# ANALISIS PRAKTIK SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN SISTEM PERKEMIHAN DENGAN KASUS UTAMA NEFROLITIASIS DEXTRA MENGGUNAKAN PENERAPAN MODEL ADAPTASI ROY

**KARYA ILMIAH AKHIR SPESIALIS**

**AGUS SUSILAWATI**

**24090500002**

**PROGRAM STUDI SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**

**2026**

# ANALISIS PRAKTIK SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN SISTEM PERKEMIHAN DENGAN KASUS UTAMA NEFROLITIASIS DEXTRA MENGGUNAKAN PENERAPAN MODEL ADAPTASI ROY

**Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Spesialis Keperawatan Medikal Bedah**

**AGUS SUSILAWATI**

**24090500002**

**PROGRAM STUDI SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**

**2026**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Analisis Praktik Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Sistem Perkemihan Dengan Kasus Utama Nefrolitiasis Dextra Menggunakan Penerapan Model Adaptasi Roy"

Jakarta, 18 Februari 2026

Menyetujui,
Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Spesialis

(Ns. Rizki Nugraha Agung, M.Kep., Sp.Kep.MB)

**Mengetahui,**
Ketua Program Studi Prodi Spesialis Keperawatan Medikal Bedah

(Ns. Rizki Nugraha Agung, M.Kep., Sp.Kep.MB)

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh

| | | |
|---|---|---|
| Nama | : | Agus Susilawati |
| NIM | : | 24090500002 |
| Program Studi | : | Spesialis Keperawatan Medikal Bedah |
| Judul KIA | : | Analisis Praktik Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Sistem Perkemihan Dengan Kasus Utama Nefrolitiasis Dextra Menggunakan Penerapan Model Adaptasi Roy |

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan di terima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Spesialis Keperawatan Medikal Bedah pada Program Studi Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.**

### DEWAN PENGUJI

| | | | |
|---|---|---|---|
| PENGUJI I | : | Ns. Rizki Nugraha Agung, M.Kep., Sp.Kep.MB | (.....) |
| PENGUJI II | : | Ns. Wati Jumaiyah, M.Kep., Sp.KMB | (.....) |
| PENGUJI III | : | Ns. Bahreni Yusuf, M.Kep., Sp.Kep.MB | (.....) |
| PENGUJI IV | : | Ns. Megawati, M.Kep., Sp.Kep.MB | (.....) |

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 19 Februari 2026

| | | |
|---|---|---|
| Nama | : | Agus Susilawati |
| Program Studi | : | Spesialis Keperawatan Medikal Bedah |
| Judul | : | Analisis Praktik Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Sistem Perkemihan Dengan Kasus Utama Nefrolitiasis Dextra Menggunakan Penerapan Model Adaptasi Roy |

## ABSTRAK

Nefrolitiasis merupakan salah satu masalah kesehatan di dunia. Nefrolitiasis menjadi faktor resiko obtruktif yang dapat menyebabkan CKD. Pasien CKD memerlukan terapi pengganti ginjal seperti hemodialisis yang berlangsung sepanjang hidupnya sehingga dapat menimbulkan gangguan psikologis seperti kecemasan. Salah satu terapi non-farmakologis untuk mengatasi kecemasan yaitu menggunakan aromaterapi lavender. Tujuan penulisan ini untuk menganalisa penerapan model teori adaptasi roy dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan nefrolitiasis dextra yang berfokus pada bagaimana pasien mampu beradaptasi terhadap perubahan fisiologis dan psikososial. Jenis studi kasus ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien nefrolitiasis dextra menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Penerapan aromaterapi lavender menunjukkan hasil yang signifikan dalam mengurangi tingkat kecemasan pada pasien hemodialisis. Terapi ini sejalan dengan prinsip-prinsip keperawatan berbasis bukti, dapat meningkatkan kualitas psikologis pasien melalui intervensi yang terbukti secara ilmiah.

***Kata kunci : Aromaterapi Lavender, Hemodialisis, Kecemasan, Nefrolitiasis.***

| | | |
|---|---|---|
| Name | : | Agus Susilawati |
| Academic Program | : | Medical Surgical Nursing Specialist |
| Title | : | Analysis of Medical Surgical Nursing Specialists Practices in Managing Urinary Tract Patients with a Primary Diagnosis of Right Sided Nephrolithiasis Using the Roy Adaptation Model |


## *ABSTRACT*

*Nephrolithiasis is a global health issue. Nephrolithiasis is an obstructive risk factor that can lead to chronic kidney disease (CKD). CKD patients require lifelong renal replacement therapy, such as hemodialysis, which can lead to psychological distress, such as anxiety. One non-pharmacological therapy for managing anxiety is the use of lavender aromatherapy. The purpose of this study is to analyze the application of Roy's Adaptation Theory model in nursing care for patients with right-sided nephrolithiasis, focusing on how patients are able to adapt to physiological and psychosocial changes. This is a descriptive-analytical case study designed to explore nursing care issues in patients with right-sided nephrolithiasis using a nursing care process approach that includes assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. The application of lavender aromatherapy demonstrated significant results in reducing anxiety levels in hemodialysis patients. This therapy aligns with the principles of evidence-based nursing and can improve patients' psychological well-being through scientifically proven interventions.*



***Keywords: Lavender Aromatherapy, Hemodialysis, Anxiety, Nephrolithiasis.***

# KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil ‘alamin. Segala puji bagi Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Spesialis ini dengan judul “Analisis Praktik Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Sistem Perkemihan Dengan Kasus Utama Nefrolitiasis Dextra Menggunakan Penerapan Model Adaptasi Roy”. Penulisan karya ilmiah akhir spesialis ini dilatar belakangi oleh pentingnya pemahaman mengenai nefrolitiasis dextra yang dapat menimbulkan gangguan pada sistem perkemihan. Kasus ini dipilih karena angka kejadiannya yang cukup tinggi serta dampaknya yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien, sehingga diperlukan penatalaksanaan yang tepat dan komprehensif, khususnya dalam asuhan keperawatan.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir spesialis ini, penulis mendapatkan banyak sekali arahan, bantuan dan ilmu baru dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Yani Sofiani, M. Kep., Sp. Kep. MB sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
2. Ns. Rizki Nugraha Agung, M. Kep., Sp. Kep. MB sebagai Ketua Program Studi Spesialis Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta sekaligus dosen pembimbing yang penuh dedikasi memberikan arahan, masukan, serta motivasi kepada penulis selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ini.
3. Ns. Wati Jumaiyah, M. Kep., Sp. Kep. MB sebagai penguji akademik yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan saran, kritik, serta evaluasi yang membangun demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.
4. Ns. Megawati, M. Kep., Sp. Kep. MB sebagai penguji kolegium yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan saran, kritik, serta evaluasi yang membangun demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.
5. Ns. Bahreni Yusuf, M. Kep., Sp. Kep. MB sebagai penguji lahan yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan saran, kritik, serta evaluasi yang membangun demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak Mayjen TNI dr. Ichsan Firdaus, Sp. KJ., M. M. R. S., CFrA sebagai Kepala RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan ijin dan kesempatan untuk menimba ilmu.

7. Seluruh dosen dan staf Program Studi Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta yang telah memberikan bimbingan, arahan, pelayanan, serta dukungan selama proses pendidikan. Segala ilmu, bantuan, dan perhatian yang diberikan sangat berarti bagi penulis dalam menyelesaikan studi ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir spesialis belum sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan karya ilmiah akhir spesialis ini. Akhir kata penulis berharap semoga karya ilmiah akhir spesialis ini dapat memberikan kontribusi ilmu keperawatan bagi sejawat, bagi profesi kesehatan, dan bagi pasien serta keluarga.

Jakarta, Maret 2026



Agus Susilawati

# PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

| | | |
|---|---|---|
| Saya yang bertanda tangan dibawah ini | : | |
| Nama | : | Agus Susilawati |
| NIM | : | 24090500002 |

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Muhammadiyah Jakarta kepada saya.

Jakarta, 19 April 2026




Agus Susilawati

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir ini adalah karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

| | | |
|---|---|---|
| Nama | : | Agus Susilawati |
| NIM | : | 24090500002 |
| Tanda Tangan | : |  |
| Tanggal | : | 19 April 2026 |

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademika Fakultas Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Jakarta, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

| | | |
|---|---|---|
| Nama | : | Agus Susilawati |
| NIM | : | 24090500002 |

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Jakarta **Hak Bebas Oremalti Nonekslusif** ***(Non-Exslusive Oremalti- Free Right)*** atas karya ilmiah saya yang berjudul "Analisis Praktik Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Sistem Perkemihan Dengan Kasus Utama Nefrolitiasis Dextra Menggunakan Penerapan Model Adaptasi Roy". Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas oremalti nonekslusif ini Universitas Muhammadiyah Jakarta berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pengakalan data dasar *(database)*, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 19 April 2026

Yang menyatakan,




Agus Susilawati

## DAFTAR ISI

**HALAMAN JUDUL** ..... **i**
**LEMBAR PERSETUJUAN** ..... **ii**
**HALAMAN PENGESAHAN** ..... **iii**
**ABSTRAK** ..... **iv**
**ABSTRACT** ..... **v**
**KATA PENGANTAR** ..... **vi**
**HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME** ..... **viii**
**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS** ..... **ix**
**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI** ..... **x**
**DAFTAR ISI** ..... **xi**
**DAFTAR TABEL** ..... **xiv**
**DAFTAR DIAGRAM** ..... **xv**
**DAFTAR GAMBAR** ..... **xvi**
**DAFTAR ISTILAH** ..... **xvii**
**BAB I : PENDAHULUAN** ..... **1**
1.1. Latar Belakang ..... 1
1.2. Tujuan Penulisan ..... 5
1.2.1. Tujuan Umum ..... 5
1.2.2. Tujuan Khusus ..... 5
**BAB II : APLIKASI TEORI KEPERAWATAN PADA ASKEP** ..... **6**
2.1. Tinjauan Pustaka ..... 6
2.1.1. Anatomi fisiologis sistem perkemihan ..... 6
2.1.1.1. Anatomi sistem perkemihan ..... 6
2.1.1.2. Fisiologis sistem perkemihan ..... 7
2.1.2. Konsep Dasar Penyakit Nefrolitiasis ..... 9
2.1.2.1. Definisi ..... 9
2.1.2.2. Klasifikasi ..... 9
2.1.2.3. Etiologi ..... 10
2.1.2.4. Manifestasi klinis ..... 12
2.1.2.5. Patofisiologi ..... 13
2.1.2.6. Penatalaksanaan ..... 15
2.1.2.7. Pemeriksaan penunjang ..... 21
2.1.2.8. Komplikasi ..... 23
2.2. Peran Perawat ..... 25
2.2.1. Pemberi asuhan ..... 26
2.2.2. Pendidik ..... 26
2.3. Konsep Teori Adaptasi Roy ..... 26

2.3.1. Teori adaptasi roy ..... 26
2.3.1.1. Manusia ..... 27
2.3.1.2. Adaptasi ..... 27
2.3.1.3. Keperawatan ..... 27
2.3.1.4. Kesehatan ..... 28
2.3.1.5. Lingkungan ..... 28
2.3.2. Konsep adaptasi roy ..... 27
2.3.3. Sistem adaptasi roy ..... 28
2.3.3.1. Input ..... 29
2.3.3.2. Proses ..... 30
2.3.3.3. Efektor ..... 31
2.3.3.4. Output ..... 35
2.3.4. Proses keperawatan berdasarkan teori roy ..... 36
2.3.4.1. Pengkajian ..... 36
2.3.4.2. Diagnosa ..... 36
2.3.4.3. Intervensi ..... 37
2.3.4.4. Evaluasi ..... 38
2.4. Laporan Dan Analisis Kasus Kelolaan ..... 38
2.4.1. Gambaran kasus kronis ..... 38
2.4.2. Pengkajian dasar ..... 39
2.4.2.1. Keluhan utama ..... 39
2.4.2.2. Keluhan pada saat pengkajian ..... 41
2.4.2.3. Riwayat kesehatan dahulu ..... 42
2.4.2.4. Riwayat kesehatan keluarga ..... 44
2.4.3. Penerapan model adaptasi ..... 44
2.4.3.1. Model fisiologis ..... 44
2.4.3.2. Konsep diri ..... 53
2.4.3.3. Fungsi peran ..... 56
2.4.3.4. Interdependensi ..... 57
2.5. Nilai AIK ..... 88

**BAB III : PEMBAHASAN PENERAPAN KONSEP KEPERAWATAN ..... 91**

3.1. Hasil ..... 91
3.1.1. Karakteristik kasus KMB berdasarkan usia ..... 92
3.1.2. Karakteristik kasus KMB berdasarkan jenis kelamin ..... 93
3.1.3. Karakteristik kasus KMB berdasarkan tingkat pendidikan ..... 94
3.1.4. Karakteristik kasus KMB berdasarkan komorbid ..... 95
3.1.5. Karakteristik kasus KMB berdasarkan diagnosa medis ..... 96
3.1.6. Karakteristik kasus KMB berdasarkan diagnosa keperawatan ..... 98

**BAB IV : IMPLEMENTASI EBNP ..... 108**

4.1. Latar Belakang ..... 108
4.2. Metodelogi ..... 111
4.2.1. Pencarian evidence ..... 111
4.2.2. Pengkajian kualitas sumber artikel ..... 112
4.2.3. Critical appraisal ..... 114
4.2.4. Populasi dan sampel ..... 115
4.2.5. Tempat dan waktu ..... 116
4.2.6. Proses pelaksanaan ..... 117
4.2.6.1. Tahap persiapan ..... 117

4.2.6.2. Tahap pre intervensi ..... 117
4.2.6.3. Tahap pelaksanaan..... 119
4.2.6.4. Tahap evaluasi ..... 120
4.3. Hasil Implementasi ..... 120
4.4. Pembahasan ..... 124
4.5. Pandangan Islam Terhadap Intervensi Aromaterapi Lavender ..... 130
4.5.1. Pandangan islam tentang kecemasan..... 130
4.5.2. Pandangan islam tentang penggunaan aromaterapi lavender ..... 131
4.5.3. Aromaterapi lavender dari perspektif medis ..... 133
4.6. Kelebihan Dan Kekurangan..... 133

**BAB V : PENUTUP ..... 134**

5.1. Kesimpulan ..... 134
5.1.1. Penerapan teori adaptasi roy dalam pemberian ASKEP ..... 134
5.1.2. Praktek keperawatan berdasarkan pembuktian ilmiah ..... 135
5.1.3. Integritas nilai keislaman pada ASKEP berdasarkan teori roy..... 136
5.2. Saran ..... 137
5.2.1. Bagi lahan praktek ..... 137
5.2.2. Bagi perawat ..... 137
5.2.3. Bagi pasien ..... 138

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**
Lampiran 1 : Surat Izin Penerapan EBNP
Lampiran 2 : Kuesioner STAI-S dan STAI-T
Lampiran 3 : Dokumentasi Penerapan EBNP
Lampiran 4 : Lembar Bimbingan
Lampiran 5 : Surat Lolos Uji Turnitin
Lampiran 6 : Lampiran Seluruh Kasus KMB Akut, Kronis Dan Kegawatan

# DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Karakteristik kasus KMB berdasarkan usia ..... 92
Tabel 3.2 Karakteristik kasus KMB berdasarkan jenis kelamin ..... 93
Tabel 3.3 Karakteristik kasus KMB berdasarkan tingkat pendidikan ..... 94
Tabel 3.4 Karakteristik kasus KMB berdasarkan komorbid ..... 95
Tabel 3.5 Karakteristik kasus KMB berdasarkan diagnosa medis ..... 96
Tabel 3.6 Karakteristik kasus KMB berdasarkan diagnosa keperawatan ..... 98
Tabel 4.1 Analisa PICO ..... 112
Tabel 4.2 Domain penilaian AMSTAR 2 ..... 113
Tabel 4.3 Domain kritis AMSTAR 2 ..... 113
Tabel 4.4 Rating penilaian AMSTAR 2 ..... 114
Tabel 4.5 Sebaran kuesioner STAI ..... 118
Tabel 4.6 Teknik penskoringan STAI-S ..... 118
Tabel 4.7 Teknik penskoringan STAI-T ..... 118
Tabel 4.8 Karakteristik pasien HD ..... 121
Tabel 4.9 Distribusi frekuensi kecemasan pre dan post test ..... 122
Tabel 4.10 Pengaruh aromaterapi lavender terhadap STAI-S ..... 123
Tabel 4.11 Pengaruh aromaterapi lavender terhadap STAI-T ..... 123

# DAFTAR DIAGRAM

Diagram 2.1 WOC nefrolitiasis ..... 13

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi ginjal manusia ..... 6

## DAFTAR ISTILAH

CAPD : *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*

CKD : *Chronic Kidney Disease*

EBNP : *Evidence Based Nursing Practice*

GFR : *Glomerulus Filtrate Rate*

HD : Hemodialisis

PCNL : *Percutaneous Nephrolithotomy*

STAI-S : *State Trait Anxiety Inventory- State*

STAI-T : *State Trait Anxiety Inventory- Trait*

USRDS : *United State Renal Disease Data System*

# BAB I

# PENDAHULUAN

## 1.1. Latar Belakang

Nefrolitiasis merupakan salah satu penyakit yang mempengaruhi sistem perkemihan, ditandai dengan pembentukan batu akibat kristalisasi mineral dan garam di dalam ginjal. Proses pembentukan batu ini terjadi karena adanya supersaturasi dari zat-zat tertentu dalam urin, seperti kalsium, oksalat, fosfat, dan asam urat, yang kemudian membentuk kristal yang seiring waktu dapat berkembang menjadi batu ginjal. Kondisi ini dapat menyebabkan obstruksi aliran urin, nyeri kolik, hematuria, infeksi saluran kemih, serta komplikasi yang dapat merusak fungsi ginjal jika tidak ditangani dengan tepat (Gusna et al., 2025).

Secara global, nefrolitiasis adalah salah satu penyakit urologi yang paling umum ditemukan dan prevalensinya terus meningkat, berkisar antara 1–13% dari populasi dunia. Angka kekambuhan penyakit batu ginjal cukup tinggi, yaitu sekitar 50% (Peerapen & Thongboonkerd, 2023). Kondisi ini mengindikasikan bahwa nefrolitiasis menjadi masalah kesehatan yang memerlukan perhatian serius, karena dapat menyebabkan berbagai komplikasi pada sistem perkemihan. Di Indonesia, prevalensi nefrolitiasis diperkirakan sekitar 0,6% dari populasi, dengan jumlah penderita mencapai lebih dari 1 juta orang. Faktor risiko yang berkontribusi terhadap pembentukan batu ginjal meliputi kurangnya asupan cairan, pola makan yang tinggi protein dan garam, obesitas, gangguan metabolik, serta infeksi saluran kemih yang berulang (Kemenkes, 2023).

Jika nefrolitiasis tidak ditangani dengan baik, hal ini dapat mengakibatkan obstruksi saluran kemih yang berkepanjangan, yang pada akhirnya dapat menyebabkan

peningkatan tekanan intrarenal, kerusakan jaringan ginjal, dan penurunan fungsi ginjal secara bertahap. Dalam jangka panjang, kondisi ini dapat berkembang menjadi penyakit ginjal kronis (*Chronic Kidney Disease*/CKD). Pada tahap ini, ginjal tidak lagi mampu menjalankan fungsi filtrasi darah dengan optimal, sehingga diperlukan terapi pengganti ginjal (Gusna et al., 2025). Hal ini sejalan dengan penelitian Gusna et al (2025) bahwa dari 157 pasien kasus urologi didapatkan sebanyak 121 (77.1%) kasus batu ginjal (*Nephrolithiasis*) dan kasus bukan batu ginjal sebanyak 36 (22.9%) kasus.

Salah satu terapi pengganti ginjal yang paling umum digunakan adalah hemodialisis (HD) yang berfungsi untuk menjaga keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa serta mengatasi kegagalan ginjal yang bersifat irreversible. Proses hemodialisis berlangsung sepanjang hidup, sehingga dapat menimbulkan gangguan baik dari segi fisiologis maupun psikologis (Anisah & Maliya, 2021). Dampak psikologis yang dialami pasien hemodialisis salah satunya adalah kecemasan.

Kecemasan dianggap sebagai masalah yang umum terjadi dengan prevalensi berkisar antara 19% hingga 43% (Nadort et al., 2022). Pasien yang menjalani hemodialisis kurang dari enam bulan cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang lebih dari enam bulan, karena pada tahap ini pasien sudah mulai menerima kenyataan tentang penyakit yang dideritanya dan mampu menghadapi kondisi tersebut dengan lebih tenang dan pasrah (Alfikrie et al., 2020). Beberapa faktor menyebabkan kecemasan antara lain frekuensi kunjungan ke rumah sakit, waktu tunggu yang lama, perawatan yang berkepanjangan, ketidakpastian mengenai masa depan, serta ketakutan akan kematian. Kecemasan merupakan perasaan was-was yang tidak menyenangkan, disertai dengan gejala fisik seperti berkeringat, sakit kepala, kegelisahan, dan jantung berdebar-debar, yang merupakan respons terhadap ancaman

yang tidak terduga (Rakhman et al., 2023). Sejalan dengan aspek emosional dari gangguan kecemasan, jika tidak segera ditangani, hal ini dapat menyebabkan *anxiety disorders* dan depresi (Utarayana et al., 2023).

Maka diperlukan analisis yang mendalam dalam penerapan *Evidence Based Nursing Practice* (EBNP). Berdasarkan PMK nomor 425 tahun 2020 dan PMK nomor 40 tahun 2017, peran perawat spesialis adalah bertanggung jawab dalam pengembangan keperawatan melalui penelitian serta penerapan hasil penelitian dan inovasi berbasis bukti yang akan menjadi dasar penulis dalam melakukan analisis terhadap berbagai sumber penelitian. Dengan memanfaatkan teori keperawatan, perawat spesialis merancang intervensi spesifik seperti manajemen gejala eliminasi, edukasi, dan promosi kesehatan untuk meningkatkan adaptasi pasien nefrolitiasis (Alligood, 2014).

Perawat spesialis juga terus memantau respons pasien terhadap intervensi, mengevaluasi hasilnya, dan melakukan modifikasi rencana asuhan jika diperlukan. Dengan peran ini, perawat spesialis berkontribusi pada pemulihan fisik pasien sekaligus membantu meningkatkan kualitas hidup mereka melalui pendekatan yang berbasis teori dan bukti ilmiah. Dalam konteks asuhan keperawatan pada pasien nefrolitiasis, teori Roy yang dikenal dengan sistem adaptasi menjadi sangat relevan. Teori ini menekankan peran perawat dalam mengidentifikasi dan mengatasi gangguan fisiologis serta fungsi peran pasien (Alligood, 2014). Pendekatan ini memberikan kerangka kerja yang terstruktur untuk memahami hambatan yang dihadapi pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka akibat kondisi penyakit.

Pada pasien nefrolitiasis yang menjalani hemodialisis, penerapan teori Roy memberikan kesempatan bagi perawat untuk merancang intervensi yang tidak hanya membantu

pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar, tetapi juga mendukung kemampuan pasien untuk beradaptasi dengan kondisi penyakit yang di alami. Intervensi ini meliputi pemberian aromaterapi lavender yang bertujuan untuk mengurangi kecemasan pasien hemodialisis. Aromaterapi adalah salah satu metode terapi keperawatan yang memanfaatkan bahan cairan dari tanaman yang mudah menguap, yang dikenal sebagai minyak esensial, serta senyawa aromatik dari tumbuhan, dengan tujuan untuk mempengaruhi suasana hati atau kesehatan individu (Karadag & Samancioglu Baglama, 2019). Salah satu keunggulan aromaterapi lavender dibandingkan dengan jenis aromaterapi lainnya adalah kandungan utama dari bunga lavender terdiri dari *linalyl acetate* (26,32%) dan *linalool* (26,12%), yang memiliki efek menenangkan dan dapat membantu menurunkan kecemasan.

Kandungan dari senyawa kimia minyak esensial aromaterapi lavender dapat mempengaruhi aktivitas fungsi kerja otak melalui sistem saraf yang berhubungan dengan indra penciuman. Respon ini akan merangsang peningkatan aktivitas neurotransmitter yang berkaitan dengan pemulihan kondisi psikologis, seperti emosi, perasaan, dan pikiran. Bahan-bahan aromatik yang digunakan akan merangsang sistem saraf otonom. Sistem ini mengontrol gerakan involunter sistem pernapasan. Neuron-neuron yang bertujuan untuk penciuman adalah sel olfaktori yang melapisi epitel olfaktori pada bagian belakang saluran hidung. Reseptor ini akan menerima saat aromaterapi lavender dihirup oleh hidung. Pesan aroma tersebut akan dikirim ke otak yang akan meneruskan pesan ke hipotalamus untuk mengidentifikasi aroma. Bau akan diinterpretasikan oleh berbagai sel neuron dan dihantarkan ke sistem limbik serta hipotalamus untuk diolah dalam bentuk impuls listrik. Sistem limbik memiliki dua bagian, yaitu hipokampus (tempat pengenalan dan memori terhadap bau) dan amigdala

(tempat yang menjadi pusat kontrol emosi sehingga dapat memperbaiki suasana hati dan meningkatkan gelombang alfa dalam otak yang memicu pengeluaran hormon serotonin dan endorfin. Pengaturan ini akan membuat rileks, dan bau yang menyenangkan akan menstimulus thalamus untuk mengeluarkan enkefalin yang merupakan pemberi efek menenangkan (Agustin et al., 2020).

Melalui penerapan teori Roy yang didukung oleh pendekatan EBNP, diharapkan dapat tercipta model asuhan keperawatan yang lebih efektif untuk pasien nefrolitiasis. Intervensi keperawatan yang terstruktur dan berbasis bukti ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam beradaptasi secara fisik, psikologis, sosial, dan interpersonal. Berdasarkan uraian diatas, dalam laporan Praktik Spesialis Keperawatan Medikal Bedah ini penulis menyusun laporan dengan judul "Analisis Praktik Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Sistem Perkemihan Dengan Kasus Utama Nefrolitiasis Dextra Menggunakan Penerapan Model Adaptasi Roy".

## 1.2.Tujuan Penulisan

### 1.2.1. Tujuan Umum.

Untuk menganalisis masalah pada sistem perkemihan dengan kasus utama nefrolitiasis dextra menggunakan penerapan model adaptasi Roy.

### 1.2.2. Tujuan Khusus.

1.2.2.1.Menerapkan dan menganalisis asuhan keperawatan model teori keperawatan Sister Callista Roy pada berbagai gangguan sistem perkemihan.

1.2.2.2.Menerapkan dan menganalisis penerapan *Evidence Based Nursing Practice* (EBNP) tentang aromaterapi lavender pada pasien CKD on HD.

1.2.2.3.Mengintegrasikan nilai-nilai keislaman pada pasien nefrolitiasis dextra .

