

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN PERIFER
DI RUANG HEMODELISA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
BANGIL PASURUAN**



OLEH:

DEVADA CHANDRA EZA HUZZELLA
151210005

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN PERIFER
DI RUANG HEMODELISA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
BANGIL PASURUAN**



OLEH:

DEVADA CHANDRA EZA HUZZELLA
151210005

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN PERIFER**

**DI RUANG HEMODELISA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
BANGIL PASURUAN**

KARYA TULIS ILMIAH

diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) Pada Program Study Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Insan Cendekia medika Jombang

OLEH:

DEVADA CHANDRA EZA HUZZELLA
151210005

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Devada Chandra Eza Huzzella
NIM : 15.121.0005
Tempat Tanggal Lahir : Bojonegoro, 20 Oktober 1996
Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Ginjal
Kronik Dengan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan
Perifer

Menyatakan bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Jombang, 23 Mei 2018

Yang menyatakan,



Devada Chandra Eza H.

...

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Devada Candra Eza H.
NIM : 151210005
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Ginjal Kronik Dengan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer Di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan

Telah disetujui oleh Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Menyetujui Komisi pembimbing

Pembimbing Utama



Maharani Tri P., S.Kep.,Ns.,MM
NIK.03.04.028

Pembimbing Anggota



Hidayatun Nufus, S.Si.T.M.Kes
NIK.02.03.014

Mengetahui

Ketua STIKes ICMe



Imam Fathoni, S.KM.,MM
NIK.03.04.022

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Nita Arisanti Yulanda, S.kep.,Ns.,M.Kep
NIK.03.04.028

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Devada Candra Eza Huzzela
NIM : 151210005
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Ginjal Kronik Dengan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer Di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan

Telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada Program Studi
Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika
Jombang.

Menyetujui Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji : Dr.Hariyono S.Kep.,Ns.,M.Kep ()

Penguji Utama : Maharani Tri Puspitasari S.Kep.,Ns.,M.Kep ()

Penguji Anggota : Hidayatum Nufus S.Si.T.M.Kes ()

Ditetapkan di : JOMBANG

Pada : April 2018

RIWAYAT HIDUP

Penulis lahirkan di Bojonegoro, pada tanggal 20 Oktober 1996 dari ayah yang bernama Sutrisno dan ibu yang bernama Nur Afifah, penulis merupakan putra kesatu dari dua bersaudara.

Tahun 2009 penulis lulus dari SDN Tlatah, tahun 2012 penulis lulus dari SMPN 2 Padangan, tahun 2015 penulis lulus dari SMA N 1 Padangan. Dan pada tahun 2015 lulus seleksi masuk STIKes Insan Cendekia Medika Jombang. Penulis memilih program studi Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes ICME Jombang.

Demikian Riwayat Hidup ini saya buat dengan sebenarnya.

Jombang, 23 Mei 2018

Devada Chandra Eza.H.

MOTTO

“Belajar dari sebuah kegagalan untuk menuju yang lebih baik”

PERSEMBAHAN

Sembah sujud serta syukur Alhamdulillah kepada Allah SWT. Atas karun ia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat serta salam selalu terlimpahkan kehadiran Rasulullah Muhammad SAW.

Aku persembahkan karya tulis ilmiah ini kepada seseorang yang sangat kukasihi dan kusayangi. Ibu dan ayahanda tercinta sebagai tanda bukti, hormat, dan rasa terimakasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada ibu dan ayah yang telah membentangkan kasih sayang, segala dukungan, cinta kasih dan pengorbanan yang telah kalian berikan untukku, yang tanpa henti selalu memanjatkan doa disetiap sujudmu. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat ibu dan ayah bahagia karena kusadar selama ini belum bisa berbuat yang berarti buatmu.

Untuk adikku Amara Uma Rezha Hozzella terimakasih atas kasih sayangnya, segala dukungan dan doa yang telah kamu berikan kepada kakak. Terimakasih, selalu ada untuk kakak disaat susah maupun senang.

Terimakasih juga buat kekasihku atas kasih sayangnya, perhatian, kesabaranmu dan yang selalu memberi dukungan, support, serta selalu berbagi pengalaman denganku dan yang mau menerimaku apadanya.

Serta teman-teman D3 Keperawatan yang kucintai sudah menjadi teman-teman yang luar biasa selama 3 tahun ini, tawa, canda, tangis sudah pernah kita rasakan aku pasti akan rindu dengan kalian semua.

Terimakasih atas semuanya.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala karunia-NYA sehingga Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan keperawatan pada klien gagal ginjal kronik dengan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer di RSUD Bangil Pasuruan" ini dapat selesai tepat pada waktunya.

Penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat : selaku ketua STIKES ICME Jombang, selaku Kaprodi D III Keperawatan STIKES ICME Jombang, selaku pembimbing utama yang telah banyak memberi pengarahan, motivasi dan masukan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, selaku pembimbing Dua yang telah banyak memberi motivasi dan pengarahan dan ketelitian dalam penyusunan karyatulis ilmiah ini. Kepada kedua orang tua dan keluarga saya yang selalu memberi do'a dan semangat tiada henti dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Teman-teman yang membantu baik secara langsung maupun tidak langsung memberikan saran dan dorongan sehingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharap saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya, mudah - mudahan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Amin

Jombang, 23 Mei 2018

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN PERIFER Di RUANG HEMODEALISA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL PASURUAN

Oleh :

Devada Chandra Eza Huzzella

Penyakit gagal ginjal kronik telah menyebabkan kematian sebesar 1,5 juta jiwa setiap tahunnya(WHO 2016). Penyebab gagal ginjal kronik yang dari tahun ke tahun semakin meningkat dapat disebabkan oleh kondisi klinis dari ginjal sendiri dan dari luar ginjal (Muttaqin,2011). Tujuan studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien gagal ginjal kronik dengan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif. Partisipan yang digunakan adalah 2 klien yang didiagnosa medik mengalami Gagal Ginjal dengan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, dokumentasi.

Hasil penelitian disimpulkan sebagai berikut berdasarkan data pengkajian diketahui bahwa Ny.S mengeluhkan pusing dan sesak napas yang didukung dengan data obyektif RR 26 x/menit TD 90/50 mmHg, CRT 3> detik, piting edema tingkat 2+ menghilang 10-15 detik, nafsu makan menurun sedangkan Tn.M mengatakan pusing dan bengkak kemerahan didukung dengan data obyektif adanya bengkak pada kaki,TD 100/90 mmHg RR: 24 x/menit,nafsu makan menurun, CRT 3> detik, piting edema tingkat 2+ menghilang 10-15 detik. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan adalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada ketidakefektifan perfusi jaringan perifer disusun berdasarkan kriteria NIC NOC tahun 2015 yang meliputi Respiratory status dan Arwaymanagement. Implementasi kepada klien Ny.S dan Tn.M dikembangkan dari hasil kajian intervensi yang dilakukan dalam 3 kali pertemuan.

Setelah dilakukan implementasi selama 3 kali pertemuan maka hasil evaluasi akhir pada Ny.S masalah sudah sebagian teratasi, sedangkan Tn.M masalah belum teratasi. Jadi pada Ny.S dan Tn.M masih memerlukan implementasi lanjutan karena masalahnya belum teratasi seluruhnya.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Gagal Ginjal, Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

ABSTRACT

NURSING CARE IN CLIENT OF KIDNEY FAILURE CRONIC WITH INEFFECTIVE PERFUSION PERIPHERAL IN HEMODELISA RSUD BANGIL ROOM

By :

Devada Chandra Eza Huzzella

Disease kidney failure cronic cause decease in the amount of 1,5 million life in every year.(WHO 2016).Cause kidney failure cronic of the years more increasing can be caused by condition of clinical of kidney and from outside kidne(Muttaqin,1011). The purpose of this case study is to carry out nursing care to clients kidney failure cronic with ineffective perfusion peripheral.

This research design using descriptive approach. Participants used were 2 clients who were diagnosed with peripheral perfusion tissue ineffectiveness problem. Data collected from interviews, observation, documentation.

The results are summarized as follows based on assessment data known that Ny.S complains of dizziness and shortness of breath supported by objective data RR 26 x / min TD 90/50 mmHg, CRT 3> seconds, 2+ grade edema vanishing 10-15 seconds, decreased appetite while Tn.M said dizziness and red swelling were supported with objective data of swollen legs, TD 100/90 mmHg RR: 24 x / min, decreased appetite, CRT 3> seconds, edema rate 2+ disappeared 10- 15 seconds. The defined nursing diagnosis is peripheral tissue perfusion ineffectiveness. Nursing orders performed on peripheral tissue perfusion inefficiencies are prepared based on the NIC NOC's 2015 criteria that include Respiratory status and Arwaymanagement. Implementation to clients Ny.S and Tn.M developed from the results of intervention studies conducted in 3 meetings.

After implementation for 3 meetings, the final evaluation result on Ny.S problem has been partially resolved, while Tn.M problem has not been resolved yet. So on Ny.S and Tn.M still require further implementation because the problem is not solved entirely.

Keywords: Nursing Care, Kidney Failure, Ineffective Perfusion peripheral

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL LUAR	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
RIWAYAT HIDUP	vi
MOTTO	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.1 Batasan Masalah.....	3
1.3 Rumusan Masalah	3
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Manfaat Teoritis	5
1.5.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik.....	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Etiologi.....	6
2.1.3 Patofisiologi	7
2.1.4 Manifestasi Klinik.....	8
2.1.5 WOC	10
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	11
2.1.7 Penatalaksanaan	12
2.1.8 Komplikasi	12
2.2 Konsep Dasar perfusi jaringan perifer	13
2.2.1 Definisi.....	13
2.2.2 Fisiologi Sistem	13
2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi	14
2.2.4 Macam-macam yang mungkin terjadi	14
2.3 Konsep Dasar Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer.....	14
2.3.1 Definisi.....	14
2.3.2 Batasan Karakteristik	15
2.3.4 Faktor Yang Berhubungan	16
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Gagal GAINjal Kronik	16
2.4.1 Pengkajian.....	16

2.4. 2Kemungkinan Diagnosa Keperawatan.....	24
2.4.3 Intervensi.....	25
2.4.4 Impelmentasi.....	26
2.4.5 Evaluasi.....	26
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	29
3.2 Batasan Istilah	29
3.3 Partisipan.....	31
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	31
3.4.1 Lokasi.....	31
3.4.2 Waktu Penelitian.....	31
3.5 Pengumpulan Data	31
3.6 Uji Keabsahan Data.....	35
3.7 Analisa Data	36
3.8 Etik Penelitian	38
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	40
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data	40
4.1.2 Pengkajian.....	40
4.1.3 Analisa Data.....	46
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	47
4.1.5 Intervensi Keperawatan.....	49
4.1.6 Implementasi Keperawatan.....	50
4.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	52
4.2 Pembahasan.....	54
4.2.1 Pengkajian.....	54
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	55
4.2.4 Intervensi Keperawatan.....	55
4.2.5 Implementasi Keperawatan.....	56
4.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	57
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	61
5.2 Saran.....	62
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No Tabel	Daftar Tabel	Hal
Tabel 2.1	Diagnosa dan Intervensi	25
Tabel 4.1	Identitas Klien	40
Tabel 4.2	Riwayat Penyakit	41
Tabel 4.3	Pola Kesehatan	42
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik	43
Tabel 4.5	Pemeriksaan Diagnosa	45
Tabel 4.6	Analisa Data	46
Tabel 4.7	Diagnosa Keperawatan	47
Tabel 4.8	Intervensi Keperawatan.....	48
Tabel 4.9	Implementasi Keperawatan.....	50
Tabel 4.10	Evaluasi Keperawatan.....	54

DAFTAR GAMBAR

No.Gambar	Daftar Gambar	Hal
	Gambar 2.1 Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik.....	10

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan.....	67
Lampiran 2 Permohonan Responden	68
Lampiran 3 Persetujuan Responden.....	69
Lampiran 4 Form Pengkajian.....	71
Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian	80
Lampiran 6 Surat Disposisi Penelitian.....	81
Lampiran 7 Surat Balasan Penelitian	82
Lampiran 8 Lembar Konsultasi.....	84

DAFTAR SINGKATAN

Lambang

1. % : Persentase
2. ° : Derajad
3. / : Atau
4. & : Dan
5. > : Lebih dari

Singkatan

1. STIKes : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
2. ICMe : Insan Cendekia Medika
3. WHO : *World Health Organization*
4. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
5. DINKES : Dinas Kesehatan
6. NIC : *Nursing Interventions Classification*
7. NOC : *Nursing Outcomes Classifications*
8. BAK : Buang Air Kecil
9. BJ : Berat Jenis
10. BUN : *Blood Urea Nitrogen*
11. CCT : *Creatinine Clearance Test*
12. CKD : *Chronic Kidney Disease*
13. CRT : *Capillary Rate Time*
14. CT Scan : *Computed Tomography Scan*
15. DM : Diabetes Mellitus
16. EKG : Elektrokardiografi
17. GFR : *Glomerular Filtration Rate*
18. GGK : Gagal Ginjal Kronik
19. mL/min : Mililiter per Menit
20. MRI : *Magnetic Resonance Imaging*
21. PH : Pontential Hidrogen
22. TTV : Tanda – Tanda Vital
23. USG : Ultrasonograf
24. ROM : Range Of Motion

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan suatu penurunan fungsi ginjal yang cukup berat dan terjadi secara perlahan dalam waktu yang menahun bersifat progresif dan irreversible, umumnya tidak dapat pulih, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang menjadikan menurunnya volume vaskuler dan gangguan reabsorpsi (Muttaqin, 2011). Masalah keperawatan yang sering muncul pada penderita gagal ginjal kronik yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer disebabkan oleh menurunnya sirkulasi darah keperifer atau menurunnya volume vaskuler menurun dikarenakan hiponatremia dan gangguan reabsorpsi (Smetzer & Bare, 2011).

