

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep *Chronic Kidney Disease* (CKD)

a. Pengertian

Chronic Kidney Disease adalah kegagalannya difungsi ginjalnya untuk dipertahankannya metabolisemenya serta dikeseimbangan cairannya dan dielektrolit akibat didestruksi distruktur ginjalnya yang progresif dengan dimanifestasikan dipenumpukan sisa metabolitnya (toksik uremiknya) didalam darahnya (Mutaqin dkk, 2011 dalam Fatmawati, 2020).

b. Kriteria Penyakit *Chronic Kidney Disease*

Menurut di *National Kidney Foundation* kriterianya penyakit GKG yakni (Mujani, 2021) :

Tabel 2.1 Klasifikasi Gagalnya Ginjal secara Kronik Berdasarkan dikategori LFG

Kategori LFG	Nilai LF G (ml/menit/1,73 m ²)	Interpretasi	Terapi
G1	≥ 90	Kerusakan ginjal dengan LFG normal	Diagnosis, terapi komorbiditas, penghambatan progresifitas
G2	60-89	Kerusakan ginjal dengan penurunan LFG ringan	Pemeriksaan progresifitas
G3a	45-59	Penurunan LFG ringan hingga sedang	Evaluasi dan terapi penyakit penyerta
G3b	30-44	Penurunan LFG sedang hingga berat	
G4	15-29	Penurunan LFG berat	Persiapan terapi dialysis
G5	< 15	Gagal Ginjal Terminal	Dialisis

Sumber : *National Kidney Foundation dalam Mujani (2021)*

c. Tahapan Penyakit *Chronic Kidney Disease*

Menurut NKF-KDIGO ditahun 2012 dalam Mujani (2021) adalah :

- 1) Ditahap 1: Kerusakannya diginjal dengan GFR normalnya atau GFR $>90\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$.
- 2) Tahapan 2 : Rusaknya ginjal ringan dengan GFRnya $60-89\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$
- 3) Tahap 3 : Dikerusakan adalah sedang nilai GFR $30-59\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$.
- 4) Tahap 4 : Berkategori berat yakni diGFR $15-29\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$
- 5) Tahap 5 : Gagal ginjal, diGFR $<15\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$. Ditahap ini sering disebut dengan ESRD, atau di Gagal ginjalnya sudah terminal dan hal ini perlu ditindakan dengan hemodialisis.

d. Etiologi atau Penyebab *Chronic Kidney Disease*

Etiologinya atau penyebabnya menurut Mansjoer, dkk (2000) dalam Sumiyati, dkk, (2021), antara lain :

- 1) Adanya Infeksi disaluran kemihnya

Infeksinya ini mudah dialami siapapun. Penyakit ini ada 2 kategori : Infeksinya disaluran bawah (disebut dengan uretritis, sistitis, dan prostatitis) dan infeksinya disaluran atas (radang dipielone yang akut).

- 2) Penyakit Peradangannya

Glomerulonepritis pada jangka waktu lama dapat menyebabkan kematian.

- 3) Nifrosklerosis Hipertensif

Sakit ginjal secara kronik dikarenakan hipertensinya atau ikut berperannya pada hipertensinya dari mekanismenya dengan retensinya

natrium dan juga airnya, selain itu juga dipengaruhi vasopresornya renin angiotensinnya.

4) Gangguan Dikongenital dan Herediternya

Terjadinya kondisi asidosis ditubulus ginjalnya dan sakit dipolikistik dikarenakan keturunan. Keduanya ini kadang berakhir dengan rusaknya ginjal dan terbanyak dijumpai dipenyakit polikistiknya.

5) Gangguan dimetaboliknya

Penyakit dimetabolik contohnya adalah adanya diabetes melitus, goutnya, dihiperparatiroidisme primermua dan amiloidosisnya.

e. Tanda dan Gejala/ Manifestasi klinik *Chronic Kidney Disease*

Tanda dan gejala atau manifestasi klinik yang ditimbulkan menurut Bruner and Sudarth (2015), yaitu:

1) Manifestasi pada hematologinya

a) Keadaan yang kurang darahnya, dapat disebabkan yakni:

- (1) Berkurangnya diproduksi eritropoetin, sebabkan dirangsangan eritropoesisnya disum-sum tulangnya turun.
- (2) Pecahnya sel darah, karena terus berkurangnya waktu eritrosit hidup didalam kondisi darahnya yang sedang toksik.
- (3) Kurangnya zat besinya dan juga diasam folatnya akibatnya dinafsu makannya jadi kurang.
- (4) Adanya terjadi perdarahan, terseringnya dicernanya dan kulitnya.
- (5) Fibrosis disumsum tulangnya diakibatkan dari hiperparatiroidismanya secara sekunder.

- b) Gangguan difungsi trombositnya dan ditrombositopenia yang mengakitkannya perdarahan.
 - c) terganggunya dileukosit, dimana terjadi difagositosis dan dikemotaksis yang berkurang, kegunaan dilimfosit juga menurun hingga menjadikan imunitasnya rendah.
- 2) Manifestasi dikardiovaskuler.
- Hipertensinya ini karena timbunan akan dicairan dan garamnya, nyeri didada dan terjadinya keadaan sesak saat bernafas, gangguannya diirama jantungnya akibat diaterosklerosis dini, elektrolitnya dan klasifikasinya dimetastatik juga tidak berjalan dengan baik, selain itu juga muncul edema.
- 3) Tidak berfungsi dengan baik disistem saraf dan ototnya
- a) *Restless leg syndrome* : pegal dikakinya sehingga sering digerakkannya.
 - b) *Feet syndrome* : seperti ada rasa kesemutan dan terbakar terutamanya ditelapak kakinya.
 - c) *Ensefalopati metabolic* : menjadikan tubuh menjadi lemah, susah tidur, sulit berkonsentrasi, rasa bergetar, mioklonus, bahkan bisa kejang.
 - d) Miopati : adanya kelemahannya dan hipotrofinya di otot-otot terseringnya di ekstremitas proksimalnya.
- 4) Gejala didermatologinya
- a) Kulitnya jadi pucat serta adanya gatal karena toksinnya diuremik dan dipengendapan kalsiumnya dipori-pori kulitnya.

b) *Uremic frost* : dikadar *Blood Urea Nitrogennya* (BUN) sangatlah tinggi, maka dibagian kulitnya akan berkeringat banyak hingga timbullah Kristal diurea yang halus dan warnanya putih.

5) Gangguan Muskuloskeleta

Nyeri disendi dan ditulang, demineralisasi ditulangnyanya, terjadinya patah secara pathologisnya, dan dikalsifikasi (diotak, dimata, digusi, sendinya, dimiokard).

6) Gangguannya Dimetaboliknya

Keadaan yang asidosis simetabolik terjadi dari ketidakmampuannya dipengeluaran ion hidrogennya atau asam endogennya.

7) Gangguannya dicairan elektroliknya

Terganggunya diasam-basa menimbulkan kehilangannya dinatrium sehingga adanya dehidrasi, asidosisnya, hiperkalemianya, hipermagnesemianya, dan dihipokalsemia.

8) Gangguannya difungsi psikososialnya

Perubahannya dikepribadian dan didiprilaku serta berubahnya kognitifnya.

9) Gejala digastrointestinal.

a) Akibatnya dari keadaan hiponarteminya maka timbullah TD yang rendah, turunnya ditugor kulitnya, lemah, dan adanya mual.

b) Tidak nafsu malan dan nausanya yang keterkaitannya dengan tidak sesuai dimetabolisme proteinnya didalam ususnya dan munculnya zat-zatnya yang beracun akibatnya metabolismenya dibakteri

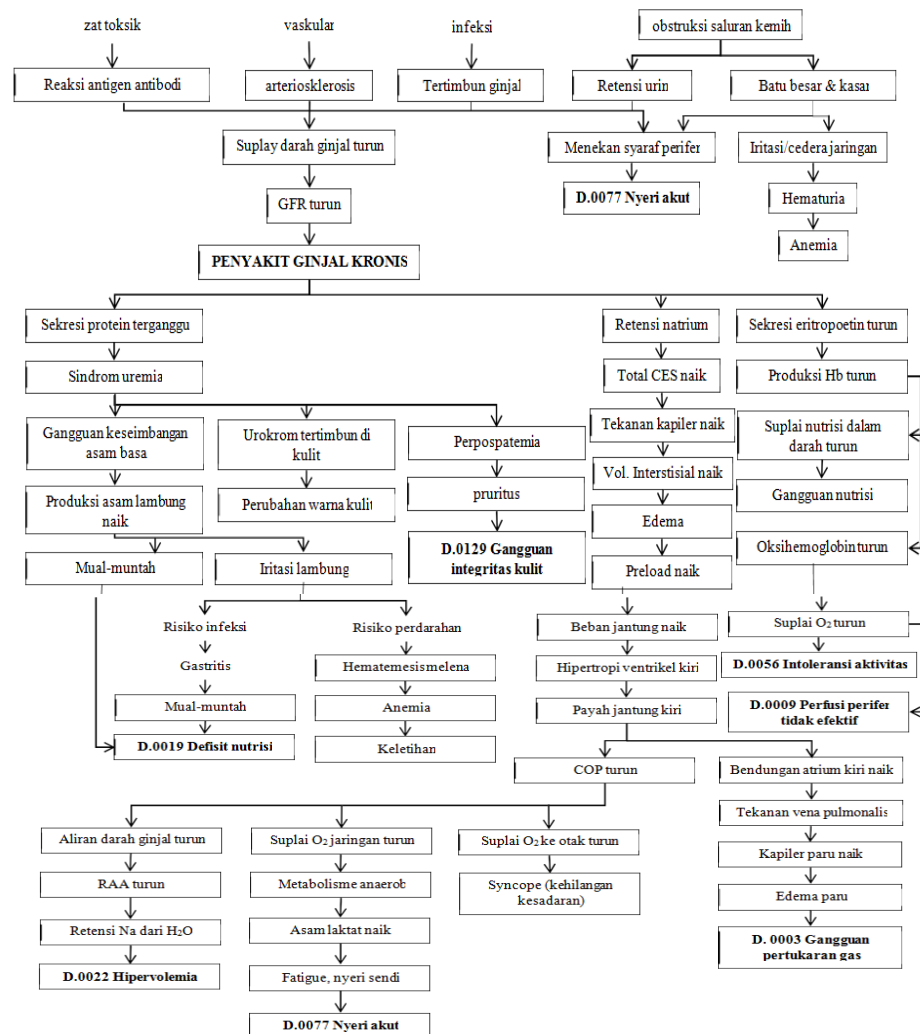
ususnya seperti ammonianya dan dimetal guanidine, serta disebabnya mukosa ususnya.

c) Ureum yang berlebihan pada air liur yang diubah oleh bakteri dimulut menjadi amonia oleh bakteri dan dapat timbulnya stomatitis dan parotitis.

d) Cegukannya yang belum diketahui secara pasti apa penyebab terjadinya.