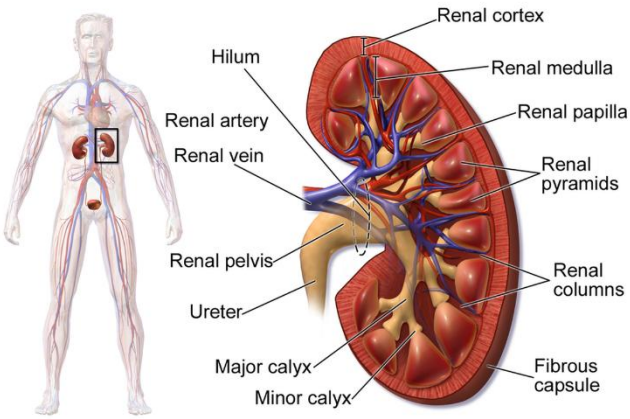
# BAB II

# APLIKASI TEORI KEPERAWATAN PADA ASUHAN KEPERAWATAN

## 2.1. Tinjauan Pustaka

### 2.1.1. Anatomi fisiologis sistem perkemihan.

#### 2.1.1.1. Anatomi.




**Gambar 2.1.**

TeachMeAnatomy. (2024). *The urinary system*

Menurut Dewi et al (2024) Ginjal adalah sepasang organ yang terletak di sisi kanan dan kiri bawah tulang rusuk bagian belakang dengan berat sekitar ± 125 gram. Anatomi ginjal terdiri dari :

1. Kapsula Ginjal *(Renal Capsule)*: Lapisan terluar ginjal yang berfungsi sebagai selubung tipis untuk melindungi ginjal dari kerusakan fisik.
2. Korteks Ginjal *(Renal Cortex)*: Bagian terluar ginjal yang memiliki penampilan seperti butiran biji-bijian. Proses filtrasi awal dan produksi urin terjadi di bagian korteks ini.
3. Medula Ginjal *(Renal Medulla)*: Bagian tengah ginjal yang terdiri dari piramida renal berbentuk segitiga. Medula ginjal mengandung tubulus ginjal dan pembuluh darah.

4. Kolumna Renalis *(Renal Columns)*: Struktur jaringan ikat yang memisahkan piramida ginjal di dalam medula.
5. Papila Ginjal *(Renal Papilla)*: Ujung dari setiap piramida ginjal yang terhubung dengan kaliks ginjal, tempat urin dikumpulkan sebelum dikeluarkan dari ginjal.
6. Kaliks Ginjal *(Renal Calyx)*: Struktur berbentuk cawan yang menampung urin yang dihasilkan oleh ginjal sebelum diangkut ke panggul ginjal.
7. Panggul Ginjal *(Renal Pelvis)*: Tempat akhir penampungan urin sebelum disalurkan melalui ureter ke kandung kemih.
8. Ureter: Saluran yang menghubungkan panggul ginjal dengan kandung kemih.
9. Aorta Abdominalis: Arteri utama yang mengalirkan darah ke ginjal.
10. Vena Renalis: Vena utama yang mengalirkan darah dari ginjal kembali ke vena cava inferior (pembuluh darah besar yang membawa darah kembali ke jantung).
11. Arteri Ginjal *(Renal Artery)* dan Vena Ginjal *(Renal Vein)*: Arteri ginjal membawa darah dari aorta ke ginjal, sedangkan vena ginjal mengembalikan darah yang telah difiltrasi dari ginjal ke vena cava inferior.

**2.1.1.2. Fisiologi.**

Menurut Dewi et al (2024) Fungsi ginjal sebagai berikut :

1. Menyaring darah

   Salah satu peran utama ginjal adalah menyaring darah untuk menghilangkan produk sisa metabolisme serta zat-zat beracun dari tubuh. Ketika darah

mengalir melalui glomerulus, zat-zat sisa seperti urea, kreatinin, asam urat, dan zat lainnya disaring dan kemudian dikeluarkan sebagai urine.

2. Mengatur keseimbangan air

   Fungsi ginjal yang penting untuk diketahui adalah mengendalikan dan memantau keseimbangan air dalam tubuh. Melalui organ ini, seluruh jaringan tubuh dipastikan mendapatkan air yang cukup agar dapat berfungsi dengan baik. Ginjal dapat merespons perubahan kadar air dalam tubuh. Ginjal mampu menahan air saat tubuh membutuhkannya, sehingga mencegah terjadinya dehidrasi

3. Mengatur keseimbangan asam-basa darah

   Menjaga keseimbangan asam-basa sangat penting bagi tubuh agar proses metabolisme sel dapat berjalan dengan optimal.

4. Mengatur tekanan darah

   Ginjal berperan dalam pengaturan tekanan darah dengan cara mengatur kadar air dan elektrolit dalam darah. Ketika ginjal menyerap lebih banyak air, ini menyebabkan peningkatan volume darah dan tekanan darah. Sebaliknya, jika ginjal mengeluarkan lebih banyak air, volume darah berkurang, dan tekanan darah menurun.

5. Produksi hormon

   Ginjal juga berfungsi untuk memproduksi beberapa hormon penting, termasuk hormon eritropoietin yang merangsang sumsum tulang untuk memproduksi sel darah merah, serta hormon renin yang berperan dalam pengaturan tekanan darah dan sistem kardiovaskular.

### 2.1.2. Konsep dasar penyakit nefrolitiasis.

#### 2.1.2.1. Definisi.

Nefrolitiasis adalah suatu kondisi yang mempengaruhi sistem saluran kemih karena terbentuknya batu di dalam ginjal, yang paling sering terjadi di area pelvis ginjal, sehingga mengganggu aliran dan proses buang air kecil (Nisa et al., 2023).

#### 2.1.2.2. Klasifikasi.

Menurut Stamatelou & Goldfarb (2023) klasifikasi jenis batu ginjal sebagai berikut :

1. Batu kalsium

   Sebagian besar batu ginjal adalah batu kalsium, yang terdiri dari kalsium oksalat dan kalsium fosfat. Batu tipe ini mengandung kalsium dan mudah mengendap di saluran kemih serta termasuk mudah terbentuk pada urine yang bersifat alkalis.

2. Batu struvite (infeksi)

   Pembentukan batu ini disebabkan oleh infeksi bakteri. Batu struvite terdiri dari magnesium, ammonium, dan kalsium fosfat. Batu bisa tumbuh lebih besar dan memiliki bentuk yang sedikit tajam seperti tanduk.

3. Batu asam urat

   Batu ini terbentuk akibat pengendapan asam urat. Karena itu, umumnya penderita juga mengalami asam urat (gout). Faktor penyebab asam urat adalah konsumsi berlebihan makanan yang mengandung asam urat, seperti jeroan dan kacang-kacangan.

4. Batu cystin

   Batu ginjal langka akibat kelainan genetik akibat penumpukan asam amino sistin di dalam urin dan membentuk batu yang keras serta sering kambuh.

**2.1.2.3. Etiologi.**

Menurut Nisa et al (2023) penyebab batu ginjal belum diketahui, namun ada beberapa macam penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya batu ginjal, antara lain : *renal tubular acidosis* dan *medullary sponge kidney*. Secara epidemiologis terdapat dua faktor yang mempengaruhi terjadinya batu pada saluran kemih pada seseorang. Faktor-faktor ini adalah faktor intrinsik, yang merupakan keadaan yang berasal dari tubuh seseorang dan faktor ekstrinsik, yaitu pengaruh yang berasal dan lingkungan disekitarnya.

1. Faktor intrinsik
    a. Umur

        Penyakit batu saluran kemih terjadi paling banyak usia 30 hingga 50 tahun.

    b. Genetik (keturunan)

        Terjadi karena gangguan bawaan pada metabolisme atau fungsi ginjal yang menyebabkan peningkatan zat pembentuk batu dalam urin atau penurunan zat penghambat pembentukan batu. Beberapa kondisi genetik yang berperan antara lain :

        i. *Cystinuria*, yaitu kelainan genetik yang menyebabkan ginjal tidak mampu mereabsorpsi asam amino cystine secara normal. Akibatnya, kadar cystine dalam urin meningkat dan mudah mengendap karena sifatnya yang sulit larut, sehingga terbentuk batu cystine.

        ii. *Primary hyperoxaluria*, yaitu kelainan bawaan pada metabolisme hati yang menyebabkan produksi oksalat berlebihan. Oksalat yang

tinggi akan berikatan dengan kalsium di ginjal dan membentuk batu kalsium oksalat, yang merupakan jenis batu ginjal paling umum.

iii. *Renal Tubular Acidosis* (RTA) tipe tertentu yang bersifat genetik. Pada kondisi ini, ginjal tidak mampu mengatur keseimbangan asam-basa dengan baik, sehingga urin menjadi lebih basa. Urin yang tidak normal ini mempermudah terbentuknya batu, terutama batu kalsium fosfat.

c. Jenis kelamin

Jenis kelamin mempengaruhi nefrolitiasis karena perbedaan hormon dan metabolisme tubuh. Pada laki-laki, hormon testosteron meningkatkan zat pembentuk batu (seperti oksalat dan asam urat) serta menurunkan zat pelindung seperti sitrat, sehingga risiko lebih tinggi. Pada perempuan, hormon estrogen bersifat protektif karena membantu menghambat pembentukan batu. Namun, setelah menopause, kadar estrogen menurun sehingga risiko meningkat.

2. Faktor ekstrinsiknya

a. Asupan air

Kurangnya asupan air dan tingginya kadar mineral kalsium pada air yang dikonsumsi, dapat meningkatkan insiden batu saluran kemih.

b. Diet

Obat sitostatik untuk penderita kanker juga memudahkan terbentuknya batu saluran kemih, karena obat sitostatik bersifat meningkatkan asam urat dalam tubuh. Diet banyak purin, oksalat, dan kalsium mempermudah terjadinya penyakit batu saluran kemih.

c. Iklim dan temperatur individu yang menetap di daerah beriklim panas dengan paparan sinar ultraviolet tinggi akan cenderung mengalami dehidrasi serta peningkatan produksi vitamin D3 (memicu peningkatan ekskresi kalsium dan oksalat), sehingga insiden batu saluran kemih akan meningkat.

d. Pekerjaan

   Penyakit ini sering dijumpai pada orang yang pekerjaanya banyak duduk atau kurang aktifitas *(sedentary life)*

e. Istirahat ( bedrest ) yang terlalu lama, misalnya karena sakit juga dapat menyebabkan terjadinya penyakit batu saluran kemih.

**2.1.2.4. Manifestasi klinis.**

Menurut Wijaya (2023) manifestai klinis adanya batu dalam traktus urinarius tergantung pada adanya obstruksi, infeksi, dan edema. Ketika batu menghambat aliran urine, terjadi obstruksi, menyebabkan peningkatan tekanan hidrostatik dan system piala ginjal serta ureter proksimal. Infeksi (pielonefritis dan sistitis yang disertai menggigil, demam, dan disuria) dapat terjadi dari iritasi batu yang terus menerus. Beberapa batu, jika ada, menyebabkan sedikit gejala umum secara perlahan merusak unit fungsional (nefron) ginjal : sedangkan yang lain menyebabkan nyeri yang luar biasa dan ketidak nyamanan

### 2.1.2.5. Patofisiologis.

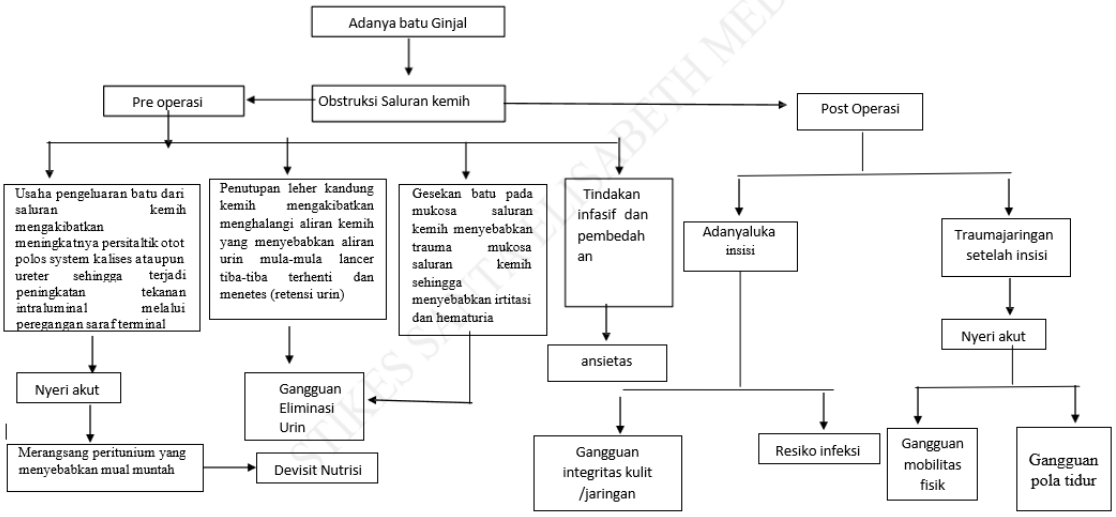



**Diagram 2.1.**
National Kidney Foundation. (2024). *Kidney Stones Overview*

Nefrolitiasis adalah kondisi terbentuknya batu di dalam ginjal akibat pengendapan kristal mineral dan garam dalam urin. Proses terjadinya nefrolitiasis tidak disebabkan oleh satu faktor saja, tetapi merupakan hasil interaksi berbagai faktor risiko yang saling berkaitan sehingga membentuk suatu rantai sebab akibat *(web of causation).* Proses terjadinya nefrolitiasis dimulai dari faktor predisposisi yang meningkatkan konsentrasi zat pembentuk batu di dalam urin. Faktor-faktor tersebut meliputi asupan cairan yang kurang, pola makan tinggi kalsium, oksalat, purin, dan garam, riwayat keluarga, infeksi saluran kemih, gangguan metabolisme, serta kondisi medis tertentu seperti hiperparatiroidisme atau gout. Ketika seseorang kurang minum, volume urin akan menurun sehingga urin menjadi lebih pekat. Urin yang pekat menyebabkan peningkatan konsentrasi mineral seperti kalsium, oksalat, asam urat, dan fosfat. Keadaan urin yang pekat ini memicu terjadinya supersaturasi urin, yaitu kondisi di mana jumlah zat terlarut melebihi kemampuan urin untuk melarutkannya. Akibatnya, mineral-mineral tersebut mulai mengendap dan membentuk kristal

kecil di dalam ginjal. Kristal yang terbentuk kemudian mengalami proses nukleasi, yaitu proses awal pembentukan inti batu. Setelah inti kristal terbentuk, kristal-kristal tersebut akan mengalami agregasi dan pertumbuhan. Kristal kecil akan saling menempel dan membesar sehingga terbentuk batu ginjal. Batu ini dapat terdiri dari berbagai jenis, seperti batu kalsium oksalat (yang paling sering), batu asam urat, batu struvit, dan batu sistin.

Batu yang terbentuk di dalam ginjal dapat tetap berada di ginjal atau bergerak menuju ureter. Ketika batu berpindah ke ureter, batu dapat menyebabkan obstruksi atau sumbatan aliran urin. Sumbatan ini menyebabkan peningkatan tekanan di dalam sistem saluran kemih dan ginjal, yang memicu distensi pelvis ginjal dan ureter. Peningkatan tekanan ini merangsang ujung saraf nyeri, sehingga pasien mengalami kolik renal, yaitu nyeri hebat yang hilang timbul di daerah pinggang dan dapat menjalar ke perut bagian bawah, selangkangan, atau genital. Selain nyeri, pasien juga dapat mengalami hematuria (urin berdarah) akibat iritasi atau luka pada dinding saluran kemih yang disebabkan oleh batu yang bergerak.

Jika batu menyebabkan obstruksi yang berlangsung lama, maka aliran urin akan terhambat sehingga terjadi stasis urin. Stasis urin meningkatkan risiko infeksi saluran kemih karena bakteri dapat berkembang lebih mudah dalam urin yang tertahan. Infeksi ini dapat memperparah kondisi ginjal dan bahkan menyebabkan komplikasi seperti pielonefritis atau hidronefrosis, yaitu pembengkakan ginjal akibat penumpukan urin. Apabila kondisi ini tidak ditangani dengan baik, tekanan yang terus meningkat dalam ginjal dapat merusak jaringan ginjal dan menurunkan fungsi ginjal. Dalam kondisi yang berat, nefrolitiasis dapat

menyebabkan penurunan fungsi ginjal hingga gagal ginjal. Dengan demikian, nefrolitiasis merupakan hasil dari interaksi berbagai faktor seperti pola hidup, faktor metabolik, infeksi, dan gangguan aliran urin, yang pada akhirnya menyebabkan pembentukan batu ginjal dan berbagai komplikasi pada sistem perkemihan (Wijaya, 2023).

**2.1.2.6. Penatalaksanaan.**

Menurut Eko Prabowo (2024) penatalaksanaan pada kasus nefrolitiasis diantaranya seperti :

1. Terapi konservatif

   Penatalaksanaan konservatif biasanya dilakukan pada batu ginjal yang berukuran kecil (≤5–6 mm) karena batu tersebut masih berpotensi keluar secara spontan melalui urin.

   a. Peningkatan asupan cairan

      Pasien dianjurkan untuk minum 2–3 liter air per hari untuk meningkatkan volume urin. Urin yang lebih banyak akan membantu mendorong batu keluar melalui saluran kemih dan mengurangi pembentukan kristal baru.

   b. Aktivitas fisik

      Aktivitas seperti berjalan atau bergerak dapat membantu pergerakan batu dari ginjal menuju ureter dan akhirnya keluar melalui urin.

   c. Observasi

      Dokter akan memantau perkembangan batu melalui pemeriksaan radiologi seperti USG atau CT scan untuk melihat apakah batu dapat keluar secara alami atau tidak.

2. Terapi Farmakologis

Pengobatan dengan obat-obatan bertujuan untuk mengurangi nyeri, membantu pengeluaran batu, serta mencegah pembentukan batu baru.

a. Analgesik (Pereda Nyeri)

Nyeri kolik pada nefrolitiasis sering sangat hebat sehingga memerlukan analgesik, seperti:

i. NSAID (misalnya ketorolac atau ibuprofen)

ii. Analgesik opioid pada nyeri berat

Obat ini bekerja dengan mengurangi peradangan dan menurunkan intensitas nyeri akibat spasme ureter.

b. Antispasmodik

Obat ini berfungsi untuk mengurangi spasme otot ureter sehingga membantu batu bergerak keluar. Contohnya adalah hiosin atau obat relaksan otot ureter.

c. Alpha-blocker

Obat seperti tamsulosin digunakan untuk melemaskan otot ureter sehingga batu lebih mudah keluar.

d. Antibiotik

Jika nefrolitiasis disertai infeksi saluran kemih, maka diberikan antibiotik untuk mengatasi infeksi tersebut.

e. Obat Pencegah Pembentukan Batu

Beberapa obat digunakan untuk mencegah pembentukan batu kembali, tergantung jenis batu, misalnya:

i. Allopurinol untuk batu asam urat

ii. Kalium sitrat untuk meningkatkan pH urin

iii. Diuretik tiazid untuk mengurangi kadar kalsium dalam urin

3. Terapi non invasive

Jika batu tidak dapat keluar secara spontan, dilakukan tindakan non-bedah.

*Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy* (ESWL) adalah prosedur yang menggunakan gelombang kejut dari luar tubuh untuk menghancurkan batu ginjal ≤ 2 cm menjadi fragmen kecil sehingga dapat keluar melalui urin. Kelebihan ESWL :

i. Tidak memerlukan pembedahan
ii. Risiko komplikasi lebih rendah
iii. Waktu pemulihan lebih cepat

4. Tindakan minimal invasive

a. Ureteroskopi

Pada prosedur ini, dokter memasukkan alat kecil (ureteroskop) melalui uretra dan kandung kemih menuju ureter untuk mengambil atau menghancurkan batu menggunakan laser.

b. PCNL

*Percutaneous Nephrolithotomy* (PCNL) merupakan salah satu tindakan minimal invasif di bidang urologi yang bertujuan mengangkat batu ginjal dengan menggunakan akses perkutan untuk mencapai sistem pelviokalises. Prosedur ini sudah diterima secara luas sebagai suatu prosedur untuk mengangkat batu ginjal karena relatif aman, efektif, murah, nyaman, dan memiliki morbiditas yang rendah, terutama bila dibandingkan dengan operasi terbuka (Celik et al., 2024).

PCNL dilakukan jika karakteristik batu saluran kemih cukup signifikan atau lokasi batu tidak efektif untuk menangani ESWL. Mekanisme pengobatan ini melibatkan pembuatan sayatan kecil dibagian belakang tubuh pasien, membuat terowongan menuju ginjal. Nefroskop kemudian akan dimasukkan untuk mencari dan mengeluarkan batu tersebut. Tabung nefrostomi akan tertinggal di ginjal selama beberapa hari. Kelebihan cara pengobatan ini adalah dapat langsung mengeluarkan beberapa pecahan batu kecil, tidak hanya dikeluarkan melalui urin. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam tindakan PNCL adalah sebagai berikut:

1) Indikasi PCNL

   Dianjurkan untuk batu pielum dengan ukuran >2 cm, dengan angka bebas batu sebesar 89%, lebih tinggi dari angka bebas batu bila dilakukan ESWL yaitu 43%.

2) Kontra Indikasi

   Hanya ada satu kontraindikasi absolut PCNL yaitu pada pasien yang memiliki kelainan perdarahan atau pembekuan darah.

3) Persiapan dan Teknik PCNL

   Secara umum teknik PCNL mencakup empat tahap prosedur, yaitu: akses ginjal perkutan, dilatasi, fragmentasi dan ekstraksi batu, serta drainase.

4) Persiapan Pasien

   Persiapan meliputi anamnesis lengkap riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Kontra indikasi absolut terhadap tindakan PCNL perlu diidentifikasi sebelum tindakan, yaitu: koagulopati dan infeksi saluran kemih yang aktif serta belum diterapi.

Penggunaan obat obatan antikoagulan harus dihentikan minimal 7 hari sebelum tindakan. Pemeriksaan penunjangyang dianjurkan adalah darah tepi, fungsi ginjal, elektrolit, dan kultur urin.

5) Alat dan Perlengkapan

Kelengkapan yang dibutuhkan dalam tindakan PCNL adalah: Ultrasound, flouroskopi, jarum pungsi 18G translumbar angiography, guide wire, Metallic dilator can nula 9 F dengan metal sheath 11 F (Karl Storz Endoscopes, Germany), Metal telescope dilators dengan hollow guide rod (9-24 F, Karl Storz), rigid nephroscopes 18 F and 26 F(6°telescope, Karl Storz), lithotriptor, stone forceps, folley catheter 16F, bila diperlukan selang nefrostomi, ureter kateter no 5Fr, dan DJ stent. Sedangkan bahan-bahan yang perlu disiapkan adalah: cairan irigasi NaCl 0,9%, kontras, metillen blue, dan benang jahit.

6) Posisi Pasien

Sebelum dimulai tindakan PCNL dilakukan pemasangan kateter ureter dalam posisi litotomi, kemudian posisi pasien dirubah menjadi tengkurap. PCNL dikerjakan dalam posisi pasien tengkurap dengan sisi ginjal yang akan dikerjakan diposisikan lebih tinggi 30 derajat. Posisi tersebut menjamin ventilasi pasien tetap baik dan membuat kaliks posterior berada pada posisi vertikal sehingga membantu pada saat melakukan pungsi. Terdapat 2 teknik anestesi regional yang dapat digunakan yaitu spinal dan epidural. Anestesi spinal memiliki keunggulan onset yang cepat, pelaksanaannya mudah namun memiliki kerugian yaitu dapat mengganggu hemodinamik intra operatif. Anestesi epidural memiliki kelebihan menjaga

hemodinamik lebih stabil selama operasi, dan dosis obat dapat diberikan ulang melalui kateter yang sekaligus dapat digu nakan sebagai tatalaksana nyeri pasca-operasi. Kerugiannya adalah teknik yang lebih sulit serta waktu pemasangan dan onset lebih lama dengan risiko blok parsial.

7) Komplikasi PCNL

Komplikasi terpenting yang terlihat dalam operasi PCNL adalah perdarahan, yang dapat terjadi dalam bentuk perioperatif, segera pasca operasi, dan tertunda. Tingkat transfusi darah dilaporkan antara 0-20% dalam studi terkait. Faktor-faktor prediksi kehilangan darah telah dilaporkan sebagai indeks massa tubuh, beberapa tusukan, pelebaran dengan dilator yang lebih besar, ukuran batu, waktu operasi yang lama, dan tingkat hidronefrosis pra operasi. Komplikasi potensial lainnya adalah demam dan sepsis. Infeksi saluran kemih yang terlihat dengan PCNL adalah masalah yang sering terjadi; namun, sangat sedikit kasus yang berkembang menjadi syok septik. Semua pasien harus menjalani urinalisis dan kultur sebelum PCNL. Insiden demam setelah PCNL berkisar antara 2,8% dan 32,1%. Demam dapat disebabkan oleh bakteriuria pra operasi, disfungsi kandung kemih neurogenik, anomali ginjal, tekanan intrarenal tinggi selama prosedur bedah yang dapat terjadi melalui larutan isotonik rendah untuk mendapatkan pandangan yang lebih baik selamapendarahan, ukuran batu, tingkat keparahan obstruksi saluran kemih, dan waktu operasi yang lama.

**2.1.2.7. Pemeriksaan Penunjang.**

Menurut Shastri et al (2024) hasil pemeriksaan berikut ini dapat digunakan untuk menegakan diagnosis nefrolitiasis.

1. Pemeriksaan urinalisasis

   Urinalisis merupakan pemeriksaan awal yang sering dilakukan pada pasien dengan dugaan nefrolitiasis. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai kondisi urin serta mendeteksi adanya kelainan yang berkaitan dengan batu ginjal. Pada urinalisis dapat ditemukan hematuria, yaitu adanya darah dalam urin yang disebabkan oleh iritasi atau luka pada dinding saluran kemih akibat pergerakan batu. Selain itu, pemeriksaan ini juga dapat menunjukkan adanya kristal-kristal mineral seperti kalsium oksalat, asam urat, atau fosfat yang menjadi petunjuk jenis batu yang terbentuk. Urinalisis juga dapat mendeteksi leukosit atau bakteri yang menandakan adanya infeksi saluran kemih.

2. Pemeriksaan darah

   Pemeriksaan darah dilakukan untuk menilai kondisi metabolik pasien dan fungsi ginjal. Pada pasien nefrolitiasis, pemeriksaan darah dapat menunjukkan peningkatan kadar kreatinin dan ureum apabila sudah terjadi gangguan fungsi ginjal akibat sumbatan saluran kemih. Selain itu, pemeriksaan darah juga dapat digunakan untuk mengetahui kadar kalsium, asam urat, dan fosfat dalam darah, yang dapat membantu menentukan penyebab terbentuknya batu ginjal. Misalnya, kadar asam urat yang tinggi dapat menunjukkan kemungkinan terbentuknya batu asam urat.

3. Fhoto rontgen abdomen

   Pemeriksaan foto rontgen abdomen tanpa kontras atau yang dikenal dengan BNO *(Bladder–Kidney–Ureter)* digunakan untuk melihat adanya batu pada

saluran kemih. Batu yang mengandung kalsium biasanya tampak jelas pada pemeriksaan rontgen karena bersifat radiopak. Melalui pemeriksaan ini dokter dapat mengetahui lokasi dan ukuran batu pada ginjal, ureter, atau kandung kemih. Namun, tidak semua jenis batu dapat terlihat dengan jelas melalui rontgen, misalnya batu asam urat yang bersifat radiolusen.

