinis Penderita Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1), 42. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i1.778>
- Angraini, F., & Putri, A. F. (2016a). Pemantauan Intake Output Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dapat Mencegah Overload Cairan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. <https://doi.org/10.7454/jki.v19i3.475>
- Angraini, F., & Putri, A. F. (2016b). Pemantauan Intake Output Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dapat Mencegah Overload Cairan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19(3), 152–160. <https://doi.org/10.7454/jki.v19i3.475>
- Budiwiyono, Y., Rachmawati, B., & Hendrianingtyas, M. (2016). Perbedaan Index Eritrosit Pada Pasien Anemia Gagal Ginjal Kronik Dan Thalassemia Mayor. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 5(4), 1911–1922.
- Darsini, D. (2017). Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa (Studi Korelasi Di Rumah Sakit Gatoel Mojokerto). *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4(2), 1. <https://doi.org/10.32831/jik.v4i2.83>
- Dewi, S. P., Anita, D. C., & Syadruddin. (2015). Hubungan Lamanya Hemodialisa Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, A., & Perdana. (2018). Gagal Ginjal Kronik. *Journal of Chemical Information and Modeling*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Husna, A. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis *End Stage Renal Disease* (ESRD) Pre HD Di Ruang Perawatan Mutiara Rumah Sakit PHC Surabaya.
- Ilma Arifa, S., Azam, M., & Woro, K. H. (2017). FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN PENYAKIT GINJAL KRONIK PADA PENDERITA HIPERTENSI DI INDONESIA Factors Associated with Chronic Kidney Disease Incidence among Patients with Hypertension in Indonesia. *Jurnal Mkm*, 13(4), 319–328.
- Imelda, F., Susalit, E., Marbun, M. B. M., & Rumende, C. M. (2017). Gambaran Klinis dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir yang Menjalani Hemodialisis Dua Kali Dibandingkan Tiga Kali Seminggu. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*. <https://doi.org/10.7454/jpdi.v4i3.139>
- IRR. (2018). 11th Report Of Indonesian Renal Registry 2018. *IRR*.

- Kemenkes. (2016). Gernas Wujudkan Indonesia Sehat. *Www.Kemenkes.Go.Id*.
- Medistra, K. F. (2017). Hubungan derajat dan lamanya hipertensi dengan kejadian gagal ginjal kronik di rumah sakit dustira.
- Nursalam. (2016). Anatomi dan Fisiologi Ginjal. *Journal of Chemical Information and Modeling*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Oliver, J. (2013). Anatomi Fisiologi Ginjal. *Journal of Chemical Information and Modeling*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Permanasari, N. (2012). Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Chronic Kidney Disease di Ruang Hemodialisa RSUD DR. Moewardi Surakarta (Nita Permanasari) 1.
- Pius, E. S., & Herlina, S. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di Rumah Sakit Tarakan Jakarta. *Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta*, (2002).
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1*. Dewan Pengurus Pusat PPNI. <https://doi.org/10.1093/molbev/msj087>
- Pranandari, R., & Supadmi, W. (2015). *Faktor Risiko Gagal Ginjal Kronik Di Unit Hemodialisis Rsud Wates Kulon Progo Risk Factors Cronic Renal Failure On Hemodialysis Unit In Rsud Wates Kulon Progo*.
- Prayogi, S., & Kurniawan, B. (2016). Pengaruh Personal Hygiene dalam Pencegahan Penyakit Skabies. *Majority*, 5(5).
- Sahang, W. S., & Rahmawati. (2017). Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit Pada Pasien GGK.
- Siagian, Y. (2018). Status Nutrisi Pasien Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 2(1), 300–314. <https://doi.org/10.31539/jks.v2i1.320>
- Suhardjono. (2014). Hemodialisa. In *Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid II edisi VI*.
- Susianti, H. (2019). *Memahami Interpretasi Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Ginjal Kronis* (1st ed.). Malang: UB Press.
- Ullu, arah murni, & Nurina, . wahyuningrum. (2018). Hubungan Status Nutrisi Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di Rsud Prof. Dr. W. Z. Johannes. *Cendana Medikal Journal*, 15(4), 425–437.
- Umayu, I. (2017). Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Pada Klien TN. RF Dengan End Stage Renal Disease(Esrd) Di Paviliun Marwah Atas Rumah Sakit Islam Cempaka Putih Jakarta Pusat. *Universitas Nusantara PGRI Kediri*, 01, 1–7. Retrieved from <http://www.albayan.ae>