10) Gejala reproduksi mencakup amenor dan atrofi testikuler.

f. *Pathway Chronic Kidney Disease*



Bagan 2.1 *Pathway Chronic Kidney Disease*

Sumber: Nurarif dan Kusuma dalam Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDANIC-NOC 2015

g. Pemeriksaan Penunjang

1) Laboratorium

- a) Hematologinya: Untuk dilihat dikonsentrasi hemoglobinnya dan dihematokritnya
- b) Dikimia Darah: Pemeriksaannya dikadar nitrogennya didalam darahnya (*Blood Urea Nitrogen (BUN)*), dan kreatinin serum, jika hasilnya meningkat tandanya penurunannya difungsi ginjalnya didalam mengeluarkan dikedua zatnya yang sifatnya yang beracun didalam tubuh.
- c) Analisa Digas Darahnya (AGD): Dipakai guna diketahuinya apakah ada keadaan diasidosis metabolik karena biasanya nampak dengan penurunan dipH plasmanya (Smeltzer dan Bare, 2013).

2) Pemeriksaan urinnya

Untuk dilihatnya volume diurin yakni sampai dengan < 400 ml/jam atau oligurianya atau tidak bisa kencing, perubahan diwarna urinnya bisa disebabkan ada nanah, darah, jenis bakterinya, lemaknya, partikel koloidnya, dimiglobin, berat jenisnya < 1.015 tandanya yakni gagal diginjal, osmolalitasnya < 350 artinya tubulanya rusak (Smeltzer dan Bare, 2013).

3) Pemeriksaannya diradiologis

Antara lain ; sistokopi (melihat dilesi pada dikandung kemihnya dan juga batunya), *divoiding cystourethrographynya* (dikateterisasi kandung kemihnya yang digunakannya melihat diukuran dan

bentuknya dikandung kemihnya), *ultrasound* ginjalnya (mengidentifikasi adanya kelainan pada ginjalnya diantaranya kelainannya distruktural, dibatu ginjalnya, ditumor, dan dimassa yang lain), diurografi intravenanya (melihat aliran pada diglomerulus atau tubulusnya, direfluks vesikouteranya, dan batunya), KUB foto (untuk tunjukkan ukuran ginjalnya), diarteriogram ginjalnya (mengkajinya disirkulasi ginjal dan mengidentifikasinya diekstravaskuler, massanya) (Nuari, dan Widayati, 2017).

h. Penatalaksanaan

Dimedis dipasien yang gagal ginjal secara kronis dibagi menjadi empat (Price dan Wilson, 2013), yakni :

1) Dikonservatif

- a) Dilakukannya dipemeriksaan laboratoriumnya untuk darahnya dan urinenya
- b) Optimalisasinya dan dipertahankan keseimbangannya dicairan dan garamnya.
- c) Diet TKRP (Tinggi Kalori Rendah Protein), dietnya rendah akan protein (20-240 gr/hari) dan tingginya dikalori
- d) Kontrol hipertensinya
- e) Dikontrol ketidakseimbangannya dielektrolit.

2) Dialisisnya

Peritonealnya yang didialysis biasanya dilakukan pada kasus-kasus yang sifatnya emergency. Sedangkan dialisisnya yang bisa dilakukannya dimana saja yang tidaklah bersifat akut adalah CAPD

(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis).

- 3) Dioperasi
 - a) Pengambilan batunya
 - b) Transplantasi ginjal
 - c) Dihemodialisa

2. Konsep Hemodialisa

a. Pengertiannya

Adalah dilakukannya penghilangan sisa toksiknya, kelebihan airnya, cairannya, dan untuk diperbaiki keseimbangan dielektrolit, dengan prinsipnya yakni difiltrasi, didiosmosis, dan difusi, dengan digunakannya sistem dialisa yang eksternal; terdapatnya beberapa tipenya akses vaskularnya yang dapat digunakannya: dipirau- sementara; disambungan eksternalnya diantara arteri dan vena; fistula-permanen, disambungan internalnya atau ditandur diantara arterinya dan vena dilengan atau dipaha; jalurnya disubklavia atau difemoral- sementara, dikateter eksternalnya vena besarnya (Turker, 1999 dalam Fatmawati, 2020).

b. Indikasi

Dilakukan pada pasien dengan sakit GGA dan GGK dan harus dihemodialisa untuk sementara sampai fungsi ginjalnya pulih lagi. Pasien-pasiennya tersebut dinyatakan perlukan dihemodialisa apabila terdapat indikasinya (Carpenter, 2012 dalam Fatmawati 2020):

- 1) BUNnya > 100 mg/ dl (BUN = 2,14 x nilai ureumnya)
- 2) Ureumnya > 200 mg%
- 3) Kreatininnya > 100 mg%

- 4) Hiperkalemia > 17 mg/ liter
- 5) Diasidosis metaboliknya : pH darahnya < 72
- 6) Disindrom adanya kelebihan airnya
- 7) Intoksikasinya diobat jenis barbituratnya

c. Perubahan yang Terjadi Saat Dijalaninya Dihemodialisa

Saat sakit yang harus dilakukan cuci darah makan akan ada perubahan didalam dirinya yakni (Chindhy, 2022) :

1) Perubahannya difisik

Tingkatnya keparahannya ditanda dan gejala bergantung seberapa banyaknya kerusakannya direnal dan dikeadaan lainnya yang mempengaruhinya dan usia pasiennya,. ditanda dan gejalanya yang dapat muncul :

- a) Neurologinya: kelemahannya, difatigue, kecemasannya, dipenurunan konsentrasinya, didisorientasi, tremornya, seizuresnya, dikelemahan pada lengannya, dinyeri pada telapak kakinya, diperubahan tingkah lakunya.
- b) Integumennya: dikulit yang berwarna coklat dan keabuan, kering, dikulit mudah terkelupas, pruritusnya, ekimosis, purpuranya tipis, dikuku rapuh, rambutnya tipis.
- c) Kardiovaskularnya: adanya hipertensi, edema dipitting (dikaki, ditangan, dan sakrumnya), edema diperiorbita, diprecordial friction rubnya, pembesarannya divena pada lehernya, perikarditisnya, efusinya diperikardial, tamponade dipericardial, dihiperkalemia, hiperlipidemiannya.

- d) Diparu-paru: dikrakles, disputum yang lengket dan juga kental, depresi direfleks batuknya, nyeri dipleuritik, napas nya pendek, ada takipneanya dan napasnya kussmaul, uremic dipneumonitis, “uremic lungnya”.
- e) Digastrointestinal: baunya ammonia, napasnya uremik, berasa logam, nampak ulserasi dimulut dan berdarah, tidak nafsu makan, mual dan muntah, ada hiccup, konstipasi ataupun diare, perdarahan pada disaluran pencernaannya.
- f) Hematologinya: anemia serta trombositopenia.
- g) Reproduksi: amenorrhea, atropi ditestis, infertilenya, penurunan dilibido.
- h) Dimuslukoskeletal: kram diotot, hilangnya dikekuatan ototnya, renalnya osteodistropi, nyeri ditulang, fraktur dan bisa foot drop.

Gangguan tidurnya yang terjadi disebabkan karena anemianya, dihipoalbumin, hipertensninya, kram diotot, digangguan keseimbangan dicairan elektrolitnya dan kondisi dipsikologis pasiennya (Alifia, 2021). Keadaan ini membuat pasiennya mengalami rasa lelah dan dipenurunan fisiknya yang susah beraktivitas sosialnya (Sakitri, 2018).

2) Perubahan Psikologisnya

Secara progresifnya akibat dipenyakit ginjalnya bisa timbul berbagai stres dipsikologis. Perubahannya dikeseharian akibat diterapi yang harus dijalaninya, kewajibannya harus selalu keRumah Sakit dan kelaboratorium secara rutin juga akan alami perubahannya difinansial

untuk biaya dipengobatan membuat pasiennya alami stres dan suslit berperan secara holistiknya (Jafar, 2018).