4. Ultrasonografi (USG)

   Ultrasonografi merupakan pemeriksaan pencitraan yang menggunakan gelombang suara untuk melihat struktur ginjal dan saluran kemih. USG sering digunakan karena tidak menggunakan radiasi dan relatif aman. Pada pasien nefrolitiasis, USG dapat menunjukkan adanya batu ginjal, pelebaran pelvis ginjal, atau tanda hidronefrosis akibat sumbatan. Selain itu, USG juga dapat digunakan untuk memantau kondisi ginjal serta menilai adanya komplikasi akibat batu ginjal.

5. CT Scan *(Computed Tomography Scan)*

   CT scan merupakan salah satu pemeriksaan paling akurat dalam mendiagnosis nefrolitiasis. Pemeriksaan ini mampu mendeteksi batu ginjal dengan ukuran sangat kecil sekalipun, serta dapat menunjukkan lokasi, ukuran, jumlah, dan tingkat sumbatan yang disebabkan oleh batu. CT scan juga dapat membantu menilai kondisi jaringan ginjal dan mendeteksi komplikasi seperti hidronefrosis atau infeksi. Oleh karena tingkat akurasinya yang tinggi, CT scan sering digunakan sebagai pemeriksaan utama untuk memastikan diagnosis batu ginjal.

6. *Intravenous Pyelography* (IVP)

   Intravenous Pyelography adalah pemeriksaan radiologi dengan menggunakan zat kontras yang disuntikkan melalui pembuluh darah untuk

melihat sistem saluran kemih. Zat kontras tersebut akan disaring oleh ginjal dan mengalir melalui ureter hingga ke kandung kemih, sehingga struktur saluran kemih dapat terlihat jelas pada foto rontgen. Pemeriksaan ini dapat membantu menentukan lokasi batu serta tingkat sumbatan pada saluran kemih. Namun, pemeriksaan ini saat ini lebih jarang digunakan karena banyak digantikan oleh CT scan yang lebih akurat.

**2.1.2.8. Komplikasi.**

Menurut Shastri et al (2024), komplikasi dari penyakit nefrolitiasis diantaranya yaitu sebagai berikut :

1. Obstruksi saluran kemih

   Obstruksi saluran kemih merupakan komplikasi yang paling sering terjadi pada nefrolitiasis. Kondisi ini terjadi ketika batu ginjal bergerak dari ginjal menuju ureter dan menyumbat aliran urin. Sumbatan tersebut menyebabkan urin tidak dapat mengalir secara normal dari ginjal menuju kandung kemih. Akibatnya tekanan di dalam sistem saluran kemih meningkat dan menyebabkan peregangan pada ureter serta pelvis ginjal. Peregangan ini merangsang ujung saraf nyeri sehingga pasien merasakan nyeri hebat yang disebut kolik renal. Nyeri biasanya muncul secara tiba-tiba di daerah pinggang dan dapat menjalar ke perut bagian bawah, selangkangan, hingga area genital. Jika sumbatan berlangsung lama, kondisi ini dapat menyebabkan gangguan fungsi ginjal.

2. Hidronefrosis

   Hidronefrosis adalah kondisi pembengkakan atau pelebaran ginjal yang terjadi akibat penumpukan urin di dalam pelvis ginjal. Pada nefrolitiasis, hidronefrosis terjadi karena batu yang menyumbat ureter menghambat aliran

urin dari ginjal ke kandung kemih. Urin yang tidak dapat keluar akan menumpuk di dalam ginjal sehingga menyebabkan peningkatan tekanan di dalam ginjal. Tekanan yang terus meningkat dapat menyebabkan pelebaran pada sistem pengumpulan urin di ginjal. Jika kondisi ini berlangsung dalam waktu lama, jaringan ginjal dapat mengalami kerusakan dan fungsi ginjal akan menurun. Oleh karena itu hidronefrosis merupakan komplikasi yang serius dan memerlukan penanganan segera.

3. Infeksi saluran kemih

   Infeksi saluran kemih merupakan komplikasi yang sering terjadi pada pasien dengan nefrolitiasis. Batu ginjal dapat menyebabkan stasis urin, yaitu kondisi ketika urin tertahan dalam saluran kemih akibat adanya sumbatan. Urin yang tertahan menjadi lingkungan yang baik bagi pertumbuhan bakteri. Selain itu, batu juga dapat menyebabkan iritasi dan kerusakan pada dinding saluran kemih sehingga mempermudah bakteri masuk dan berkembang. Infeksi ini dapat menimbulkan gejala seperti nyeri saat berkemih, frekuensi berkemih meningkat, urin keruh atau berbau, serta demam. Jika infeksi tidak segera ditangani, kondisi ini dapat berkembang menjadi infeksi yang lebih berat.

4. Hematuria

   Hematuria adalah kondisi di mana terdapat darah dalam urin. Pada nefrolitiasis, hematuria terjadi karena batu ginjal yang bergerak di dalam saluran kemih dapat melukai atau mengiritasi dinding ureter maupun kandung kemih. Gesekan antara batu dengan dinding saluran kemih menyebabkan terjadinya perdarahan. Hematuria dapat bersifat mikroskopis, yaitu darah hanya dapat ditemukan melalui pemeriksaan laboratorium, atau makroskopis, yaitu urin tampak berwarna merah atau kecokelatan. Meskipun

hematuria sering terjadi pada pasien batu ginjal, kondisi ini tetap perlu diperhatikan karena dapat menunjukkan adanya iritasi atau kerusakan pada saluran kemih.

5. Gagal ginjal

   Gagal ginjal dapat terjadi sebagai komplikasi nefrolitiasis jika sumbatan pada saluran kemih berlangsung dalam waktu lama atau terjadi pada kedua ginjal. Batu ginjal yang menyumbat aliran urin akan meningkatkan tekanan di dalam ginjal sehingga mengganggu proses filtrasi darah oleh ginjal. Jika tekanan ini terus berlangsung, jaringan ginjal dapat mengalami kerusakan permanen. Kerusakan ini menyebabkan kemampuan ginjal dalam menyaring zat sisa metabolisme menurun. Dalam kondisi yang berat, pasien dapat mengalami gagal ginjal kronis yang memerlukan terapi seperti dialisis atau transplantasi ginjal.

## 2.2. Peran Perawat

Perawat profesional adalah seorang yang memiliki nilai, tanggung jawab, kemampuan dan kewenangan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara general, spesialis dan spesialis konsultan. Perawat di tuntut harus dapat meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara profesional dengan tujuan untuk optimalisasi dalam pemberi asuhan keperawatan yang diperoleh dari pendidikan maupun pelatihan berkelanjutan. Sehingga tercapai mutu yang baik selama menjalankan asuhan keperawatan profesional sesuai perkembangan terkini secara keilmuan dan berdasarkan teknologi (World Health Organization, 2020). Menurut PPNI (2013), Pelaksanaan asuhan keperawatan spesialis adalah asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien melalui proses pendidikan tinggi berdasarkan *advanced clinical*, penididikan klinik, *case manager*, dan penelitian klinik. Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam

penanganan nefrolitiasis, baik dalam pencegahan, pengobatan maupun rehabilitasi pasien meliputi :

### 2.2.1. Pemberi asuhan *(Care Provider)*.

Perawat memegang peran penting dalam memberikan asuhan komprehensif kepada pasien nefrolitiasis melalui pengkajian menyeluruh, penetapan diagnosa keperawatan, pelaksanaan intervensi yang terarah, edukasi kesehatan, serta dukungan emosional. Fokus utama perawat adalah menstabilkan kondisi pasien, mencegah komplikasi, memperlambat progresivitas penyakit, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Melalui pemantauan yang ketat, manajemen gejala, kolaborasi dengan tim kesehatan, dan pemberdayaan pasien serta keluarga, perawat memastikan bahwa pasien nefrolitiasis dapat menjalani perawatan yang aman, efektif, dan berkelanjutan.

### 2.2.2. Pendidik *(Educator)*.

Perawat sebagai edukator memiliki tanggung jawab utama untuk meningkatkan pemahaman, kemampuan, dan kemandirian pasien dalam mengelola penyakit. Edukasi yang diberikan perawat bertujuan membantu pasien mencegah perburukan fungsi ginjal, mengontrol gejala, dan meningkatkan kualitas hidup seperti edukasi penyakit, manajemen nutrisi dan cairan, kepatuhan minum obat, perawatan dialisis.

## 2.3. Konsep Adaptasi Sister Callista Roy Dalam Asuhan Keperawatan

### 2.3.1. Teori adaptasi sister callista roy.

Teori ini memandang bahwa asuhan keperawatan dapat dilihat dari individu, keluarga, kelompok serta masyarakat dengan menggunakan pendekatan *holistic adaptive system* dimana semua dipandang sebagai satu kesatuan. Roy juga menjelaskan proses internal dari sebuah sistem adaptasi bisa dilihat dari sistem

efektor yang terdiri dari empat mode adaptasi yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi (Alligood, 2014).

### 2.3.2. Konsep Adaptasi Menurut Sister Callista Roy.

#### 2.3.2.1. Manusia.

Roy memandang manusia sebagai fokus utama dalam menerima asuhan keperawatan sebagai sebuah sistem adaptasi yang dapat dilihat dari pola hubungannya melalui tahapan input, kontrol output, serta feedback yang dapat mempengaruhi respon seseorang terhadap stimuli dari lingkungan yang berada dari dalam maupun luar.

#### 2.3.2.2.Adaptasi.

Model Adaptasi Roy memandang pasien sebagai makhluk biopsikososial yang terus-menerus beradaptasi terhadap perubahan internal dan eksternal. Pada pasien nefrolitiasis yang merupakan penyakit progresif dan kronis proses adaptasi menjadi sangat penting. Fungsi ginjal yang menurun menimbulkan banyak stresor fisiologis, psikologis, dan sosial yang menuntut pasien beradaptasi agar tetap stabil dan mempertahankan kualitas hidup.

#### 2.3.2.3.Keperawatan.

Roy menjelaskan bahwa asuhan dapat memberikan dan menunjang kemampuan pasien dalam beradaptasi dengan perubahan kondisi kesehatannya, mampu meningkatkan kualitas hidupnya atau meninggal dengan damai adalah keperawatan Roy yang mengidentifikasi aktivitas keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi atau bagaimana mengatur stimulus yang di dapat dalam mempengaruhi adaptasi seseorang.

**2.3.2.4.Kesehatan.**

Kesehatan merupakan kondisi dimana tidak ada penyakit. Menurut Roy kemampuan seseorang yang selalu berkembang dan tumbuh dengan perubahan lingkungan merupakan refleksi dari kondisi sehat yang sebenarnya dan merupakan kemampuan beradaptasi dengan kebutuhan fisiologis, konsep diri yang adaptif, peran dari fungsi sosial dan adanya keseimbangan antara kemandirian juga ketergantungan. Kondisi ini diaplikasikan pada pasien nefrolitiasis dalam menyediakan layanan rawat inap, rawat jalan, perawatan di rumah.

**2.3.2.5.Lingkungan.**

Lingkungan merupakan kondisi yang mampu mempengaruhi perilaku individu dalam mencapai tahap yang adaptif karena manusia selalu berinteraksi dengan lingkungannya sehingga respon yang adaptif dapat mempengaruhi segala perubahan yang terjadi pada individu.

**2.3.3. Sistem adaptasi sister callista roy.**

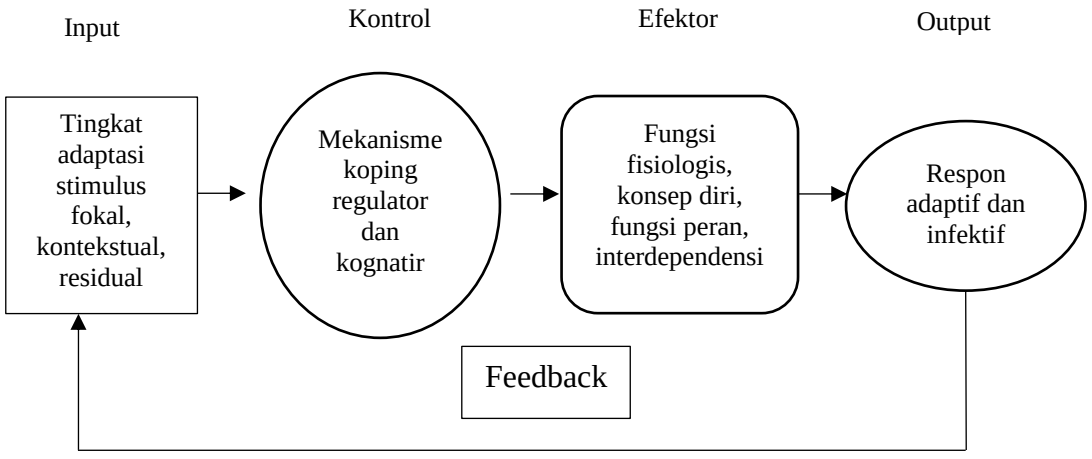



**Diagram 2.3.**
Alligood (2014) *Nursing theory & their*

**2.3.3.1.Input.**

Input atau masukan terdiri dari stimulus dan level adaptasi terdiri dari :

1. Stimulus fokal

   Stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera. Misalnya nyeri akut pada pasien nefrolitiasis.

2. Stimulus konstektual

   Stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subjektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti kurang konsumsi air mineral.

3. Stimulus residual

   Stimulus yang memiliki ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu yang berkembang sesuai pengalaman, hal ini memberi proses belajar untuk toleransi. Misalnya pengalaman nyeri pada pinggang ada yang toleransi tetapi ada yang tidak. Level adaptasi dapat menjadi data masukan yang akan mempengaruhi respon adaptasi seseorang. Menurut Roy level adaptasi seseorang dibagi menjadi tiga yaitu : *integrated*, *compensatory*, *compromised*.

**2.3.3.2.Proses.**

Mekanisme kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang di gunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

1. Subsistem regulator.

   Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmiter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

2. Subsistem kognator.

   Proses mengatasi masalah yang melibatkan empat hubungan yaitu kognitif emotif, penilaian dan emosi, pembelajaran, persepsi dan pengolahan informasi. Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang. Dalam memelihara integritas, kognator dan regulator saling bekerjasama dan menguatkan. Selanjutnya Roy mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem efektor, yaitu 4 mode adaptasi meliputi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

**2.3.3.3.Efektor.**

1. Model adaptasi fungsi fisiologis

   Fungsi fisiologis yang berhubungan dengan struktur dari tubuh beserta fungsinya. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas, yang dibagi menjadi dua bagian, mode fungsi fisiologis tingkat dasar yang terdiri dari 5 kebutuhan dan fungsi fisiologis dengan proses yang kompleks terdiri dari 4 bagian yaitu :

   a. Oksigenasi

      Pada fungsi ini menjelaskan adanya kebutuhan tubuh akan oksigen beserta prosesnya seperti ventilasi sampai transport gas dalam tubuh. Pengkajian keperawatan pada mode fisiologis ini meliputi adanya keluhan sesak nafas, frekuensi nafas, kedalaman dan keteraturan nafas, kesimetrisan pergerakan dinding dada, suara nafas, penggunaan otot bantu nafas, warna kulit dan membran mukosa, tanda-tanda sianosis, pucat, anemis, nadi, tekanan darah, bunyi jantung, *capillary refill time* (CRT), serta analisa gas darah. Pengkajian stimulus fokal, kontekstual maupun residual difokuskan pada hal-hal yang mempengaruhi terjadinya perilaku yang maladaptif terhadap pemenuhan oksigenasi ini.

   b. Nutrisi

      Pada fungsi ini menjelaskan proses dari masuknya makanan yaitu ingesti sampai asimilasi dalam mempertahankan pertumbuhan dan untuk memenuhi kebutuhan jaringan yang mengalami injuri atau dalam fungsi perbaikan mencakup penilaian terhadap antropometri, biokimia, *clinical sign* dan diet (ABCD) serta keluhan tidak nafsu makan, mual, muntah

dan riwayat alergi serta kondisi lingkungan yang tidak nyaman yang memungkinkan nafsu makan pasien menurun.

c. Eliminasi

Menjelaskan fungsi tubuh dalam hal ekskresi dari hasil metabolisme tubuh mulai dari interstisial sampai fungsi ginjal. Terdiri dari eliminasi urine (BAK) dan fekal (BAB) seperti frekuensi, karakteristik dan jumlah, kesulitan, penggunaan alat bantu, dampak penggunaaan obat diuresis dalam mengekresikan sisa metabolism (urine).

d. Aktivitas dan istirahat

Menjelaskan dari kebutuhan tubuh untuk melakukan keseimbangan dari aktivitas fisik, istirahat dalam rangka pemulihan atau memperbaiki kondisi tubuh dari keadaan sakit. Kondisi fisik, pola kebiasaan pasien, dampak penyakit terhadap aktivitas, toleransi pasien terhadap aktivitas, penggunaan alat bantu ketika beraktivitas, keluhan lemas, kebiasaan tidur, kesulitan dalam tidur, hal-hal yang mempengaruhi tidur seperti kecemasan terhadap terapi hemodialisis.

e. Perlindungan (proteksi)

Sistem perlindungan tubuh dimana didalamnya proses imunitas, fungsi integument. Pengkajian perilaku dan stimulus pada aspek proteksi meliputi kondisi kulit, adakah lesi/luka, bagaimanakah karateristiknya, adakah trauma jaringan akibat insisi, drainase luka, riwayat alergi, riwayat penyakit autoimun, riwayat infeksi serta bagaimana dampak penyakit terhadap sistem proteksi tubuh seperti keluhan kulit kering dan rasa gatal akibat uremic toxins. Hal lain yang juga perlu dikaji adalah

perubahan nilai laboratorium terkait sistem proteksi tubuh seperti kadar leukosit, laju endap darah, kadar neutrofil

f. Sensori

Merupakan fungsi tubuh yang meliputi penglihatan, penciuman, pendengaran, pengecap, peraba yang akan didapatkan ketika seseorang melakukan interaksi dengan lingkungan sekitar, selain itu kejadian adanya nyeri juga termasuk dalam fungsi ini.

g. Cairan dan elekrolit

Dalam hal ini menilai keseimbangan dari cairan dan elektrolit dalam tubuh dimana penilaian ini mencakup air, asam basa, elektrolit. Pada pengkajian perilaku dan stimulus cairan dan elektrolit perlu dilakukan pengukuran keseimbangan cairan dengan mengukur intake dan output pasien dalam 24 jam. Hal lain yang perlu dikaji adalah peningkatan vena jugularis, edema, dan asites, turgor kulit, membrane mukosa, perubahan nilai laboratorium seperti ureum, kreatinin, hematokrit dan kadar elektrolit.

h. Neurologis

Pada fungsi ini akan dijelaskan hubungan antara saraf neuron yang berkoordinasi dari pergerakan tubuh dalam kesadaran, kemampuan kognitif dan kegiatan lainnya dari organ tubuh. Pengkajian perilaku dan stimulus meliputi tingkat kesadaran dan nilai GCS, respon motorik dan sensorik.

i. Endokrin

Pada fungsi ini akan dijelaskan mekanisme berkaitan dengan aktivitas dari pengeluaran hormon dalam tubuh dimana fungsinya akan

menyatukan dan mengkoordinasi fungsi tubuh melalui mekanisme neurologi dan hormon. Pengkajian perilaku dan stimulus fungsi ini terkait dengan fungsi endokrin seperti riwayat menderita penyakit DM, pembesaran kelenjar, pemeriksaan kadar glukosa darah.

2. Model adaptasi konsep diri

   Model ini menjelaskan adanya hubungan dari konsep diri dengan psikologis dimana dapat dilihat dari penekanan pendekatan psikososial dan spiritual. Konsep diri pada penyakit nefrolitiasis biasanya akan mengalami gangguan. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi konsep diri pasien adalah dampak penyakit, terapi dialysis jangka pendek, efek pengobatan, dll. Perubahan pada mode ini akan member dampak pada gambaran diri, ideal diri, moral, etik, dan spiritual pasien. Pengkajian dapat difokuskan pada bagaimana penerimaan pasien terhadap penyakit dan terapinya yang sedang pasien jalani, harapan pasien dan penatalaksanaan selanjutnya, serta nilai yang diyakini terkait dengan penyakit dan terapinya. Terdiri dari dua komponen yaitu *the physical self* dan *the personal self.*

   a. *The physical self*, yaitu bagaimana seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuhnya. Kesulitan pada area ini sering terlihat pada saat merasa kehilangan, seperti setelah operasi, amputasi atau hilang kemampuan seksualitas.
   b. *The personal self,* yaitu berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral- etik dan spiritual diri orang tersebut. Perasaan cemas, hilangnya kekuatan atau takut merupakan hal yang berat dalam area ini.

3. Mode fungsi peran

   Mode fungsi peran mengenal pola–pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder dan tersier. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya dimasyarakat sesuai kedudukannya.

4. Model adaptasi interdependensi

   Mode interdependensi adalah bagian akhir dari mode yang dijabarkan oleh Roy. Fokusnya adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta/ kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

**2.3.3.4.Output.**

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat di amati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak efektif/maladaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung

tujuan ini. Tingkat adaptasi seseorang sebagai sistem adaptasi dipengaruhi oleh perkembangan individu itu sendiri, dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal mengembangkan tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rentang stimulus agar dapat berespon secara positif.

### 2.3.4. Proses keperawatan menurut teori roy.

Menurut Roy elemen dari proses keperawatan terdiri dari : pengkajian (perilaku dan stimulus), diagnosa keperawatan, penentuan tujuan, intervensi dan evaluasi.

#### 2.3.4.1.Pengkajian.

Merupakan tahapan proses keperawatan yang bertujuan mengumpulkan data tentang perilaku pasien dan memutuskan apakah koping pasien adaptif atau maladaptif.

#### 2.3.4.2.Diagnosa keperawatan.

Menurut Roy, diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang diperoleh dari suatu perumusan interpretasi data terhadap status adaptasi seseorang yang dihubungkan antara perilaku dengan beberapa stimulus yang berkaitan. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien nefrolitiasis menurut diagnosa keperawatan dari SDKI dan diangkat berdasarkan empat mode adaptasi diantaranya adalah :

1. Mode fisiologis

   Diagnosa keperawatan pada mode fisiologis antara lain :

   a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera mekanik (D.0077)
   b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara masukan dan kebutuhan oksigen akibat anemia dan kelelahan (D.0056)

c. Ansietas berhubungan dengan kondisi penyakit (nefrolitiasis) (D.0080)
d. Risiko infeksi berhubungan dengan imunosupresi (D.0142)
e. Risiko penurunan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan oksigen jaringan akibat anemia (D.0015)
f. Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan ureum (D.0139)

2. Mode konsep diri

   Diagnosa yang biasa muncul adalah ansietas berhubungan dengan krisis situasi terkait dengan proses penyakit, pengobatan dan perawatan yang akan dijalani.

3. Mode fungsi peran

   Diagnosa pada mode ini adalah perubahan peran berhubungan dengan penyakit kronis dan hospitalisasi, tidak dapat menjalankan peran dengan baik.

4. Mode interdependensi

   Diagnosa yang muncul adalah koping tidak efektif berhubungan dengan krisis situasi akibat penyakit kronis dan pengobatan yang lama dan kompleks; kurang pengetahuan tentang koping yang efektif.

**2.3.4.3.Intervensi.**

Intervensi keperawatan dilakukan dengan tujuan, mengubah atau memanipulasi stimulus fokal, kontekstual dan residual, juga difokuskan pada koping individu atau zona adaptasi, sehingga seluruh rangsang sesuai dengan kemampuan individu untuk beradaptasi. Tindakan keperawatan berusaha membantu stimulus menuju perilaku adaptif.

#### 2.3.4.4.Evaluasi.

Evaluasi merupakan penilaian efektifitas terhadap intervensi keperawatan sehubungan dengan tingkah laku pasien. Perawat harus mengkaji tingkah laku pasien setelah diimplementasi. Intervensi keperawatan dinilai efektif jika tingkah laku pasien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan.

## 2.4. Laporan Dan Analisis Kasus Kelolaan

### 2.4.1. Gambaran kasus akut.

Pasien inisial Tn.Z usia 51 tahun dengan no RM 01202472 agama Islam bekerja sebagai pegawai swasta pendidikan terakhir S1 beralamat di Menteng Raya Panjang RT 15 RW 06. Pasien dirawat dengan diagnosa medis nefrolitiasis dextra post PCNL H+1 on HD. Pasien datang ke RSPAD Gatot Soebroto tanggal 01 Januari 2025 melalui poli bedah urologi untuk melakukan penjadwalan operasi PCNL dextra pada tanggal 03 Januari 2025 jam 10.30 WIB. Pada jam 14.10 WIB pasien di pindahkan ke Paviliun Eri Soedewo lantai 5 dengan keluhan nyeri pinggang kanan saat beraktivitas dan istirahat dengan skala nyeri 3 (ringan) yang dirasakan hilang timbul dan merasa cemas karena akan melakukan tindakan operasi. Pasien rencana HD besok. Hasil CT Scan abdomen non kontras pada tanggal 22 Oktober 2024 didapatkan hasil batu ginjal kaliks inferior kanan uk 16x18 mm (HU1255). Pasien memiliki kebiasaan minum kopi sehari 2 gelas dan sering minum-minuman yang bersoda seperti sprite, merokok ±15 tahun yang lalu dan sudah berhenti sejak sakit ± sejak bulan Oktober 2024. Pasien mengatakan semenjak mengetahui memiliki darah tinggi sering minum rebusan daun seledri seminggu 3-4 kali sebanyak ±150 cc setiap minum. Air minum yang dikonsumsi keluarga adalah air rebusan dari sumur dan jarang beli air isi ulang namun semenjak sakit pasien lebih sering minum air galon. Pasien mengatakan mengetahui jika harus membatasi asupan cairan namun

terkadang tidak biasa menahan rasa haus sehingga minum berlebih, pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara menghitung kebutuhan cairan pada pasien HD. Pada tanggal 02 Januari 2025 nilai Hb pasien 9.7 g/dL (13,0-18,0 g/dL) sehingga pada jam 10.27 WIB pasien dilakukan tranfuasi darah PRC 300 ml dengan golda O rh positif.

### 2.4.2. Pengkajian data dasar.

#### 2.4.2.1.Keluhan utama.

Pasien datang ke RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 01 Januari 2025 melalui poli bedah urologi untuk melakukan penjadwalan operasi PCNL dextra pada tanggal 03 Januari 2025 jam 10.30 WIB. Pasien mengeluh nyeri pinggang kanan saat beraktivitas dan istirahat dengan skala nyeri 3 (ringan) yang dirasakan hilang timbul memberat sejak ± 3 bulan yang lalu. Sebelumnya pasien berobat ke IPD di RS Budi Asih pada November 2024 dikatakan harus HD seminggu 2 kali. Hasil GFR 10,56 ml/mnt/1.73m$^2$ (CKD stg V), Kreatinin 5,71 mg/dL (0.5-1.5). Dari hasil CT Scan abdomen non kontras pada tanggal 22 Oktober 2024 didapatkan hasil batu ginjal kaliks inferior kanan uk 16x18 mm (HU1255). Pasien juga mengalami oedema pada kedua tungkai kaki sejak bulan September 2024. Pasien memiliki kebiasaan minum kopi sehari 2 gelas dan sering minum-minuman yang bersoda seperti sprite, merokok ±15 tahun yang lalu dan sudah berhenti sejak sakit ± sejak bulan Oktober 2024. Pasien mengatakan semenjak mengetahui memiliki darah tinggi sering minum rebusan daun seledri seminggu 3-4 kali sebanyak ±150 cc setiap minum. Air minum yang dikonsumsi keluarga adalah air rebusan dari sumur dan jarang beli air isi ulang namun semenjak sakit pasien lebih sering minum air galon.