Penelitian terbaru menunjukkan penyakit gagal ginjal kronik telah menyebabkan kematian sebesar 1,5 juta jiwa setiap tahunnya (WHO 2016). Badan kesehatan (WHO) menyebutkan pertumbuhan jumlah penderita gagal ginjal kronik pada tahun 2015 telah meningkat 50 % dari tahun sebelumnya. Prevalensi gagal ginjal di Amerika Serikat meningkat 50 % di tahun 2016 dan jumlah orang yang gagal ginjal yang dirawat dengan dialisis dan transplantasi diproyeksikan meningkat dari 390.000 di tahun 2010, dan 651.000 dalam tahun 2015. Data menunjukkan bahwa setiap tahun, 200.000 orang Amerika menjalani hemodialisa karena gangguan ginjal kronis artinya 1140 dalam 1

juta orang Amerika adalah pasien dialisis (Neliya, 2014). Angka kejadian gagal ginjal kronis di Indonesia 0,2%, di daerah Jawa Timur 0,3% (Riskasdas 2015). Survey dari Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan periode tahun 2017 mencapai 327 kasus gagal ginjal kronik (Unit Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruhan).

Penyebab gagal ginjal kronik yang dari tahun ke tahun semakin meningkat dapat disebabkan oleh kondisi klinis dari ginjal sendiri dan dari luar ginjal. Penyakit dari ginjal seperti penyakit pada saringan (glomerulus), infeksi kuman, batu ginjal. Sedangkan penyakit dari luar ginjal seperti penyakit diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi, infeksi di badan: *Tuberculosis*, sifilis, malaria, hepatitis, obat-obatan, dan kehilangan banyak cairan yang mendadak seperti pada luka bakar. (Muttaqin, 2011)

Penyakit gagal ginjal kronik juga memiliki tanda dan gejala yaitu hipertensi dan hipotensi, (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sistem renin – angiotensin – aldosteron), gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan) dan perikarditis (akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi), hipertensi dan hipotensi yang menyebabkan menurunnya perfusi jaringan. Penyakit gagal ginjal kronik menyebabkan gangguan reabsorpsi dan hiponatremia yang mengakibatkan menurunnya volume vaskuler sehingga muncul masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (Smetzer & Bare, 2013).

Untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer akibat efek penyakit gagal ginjal kronik tugas perawat melakukan intervensi keperawatan dengan mengkaji secara komprehensif sirkulasi perifer (nadi, perifer, edema, kapilary refil), Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap rasa panas / rasa dingin / benda tajam / tumpul, monitor status cairan masuk dan keluar, monitor suhu, warna dan kelembaban kulit, evaluasi nadi perifer dan edema, mengubah posisi klien minimal setiap 2 jam sekali untuk menjaga sirkulasi darah, dorong latihan ROM selama bedrest (Gloria et al 2016).

Berdasarkan berbagai data dan informasi di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang penyakit gagal ginjal kronik mengenai pemberian “Asuhan keperawatan pada klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer” di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan.

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi Asuhan Keperawatan Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan?

1.4 Tujuan Penulisan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan Khusus

Observasi pada studi kasus ini juga mempunyai beberapa tujuan khusus, diantaranya :

1.4.2.1 Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2.2 Merumuskan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2.3 Menyusun perencanaan intervensi keperawatan pada klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2.5 Melakukan evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil Pasuruan.

1.5 Manfaat Penulisan

1.5.1 Manfaat Teoritis

Menambah pengetahuan dan dapat menambah informasi tentang asuhan keperawatan dalam pemberian nutrisi, sebagai bahan kepustakaan dan perbandingan pada penanganan kasus masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer di lapangan dan dalam teori.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi klien dan keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat mengetahui latihan ROM selama klien bedrest dengan klien gagal ginjal kronik.

2. Bagi perawat

Hasil penelitian ini dapat di gunakan dalam pengkajian sampai evaluasi keperawatan dengan teliti yang mengacu pada fokus permasalahan yang tepat sehingga dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara tepat khususnya pada klien gagal ginjal kronik.

3. Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai tambahan referensi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kasus Gagal Ginjal Kronis. Manfaat bagi pasien adalah mendapat asuhan keperawatan yang efektif, efisien dan sesuai dengan standart asuhan keperawatan yaitu pemenuhan nutrisi dengan diet rendah protein dan cukup energi pada Gagal Ginjal Kronik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Definisi

Gagal ginjal kronik adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut, hal ini terjadi bila laju filtrasi glomerular kurang dari 50 mL/min (Suyono, et al, 2015).

Gagal ginjal kronik merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (Smeltzer & Bare, 2015).

Gagal ginjal kronik adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible* dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia atau azotemia (Brunner & Suddarth, 2016)

2.1.2 Etiologi

Gagal ginjal kronik sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder. Penyebab dari gagal ginjal kronis antara lain :

1. Infeksi saluran kemih (pielonefritis kronis)
2. Penyakit peradangan (glomerulonefritis)
3. Penyakit vaskuler hipertensif (nefrosklerosis, stenosis arteri renalis)

4. Gangguan jaringan penyambung (SLE, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik)
 5. Penyakit kongenital dan herediter (penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal)
 6. Penyakit metabolik (DM, gout, hiperparatiroidisme)
 7. Nefropati toksik
 8. Nefropati obstruktif (batu saluran kemih)
- (Robinson, 2013)

2.1.3 Patofisiologi

Gagal ginjal kronis selalu berkaitan dengan penurunan progresif GFR. Stadium gagal ginjal kronis didasarkan pada tingkat GFR (*Glomerular Filtration Rate*) yang tersisa dan mencakup :

1. Penurunan cadangan ginjal;

Yang terjadi bila GFR turun 50% dari normal (penurunan fungsi ginjal), tetapi tidak ada akumulasi sisa metabolik. Nefron yang sehat mengkompensasi nefron yang sudah rusak, dan penurunan kemampuan mengkonsentrasi urin, menyebabkan nocturia dan poliuri. Pemeriksaan CCT 24 jam diperlukan untuk mendeteksi penurunan fungsi

2. Insufisiensi ginjal;

Terjadi apabila GFR turun menjadi 20 – 35% dari normal. Nefron-nefron yang tersisa sangat rentan mengalami kerusakan sendiri karena beratnya beban yang diterima. Mulai terjadi akumulasi sisa metabolik dalam darah karena nefron yang sehat tidak mampu lagi mengkompensasi. Penurunan respon terhadap diuretic, menyebabkan oliguri, edema. Derajat

insufisiensi dibagi menjadi ringan, sedang dan berat, tergantung dari GFR, sehingga perlu pengobatan medis

3. Gagal ginjal; yang terjadi apabila GFR kurang dari 20% normal.

4. Penyakit gagal ginjal stadium akhir;

Terjadi bila GFR menjadi kurang dari 5% dari normal. Hanya sedikit nefron fungsional yang tersisa. Di seluruh ginjal ditemukan jaringan parut dan atrofi tubulus. Akumulasi sisa metabolik dalam jumlah banyak seperti ureum dan kreatinin dalam darah. Ginjal sudah tidak mampu mempertahankan homeostatis dan pengobatannya dengan dialisa atau penggantian ginjal (Brunner & Suddarth, 2011).

2.1.4 Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik menurut (Smeltzer, 2011) antara lain : hipertensi, (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sistem renin – angiotensin – aldosteron), gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan) dan perikarditis (akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi)

Manifestasi klinik menurut Suyono (2011) 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.

b. Gangguan pulmoner

Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan spuntum kental.

c. Gangguan gastrointestinal

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

d. Gangguan muskuloskeletal

Resiles leg syndrom (pegal pada kaki sehingga selalu digerakan), *burning feet syndrom* (rasa kesemutan dan terbakar, terutama di telapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot – otot ekstremitas)

e. Gangguan integumen

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

f. Gangguan endokrin

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

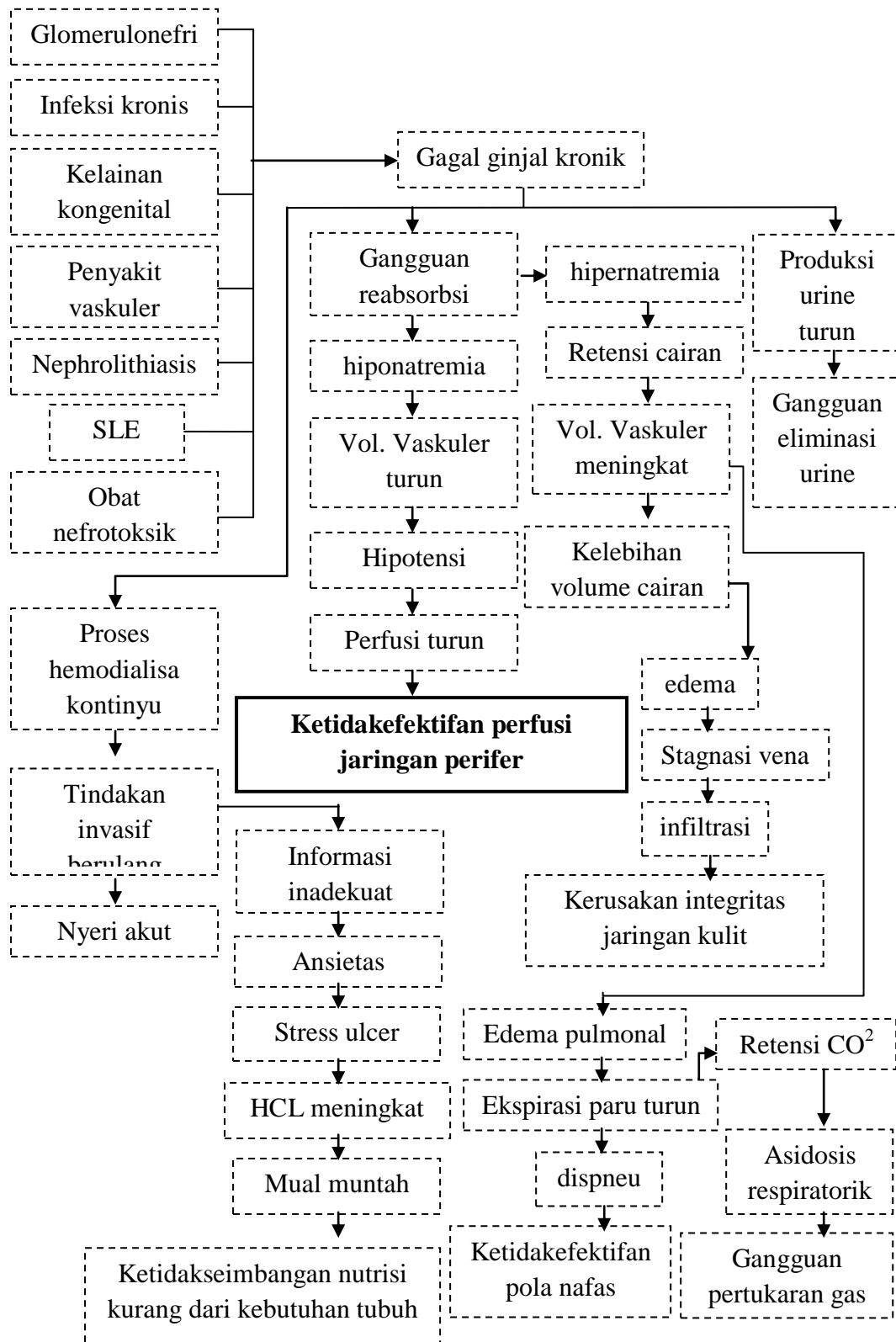
g. Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam basa

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

h. Sistem hematologi

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

2.1.5 WOC



Gambar 2.1 : Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik (Mandara, 2015)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada klien gagal ginjal kronik adalah :

1. Pemeriksaan Laboratorium

a. Laboratorium darah :

BUN, Kreatinin, elektrolit (Na, K, Ca, Phospat), Hematologi (Hb, trombosit, Ht, Leukosit), protein, antibody (kehilangan protein dan immunoglobulin)

b. Pemeriksaan Urin

Warna, PH, BJ, kekeruhan, volume, glukosa, protein, sedimen, SDM, keton, SDP, TKK/CCT

2. Pemeriksaan EKG

Untuk melihat adanya hipertropi ventrikel kiri, tanda perikarditis, aritmia, dan gangguan elektrolit (hiperkalemi, hipokalsemia).