3. *Fatigue/ Kelelahan Pada Pasien Hemodialisa*

a. Pengertian *Fatigue/Kelelahan*

Merupakan keadaannya dikondisi melemahnya tenaga didalam melakukan aktivitasnya. Secara umumnya, gejala timbulnya *difatigue* mengarahnya difisik dan mentalnya. Kondisi ini adalah mekanismenya dari diperlidungan tubuhnya agar terhindar dari kerusakannya yang lebih lanjut lagi dengan melakukan dipemulihan setelah istirahatnya (Tarwaka, 2004 dalam Sari, 2019).

b. Etiologi *Fatigue/ Kelelahannya*

Menurut Petchrung (2004) dalam Sari (2019), menjabarkan bahwa *fatiguenya* dapat disebabkan karena anemianya. Dimana sel darah merah yang mudah rusak, sehingga pasien dengan penyakit kronis mudah sekali mengalami anemia. Setelah pasien mengalami anemia, maka pasien akan menggambarkan keadaan tubuh yang menggambarkan *fatigue*. Penyebab *fatigue* adalah eritroprotein yang berkurang, kapiler darah yang mudah pecah sehingga dapat menimbulkannya hilang darah, difungsi dari trombositnya yang menurun, serta terjadinya dipeningkatan inhibitor sitokinnya. Pasiennya akan alami *fatigue* jika dikadar hbnya $\leq 10\text{gr/dL}$.

c. Faktor yang mempengaruhi *Fatigue/ Kelelahannya*

Menurut Mollaoglu (2009) dalam Sari (2019), *fatigue* yakni difaktor usianya, dipekerjaan, pendidikannya, dijenis kelaminnya, agamanya, didurasi pengobatannya, dan anemianya yang berkaitannya dengan

difatigue. Meningkatnya hal ini karena rendahnya pendidikannya turunya didapatkan dan meningkatnya diusia, dan diriwayat pengobatannya lebih lama. Menurut studi diliterature bahwa *fatigue* dipengaruhi yakni :

1) Faktor Demografinya

Faktor demografi yang dapat menyebabkan *fatigue* pada pasien yang menjalani hemodialisa adalah pendidikan. Sedangkan diusia, dijenis kelaminnya, dipekerjaan tidaklah berpengaruh besar pada kejadian kelelahannya. Orang dengan pendidikan rendah akan membuat *fatiguenya* meningkat diakibatkan karena kurangnya dipengetahuan dan dikoping yang kurang beradaptasi.

2) Faktor Fisiologisnya

Hemoglobinnya menjadi dikomponen yang termasuk dalam factornya difisiologis. *Fatiguenya* dikatakan kurang 0,44% apabila hemoglobinnya alami peningkatannya 1 mg/dL. Untuk *fatiguenya* sendiri sangatlah dipengaruhi oleh hemoglobinnya..

3) Faktor sosial ekonomi

Hemodialisanya ini akan perlu waktu seumur hidupnya hingga biayanya juga besar. Hal-hal semacam ini mendorong terjadinya *fatiguenya*.

4) Faktor situasional

Disemakin lamanya dijalannya proses hemodialisanya maka akan menimbulkannya rasa *fatigue*.

d. *Fatigue* pada Pasien Hemodialisa

Fatigue yang dialami orang yang jalani dihemodialisa adalah keadaan

dimana pasiennya mengalami rendahnya diproduksi eritroproteinnya. Dampak yang disebabkan hal ini membuat dipapiler darahnya mudah pecah dan pastinya akan terjadi anemia, menjadikan kondisi yang *fatigue* bagi pasien yang menjalani hemodialisanya (Sari, 2019).

e. Cara ukur *Fatigue*

Diberbagai jenis diinstrumen pengukurannya diskala kelelahannya. Satu diantaranya adalah *Functional Assessment Chronic Illness Therapy (FACIT) Fatigue Scale*, berisi 13 pertanyaan. Tingkat dikelelahan diukur pada 4 skala dengan jumlah jawaban kuisisioner 31 – 52.

FACIT Fatigue Scale merupakan disalah satu dari beberapa FACIT scalenya yang merupakan dibagian dari suatu dikumpulan kuesionernya dihealth-related quality of lifenya (HRQOL) dengan tujuannya ditanganinya penyakit kronisnya melalui dipengukuran sistem difungsional tubuhnya (Sihombing, 2016 dalam Sari, 2019).

Sihombing et al (2016), memvalidasi dikuesionernya FACIT sebagai suatu diinstrumen pengukurannya untuk penyakit kronis. FACIT diversi Indonesia yang dialihbahasakan menjadi Skala Kelelahan FACIT. Dipengujian validitasnya dan direliabilitasnya dikuisisioner dilakukan kepada 52 pasiennya dengan CKD dan dengan diperolehnya pada nilainya Pearson correlation dengan dinilai r hitungnya $> r$ tabelnya yaitu 0,279 dengan dihasil pada rentangnya 0,331-0,636 yang telah disebut valid. Sedangkan diuji reliabelnya dengan diuji Cronbach alphanya didapatkan $r_{11}=0,646$ yakni lebih besar daripada 0,6 yang diperoleh kuesionernya yang telah diuji memaparkan reliabelnya. Dikuisisioner ini dijuga dilakukan

oleh peneliti lainnya di Indonesia yang mengukur ditingkat kelelahannya pada pasiennya yang jalani hemodialisanya seperti Suparti (2018), Sari (2019), Maesaroh (2021).

4. Inovasi Relaksasi Benson

a. Pengertian

Relaksasi cara Benson yakni disuatu pengembangannya dimetode respon relaksasinya dipernafasan dengan dilibatkannya difaktor keyakinan pasiennya yaitu dengan kata-katanya yang ditenangkan sesuai dengan agamanya yang dianutnya. Ucapan atau dikalimat spiritualnya yang telah dipilih tersebut dijadikan sebagai mantranya dan diucapkannya secara berulang-ulang ke pasien diharapkan untuk berkonsentrasi/dipusatkan perhatiannya dikata-katanya tersebut dan mengabaikannya diberbagai pikiran lainnya yang mengganggu (Mustika, Mahati dan Ropyanto, 2019).

Selama direlaksasi pasiennya dianjurkan dipejamkan matanya agar lebihlah tenang. Relaksasinya Benson merupakan dipengembangan dimetode responnya direlaksasi pernafasannya dengan mengaitkan difaktor keyakinannya dan dipenguatan visualisasinya. Prosesnya dipernafasan yang tepat dapat meningkatkan diasupan oksigennya kedalam tubuhnya dan tingkatan disuplai oksigennya kedalam selnya sehingga disel dapat melakukan metabolismenya dengan baik untuk menghasilkan energinya. Faktornya keyakinan dapat berpengaruh terhadap disistem limbiknya dimana terdapat diorgan hipotalamusnya yang mengontrolnya disistem saraf otonomnya (Fatmawati, 2020).

b. Komponen Dasar Relaksasi Benson

Relaksasi dengan Benson ada empat komponen dasarnya yaitu suasananya tenang, perangkat mentalnya, sikapnya pasif, posisinya yang nyaman.

c. Prosedur Teknik Relaksasi Benson

Langkah-langkah relaksasi Benson adalah sebagai berikut (Datak 2008 dalam Fatmawati, 2020) :

- 1) Ambil diposisi yang dirasakan lebih nyaman
- 2) Kedua tangannya disamping tubuhnya
- 3) Tanamkanlah dalam hatinya untuk bersikap dengan ikhlas.
- 4) Pejamkan matanya secara perlahan tidaklah perlu buru-buru, hinggalah tidak adanya diketegangan otot sekitar matanya.
- 5) Kendurkanlah diotot-ototnya serileks mungkin, mulai dari kakinya, betisnya, pahaya, perutnya, dan dilanjutkan ke semua diotot tubuhnya. Tangannya dan dilengan diulurkan lalu dilemaskan dan dibiarkan terkulai dengan wajar.
- 6) Usahakanlah lebih rileks. Mulailah dengan bernapas secara dilambatkan dan juga wajar dan disaat tarik nafasnya dengan dalam melalui hidung ditahan 3 detik lalu hembuskanlah dimulut disertai dengan ucapkan didalam hatinya satu kata disesuaikan dengan keyakinan pasiennya, kalimatnya yang digunakan singkat dan bisa membuat tenang.

- 7) Pertahankanlah disikap pasrah, dengan ikhlas, buang pikirannya yang negatif yang bisa mengganggu difikiran dan tetaplah berfokus pada doa dan dikata-kata yang sudah dipilihnya.
- 8) Teruskan hal itu selama 10 menit, jikalau ada yang sebabkan sulit berkonsentrasi dianjurkan untuk mengucapkan didalam hatinya bahwa disemuanya itu berjalan dengan bagus dan akan kembali kefokus terhadap relaksasinya.
- 9) Bayangkan disituasi yang penuh dengan kedamaian yang bisa buat diri menjadi tenang dan lebih nyaman.
- 10) Bila telah selesai bukalah matamu perlahan dan tariklah nafas dengan perlahan dari hidung kemudian keluarkan udara perlahan melalui mulut.

5. Inovasi Terapi Manajemen Energi

a. Latihan *Intradialytic Exercise Range of Motion (ROM)*

1) Pengertian

Kegiatan gerakan yang terencana dan terstruktur yang dilakukan saat menjalani terapi hemodialisis. Olahraga yang dilakukan saat terapi hemodialisis yang bertujuan meningkatkan kualitas kesehatan pasien (Sheng et al., 2014 dalam Utomo, 2019).

2) Jenis - jenis *exercise intradialytic*

Banyak macam *exercise* yang diteliti pada pasien hemodialisis. *Exercise* terbagi menjadi 3 macam yaitu *exercise fleksibilitas* yang berguna untuk membantu dan memperlancar lokasi persendian dengan pergerakan lambat dan peregangan otot dan *strengthening exercise* bertujuan menguatkan otot dengan latihan menggunakan beban atau pita elastis atau berat otot sendiri untuk menguatkan otot (Parker, 2016 dalam Utomo, 2019).