**Pembahasan :**

Pada pasien batu ginjal, keluhan nyeri pinggang kanan dan oedema pada kaki merupakan manifestasi klinis yang saling berkaitan dengan gangguan struktural dan fungsional ginjal. Nyeri pinggang kanan umumnya terjadi akibat adanya batu ginjal yang menyebabkan obstruksi aliran urin, baik pada pelvis renalis maupun ureter. Obstruksi ini menimbulkan peningkatan tekanan intrarenal sehingga meregangkan kapsul ginjal yang kaya akan ujung saraf nyeri. Rangsangan tersebut dirasakan pasien sebagai nyeri tumpul hingga kolik yang terlokalisasi di daerah pinggang kanan dan dapat menjalar ke abdomen bawah atau lipat paha. Pada kondisi tertentu, nyeri juga dapat dipicu oleh proses inflamasi akibat iritasi mukosa saluran kemih atau infeksi yang sering menyertai batu ginjal.

Sementara itu, pembengkakan pada kaki (edema perifer) pada pasien batu ginjal terjadi akibat penurunan fungsi ginjal dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit. Kerusakan ginjal menyebabkan kemampuan filtrasi glomerulus menurun, sehingga ekskresi natrium dan air menjadi tidak optimal. Akibatnya, terjadi retensi cairan di dalam tubuh yang kemudian berpindah ke jaringan interstisial, terutama pada ekstremitas bawah yang dipengaruhi oleh gravitasi. Selain itu, penurunan kadar albumin akibat proteinuria, yang menyebabkan tekanan onkotik plasma menurun sehingga cairan lebih mudah keluar dari pembuluh darah dan menimbulkan edema pada kaki.

Hal ini memperberat kondisi pasien, karena obstruksi yang berkepanjangan dapat mempercepat kerusakan ginjal dan memperburuk retensi cairan. Dengan demikian, nyeri pinggang kanan mencerminkan masalah obstruktif dan inflamasi pada ginjal, sedangkan bengkak pada kaki merupakan tanda gangguan sistemik

akibat penurunan fungsi ginjal. Kedua gejala ini menunjukkan perlunya penanganan komprehensif untuk mengurangi nyeri, memperbaiki aliran urin, serta mengontrol keseimbangan cairan guna mencegah komplikasi lebih lanjut.

**2.4.2.2.Keluhan saat pengkajian.**

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 04 Januari 2025 pasien mengatakan nyeri pada pinggang kanan post op PCNL hari pertama. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data : Nyeri saat beraktivitas dan istirahat yang dirasakan seperti nyut-nyutan pada bagian pinggang kanan dengan skala nyeri yang dirasakan 2 (ringan) hilang timbul ±5 menit. Pasien mengatakan cemas dan khawatir akan kondisi kesehatannya karena harus menjalankan tindakan hemodialisis untuk mempertahankan kondisi kesehatannya.

**Pembahasan :**

Pada hari pertama pasca operasi PCNL, nyeri pinggang kanan yang dirasakan pasien merupakan respons fisiologis tubuh terhadap trauma jaringan akibat tindakan pembedahan. Prosedur PCNL melibatkan pembuatan jalur akses perkutan dari kulit menuju ginjal untuk mengeluarkan batu, sehingga menyebabkan kerusakan jaringan kulit, jaringan subkutan, otot, hingga parenkim ginjal. Trauma jaringan ini memicu proses inflamasi lokal yang ditandai dengan pelepasan mediator kimia seperti prostaglandin, bradikinin, histamin, dan substansi P, yang berperan dalam menstimulasi dan meningkatkan sensitivitas nosiseptor (reseptor nyeri).

Stimulasi nosiseptor tersebut diteruskan melalui serabut saraf aferen menuju sistem saraf pusat dan dipersepsikan sebagai nyeri di area pinggang kanan. Pada

fase post operasi hari pertama, proses inflamasi masih berlangsung meskipun mulai menurun, sehingga nyeri yang dirasakan pasien bersifat ringan dengan skala nyeri 2, namun tetap muncul terutama saat beraktivitas maupun saat istirahat. Aktivitas fisik, seperti perubahan posisi atau mobilisasi, dapat meningkatkan tekanan dan peregangan pada area luka operasi serta jaringan sekitar ginjal, sehingga memicu timbulnya nyeri. Karakter nyeri yang dirasakan pasien seperti nyut-nyutan menunjukkan adanya peningkatan aliran darah dan denyutan pembuluh darah di area inflamasi, yang merupakan bagian dari proses penyembuhan jaringan.

Nyeri yang hilang timbul dengan durasi ±5 menit menandakan bahwa rangsangan nyeri bersifat intermiten dan masih dalam batas wajar pada fase penyembuhan pasca bedah. Selain itu, kemungkinan adanya sisa iritasi akibat pemasangan nefrostomi atau manipulasi alat selama prosedur PCNL juga dapat berkontribusi terhadap timbulnya sensasi nyeri pada pinggang kanan. Secara keseluruhan, nyeri pinggang kanan pada pasien post operasi PCNL hari pertama merupakan nyeri akut pasca bedah yang disebabkan oleh kombinasi trauma jaringan, proses inflamasi yang masih berlangsung, dan respon tubuh terhadap penyembuhan, dengan intensitas ringan dan pola nyeri yang sesuai dengan fase pemulihan pasca operasi.

**2.4.2.3.Riwayat kesehatan dahulu.**

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi terkontrol sejak ± 10 tahun yang lalu dan rutin minum obat candesartan 16 mg setiap malam hari. Dari hasil CT Scan abdomen non kontras pada tanggal 22 Oktober 2024 didapatkan hasil batu

ginjal kaliks inferior kanan uk 16x18 mm (HU1255). Pasien berobat ke IPD di RS Budi Asih sejak November 2024 dan dikatakan harus HD 2 kali seminggu setiap hari Senin dan Kamis dengan hasil laboratorium GFR 10,56 ml/mnt/1.73m2 (CKD stg V), Kreatinin 5,71 mg/dL (0.5-1.5). Pasien rutin HD 2x/minggu (Senin-Kamis) di RSPAD sejak Desember 2024.

**Pembahasan :**

Hipertensi merupakan faktor resiko penurunan fungsi ginjal. Peningkatan *Renin-Angiotensin-Aldosteron System* (RAAS) adalah salah satu jalur utama yang terlibat dalam regulasi tekanan darah dan homeostasis cairan tubuh. Pada kondisi penyakit ginjal kronis, aktivasi berlebihan dari sistem ini dapat terjadi terutama sebagai respons terhadap penurunan aliran darah ke ginjal atau kerusakan ginjal. Penyebabnya adalah peningkatan produksi angiotensin II, yang memiliki efek vasokonstriktor dan menyebabkan retensi garam dan air. Akumulasi garam dan air ini meningkatkan volume cairan dalam sirkulasi yang pada gilirannya terjadi peningkatan tekanan darah. Selain itu, angiotensin II juga menyebabkan vasokonstriksi arteriol eferen ginjal yang dapat meningkatkan tekanan dalam glomerulus dan menyebabkan kerusakan progresif pada ginjal. Selain mekanisme RAAS, aktivitas simpatis yang berlebihan juga dapat terjadi pada pasien dengan penyakit ginjal kronis. Hal ini dapat mengakibatkan vasokonstriksi sistemik yang lebih lanjut, meningkatkan tekanan darah, dan berkontribusi pada kerusakan ginjal lebih lanjut.

Seiring dengan perjalanan penyakitnya, pasien kemudian berobat ke Instalasi Penyakit Dalam (IPD) di RS Budi Asih dan dinyatakan memerlukan terapi hemodialisis (HD). Keputusan untuk menjalani HD menunjukkan bahwa fungsi

ginjal pasien telah mengalami penurunan yang signifikan sehingga tidak lagi mampu menjalankan fungsi filtrasi dan ekskresi secara optimal. Pemeriksaan penunjang berupa CT scan selanjutnya mengonfirmasi adanya batu ginjal, yang dapat memperberat kerusakan ginjal melalui mekanisme obstruksi aliran urin dan peningkatan tekanan intrarenal. Kondisi ini berpotensi mempercepat progresivitas penyakit ginjal kronik hingga mencapai stadium lanjut. Sejak Desember 2024, pasien menjalani terapi hemodialisis secara rutin sebanyak dua kali dalam seminggu, yaitu setiap hari Senin dan Kamis, di RSPAD. Pelaksanaan HD secara teratur bertujuan untuk menggantikan sebagian fungsi ginjal yang telah menurun, khususnya dalam mengeluarkan sisa metabolisme, menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, serta mengontrol gejala uremia. Kepatuhan menjalani jadwal HD menunjukkan adanya upaya adaptasi terhadap kondisi penyakit kronik yang dialaminya.

#### 2.4.2.4.Riwayat kesehatan keluarga.

Dalam anggota keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien yang dialami pasien saat ini. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti darah tinggi dan gula darah serta tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC, dll.

### 2.4.3. Penerapan model adaptasi roy.

#### 2.4.3.1.Model fisiologis.

1. **Oksigenasi**

   Berdasarkan pengkajian perilaku pada data oksigenasi diperoleh data subjektif, pasien tidak mengeluh sesak nafas. Data objektif, pasien bernafas

secara spontan, tidak ada pernafasan cuping hidung, CRT ≤2 detik, konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC. Hasil pemeriksaan fisik paru pada inspeksi didapatkan hasil simetris kiri kanan, pengembangan thorak sama antara kiri dan kanan kemudian pada palpasi didapatkan hasil taktil fremitus sama antara kiri dan kanan, perkusi sonor pada semua lapang paru dan auskultasi vesikuler pada semua lapang paru. Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 03 Januari 2025 nilai Hb 10.7 g/dL. Hasil pemeriksaan radiologi konvensional tanpa kontras thorax PA LAT pada tanggal 13 Desember 2024 didapatkan hasil sebagai berikut : Jantung : CTR 53% membesar ke kiri, pinggang konkaf. Pada fhoto lateral, ruang retrokardial sebagian terisi bayangan jantung. Aorta dan mediastinum superior tidak melebar. Kalsifikasi di dinding arcus aorta. Trakea di tengah. Kedua hill baik. Corokan bronkovaskuler kedua paru baik. Tampak ground glass opacity di lapangan atas, tengah dan bawah perifer kedua paru. Kedua hemidiafragma licin. Kedua sinus kostofrenikus lancip. Tulang-tulang kesan intak. Terpasang CDL ujung setinggi Th 7-8 (proyeksi cavoatrial junction). Kesan : Kardiomegali. Kalsifikasi di dinding arcus aorta. Tidak tampak kelainan di kedua paru. Terpasang CDL, ujung setinggi Th 7-8 (Proyeksi cavoatral junction).

Berdasarkan pengkajian perilaku pada data sirkulasi diperoleh data subjektif, pasien mengatakan tidak mengalami nyeri dada. Pasien mengatakan memiliki riwayat darah tinggi terkontrol sejak ± 10 tahun yang lalu. Data objektif, CRT ≤2 detik. Konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC. Hasil pemeriksaan fisik

jantung didapatkan data : inspeksi, ictus cordis tidak terlihat. Palpasi, ictus cordis teraba di ICS 5 sinistra. Perkusi, redup batas jantung atas 2 jari ICS 2 medial sternum dan batas bawah jantung ICS 5 mid clavicula sinistra. Auskultasi, bunyi jantung BJ 1 dan BJ 2 normal terdengar di ICS 5 mid clavicula sinistra, BJ 2>BJ1 di ICS 2 parasternal dextra et sinistra, BJ1>BJ2 di ICS V mid clavicula sinistra, Suara jantung normal tidak ada suara jantung tambahan. Pasien diberikan obat oral : candesartan 1x16 mg dan clonidine 2x0.15 mg.

Stimulus fokal : Adaptif

Stimulus kontekstual : Adaptif

Stimulus residual : Adaptif

Masalah keperawatan yang muncul : Tidak ada

**2. Nutrisi**

Berdasarkan pengkajian perilaku pada data nutrisi diperoleh data subjektif, pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan tertentu. Pasien mengatakan tidak mengalami mual maupun muntah. Pasien mengatakan menghabiskan semua porsi makanan yang disediakan RS. Hasil pemeriksaan fisik abdomen didapatkan hasil : inspeksi, tidak ada lesi, benjolan dan asites. Auskultasi, bising usus 16x/menit. Palpasi, tidak ada distensi abdomen. Perkusi, shifting dullness (-) fluid wave (-). Antropometri : TB 165 cm, BB 60 kg. IMT = 22,0 kg/$m^2$ (Kategori BB normal=18,5-22,9). LILA =23 cm. LP = 80 cm. BBI = 58,5 kg. Kebutuhan kalori : 1755-87,75+175,5+175,5= 2018,25 kkal/hari. Pembagian diit : Pagi 20% (403,65)+Siang 30% (605,47)+Sore 25% (504,56). Snack : Pagi 15% (302,73)+ Sore 10% (201,82). Biomedical tanggal 05 Januari 2025 : albumin 2.7 g/dL. Clinical :

Mual (-) muntah (-). Diet : Pasien mendapatkan diet rendah purin sebanyak 3x/hari.

Stimulus fokal : Adaptif

Stimulus kontekstual : Adaptif

Stimulus residual : Adaptif

Masalah keperawatan yang muncul : Tidak ada

**3. Eliminasi**

Berdasarkan pengkajian perilaku pada data eliminasi diperoleh data subjektif pasien mengatakan BAK 5-6 kali dengan produksi urin ±700cc/24 jam bewarna kuning. Pasien mengatakan BAB sehari sekali dengan konsistensi lunak bewarna kuning kecokelatan. Nyeri kandung kemih (-).

Stimulus fokal : Adaptif

Stimulus kontekstual : Adaptif

Stimulus residual : Adaptif

Masalah keperawatan yang muncul : Tidak ada

**4. Aktivitas dan istirahat**

Berdasarkan pengkajian perilaku pada data aktivitas dan istirahat diperoleh data subjektif, pasien mengatakan dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari dapat dilakukan secara mandiri. Pasien mengatakan tidak mengalami keluhan seperti pusing ketika melakukan pergerakan seperti dari posisi berbaring ke duduk dll. Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan tidur. Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur. Pasien mengatakan selama sakit lebih banyak tidur dengan kebiasan tidur pada malam hari dari jam 21.00 WIB sampai jam 05.00 WIB total : 8 jam, Siang : dari jam 14.00

WIB sampai jam 15.00 WIB total : 1 jam, sehingga jika dijumlahkan jam tidur pasien 9 jam. Data objektif : Skor *bartel index* 14 (12-19 : Ketergantungan ringan).

Tonus otot : 5555 | 5555
5555 | 5555

Stimulus fokal : Adaptif

Stimulus kontekstual : Adaptif

Stimulus residual : Adaptif

Masalah keperawatan yang muncul : Tidak ada

**5. Proteksi dan perlindungan**

Berdasarkan pengkajian perilaku pada data proteksi dan perlindungan diperoleh data subjektif, pasien mengatakan tidak demam. Pasien mengatakan tidak pusing. Akral teraba hangat. Tugor kulit baik. TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC. Skor morse risiko rendah untuk jatuh : ≤25.

Stimulus fokal : Adaptif

Stimulus kontekstual : Adaptif

Stimulus residual : Adaptif

Masalah keperawatan yang muncul : Tidak ada

**6. Sensori**

Berdasarkan pengkajian perilaku pada data sensori diperoleh data subjektif, pasien mengatakan nyeri pada pinggang kanan post op PCNL hari pertama saat beraktivitas dan istirahat yang dirasakan seperti nyut-nyutan dengan

skala nyeri yang dirasakan 2 (ringan) hilang timbul ±5 menit. Pasien mengatakan sedikit terbatas dalam melakukan pergerakan karena nyeri. Pada data objektif, pasien terlihat meringis (skala nyeri 3=ringan). Terpasang nefrostomi dextra. TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC. Pasien diberikan obat intravena : PCT 2x1 gr

Stimulus fokal : Post PCNL H+1

Stimulus kontekstual : Batu ginjal kanan uk 16x18mm

Stimulus residual : HT, merokok, minuman herbal

Masalah keperawatan yang muncul : Nyeri akut

**Pembahasan :**

Nyeri akut pada pasien batu ginjal pasca tindakan PCNL merupakan masalah keperawatan yang sering ditemukan. Nyeri ini timbul sebagai respons terhadap trauma jaringan akibat prosedur invasif PCNL, yang melibatkan penetrasi kulit, otot, dan parenkim ginjal untuk mengeluarkan batu. Kerusakan jaringan tersebut menstimulasi reseptor nyeri sehingga memicu respon nyeri akut yang dapat dirasakan pasien pada area pinggang atau flank, terutama pada sisi tindakan. Adanya pemasangan nefrostomi pasca PCNL dapat meningkatkan ketidaknyamanan dan nyeri akibat iritasi jaringan, spasme otot, serta tarikan pada area luka. Nyeri biasanya diperberat saat pasien bergerak atau saat dilakukan perawatan luka dan drainase, sehingga berpotensi mengganggu mobilisasi dini dan pemulihan pascatindakan.

Nyeri akut yang tidak terkontrol dapat berdampak pada peningkatan respons stres, seperti peningkatan tekanan darah dan denyut jantung yang berisiko memperberat kondisi pasien dengan riwayat hipertensi dan gangguan fungsi ginjal. Pemilihan dan pemberian analgetik juga harus dilakukan secara hati-

hati karena keterbatasan fungsi ginjal dalam metabolisme dan ekskresi obat, sehingga berisiko menimbulkan efek samping atau toksisitas.

Oleh karena itu, nyeri akut pada pasien batu ginjal pasca PCNL memerlukan pengkajian yang komprehensif, meliputi lokasi, intensitas, karakteristik, serta faktor yang memperberat dan mengurangi nyeri. Penatalaksanaan nyeri tidak hanya berfokus pada pemberian farmakologis yang aman bagi fungsi ginjal, tetapi juga mencakup intervensi nonfarmakologis seperti posisi nyaman, teknik relaksasi, distraksi, dan edukasi pasien. Pendekatan yang tepat diharapkan dapat menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta mendukung proses penyembuhan dan kualitas hidup pasien.

**7. Cairan elektrolit dan asam basa**

Berdasarkan pengkajian perilaku pada data elektrolit dan asam basa diperoleh data subjektif, pasien mengatakan minum sebanyak 1500 ml/24 jam. Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang pembatasan cairan pada pasien HD. Pasien mengatakan mengetahui jika minumnya harus dibatasi (600 ml/24 jam) namun pasien kadang minum berlebih karna tidak dapat menahan rasa haus. Kebutuhan cairan pasien = 1300 ml/24 jam. Data objektif, intake 2000 ml/24 jam yang didapat dari IVFD NaCl 500 ml/24 jam, minum 1500ml/24 jam. Output 1350 ml/24 jam yang didapat dari urin 700 ml, IWL 600 ml. Balance cairan +700 ml/24 jam. Terdapat oedema pada kedua tungkai kaki derajat +1. Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 03 Januari 2025 didapatkan hasil ureum 64 mg/dL. Kreatinin

5.71 mg/dL. GFR 82.80 ml/menit/1.73m$^2$. Natrium 137 mmol/L. Kalium 4.1 mmol/L. Klorida 106 mmol/L.

Stimulus fokal : Ketidakseimbangan cairan

Stimulus kontekstual : Disfungsi ginjal

Stimulus residual : CKD on HD

Masalah keperawatan yang muncul : Hipervolemia

**Pembahasan :**

Hipervolemia merupakan masalah kesehatan yang sering terjadi pada pasien HD. Kondisi ini muncul akibat penurunan atau hilangnya fungsi ginjal dalam mengatur keseimbangan cairan, sehingga ginjal tidak mampu mengekskresikan kelebihan cairan secara adekuat. Pada pasien HD, mekanisme filtrasi glomerulus menurun drastis, menyebabkan retensi natrium dan air di dalam tubuh. Hipervolemia juga dipengaruhi oleh ketergantungan terhadap terapi hemodialisis sebagai satu-satunya cara pengeluaran cairan. Ketika asupan cairan melebihi kemampuan ultrafiltrasi selama HD, maka cairan akan terakumulasi di ruang intravaskular dan interstisial. Kondisi ini sering diperberat oleh ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan, rasa haus berlebih akibat uremia, serta durasi HD yang masih terbatas.

Secara klinis, hipervolemia pada pasien HD dapat ditandai dengan peningkatan berat badan interdialitik, edema perifer, peningkatan tekanan darah, distensi vena leher, dan sesak napas akibat kongesti paru. Retensi cairan yang berlanjut akan meningkatkan beban kerja jantung, sehingga berisiko menimbulkan komplikasi seperti gagal jantung, edema paru, dan hipertensi yang tidak terkontrol. Dari sudut pandang keperawatan,

hipervolemia mencerminkan ketidakseimbangan antara intake dan output cairan yang berhubungan dengan gangguan fungsi ginjal dan keterbatasan proses dialisis. Oleh karena itu, peran perawat sangat penting dalam melakukan monitoring balance cairan, berat badan harian, tanda-tanda edema, tekanan darah, serta memberikan edukasi mengenai pembatasan cairan dan diet rendah natrium. Manajemen hipervolemia yang tidak optimal dapat memperburuk kondisi pasien dan menurunkan kualitas hidup.

**8. Neurologis**

Berdasarkan pengkajian perilaku pada data neurologis diperoleh data subjektif, pasien mengatakan dapat mencium aroma dengan baik, tidak mengalami gangguan penglihatan. Pasien mengatakan dapat merasakan sensasi benda tumpul di daerah dahi, pipi, dan rahang bawah yang diberikan perawat. Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pendengaran. Pasien mengatakan dapat membedakan rasa manis, asin, asam, dan pahit. Pasien mengatakan dapat menggerakan kepala ke arah atas, bawah, ka/ki tanpa keluhan. Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan bicara. Data objektif, Sekret (-), Fungsi penghindu normal. Lapang pandang normal. Daya penglihatan normal. Nistagmus (-). Ptosis (-). Pupil isokor 3mm/3mm. Reflek cahaya (+). Serumen (-). Test bisik (+). Test past ponting test (+). Disartria (-).

Stimulus fokal : Adaptif

Stimulus kontekstual : Adaptif

Stimulus residual : Adaptif

Masalah keperawatan yang muncul : Tidak ada

**9. Endokrin**

Berdasarkan pengkajian perilaku pada data endokrin diperoleh data subjektif, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit tiroid. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat DM. Data objektif : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.

Stimulus fokal : Adaptif

Stimulus kontekstual : Adaptif

Stimulus residual : Adaptif

Masalah keperawatan yang muncul : Tidak ada

**2.4.3.2.Model adaptasi konsep diri.**

1. Perkembangan diri

   Berdasarkan data perkembangan diri mencerminkan pasien dapat beradaptasi diperoleh dari data subjektif, pasien mengatakan saat ini seorang suami sekaligus ayah bagi anak-anaknya. Saat ini pasien fokus pada kesembuhannya agar lekas pulih supaya bisa segera berkumpul sama keluarga dirumah.

   Stimulus fokal : Adaptif

   Stimulus kontekstual : Adaptif

   Stimulus residual : Adaptif

   Masalah keperawatan yang muncul : Tidak ada

2. Fokus diri

   Berdasarkan data fokus diri mencerminkan pasien maladaptif diperoleh dari data subjektif, pasien mengatakan sudah mengetahui bahwa minumnya harus di batasi namun terkadang tidak bisa menahannya karena merasa haus yang

berlebih, pasien mengatakan tidak mengetahui tentang bagaimana cara menghitung kebutuhan cairan pada pasien HD sesuai kondisi kesehatannya. Pasien juga merasakan cemas terkait kondisi kesehatannya dan harus menjalankan tindakan HD seumur hidupnya, pasien baru mengetahui terdiagnosa CKD sejak Desember 2024. Hasil penilaian tingkat kecemasan pasien menggunakan STAI-S didapatkan skor 46 (kecemasan sedang).

Stimulus fokal : Inadekuat manajemen cairan

Stimulus kontekstual : Risiko overload

Stimulus residual : CKD on HD

Masalah keperawatan yang muncul : Manajemen kesehatan tidak efektif dan kecemasan.

**Pembahasan :**

Pasien HD mengalami manajemen kesehatan tidak efektif karena beban *self-management* yang kompleks seperti mengkonsumi obat yang banyak, diet, kontrol lab dan melakukan tindakan dialisis, kurang pengetahuan tentang regimen penyakit, masalah psikososial, serta hambatan sosial-ekonomi. Hambatan-hambatan ini menyebabkan *missed medication*, kontrol tekanan darah yang buruk, dan komplikasi metabolik (hiperkalemia, overload cairan) yang mempercepat progresi penyakit.

Pasien yang baru menjalani HD sangat rentan mengalami kecemasan karena berada pada fase awal menghadapi penyakit kronis yang bersifat progresif dan mengancam kehidupan. Pada tahap ini, pasien belum memiliki pengalaman dan mekanisme koping yang adekuat dalam menghadapi perubahan kondisi kesehatannya. Kecemasan muncul sebagai respons terhadap ketidakpastian prognosis penyakit, ketergantungan seumur hidup

pada mesin hemodialisis, serta kekhawatiran akan komplikasi dan kematian. Proses HD yang bersifat invasive melibatkan jarum, mesin, dan durasi terapi yang panjang sering dipersepsikan pasien sebagai sesuatu yang menakutkan dan membebani secara psikologis, terutama pada pasien yang baru pertama kali menjalani terapi.

Selain itu, tindakan HD menimbulkan perubahan besar dalam gaya hidup dan peran sosial pasien. Pembatasan cairan dan diet, jadwal HD yang ketat, serta penurunan kemampuan bekerja dapat menimbulkan perasaan kehilangan kontrol dan ketergantungan pada orang lain. Kondisi ini memicu rasa takut, khawatir, dan tidak berdaya yang memperberat kecemasan. Faktor fisiologis juga berperan dalam timbulnya kecemasan. Akumulasi toksin uremik, kelelahan, dan gangguan tidur yang sering dialami pasien dapat memengaruhi keseimbangan neurohormonal, sehingga memperkuat respons emosional terhadap stres. Kombinasi antara stres fisik dan psikologis menyebabkan pasien menunjukkan respons adaptasi yang belum efektif.

3. Identitas diri

   Berdasarkan data identitas diri mencerminkan pasien dapat beradaptasi diperoleh dari data subjektif, pasien terbuka terhadap informasi yang diberikan petugas medis, pasien juga tidak merasa malu dan canggung terkait kondisinya saat ini.