3. Pemeriksaan USG

Menilai besar dan bentuk ginjal, tebal korteks ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi system pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih serta prostate.

4. Pemeriksaan Radiologi

Renogram, *Intravenous Pyelography*, *Retrograde Pyelography*, *Renal Aretriografi dan Venografi*, *CT Scan*, *MRI*, *Renal Biopsi*, pemeriksaan rontgen dada, pemeriksaan rontgen tulang, foto polos abdomen.

2.1.7 Penatalaksanaan

Mengingat fungsi ginjal yang rusak sangat sulit untuk dilakukan pengembalian, maka tujuan dari penatalaksanaan klien gagal ginjal kronik adalah untuk mengoptimalkan fungsi ginjal yang ada dan mempertahankan keseimbangan secara maksimal untuk memperpanjang harapan hidup klien. Oleh karena itu, beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan penatalaksanaan pada klien gagal ginjal kronik diantaranya :

1. Diit rendah uremi
2. Obat – obatan anti hipertensi, suplemen besi, agen pengikat fosfat, suplemen kalsium, furosemid.
3. Tata laksana dialisis / transplantasi ginjal, untuk membantu mengoptimalkan fungsi ginjal.

(Smeltzer & Bare, 2011)

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi yang mungkin timbul akibat gagal ginjal kronis antara lain :

1. Hiperkalemia
2. Perikarditis
3. Hipertensi
4. Anemia
5. Penyakit tulang

(Smeltzer & Bare, 2011)

2.2 Konsep perfusi jaringan perifer

2.2.1 Definisi

Perfusi jaringan perifer adalah keadaan dimana individu mengalami atau berisiko mengalami suatu penurunan dalam nutrisi dan pernapasan pada tingkat seluler perifer suatu penurunan dalam suplai darah kapiler (Nurarif .A.H. & Kusuma. H, 2015).

2.2.2 Fisiologi sistem

Berhubungan dengan perlemahan aliran darah (gangguan vaskuler) yaitu arteriosklerosis, hipertensi, aneurisma, trombosis arteri, trombosis vena dalam, penyakit vaskuler kolagen, artritis reumatoid, diabetes mellitus, diskariasis darah (gangguan trombosit), gagal ginjal, kanker/tumor, verises, penyakit burger's, krisis sel sabit, sirosis alkoholisme. Tindakan yang dilakukan yaitu (Nurarif .A.H. & Kusuma. H, 2015). :

- a. Berhubungan dengan imobilisasi
- b. Berhubungan dengan adanya aliran invasif
- c. Berhubungan dengan tekanan pada tempat/ konstiksi (balutan, stocking)
- d. Berhubungan dengan trauma pembuluh darah
- e. Situasional (personal, lingkungan)
- f. Berhubungan dengan tekanan diri uterus yang membesar pada sirkulasi perifer
- g. Berhubungan dengan tekanan dari abdomen yang membesar pada pelvik dan sirkulasi perifer
- h. Berhubungan dengan dengan pengumpulan venosa yang tergantung
- i. Berhubungan dengan hipotermia

- j. Berhubungan dengan efek vasokonstriksi dari tembakau
- k. Berhubungan dengan penurunan volume yang bersirkulasi : dehidrasi

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perfusi jaringan perifer

- a. Kurangnya pengetahuan tentang faktor- faktor yang memberatkan seperti : merokok, gaya hidup yang monoton/santai, truma (luka berat), kegemukan, pemasukan garam, kurang bergerak, merokok.
- b. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit seperti : diabetes, kadar lemak yang tinggi dalam darah, hipertensi.

(Nurarif .A.H. & Kusuma. H, 2015).

2.2.4 Macam-macam gangguan yang mungkin terjadi pada ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

1. Gagal jantung
2. Perestisa (kesemutan)
3. Kejang

(Nurarif .A.H. & Kusuma. H, 2015).

2.3 Konsep dasar ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

2.3.1 Definisi

Pengurangan/penurunan dalam sirkulasi darah ke perifer yang bisa menyebabkan gangguan kesehatan/ membahayakan kesehatan. (Nanda 2015).

2.3.2 Batasan karakteristik

- a. Perubahan fungsi motorik
- b. Perubahan karakteristik kulit (warna, elastisitas, rambut, kelembapan, kuku, sensasi, suhu)

- c. Indek ankle-brakhial <0 span="">
- d. Perubahan tekanan darah diekstremitas
- e. Waktu pengisian kapiler > 3 detik
- f. Klaudikasi
- g. Warna tidak kembali ketungkai saat tungkai diturunkan
- h. Kelambatan penyembuhan luka perifer
- i. Penurunan nadi
- j. Edema
- k. Nyeri ekstremitas
- l. Bruit femoral
- m. Pemendekan jarak total yang ditempuh dalam uji berjalan 6 menit
- n. Pemendekan jarak bebas nyeri yang ditempuh dalam uji berjalan 6 menit
- o. Perestesia
- p. Warna kulit pucat saat elevasi
- q. Tidak ada nadi

(Nurarif .A.H. & Kusuma. H, 2015)

2.3.3 Faktor yang berhubungan

1. Kurangnya pengetahuan tentang faktor-faktor yang memberatkan seperti : merokok, gaya hidup yang monoton/santai, trauma (luka berat), kegemukan, pemasukan garam, kurang bergerak.
2. Kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit seperti : diabetes, kadar lemak yang tinggi dalam darah.
3. Diabetes mellitus
4. Tekanan darah tinggi
5. Gaya hidup santai/ monoton
6. Merokok

(Nurarif .A.H. & Kusuma. H, 2015)

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Klien GGK

2.4.1 Pengkajian

- a. Identitas klien : Terdiri dari nama lengkap, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, suku/bangsa, golongan darah, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, No. RM, diagnose medis, dan alamat.

Identitas penanggung jawab : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, dan alamat

b. Riwayat utama

1) Keluhan Utama

Kapan keluhan mulai berkembang, bagaimana terjadinya, apakah secara tiba-tiba atau berangsur-angsur, apa tindakan yang dilakukan untuk mengurangi keluhan, obat apa yang digunakan.

Keluhan utama yang didapat biasanya bervariasi, mulai dari urine output sedikit sampai tidak dapat BAK, gelisah sampai penurunan kesadaran, tidak selera makan (anoreksia), mual, muntah, mulut terasa kering, rasa lelah, napas berbau (ureum), dan gatal pada kulit.

2) Riwayat kesehatan sekarang (PQRST)

Mengkaji keluhan kesehatan yang dirasakan pasien pada saat di anamnesa meliputi palliative, provocative, quality, quantity, region, radiaton, severity scala dan time.

Untuk kasus gagal ginjal kronis, kaji onset penurunan urine output, penurunan kesadaran, perubahan pola nafas, kelemahan fisik, adanya perubahan kulit, adanya nafas berbau ammonia, dan perubahan pemenuhan nutrisi. Kaji pula sudah kemana saja klien meminta pertolongan untuk mengatasi masalahnya dan mendapat pengobatan apa.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji adanya berapa lama klien sakit GGK kaji terkait infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat-obat nefrotoksik, Benign prostatic hyperplasia, dan prostektomi. Kaji adanya

riwayat penyakit batu saluran kemih, infeksi system perkemihan yang berulang, penyakit diabetes mellitus, dan penyakit hipertensi pada masa sebelumnya yang menjadi predisposisi penyebab. Penting untuk dikaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat kemudian dokumentasikan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji ada atau tidak salah satu keluarga yang mengalami penyakit yang sama. Bagaimana pola hidup yang biasa di terapkan dalam keluarga, ada atau tidaknya riwayat infeksi system perkemihan yang berulang dan riwayat alergi, penyakit hereditas dan penyakit menular pada keluarga.

5) Riwayat Psikososial

Adanya perubahan fungsi struktur tubuh dan adanya tindakan dialysis akan menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. Lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan, gangguan konsep diri (gambaran diri) dan gangguan peran pada keluarga.

6) Lingkungan dan tempat tinggal

Mengkaji lingkungan tempat tinggal klien, mengenai kebersihan lingkungan tempat tinggal, area lingkungan rumah.

c. Pola kesehatan fungsional

1) Pemeliharaan kesehatan

Penggunaan obat laksatif, diamox, vitamin D, antacid, aspirin dosis tinggi, personal hygiene kurang, konsumsi toksik, konsumsi makanan tinggi kalsium, purin, oksalat, fosfat, protein, kebiasaan minum suplemen, control tekanan darah dan gula darah tidak teratur pada penderita tekanan darah tinggi dan diabetes mellitus.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Perlu dikaji adanya mual, muntah, anoreksia, intake cairan inadeguat, peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), nyeri ulu hati, rasa metalik tidak sedap pada mulut (pernafasan amonia), penggunaan diuretic, demam karena sepsis dan dehidrasi.

3) Pola eliminasi

Penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare konstipasi, perubahan warna urin.

4) Pola aktivitas dan latihan

Kelemahan ekstrim, kelemahan, malaise, keterbatasan gerak sendi.

5) Pola istirahat dan tidur

Gangguan tidur (*insomnia*/gelisah atau *somnolen*)

6) Pola persepsi sensori dan kognitif

Rasa panas pada telapak kaki, perubahan tingkah laku, kedutan otot, perubahan tingkat kesadaran, nyeri panggul, sakit kepala, kram/nyeri kaki (memburuk pada malam hari), perilaku berhati-

hati/distraksi, gelisah, penglihatan kabur, kejang, sindrom “kaki gelisah”, rasa kebas pada telapak kaki, kelemahan khususnya ekstremitas bawah (neuropati perifer), gangguan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau.

7) Persepsi diri dan konsep diri

Perasaan tidak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekuatan, menolak, ansietas, takut, marah, mudah terangsang, perubahan kepribadian, kesulitan menentukan kondisi, contoh tak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran.

8) Pola reproduksi dan seksual

Penurunan libido, amenorea, infertilitas, impotensi dan atropi testikuler.

d. Pengkajian fisik

1) Keluhan umum : lemas, nyeri pinggang.

2) Tingkat kesadaran komposmentis sampai koma.

3) Pengukuran antropometri : beratbadan menurun, lingkaran lengan atas (LILA) menurun.

4) Tanda vital : tekanan darah meningkat, suhu meningkat, nadi lemah, disritmia, pernapasan kusmaul, tidak teratur.

5) Kepala

a) Mata: konjungtiva anemis, mata merah, berair, penglihatan kabur, edema periorbital.

b) Rambut: rambut mudah rontok, tipis dan kasar.

- c) Hidung : pernapasan cuping hidung
 - d) Mulut : ulserasi dan perdarahan, nafas berbau ammonia, mual, muntah serta cegukan, peradangan gusi.
- 6) Leher : pembesaran vena leher.
 - 7) Dada dan toraks : penggunaan otot bantu pernafasan, pernafasan dangkal dan kusmaul serta krekels, nafas dangkal, pneumonitis, edema pulmoner, friction rub pericardial.
 - 8) Abdomen : nyeri area pinggang, asites.
 - 9) Genital : atropi testikuler, amenore.
 - 10) Ekstremitas : capillary refill > 3 detik, kuku rapuh dan kusam serta tipis, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki, foot drop, kekuatan otot.
 - 11) Kulit : ecimosis, kulit kering, bersisik, warnakulit abu-abu, mengkilat atau hiperpigmentasi, gatal (pruritis), kuku tipis dan rapuh, memar (purpura), edema.

e. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada gagal ginjal kronik menurut Doenges (1999) adalah :

1) Urine

- a) Volume, biasanya kurang dari 400 ml/24 jam (oliguria) atau urine tidak ada.
- b) Warna, secara abnormal urine keruh mungkin disebabkan oleh pus, bakteri, lemak, pertikel koloid, fosfat atau urat.