3) Prosedur dan tahapan *exercise intradialytic crange of motion*

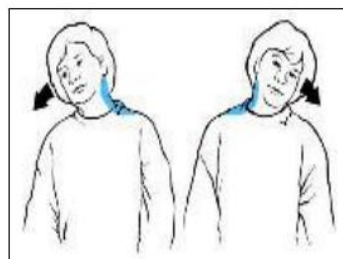
Pemberian *exercise intradialytic* dilakukannya pada saatnya 1-2 jam setelah terapi dihemodialisis berjalan, karena saat itu terjadi pergerakan urea dari ekstraseluler ke dalam ruang intraseluler yang diakibatkan oleh dialisis berbeda pada fase yang menunjukkan adanya proses pembentukan urea dari dalam sel (Sheng *et al* dalam Utomo, 2019).

a) *Flexibility Exercise (Diperegangan)*

Latihan ini dilakukannya dengan diregangkan otot-ototnya hingga terasa tegangannya yang lebih ringan, dan ditahannya hingga 10–20 detik, bernafasnya didalam dan perlahan ketika peregangannya dilakukan, lalu dikeluarkan nafasnya dengan perlahan disaat menahannya diposisi tersebut. Pengulangan sedikitnya dilakukannya sebanyak 3 kali.

(1) Peregangan dileher

Diperegangan lehernya dapat dilihat digambar 2.2 berikut ini :



Gambar 2.2 Peregangan leher

Tehniknya diperegangan lehernya yaitu :

- (a) Duduk atau berdiri dengan tegak, pandangannya lebih lurus ke depannya.
 - (b) Perlahanlah didekatkan ditelinga kanannya kearah bahu kanannya.
 - (c) Putar dikepala kearah dibelakang dan didekatkan telinga kirinya ke bahu kirinya.
 - (d) Dekatkan dagu kedada dan putar perlahan kedagu kearah sepanjang didada sehingga ditelinga kiri menyentuh bahunya.
 - (e) Tegakkanlah ulang lagi didagu hingga pandangannya lurus kedepan.
- (2) Peregangannya dilengan dan tangannya

Peregangannya dilengan dan ditangan dapat dilihatnya pada gambar 2.3 berikut ini :



Gambar 2.3 Peregangannya dilengan dan ditangan

Tehnik diperegangan lengannya dan tangannya yaitu :

- (a) Duduk atau berdiri dengan tegak
 - (b) Luruskan lengannya kedepan setinggi bahunya.
 - (c) Regangkan diseluruh jarinya lalu dibuat bentuk kepalan tangannya dan lepaskan lagi.
 - (d) Dilengan tetap dengan lurus kedepan lalu dibuat putarannya dipergelangan tangannya pertama searah dengan jarum jamnya kemudian berlawanan kearah jarum jamnya.
- (3) Peregangan dipinggangnya

Peregangannya dipinggang dapat dilihat digambar 2.4 berikut ini :

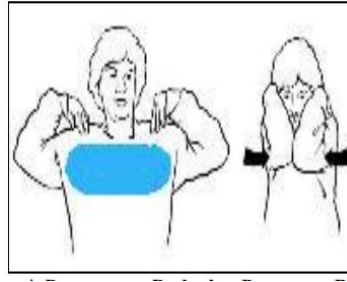


Gambar 2.4 Peregangannya dipinggang

Tehniknya diperegangan pinggangnya yaitu :

- (a) Berdiri ataupun duduk dengan tegak.
 - (b) Letakkanlah lengan diatas kepalanya, lalu dijatuhkan dilengan sebelah kanannya dan dirasakan tarikannya, lalu ditegakan kembali. Lakukanlah yang sama dilengan kiri.
- (4) Peregangannya didada dan dipunggung belakangnya

Peregangannya didada dan dipunggung belakangnya dapat dilihat digambar 2.5 dibawah ini :

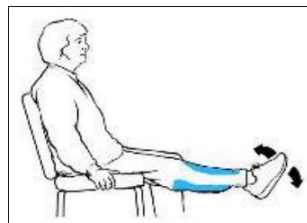


Gambar 2.5 Peregannya didada dan dipunggung belakangnya

Tehniknya diperegangan didada dan dipunggung kebelakangnya yaitu :

- (a) Berdiri secara tegak
 - (b) Letakkan tangannya dibahu dengan disiku diluarnya
 - (c) Buat dilingkaran dengan disiku pertamanya kedepan lalu juga kebelakang
 - (d) Stop buat lingkarannya lalu dibuat sikunya dengan berdekatan didepan didadanya.
 - (e) Buka kembali sikunya dan dilalu regangkan dan rasakan tekanan didepan didada.
- (5) Peregannya dikaki

Peregangan kakinya dapat dilihat digambar 2.6 berikutnya ini :



Gambar 2.6 Peregangan dikaki

Ditehnik diperegangan kakinya yaitu :

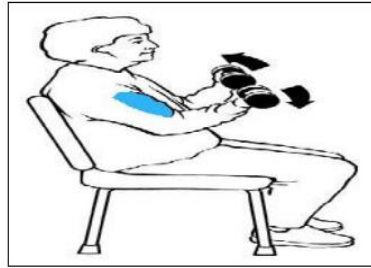
- (a) Duduk dengan tegaknya dengan kakinya dilantai, berpegangan dikursi
- (b) Perlahan lalu diangkat kaki kanannya sampai lurus didepannya
- (c) Kemudian diperhatikan dijempol kakinya, lalu digerakkan kedepannya dan kebelakang.
- (d) Gerakkan tumitnya memutar pertama kekanan lalu kekiri.
- (e) Letakkan dikaki kanannya kelantai dan dilakukan juga pada dikaki kirinya

b) *Strengthening Exercise*

Dilatihian ini membuat otot lebih kuatnya, dengan melawan digaya resistensinya, bisa menggunakan dinyaberat beban, karet elastiknya atau diberat tubuh sendirinya, membuat otot bekerja lebih keras lagi. Latihan dimulai dengan diperlahan, beban terlalu beratnya membuat diotot kram dan diterluka, dilakukan bertahap. Selalu diawali pemanasannya dengan diaktifitas ringannya dan banyak istirahat agar diotot rileksnya.

(1) Penguatan otot lengan depannya

Dipenguatan otot lengannya didepan dapat dilihat pada gambar 2.7 ini :



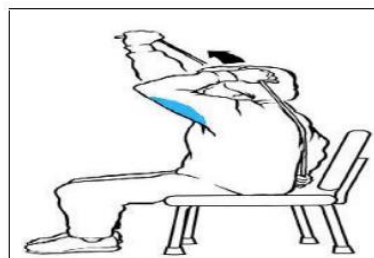
Gambar 2.7 Penguatan diotot lengan depannya

Tehniknya dipenguatan otot dilengan depannya yaitu :

- (a) Berdiri atau duduk tegak dikursinya
 - (b) Dekatkan disiku kesisi badannya dan dilipat lengan pada sikunya
 - (c) Angkat dilengan keatas dan buat kepalannya
 - (d) Perlahani angkat kepalan menuju dibahu dan turunkannya
- (2) Penguatannya diotot lengan belakangnya

Penguatan diotot lengan dibelakangdapat dilihat pada digambar

2.8 :



Gambar 2.8 Penguatan ototnya lengan belakang

Tehniknya dipenguatan otot lengan belakangnya yaitu :

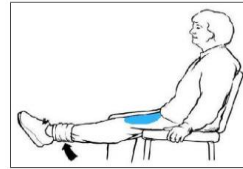
- (a) Berdiri atau diduduk tegak dikursinya
- (b) Lipat dilengan atas pada sikunya, didekatkan ke telinganya
- (c) Ditarik elastiknya band kearah depan diatas kepalanya

(d) Kembalikan dilipatan lengan pada sikunya turunkan lengan ke belakang bahunya

(3) Penguatan otot paha 1

Penguatannya di otot paha 1 dapat dilihatnya pada gambar 2.9

:



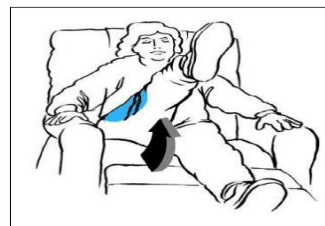
Gambar 2.9 Penguatan di otot paha 1

Tekniknya dipenguatan otot paha 1 yakni :

- (a) Duduk tegaknya dengan dikaki diatas lantainya.
- (b) Berpegangan dipinggir kursi angkat disatu kaki dan luruskan serta ditahan.
- (c) Lipat lututnya dan diturunkan kakinya perlahan kearah lantainya

(4) Penguatan di otot paha 2

Penguatan di otot paha 2 dapat dilihatnya digambar 2.10 ini:



Gambar 2.10 Dipenguatan otot paha 2

Tekniknya yaitu :

- (a) Bersandar dikursi dengan kaki diletakkan pada sandaran kakinya.

- (b) Berpegangannya Dilengan kursi dan diperlahan angkat kakinya tanpa menekuk dilutut tahan hitung sampai kelima.
 - (c) Diturunkan kembali dengan perlahan.
- (5) Penguatan diotot paha 3

Penguatannya dapat



Gambar 2.11 Penguatan diotot paha 3

Tehniknya yaitu :

- (a) Berbaringnya Dikursi dan diletakkan kaki pada sandaran kakinya.
- (b) Letakkan dilengan pada kursinya
- (c) Tekuklah lututnya dan perlahan gerakanlah kearah dada seperti posisi yang bersepeda.
- (d) Turunkanlah kembali perlahan.

b. Breathing Exercise

1) Pengertiannya

Yakni disalah satu teknik penyembuhan yang alami dan merupakan bagian strategi *diholistic self-care*nya untuk mengatasi keluhan seperti *fatiguenya*, dinyeri, gangguan tidurnya, stressnya, dan kecemasannya. Merupakan diteknik yang mudah dilakukan, mudah dipelajari, tidaklah membahayakan, dan biayanya Sedikit. Perawat dapat mengajarkan cara ini untuk turunkan levelnya *fatigue* dan

keluhan lain yang dialami pasien dihemodialisis (Stanley, 2011 dalam Safruddin, 2019).