   Stimulus Fokal : Adaptif

   Stimulus Kontekstual : Adaptif

   Stimulus Residual : Adaptif

   Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan yang muncul

**2.4.3.3.Model adaptasi fungsi peran.**

1. Pengembangan peran

   Berdasarkan data pengembangan peran mencerminkan pasien maladaptif diperoleh dari data subjektif, pasien mengatakan sehari-hari berperan sebagai kepala keluarga yang harus menafkahi istri dan anak-anaknya, semenjak terdiagnosa gagal ginjal kronik pasien jarang bekerja karena mudah merasa lelah sedangkan ada kebutuhan yang harus dipenuhi terutama untuk keperluan biaya pengobatan pasien.

   Stimulus Fokal : Jarang bekerja

   Stimulus Konseptual : Kondisi kronis

   Stimulus Residual : Tindakan HD

   Masalah keperawatan : Penampilan peran tidak efektif

   **Pembahasan :**

   Pasien HD bisa kehilangan kemampuan untuk bekerja secara optimal karena gabungan faktor fisiologis (anemia, fatigue, nyeri), kognitif (gangguan konsentrasi), beban terapi (jadwal dialisis), efek samping obat, dan hambatan sosial-ekonomi.

2. Pengambilan peran

   Berdasarkan data pengambilan peran mencerminkan pasien adaptif diperoleh dari data subjektif, pasien mengatakan selama sakit semua kegiatan yang dilakukan sehari-hari digantikan oleh keluraga yang lain.

   Stimulus Fokal : Adaptif

   Stimulus Kontekstual : Adaptif

   Stimulus Residual : Adaptif

   Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan yang muncul

3. Integrasi peran

   Berdasarkan data integrasi peran mencerminkan pasien adaptif diperoleh dari data subjektif, pasien mengatakan selama dirawat dirumah sakit kebutuhan sehari-hari pasien terkadang dibantu sebagian oleh keluarganya

   Stimulus Fokal : Adaptif

   Stimulus Kontekstual : Adaptif

   Stimulus Residual : Adaptif

   Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan yang muncul

**2.4.3.4.Model adaptasi interdepensensi.**

*1.* *Affectional adequacy*

   Berdasarkan data a*ffectional adequacy* mencerminkan pasien adaptif diperoleh dari data subjektif, pasien mengatakan menerima kondisi kesehatan saat ini karena menganggap sebagai ujian yang diberikan oleh Allah SWT dan yakin bisa sembuh, pasien juga mendapatkan support system yang baik dari keluarganya sehingga pasien lebih semangat untuk sembuh

   Stimulus Fokal : Adaptif

   Stimulus Kontekstual : Adaptif

   Stimulus Residual : Adaptif

   Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan yang muncul

*2.* Sumber daya yang adekuat

   Berdasarkan data sumber daya yang adekuat mencerminkan pasien adaptif diperoleh dari data subjektif, pasien mengatakan sudah memahami tentang program terapi yang harus dijalani untuk penyembuhan penyakitnya dan memiliki keluarga yang selalu mensupport dirinya

Stimulus Fokal : Adaptif

Stimulus Kontekstual : Adaptif

Stimulus Residual : Adaptif

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan yang muncul

## LAMPIRAN

### 1. PENGOBATAN

| No | Nama obat | Dosis | Frekuensi | Rute | Manfaat |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Cefoperazone | 1 gr | 2x1 | PI | Obat antibiotik yang berguna untuk mengatasi infeksi bakteri |
| 2. | PCT | 1 gr | 2x1 | PI | Obat untuk meredakan demam dan nyeri |
| 3. | OMZ | 40 mg | 2x1 | PI | Membantu proses penyembuhan jaringan lambung atau kerongkongan yang rusak akibat iritasi dari asam lambung yang berlebih |
| 4. | Vit.K | 10 mg | 3x1 | PI | Membantu proses pembekuan darah. |
| 5. | Adona | 10 mg | 3x1 | PI | Membantu menghentikan pendarahan, mengatasi gangguan pendarahan |
| 6. | Cande | 16 mg | 1x1 | PO | Menurunkan TD tinggi |
| 7. | Clonidine | 0,15mg | 2x1 | PO | Mengobati TD tinggi |

### 2. HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG

| Hasil Laboratorium tanggal 12 Desember 2024 jam 13.11 WIB | | | |
|---|---|---|---|
| Nama test | | | |
| Kimia | Hasil | Nilai rujukan | Satuan |
| **Kimia** | | | |
| Ureum | 173 ↑ | 20-50 | mg/dL |
| Kreatinin | 11.16 ↑ | 0.5-1.5 | mg/dL |
| EGFR | 4.70 | >=90 (normal)<br>60-89 (↓ringan)<br>45-59 (↓ringan-sedang)<br>30-44 (↓sedang-berat)<br>15-29 (↓berat)<br><15 GGK | ml/mnt/1.73m$^2$ |
| **Paket elektrolit** | | | |
| Natrium (Na) | 138 | 135-147 | mmol/L |
| Kalium (K) | 4.2 | 3.5-5.0 | mmol/L |
| Klorida (Cl) | 107 ↑ | 95-105 | mmol/L |
| **Hematologi rutin** | | | |
| Hemoglobin | 9.7 | 13.0-18.0 | g/dL |
| Hematokrit | 28 | 40-52 | % |
| Eritrosit | 3.5 | 4.3-6.0 | juta/L |
| Lekosit | 6310 | 4.800-10.800 | /µL |
| Trombosit | 182000 | 150.000-400.000 | /µL |
| MCV | 80 | 80-96 | fL |
| MCH | 28 | 27-32 | pg |
| MCHC | 34 | 32-36 | g/dL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Prothrombin Time** | | | |
| Kontrol (PT) | 11.4 | | detik |
| Pasien (PT) | 10.1 | 9.3-11.8 | detik |
| **APTT** | | | |
| Kontrol (APTT ACTIN FS) | 25.7 | | detik |
| Pasien (APTT ACTIN FS) | 26.6 | 23.4-31.5 | detik |

| **Hasil Laboratorium tanggal 02 Januari 2025 jam 10.22 WIB** | | | |
|---|---|---|---|
| Nama test Hematologi | Hasil | Nilai rujukan | Satuan |
| **Hematologi lengkap** | | | |
| Hb | 9.7 ↓ | 13,0-18,0 | g/dL |
| Hematokrit | 28 ↓ | 40-52 | % |
| Eritrosit | 3.6 ↓ | 4.3-6.0 | juta/µL |
| Lekosit | 6240 | 4.800-10.800 | /µL |
| Trombosit | 193000 | 150.000-400.000 | /µL |
| **Hitung jenis (Diff)** | | | |
| Basofil (diff) | 0 | 0-1 | % |
| Eosinofil (diff) | 7 ↑ | 1-3 | % |
| Batang (diff) | 2 | 2-6 | % |
| Segmen (diff) | 69 | 50-70 | % |
| Limfosit (diff) | 14 ↓ | 20-40 | % |
| Monosit (diff) | 8 | 2-8 | % |
| NLRC | 4.93 | | |
| MCV | 80 | 80-96 | fL |
| MCH | 27 | 27-32 | pg |
| MCHC | 34 | 32-36 | g/dL |
| RDW | 14.30 | 11.5-14.5 | % |
| **Kimia** | | | |
| **Paket elektrolit** | | | |
| Natrium (Na) | 141 | 135-147 | mmol/L |
| Kalium (K) | 4.3 | 3.5-5.0 | mmol/L |
| Klorida (Cl) | 105 | 95-105 | mmol/L |

| Hasil Laboratorium tanggal 03 Januari 2025 jam 00.46 WIB | | | |
|---|---|---|---|
| Nama test<br>Hematologi | Hasil | Nilai rujukan | Satuan |
| **Hematologi lengkap** | | | |
| Hb | 10.7 ↓ | 13,0-18,0 | g/dL |
| Hematokrit | 31 ↓ | 40-52 | % |
| Eritrosit | 3.9 ↓ | 4.3-6.0 | juta/µL |
| Lekosit | 7750 | 4.800-10.800 | /µL |
| Trombosit | 184000 | 150.000-400.000 | /µL |
| **Hitung jenis (Diff)** | | | |
| Basofil (diff) | 0 | 0-1 | % |
| Eosinofil (diff) | 0 ↓ | 1-3 | % |
| Neutrofil (diff) | 93 ↑ | 50-70 | % |
| Limfosit (diff) | 5 ↓ | 20-40 | % |
| Monosit (diff) | 2 | 2-8 | % |
| MCV | 80 | 80-96 | fL |
| MCH | 28 | 27-32 | pg |
| MCHC | 34 | 32-36 | g/dL |
| RDW | 14.00 | 11.5-14.5 | % |
| **Kimia** | | | |
| Ureum | 64 ↑ | 20-50 | mg/dL |
| Kreatinin | 5.71 ↑ | 0.5-1.5 | mg/dL |
| EGFR | 10.56 | >=90 (normal)<br>60-89 (↓ringan)<br>45-59 (↓ringan-sedang)<br>30-44 (↓sedang-berat)<br>15-29 (↓berat)<br><15 GGK | ml/mnt/1.73m$^2$ |
| **Paket elektrolit** | | | |
| Natrium (Na) | 137 | 135-147 | mmol/L |
| Kalium (K) | 4.1 | 3.5-5.0 | mmol/L |
| Klorida (Cl) | 106↑ | 95-105 | mmol/L |

| Hasil Laboratorium tanggal 06 Januari 2025 jam 16.22 WIB | | | |
|---|---|---|---|
| Nama test<br>**Kimia** | **Hasil** | **Rujukan** | **Satuan** |
| Ureum | 137 ↑ | 20-50 | mg/dL |
| Kreatinin | 10.47 ↑ | 0.5-1.5 | mg/dL |
| EGFR | 5.07 | >=90 (normal)<br>60-89 (↓ringan)<br>45-59 (↓ringan-sedang)<br>30-44 (↓sedang-berat)<br>15-29 (↓berat)<br><15 GGK | ml/mnt/1.73m$^2$ |
| **Paket elektrolit** | | | |
| Natrium (Na) | 140 | 135-147 | mmol/L |
| Kalium (K) | 4.3 | 3.5-5.0 | mmol/L |
| Klorida (Cl) | 104 | 95-105 | mmol/L |

| Pemeriksaan konvensional tanpa kontras thorax PA/AP 21 November 2024 jam 08.16 WIB | | |
|---|---|---|
| **Nama pemeriksaan** | **Ekspertise** | **Preview** |
| konvensional tanpa kontras thorax PA/AP | **Pemeriksaan radiografi toraks dalam proyeksi PA, dengan hasil sbb:**<br>Deskripsi:<br>Jantung ukuran membesar, cardiothoracic ratio 54%. Aorta elongasi dan mediastinum superior tidak melebar.<br>Trakea relatif di tengah. Kedua hilus tidak menebal. Corakan vaskular kedua paru masih baik.<br>Tidak tampak infiltrat maupun nodul.<br>Tampak penebalan pleura pada apical cap kanan. Lengkung diafragma dan sinus kostofrenikus normal.<br>Tulang-tulang yang tervisualisasi optimal kesan intak.<br>**Kesan:**<br>**Kardiomegali dengan elongasi aorta.**<br>**Penebalan pleura apical cap kanan.**<br>md<br><br>*(dr. Nine Devina Kurniasih, Sp.Rad)* |  |

| Pemeriksaan konvensional tanpa kontras thorax PA Lat 13 Desember 2024 jam 12.34 WIB | | |
|---|---|---|
| **Nama pemeriksaan** | **Ekspertise** | **Preview** |
| konvensional tanpa kontras thorax PA Lat | **Telah dilaksanakan Radiografi Thorax AP, dengan hasil sebagai berikut :**<br>Jantung: CTR 53% membesar ke kiri, pinggang konkaf.<br>Pada foto lateral, ruang retrokardial sebagian terisi bayangan jantung.<br>Aorta dan mediastinum superior tidak melebar.<br>Kalsifikasi di dinding arcus aorta.<br>Trakea di tengah. Kedua hili baik.<br>Corakan bronkovaskuler kedua paru baik.<br>Tampak ground glass opacity di lapangan atas, tengah dan bawah perifer kedua paru.<br>Kedua hemidiafragma licin. Kedua sinus kostofrenikus lancip.<br>Tulang-tulang kesan intak.<br>Terpasang CDL ujung setinggi Th7-8 (proyeksi cavoatrial junction).<br>**Kesan :**<br>**Kardiomegali.**<br>**Kalsifikasi di dinding arcus aorta.**<br>**Tidak tampak kelainan di kedua paru.**<br>**Terpasang CDL ujung setinggi Th7-8 (proyeksi cavoatrial junction).**<br><br>*(dr. Sophia Utami, Sp.Rad (K) RA (SUB))* |  |

| Pemeriksaan CT Scan abdomen non kontras 22 Oktober 2024 | | |
|---|---|---|
| **Nama pemeriksaan** | **Ekspertise** | **Preview** |
| CT Scan abdomen non kontras | Tak tampak asites maupun efusi pleura.<br>Kandung empedu bentuk dan ukuran baik, tak tampak batu.<br>Pankreas bentuk dan ukuran baik, tak tampak kalsifikasi.<br>Limpa bentuk dan ukuran baik, densitas homogen. Tak tampak kalsifikasi.<br>Kedua ginjal ukuran mengecil. Tampak multipel batu di kedua ginjal; ukuran terbesar 1,6 x 1,8 cm (rerata densitas 1255 HU) di pole inferior ginjal kanan.<br>Gaster dan usus-usus tak tampak dilatasi patologis.<br>Aorta kaliber baik, tampak kalsifikasi intermitten pada dinding aorta abdominalis dan arteri iliaca komunis bilateral<br>Kelenjar limfe para aorta dan para iliaka sulit dinilai, kesan tidak membesar. Vesika urinaria bentuk dan ukuran baik, tak tampak batu.<br>Kelenjar prostat berukuran 3,4 x 3,7 x 2,9 cm, volume 18,97 mL.<br>Tulang-tulang vertebra thorakolumbal berdegenerasi.<br>**Kesan**<br>**Multipel nefrolithiasis bilateral.**<br>**Contracted kidney bilateral,**<br>**Spondylosis thorakolumbal** |  |

| Pemeriksaan Radiologi Fhoto Polos Abdomen (BNO) 04 Januari 2025 jam 10.36 WIB | | |
|---|---|---|
| **Nama pemeriksaan** | **Ekspertise** | **Preview** |
| Fhoto polos abdomen (BNO) | Preperitoneal fat line sisi kanan kiri baik.<br>Psoas line kesan tegas dan simetris. Kontur kedua ginjal tertutup bayangan usus.<br>Distribusi udara usus mencapai rektum dengan fekal material prominent pada colon ascendens, colon transversum, colon descendens.<br>Tidak tampak dilatasi usus maupun penebalan dinding usus.<br>Tampak bayangan multiple radioopak di hemiabdomen kiri setinggi corpus vertebra Th12-L1.<br>Tampak multiple radioopak pada pelvis minor.<br>Tulang-tulang kesan intak.<br>Tampak terpasang DJ Stent di hemiabdomen kanan dengan tip proximal setinggi corpus vertebra Th12 proyeksi ginjal kanan dan tip distal di pelvis minor proyeksi vesica urinaria. Tak tampak kinking.<br>**Kesan :**<br>**Bayangan multiple radioopak di hemiabdomen kiri setinggi corpus vertebra Th12-L1, DD/ nefrolithiasis kiri, fecalith.**<br>**Multiple radioopak pada pelvis minor, DD/ phlebolith, vesicolithiasis.**<br>**Terpasang DJ Stent in situ. Tak tampak kinking.** |  |

| Bhartel Indexs: | | | |
|---|---|---|---|
| **No** | **Aktivitas** | **Skor** | **Keterangan** |
| 1. | Mengendalikan rangsang pembuangan tinja | 0 | Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar) |
| | | 1 | Kadang-kadang tak terkendali (1x seminggu) |
| | | **2** | Terkendali teratur |
| 2. | Mengendalikan rangsang berkemih | 0 | Tak terkendali atau pakai kateter |
| | | 1 | Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1x/ 24 jam) |
| | | **2** | Mandiri |
| 3. | Membersihkan diri (seka muka, sisir rambut, sikat gigi) | 0 | Butuh pertolongan orang lain |
| | | **1** | Mandiri |
| 4. | Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram) | 0 | Tergantung pertolongan orang lain |
| | | **1** | Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain |
| | | 2 | Mandiri |
| 5. | Makan | 0 | Tidak mampu |
| | | 1 | Perlu ditolong memotong makanan |
| | | **2** | Mandiri |
| 6. | Berubah sikap dari berbaring ke duduk | 0 | Tidak mampu |
| | | 1 | Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) |
| | | **2** | Bantuan minimal 1 orang |
| | | 3 | Mandiri |
| 7. | Berpindah / berjalan | 0 | Tidak mampu |
| | | 1 | Bisa (pindah) dengan kursi roda |
| | | **2** | Berjalan dengan bantuan 1 orang |
| | | 3 | Mandiri |
| 8. | Memakai baju | 0 | Tergantung orang lain |
| | | **1** | Sebagian di bantu (misalnya mengancing baju) |
| | | 2 | Mandiri |
| 9. | Naik turun tangga | 0 | Tidak mampu |
| | | **1** | Butuh pertolongan |
| | | 2 | Mandiri |
| 10. | Mandi | **0** | Tergantung orang lain |
| | | 1 | Mandiri |
| | TOTAL SKOR | 14 | |

Keterangan :
20 : Mandiri
**12-19 : Ketergantungan ringan**
9-11 : Ketergantungan sedang
5-8 : Ketergantungan berat
0-4 : Ketergantungan total

| Skor Penilaian Skala Jatuh Pada Pasien (Morse) | | | |
|---|---|---|---|
| **No** | **Aktivitas** | **Skor** | **Keterangan** |
| 1. | Risiko jatuh | **0** | Tidak |
| | | 25 | Ya |
| 2. | Diagnosis Sekunder | **0** | Tidak |
| | | 15 | Ya |
| 3. | Bantuan Ambulasi | **0** | Tidak ada/ bedrest/ bantuan |
| | | 15 | Kruk/tongkat/walker |
| | | 30 | Furniture |
| 4. | IV/Heparin Lock | 0 | Tidak |
| | | **20** | Ya |
| 5. | Mobilisasi/Gaya berjalan | **0** | Normal/bedrest/kursi roda |
| | | 10 | Lemah |
| | | 20 | Gangguan |
| 6. | Status mental | **0** | Orientasi pada kemampuan sendiri |
| | | 10 | Lupakan keterbatasan |
| **TOTAL SKOR** | | 30 | |

Keterangan :
**Risiko rendah untuk jatuh : ≤25**
Risiko sedang untuk jatuh : 25-45
Risiko tinggi untuk jatuh : ≥45

| Hasil pengkajian dengan Norton | | |
|---|---|---|
| **Indikator** | **Temuan** | **Skor** |
| Kondisi fisik | Baik | 4 |
| | Cukup | 3✓ |
| | Buruk | 2 |
| | Sangat buruk | 1 |
| Kondisi mental | Waspada | 4✓ |
| | Apatis | 3 |
| | Bingung | 2 |
| | Stupor/pingsan/tidak sadar | 1 |
| Kegiatan | Dapat berpindah | 4 |
| | Berjalan dengan bantuan | 3✓ |
| | Terbatas di kursi | 2 |
| | Terbatas ditempat tidur | 1 |
| Mobilitas | Penuh | 4 |
| | Agak terbatas | 3✓ |
| | Sangat terbatas | 2 |
| | Tidak/sulit bergerak | 1 |
| Inkontinensia | Tidak ngompol | 4√ |
| | Kadang kadang | 3 |
| | Urine | 2 |
| | Kencing dan kotoran | 1 |
| Total skor | | 17 |

Skor < 14 : resiko sedang decubitus
Skor <12 : peningkatan resiko 50%
12-14 : sedang
**>14 : kecil**

**Pemeriksaan GCS**

| Eye | | Motorik | | Verbal | |
|---|---|---|---|---|---|
| Skor | | Skor | | Skor | Verbal |
| **4** | Spontan | **6** | Mematuhi perintah | **5** | Orientasi |
| 3 | Terhadap panggilan | 5 | Terlokalisir | 4 | Bingung |
| 2 | Terhadap rangsangan | 4 | Menghindar | 3 | Kata tidak seuai |
| 1 | Tidak ada | 3 | Fleksi abnormal | **2** | Suara tidak jelas |
| | | **2** | Ekstensi | 1 | Tidak ada |
| | | 1 | Tidak ada | | |

Hasil Pemeriksaan GCS 15 ($E_4$ $M_6$ $V_5$)

Keterangan :

**14-15 : Composmentis**
12-13 : Apatis
10-11 : Somnolen
7-9 : Delirium
4-6 : Stupor
1-3 : Koma

| PROGRAM STUDI SPESIALIS KMB<br>FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN<br>UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA | **KUESIONER KECEMASAN**<br>***STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY*- (STAI)** |
|---|---|

| **State Anxiety** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No.** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| 1. | Saya merasa tenang | | | ✓ | |
| 2. | Saya merasa aman | | | ✓ | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakn** |
| 3. | Saya merasa tegang | | | ✓ | |
| 4. | Saya merasa tertekan | | ✓ | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| 5. | Saya merasa nyaman | | | ✓ | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| 6. | Saya merasa kesal | | ✓ | | |
| 7. | Saya merasa khawatir akan mengalami kejadian yang tidak diinginkan | | | ✓ | |
| **No** | **Pertanyaan** | **Skor** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| 8. | Saya merasa puas | | ✓ | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| 9. | Saya merasa takut | | ✓ | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Sama sekali** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **tidak merasakan** | | | |
| 10. | Saya merasa tidak nyaman | | | ✓ | |
| 11. | Saya merasa percaya diri | | | ✓ | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| 12. | Saya merasa gugup | | | ✓ | |
| 13. | Saya merasa gelisah | | | ✓ | |
| 14. | Saya merasa tidak dapat memutuskan sesuatu/ragu-ragu | ✓ | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| 15. | Saya merasa santai | | | ✓ | |
| 16. | Saya merasa cukup dengan kondisi saya saat ini | | | ✓ | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| 17. | Saya merasa khawatir | | | ✓ | |
| 18. | Saya merasa bingung | | | ✓ | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| 19. | Saya merasa kuat dalam menghadapi kondisi saya saat ini | | | ✓ | |
| 20. | Saya merasa senang | | | ✓ | |
| **JUMLAH** | | **49 (Kecemasan Sedang)** | | | |

*Sumber : Spielberger (1983)*

| **KETERANGAN** | | **SKOR** |
|---|---|---|
| Tidak Mengalami Kecemasan | : | 20-29 |
| Kecemasan Ringan | : | 30-39 |
| Kecemasan Sedang | : | 40-49 |
| Kecemasan Berat | : | 50-80 |

## ANALISA DATA

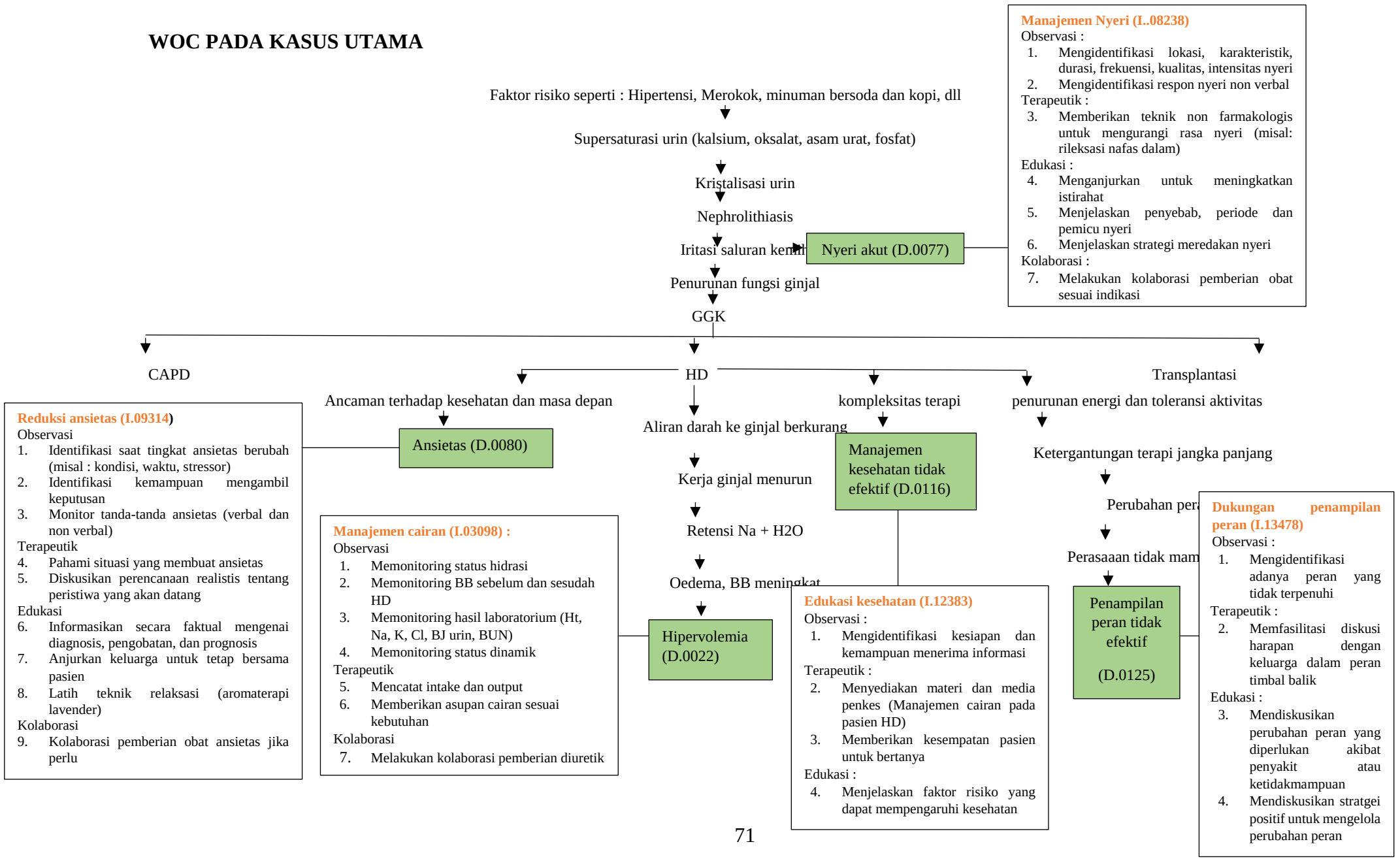
| No | Data | Etiologi | Problem |
|---|---|---|---|
| 1. | DS :<br>1. Pasien mengatakan nyeri post op PCNL hari pertama<br>2. Pasien mengatakan sedikit terbatas melakukan pergerakan karena nyeri<br>3. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyut-nyutan<br>R : Pinggang kanan<br>S : 2 (ringan)<br>T : Hilang timbul ±5i<br>DO :<br>1. Pasien terlihat meringis<br>2. Pasien terpasang nefrostomi dextra<br>3. Rembesan pada area post op PCNL tidak ada<br>4. TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC | Batu ginjal kanan<br>↓<br>Tindakan PCNL<br>↓<br>**Luka inisisi**<br>↓<br>Nyeri akut | Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (post op PCNL) d.d nyeri saat beraktivitas dan istirahat yang dirasakan seperti tertusuk jarum pada bagian pinggang kanan dengan skala nyeri 2 (ringan) dirasakan hilang timbul ± 5 menit (D.0077). |
| 2. | DS :<br>1. Pasien mengatakan bengkak pada kedua tungkai kaki<br>2. Pasien mengatakan terdiagnosa CKD on HD sejak Desember 2024<br>3. Pasien mengatakan minum sebanyak 1500 cc/24 jam padahal sudah mengetahui jika minumnya harus dibatasi<br>4. Pasien mengatakan BB terakhir 60 Kg<br>DO :<br>1. Pitting oedema +1 pada kedua tungkai kaki<br>2. Intake 2000 ml/24 jam yang didapat dari IVFD NaCl 500 ml/24 jam, minum 1500ml/24 jam. Output 1300 ml/24 jam yang didapat dari urin 700 ml, IWL 600 ml. Balance cairan +700 ml/24 jam<br>3. BB post HD 1 60 Kg. BB pre HD 2 61 Kg. IDWG 1.6%<br>4. TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC<br>5. Hasil pemeriksaan lab (03/01/25) :<br>Hb 10.7 g/dl (13.0-18.0)<br>Ht 31% (40-52)<br>GFR 10,56 ml/mnt/1.73m$^2$ (CKD stg V)<br>Kreatinin 5,71 mg/dL (0.5-1.5) | CKD<br>↓<br>Disfungsi ginjal<br>↓<br>**GFR menurun**<br>↓<br>Pelepasan renin angiotensin<br>↓<br>Vasokontriksi, retensi Na, H2O<br>↓<br>Peningkatan tekanan hidrostatik kapiler<br>↓<br>Mendorong cairan keluar dari intravaskuler ke intestinal<br>↓<br>Edema<br>↓<br>Gangguan mekanisme regulasi | Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (CKD on HD) d.d pitting oedema +1 pada kedua tungkai kaki, nilai GFR 10,56 ml/menit/1,73m2 (CKD stg V), kreatinin serum 5,71 g/dL (D.0022) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | DS :<br>1. Pasien mengatakan cemas dan khawatir terkait kondisi kesehatannya saat ini<br>2. Pasien mengatakan terdiagnosa CKD on HD sejak Desember 2024<br>DO :<br>1. Pasien terlihat gelisah<br>2. Pasien selalu bertanya-tanya terkait kondisi kesehatannya<br>3. TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC<br>4. Hasil penilaian tingkat kecemasan menggunakan STAI-S didapatkan skor 49 (Kecemasan Sedang) | on HD<br>↓<br>**Kurang terpapar informasi tentang perubahan status kesehatan**<br>↓<br>Ansietas | Ansietas b.d kurang terpapar informasi (terkait penyakit kronis : on HD) d.d pasien terlihat gelisah (D.0080) |
| 4. | DS :<br>1. Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang pembatasan cairan pada pasien CKD<br>2. Pasien mengatakan sulit melakukan manajemen cairan sehingga loss dari kebutuhan<br>3. Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang cara menghitung kebutuhan cairan pada pasien HD<br>4. Pasien mengatakan HD setiap hari Senin dan Kamis<br>DO :<br>1. TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC<br>2. Kebutuhan cairan pasien 1300 ml/24 jam | RKD dan kebiasaan sehari hari<br>↓<br>Kebiasaan yang sulit dirubah<br>↓<br>Timbul masalah kesehatan<br>↓<br>**Cara mengatasi masalah yang kurang tepat**<br>↓<br>Manajemen kesehatan tidak efektif | Manajemen kesehatan tidak efektif b.d kondisi kronis d.d pasien tidak patuh terhadap manajemen cairan (D.0116) |
| 5. | S :<br>1. Pasien mengatakan berperan sebagai kepala keluarga yang harus menafkahi anggota keluarganya namun semenjak sakit jarang bekerja karna mudah lelah<br>2. Pasien mengatakan selama sakit yang menggantikan perannya dalam mencari nafkah adalah anaknya<br>3. Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan kondisi kesehatannya saat ini<br>4. Pasien mengatakan ikhlas dan berusaha menerima kondisinya saat ini karna menganggap sebagai ujian dari Allah SWT<br>DO :<br>1. Pasien terlihat rileks<br>2. Pasien terlihat tidak gelisah<br>3. Pasien bertanya-tanya kapan dipulang karna sudah rindu dengan anak-anaknya | **HD**<br>↓<br>Peran tidak efektif | Penampilan peran tidak efektif b.d kondisi kronis d.d pasien berperan sebagai kepala keluarga namun semenjak sakit jarang bekerja sehingga di gantikan oleh anggota keluarga yang lain (D.0125) |