- c) Berat jenis urine, kurang dari 1,015 (menetap pada 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat)
- d) Klirens kreatinin, mungkin menurun
- e) Natrium, lebih besar dari 40 meq/L karena ginjal tidak mampu mereabsorpsi natrium.
- f) Protein, derajat tinggi proteinuria (3-4 +) secara kuat menunjukkan kerusakan glomerulus.

2) Darah

- a) Hitung darah lengkap, Hb menurun pada adanya anemia, Hb biasanya kurang dari 7-8 gr
- b) Sel darah merah, menurun pada defisiensi eritropoetin seperti azotemia.
- c) GDA, PH menurun, asidosis metabolik (kurang dari 7,2) terjadi karena kehilangan kemampuan ginjal untuk mengekskresi hydrogen dan amonia atau hasil akhir katabolisme protein, bikarbonat menurun, PaCO₂ menurun.
- d) Kalium, peningkatan sehubungan dengan retensi sesuai perpindahan seluler (asidosis) atau pengeluaran jaringan.
- e) Magnesium fosfat meningkat
- f) Kalsium menurun
- g) Protein (khusus albumin), kadar serum menurun dapat menunjukkan kehilangan protein melalui urine, perpindahan cairan, penurunan pemasukan atau sintesa karena kurang asam amino esensial.

- h) Osmolaritas serum: lebih besar dari 285 mOsm/kg, sering sama dengan urin.

3) Pemeriksaan radiologik

- a) Foto ginjal, ureter dan kandung kemih (kidney, ureter dan bladder/KUB): menunjukkan ukuran ginjal, ureter, kandung kemih, dan adanya obstruksi (batu).
- b) Pielogram ginjal: mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstravaskuler, masa
- c) Sistoureterogram berkemih; menunjukkan ukuran kandung kemih, refluks kedalam ureter dan retensi.
- d) Ultrasonografi ginjal: menentukan ukuran ginjal dan adanya masa, kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas.
- e) Biopsy ginjal: mungkin dilakukan secara endoskopik, untuk menentukan seljaringan untuk diagnosis histologis.
- f) Endoskopi ginjal dan nefroskopi: dilakukan untuk menentukan pelis ginjal (keluar batu, hematuria dan pengangkatan tumor selektif).
- g) Elektrokardiografi/EKG: mungkin abnormal menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa.
- h) Foto kaki, tengkorak, kolumna spinal dan tangan, dapat menunjukkan demineralisasi, kalsifikasi.
- i) Pielogram intravena (IVP), menunjukkan keberadaan dan posisi ginjal, ukuran dan bentuk ginjal.

- j) CT scan untuk mendeteksi massa retroperitoneal (seperti penyebaran tumor).
- k) Magnetic Resonan Imaging / MRI untuk mendeteksi struktur ginjal, luasnya lesi invasif ginjal

2.4.2 Kemungkinan Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang proses penyakit
(Nanda, 2015)

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Diagnosa dan Intervensi (NANDA, 2015), (NOC, NIC, 2015)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer</p> <p>Definisi : Penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada nadi 2. Perubahan fungsi motorik 3. Perubahan karakteristik kulit (warna, elastisitas, rambut, kelembapan, kuku, sensasi, suhu) 4. Indek ankle-brakhial <0 span=""> 5. Perubahan tekanan darah diekstremitas 6. Waktu pengisian kapiler > 3 detik 7. Klaudikasi 8. Warna tidak kembali ketungkai saat tungkai diturunkan 9. Kelambatan penyembuhan luka perifer 10. Penurunan nadi 11. Edema 12. Nyeri ekstremitas 13. Bruit femoral 14. Pemendekan jarak total yang ditempuh dalam uji berjalan 6 menit 15. Pemendekan jarak bebas nyeri yang ditempuh dalam uji berjalan 6 menit 16. Perestesia 17. Warna kulit pucat saat elevasi <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang pengetahuan tentang faktor pemberat (mis, merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas) 2. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit (mis, diabetes, hiperlipidemia) 3. Diabetes melitus 4. Hipertensi 5. Gaya hidup monoton 6. Merokok 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Circulation status 2. Tissue Perfusion : cerebral <p>Kriteria Hasil : Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan (2) Tidak ada ortostatik hipertensi (3) Tidak ada tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg) <p>Mendemonstrasikan, kemampuan kognitif yang ditandai dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan ii. Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi iii. Memproses informasi iv. Membuat keputusan dengan benar <p>Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik tidak ada gerakan involunter</p>	<p>NIC</p> <p>Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul ii. Monitor adanya paretese iii. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada isi atau laserasi iv. Gunakan sarung tangan untuk proteksi v. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung vi. Monitor kemampuan BAB vii. Kolaborasi pemberian analgetik viii. Monitor adanya tromboflebitis ix. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi x. Monitor suhu, warna dan kelembaban kulit xi. Evaluasi nadi perifer dan edema xii. Ubah posisi klien minimal setiap 2 jam sekali xiii. Monitor status cairan masuk dan keluar xiv. Dorong latihan ROM selama bedrest xv. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan. Implementasi menuangkan rencana asuhan kedalam tindakan, setelah intervensi dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan tindakan keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan dokter (Potter & Perry, 2015).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Evaluasi tentang keadaan klien dapat efektif dengan teknik komunikasi SBAR. SBAR adalah Kerangka komunikasi efektif yang digunakan di rumah sakit yang terdiri dari *Situation, Background, Assessment, Recommendation*. Metoda komunikasi ini digunakan pada saat perawat melakukan timbang terima (handover) ke pasien (Sugiharto, Keliat, & Sri, 2012).

Tehnik Pelaksanaan SBAR

a. S : Situation (kondisi terkini yang terjadi pada pasien)

1.7.1.1 Sebutkan nama pasien, umur, tanggal masuk, dan hari perawatan, serta dokter yang merawat

1.7.1.2 Sebutkan diagnosis medis dan masalah keperawatan yang belum atau sudah teratasi/ keluhan

b. B : Background (info penting yang berhubungan dengan kondisi pasien terkini)

a. Jelaskan intervensi yang telah dilakukan dan respons pasien dari setiap diagnosis keperawatan

b. Sebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat invasif, dan obat – obatan termasuk cairan infus yang digunakan

c. Jelaskan intervensi yang telah dilakukan dan respon pasien dari setiap diagnosis keperawatan

d. Sebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat invasif, dan obat – obatan termasuk cairan infus yang digunakan

e. Jelaskan pengetahuan pasien dan keluarga terhadap diagnosis medis

c. A : Assessment (hasil pengkajian dari kondisi pasien saat ini)

1. Jelaskan secara lengkap hasil pengkajian pasien terkini seperti tanda vital, skor nyeri, tingkat kesadaran, braden score, status restrain, risiko jatuh, pivas score, status nutrisi, kemampuan eliminasi, dan lain – lain.

2. Jelaskan informasi klinik lain yang mendukung.

d. R : Recommendation

Rekomendasikan intervensi keperawatan yang telah dan perlu dilanjutkan (*refer to nursing care plan*) termasuk discharge planning dan edukasi pasien dan keluarga.

BAB 3

METODE PENELITIAN

a. Desain Penelitian

Desain penelitian menggunakan metode studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif. Sangat penting untuk mengetahui variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian. Rancangan suatu studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara terperinci. Keuntungan yang paling besar dari rancangan ini adalah pengkajian secara terperinci meskipun jumlah respondenya sedikit, sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subjek secara jelas (Nursalam, 2015).

Penelitian ini adalah penelitian untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada Klien gagal ginjal kronik dengan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer di RSUD Bangil Pasuruhan.

b. Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian maka peneliti sangat perlu menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus penelitian studi kasus ini. Pada judul Asuhan Keperawatan Klien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, penyusun studi kasus telah menjabarkan tentang konsep gagal ginjal kronik dan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, sebagai berikut

- 3.2.1 Asuhan Keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan melalui metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-menerus serta berkesinambungan dimulai dari Pengkajian (Pengumpulan Data, Analisis Data, dan Penentuan Masalah) Diagnosis Keperawatan, Pelaksanaan, dan Penilaian, Tindakan Keperawatan (evaluasi).
- 3.2.2 Klien adalah seorang individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klien dalam studi kasus ini adalah 2 klien dengan masalah keperawatan dan diagnosa yang sama.
- 3.2.3 Gagal ginjal kronik merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (Smeltzer & Bare, 2015).
- 3.2.4 ketidakefektifan perfusi jaringan perifer merupakan pengurangan/penurunan dalam sirkulasi darah ke perifer yang bisa menyebabkan gangguan kesehatan/ membahayakan kesehatan. (Nanda 2015).

c. Partisipan

Partisipan pada kasus ini adalah 2 klien gagal ginjal kronik dengan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.

Dengan kriteria subjek:

1. 2 klien gagal ginjal kronik dengan keadaan sadar.
2. 2 klien yang kooperatif.
3. 2 klien mengalami ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.
4. 2 klien yang tingkat pengetahuannya kurang tentang proses perjalanan penyakit gagal ginjal kronik.

d. Lokasi dan Waktu Penelitian

i. Lokasi

Lokasi yang di gunakan dalam penyusunan KTI studi kasus adalah di ruang Anak RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. Lokasi ini beralamat di Jl. Raya Raci-Bangil, Masangan, Bangil, Pasuruan, Jawa Timur.

ii. Waktu Penelitian

Waktu ditetapkan yaitu sejak pertama klien MRS sampai klien pulang, atau klien yang di rawat minimal 3 hari. Jika selama 3 hari klien sudah pulang, maka perlu penggantian klien lainnya yang mempunyai kasus sama.

e. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah pengumpulang data bergantung rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. Selama proses pengumpulan

data, peneliti memfokuskan pada penyediaan subjek, melatih tenaga pengumpul data (jika diperlukan), memperhatikan prinsip-prinsip validitas dan rehabilitas, serta menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi agar data dapat terkumpul sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015).

1 Wawancara

Wawancara merupakan cara mengumpulkan informasi dari klien. Wawancara ini juga dapat disebut sebagai riwayat keperawatan. Jika wawancara tidak dilakukan ketika klien masuk keperawatan fasilitas kesehatan, wawancara ini dapat disebut sebagai wawancara saat masuk. Ketika seorang dokter mengumpulkan informasi ini maka disebut sebagai riwayat medis. Pada beberapa area, perawat terdaftar mengkaji riwayat keperawatan, dengan dibantu oleh mahasiswa keperawatan. Mengkaji data dan bekerja sama dengan tim untuk memformulasi diagnosis keperawatan dan merencanakan asuhan.

Setiap fasilitas memiliki format kesehatannya sendiri untuk dilengkapi bersama dengan klien dan tim kesehatan lainnya. Format dapat disusun menurut kebutuhan khusus pasien atau sesuai dengan sistem tubuh. Asuhan jangka panjang, layanan kesehatan dirumah dapat menggunakan format sesuai dengan kebutuhan khusus klien. Menggunakan wawancara dan mendokumentasikan informasi kedalam catatan perkembangan keperawatan.

Selama wawancara berlangsung perawat dapat memandu percakapan dengan pertanyaan langsung. Untuk lebih efektif dan efisiensi

yang maksimal, dapat direncanakan wawancara sebelum bertemu klien. Memberitahu klien bahwa tujuan wawancara adalah untuk merencanakan asuhan yang efektif yang akan memenuhi kebutuhan klien.

Ketika mengumpulkan informasi, semua metode komunikasi harus dilakukan. Pengumpulan data dan pengkajian adalah pertanyaan terbuka, pertanyaan terperinci, ketrampilan observasi dan taktil. Klien memiliki hak untuk menolak menjawab pertanyaan yang menurut mereka terlalu pribadi. Pada beberapa kasus, mungkin perlu dibicarakan dengan anggota keluarga karena kebanyakan dari pasien biasanya bingung untuk berespon. Harus melindungi kerahasiaan pasien, jangan pernah mengungkapkan informasi yang sebelumnya tidak diketahui anggota keluarga tanpa persetujuan dari klien sendiri.