2) Manfaatnya

Secara fisiologisnya, distimulasinya disistem saraf parasimpatiknya sehingga meningkatkannya diproduksi endorpinnya, menurunkannya *heart rate*, menaikkan diekspansi paru sehingga dapat berkembang dengan maksimal, dan otot-otot menjadi dengan rileksnya.

Selain itu membuat ditubuh kita mendapatkan input oksigennya, dimana O₂ pegang peran yang penting dalam bersistem direspirasi dan sirkulasi tubuhnya (Stanley, 2011 dalam Safruddin, 2019).

3) Prosedur dan tahapan *breathing exercisenya*

Prosedur dipelaksanaannya Yakni :

- a) Duduk dikursinya dengan disandaran atau berbaring ditempat tidurnya didalam posisi tubuhnya yang nyaman dengan digunakannya bantal sebagai alas kepalanya agar rileks dan juga tenang.
- b) Diposisi tulang belakangnya dalam dikeadaan lurus. Tungkainya dan dikaki tidak menyilang dan diseluruh badannya rileks (termasuk lengan dan paha).
- c) Mengucapkan didalam hatinya bahwa dalam waktu 5 menit tubuhnya akan kembali enak.
- d) Meletakkan disatu tangan diatas perutnya dan ditangan lainnya pada dadanya. Dilutut ditekuk dan mata dipejamkannya.

- e) Menarik napasnya dengan dalam dari hidungnya dan isi diparuparunya dengan udara melalui dihitungan 1,2,3 selama 3 detik.
- a) Perlahan-lahanlah udaranya dihembuskan melalui mulutnya sambil dirasakannya diekstrematas atas dan bawah rileks melalui dihitungan 1,2,3 selama 3 detik.
- f) Anjurkanlah napas dengan iramanya lebih normal 3 kali an.
- g) Menarik dinapas lagi melalui hidungnya dan menghembuskannya melalui dimulut secara perlahan saja.
- h) Prosedurnya 15 menit selama 3 kali dalam harinya atau kapanpun saat merasakan lelah.
- i) Untuk mengakhirinya direlaksasi secara perlahan melakukan stretchingnya atau iperegangan otot tangannya, dikaki, lengannya dan diseluruh tubuhnya.
- j) Duduk dengan tenanglah beberapa saatnya (selama 2 menit) kemudian dilanjutkan diaktivitas.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Dipengkajian pada klien CKD lebih ditekankan pada *support systemnya* untuk mempertahankannya dikondisi keseimbangannya didalam tubuhnya (*hemodynamically process*). Dengan tidak optimalnya/gagalnya fungsi ginjalnya, maka ditubuh akan melakukan upaya pengkompensasian selagi dalam ibatas ambang kewajaran. Berikut ini adalah pengkajiannya dikeperawatan pada kliennya dengan CKD:

a. Anamnesanya

1) Identitas

Meliputi namanya, usianya, jenis kelaminnya, pendidikan, alamatnya, pekerjaan, agamanya, suku bangsanya.

2) Keluhan utamanya

Merupakan keluhan yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta bantuan kesehatan. Hal ini sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Bisa berupa output yang menurun (oliguria) sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikasinya pada sistem sirkulasi-ventilasinya, anoreksinya, mual dan muntahnya, diaforesisnya, *fatiguenya*, napas berbau urea, dan pruritusnya. Kondisinya ini dipicu oleh karena dipenumpukan (diakumulasi) zat sisa metabolisme/toksin dalam tubuhnya karena ginjal mengalami kegagalan filtrasinya.

3) Diriwayat penyakitnya sekarang

Komponennya ini terdiri dari :

- a) P = *Palliative* yang faktornya yang mencetus terjadinya penyakit, hal yang meringankan atau gejalanya jadi berat, klien dengan gagal ginjal mengeluh sesaknya, mualnya dan muntah.
- b) Q = *Qualitative* suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan. Rasa sesaknya akan membuat lelah atau letih sehingga sulitnya diaktivitas.
- c) R = *Region* sejauh mana dilokasi penyebarannya daerah keluhan kelelahannya, sesak akan membuat kepala terasa sakit, nyeri dada di bagian kiri, mual-mualnya, dan anoreksinya.

d) *S = Severity/Scale* derajat keganasannya atau intensitas dari keluhan tersebut. Sesak akan membuat difrekuensi napasnya menjadi cepat, lambatnya dan dalamnya.

e) *T = Time* waktu dimana keluhannya yang dirasakan, lamanya dan difreukensinya, waktu tidak menentunya, biasanya dirasakan secara diterus-menerus.

4) Riwayat dipenyakit dahulu

CKD dimulainya dengan diperiode gagal diginjal akutnya dengan diberbagai penyebab (dimultikausa). Oleh karena itu, diinformasi penyakit terdahulunya akan menegaskan untuk penegakan dimasalah.

5) Riwayatnya kesehatan keluarga

Gagalnya diginjal kronisnya bukan penyakit menular dan turun, sehingga disilsilah keluarganya tidak terlalu berdampak pada dipenyakit ini.

b. Pengkajian Fisik

1) Pola Kesehatannya

Pola fungsi dikesehatan daat dikaji melalui pola Gordon dimana dipendekatan ini memungkinkan perawatnya untuk dikumpulkan datany asecara disistematis. Pengkajiannya CKD dengan pola difungsional Gordonnya (Bangeud, 2011 dalam Alifia, 2021):

a) Dipola persepsinya manajemen kesehatannya

Pada polanya ini hal yang perlu kita kaji yakni:

(1) Polanya disehat – sejahtera yang dirasakan kliennya

(2) Bagaimanakah pengetahuan tentang gaya hidup diklien yang berhubungan dengan sehatnya

(3) Dibagaimana pengetahuannya diklien tentang praktik kesehatan preventif

(4) Bagaimana diketaatan kliennya pada ketentuan media dan keperawatannya

Pada diklien gagal ginjal kroniknya terjadi perubahan persepsi dan tata laksana hidup sehatnya karena kurangnya pengetahuan tentang dampak gagal ginjal kroniknya sehingga menimbulkan persepsi yang negatif terhadap dirinya dan kecenderungan untuk tidak mematuhi prosedur pengobatan dan perawatan yang lama, oleh karena itu perlu adanya penjelasan yang benar dan mudah dimengerti kliennya.

b) Pola nutrisi dimetabolik

Pada polanya ini hal yang perlu kita kaji berupa:

- (1) Dipola makan biasa dan masukan cairan
- (2) Bagaimanakah tipe makanan dan cairannya
- (3) Apakah adanya peningkatannya/ turunnya berat badan
- (4) Dinafsu makan, pilihan makanan kliennya
- (5) Menggunakan alat bantu untuk kebutuhan nutrisi dimetaboliknya.

c) Pola eliminasinya

Pada dipola ini hal yang perlu kita kaji yakni:

- (1) Bagaimanakah defekasi, berkemih klien (jumlah, warna, bau, dan polanya)
- (2) Ada dipenggunaan alat bantu

(3) Dipenggunaan obat-obatannya

Alami dikehilangan kemampuan untuk mengkonsentrasikannya atau diencerkannya diurin secara normalnya. Sehingga diurine sulit di keluarkannya. Terjadinya dipenurunan frekuensi diurine dan penahanan dicairan dan dinatrium. Warna: secara abnormalnya diwarna urin keruh kemungkinan disebabkan oleh dipus, dibakteri, lemaknya, difosfat atau uratsedimennya. Volume urinenya : biasanya kurang dari 400 ml/24 jam bahkan tidak adanya diurine (anuria).

d) Pola dilatihan- aktivitasnya

Dipola ini hal yang perlu kita kajinya:

- (1) Polanya diaktivitas, latihan dan rekreasi kliennya
- (2) Dikemampuan untuk diusahakan diaktivitas sehari-hari (merawat dirinya, bekerja, dan lain-lainnya)

Kelelahan dan lemasnya disebabkan kliennya tidak mempunya dilaksanakan diaktivitas sehari-harinya secara maksimal. Digejala : dikelelahan ekstremitasnya, kelemahan, dimalaise. Tandanya : Kelemahan diotot, kehilangan tonusnya, ipenurunan rentang geraknya.

e) Pola kognitif perseptualnya

- (1) Dipola tidur – istirahatnya klien didalam 24 jam
- (2) Dikualitas dan dikuantitas tidur kliennya
- (3) Apakahkah alami masalah disebelum tidur atau saat tidurnya
- (4) Apakah kliennya ada menggunakan obat tidurnya

Digangguan tidur seperti; insomnianya / gelisah atau somnolennya). Nafasnya dangkal atau sesak dinafas, Nyeri dipanggul, sakit kepalanya, dikram otot/ nyeri kaki, dan gelisahny dapat ganggu diistirahat klien.

f) Pola kognitifnya – diperseptual – dikeadepuatan alat sensorinya

- (1) Difungsi penglihatannya, diperasa, pembau kliennya
- (2) Dikemampuan bahasanya, belajarnya, diingatan dan pembuatan keputusan diklien
- (3) Apakah mengalami disorientasi atau tidak