**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (post op PCNL H+1) d.d nyeri saat beraktivitas dan istirahat yang dirasakan seperti nyut-nyutan pada bagian pinggang kanan dengan skala nyeri 2 (ringan) dirasakan hilang timbul ± 5 menit (D.0077)
2. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (on HD) d.d pitting oedema +1 pada kedua tungkai kaki, nilai GFR 10,56 ml/menit/1,73m2 (CKD stg V), kreatinin serum 5,71 g/dL (D.0022)
3. Ansietas b.d kurang terpapar informasi (terkait penyakit kronis : on HD) d.d pasien terlihat gelisah (D.0080)
4. Manajemen kesehatan tidak efektif b.d kondisi kronis d.d pasien tidak patuh terhadap manajemen cairan (D.0116)
5. Penampilan peran tidak efektif b.d kondisi kronis d.d pasien berperan sebagai kepala keluarga namun semenjak sakit jarang bekerja sehingga di gantikan oleh anggota keluarga yang lain (D.0125)

# WOC PADA KASUS UTAMA



# INTERVENSI KEPERAWATAN

| No. | Diagnosa | Tujuan dan KH | Intervensi |
|---|---|---|---|
| 1. | Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (post op PCNL) d.d nyeri saat beraktivitas dan istirahat yang dirasakan seperti tertusuk jarum pada bagian pinggang kanan dengan skala nyeri 2 (ringan) dirasakan hilang timbul ± 5 menit (D.0077) | **Tujuan :**<br>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit maka tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan<br>**KH :**<br>1. Nyeri berkurang Dari skala 2 (ringan) menjadi 0 (tidak nyeri)<br>2. Ekspresi wajah tidak meringis | **Manajemen Nyeri (I..08238)**<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi |
| 2. | Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (CKD on HD) d.d pitting oedema +1 pada kedua tungkai kaki, nilai GFR 10,56 ml/menit/1,73m2 (CKD stg V), kreatinin serum 5,71 g/dL (D.0022) | **Tujuan :**<br>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan perfusi nrenal meningkat (L.02013) dengan<br>**KH :**<br>1. Balance cairan seimbang (intake-output)<br>2. TD normal<br>3. 120/90 mmHg<br>4. Nyeri abdomen tidak ada | **Manajemen cairan (I.03098) :**<br>Observasi<br>1. Memonitoring status hidrasi<br>2. Memonitoring BB harian<br>3. Memonitoring BB sebelum dan sesudah HD<br>4. Memonitoring hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN)<br>5. Memonitoring status dinamik<br>Terapeutik<br>6. Mencatat intake dan output<br>7. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>8. Memberikan cairan intravena<br>Kolaborasi<br>9. Melakukan kolaborasi pemberian diuretic |
| 3. | Ansietas b.d kurang terpapar informasi (terkait penyakit kronis : CKD on HD) d.d pasien terlihat gelisah (D.0080) | **Tujuan :**<br>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam menit diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan<br>**KH :**<br>1. Pasien tidak gelisah<br>2. Pasien tidak tegang<br>3. Pasien tidak pucat | **Reduksi ansietas (I.09314)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stressor)<br>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan<br>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)<br>Terapeutik<br>4. Pahami situasi yang membuat ansietas |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 4. Pasien tidak tremor<br>5. Pasien tidak bingung terhadap kondisinya saat ini | 5. Dengarkan dengan penuh perhatian<br>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan<br>7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang<br>Edukasi<br>8. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami<br>9. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis<br>10. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien<br>11. Latih teknik relaksasi (aromaterapi lavender)<br>Kolaborasi<br>12. Kolaborasi pemberian obat ansietas jika perlu |
| 4. | Manajemen kesehatan tidak efektif b.d kondisi kronis d.d pasien tidak patuh terhadap manajemen cairan (D.0116) | **Tujuan :**<br>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit maka manajemen kesehatan meningkat (L.12104)<br>**KH :**<br>1. Menerapkan program perawatan sesuai anjuran dokter atau perawat<br>• Melakukan pembatasan cairan sesuai kebutuhan (500+jumlah urin/24 jam) atau 10xKgBB+jumlah urin/24 jam<br>• Melakukan manajemen cairan | **Edukasi kesehatan (I.12383)**<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi<br>2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi<br>Terapeutik :<br>3. Menyediakan materi dan media penkes (Manajemen cairan pada pasien HD)<br>4. Melakukan peajadwalan penkes sesuai kesepakatan<br>5. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya<br>Edukasi :<br>6. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan |
| 5. | Penampilan peran tidak efektif b.d kondisi kronis d.d pasien berperan sebagai kepala keluarga namun semenjak sakit jarang bekerja sehingga di gantikan oleh anggota keluarga yang lain (D.0125) | **Tujuan :**<br>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit maka penampilan peran membaik (L.13119)<br>**KH :**<br>1. Strategi koping efektif<br>2. Konflik peran tidak ada | **Dukungan penampilan peran (I.13478)**<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi peran yang ada didalam keluarga<br>2. Mengidentifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi<br>Terapeutik :<br>3. Memfasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik<br>Edukasi :<br>4. Mendiskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan<br>5. Mendiskusikan stratgei positif untuk mengelola perubahan peran |

# IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

| 04 JANUARI 2025 HARI PERTAMA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **No** | **Diagnosa keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **Evaluasi tindakan** | **SOAP** | **Paraf** |
| 1 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (post op PCNL H+1) d.d nyeri saat beraktivitas dan istirahat yang dirasakan seperti tertusuk jarum pada bagian pinggang kanan dengan skala nyeri 2 (ringan) dirasakan hilang timbul ± 5 menit (D.0077) | 09.00 WIB | **Manajemen Nyeri (I.08238)**<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri | Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyeri seperti nyut-nyutan<br>R : Nyeri dibagian pinggang kanan<br>S : Dari 1-10, skala nyeri 2 (ringan)<br>T : Nyeri hilang timbul durasi ±5i | Jam 14.00 WIB :<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang<br>2. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyut-nyutan<br>R : Pinggang kanan<br>S : Skala nyeri 1 (ringan)<br>T : Hilang timbul ±2 menit<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat lebih rileks<br>2. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat<br>3. Terpasang nefros pada pinggang kanan terbalut kassa bersih dan kering<br>4. Telah diberikan obat pada jam 12.00 WIB :<br>PCT 1 gr<br>Cefoperazone 1 gr<br>Adona 10 mg<br>Vit.K 10 mg<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8) | <br>Susi |
| | | 09.13 WIB | 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal | Pasien terlihat meringis | | |
| | | 09.14 WIB | 3. Melakukan kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) | Suara berisik | | |
| | | 09.15 WIB | 5. Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat | Pasien terlihat sedang istirahat di atas tempat tidur | | |
| | | 09.16 WIB | 6. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri | Nyeri akibat post op PCNL H+1 terpasang nefros pada pinggang kanan terbalut kassa bersih dan kering | | |
| | | 09.17 WIB | 7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri | Tetap rileks dan tenang | | |
| | | 09.19 WIB | 8. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri | Rileksasi nafas dalam | | |
| | | 12.00 WIB | 9. Melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi | PCT 1 gr<br>Cefoperazone 1 gr<br>Adona 10 mg<br>Vit.K 10 mg | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. | Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (CKD on HD) d.d pitting oedema +1 pada kedua tungkai kaki, nilai GFR 10,56 ml/menit/1,73m2 (CKD stg V), kreatinin serum 5,71 g/dL (D.0022) | 09.20 WIB | **Manajemen cairan (I.03098) :**<br>1. Memonitoring status hidrasi | Tugor kulit lembab | Jam 14.00 WIB<br>S :<br>1. Pasien mengatakan minum 1500 ml/24 jam<br>2. Pasien mengatakan oedema pada kedua tungkai kaki<br>O :<br>1. Kebutuhan cairan pasien 1300 ml/24 jam<br>2. BC +700 ml<br>3. TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 19x/i S 36,5ºC<br>4. Pitting oedema +1 pada kedua tungkai kaki pasien<br>A : Masalah manajemen cairan belum teratasi<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8) | Susi |
| | | 09.21 WIB | 3. Memonitoring BB harian | 60 Kg | | |
| | | 09.22 WIB | 4. Memonitoring BB sebelum dan sesudah HD | Pre HD 2 61 Kg<br>Post HD 1 60 Kg<br>IDWG 1.6% | | |
| | | 09.23 WIB | 5. Memonitoring hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN) | Hasil lab tgl 03/01/2025<br>Hb 10.7 gr/dL (13.0 – 18.0)<br>Ht 31% (40-52)<br>Natrium 137 mmol/L<br>Kalium 4,1 mmol/L<br>Hasil fhoto polos abdomen (BNO) (04/01/25) :<br>Kesan :<br>Bayangan multiple radioopak di hemiabdomen kiri setinggi corpus vertebra Th12-L1, DD/ nefrolithiasis kiri, fecalith.<br>Multiple radioopak pada pelvis minor, DD/ phlebolith, vesicolithiasis.<br>Terpasang DJ Stent in situ. Tak tampak kinking. | | |
| | | 09.24 WIB | 6. Memonitoring status dinamik | TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 19x/i S 36,5ºC | | |
| | | 09.25 WIB | 7. Mencatat intake dan output | Intake 2000 ml/24 jam yang didapat dari IVFD NaCl 500 ml/24 jam, minum 1500ml/24 jam. Output 1300 ml/24 jam yang didapat dari urin 700 ml, IWL 600 ml. Balance cairan +700 ml/24 jam | | |
| | | 09.26 WIB | 8. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan | Kebutuhan cairan pasien 10xKgBB+urin/24jam=10x60+700=1300cc/24 jam | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Ansietas b.d kurang terpapar informasi (terkait penyakit kronis : CKD on HD) d.d pasien terlihat gelisah (D.0080) | 10.00 WIB | **Reduksi ansietas (I.09314)**<br>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stressor) | Pasien merasa cemas dan khawatir akan kondisi kesehatannya saat ini karena terdiagnosa CKD stadium akhir dan harus menjalani tindakan HD seumur hidupnya | Jam 14.00 WIB :<br>S :<br>1. Pasien mengatakan cemas berkurang<br>2. Pasien mengatakan akan berusaha mempertahankan kondisi kesehatannya tetap stabil seperti melakukan manajemen cairan dan diet pada pasien CKD on HD<br>O :<br>1. Pasien terlihat lebih rileks<br>2. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi untuk mengurangi tingkat kecemasan menggunakan aromaterapi lavender dengan bantuan perawat<br>A : Masalah reduksi ansietas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-11) | Susi |
| | | 10.05 WIB | 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan | Pasien mengatakan akan melakukan tindakan HD seumur hidupnya | | |
| | | 10.10 WIB | 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) | Pasien terlihat gelisah dan selalu bertanya-tanya terkait kondisi kesehatannya saat ini | | |
| | | 10.15 WIB | 4. Pahami situasi yang membuat ansietas | Pasien terdiagnosa CKD on HD | | |
| | | 10.00 WIB | 5. Dengarkan dengan penuh perhatian | Pasien mau bercerita dengan perawat terkait apa yang dirasakannya saat ini | | |
| | | 10.20 WIB | 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan | Pasien merasakan cemas jika terus-terusan harus menjalankan tindakan HD | | |
| | | 10.25 WIB | 7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang | Pasien sudah mengetahui jika harus melakukan manajemen cairan supaya kondisi kesehatannya tetap stabil dan akan berusaha untuk melakukannya | | |
| | | 10.30 WIB | 8. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami | Pasien sudah mengetahui jika harus melakukan tindakan HD seminggu 2 kali secara rutin | | |
| | | 10.30 WIB | 9. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis | CKD on HD adalah penyakit ginjal kronik stadium akhir (stadium 5) dengan LFG < 15 ml/menit/1,73 $m^2$ yang memerlukan terapi hemodialisis rutin untuk mempertahankan kehidupan dan harus melakukan manajemen cairan dan diet pada pasien CKD | | |
| | | 10.00 WIB | 10. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien | Keluarga pasien selalu memberikan support sistem kepada pasien | | |
| | | 11.00 WIB | 11. Latih teknik relaksasi | Melakukan teknik relaksasi aromaterapi lavender dilakukan 2 kali dalam seminggu sesuai jadwal HD pasien yang diberikan secara inhalasi menggunakan mangkuk yang berisi 200 ml air matang kemudian tuang 5 tetes minyak lavender ke dalam mangkuk yang di | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | hirup dari jarak sekitar 30 cm dari hidung selama 5 menit pada jam terakhir sesi HD pasien. | | |
| 4 | Manajemen kesehatan tidak efektif b.d kondisi kronis d.d pasien tidak patuh terhadap manajemen cairan (D.0116) | 10.00 WIB | **Edukasi kesehatan (I.12383)**<br>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi | Pasien dan keluarga bersedia untuk dilakukannya edukasi kesehatan tentang manajemen cairan pada pasien HD | Jam 14.00 WIB :<br>S :<br>1. Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui bagaimana melakukan manajemen cairan pada pasien HD<br>2. Keluarga pasien mengatakan akan terus memotivasi dan membantu pasien selama melakukan program kesehatan<br>O :<br>1. Pasien dan keluarga kooperatif<br>2. Pasien dan keluarga telihat senang telah dilakukan edukasi kesehatan<br>A : Masalah manajemen kesehatan tidak efektif teratasi<br>P : Intervensi dihentikan | Susi |
| | | 10.01 WIB | 2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi | Pasien lebih termotivasi dengan adanya support keluarga | | |
| | | 10.30 WIB | 3. Menyediakan materi dan media penkes (Manajemen cairan pada pasien HD) | Media penkes berupa booklet | | |
| | | 10.30 WIB | 4. Melakukan peajadwalan penkes sesuai kesepakatan | Kegiatan penkes direncanakan pada pukul 10.30 WIB | | |
| | | 10.40 WIB | 5. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya | 1. Pasien dan keluarga kooperatif<br>2. Mengikuti kegiatan sampai selesai<br>3. Bertanya tentang hal-hal yang tidak diketahui seperti :<br>• Berapa lama HD dilakukan<br>• Makanan yang dianjurkan dan tidak | | |
| | | 10.10 WIB | 4. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan | 1. Pola hidup yang kurang sehat<br>2. Tidak rutin kontrol atau cek kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan | | |
| 5 | Penampilan peran tidak efektif b.d kondisi kronis d.d pasien berperan sebagai kepala keluarga namun semenjak sakit jarang bekerja sehingga di gantikan oleh anggota keluarga yang lain (D.0125) | 10.15 WIB | **Dukungan penampilan peran (I.13478)**<br>1. Mengidentifikasi peran yang ada didalam keluarga | Pasien tinggal berasama istri dan anak-anak | Jam 14.00 WIB<br>S :<br>1. Pasien mengatakan saat ini telah mengetahui jika terdiagnosa gagal ginjal kronik dan harus rutin melakukan cuci darah setiap hari Senin dan Kamis<br>2. Pasien mengatakan akan tetap bekerja namun sesuai kemampuan fisiknya karna tidak mau menyusahkan anggota keluarga yang lain<br>3. Pasien mengatakan saat ini tidak merasa malu dengan kondisinya | Susi |
| | | 10.16 WIB | 2. Mengidentifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi | Pasien berperan sebagai kepala keluarga namun semenjak sakit jarang bekerja | | |
| | | 10.17 WIB | 3. Memfasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik | Saling mensupport dan menggantikan tugas peran yang tidak terpenuhi secara maksimal | | |
| | | 10.18 WIB | 4. Mendiskusikan perubahan peran yang diperlukan | Peran pasien sebagai kepala keluarga digantikan oleh anaknya untuk membantu memenuhi semua kebutuhan sehari-hari | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | akibat penyakit atau ketidakmampuan | | |
| 10.20 WIB | 5. | Mendiskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran | Melakukan pekerjaan sesuai kemampuan fisiknya | 4. Pasien mengatakan ikhlas dan menerima penyakit yang dideritanya karna menganggap bahwa ini berupa ujian dari Allah SWT<br>5. Pasien mengatakan rencana Allah adalah yang terbaik<br>6. Pasien mengatakan terus berdoa agar diberikan kesehatan<br>O :<br>1. Pasien terlihat rileks<br>2. Pasien tidak gelisah<br>A : Masalah penampilan peran tidak efektif teratasi<br>P : Intervensi dihentikan |

| 05 JANUARI 2025 HARI KEDUA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **No** | **Diagnosa keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **Evaluasi tindakan** | **Evaluasi pasien** | **Paraf** |
| 1 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (post op PCNL H+2) d.d nyeri saat beraktivitas dan istirahat yang dirasakan seperti tertusuk jarum pada bagian pinggang kanan dengan skala nyeri 2 (ringan) dirasakan hilang timbul ± 5 menit (D.0077) | 09.00 WIB | **Manajemen Nyeri (I.08238)**<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri | Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyeri seperti nyut-nyutan<br>R : Nyeri dibagian pinggang kanan<br>S : Dari 1-10, skala nyeri 1 (ringan)<br>T : Nyeri hilang timbul durasi ±2i | Jam 14.00 WIB :<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang<br>2. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyut-nyutan<br>R : Pinggang kanan<br>S : Skala nyeri 1 (ringan)<br>T : Hilang timbul ±2 menit<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat lebih rileks<br>2. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat<br>3. Terpasang nefros pada pinggang kanan terbalut kassa bersih dan kering<br>4. Telah diberikan obat pada jam 12.00 WIB :<br>PCT 1 gr<br>Cefoperazone 1 gr<br>Adona 10 mg<br>Vit.K 10 mg<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8) | <br>Susi |
| | | 09.13 WIB | 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal | Pasien terlihat sedikit meringis | | |
| | | 09.14 WIB | 3. Melakukan kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) | Suara berisik | | |
| | | 09.15 WIB | 4. Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat | Pasien terlihat sedang istirahat di atas tempat tidur | | |
| | | 09.16 WIB | 5. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri | Nyeri akibat post op PCNL H+2 terpasang nefros pada pinggang kanan terbalut kassa bersih dan kering | | |
| | | 09.17 WIB | 6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri | Tetap rileks dan tenang | | |
| | | 09.19 WIB | 5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri | Rileksasi nafas dalam | | |
| | | 12.00 WIB | 7. Melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi | PCT 1 gr<br>Cefoperazone 1 gr<br>Adona 10 mg<br>Vit.K 10 mg | | |
| 2. | Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (CKD on HD) d.d pitting oedema +1 pada kedua tungkai | 11.00 WIB | **Manajemen cairan (I.03098) :**<br>1. Memonitoring status hidrasi | Tugor kulit lembab | Jam 14.00 WIB<br>S :<br>1. Pasien mengatakan minum 1700 ml/24 jam<br>2. Pasien mengatakan oedema pada kedua tungkai kaki<br>O : | <br>Susi |
| | | 11.03 WIB | 2. Memonitoring BB harian | 60 Kg | | |
| | | 11.30 WIB | 3. Memonitoring BB sebelum dan sesudah HD | Pre HD 2 62 Kg<br>Post HD 1 60 Kg | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | kaki, nilai GFR 10,56 ml/menit/1,73m2 (CKD stg V), kreatinin serum 5,71 g/dL (D.0022) | | | IDWG 3.2% | 1. Kebutuhan cairan pasien 1500 ml/24 jam<br>2. BC +800 ml<br>3. TD 150/87 mmHg N 90x/i RR 19x/i S 36,5ºC<br>4. Pitting oedema +1 pada kedua tungkai kaki pasien<br>5. IDWG 3.2%<br>A : Masalah manajemen cairan belum teratasi<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-7) | |
| | | 11.00 WIB | 4. Memonitoring hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN) | Hasil lab tgl 03/01/2025<br>Hb 10.7 gr/dL (13.0 – 18.0)<br>Ht 31% (40-52)<br>Natrium 137 mmol/L<br>Kalium 4,1 mmol/L<br>Hasil fhoto polos abdomen (BNO) (04/01/25) :<br>Kesan :<br>Bayangan multiple radioopak di hemiabdomen kiri setinggi corpus vertebra Th12-L1, DD/ nefrolithiasis kiri, fecalith.<br>Multiple radioopak pada pelvis minor, DD/ phlebolith, vesicolithiasis.<br>Terpasang DJ Stent in situ. Tak tampak kinking. | | |
| | | 11.30 WIB | 5. Memonitoring status dinamik | TD 150/87 mmHg N 90x/i RR 19x/i S 36,5ºC | | |
| | | 11.30 WIB | 6. Mencatat intake dan output | Intake 2200 ml/24 jam yang didapat dari IVFD NaCl 500 ml/24 jam, minum 1700ml/24 jam. Output 1400 ml/24 jam yang didapat dari urin 800 ml, IWL 600 ml. Balance cairan +800 ml/24 jam | | |
| | | 11.30 WIB | 7. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan | Kebutuhan cairan pasien post PCNL hari kedua yaitu urin hari pertama+500+300=700+500+300=1500ml | | |
| 3 | Ansietas b.d kurang terpapar informasi (terkait penyakit kronis : CKD on HD) d.d pasien terlihat gelisah (D.0080) | 12.00 WIB | **Reduksi ansietas (I.09314)**<br>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stressor) | Pasien merasa cemas dan khawatir akan kondisi kesehatannya saat ini karena terdiagnosa CKD stadium akhir dan harus menjalani tindakan HD seumur hidupnya | Jam 16.00 WIB :<br>S :<br>1. Pasien mengatakan cemas berkurang<br>2. Pasien mengatakan akan berusaha mempertahankan kondisi kesehatannya tetap stabil seperti melakukan manajemen cairan dan diet pada pasien CKD on HD<br>O :<br>1. Pasien terlihat lebih rileks<br>A : Masalah reduksi ansietas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-12) | <br>Susi |
| | | 12.05 WIB | 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan | Pasien mengatakan akan melakukan tindakan HD seumur hidupnya | | |
| | | 12.10 WIB | 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) | Pasien terlihat gelisah dan selalu bertanya-tanya terkait kondisi kesehatannya saat ini | | |
| | | 12.15 WIB | 4. Pahami situasi yang membuat ansietas | Pasien terdiagnosa CKD on HD | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12.00 WIB | 5. | Dengarkan dengan penuh perhatian | Pasien mau bercerita dengan perawat terkait apa yang dirasakannya saat ini |
| 12.20 WIB | 6. | Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan | Pasien merasakan cemas jika terus-terusan harus menjalankan tindakan HD |
| 12.25 WIB | 7. | Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang | Pasien sudah mengetahui jika harus melakukan manajemen cairan supaya kondisi kesehatannya tetap stabil dan akan berusaha untuk melakukannya |
| 12.30 WIB | 8. | Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami | Pasien sudah mengetahui jika harus melakukan tindakan HD seminggu 2 kali secara rutin |
| 12.30 WIB | 9. | Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis | CKD on HD adalah penyakit ginjal kronik stadium akhir (stadium 5) dengan LFG < 15 ml/menit/1,73 $m^2$ yang memerlukan terapi hemodialisis rutin untuk mempertahankan kehidupan dan harus melakukan manajemen cairan dan diet pada pasien CKD |
| 12.00 WIB | 10. | Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien | Keluarga pasien selalu memberikan support sistem kepada pasien |
| 16.00 WIB | 11. | Latih teknik relaksasi | Melakukan teknik relaksasi aromaterapi lavender dilakukan 2 kali dalam seminggu sesuai jadwal HD pasien yang diberikan secara inhalasi menggunakan mangkuk yang berisi 200 ml air matang kemudian tuang 5 tetes minyak lavender ke dalam mangkuk yang di hirup dari jarak sekitar 30 cm dari hidung selama 5 menit pada jam terakhir sesi HD pasien. |