Komponen riwayat keperawatan, riwayat kesehatan yang lengkap dapat membantu untuk mengembangkan rencana asuhan yang efektif untuk klien (Caroline dkk, 2014)

2 Observasi dan pemeriksaan fisik

1. Observasi

Observasi adalah perangkat pengkajian yang berstandar pada penggunaan lima indra (penglihatan, sentuhan, pendengaran, penciuman, dan pengecapan) untuk mencari informasi mengenai klien (Caroline dkk, 2014)

a. Observasi visual

Penglihatan memberi banyak petunjuk yang harus diproses secara terus menerus ketika mengkaji klien. Beberapa

contoh yang harus dipertimbangkan adalah gerakan tubuh, penampilan umum, tata krama, ekspresi wajah, gaya berpakaian, komunikasi nonverbal, tampilan serta kebersihan. Untuk mengumpulkan data subjektif, seperti ketika memperhatikan ekspresi wajah dan bahasa tubuh klien. Observasi visual juga dapat mengumpulkan data objektif.

b. Observasi taktil

Sensasi sentuhan memberi informasi penting mengenai klien. Misalnya sentuhan atau palpasi.

c. Observasi Auditori

Mendengarkan klien dan keluarga secara aktif ketika sedang berinteraksi dengan perawat dan tim kesehatan lain. Perawat juga dapat mengumpulkan data dengan cara auskultasi.

d. Observasi Olfaktori atau Gustatori

Indra penciuman mengidentifikasi bau yang mungkin spesifik dengan kondisi atau status kesehatan klien. Observasi olfaktorius mencakup mencatat bau badan, nafas yang buruk atau asidosis metabolik.

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah sarana yang digunakan oleh penyedia layanan kesehatan yang membedakan struktur dan fungsi tubuh yang normal dan abnormal. pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan lima cara yaitu observasi, inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Hal itu dilakukan untuk menunjang dan memperoleh data objektif.

3. Studi dokumentasi

Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode studi dokumentasi. Peneliti mengumpulkan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen asli tersebut dapat berupa gambar, tabel atau daftar periksa, hasil laboratorium, status pasien dan lembar observasi yang dibuat.

f. Uji Keabsahan Data

Menurut Saryono dan Anggraeni (2010) dalam penelitian kualitatif ada 4 cara untuk mencapai keabsahan data, yaitu: *kreadibility* (kepercayaan); *dependility* (ketergantungan); *konfermability* (kepastian). Dalam penelitian kualitatif ini memakai 3 macam antara lain :

3 Kepercayaan (*kreadibility*)

Kreadibilitas data dimaksudkan untuk membuktikan data yang berhasil dikumpulakn sesuai dengan sebenarnya. Ada beberapa kegiatan yang dilakukan untuk mencapai kreadibilitas ialah:

1. Memperpanjang cara observasi agar cukup waktu untuk mengenal respondens, lingkungan, kegiatan serta peristiwa-peristiwa yang terjadi. Hal ini sekaligus untuk mengecek informasi, guna untuk dapat diterima sebagai orang dalam.
2. Pengamatan terus-menerus, agar penelitian dapat melihat sesuatu secara cermat, terinci dan mendalam sehingga dapat membedakan mana yang bermakna dan mana yang tidak bermakna.
3. Triagulasi berupa pengumpulan data yang lebih dari satu sumber, yang menunjukkan informasi yang sama.

4. *Peer debriefing* dengan cara membicarakan masalah penelitian dengan orang lain, dan tanya jawab dengan teman sejawat.

4 Ketergantungan (*dependility*)

Kriteria ini digunakan untuk menjaga kehati-hatian akan terjadinya kemungkinan kesalahan dalam mengumpulkan dan mengintrepretasikan data sehingga data dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Kesalahan sering dilakukan oleh manusia itu sendiri terutama peneliti karena keterbatasan pengalaman, waktu, pengetahuan. Cara untuk menetapkan bahwa proses penelitian dapat dipertanggungjawabkan melalui audit dipendability oleh ouditor independent oleh dosen pembimbing.

5 Kepastian (*konfermability*)

Kriteria ini digunakan untuk menilai hasil penelitian yang dilakukan dengan cara mengecek data dan informasi serta interpretasi hasil penelitian yang didukung oleh materi yang ada pelacakan audit.

5.1 Analisa Data

Analisa data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan dengan tujuan supaya mudah dideteksi (Nursalam, 2014).

Analisis data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.

Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara

mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data yang selanjutnya untuk diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah :

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan data tergantung dari desain penelitian . Langkah-langkah pengumpulan data tergantung dari desain dan tehnik instrumen yang digunakan (Nursalam, 2011). Proses pengumpulan data studi kasus ini terdapat tiga tahapan yaitu :

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen).Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan aau implementasi dan evaluasi.

b. Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

c. Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari partisipan.

d. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

5.2 Etik Penelitian

Menurut Nursalam (2015) menyatakan bahwa secara umum prinsip etika dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai, hak-hak subjek, dan prinsip keadilan. Selanjutnya diuraikan sebagai berikut :

a. *Informed consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

b. Tanpa nama (*anonymity*)

Memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

c. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

Peneliti menjaga semua informasi yang diberikan oleh responden dan tidak menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan pribadi dan di luar kepentingan keilmuan.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penulis mengambil data penelitian di RSUD Bangil Jl.Raya Raci Masangan No.9 ruang Hemodelisa. Dengan kapasitas 6 tempat tidur dengan 2 klien yang akan di periksa dan di sertai ruang AC yang sangat bersih.

4.1.2. Pengkajian

4 Tabel 4.1 Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama	Ny.S	Tn.M
Tempat,tgl lahir	Pasuruan, 01-07-1943	Pasuruan, 01-06-1947
Umur	62 tahun	52 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Rumah tangga	Sopir
Alamat	Tanggul,Pasuruan	Bangil,Pasuruan
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki
No.RM	24-46-xx	00-22-xx
Diagnosa Masuk	CKD	CKD
TGL MRS	31 Maret 2018	11 April 2018
TGL pengkajian	31 Maret 2018	11 April 2018

5 Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	KLIEN 1	KLIEN 2
Keluhan Utama	Klien mengatakan pusing dan sesak nafas	Klien mengatakan pusing dan bengkak kemerahan
Riwayat penyakit sekarang	Klien datang ke RSUD Bangil, Pasuruan diantar keluarganya pada tgl 31 maret 2018 jam 10.20 wib, masuk hemodelisa untuk melakukan cuci darah dengan keluhan pusing mulai tanggal 27 Maret 2018 dan sesak nafas lalu di periksa untuk mendapat penanganan lebih lanjut.	Klien datang ke RSUD Bangil, Pasuruan diantar keluarganya pada tgl 11 April 2018 jam 10.30 wib, masuk hemodelisa untuk melakukan cuci darah dengan keluhan pusing dan bengkak kemerahan mulai tanggal 10 April 2018 dan lalu di periksa untuk mendapat penanganan lebih lanjut.
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu	Klien mengatan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga klien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang diderita klien saat ini	Keluarga klien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang diderita klien saat ini

6 Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan (pendekatan gordon/ Pendekatan sistem

No	Pola	Sebelum MRS		Sesudah MRS	
		Klien 1	Klien 2	Klien 1	Klien 2
1	Nutrisi dan cairan	Makan 3x sehari nasi dan sayur serta lauk,minum 800 cc/hari,dulu suka makanan berlemak	Makan 3x sehari nasi dan sayur serta lauk,minum 800 cc/hari,dulu sering makan berlemak	Makan diit kasar rendah garam 3x sehari, minum 200 cc/hari	Makan diit kasar rendah garam 3x sehari, minum 200 cc/hari
2	Istirahat dan tidur	Klien tidur malam 6 jam,tidur siang tidak menentu	Klien tidur malam 5 jam, tidur siang tidak menentu	Klien bedrest tidur siang dan malam tidak menentu	Klien bedrest tidur malem dan siang tidak menentu
3	Eliminasi	BAB 1x/hari,BAK sering sedikit-sedikit	BAB 1x/hari,BAK sering sedikit-sedikit	Saat pengkajian klien belum BAB produksi urin 1800cc/24 jam	Saat pengkajian klien baru BAB 1x,produksi urine 1500cc/24 jam
4	Personal Hygiene	Mandi 2x/hari, mengganti pakaian 2x/hari,keramas 1x/minggu,jarang sikat gigi	Mandi 2x/hari, mengganti pakaian 2x/hari,keramas 1x/minggu,sikat gigi 2x/hari	Mandi diseka keluarga setiap pagi mengganti pakaian 1x/hari di pagi hari dibantu keluarga, keramas(-) Sikat gigi (-)	Mandi diseka keluarga setiap pagi mengganti pakaian 1x/hari setiap pagi dibantu keluarga keramas(-) Sikat gigi(-)
5	Aktivitas	Klien dirumah menghabiskan waktu Cuma di tempat tidur aktivitas Cuma untuk makan dan ke kamar mandi	Saat dirumah klien hanya bisa tiduran atau duduk-duduk di halaman,aktivitas klien minimal	Klien hanya bedrest saja	Klien hanya bedrest saja

7 Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik (pendekatan head to toe)

OBSERVASI	KLIEN 1	KLIEN 2
Keadaan umum	Penampilan : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun, pusing dan sesak nafas Kesadaran : Composmentis GCS : 4 5 6 TTV TD : 90/50 mmHg N : 84 x/mnt S : 36 °C, RR : 26 x/mnt	Penampilan : K/u cukup, hanya berbaring di tempat tidur tanpa melakukan aktivitas apapun, bisa merasa pusing dan bengkok Kesadaran : Composmentis GCS : 4 5 6 TTV TD : 160/90 mmHg N : 86 x/mnt S : 36,2 °C, RR : 24 x/mnt
Pemeriksaan fisik kepala	Inspeksi : Bentuk kepala normal, rambut tebal beruban, tidak ada benjolan dan lesi, wajah simetris Palpasi : Tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : Bentuk kepala normal, rambut tebal beruban, tidak ada benjolan dan lesi, wajah simetris Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
Mata	Inspeksi : Mata simetris, alis tebal, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva pucat, pergerakan bola mata normal, reflek cahaya (+), pandangan sedikit berkurang.	Inspeksi : Mata simetris, alis tebal, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva normal, pergerakan bola mata normal, reflek cahaya normal, pandangan normal
Hidung	Inspeksi : Hidung simetris, fungsi penciuman baik, peradangan tidak ada, sekret (-), pernafasan cuping hidung (+)	Inspeksi : Hidung simetris, fungsi penciuman baik, peradangan tidak ada, sekret (-), pernafasan cuping hidung (+)
Mulut dan Tenggorokan	Inspeksi : Mukosa bibir kering, mulut agak merot kekiri, nafsu makan menurun, gusi tidak berdarah	Inspeksi : Mukosa bibir kering, mulut agak merot kekanan, nafsu makan menurun, gusi tidak berdarah
Leher	Inspeksi : Tidak ada benjolan atau massa pada leher, tidak ada lesi Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.	Inspeksi : Tidak ada benjolan atau massa pada leher, tidak ada lesi Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
Thorak, paru, dan jantung	Inspeksi : Bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada simetris, keluhan sesak (+)	Inspeksi : Bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada simetris,

	<p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada daerah dada Perkusi : Sonor (paru kiri dan paru kanan) Auskultasi : Suara nafas vesikuler, suara jantung normal, tidak ada bunyi tambahan.</p>	<p>keluhan sesak (+) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada daerah dada Perkusi : Sonor (paru kiri dan paru kanan) Auskultasi : Suara nafas vesikuler, suara jantung normal, tidak ada bunyi tambahan.</p>
Abdomen	<p>Inspeksi : Asites (-), perut simetris, mual (-), muntah (-) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada area epigastrik, tidak ada pembesaran liver dan organ lain. Perkusi : Timpani Ausklutasi : Bising usus normal 10-12 x/mnt.</p>	<p>Inspeksi : Asites (-), perut simetris, mual (-), muntah (-) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada area epigastrik, tidak ada pembesaran liver dan organ lain. Perkusi : Timpani Ausklutasi : Bising usus normal 10-12 x/mnt</p>
Ekstremitas dan persendian	<p>Atas Inspeksi : Tidak ada fraktur,terpasang infus asering 14 tpm ditangan kiri Palapasi : Tidak ada oedem Bawah Inspeksi : Tidak ada fraktur Palpasi : Tidak ada oedem</p>	<p>Atas Inspeksi : Tidak ada fraktur,terpasang infus asering 14 tpm ditangan kiri Palapasi : Tidak ada oedem Bawah Inspeksi : Tidak ada fraktur Palpasi : Tidak ada oedem</p>
Genetalia	<p>Inspeksi : Distensi kandung kemih (-),DC (-) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</p>	<p>Inspeksi : Distensi kandung kemih (-), Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</p>