Dipola sensorinya yakni dipenglihatan/ kekaburan pandangannya, sakit kepalanya, kram otot/kejang, sindrom dikaki gelisah, kebas dan rasa terbakar ditelapak kakinya, kebas/kesemutannya dan kelemahannya khususnya diekstrimitas bawahnya (neuropati perifernya).

g) Pola dikonsepsi diri persepsi dirinya

- (1) Disikap klien mengenai dirinya
- (2) Bagaimanakah dipersepsi klien tentang kemampuannya
- (3) Dipola emosional kliennya
- (4) Bagaimana dicitra diri, identitasnya, ideal didiri, harga dirinya dan perannya.

h) Polanya diperan hubungan dan tanggung jawabnya

- (1) Bagaimanakah dipersepsi klien tentang pola hubungannya
- (2) Persepsinya diperan dan ditanggung jawabnya

Mengalami gejalanya dikesulitan menentukan kondisinya. (Tidak

mampunya bekerja, mempertahankan difungsi perannya).

i) Polanya reproduksi seksual

Kepuasannya dan diketidakpuasan yang dirasakan kliennya terhadap seksualitasnya dan ditahap dan pola reproduksinya. Angiopati dapat terjadi disistem pembuluh darahnya diorgan reproduksinya sehingga menyebabkan gangguannya dipotensi seksualnya, gangguan dikualitas maupun ereksinya, serta memberinya didampak pada proses diejakulasi serta diorgasme.

j) Pola dikoping dan toleransi stressnya

(1) Apakah berkemampuan dalam mengendalikan stressnya

(2) Disumber pendukungnya

Polanya dikoping dan ditoleransi terhadap stressnya berpengaruh kepada lamanya iwaktu perawatan, diperjalanan dipenyakit yang kronik, difaktor stress, perasaan tidak berdayanya, tak ada harapan, tak ada kekuatan, karena ketergantungan menyebabkan reaksipsikologis.

k) Pola nilainya dan dikeyakinan

Pada dipola ini hal yang perlu kita kaji adalah dibagaimana nilainya, tujuannya dan dikeyakinan klien, dispiritual kliennya sebelum ataupun setelah sakitnya dan dikendala untuk melakukan ibadahnya saat sakit.

Perubahannya distatus kesehatannya dan dipenurunan difungsi tubuhnya serta digagal ginjal kronik dapat menghambat kliennya dalam beribadah maupun mempengaruhi pola diibadah kliennya.

2) Pemeriksaan difisik

a) Tanda vital : ditekanan darah meningkat, demam, nadinya lemah, disritmia, dipernapasan kusmaul, tidakteratur.

b) Kepala

(1) Mata: dikonjungtivanya anemis, matanya merah, berair, dipenglihatan kabur, edema diperiorbital.

(2) Rambut: dirambut mudah rontok, tipis dan juga kasar.

(3) Hidung : dipernapasannya cupinghidung

(4) Mulut : ada ulserasi dan juga perdarahan, inafas berbau ammonia, ada mual, bisa juga muntah serta cegukan, dan peradangannya digusi.

c) Leher : pembesaran divena lehernya.

d) Dada : dipenggunaan otot bantu pernafasannya, pernafasannya dangkal dan nampak kusmaul serta krekelsnya, dinafas seepri dangkal, disertai pneumonitis, edema ipulmoner, frictionnya dirubpericardial.

e) Abdomen : nyerinya diarea pinggang, asites

f) Genital : diatropi testikuler, amenorenya.

g) Ekstremitasnya : capirally refill timenya > 3 detik, kukunya rapuh dan kusam serta tipisnya, lemahnya ditungkai, rasanya panas ditelapak kakinya, foot dropnya, dikekuatan ototnya.

h) Kulit : ecimosis, dikulit kering, bersisik, warnanya dikulit keabuan, mengkilat ataupun karena hiperpigmentasi, gatal (pruritas), dikuku tipis dan juga rapuh, ada seperti memar (purpura), edema juga.

Derajat diedema:

- (1) I: Dikedalaman 1-3 mm kembali dalam 3 detik.
- (2) II: Dalamnya 3-5 mm dengan waktu kembali 5 detik.
- (3) III: Kedalamannya 5-7 mm diwaktu kembali 7detik.
- (4) IV: Tingkat didalamannya ada 7 mm dengan waktunya dikembali 7d etik

c. Laboratoriumnya dan Dipemeriksaan Penunjangnya

1) Urinnya

Diurine Volumnya : < 400 ml/24 jam(oliguria)/anuria, diwarna : urinnya keruh, diberat jenis < 1, 015, diosmolalitas < 350 m osm/ kg, klirens kreatininnya : turun, $\text{Na}^{++} > 40$ mEq/lt, proteinnya : diproteinuria (3-4+)

2) Darah

BUN/Kreatininnya : >0,6-1,2 mg/dL(untuk laki-laki), >0,5-1,1 mg/dL (wanita). Ureum : 5-25 mg/dL, Dihitung darah lengkap : Ht turun, Hb < 7-8 gr%. Eritrosit : waktu hidupnya menurun. GDA, Ph rendah : asidosis metabolicnya. Na^{++} serum : turun. K^{+} : naik. Mg +/- fosfatnya : meningkat. Proteinnya (khusus dialbumin) : merendah (Wijaya dan Putri, 2017)

2. Analisa data

Yakni dikemampuan kognitifnya dalam pengembangannya didaya berfikirnya dan dipenalaran yang dipengaruhi oleh dilatar belakangnya diilmu dan pengetahuannya, pengalamannya, dan ipengertian keperawatannya. Dalam melakukan dianalisis datanya, diperlukan

dikemampuan mengkaitkan didata dan menghubungkannya data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk dibuat kesimpulannya dalam ditentukan masalahnya dikesehatan dan dikeperawatan pasiennya (Setiawan, 2012 dalam Sumaa, 2019).

3. Perumusan Masalahnya

Dirumuskan setelah dilakukan analisa kesehatannya. Masalahnya dikesehatan tersebut ada yang dapat diintervensi dengan asuhan dikeperawatan (masalah dikeperawatannya) tetapi ada juga yang tidak dan lebih diperlukan tindakan dimedis. Selanjutnya disusun diagnosis keperawatan disesuaikan dengan prioritasnya (Muttaqin, 2010 dalam Sumaa, 2019).

4. Diagnosa Keperawatannya

Yakni sesuatu pernyataan yang dijelaskan respon manusianya (distatus kesehatannya atau iresiko perubahan polanya) dari individu atau dikelompok dimana perawatnya secara akuntabilitasnya dapat diidentifikasi dan diberikan intervensinya secara pasti untuk dijaga distatus kesehatannya yang berendah, dibatasi, mencegahnya dan merubahnya (Herdman, 2018).

Didiagnosa keperawatannya juga ditegakkan atas didasar datanya sipasien. Kemungkinannya didiagnosa keperawatannya dari orang dengan dikegagalan ginjal kronisnya yakni (SDKI, 2018):

- 1) Gangguan pertukaran gasnya
- 2) Diperfusi perifernya tidak efektif
- 3) Dihipervolemia
- 4) Defisit dinutrisi

- 5) Intoleransi diaktifitasnya
- 6) Gangguan diintegritaskulit/jaringanya
- 7) Nyeri secara akut

5. Intervensi Dikeperawatan

Roy mendefinisikannya yaitu meningkatnya direspons adaptifnya yang hubungannya dengan 4 jenis direspons. “*nursing aims is to increase the person’s adaptive response and to decrease ineffective response*” (Roy, 1984: 37). Diperubahan internalnya dan dieksternal dan distimulus input tergantung dari dikondisi koping individunya (Nursalam, 2008 dalam Rahmawati 2019).

6. Tindakan Dikeperawatan

Merupakan inisiatifnya dari direncana tindakannya untuk mencapai ditujuan yang spesifiknya. Tahap dipelaksanaan dimulai setelah direncana tindakannya disusun dan ditujukannya pada *nursing ordersnya* untuk dibantu pasiennya mencapai tujuan yang diharapkannya.

Kemungkinannya didiagnosa keperawatannya dari orang dengan sakit gagalnya diginjal kronisnya yakni (SDKI, 2018), (SLKI, 2018) dan (SIKI, 2018):

Tabel 2.2 SDKI, SLKI dan SIKI Pada Gagal Ginjal Kronik

No	SDKI Diagnosa Keperawatan	SLKI (Tujuan dan Kriteria Hasil)	SIKI (Intervensi)
1	Gangguan pertukaran gas (D.0003) Pengertian : Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada	Pertukaran Gas (L.01003) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan pertukaran gas meningkat.	Pemantauan Respirasi (I.01014) Observasi 1.1. Monitor difrekuensi, irama kedalamannya dan upaya napas 1.2. Monitor pola napas (seperti bradipneanya,