| 06 JANUARI 2025 HARI KETIGA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **No** | **Diagnosa keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **Evaluasi tindakan** | **Evaluasi pasien** | **Paraf** |
| 1 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (post op PCNL H+2) d.d nyeri saat beraktivitas dan istirahat yang dirasakan seperti tertusuk jarum pada bagian pinggang kanan dengan skala nyeri 2 (ringan) dirasakan hilang timbul ± 5 menit (D.0077) | 09.00 WIB | **Manajemen Nyeri (I.08238)**<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri | Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyeri seperti nyut-nyutan<br>R : Nyeri dibagian pinggang kanan<br>S : Dari 1-10, skala nyeri 1 (ringan)<br>T : Nyeri hilang timbul durasi ±2i | Jam 14.00 WIB :<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang<br>2. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyut-nyutan<br>R : Pinggang kanan<br>S : Skala nyeri 1 (ringan)<br>T : Hilang timbul ±2 menit<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>Pasien terlihat lebih rileks<br>Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat<br>Terpasang nefros pada pinggang kanan terbalut kassa bersih dan kering<br>Telah diberikan obat pada jam 12.00 WIB :<br>PCT 1 gr<br>Cefoperazone 1 gr<br>Adona 10 mg<br>Vit.K 10 mg<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8) | <br>Susi |
| | | 09.13 WIB | 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal | Pasien terlihat sedikit meringis | | |
| | | 09.14 WIB | 3. Melakukan kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) | Suara berisik | | |
| | | 09.15 WIB | 4. Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat | Pasien terlihat sedang istirahat di atas tempat tidur | | |
| | | 09.16 WIB | 5. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri | Nyeri akibat post op PCNL H+3 terpasang nefros pada pinggang kanan terbalut kassa bersih dan kering | | |
| | | 09.17 WIB | 6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri | Tetap rileks dan tenang | | |
| | | 09.19 WIB | 7. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri | Rileksasi nafas dalam | | |
| | | 12.00 WIB | 8. Melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi | PCT 1 gr<br>Cefoperazone 1 gr<br>Adona 10 mg<br>Vit.K 10 mg | | |
| 2. | Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (CKD on HD) d.d pitting oedema +1 pada kedua tungkai | 07.00 WIB | **Manajemen cairan (I.03098) :**<br>1. Memonitoring status hidrasi | Tugor kulit lembab | Jam 14.00 WIB<br>S :<br>5. Pasien mengatakan minum 1700 ml/24 jam<br>6. Pasien mengatakan oedema pada kedua tungkai kaki<br>O : | <br>Susi |
| | | 07.03 WIB | 2. Memonitoring BB harian | 60 Kg | | |
| | | 07.05 WIB | 3. Memonitoring BB sebelum dan sesudah HD | Pre HD 2 62 Kg<br>Post HD 1 60 Kg<br>IDWG 3.2% | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | kaki, nilai GFR 10,56 ml/menit/1,73m2 (CKD stg V), kreatinin serum 5,71 g/dL (D.0022) | 09.00 WIB | 4. Memonitoring hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN) | Hasil lab tgl 03/01/2025<br>Hb 10.7 gr/dL (13.0 – 18.0)<br>Ht 31% (40-52)<br>Natrium 137 mmol/L<br>Kalium 4,1 mmol/L<br>Hasil fhoto polos abdomen (BNO) (04/01/25) :<br>Kesan :<br>Bayangan multiple radioopak di hemiabdomen kiri setinggi corpus vertebra Th12-L1, DD/ nefrolithiasis kiri, fecalith.<br>Multiple radioopak pada pelvis minor, DD/ phlebolith, vesicolithiasis.<br>Terpasang DJ Stent in situ. Tak tampak kinking. | 1. Kebutuhan cairan pasien 1600 ml/24 jam<br>2. BC +800 ml<br>3. TD 150/87 mmHg N 90x/i RR 19x/i S 36,5ºC<br>4. Pitting oedema +1 pada kedua tungkai kaki pasien<br>5. IDWG 3.2%<br>6. Pasien HD hari ini<br>HD 5 jam<br>Qb 200<br>Qd 500<br>UFG minimal<br>Heparin free<br>A : Masalah manajemen cairan teratasi<br>P : Intervensi dihentikan (evaluasi tindakan manajemen cairan pasien) | |
| | | 07.00 WIB | 5. Memonitoring status dinamik | TD 150/87 mmHg N 90x/i RR 19x/i S 36,5ºC | | |
| | | 11.30 WIB | 6. Mencatat intake dan output | Intake 2200 ml/24 jam yang didapat dari IVFD NaCl 500 ml/24 jam, minum 1700ml/24 jam. Output 1400 ml/24 jam yang didapat dari urin 800 ml, IWL 600 ml. Balance cairan +800 ml/24 jam | | |
| | | 12.00 WIB | 7. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan | Kebutuhan cairan pasien post PCNL H+3<br>Urin hari kedua+500+300=800+500+300=1600 ml | | |
| 3 | Ansietas b.d kurang terpapar informasi (terkait penyakit kronis : CKD on HD) d.d pasien terlihat gelisah (D.0080) | 10.00 WIB | **Reduksi ansietas (I.09314)**<br>7. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stressor) | Pasien merasa cemas dan khawatir akan kondisi kesehatannya saat ini | Jam 1.00 WIB :<br>S :<br>1. Pasien mengatakan cemas berkurang<br>2. Pasien mengatakan akan berusaha mempertahankan kondisi kesehatannya tetap stabil seperti melakukan manajemen cairan dan diet pada pasien HD<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi menggunakan aromaterapi lavender | <br>Susi |
| | | 10.05 WIB | 8. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan | Pasien mengatakan akan melakukan tindakan HD seumur hidupnya | | |
| | | 10.10 WIB | 9. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) | Pasien terlihat gelisah dan selalu bertanya-tanya terkait kondisi kesehatannya saat ini | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10.15 WIB | 10. | Pahami situasi yang membuat ansietas | Pasien terdiagnosa nefrolitiasis on HD |
| 10.00 WIB | 11. | Dengarkan dengan penuh perhatian | Pasien mau bercerita dengan perawat terkait apa yang dirasakannya saat ini |
| 10.20 WIB | 12. | Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan | Pasien merasakan cemas jika terus-terusan harus menjalankan tindakan HD |
| 10.25 WIB | 13. | Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang | Pasien sudah mengetahui jika harus melakukan manajemen cairan supaya kondisi kesehatannya tetap stabil dan akan berusaha untuk melakukannya |
| 10.30 WIB | 14. | Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami | Pasien sudah mengetahui jika harus melakukan tindakan HD seminggu 2 kali secara rutin |
| 10.30 WIB | 15. | Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis | HD adalah tindakan untuk mempertahankan fungsi ginjal dan harus melakukan manajemen cairan dan diet |
| 12.00 WIB | 16. | Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien | Keluarga pasien selalu memberikan support sistem kepada pasien |
| 11.00 WIB | 17. | Latih teknik relaksasi | Melakukan teknik relaksasi aromaterapi lavender dilakukan 2 kali dalam seminggu sesuai jadwal HD pasien yang diberikan secara inhalasi menggunakan mangkuk yang berisi 200 ml air matang kemudian tuang 5 tetes minyak lavender ke dalam mangkuk yang di hirup dari jarak sekitar 30 cm dari hidung selama 5 menit pada jam terakhir sesi HD pasien. |

untuk menghilangkan kecemasan yang dirasakan sesuai arahan perawat

O :

1. Pasien terlihat lebih rileks
2. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi aromaterapi lavender dengan bimbingan perawat

A : Masalah reduksi ansietas teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan (No 1-12)

| 07 JANUARI 2025 HARI KEEMPAT | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **No** | **Diagnosa keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **Evaluasi tindakan** | **Evaluasi pasien** | **Paraf** |
| 1 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (post op PCNL H+4) d.d nyeri saat beraktivitas dan istirahat yang dirasakan seperti tertusuk jarum pada bagian pinggang kanan dengan skala nyeri 2 (ringan) dirasakan hilang timbul ± 5 menit (D.0077) | 09.00 WIB | **Manajemen Nyeri (I.08238)**<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri | Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyeri seperti nyut-nyutan<br>R : Nyeri dibagian pinggang kanan<br>S : Dari 1-10, skala nyeri 1 (ringan)<br>T : Nyeri hilang timbul durasi ±2i | Jam 14.00 WIB :<br>S :<br>1. Pasien mengatakan tidak mengalami nyeri<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat jika nyeri muncul<br><br>O :<br>1. Pasien terlihat rileks<br>2. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat<br>3. Telah diberikan obat pada jam 12.00 WIB :<br>PCT 1 gr<br>Cefoperazone 1 gr<br>Adona 10 mg<br>Vit.K 10 mg<br>A : Masalah nyeri akut teratasi<br>P : Pasien rencana pulang hari ini<br>1. Aff nefros<br>2. Kontrol nyeri secara mandiri<br>3. Minum obat sesuai anjuran dokter<br>4. Melakukan teknik relaksasi secara mandiri | <br>Susi |
| | | 09.13 WIB | 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal | Pasien terlihat sedikit meringis | | |
| | | 09.14 WIB | 3. Melakukan kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) | Suara berisik | | |
| | | 09.15 WIB | 4. Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat | Pasien terlihat sedang istirahat di atas tempat tidur | | |
| | | 09.16 WIB | 5. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri | Nyeri akibat post op PCNL H+4 terpasang nefros pada pinggang kanan terbalut kassa bersih dan kering | | |
| | | 09.17 WIB | 6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri | Tetap rileks dan tenang | | |
| | | 09.19 WIB | 7. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri | Rileksasi nafas dalam | | |
| | | 12.00 WIB | 8. Melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi | PCT 1 gr<br>Cefoperazone 1 gr<br>Adona 10 mg<br>Vit.K 10 mg | | |
| 2. | Risiko perfusi renal tidak efektif b.d disfungsi ginjal d.d nilai GFR 10,56 ml/menit/1,73m2 | 11.00 WIB | **Manajemen cairan (I.03098) :**<br>1. Memonitoring status hidrasi | Tugor kulit lembab | Jam 14.00 WIB<br>S :<br>1. Pasien mengatakan minum 1500 ml/24 jam<br>2. Pasien mengatakan tidak ada bengkak pada anggota tubuhnya | <br>Susi |
| | | 11.03 WIB | 3. Memonitoring BB harian | 60 Kg | | |
| | | 11.30 WIB | 4. Memonitoring BB sebelum dan sesudah HD | Pre HD 2 60 Kg<br>Post HD 1 60 Kg | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (CKD stg V), kreatinin serum 5,71 g/dL (D.0016) | 11.00 WIB | 5. Memonitoring hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN) | Hasil lab tgl 06/01/2025<br>Ureum 137 mg/dl (20-50)<br>Kreatinin 10.47 mg/dl (0.5-1.5)<br>EGFR 5.07 ml/mnt/1.73m$^2$<br>Na 140 mmol/L (135-147)<br>K 4.3 mmol/L (3.5-5.0)<br>Cl 104 mmol/L (95-105)<br>Hasil fhoto polos abdomen (BNO) (04/01/25) :<br>Kesan :<br>Bayangan multiple radioopak di hemiabdomen kiri setinggi corpus vertebra Th12-L1, DD/ nefrolithiasis kiri, fecalith.<br>Multiple radioopak pada pelvis minor, DD/ phlebolith, vesicolithiasis.<br>Terpasang DJ Stent in situ. Tak tampak kinking. | 3. Pasien mengatakan post HD kemarin<br>4. Pasien mengatakan sudah mengetahui pembatasan cairan pada pasien HD<br>5. Pasien mengatakan akan berusaha melakukan manajemen cairan dengan baik<br>O :<br>1. Kebutuhan cairan pasien 2000 ml/24 jam<br>2. TD 150/91 mmHg N 80x/i RR 19x/i S 36,5ºC<br>A : Masalah manajemen cairan teratasi<br>P : Pasien rencana pulang hari ini<br>1. Anjurkan pasien melakukan perhitungan balance cairan secara berkala<br>2. Anjurkan pasien melakukan manajemen cairan dan diet pada pasien CKD<br>3. Anjurkan keluarga inti untuk melakukan pendampingan pada pasien dalam melakukan manajeman cairan |
| | 11.30 WIB | 6. Memonitoring status dinamik | TD 150/91 mmHg N 80x/i RR 19x/i S 36,5ºC | |
| | 11.30 WIB | 7. Mencatat intake dan output | Intake 2000 ml/24 jam yang didapat dari IVFD NaCl 500 ml/24 jam, minum 1500ml/24 jam. Output 2100 ml/24 jam yang didapat dari urin 1400 ml, IWL 600 ml. Balance cairan 0 ml/24 jam | |
| | 11.30 WIB | 8. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan | Kebutuhan cairan pasien post PCNL H+4<br>Target urin+500=1500+500=2000 ml/24 jam | |

**DISCHARGE PLANNING**

| | | |
|---|---|---|
| Nama | : | Tn.Z |
| No. RM | : | 00830562 |
| Tanggal MRS | : | 01 Januari 2025 |
| Diagnosa medis | : | Nefrolitiasis dextra post PCNL H+4 ec CKD on HD |
| Tanggal KRS | : | 07 Desember 2024 |
| Diagnosa Keperawatan | : | 1. Nyeri akut<br>2. Hipervolemia<br>3. Ansietas<br>4. Manajemen kesehatan tidak efektif<br>5. Penampilan peran tidak efektif |
| Dipulangkan dari RS dengan keadaan | : | 1. Sembuh<br>**2. Meneruskan dengan berobat jalan**<br>3. Pindah ke RS lain<br>4. Pulang paksa<br>5. Lari<br>6. Meninggal dunia |
| Lanjutan perawatan di rumah | : | 1. Istirahat yang cukup<br>2. Lakukan pembatasan cairan dengan cara 500+jumlah urin/24 jam atau 10xKgBB+jumlah urin/24 jam |
| Aturan diet atau nutrisi | : | Makan-makanan yang dianjurkan :<br>1. Sumber karbohidrat : nasi putih, nasi merah, roti, mie, kentang, singkong, ubi, sagu dll diutamakan yang berserat tinggi.<br>2. Sumber karbohidrat : nasi putih, nasi merah, roti, mie, kentang, singkong, ubi, sagu dll diutamakan yang berserat tinggi.<br>3. Sumber lemak : dianjurkan dalam jumlah terbatas, makanan yang dianjurkan : diolah dengan cara dipanggang, dikukus, ditumis, direbus dan dibakar.<br>4. Sayuran : dianjurkan mengkonsumsi cukup banyak sayuran sebagai sumber serat<br>5. Buah-buahan : buah pear, apel manalagi, pisang dan pepaya.<br>Makan-makanan yang tidak dianjurkan :<br>1. Sumber karbohidrat sederhana seperti gula, madu, sirup, jelly, kue manis, susu kental manis, buah yang diawetkan dengan gula, minuman kemasan atau botol ringan, ice cream. |

| | | |
|---|---|---|
| | | 2. Sumber protein yang mengandung kolestrol tinggi, seperti : jeroan, otak, bebek, telur puyuh dll<br>3. Sumber lemak jenuh dan lemak trans, seperti daging berlemak, susu fullcream, makanan siap saji, gorengan.<br>4. Sumber mineral : sumber natrium antara lain, garam dapur, MSG, soda, bahan pengawet, hindari makanan bahan tersebut antara lain : ikan asin, telur asin atau makanan yang diawetkan. |
| Obat-obatan | : | 1. Cefixime 200 mg 2x1 tab<br>2. PCT 500 mg 3x1 tab<br>3. Adona 10 mg 3x1 tab |
| Lain-lainnya | : | Jika timbul keluhan tidak tertahankan bisa langsung ke IGD |

## 2.5. Nilai-Nilai Keislaman (AIK) Pada Kasus Sistem Perkemihan

Dalam perspektif Islam, kesehatan merupakan amanah dari Allah SWT yang wajib dijaga dan dipelihara oleh setiap manusia. Pada kasus gangguan sistem perkemihan, seperti penyakit ginjal kronik, infeksi saluran kemih, batu ginjal, maupun gangguan eliminasi, seorang muslim diajarkan untuk memandang sakit sebagai bentuk ujian sekaligus sarana penghapus dosa. Hal ini sebagaimana disebutkan dalam firman Allah SWT dalam Al-Qur'an yang artinya : *"Dan sungguh Kami akan menguji kamu dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa, dan buah-buahan. Dan sampaikanlah kabar gembira kepada orang-orang yang sabar."* (QS. Al-Baqarah: 155). Ayat ini menegaskan bahwa sakit merupakan bagian dari ujian kehidupan yang harus dihadapi dengan kesabaran dan keikhlasan. Pasien dengan gangguan perkemihan dianjurkan untuk bersabar, tidak berputus asa, serta tetap berikhtiar dalam mencari kesembuhan melalui pengobatan yang halal dan sesuai dengan syariat.

Islam juga sangat menekankan pentingnya menjaga kebersihan dan kesucian, khususnya yang berkaitan dengan sistem perkemihan. Urin termasuk najis, sehingga seorang muslim wajib menjaga kebersihan diri setelah buang air. Rasulullah SAW bersabda:

*"Bersucilah kalian dari air kencing, karena kebanyakan siksa kubur disebabkan olehnya."* (HR. Ad-Daraquthni dan Al-Hakim). Hadis ini menunjukkan bahwa kebersihan setelah berkemih merupakan bagian dari ibadah dan memiliki konsekuensi spiritual. Oleh karena itu, pasien dengan gangguan perkemihan perlu mendapatkan edukasi tentang pentingnya menjaga kebersihan area genital, penggunaan alat bantu dengan benar (kateter), serta menjaga wudhu dan kesucian untuk kelancaran ibadah.

Dalam menghadapi penyakit sistem perkemihan, Islam juga menganjurkan umatnya untuk berobat dan tidak pasrah tanpa usaha. Rasulullah SAW bersabda: *"Wahai hamba-hamba Allah, berobatlah, karena sesungguhnya Allah tidak menurunkan suatu penyakit melainkan Dia juga menurunkan obatnya."* (HR. Abu Dawud dan Tirmidzi). Hadis ini menjadi landasan bahwa menjalani pengobatan medis seperti hemodialisis, operasi batu ginjal, atau terapi obat merupakan bagian dari ikhtiar yang diperintahkan dalam Islam. Upaya pengobatan tersebut harus disertai dengan doa dan tawakal kepada Allah SWT. Selain ikhtiar medis, Islam mengajarkan pentingnya doa dan dzikir sebagai penguat spiritual bagi pasien. Allah SWT berfirman*: "Dan apabila aku sakit, Dialah yang menyembuhkanku."* (QS. Asy-Syu'ara: 80). Ayat ini menanamkan keyakinan bahwa kesembuhan hakikatnya berasal dari Allah, sedangkan tenaga kesehatan dan obat hanyalah perantara. Dengan keyakinan ini, pasien akan memiliki ketenangan batin yang dapat mempercepat proses pemulihan.

Bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat, nilai AIK dalam menangani pasien sistem perkemihan tercermin dalam sikap empati, amanah, dan profesionalisme. Allah SWT berfirman: *"Sesungguhnya Allah menyuruh kamu menyampaikan amanat kepada yang berhak menerimanya."* (QS. An-Nisa: 58). Ayat ini mengajarkan bahwa pelayanan kesehatan merupakan amanah yang harus dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab,

kejujuran, dan keikhlasan. Perawat juga dianjurkan untuk bersikap lemah lembut dan penuh kasih sayang, sebagaimana sabda Rasulullah SAW: *"Sesungguhnya Allah mencintai kelembutan dalam segala urusan."* (HR. Bukhari dan Muslim). Dalam konteks penyakit kronik sistem perkemihan, seperti gagal ginjal, Islam juga mengajarkan nilai syukur dan ridha terhadap ketentuan Allah. Allah SWT berfirman*: "Sesungguhnya jika kamu bersyukur, niscaya Aku akan menambah nikmat kepadamu."* (QS. Ibrahim: 7). Pasien dianjurkan untuk tetap bersyukur atas nikmat kehidupan, kesempatan beribadah, serta dukungan keluarga meskipun dalam kondisi sakit. Sikap ini dapat meningkatkan ketahanan mental dan spiritual pasien.

Dengan demikian, penerapan nilai-nilai Keislaman (AIK) pada kasus sistem perkemihan meliputi kesabaran dalam menghadapi ujian sakit, menjaga kebersihan dan kesucian, melakukan ikhtiar pengobatan, memperkuat doa dan tawakal, bersikap amanah dalam pelayanan, serta menumbuhkan rasa syukur dan ridha. Nilai-nilai ini membentuk keseimbangan antara aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan tidak hanya berorientasi pada penyembuhan jasmani, tetapi juga pada ketenangan dan keselamatan ruhani pasien.

# BAB III

# PEMBASAHAN PENERAPAN KONSEP KEPERAWATAN PADA ASKEP

## 3.1. Hasil

Selama menjalani praktik residensi selama dua semester atau satu tahun penuh dengan peminatan pada sistem perkemihan di RSIJ Cempaka Putih, RSUD Tarakan, dan RSPAD Gatot Soebroto, telah dilaksanakan berbagai proses asuhan keperawatan. Dalam kurun waktu tersebut, sebanyak 48 kasus dengan karakteristik yang beragam berhasil ditangani, mencakup kasus akut, kronis, hingga kondisi kegawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan menggunakan pendekatan model teori adaptasi yang dikembangkan oleh Sister Callista Roy yang menekankan pentingnya berusaha menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik, psikologis, peran sosial, dan hubungan interpersonal.

Beragam kasus yang ditemukan terkait dengan gangguan sistem perkemihan mencakup area keperawatan medikal bedah, gawat darurat, dan kritis. Proses pemberian asuhan keperawatan dilakukan di berbagai unit pelayanan rumah sakit, termasuk bangsal rawat inap, Instalasi Gawat Darurat (IGD), dan ruang perawatan intensif (ICU). Kasus-kasus yang dikelola oleh penulis melibatkan beragam tingkat kompleksitas dan kebutuhan intervensi. Berikut adalah gambaran karakteristik kasus yang ditemukan selama menjalani praktik residensi tersebut, yang menjadi dasar dalam pengembangan kemampuan klinis dan pengelolaan keperawatan berbasis bukti.

### 3.1.1. Karakteristik berdasarkan usia.

**Tabel 3.1.**
Kasus KMB pada sistem perkemihan berdasarkan kategori usia (n=48)

| No | Variabel | f | % |
|---|---|---|---|
| 1. | **Usia (Depkes, 2009)** | | |
| | Dewasa Awal (26-35 Tahun) | 1 | 2.1 |
| | Dewasa Akhir (36-45 Tahun) | 7 | 14.6 |
| | Lansia Awal (46-55 Tahun) | 16 | 33.3 |
| | Lansia Akhir (56-65 Tahun) | 9 | 18.8 |
| | Manula (65 lebih) | 15 | 31.3 |
| | Total | 48 | 100.0 |

*Sumber : Data primer (2025)*

Berdasarkan tabel 3.1. di dapatkan hampir setengah (33,3%) dari pasien berusia lansia awal (46-55 tahun). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Husna et al (2021) didapatkan mayoritas usia lansia awal (46-55 tahun) sejumlah 40%. Penelitian yang dilakukan oleh Jannah et al (2024) sebanyak 37,0% berada pada kategori usia 46-55 tahun. Kemudian penelitian Sianturi et al (2022) pasien dengan tindakan hemodialisis mayoritas terjadi pada usia 46-55 tahun. Berdasarkan laporan KDIGO (2024) menyatakan bahwa secara epidemiologis, prevalensi CKD, kegawatan urologis, dan komplikasi infeksi saluran kemih meningkat pada kelompok usia >50 tahun. Usia merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap terjadinya penyakit ginjal kronis (CKD). Seiring bertambah usia, peluang terkena gagal ginjal kronis meningkat karena menurunnya fungsi ginjal serta menurunya laju filtrasi glomerulus secara bertahap, sehingga ginjal akan mengalami penurunan laju filtrasi glomerulus kurang lebih 50% secara progresif hingga usia 70 tahun (B. Simanjuntak et al., 2024).

Menurut Lewis et al (2022), mulai usia 40 tahun terjadi penurunan bertahap laju filtrasi glomerulus (GFR) sekitar 1 mL/min/1,73 $m^2$ setiap tahunnya akibat berkurangnya jumlah nefron, glomerulosklerosis, serta menurunnya aliran darah renal. Perubahan ini menjadikan usia lansia lebih rentan mengalami gangguan perkemihan, terutama CKD. Penyakit sistemik sering terjadi pada usia 46-55 tahun

seperti hipertensi yang tidak terkontrol, diabetes melitus, glomerulonephritis kronik, pyelonephritis yang berakhir dengan gagal ginjal kronik sehingga terjadinya komplikasi pada penyakit tersebut karena ginjal tidak mampu berfungsi sebagaimana mestinya maka untuk mengganti fungsi ginjal pasien tersebut harus dilakukan tindakan hemodialisis. Berdasarkan penjelasan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa semakin bertambah usia seseorang maka semakin beresiko terkena suatu penyakit akibat penurunan fungsi fisiologis tubuh.

### 3.1.2. Karakteristik berdasarkan jenis kelamin.

**Tabel 3.2.**
Kasus KMB pada sistem perkemihan berdasarkan kategori jenis kelamin (n=48)

| No | Variabel | f | % |
|---|---|---|---|
| 1. | **Jenis kelamin** | | |
| | Laki-laki | 32 | 66.7 |
| | Perempuan | 16 | 33.3 |
| | Total | 48 | 100.0 |

*Sumber : Data primer (2025)*

Berdasarkan tabel 3.2. di dapatkan sebagian besar (66,7%) berjenis kelamin laki-laki. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jaya (2023) didapatkan sebesar 58% berjenis kelamin laki-laki. Kemudian menurut Arifin Noor et al (2023) sebanyak 83,3% berjenis kelamin laki-laki. Laki-laki menjadi sampel terbesar dalam melakukan asuhan keperawatan selama mahasiswi melakukan residensi di RS selama dua semester dibanding perempuan. Karena pilihan gaya hidup yang dilakukan oleh laki-laki seperti merokok, minum kopi, alkohol, dan minuman suplemen berpotensi memicu terjadinya penyakit sistemik dan dapat memperburuk kesehatan seseorang bahkan mengakibatkan menurunnya serta rusaknya fungsi pada ginjal.