8 Tabel 4.5 Hasil pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan Tgl pemeriksaan	Hasil		
	Klien 1 (02-04-2018)	Klien 2 (03-04-2018)	Nilai normal
Laboratorium			
Darah lengkap			
Leukosit (WBC)	6,841	6,359	3,70 - 10,1
Neutrofil	4,1	3,9	
Limfosit	1,4	1,5	
Monosit	0,8	0,6	
Eusinofil	0,4	0,3	
Basofil	0,1	0,1	
Neutrofil %	59,2	61,6	39,3 – 73,7 %
Limfosit %	21,2	23,7	18,0 – 48,3 %
Monosit %	11,5	9,1	4,40 – 12,7 %
Eusinofil %	6,1	4,8	0,600 – 7,30 %
Basofil %	H 2,0	0,9	0,00 – 1,70 %
Eritrosit (RBC)	L 2,250	L 4,199	4,6 – 6,2
Hemoglobin (Hb)	L 7,20	L 11,34	13,5 – 18,0 g/dL
Hematokrit (HCT)	L 19,89	L 32,71	40 – 54%
MCV	88,39	L 77,92	81,1 – 96,0
MCH	H 31,97	27,00	27,0 – 31,2 pg
MCHC	H 36,17	34,65	31,8 – 35,4 g/dl
RDW	L 10,58	12,52	11,5 – 14,5 %
PLT	172	190	155 – 366
MPV	7,413	7,643	6,90 – 10,6 fL
KIMIA KLINIK			
FAAL GINJAL			
BUN	H 56	H 80	7,8– 20,23 mgdL
Kreatinin	13,660	10,639	0,8 – 1,3 mg/dL
ELEKTROLIT			
ELEKTROLIT SERUM			
Naturium (Na)	143,50	139,10	135-147
Kalium (K)	5,03	4,85	3,5-5
Klorida (Cl)	H 106,00	98,28	95-5
Kalium Ion	L 1,157	L 1,98	1,16-1,32

9 Tabel 4.6 Analisa Data

Analisa Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Klien 1		
DS : Klien mengatakan pusing dan sesak nafas. DO : K/u cukup Kesadaran:composmentis GCS : 4 5 6 TTV TD : 90/50 mmHg N : 84 x/mnt S : 32°C, RR : 26 x/mnt Sesak nafas Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm Wajah tampak pcat CRT > 3 detik. Piting edema tingkat 2+ menghilang 10 detik. Nafsu makan menurun	Gangguan reabsorpsi ↓ hipotermia ↓ vol.vaskuler ↓ hipotensi ↓ perfusi turun ↓ ketidakefektifan perfusi jaringan perifer	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer
Klien 2		
DS : Klien mengatakan pusing dan bengkak kemerahan DO : K/u cukup Kesadaran:composmentis GCS : 4 5 6 TTV TD : 100/90 mmHg N : 86 x/mnt S : 32 °C, RR : 24 x/mnt Nafsu makan menurun Piting edema tingkat 2+ menghilang 10-15 detik. Wajah tampak pucat CRT > 3 detik	Gangguan reabsorpsi ↓ hipotermia ↓ vol.vaskuler ↓ hipotensi ↓ perfusi turun ↓ ketidakefektifan perfusi jaringan perifer	Ketidakefektifanperfusi jaringan perifer

10 Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan

Data	Etiologi	Masalah (problem)
Klien 1		
DS : Klien mengatakan pusing dan sesak nafas. DO : K/u cukup Kesadaran: composmentis GCS : 4 5 6 TTV TD : 90/50 mmHg N : 84 x/mnt S : 32°C, RR : 26 x/mnt Sesak nafas Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm Wajah tampak pucat CRT > 3 detik. Piting edema tingkat 2+ menghilang 10 detik. Nafsu makan menurun	Gangguan reabsorpsi ↓ hipotermia ↓ vol.vaskuler ↓ hipotensi ↓ perfusi turun ↓ ketidakefektifan perfusi jaringan perifer	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipotensi
	Etiologi	Masalah (problem)
Klien 2		
DS : Klien mengatakan pusing dan bengkak kemerahan DO : K/u cukup Kesadaran: composmentis GCS : 4 5 6 TTV TD : 100/90 mmHg N : 86 x/mnt S : 32 °C, RR : 24 x/mnt Nafsu makan menurun Piting edema tingkat 2+ menghilang 10-15 detik. Wajah tampak pucat CRT > 3 detik	Gangguan reabsorpsi ↓ hipotermia ↓ vol.vaskuler ↓ hipotensi ↓ perfusi turun ↓ ketidakefektifan perfusi jaringan perifer	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipotensi

11 Tabel 4.8 Intervensi keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
Klien 1 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipotensi	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 4 jam menunjukkan status sirkulasi yang membaik. Kriteria hasil : A. Tekanan darah sistolik dan diastolik dalam rentang yang diharapkan 120/80 mmhg.	1. Pantau nadi perifer 2. Catat warna kulit dan temperatur 3. Cek capillary refill 4. Monitor status cairan, masukan dan keluaran yang sesuai monitor lab Hb dan Hmt 5. Monitor perdarahan 6. Monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital 7. Monitor adanya parestase 8. Monitor kulit jika ada leserasi 9. Monitor tanda vital 10. Monitor respon pasien terhadap pengobatan 11. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesic 12. Monitor suhu warna dan kelembapan kulit 13. Evaluasi nadfi perifer dan edema
Klien 2	NOC	NIC
Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipotensi	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 4 jam menunjukkan status sirkulasi yang membaik. Kriteria hasil : 1) Tekanan darah sistolik dan diastolik dalam rentang yang diharapkan 120/80 mmHg.	1. Pantau nadi perifer 2. Catat warna kulit dan temperatur 3. Cek capillary refill 4. Monitor status cairan, masukan dan keluaran yang sesuai monitor lab Hb dan Hmt

-
5. Monitor perdarahan
 6. Monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital
 7. Monitor adanya parestase
 8. Monitor kulit jika ada leserasi
 9. Monitor tanda vital
 10. Monitor respon pasien terhadap pengobatan
 11. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesic
 12. Monitor suhu warna dan kelembapan kulit
 13. evaluasi nadi perifer dan edema
-

Tabel 4.9 Implementasi keperawatan

Implementasi klien 1						
Hari/tanggal		Hari/tanggal		Hari/tanggal		
Waktu	Sabtu	Waktu	Rabu	Waktu	Sabtu	Paraf
31-03-2018		04-04-2018		07-04-2018		
11.00	Melakukan bina hubungan saling poercaya pada keluarga pasien untuk menjalani kerja sama yang baik dan komunikasi teraupituk	11.00	Melakukan bina hubungan saling poercaya pada keluarga pasien untuk menjalani kerja sama yang baik dan komunikasi teraupituk	11.00	Melakukan bina hubungan saling poercaya pada keluarga pasien untuk menjalani kerja sama yang baik dan komunikasi teraupituk	
		11.30	Memonitor berat badan.		komunikasi teraupituk	
11.30	Memonitor berat badan.	12.00	Memonitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital.	11.30	Memonitor berat badan.	
12.00	Memonitor status hemodinamik ,neurologis dan tanda vital.	12.30	Memonitor tanda vital.	12.00	Memonitor status hemodinamik ,neurologis dan tanda vital.	
12.30	Memonitor tanda vital.	13.00	Memonitor oksigen sesuai intruksi dokter	12.30	Memonitor tanda vital.	
13.00	Memonitor oksigen sesuai intruksi dokter	13.30	Memonitor suhu ,warna dan kelembapan kulit	13.00	Memonitor oksigen sesuai intruksi dokter	
13.30	Memonitor suhu ,warna dan kelembapan kulit	14.30	Evaluasi nadi perifer dan edema	13.30	Memonitor suhu ,warna dan kelembapan kulit	
	Evaluasi nadi		Kolaborasi dengan dokter		Evaluasi nadi	

14.00	perifer dan edema	pemberian obat	14.00	perifer dan edema
14.30	Kolaborasi dengan dokter pemberian obat		14.30	Kolaborasi dengan dokter pemberian obat

Implementasi Klien 2

Hari/tanggal		Hari/tanggal		Hari/tanggal		
Waktu	Rabu	Waktu	Sabtu	Waktu	Rabu	Paraf
11-04-2018		14-04-2018		18-04-2018		
11.00	Melakukan bina hubungan saling poercaya pada keluarga pasien untuk menjalani kerja sama yang baik dan komunikasi teraupituk	11.00	Melakukan bina hubungan saling poercaya pada keluarga pasien untuk menjalani kerja sama yang baik dan komunikasi teraupituk	11.00	Melakukan bina hubungan saling poercaya pada keluarga pasien untuk menjalani kerja sama yang baik dan komunikasi teraupituk	
		11.30	Memonitor berat badan.			
11.30	Memonitor berat badan.	12.00	Memonitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital.	11.30	Memonitor berat badan.	
12.00	Memonitor status hemodinamik ,neurologis dan tanda vital.	12.30	Memonitor tanda vital.	12.00	Memonitor status hemodinamik ,neurologis dan tanda vital.	
		13.00	Memonitor suhu ,warna dan kelembapan kulit			
12.30	Memonitor tanda vital.			12.30	Memonitor tanda vital.	
13.00	Memonitor suhu ,warna dan kelembapan kulit	13.30	Evaluasi nadi perifer dan edema	13.00	Memonitor suhu ,warna dan kelembapan kulit	
		14.00	Kolaborasi dengan dokter pemberian obat			
13.30	Evaluasi nadi perifer dan edema			13.30	Evaluasi nadi perifer dan edema	
14.00	Kolaborasi dengan dokter			14.00	Kolaborasi dengan dokter	

pemberian
obat

pemberian
obat

Tabel 4.10 Evaluasi

EVALUASI	HARI 1	HARI 2	HARI 3
	31-03-2018	04-04-2018	07-04-2018
Klien 1 (Ny.S)	<p>S : klien mengatakan pusing dan sesak</p> <p>O : K/u cukup, pusing dan sesak nafas</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>GCS : 4 5 6</p> <p>TTV</p> <p>TD : 90/50 mmHg</p> <p>N : 80 x/mnt</p> <p>S : 34°C,</p> <p>RR : 26 x/mnt</p> <p>Sesak nafas</p> <p>Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm</p> <p>Wajah tampak pcat</p> <p>CRT > 3 detik.</p> <p>Piting edema tingkat 2+ menghilang 10 detik.</p> <p>Nafsu makan menurun</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1-12)</p> <p>Terapi :</p>	<p>S : Klien mengatakan pusing dan sesak</p> <p>O : K/u cukup, pusing dan,sesak nafas</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>GCS : 4 5 6</p> <p>TTV</p> <p>TD : 100/80mmHg</p> <p>N : 82 x/mnt</p> <p>S : 36 °C,</p> <p>RR : 26 x/mnt</p> <p>Sesak nafas</p> <p>Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm</p> <p>CRT >3 detik</p> <p>Piting edema tingkat 2+ menghilang 10 detik.</p> <p>Nafsu makan menurrun</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1-12)</p>	<p>S : Klien mengatakan pusing dan sesak</p> <p>O : K/u cukup, pusing dan,sesak nafas</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>GCS : 4 5 6</p> <p>TTV</p> <p>TD : 110/90 mmHg</p> <p>N : 84 x/mnt</p> <p>S : 36,2°C,</p> <p>RR : 26 x/mnt</p> <p>Sesak nafas</p> <p>Terpasang O2 nasal kanule 3-5 lpm</p> <p>CRT >2 detik</p> <p>Piting edema tingkat 2+ menghilang 10 detik</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1-12)</p>

EVALUASI	HARI 1	HARI 2	HARI 3
	11-04-2018	15-04-2018	17-04-2018
Klien 2 (Tn.M)	<p>S : Klien mengatakan pusing dan bengkak kemerahan</p> <p>O : K/u cukup, merasa pusing, dan bengkak pada kaki</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>GCS : 4 5 6</p> <p>TTV</p> <p>TD : 100/90mmHg</p> <p>N : 80 x/mnt</p> <p>S : 34°C,</p> <p>RR : 24 x/mnt</p> <p>Nafsu makan menurun</p> <p>Piting edema tingkat 2+ menghilang 10-15 detik.</p> <p>Wajah tampak pucat</p> <p>CRT > 3 detik</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1-12)</p>	<p>S : Klien mengatakan pusing dan bengkak kemerahan</p> <p>O : K/u cukup, merasa pusing dan bengkak pada kaki</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>GCS : 4 5 6</p> <p>TTV</p> <p>TD : 110/90 mmHg</p> <p>N : 82 x/mnt</p> <p>S : 36°C,</p> <p>RR : 24 x/mnt</p> <p>Nafsu makan menurun</p> <p>Piting edema tingkat 2+ menghilang 10-15 detik.</p> <p>Wajah tampak pucat</p> <p>CRT > 3 detik</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1-12)</p>	<p>S : Klien mengatakan pusing dan bengkak kemerahan</p> <p>O : K/u cukup, merasa pusing, dan bengkak pada kaki</p> <p>Kesadaran : composmentis</p> <p>GCS : 4 5 6</p> <p>TTV</p> <p>TD : 120/100 mmHg</p> <p>N : 84 x/mnt</p> <p>S : 36,2°C,</p> <p>RR : 24 x/mnt</p> <p>Nafsu makan menurun</p> <p>Piting edema tingkat 2+ menghilang 10-15 detik.</p> <p>Wajah tampak pucat</p> <p>CRT > 3 detik</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1-12)</p>

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan menjelaskan antara kesenjangan yang terjadi antara praktek dan teori yang dilakukan di RSUD Bangil Pasuruan dengan teori yang ada. Di sini penulis akan menjelaskan kesenjangan tersebut. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil kesempatan atau pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi hingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

Data subjektif pada tinjauan kasus dilihat dari pengkajian antara 2 klien di dapatkan keluhan yang sama yang dialami klien 1 pusing, sesak nafas, sedangkan pada klien 2 pusing, bengkak kemerahan pada kaki.