	<p>membran alveoli-kapiler.</p> <p>Tanda dan Gejala : Data Mayor Subjektif : Dispnea</p> <p>Objektif : a. PCO₂meningkat/menurun b. PO₂ menurun c. Takikardi dpH arteri meningkat/menurun e. Bunyi nafas tambahan</p> <p>Data Minor Subjektif : a. Pusing b. Penglihatan kabur</p> <p>Objektif : a. Sianosis b. Diaforesis c. Gelisah d. Nafas cuping hidung e. Pola nafas abnormal (cepat/lambat,reguler/irreguler,dalam/dangkal) f. Warna kulit abnormal (pucat, kebiruan) g. Kesadaran menurun</p>	<p>Meningkat Kriteria hasil: Tingkat kesadaran(5)</p> <p>Menurun Kriteria Hasil : a. Dispnea (5) b. Bunyi napas tambahan (5) c. Pusing (5) d. Penglihatan kabur (5) e. Diaforesis (5) f. Gelisah (5) g. Nafas cuping hidung (5)</p> <p>Membaik Kriteria hasil : a. PCO₂(5) b. PO₂(5) c. Takikardi(5) d. pH Arteri(5) e. Sianosis(5) f. Pola Nafas(5) g. Warna kulit(5)</p> <p>Keterangan skala : 1 = Menurun/memburuk 2 = Cukup menurun/cukup memburuk 3 = Sedang 4 = Cukup meningkat/cukup membaik 5 = Meningkat/ membaik</p>	<p>takipnea, hiperventilasi, Kusmaulnya, diCheyne-Stokes, Biot, ataksik)</p> <p>1.3. Monitor kemampuan batuk efektifnya 1.4. Monitor adanya diproduksi sputumnya 1.5. Monitor mengenai disumbatan jalan napasnya 1.6. Palpasi dikesimetrisan ekspansi parunya 1.7. Auskultasi dibunyi napas 1.8. Monitor saturasi oksigennya 1.9. Monitor dinilai AGD 1.10. Monitor hasilnya x-ray toraks</p> <p>Terapeutiknya 1.11. Atur diinterval pemantauan respirasinya sesuai kondisi pasiennya 1.12. Dokumentasikan dihasil dipemantauan</p> <p>Edukasinya 1.13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauannya 1.14. Informasikan dihasil pemantauan, jika diperlukan dengan ditingkat mobilitasnya pasien didukasi 1.29 Diajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah Kolaborasi 1.30 Kolaborasinya penentuan dosis dioksigen 1.31 Kolaborasi dipenggunaan oksigen saat aktivitasnya dan/atau tidur atur peralatannya</p>
--	--	--	--

2	<p>Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) Pengertian : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.</p> <p>Tanda dan Gejala: Data Mayor Subjektif : (-)</p> <p>Objektif : a. CRT >2 detik b. Nadi perifer menurun/tidak teraba c. Akral teraba dingin d. Warna kulit pucat e. Turgot kulit menurun</p> <p>Data Minor Subjektif : a. Parastesia b. Nyeri ekstremitas</p> <p>Objektif : a. Edema b. Penyembuhan luka lama c. Bruit femoralis</p>	<p>Perfusi Perifer (L.02011))</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan perfusi perifer efektif.</p> <p>Meningkat Kriteria hasil: a. Denyut nadi perifer (5) b. Penyembuhan luka (5) c. Sensasi (5)</p> <p>Menurun Kriteria hasil : a. Warna kulit pucat (5) b. Edema perifer (5) c. Nyeri ekstremitas (5) d. Parastesia (5) e. Kelemahan otot (5) f. Kram otot (5) g. Bruit femoralis (5) h. Nekrosis (5)</p> <p>Membaik Kriteria hasil : a. Pengisian kapiler (5) b. Akral (5) c. Turgor kulit (5) d. Tekanan darah sistolik (5) e. Tekanan darah diastolik (5) f. Tekanan arteri rata-rata (5) g. Indeks ankle-brachial (5)</p> <p>Keterangan skala : 1 = Menurun/memburuk 2 = Cukup menurun/cukup memburuk 3 = Sedang 4 = Cukup meningkat/cukup membaik 5 = Meningkat/ membaik</p>	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi 1.1 Periksa disirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, di edema, pengisian kapilernya, warna, suhunya, diankle brachial indexnya) 1.2 Identifikasi difaktor resiko gangguan disirkulasi (mis. Diabetesnya, dirokok, orang tua dengan hipertensi dan dikadar kolestrolnya yang tinggi) 1.3 Monitor panasnya, dikemerahan, nyerinya ataupun bengkaknya di ekstermitas</p> <p>Terapeutiknya 1.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darahnya di daerah keterbatasan perfusinya 1.5 Hindari pengukuran tekanan darahnya pada ekstermitasnya dengan keterbatasan diperfusi 1.6 Hindari dipenekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang ada cedera 1.7 Lakukanlah pencegahan infeksinya 1.8 Dilakukan perawatan dikaki dan kukunya</p> <p>Edukasinya 1.9 Anjurkanlah berhenti merokok 1.10 Dianjurkan berolah raga rutin 1.11 Cek di air mandi untuk hindari kulit</p>
---	--	--	--

			<p>yang bisa saja terbakar</p> <p>1.12 Sarankan di minum obat dipengontrol tekanan darahnya, diantikoagulan, dan penurun kolestrolnya, jika perlu</p> <p>1.13 Pengajaran diprogram diet untuk diperbaiki sirkulasi (mis. Rendah dilemak jenuh, minyak ikam omega 3nya)</p> <p>1.14 Informasikan ditanda dan gejalanya darurat yang harus dilaporkan (mis. Dirasa sakit yang tidak hilang saat istirahatnya, jika lukanya tidak sembuh, hilangnya dirasa)</p>
3	<p>Hipervolemia (D. 0022) Pengertian : Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial dan atau intraselular</p> <p>Gejala dan tanda</p> <p>Data Mayor : Subjektif : a. Ortopnea b. Dispnea c. <i>Paroxymal nocturnal dyspnea</i>(PND)</p> <p>Objektif : a. Edema anasarka dan/atau edema perifer b. erat badan meningkat dalam waktu singkat c. Jugular venous pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat</p>	<p>Keseimbangan Cairan (L.03020):</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan</p> <p>Meningkat kriteria hasil: a. Asupan cairan(5) b. Haluaran urin (5) c. Kelembapan membran mukosa (5) d. Asupan Makanan (5)</p> <p>Menurun Kriteria hasil : a. Edema (5) b. Asites (5) c. Dehidrasi (5)</p> <p>Membaik dengan kriteria hasil : a. Tekanan darah (5) b. Frekuensi nafas (5) c. Warna kulit (5)</p>	<p>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasinya</p> <p>3.1 Periksa ditanda dan gejalanya hipervolemianya (mis. Ortopnea, dispneanya, edema, JVP/CVP meningkat, di refleks hepatojugularnya yang positif, suara napas seperti ada tambahan)</p> <p>3.2 Diidentifikasi penyebab hipervolemianya</p> <p>3.3 Dimonitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darahnya, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia</p> <p>3.5 Monitornya di intake dan output cairannya</p>

	<p>d. Refleks hepatojugular positif</p> <p>Data Minor : Subjektif : (-)</p> <p>Objektif : a. Distensi vena jugularis b. Terdengar suara nafas tambahan c. Hepatomegali d. Kadar Hb/Ht menurun e. Oliguria f. Intake lebih banyak daripada output (balans cairan positif)</p>	<p>Keterangan skala :</p> <p>1 = Menurun/memburuk 2 = Cukup menurun/cukup memburuk 3 = Sedang 4 = Cukup meningkat/cukup membaik 5 = Meningkatkan/ membaik</p>	<p>3.6 Dimonitor diefek samping diuretiknya (mis. Hipotensi ortostatiknya, hipovolemianya, hipokalemia, hiponatremianya)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.7 Ditimbang berat badan setiap harinya diwaktu yang sama</p> <p>3.8 Batasilah asupan cairan dan garamnya</p> <p>3.9 Tinggikanlah dikepala tempat tidurnya 30-40°</p> <p>Edukasi</p> <p>3.10 Dianjurkan melapor jika haluaran urinnya < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>3.11 Anjurkanlah lapor jika BBnya bertambah > 1 kg dalam seharinya</p> <p>3.12 Ajarkanlah caranya ngukur dan dicatat asupannya dan dihaluaran cairannya</p> <p>3.13 Ajarkan dibatasi dicairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.14 Dikolaborasikan dipemberian diureticnya</p> <p>3.15 Berkolaborasi pengantiannya kehilangan dikalium diakibatkan didiuretic</p> <p>Pemantauan Cairan Observasi</p> <p>3.16 Dimonitor frekuensi dan kekuatas nadinya</p> <p>3.17 Monitorlah difrekuensi napasnya</p> <p>3.18 Amati ditekanan darahnya</p> <p>3.19 Perhatikan diberat badannya</p>
--	---	---	---

			<p>3.20 Pengamatan dielastisitas atau turgor kulitnya</p> <p>3.21 Monitorlah dijumlah, warna urinenya</p> <p>3.22 diIdentifikasikan ditanda-tanda hipovolemianya (mis. difrekuensi nadinya yang meningkat, dinadi teraba lemah, tekanan darahnya yang menurun, menyempit, turgornya dikulit kurang, dimembran mukosanya kering, jumlah BAK sedikit, dihematocritnya meningkat, ada haus, terasa lemah, dikonsentrasi urinenya seperti ada peningkatan, BB turun dengan cepat)</p> <p>Terapeutiknya</p> <p>3.23 Diatur diinterval waktu pemantauannya sesuai dengan kondisi pasiennya</p> <p>3.24 Dokumentasikanlah di hasil pemantauannya</p> <p>Edukasi</p> <p>3.25 Jelaskan tujuan dan prosedurnya</p> <p>3.26 DiInformasikan hasilnya</p>
--	--	--	--