Warianto, C. (2013). *Gagal Ginjal. Hubungan Pola Hidup Sedentarian Dengan Kejadian Obesitas Sentral Pada Pegawai Pemerintahan Di Kantor Bupati Kabupaten Jeneponto.*

LAMPIRAN 1**CURRICULUM VITAE**

Nama : Vamila Meydiawati

Nim : 151.0088

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Surabaya, 25 Mei 1997

Agama : Islam

Email : meydiawati97@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Taruna Jaya Tahun 2003
2. SDN Simokerto 1 Surabaya Tahun 2009
3. SMP Negeri 7 Surabaya Tahun 2012
4. SMAN 8 Surabaya Tahun 2015
5. STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2019

LAMPIRAN 2**MOTTO & PERSEMBAHAN****MOTTO**

“Nothing Is Impossible”

“Ridha Allah tergantung pada ridha orang tua dan murka Allah tergantung pada murka orang tua”

(HR At-Tirmidzi : 1899; dihasankan Syaikh Al Albani)

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan karya ini dengan baik. Karya ini ku persembahkan untuk :

1. Orang tuaku, Alm. Bapak Sudarto dan Ibu Rini , Mbah Man, Mbah Sum yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun.
2. Adikku Vania Octavia Putri tersayang yang telah memberikan do'a dan menghibur dikala penat dan lelah
3. Saudara ku Cab's (Ain, Ocho, Mbak Lil, Husna) terimakasih sudah selalu memberi semangat, selalu menghibur ketika penat semoga apa yang kita usahakan bersama sukses.
4. Sahabatku Selaaaa dan Antika yang selalu memberi motivasi untuk segera menyelesaikan karya tulis ini.
5. Deddy Abdullah yang telah memberikan motivasi agar saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan tepat waktu.

6. Teman – teman Profesi Ners angkatan 10 STIKES Hang Tuah Surabaya.
7. Terima kasih untuk semua orang yang ada di sekelilingku yang selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidupku. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kalian dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal'Alaamin

Lampiran 3

SOP PENGHITUNGAN BALANCE CAIRAN

a. Pengertian

Suatu tindakan mengukur jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh (intake) dan mengukur jumlah cairan yang keluar dari tubuh (out put).

b. Tujuan

1. Menentukan status keseimbangan cairan pasien
2. Menentukan tingkat kelebihan cairan pasien

c. Hal-hal yang berkaitan dengan perhitungan cairan

1. Menentukan jumlah cairan yang masuk ke dalam tubuh klien (intake)

terdiri dari:

- a) Air minum
- b) Air dari makanan pasien
- c) Air hasil oksidasi
- d) Cairan intravena

2. Menentukan jumlah cairan yang keluar dari tubuh klien (out put) terdiri

dari:

- a) Urine
- b) Insensible Water Loss (IWL) : paru dan kulit
- c) Keringat
- d) Feses
- e) Muntah
- f) Perdarahan

g) Drain

3. Menentukan keseimbangan cairan tubuh pasien

Intake - Out Put

d. Perhitungan

1. Rata-rata intake cairan per hari :

a) Air minum dewasa : 1500-2500 ml/ hari (30-40m ml/kgBB/ hari)

b) Kebutuhan cairan anak

BB 10 kg I : 100 cc/ kg BB / 24 Jam

BB 10 kg II : 50 cc/ kg BB/ 24 Jam

BB 10 kg seterusnya : 20 cc/ kg BB/ 24 Jam

c) Air hasil metabolisme : (Dewasa 5 cc/ kg BB/ hari) (anak-anak 5-6 cc/ kg BB/ hari)

2. Rata-rata output cairan per hari :

a) Urine : 0,51-1 cc/kg BB/ jam

b) IWL : (Dewasa 15 cc/kg BB/hari), (Anak 40 cc/kgBB/hari), (Neonatus 60 cc/kgBB/24jam).