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini penulis menemukan kesamaan pada keluhan utama yang dialami oleh kedua klien, klien 1 mengeluhkan jika pusing, sesak nafas sedangkan pada klien 2 mengeluhkan jika pusing, dan bengkak kemerahan pada kaki. Dari semua keluhan yang dirasakan oleh kedua klien merupakan gejala dari penyakit tekanan darah rendah, penyakit ini disebabkan karena adanya penekanan pada saluran peredaran darah yang ke otak. Sehingga menurut peneliti menarik kesimpulan bahwa antara fakta dan teori terdapat kesamaan.

Data objektif pada pemeriksaan fisik antara klien 1 dan klien 2 didapatkan pemeriksaan fisik dengan tanda dan gejala yang sama yakni pada klien 1 data objektif yang muncul yaitu pusing, sesak nafas, keadaan umum cukup, dan nafsu makan menurun sedangkan pada klien 2 data objektif yang muncul yaitu pusing dan bengkak kemerahan pada kaki, nafsu makan menurun keadaan umum cukup. ketidakefektifan perfusi jaringan perifer akan mengalami atau beresiko mengalami penurunan dalam nutrisi dan pernafasan pada tingkat seluler perifer suatu penurunan dalam suplai darah kapiler (Nurarif.A.H.& Kusuma.H,2015)

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnose keperawatan pada klien 1 dan 2 berdasarkan hasil pengkajian, hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami kedua klien adalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipotensi.

Menurut peneliti dipengaruhi oleh terhambat atau terbatasnya jumlah darah yang mengalir ke otak dan organ vital lainnya seperti ginjal dapat terjadi jika tekanan darah terlalu rendah sehingga dapat menyebabkan kepala terasa pusing dan sesak.

Intervensi keperawatan

Intervensi yang diberikan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa yang sama ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipotensi, intervensi yang digunakan yaitu NANDA NIC-NOC (2013) : intervensi keperawatan dengan

mengkaji secara komprehensif sirkulasi perifer (nadi, perifer, edema, kapilary refil), Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap rasa panas / rasa dingin / benda tajam / tumpul, monitor status cairan masuk dan keluar, monitor suhu, warna dan kelembaban kulit, evaluasi nadi perifer dan edema, mengubah posisi klien minimal setiap 2 jam sekali untuk menjaga sirkulasi darah, dorong latihan ROM selama bedrest (Gloria et al 2016).

Menurut peneliti perencanaan keperawatan pada klien 1 dan 2, meliputi kelengkapan data, serta data penunjan lainnya, dan dilakukan menurut kondisi klien, sehingga peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

4.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien dan klien 2 terdapat perbedaan dengan pemberian terapi, klien 1 mendapatkan inj. Pumpitor 40 mg, ondansetron 4 mg, santagesic 1 gram, ceftriaxone 1 gram, citicolin 50 mg, piracetam 3 gram. Sedangkan klien 2 mendapatkan inj. Antrain 1 gram, ondansetron 4 mg, formacin 2 gram. Menurut penelitian, klien 1 mendapat terapi obat sangat banyak dibandingkan klien 2 karena lebih parah klien 1 dibandingkan klien 2. Menurut Wijaya & Putri (2013) pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yaitu validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data, melaksanakan advis dokter sesuai kondisi klien.

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada kedua klien hampir sama yaitu : Monitor status cairan masukan dan keluaran yang sesuai, monitor lab Hb dan Hmt, Monitor perdarahan, Monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital, Monitor ukuran bentuk kesimetrisan dan reaksi pupil, Monitor tingkat kesadaran, Monitor tingkat orientasi, Monitor GCS, Monitor tanda vital, Monitor respon pasien terhadap pengobatan.

Menurut Keliat (1999), Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien, dengan prinsip ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan sesuai kondisi saat ini, selain itu diharapkan klien agar tekanan darah normal.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Pada tanggal 31 Maret 2018 , klien 1 mengatakan pusing dan sesak, keadaan umu : lemah, kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, TD 90/50 mmHg ,RR 26 x/menit, suhu 34°C, nadi 80x/menit, terpasang O2 nasal kanul 4 lpm. Masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi . Pada tanggal 4 April 2018, klien mengatakan masih pusing dan sesak, keadaan umum : lemah, kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, TD 90/80 mmHg , RR 26 x/menit, suhu 35°C, nadi 80x/menit, terpasang O2 nasal kanul 4 lpm. Masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi. Pada tanggal 07 April 2018 Klien mengatakan sesak berkurang,dan

sesak berkurang keadaan umum : cukup, kesadaran : composmentis, GCS : 4-5-6, TD 100/90 mmHg , RR 24x/menit, Suhu 36, °C, nadi 80 x/menit, masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi .

Pada tanggal 11 April 2018 klien 2 Klien mengatakan pusing dan kaki bengkak, keadaan umum : lemah, kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, nafsu makan menurun, TD 100/90 mmHg, RR 24 x/menit, suhu 36°C, nadi 80 x/menit, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi . Pada tanggal 14 April 2018 klien mengatakan masih pusing, keadaan umum : cukup, kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, nafsu makan menurun, TD 110/90 mmHg, RR 24 x/menit, suhu 36°C, nadi 88 x/menit, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi. kemudian pada tanggal 18 April 2018, klien mengatakan masih pusing, keadaan umum : cukup kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, nafsu makan menurun, TD 120/90 mmHg, RR 24 x/menit, suhu 36,4°C, nadi 86 x/menit, masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi .

Menurut Griffith dan Christensen (dalam Nursalam, 2008), evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan maka perawat dapat menentukan efektivitas asuhan keperawatan. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan.

Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang diobservasi. Diagnosis juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya. Evaluasi juga diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara (Nursalam, 2008).

Berdasarkan hasil kajian kasus yang ada maka diketahui bahwa hasil evaluasi yang ada menentukan tindakan keperawatan berikutnya. Setelah dilakukan evaluasi pada hari pertama terhadap perkembangan status sakit klien, maka akan dilanjutkan dengan menyusun implementasi berikutnya agar kondisi klien semakin membaik. Kegiatan yang dilakukan dalam evaluasi ini adalah mengevaluasi kondisi kesehatan klien berdasarkan penilaian subyektif klien, untuk dibandingkan dengan hasil obyektif yang diperoleh selama tindakan dilakukan, kemudian hasil tersebut dianalisis untuk kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi, setelah itu baru disusun perencanaan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa. Semua tahapan evaluasi tersebut telah dilakukan selama studi kasus ini dengan hasil analisa terakhir (pengamatan ketiga) untuk Ny. Sp masalah teratasi sebagian dan perlu lanjutan intervensi, sedangkan pada Ny. Sk masalah belum teratasi dan perlu lanjutan intervensi. Jadi tidak terdapat kesenjangan antara konsep teori dengan praktek di lapangan.

BAB 5

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik pada Ny. S dan Tn. M dengan masalah Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer di Ruang Hemodelisa RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan kasus sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis pada tanggal 31 Maret 2018 diperoleh data subjektif Ny. S yang mengeluhkan pusing dan sesak nafas dan diperoleh data objektif tekanan darah 90/50 mmHg, CRT >3 detik, pitting edema tingkat 2+ menghilang dalam 10-15 detik, RR 26 x/menit dan pasien terpasang terapi oksigen 4 lpm dengan nasal kanul. Sedangkan pada T.n M keluhan utama yaitu pusing dan bengkak kemerahan dan diperoleh data objektif tekanan darah 100/90 mmHg, RR 24 x/menit, CRT 3> detik, pitting edema tingkat 2+ menghilang 10-15 detik.
2. Diagnosa utama pada klien Ny. S dan Tn. M yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer didukung oleh data-data subjektif pada Ny. S yaitu pusing dan sesak nafas mulai 27 Maret 2018, tekanan darah

90/50 mmHg, terpasang oksigen 4 lpm, CRT >3 detik, pitting edema tingkat 2+ menghilang dalam 10-15 detik. sedangkan pada Tn. M didukung oleh data-data subjektif adalah pusing dan kaki bengkak kemerahan sejak tadi malem tanggal 10 April 2018, tekanan darah 100/90 mmHg ,RR 24 x/menit, CRT 3> detik,pitting edema tingkat 2+ menghilang 10-15 detik.

3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan NIC 2015 mengenai ketidakefektifan perfusi jaringan perifer adalah dengan mengajarkan terknik latihan mengurangi rasa pusing.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah dengan mengajarkan teknik mengurangi rasa pusing kepada Ny. S dan Tn. M dan mengamati respon pasien.
5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, penulis mengevaluasi kepada pasien setelah tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari. Hasil evaluasi pada tanggal 31 Maret 2018 pada Ny. S dan Tn. M adalah klien mengatakan pusing dan sesak berkurang. Perbedaannya Ny. S pusing dengan sesak nafas sedangkan Tn. M pusing dan odem.

5.2 SARAN

1. Bagi klien dan keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat mengetahui latihan ROM selama klien bedrest dengan klien gagal ginjal kronik.

2. Bagi perawat

Hasil penelitian ini dapat di gunakan dalam pengkajian sampai evaluasi keperawatan dengan teliti yang mengacu pada fokus permasalahan yang tepat sehingga dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara tepat khususnya pada klien gagal ginjal kronik.

3. Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai tambahan referensi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kasus Gagal Ginjal Kronis. Manfaat bagi pasien adalah mendapat asuhan keperawatan yang efektif, efisien dan sesuai dengan standart asuhan keperawatan yaitu pemenuhan nutrisi dengan diet rendah protein dan cukup energi pada Gagal Ginjal Kronik.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Aziz. (2006). *Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Chris O'Callaghan. (2009). *At a Glance Sistem Ginjal*. Jakarta: Erlangga
- Haryono, Rudi. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Perkemihan*. Yogyakarta: Rapha Publishing
- Haryanti, I, A. P., & Nisa, K. Terapi Konservatif dan Terapi Pengganti Ginja sebagai Penatalaksanaan pada Gagal Ginjal Kronik. *Majority . Volume 4. Nomor 7. Juni 2015*
- Indonesian Renal Registry. *5th Annual Report of IRR 2012*. <http://indonesianrenalregistry.org/data/5th%20Annual%20Report%20Of%20IRR%20012.pdf>. Diakses pada tanggal 11 Januari 2017
- Joanne McCloskey Dochter. (2008). *Nursing Intervention Classification(NIC)*. USA: Mosby Elsevier Academic Press
- Kementrian Kesehatan. *Hasil Riskesdas 2013*. <http://depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>. Diakses pada tanggal 13 Januari 2017
- Moorhead Sue dkk. (2013). *Nursing Outcome Classification (NOC)*. USA Mosby Elsevier Academic Press
- Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nanda International. (2012). *Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2012 – 2014*. Jakarta : EGC
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2008). *Proses dan Dokumentasi Konsep & Praktik*. Jakarta: Salemba Medika
- Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Dilengkapi Asuhan Keperawatan Pada Sistem Cardio, Perkemihan, Integumen, Persyarafan, Gastrointestinal, Muskuloskeletal, Reproduksi, dan Respirasi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nanda. 2015. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Edisi: 10. EGC: Jakarta
- Nurarif. A. H & Kusuma. H. 2015. *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction

- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta
- Tri, Maharani, dkk. 2016. *Panduan Karya Tulis Ilmiah: Studi Kasus Program Studi D-III Keperawatan*. Jombang: STIKes ICMe.

**JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN Th. 2018**

No	Jadwal Kegiatan	Bulan																															
		November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus																																
2	Pembimbingan Proposal Studi Kasus																																
3	Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus																																
4	Ujian Proposal Studi Kasus																																
5	Revisi Proposal Studi Kasus																																
6	Pengambilan dan pengolahan data																																
7	Pembimbingan Hasil																																
8	Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																																
9	Ujian Sidang Studi Kasus																																
10	Revisi Studi Kasus dan Pengumpulan Studi Kasus																																

Lampiran 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama Mahasiswa : Devada Chandra Eza Huzzella
NIM : 15.121.0005
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien *gagal ginjal kronik* dengan masalah keperawatan *ketidakefektifan perfusi jaringan prifer* di Ruang Melati RSUD Bangil pasuruan.

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam penyusunan studi kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan

Jombang, 31 Maret 2018

Peneliti

Devada Chandra Eza Huzzella

Lampiran 3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : M

Umur : 52 Tahun

Alamat : Bengli. Pasuruan

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, 11 April 2018

Responden



(Munib)

Lampiran 3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sulastri

Umur : 1 - 5 - 1955

Alamat : Dsn. Tanggul. Desa Baujeng

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, **31 Maret** 2018

Responden


(Sulastri)



**PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES ICME JOMBANG
2018**

PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Pengkajian tgl. : Jam :
MRS tanggal : No. RM :
Diagnosa Masuk :

A. IDENTITAS PASIEN

Nama :	Penanggung jawab biaya :
Usia :	Nama :
Jenis kelamin :	Alamat :
Suku :	Hub. Keluarga :
Agama :	Telepon :
Pendidikan :	
Alamat :	

B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :

C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| 1. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular | <input type="checkbox"/> ya, jenis : | <input type="checkbox"/> tidak |
| 2. Riwayat Penyakit Alergi | <input type="checkbox"/> ya, jenis : | <input type="checkbox"/> tidak |
| 3. Riwayat Operasi | <input type="checkbox"/> ya, jenis : | <input type="checkbox"/> tidak |

D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya : tidak
jelaskan :

E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
Makanan Frekuensix/hr Jenis..... Diit Pantangan Alergi makanan yang disukai Minum Frekuensi..... x/hari Jenis..... Alergi		
Eliminasi BAB Frekuensix/hari warna konsistensi		

<p>BAK</p> <p>FrekuensiX/Hari</p> <p>Warna</p> <p>Alat bantu</p>		
<p>Kebersihan Diri</p> <p>Mandi.....X/hari</p> <p>Keramasx/hari</p> <p>Sikat GigiX/Hari</p> <p>Memotong Kuku.....</p> <p>Ganti Pakaian</p> <p>Toileting</p>		
<p>Istirahat/Tidur</p> <p>Tidur siang.....jam</p> <p>Tidur Malamjam</p> <p>Kebiasaan Merokok/Jamu</p>		

F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda-tanda vital

S : °C N : x/mnt TD : mmHg
RR : x/mnt

Masalah Keperawatan :

2. Sistem Pernafasan (B₁)

a. Hidung:
Pernafasan cuping hidung ada tidak
Septum nasi simetris tidak simetris
Lain-lain

Masalah Keperawatan :

b. Bentuk dada simetris asimetris barrel chest
 Funnel chest Pigeons chest
c. Keluhan sesak batuk nyeri waktu napas
d. Irama napas teratur tidak teratur
e. Suara napas vesicular ronchi D/S wheezing D/S rales D/S
Lain-lain:

3. Sistem Kardiovaskuler (B₂)

a. Keluhan nyeri dada ya tidak
b. Irama jantung teratur tidak teratur
c. CRT < 3 detik > 3 detik
d. Konjungtiva pucat ya tidak
e. JVP normal meningkat menurun
Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

4. Sistem Persarafan (B₃)

a. Kesadaran komposmentis apatis somnolen sopor koma
GCS :
b. Keluhan pusing ya tidak
c. Pupil isokor anisokor
d. Nyeri tidak ya, skala nyeri : lokasi :
Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

5. Sistem Perkemihan (B₄)

a. Keluhan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuria disuria poliuri
 oliguri anuri
b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak

Masalah Keperawatan :

- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine : ml/hari warna : bau :
- e. Intake cairan : ora cc/hr parenteral :cc/hr
- Lain-lain :

6. Sistem Pencernaan (B₅)

- a. TB : cm BB : kg
- b. Mukosa mulut : lembab kering merah stomatitis
- c. Tenggorokan nye telan sulit men n
- d. Abdomen sup tegang nyeri tekan, kasi : lokasi :
 Luka operasi jejas
- Pembesaran hepar ya tidak
Pembesaran lien ya tidak
Ascites ya tidak
Mual ya tidak
Muntah ya tidak
Terpasang NGT ya tidak
Bising usus :x/mnt
- e. BAB :x/hr, konsistensi : lunak cair lendir/darah
 konstipasi inkontinensia kolostomi
- f. Diet adat lunak cair
Frekuensi :x/hari jumlah:..... jenis :

Masalah Keperawatan :

7. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B₆)

- a. Pergerakan sendi bebas terbatas
- b. Kelainan ekstremitas ya tidak
- c. Kelainan tl. belakang ya tidak
- d. Fraktur ya tidak
- e. Traksi/spalk/gips ya tidak
- f. Kompartemen sindrom ya tidak
- g. Kulit ikterik sianosis kemerahan hiperpigmentasi
- h. Akral hangat panas dingin kering basah
- i. Turgor bai kurang jelek
- j. Luka : jenis : luas : bersih kotor
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

8. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tyroid ya tidak
- b. Pembesaran kelenjar getah bening ya tidak
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya
 cobaan Tuhan hukuman lainnya
2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya
 murung gelisah tegang marah/menangis
3. Reaksi saat interaksi kooperatif tak kooperatif curiga
4. Gangguan konsep diri ya tidak
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

Masalah Keperawatan :

H. PENGKAJIAN SPIRITUAL

Kebiasaan beribadah sering kadang-kadang tidak pernah

Lain-lain :

I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)

J. TERAPI

.....
Mahasiswa,

(.....)

ANALISA DATA

Nama :

No.RM:

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif : Data Obyektif :		
		SESUAI DENGAN NANDA 2014

Diagnosa Keperawatan yang muncul (Tipe PES minimal 3)

1.
2.
3.
4.
5.

Intervensi Keperawatan

Hari/tanggal	No. diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Waktu	Rencana tindakan	Rasional
		Mengandung SMART			

Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf

Evaluasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			S : O : A : P :	

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STKES ICME JOMBANG
RUANG RSUD JOMBANG**

DICHARGE PLANNING	No. Reg : Nama : Jenis Kelamin : Alamat :
Tanggal MRS: Tanggal KRS:	Tanggal/Tempat Kontrol :
Dipulangkan dari RSUD JOMBANG dengan keadaan : <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Pindah RS lain <input type="checkbox"/> Meneruskan dengan obat jalan <input type="checkbox"/> Pulang paksa <input type="checkbox"/> Meninggal	
Aturan Diet :	
Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya :	
Cara perawatan luka di rumah :	
Aktivitas dan Istirahat :	
Lain-lain :	
Yang di bawa pulang (Hasil Lab, Foto, ECG) : <input type="checkbox"/> Lablembar <input type="checkbox"/> Foto..... lembar <input type="checkbox"/> USGlembar <input type="checkbox"/> EKGlembar <input type="checkbox"/> CT Scanlembar <input type="checkbox"/> lain-lainlembar	
Saya selaku keluarga menyatakan telah mendapat penyuluhan hal-hal tersebut di atas oleh mahasiswa D3 KEPERAWATAN STIKES ICME dan telah mengerti. <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Jombang ,20...</p> <p>Pasien/Keluarga</p> <p>(.....)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Perawat</p> <p>(.....)</p> </div> </div>	

Lampiran 5

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
“INSAN CENDEKIA MEDIKA”



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : 123/KTI-S1KEP/K31/073127//2018
Lamp. : -
Perihal : Ijin Penelitian

Jombang, 12 Februari 2018

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Bangil Pasuruan
di
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 - Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Ijin Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **DEVADA CHANDRA EZA HUZELLA**
NIM : 15 121 0005
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Ginjal Kronik Dengan Masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.


Ketua
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
H. Imam Fatoni, SKM., MM
NKK-03/04.022

Tembusan

- Kepala Bakesbangpol Kab.Pasuruan
- Kepala Dinas Kesehatan Kab.Pasuruan
- Kepala Ruang Melati RSUD Bangil

Lampiran 6



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 19 Maret 2018

Nomor : 445.1/731.3/424.202/2018 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua STIKES Insan Cendekia Medika
Hal : Persetujuan Penelitian Jl. Kemuning 57
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 123/KTI-S1KEP/
K31/073127/2018 tanggal 12 Februari 2018 perihal Surat Ijin Penelitian atas
nama:

Nama : DEVADA CHANDRA EZA HUZZELA
NIM : 15 121 0005
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Ginjal
Kronik dengan Masalah Ketidakefektifan Perfusi
Jaringan Perifer

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk
melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung mulai
tanggal 19 Maret – 18 April 2018.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara
diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang



Drg. MALUDWI NUGROHO
NIP. 19600910 198709 1 001

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruangan Melati RSUD Bangil
2. Kepala Ruangan Teratai RSUD Bangil
3. Yang bersangkutan


Lampiran 7

Lampiran 7

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Devada Chandra Ezza Huzzella
NIM : 151210005
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer di RSUD Bangil-Pasuruan.

Dosen Pembimbing I

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	TTD Pembimbing
1.	6-12-17	Identifikasi masalah	
2.	16-12-17	Masalah - judul	
3.	18-12-17	Judul Ace	
4.	26-12-17	BAB I Revisi	
5.	1-1-18	BAB I Revisi	
6.	2-1-18	BAB I Ace Layout BAB II.	
7.	5-1-18	BAB II Ace Layout BAB II.	


Lampiran 7

Lampiran 7

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Devada Chandra Ezza Huzzella
NIM : 151210005
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer di RSUD Bangil-Pasuruan.

Dosen Pembimbing I








No	Tanggal	Hasil Konsultasi	TTD Pembimbing
8.	15-1-18	BAB III → Revisi	
9.	16-1-18	BAB III → Ael uji an proposal	
10.	20-1-18	BAB IV → Revisi	
11.	30-1-18	BAB IV → Revisi	
12.	5-2-18	BAB IV → Ael Layout BAB V	
13.	6-3-18	BAB V → Revisi	
14.	20-4-18	BAB V → Ael uji an Hasil	

Lampiran 7

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Devada Chandra Ezza Huzzella
 NIM : 151210005
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer di RSUD Bangil-Pasuruan.

Dosen Pembimbing II








No	Tanggal	Hasil Konsultasi	TTD Pembimbing
1.	12-12-17	penulisan Revisi	
2	15-12-17	BAB I → kaji pustaka	
3	25-12-17	Bab I ace layout BAB II.	
4.	1-1-18	BAB II → Revisi BAB II ace	
5.	5-1-18	BAB II Revisi	
6.	6-2-18	BAB II ace mado ujian	
7.	10-2-18	BAB II Revisi pustaka serta perik.	

Lampiran 7

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Devada Chandra Ezza Huzzella
NIM : 151210005
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer di RSUD Bangil-Pasuruan.

Dosen Pembimbing II

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	TTD Pembimbing
8.	15-2-18	Bab IV → Revisi: penulisan di ket.	
9.	30-2-18	Bab W → see Lampiran BAB V	
10.	3-3-18	Bab V → Revisi Lampiran	
11.	5-3-18	Bab V → Revisi	
12.	18-3-18	Bab V → see	
13.	4-4-18	Lampiran Jenuwa di komputer	
14.	8-4-18	Mapa dan hasil	

Lampiran 8

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Devada Chandra Eza Huzzella

NIM : 15.121.0005

Tempat Tanggal Lahir : Bojonegoro, 20 Oktober 1996

Institusi : Program Studi Diploma III Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul: "Asuhan Keperawatan Klien Gagal Ginjal Kronik (GGK) dengan masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer di RSUD Bangil-Pasuruan" adalah bukan Karya Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila tidak benar saya bersedia mendapatkan sanksi

Jombang,

Yang menyatakan




Devada Chandra Ezza.H