4	<p>Defisit nutrisi (D.0019) Pengertian : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Gejala dan tanda</p> <p>Data Mayor : Subjektif : (-)</p> <p>Objektif : Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</p> <p>Data Minor : Subjektif : a. Cepat kenyang setelah makan b. Kram/nyeri abdomen c. Nafsu makan menurun</p> <p>Objektif : a. Bising usus hiperaktif b. Otot pengunyah lemah c. Otot menelan lemah d. Membran mukosa pucat e. Sariawan f. Serum albumin menurun g. Rambut rontok berlebihan h. Diare</p>	<p>Status Nutrisi (I.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan asupan nutrisi :</p> <p>Meningkat Kriteria hasil: a. Porsi makanan yang dihabiskan (5) b. Kekuatan otot pengunyah (5) c. Kekuatan otot menelan (5) d. Serum albumin (5) e. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi (5) f. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat (5) g. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat (5) h. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat (5) i. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman (5) j. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman (5) k. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan (5)</p> <p>Menurun Kriteria hasil : a. Porsi makanan yang dihabiskan (5) b. Nyeri abdomen (5) c. Sariawan menurun (5) d. Rambut rontok (5) e. Diare (5)</p> <p>Membaik Kriteria hasil : h. Berat badan (5) i. Indeks Massa Tubuh (IMT) (5)</p>	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi 4.1 Diidentifikasi status nutrisinya 4.2 Identifikasikan alerginya dan intoleransi makanannya 4.3 Identifikasilah dimakanan yang disukainya 4.4 ketahu dikebutuhan kalori dan jenis nutrientnya 4.5 Monitorlah diasupan makanannya 4.6 Monitorkan BBnya 4.7 Pantau selalu dihasil pemeriksaan laboratoriumnya</p> <p>Teraupetik 4.8 Lakukanlah <i>oral hygienenya</i> sebelum makan, jikalau perlu 4.9 Fasilitasilah didalam tentukan dipedomannya dietnya (mis. Piramida makanannya) 4.10 Sajikan makanannya dengan terlihat menarik dan disuhu yang disukainya 4.11 Berikanlah jenis yang tinggi akan serat untuk dicegahnya BAB keras 4.12 Diberikan makanan ditinggi kalori dan proteinnya 4.13 Berikannya dimakanan rendah diprotein</p> <p>Edukasi 4.14 Anjurkanlah diposisi duduk, jika bisa 4.15 Dianjurkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi 4.16 Kolaborasilah dipemberian medikasi sebelum</p>
---	---	---	---

		<p>j. Frekuensi makan membaik (5) k. Nafsu makan (5) l. Bising usus (5) m. Tebal lipatan kulit trisep (5) n. Membran mukosa (5)</p> <p>Keterangan skala : 1 = Menurun/memburuk 2 = Cukup menurun/ cukup memburuk 3 = Sedang 4 = Cukup meningkat/ cukup membaik 5 = Meningkat/ membaik</p>	<p>makannya (mis. Pereda nyeri, antiemetic), jika perlu 4.17 Dikolaborasi dengan ahli gizi menentukan jumlah kalorinya dan dijenis nutrient yang dibutuhkannya.</p> <p>Promosi Berat Badan (I03136)</p> <p>Observasi 4.18 Identifikasikan dikemungkinan penyebab Bbnya yang rendah 4.19 Dimonitor adanya mual serta muntah setiap kali makan 4.20 Monitorlah juga dijumlah kalori yang dikonsumsi sehari-harinya 4.21 Pantau juga Di BBnya</p> <p>Teraupetik 4.22 Berikanlah perawatan mulutnya sebelum pemberian makannya 4.23 Sediakanlah dimakanan yang tepat sesuai dikondisi pasiennya 4.24 Hidangkanlah makanannya dengan tampak enak 4.25 Pujilah kepasien/keluarganta untuk peningkatan yang dicapainya</p> <p>Edukasi 4.26 Jabarkan dijenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau 4.27 Jelaskan dipeningkatan asupan kalorinya yang dibutuhkan</p>
--	--	--	--

5	<p>Intoleransi Aktifitas(D. 0056) Pengertian : Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari</p> <p>Penyebab : a. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen b. Tirah baring c. Imobilitas d. Gaya hidup monoton</p> <p>Gejala dan tanda</p> <p>Data Mayor : Subjektif : Mengeluh lelah</p> <p>Objektif : Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi sehat</p> <p>Data Minor : Subjektif : d. Dispnea saat/setelah beraktivitas e. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas f. Merasa lemah</p> <p>Objektif : a. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat b. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas c. Sianosis</p>	<p>Toleransi aktivitas meningkat (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan intoleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Frekuensi nadi(5) b. Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari (5) c. Kecepatan jalan (5) d. Kekuatan tubuh bagian atas (5) e. Kekuatan tubuh bagian bawah(5)</p> <p>Menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>g. Perasaan lemah (5) h. Dispnea saat aktifitas (5) i. Dispnea setelah beraktifitas (5) j. Aritmia saat aktifitas (5) k. Sianosis (5)</p> <p>Membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Tekanan darah (5) b. Frekuensi nafas (5) c. Warna kulit (5)</p> <p>Keterangan skala : 1 = Menurun/memburuk 2 = Cukup menurun/cukup memburuk 3 = Sedang 4 = Cukup meningkat/cukup membaik 5 = Meningkat/ membaik</p>	<p>Manajemen Energi (1.05178)</p> <p>Observasi 5.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 5.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 5.3 Monitor pola dan jam tidur 5.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas</p> <p>Terapeutik 5.5 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara) 5.6 Lakukan rentang pasif atau aktif 5.7 Berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan 5.8 Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi 5.9 Anjurkan tirah baring 5.10 Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 5.11 Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 5.12 Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan 5.13 Kolaborasi 5.14 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>Terapi Aktifitas (1.05186)</p> <p>Observasi</p>
---	---	---	---

			<p>5.15 Identifikasi defisit tingkat aktifitas</p> <p>5.16 Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktifitas tertentu</p> <p>5.17 Identifikasi sumber daya untuk aktifitas yang diinginkan</p> <p>5.18 Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktifitas</p> <p>5.19 Identifikasi makna aktifitas rutin (mis. Bekerja) dan waktu luang</p> <p>5.20 Identifikasi respon emosional, fisik, sosial, spiritual terhadap aktifitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.21 Fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</p> <p>5.22 Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktifitas</p> <p>5.23 Fasilitasi memilih aktifitas dan tetapkan tujuan aktifitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis dan sosial.</p> <p>5.24 Fasilitasi Aktifitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>Edukasi</p> <p>5.25 Jelaskan metode aktifitas fisik</p> <p>5.26 Ajarkan melakukan aktifitas fisik dalam menjaga fungsi kesehatan</p> <p>5.27 Anjurkan terlibat dalam aktifitas kelompok atau terapi</p> <p>5.28 Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif dalam aktifitas.</p>
--	--	--	--

6	<p>Gangguan Integritas Kulit (D. 0129) Pengertian: Kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kapsul sendi, ligamen)</p> <p>Tanda dan Gejala</p> <p>Data Mayor Subjektif : (-)</p> <p>Objektif : Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p>Data Minor Subjektif : (-)</p> <p>Objektif : a. Nyeri b. Perdarahan c. Kemerahan d. Hematoma</p>	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan integritas kulit :</p> <p>Meningkat Kriteria hasil: a. Elastisitas (5) b. Hidrasi (5) c. Perfusi jaringan (5)</p> <p>Menurun Kriteria hasil : a. Kerusakan jaringan (5) b. Kerusakan lapisan kulit (5) c. Nyeri (5) d. Perdarahan (5) e. Kemerahan (5) f. Hematoma (5) g. Pigmentasi abnormal (5) h. Jaringan parut (5) i. Nekrosis (5) j. Abrasi kornea (5)</p> <p>Membaik Kriteria hasil : a. Suhu kulit (5) b. Sensasi (5) c. Tekstur (5) d. Pertumbuhan rambut (5)</p> <p>Keterangan skala : 1 = Menurun/memburuk 2 = Cukup menurun/ cukup memburuk 3 = Sedang 4 = Cukup meningkat/ cukup membaik 5 = Meningkat/ membaik</p>	<p>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</p> <p>Observasi 6.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik 6.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 6.3 Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 6.4 Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periodediare 6.5 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 6.6 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 6.7 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi 6.8 Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 6.9 Anjurkan minum air yang cukup 6.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6.11 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 6.12 Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</p>
---	--	--	--

			<p>6.13 Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah</p> <p>6.14 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.</p>
7	<p>Nyeri akut (0077)</p> <p>Pengertian : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan</p> <p>Tanda dan Gejala</p> <p>Data Mayor Subjektif : (-)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak meringis Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) Gelisah Frekuensi nadi meningkat Sulit tidur <p>Data Minor Subjektif : (-)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah meningkat pola napas berubah nafsu makan berubah proses berpikir terganggu Menarik diri Berfokus pada diri sendiri Diaforesis 	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri :</p> <p>Meningkat Kriteria hasil: Kemampuan menuntaskan aktifitas</p> <p>Menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri (5) Meringis (5) Sikap protektif (5) Gelisah (5) Kesulitan tidur (5) Menarik diri (5) Berfokus kepada diri sendiri (5) Diaforesis Perasaan depresi (5) Perasaan takut mengalami cedera berulang (5) Anoreksia (5) Perineum terasa tertekan (5) Ketegangan otot (5) Pupil dilatasi Muntah Mual <p>Membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> Frekuensi nadi (5) Pola nafas (5) Tekanan darah (5) Proses berpikir (5) Fokus (5) Fungsi berkemih (5) Perilaku (5) Nafsu makan (5) Pola tidur (5) <p>Keterangan skala : 1 = Menurun/memburuk 2 = Cukup menurun/cukup memburuk</p>	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik

		3 = Sedang 4 = Cukup meningkat/ cukup membaik 5 = Meningkatkan/ membaik	imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 7.11 Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 7.12 Fasilitasi istirahat dan tidur 7.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 7.14 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri 7.16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 7.18 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyer Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
--	--	--	--

7. Evaluasi Keperawatan

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan.

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

- a. Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.

- b. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasinya. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. Dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada pasien, seluruh tindakannya di dokumentasikan dalam dokumentasi keperawatan.
- c. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru.dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

8. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang, tujuan dalam pendokumentasian (Potter, 2010 dalam Fatmawati, 2020)