Jika ada kenaikan suhu : $IWL + (\text{suhu badan sekarang} - 36,8^{\circ}\text{C})$ atau IWL meningkat 12% setiap ada kenaikan suhu 1°C .

Referensi :

Perry, Potter. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Vol. 1*. EGC : Jakarta.

Kusyati, Eni dkk. 2003. *Keterampilan dan Prosedur Keperawatan Dasar*. Kilat Press : Semarang

Lampiran 4

SOP HEMODIALISA

1. Pengertian

Hemodialisa adalah proses pembuangan zat-zat sisa metabolisme, zat toksik lainnya melalui membran semi permeabel sebagai pemisah antara darah dan cairan dialisat yang sengaja dibuat dalam dializer.

2. Indikasi

- a) Pasien yang memerlukan hemodialisa adalah pasien GGK, GGA untuk sementara sampai fungsi ginjalnya pulih
- b) Hiperkalemia (K^+ darah > 6 meq/l)
- c) Asidosis
- d) Kegagalan terapi konservatif
- e) Kadar ureum/ kreatinin tinggi dalam darah
- f) Kelebihan cairan
- g) Mual muntah hebat.
- h) Intoksikasi obat dan zat kimia
- i) Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berat
- j) Sindrom hepatorenal dengan kh :
 - 1) K^+ pH darah $< 7,10 \rightarrow$ asidosis
 - 2) Oliguria / an uria > 5 hari
 - 3) GFR < 5 ml
 - 4) Ureum darah > 200 mg/dl

3. Kontra indikasi

- a) Hipertensi berat (TD $> 200/100$ mmHg)

- b) Hipotensi (TD < 100 mmhg)
- c) Adanya perdarahan hebat
- d) Demam tinggi

4. Peralatan

- a) Dialiser / ginjal buatan
- b) Dialisat / cairan dialysis
- c) Sistem pemberian dialisat
- d) Aksesori peralatan meliputi : pompa darah, pompa infus untuk memberikan heparin, alat monitor untuk mendeteksi suhu.
- e) Komponen manusia
- f) 1 set alat HD

5. Prosedur pelaksanaan HD

- a) Tahap persiapan
 - 1) Mesin sudah siap pakai
 - 2) Alat lengkap (set HD)
 - a. Dializer
 - b. Av blood line
 - c. Av fistula
 - d. Cairan dialisat pekat
 - e. Infus set
 - f. Spuit 1 cc, 5 cc, 10 cc, dan 20 cc
 - g. Kassa steril
 - h. Pinset, dock, klem → steril
 - i. Gunting dan plester

- 3) Obat-obatan
 - a. Lidocain
 - b. Alkohol
 - c. Betdin
 - d. Heparin
 - e. Kalmetason
 - f. Anti histamin
 - g. Nacl 0,9%
- 4) Administrasi
 - a. Informed concent
 - b. Formulir HD dan travelling dialisis
- b) Tahap pelaksanaan
 - 1) Penjelasan pada pasien dan keluarga
 - 2) Timbang berat badan
 - 3) Atur posisi, obervasi tanda-tanda vital
 - 4) Siapkan sirkulasi mesin
 - 5) Persiapkan tindakan steril pada daerah punksi
 - 6) Lakukan penurunan vena (out let dan in let) dengan Av vistula, fiksasi kemudian tutup dengan kasa steril
 - 7) Berikan bolus heparin dosis awal (heparin 5000 Ui encerkan 1 cc menjadi 10 cc Nacl)
 - 8) Memulai HD
 - a. Hubungkan sirkulasi mesin dengan pasien

- b. Jalankan pompa dengan 26 ± 100 ml, sampai sirkulasi darah terisi semua
 - c. Cairan pendamping ditampung dan diukur jumlahnya
 - d. Hubungkan selang-selang untuk semua monitor
 - e. Pompa heparin di jalankan
 - f. Catat keluhan dan maslaah sebelum dan selama HD
- c) Tahap penghentian
- 1) Ukur TTV
 - 2) 5 menit pre HD berakhir 26 diturunkan sekitar 100 cc/l, UFR : 0
 - 3) Blood pump stop
 - 4) Ujung ABL di klem, jarum dicabut, bekas tusukan inlet di tekan dengan kassa steril yang diberi betadine
 - 5) Hubungkan ujung ABL dengan infus set
 - 6) Darah dimasukkan kedalam tubuh dengan didorong Nacl 0,9%
 - 7) Setelah outlet dicabut, bekas punksi outlet ditekan dengan kassa setril dan betadin
 - 8) Timbang berat badan.

Refrensi :

Wijaya, Sefari Andra. 2017. *Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Nuh Medika : Yogyakarta.

Lampiran 5

PROSES PELAKSANAAN DISCHARGE PLANNING

1. Definisi Discharge Planning

Discharge planning (perencanaan pulang) adalah serangkaian keputusan dan aktivitas-aktivitasnya yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinu dan terkoordinasi ketika pasien dipulangkan dari lembaga pelayanan kesehatan (Potter & Perry, 2005:1106).

2. Tujuan Discharge Planning

Untuk menyiapkan pasien meninggalkan rumah sakit untuk melanjutkan program perawatan yang berkelanjutan dirumah atau diunit perawatan komunitas.

3. Proses Discharge Planning

A. Pada saat pasien masuk ruang rawat inap

- 1) Melakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk pasien pulang dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana keperawatan dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif.
- 2) Mengkaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga yang berhubungan dengan: - terapi dirumah - hal-hal yang harus dihindari - akibat dari gangguan kesehatan yang dialami - komplikasi yang mungkin terjadi.
- 3) Mengkaji faktor-faktor lingkungan dirumah yang dapat mengganggu perawatan diri (ukuran kamar, lebar jalan, tangga, keadaan lantai, fasilitas kamar mandi dll)

- 4) Kolaborasi dengan dokter dan tenaga kesehatan lainnya tentang perlu tidaknya rujukan untuk mendapatkan perawatan dirumah atau di tempat pelayanan yang lainnya
- 5) Kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya tentang berbagai kebutuhan pasien setelah pulang.
- 6) Evaluasi kemajuan pasien secara terus menerus, dan ketika akan pulang tentukan tujuan pemulangan pasien yang relevan.

B. Persiapan sebelum hari kepulangan pasien

- 1) Memberikan informasi tentang sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada pasien dan keluarga
- 2) Melakukan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang:
 - a) tanda dan gejala penyakit
 - b) komplikasi penyakit
 - c) informasi obat-obatan yang diberikan
 - d) penggunaan perawatan medis dan perawatan lanjutan seperti jadwal HD
 - e) diet makanan dan pembatasan jumlah cairan
 - f) latihan fisik - hal-hal yang harus dihindari atau pantangan
- 3) Memberikan leaflet atau buku saku

C. Pada hari kepulangan pasien

- 1) Memeriksa order dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan atau alat-alat khusus yang di butuhkan.
- 2) Menanyakan transportasi pasien ketika pulang

- 3) Beritahu kepada pasien dan keluarga untuk mempersiapkan seluruh barang-barang pribadi untuk di bawa pulang
- 4) Memeriksa seluruh ruang rawat inap termasuk kamar mandi untuk memastikan kembali bahwa tidak ada yang tertinggal
- 5) Memberikan pasien resep atau obat-obat sesuai dengan pesan dokter
- 6) Menghubungi bagian keuangan untuk menentukan apakah pasien atau keluarga sudah bisa mengurus administrasi.
- 7) Memberi tawaran kepada pasien untuk menggunakan kursi roda sampai kendaraan yang akan membawa pasien pulang.
- 8) Mencatat format ringkasan pulang pasien (dibeberapa institusi, pasien juga mendapat salinan format ringkasan pemulangan tersebut)
- 9) Dokumentasi status masalah kesehatan pasien pulang

Refrensi :

Perry, Potter. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Vol. 1*. EGC : Jakarta