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa laki-laki lebih berisiko mengalami CKD karena kombinasi faktor biologis, struktural, dan perilaku. Secara

biologis, hormon testosteron berperan mempercepat progresivitas kerusakan ginjal, sedangkan estrogen pada perempuan bersifat lebih protektif terhadap fungsi ginjal. Secara struktural, adanya prostat pada laki-laki meningkatkan risiko obstruksi saluran kemih (misalnya BPH), yang bila berlangsung kronis dapat menyebabkan retensi urin, refluks, dan kerusakan ginjal progresif. Selain itu, laki-laki lebih sering terpapar faktor risiko CKD seperti hipertensi tidak terkontrol, merokok, konsumsi alkohol, diet tinggi protein/garam, serta keterlambatan mencari pengobatan, sehingga mempercepat penurunan fungsi ginjal dibandingkan perempuan.

### 3.1.3. Karakteristik berdasarkan tingkat pendidikan.

**Tabel 3.3.**

Kasus KMB pada sistem perkemihan berdasarkan kategori tingkat pendidikan

| No | Variabel | f | % |
|---|---|---|---|
| 1. | **Tingkat pendidikan** | | |
| | SD | 5 | 10.4 |
| | SMP | 2 | 4.2 |
| | SMA | 28 | 58.3 |
| | PT | 13 | 27.1 |
| | Total | 48 | 100.0 |

*Sumber : Data primer (2025)*

Berdasarkan tabel 3.3. di dapatkan sebagian besar (58,3%) berpendidikan SMA. Pasien yang berpendidikan tinggi mempunyai pengetahuan yang luas dalam mengambil sebuah keputusan dan dalam berpikir serta mengontrol dirinya dalam mengatasi sebuah masalah (Mufidah et al., 2024). Menurut Ningsih et al (2024) pendidikan yang lebih tinggi akan membuat hidup seseorang lebih mudah dan lebih mampu menghadapi stres. Penderita yang telah menerima pendidikan yang lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas yang memungkinkan pasien itu menjadi lebih percaya diri, berpengalaman dan dapat mengendalikan dirinya saat menghadapi masalah. Berdasarkan penjelasan diatas maka dapat disimpulkan, tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi perilaku orang tersebut

dalam perawatan dan mencari pengobatan pada penyakit yang di deritanya. Semakin seseorang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi, semakin tinggi pula kesadaran orang dalam menjaga kesehatan dan dalam penyelesaian masalah yang dialaminya. Pada pasien hemodialisis yang memiliki pendidikan yang tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas, mempunyai rasa percaya diri lebih mudah mengerti apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat. Perilaku tersebut tentu akan berbeda dengan pasien yang tidak sekolah dan tidak berpendidikan tinggi pola pikirnya berbeda.

### 3.1.4. Karakteristik berdasarkan penyakit komorbid.

**Tabel 3.4.**
Kasus KMB pada sistem perkemihan berdasarkan kategori penyakit komorbid (n=48)

| No | Variabel | f | % |
|---|---|---|---|
| 1. | **Komorbid** | | |
| | HT | 21 | 43.8 |
| | DM | 7 | 14.6 |
| | Asam Urat | 3 | 6.3 |
| | HT + DM | 16 | 33.3 |
| | HT + AU | 1 | 2.1 |
| | Total | 48 | 100.0 |

*Sumber : Data primer (2025)*

Berdasarkan tabel 3.4. di dapatkan hampir setengah (43,8%) memiliki riwayat penyakit hipertensi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Chressia et al (2024) sebanyak 48,3% memiliki riwayat penyakit hipertensi. Kemudian penelitian Nurhikma & Majid (2025) sebanyak 37,0% memiliki riwayat penyakit hipertensi. Kemudian penelitian Artiany & Gamayana Trimawang Aji (2021) sebanyak 54,61% memiliki riwayat hipertensi. Hipertensi dan gagal ginjal saling mempengaruhi. Hipertensi dapat menyebabkan gagal ginjal, sebaliknya gagal ginjal kronik dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi dapat menyebabkan kerja jantung semakin meningkat dan akan merusak pembuluh darah pada ginjal

sehingga dapat menyebabkan gangguan filtrasi dan gangguan fungsi ginjal lainnya (Artiany & Gamayana Trimawang Aji, 2021). Hipertensi yang berlangsung lama dapat mengakibatkan perubahan struktur pada arteriol di seluruh tubuh, ditandai dengan fibrosis dan hialinisasi dinding pembuluh darah. Organ sasaran utama adalah jantung, otak, ginjal, dan mata. Pada ginjal, aterosklerosis akibat hipertensi lama menyebabkan nefrosklerosis. Gangguan ini merupakan akibat langsung iskemia karena penyempitan lumen pembuluh darah intrarenal. Penyumbatan arteri dan arteriol akan menyebabkan kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga seluruh nefron rusak yang menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronik. Gagal ginjal kronik sendiri sering menimbulkan hipertensi (Rahman et al., 2022).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan hipertensi meningkatkan risiko terjadinya CKD karena tekanan darah tinggi kronis merusak pembuluh darah ginjal (glomerulosklerosis), sehingga menurunkan kemampuan ginjal dalam menyaring darah dan mengatur cairan serta elektrolit. Kerusakan ginjal yang progresif ini menyebabkan penurunan laju filtrasi glomerulus (eGFR), retensi cairan, dan gangguan eliminasi urin, yang pada akhirnya memperberat masalah perkemihan dan mempercepat progresivitas CKD.

### 3.1.5. Karakteristik berdasarkan diagnosa medis.

**Tabel 3.5.**
Kasus KMB pada sistem perkemihan berdasarkan kategori diagnosa medis (n=48)

| No | Variabel | f | % |
|---|---|---|---|
| 1. | **Diagnosa Medis** | | |
| | Calculus of kidney | 3 | 6.3 |
| | Hidronefrosis | 4 | 8.3 |
| | Colic renal | 1 | 2.1 |
| | Nefrolitiasis | 1 | 2.1 |
| | Batu ureter | 3 | 6.3 |
| | Cystitis | 1 | 2.1 |
| | AKI | 1 | 2.1 |
| | Massa ginjal | 1 | 2.1 |

| | | |
|---|---|---|
| CKD on HD | 27 | 56.3 |
| Ca Bulli | 3 | 6.3 |
| ISK | 2 | 4.2 |
| Tumor ginjal | 1 | 2.1 |
| Total | 48 | 100.0 |

*Sumber : Data primer (2025)*

Berdasarkan tabel 3.5. di dapatkan sebagian besar (56,3%) kasus pada keperawatan medikal bedah akut, kronis, dan kegawatan mayoritas dengan diagnosa medis CKD, 4 (8.3%) kasus hidronefrosis, 3 (6.3%) kasus calculus of kidney, batu ureter, dan ca buli, 2 (4.2%) kasus ISK, 1 (2.1%) kasus colic renal, nefrolitiasis, cystitis, AKI, massa ginjal, dan tumor ginjal. Keberagaman diagnosa ini mencerminkan kompleksitas pengelolaan gangguan perkemihan yang memerlukan perhatian khusus pada masing-masing kondisi.

Penyakit ginjal kronis (PGK) memengaruhi lebih dari 10% populasi umum di seluruh dunia, atau lebih dari 800 juta orang (Kovesdy, 2022). Menurut laporan Atlas Kesehatan Ginjal Global 2023 dari *International Society of Nephrology* (ISN), PGK merupakan masalah kesehatan global dengan prevalensi median sekitar 9,5%. Prevalensi PGK di Indonesia, menurut data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 adalah 0,18% dari total penduduk Indonesia yang berjumlah 277.534.122 jiwa, artinya terdapat 638.178 orang di Indonesia yang menderita PGK, dan di Provinsi DKI Jakarta penderita gagal ginjal kronik yang sedang menjalani hemodialisis sebesar 0,22%. Berdasarkan diagnosis medis, persentase penduduk Indonesia yang menjalani dialisis meningkat dari 19,3% pada tahun 2018 menjadi 21.1% pada tahun 2023 (SKI, 2023).

### 3.1.6. Karakteristik berdasarkan diagnosa keperawatan.

**Tabel 3.6.**
Kasus KMB pada sistem perkemihan berdasarkan kategori diagnosa keperawatan (n=48)

| No | Variabel | f | % |
|---|---|---|---|
| 1. | **Diagnosa Keperawatan** | | |
| | Nyeri akut | 14 | 29.2 |
| | Manajemen kesehatan tidak efektif | 5 | 10.4 |
| | Penampilan peran tidak efektif | 2 | 4.2 |
| | Hipervolemia | 32 | 66.7 |
| | Gangguan eliminasi urin | 7 | 14.6 |
| | Risiko defisit nutrisi | 5 | 10.4 |
| | Hipertermia | 1 | 2.1 |
| | Ansietas | 9 | 18.8 |
| | Ketidakstabilan kadar glukosa darah | 5 | 10.4 |
| | Gangguan pola tidur | 1 | 2.1 |
| | Hambatan mobilitas fisik | 2 | 4.2 |
| | Pola nafas tidak efektif | 6 | 12.5 |
| | Nausea | 4 | 8.3 |
| | Intoleransi aktivitas | 1 | 2.1 |
| | Ketidakberdayaan | 1 | 2.1 |
| | Gangguan pertukaran gas | 8 | 16.7 |
| | Keletihan | 3 | 6.3 |
| | Penurunan curah jantung | 2 | 4.2 |
| | Bersihan jalan nafas tidak efektif | 2 | 4.2 |
| | Gangguan ventilasi spontan | 1 | 2.1 |
| | Perfusi perifer tidak efektif | 12 | 25.0 |
| | Kerusakan integritas kulit | 1 | 2.1 |
| | Kesiapan peningkatan konsep diri | 2 | 4.2 |
| | Retensi urin | 1 | 2.1 |
| | Total | 127 | 265 |

*Sumber : Data primer (2025)*

Dalam praktik keperawatan, pasien dengan gangguan sistem perkemihan umumnya menunjukkan beragam diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan perubahan fungsi ginjal, ketidakseimbangan cairan, hingga komplikasi metabolik. Berdasarkan data yang diperoleh, variasi diagnosis keperawatan pada kelompok pasien ini dapat diidentifikasi melalui frekuensi dan persentase masing-masing diagnosis. Temuan ini memberikan gambaran mengenai masalah kesehatan yang paling sering muncul dan memerlukan perhatian prioritas dalam asuhan keperawatan. Dengan demikian, distribusi frekuensi dan persentase diagnosis keperawatan pada pasien dengan gangguan perkemihan menjadi dasar

penting dalam menentukan intervensi yang tepat, terarah, dan sesuai kebutuhan klinis pasien.

**Hipervolemia** merupakan masalah yang paling dominan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan mencapai 66.7 % dari total kasus. Hipervolemia merupakan salah satu diagnosis keperawatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2018–2020 yang didefinisikan sebagai *"peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, atau intrasel yang berlebihan."* Diagnosis ini sering muncul pada pasien dengan gangguan ginjal, gagal jantung, gangguan hati, maupun pada pasien yang mendapatkan terapi cairan secara berlebih. Dalam praktik klinis, hipervolemia menjadi masalah keperawatan yang signifikan karena berdampak pada berbagai sistem tubuh, terutama sistem pernapasan dan kardiovaskular.

Pada pasien gagal ginjal kronik (GGK), masalah hipervolemia merupakan salah satu masalah keperawatan yang sering terjadi sebagai akibat dari penurunan fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel. Ginjal memiliki peran utama dalam menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh melalui proses filtrasi, reabsorpsi, dan ekskresi. Pada kondisi GGK, kemampuan ginjal untuk mengekskresikan kelebihan cairan menurun secara signifikan sehingga cairan yang masuk ke dalam tubuh tidak dapat dikeluarkan secara adekuat. Akibatnya terjadi retensi cairan yang menyebabkan peningkatan volume cairan intravaskular dan interstisial, yang secara klinis tampak sebagai edema, peningkatan berat badan, hipertensi, hingga sesak napas akibat edema paru.

Selain penurunan fungsi ekskresi ginjal, hipervolemia pada pasien GGK juga dipengaruhi oleh aktivasi sistem *Renin-Angiotensin-Aldosteron* (RAAS) dan peningkatan hormon antidiuretik (ADH). Kondisi perfusi ginjal yang menurun merangsang pelepasan renin, yang selanjutnya meningkatkan kadar angiotensin II dan aldosteron. Aldosteron menyebabkan retensi natrium dan air, sedangkan ADH meningkatkan reabsorpsi air di tubulus ginjal. Mekanisme kompensasi ini sebenarnya bertujuan mempertahankan perfusi organ vital, namun pada pasien GGK justru memperburuk retensi cairan dan memperberat kondisi hipervolemia.

Jika dikaitkan dengan Teori Adaptasi Roy Alligood (2014), pasien GGK yang mengalami hipervolemia dapat dipahami sebagai individu yang mengalami kegagalan adaptasi terhadap perubahan fisiologis yang bersifat kronik. Menurut Roy, manusia adalah sistem adaptif yang selalu berusaha mempertahankan integritas melalui mekanisme koping terhadap stimulus internal maupun eksternal. Pada kasus GGK, penurunan fungsi ginjal merupakan stimulus fokal utama yang secara langsung memengaruhi kemampuan tubuh dalam mengatur keseimbangan cairan. Sementara itu, stimulus kontekstual dapat berupa peningkatan asupan cairan, ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan dan diet natrium, terapi cairan yang berlebihan, serta proses penyakit penyerta seperti hipertensi. Stimulus residual meliputi faktor psikologis, kebiasaan hidup, dan pemahaman pasien yang kurang mengenai penyakitnya.

Dalam mode adaptasi fisiologis, hipervolemia menunjukkan bahwa respon adaptif tubuh menjadi tidak efektif. Tubuh pasien GGK tidak mampu mencapai keseimbangan cairan akibat kerusakan mekanisme regulasi ginjal. Respon yang muncul berupa edema, distensi vena jugularis, peningkatan tekanan darah, dan

gangguan pernapasan merupakan tanda bahwa sistem fisiologis gagal beradaptasi secara optimal terhadap stimulus yang ada. Kondisi ini menunjukkan respon maladaptif menurut Roy.

Selanjutnya, dalam mode konsep diri, hipervolemia dapat memengaruhi persepsi pasien terhadap kondisi tubuhnya. Perubahan fisik seperti pembengkakan ekstremitas, wajah sembab, dan keterbatasan aktivitas dapat menurunkan rasa percaya diri dan menimbulkan kecemasan. Pada mode fungsi peran, keterbatasan akibat kelebihan cairan dan kelelahan dapat mengganggu kemampuan pasien menjalankan peran sehari-hari, baik sebagai individu mandiri maupun dalam keluarga. Sementara pada mode interdependensi, ketergantungan pasien terhadap keluarga dan tenaga kesehatan dalam mengatur cairan dan menjalani terapi (misalnya hemodialisis).

Dengan demikian, hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik menurut Teori Adaptasi Roy merupakan hasil dari ketidakmampuan sistem adaptif individu untuk memberikan respon yang efektif terhadap stimulus fisiologis dan lingkungan yang berkaitan dengan penurunan fungsi ginjal. Peran perawat dalam kerangka teori ini adalah membantu pasien meningkatkan kemampuan adaptasi melalui pengelolaan cairan, edukasi pembatasan cairan dan natrium, pemantauan status cairan, serta dukungan psikososial agar pasien mampu mencapai respon adaptif yang lebih efektif dan mempertahankan integritas fisiologis maupun psikososialnya.

**Nyeri akut** ditemukan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan sebesar 29.2%. Nyeri akut merupakan salah satu diagnosis keperawatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2018–2020 yang didefinisikan sebagai

*"pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial, dengan onset mendadak atau intensitas bervariasi"*. Pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan, nyeri akut menjadi salah satu masalah klinis yang paling sering muncul, terutama pada kondisi seperti nefrolitiasis (batu ginjal), infeksi saluran kemih, pielonefritis, obstruksi ureter, trauma ginjal, maupun prosedur medis seperti pemasangan kateter atau tindakan urologi.

Secara fisiologis, nyeri akut pada gangguan perkemihan terjadi akibat iritasi, peradangan, distensi, atau spasme otot polos saluran kemih. Misalnya, pada obstruksi atau retensi urin, terjadi penumpukan urin yang menyebabkan distensi kandung kemih atau pelvis ginjal, sehingga merangsang reseptor nyeri viseral. Pada kondisi infeksi atau iritasi, proses inflamasi akan memicu pelepasan mediator nyeri seperti prostaglandin, histamin, dan bradikinin yang meningkatkan sensitivitas ujung saraf. Selain itu, spasme otot polos ureter atau kandung kemih sebagai respon terhadap iritasi juga berkontribusi terhadap timbulnya nyeri akut yang dirasakan pasien, baik saat berkemih maupun saat istirahat.

Apabila dikaitkan dengan Teori Adaptasi Roy menurut Alligood (2014), nyeri akut pada pasien dengan gangguan perkemihan dapat dipahami sebagai bentuk respon adaptasi yang tidak efektif terhadap stimulus internal yang mengganggu keseimbangan sistem fisiologis. Menurut Roy, individu merupakan sistem adaptif yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan dan berusaha mempertahankan integritas melalui mekanisme koping. Dalam konteks gangguan perkemihan, perubahan fungsi atau struktur sistem urinaria berperan sebagai stimulus fokal utama yang secara langsung memicu respon nyeri. Stimulus

kontekstual meliputi tingkat keparahan gangguan, durasi penyakit, adanya infeksi, penggunaan kateter, serta prosedur medis atau pembedahan yang melibatkan saluran kemih. Sementara itu, stimulus residual dapat berupa pengalaman nyeri sebelumnya, kecemasan, persepsi individu terhadap nyeri, serta faktor psikologis dan budaya yang memengaruhi cara pasien mengekspresikan nyeri.

Dalam mode adaptasi fisiologis, nyeri akut menunjukkan bahwa tubuh pasien belum mampu beradaptasi secara optimal terhadap gangguan perkemihan yang dialami. Respon seperti nyeri saat berkemih (disuria), nyeri suprapubik, nyeri pinggang, gelisah, peningkatan denyut jantung, dan perubahan pola eliminasi urin mencerminkan respon maladaptif karena mengganggu kenyamanan dan kestabilan fisiologis pasien. Meskipun nyeri berfungsi sebagai mekanisme perlindungan, intensitas dan durasinya yang berlebihan menyebabkan ketidakseimbangan homeostasis.

Selanjutnya, dalam mode konsep diri, nyeri akut dapat memengaruhi persepsi pasien terhadap tubuh dan kesehatannya. Rasa nyeri yang berulang atau mendadak sering menimbulkan kecemasan, ketakutan, dan perasaan tidak nyaman yang berkepanjangan. Pada mode fungsi peran, nyeri akut dapat membatasi kemampuan pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, peran pekerjaan, maupun peran dalam keluarga. Sedangkan pada mode interdependensi, pasien mungkin menjadi lebih bergantung pada keluarga atau tenaga kesehatan untuk membantu mengatasi nyeri dan memenuhi kebutuhan dasarnya.

Dengan demikian, menurut Teori Adaptasi Roy, nyeri akut pada pasien dengan gangguan perkemihan merupakan manifestasi dari ketidakmampuan individu

dalam memberikan respon adaptif yang efektif terhadap stimulus fisiologis dan lingkungan yang berkaitan dengan sistem perkemihan. Peran perawat dalam kerangka teori ini adalah membantu pasien meningkatkan kemampuan adaptasi melalui pengkajian nyeri yang komprehensif, manajemen nyeri yang tepat, pengurangan stimulus penyebab nyeri, serta edukasi dan dukungan psikososial. Upaya ini bertujuan untuk mencapai respon adaptif yang lebih efektif, mengurangi nyeri akut, dan mempertahankan integritas fisiologis maupun psikososial pasien.

**Perfusi perifer tidak efektif** ditemukan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan sebesar (25.0%). Perfusi perifer tidak efektif merupakan salah satu diagnosis keperawatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2018–2020 yang didefinisikan sebagai *"penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh"*. Pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan, perfusi perifer tidak efektif menjadi salah satu masalah klinis yang paling sering muncul, terutama pada kondisi seperti anemia.

Masalah perkemihan seperti penyakit ginjal kronis (CKD) sebagai stimulus fokal yang secara langsung memengaruhi keseimbangan cairan, elektrolit, dan fungsi kardiovaskular. Ketika ginjal tidak mampu melakukan filtrasi dan ekskresi secara adekuat, terjadi retensi cairan dan natrium yang menyebabkan peningkatan volume intravaskular dan tekanan darah. Kondisi ini memicu vasokonstriksi perifer sebagai upaya kompensasi tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital. Selain itu, aktivasi sistem renin–angiotensin–aldosteron (RAAS) akibat gangguan perfusi ginjal berperan sebagai stimulus kontekstual yang memperberat vasokonstriksi perifer. Vasokonstriksi yang berlangsung kronis menyebabkan penurunan aliran darah ke jaringan perifer, sehingga muncul tanda-tanda seperti

kulit dingin, pucat, pengisian kapiler memanjang, dan penurunan kekuatan nadi perifer, yang mencerminkan respons adaptif yang tidak efektif.

Menurut teori Roy, ketidakmampuan sistem regulatori (neuroendokrin dan ginjal) untuk mempertahankan keseimbangan internal mengakibatkan kegagalan adaptasi fisiologis. Respons yang semula bersifat protektif berubah menjadi maladaptif karena berlangsung terus-menerus, sehingga perfusi jaringan perifer tidak dapat dipertahankan secara optimal. Selain stimulus fokal dan kontekstual, stimulus residual seperti usia lanjut, hipertensi, diabetes melitus, anemia akibat penurunan eritropoietin ginjal, dan kebiasaan hidup tidak sehat turut memperburuk penurunan perfusi perifer. Anemia menurunkan kapasitas pengangkutan oksigen ke jaringan perifer, sehingga semakin memperjelas gambaran perfusi perifer tidak efektif.

Dengan demikian, pada pasien dengan masalah perkemihan, khususnya gangguan ginjal kronis, ketidakseimbangan cairan, aktivasi RAAS, vasokonstriksi kronis, dan anemia menyebabkan kegagalan adaptasi pada mode fisiologis menurut Teori Adaptasi Roy. Kondisi ini memanifestasikan diri sebagai perfusi perifer tidak efektif, yang menandakan bahwa mekanisme adaptasi tubuh tidak lagi mampu mempertahankan aliran darah yang adekuat ke jaringan perifer.

**Ansietas** ditemukan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan sebesar (18.8%). Ansietas merupakan salah satu diagnosis keperawatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2018–2020 yang didefinisikan sebagai *"kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman"*. Pada pasien dengan gangguan sistem

perkemihan, ansietas menjadi salah satu masalah klinis yang paling sering muncul, terutama pada kondisi penyakit kronis seperti (CKD on HD), rencana operasi, serta penyakit akut. Kondisi tersebut dapat menimbulkan rasa khawatir, takut, dan ketegangan emosional yang berkelanjutan pada pasien.

Secara psikologis, gangguan perkemihan dapat menimbulkan ketidakpastian terhadap kondisi kesehatan dan masa depan, seperti kekhawatiran akan kekambuhan penyakit, nyeri yang tiba-tiba muncul, ketergantungan terhadap alat medis, atau kemungkinan tindakan invasif dan pembedahan. Selain itu, gejala seperti sering berkemih, nyeri saat berkemih, bau urin, atau inkontinensia dapat menimbulkan rasa malu dan takut dinilai negatif oleh orang lain, sehingga pasien cenderung menarik diri dari lingkungan sosial. Situasi ini menjadi sumber stres yang kuat dan memicu munculnya kecemasan.

Jika dikaitkan dengan Teori Adaptasi Roy, kecemasan pada pasien dengan gangguan perkemihan dipahami sebagai respon adaptasi yang tidak efektif terhadap stimulus internal dan eksternal yang mengancam keseimbangan psikologis individu. Menurut Roy, manusia merupakan sistem adaptif yang secara terus-menerus berusaha mempertahankan integritas melalui mekanisme koping. Dalam konteks ini, gangguan fungsi sistem perkemihan bertindak sebagai stimulus fokal yang secara langsung memengaruhi rasa aman dan kenyamanan pasien. Stimulus kontekstual meliputi intensitas dan durasi gejala, nyeri yang menyertai, keterbatasan aktivitas, ketergantungan pada tenaga kesehatan, serta tuntutan terapi jangka panjang. Stimulus residual mencakup pengalaman sakit sebelumnya, kepribadian, mekanisme koping yang kurang efektif, nilai budaya, serta tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya.

Pada mode adaptasi fisiologis, kecemasan dapat memicu respon tubuh seperti peningkatan denyut jantung, napas cepat, ketegangan otot, dan gangguan tidur, yang pada akhirnya dapat memperburuk kondisi fisik pasien. Hal ini menunjukkan adanya interaksi antara respon psikologis dan fisiologis yang bersifat maladaptif. Dalam mode konsep diri, kecemasan sangat berkaitan dengan persepsi pasien terhadap tubuh dan identitas dirinya. Perubahan fungsi eliminasi urin, ketergantungan pada alat bantu, serta rasa malu dapat menurunkan harga diri dan citra tubuh, sehingga memperkuat kecemasan yang dirasakan.

Selanjutnya, pada mode fungsi peran, kecemasan dapat mengganggu kemampuan pasien dalam menjalankan peran sosial, keluarga, maupun pekerjaan. Pasien mungkin merasa tidak mampu memenuhi harapan perannya akibat keterbatasan fisik dan emosional yang dialami. Pada mode interdependensi, kecemasan dapat memengaruhi kualitas hubungan pasien dengan keluarga dan lingkungan sosial. Ketergantungan yang meningkat atau kurangnya dukungan emosional dapat memperberat kecemasan dan menghambat proses adaptasi.

Dengan demikian, menurut Teori Adaptasi Roy, kecemasan pada pasien dengan gangguan perkemihan merupakan manifestasi dari ketidakmampuan individu dalam memberikan respon adaptif yang efektif terhadap stresor penyakit dan tuntutan perawatan. Peran perawat sangat penting dalam membantu pasien mencapai respon adaptif melalui pengkajian kecemasan secara komprehensif, pemberian edukasi yang jelas dan empatik, dukungan emosional, serta penguatan mekanisme koping yang positif. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan adaptasi pasien, menurunkan tingkat kecemasan, dan mempertahankan integritas psikologis serta sosial pasien secara holistik.

# BAB IV

# IMPLEMENTASI *EVIDENCE BASED NURSING PRECTICE*

## 4.1. Latar Belakang

Penyakit kronik merupakan penyebab kematian dan masalah kesehatan utama di dunia. Salah satu penyakit kronis tersebut adalah gagal ginjal kronik (GGK) terjadi jika *Glomerulus Filtrate Rate* (GFR) ≤15ml/menit/1,73m$^2$ dengan dialisis atau tidak (Wardani, 2022). Laporan *United State Renal Disease Data System* (USRDS) menunjukkan prevalensi gagal ginjal kronik terus mengalami peningkatan hingga 20-25% per tahun (USRDS, 2020). Jumlah kasus gagal ginjal kronik di Indonesia cukup tinggi yaitu sebesar 700.000 jiwa atau sebesar 3.8 % dari total jumlah penduduk (Kemenkes, 2019). Data PERNEFRI (2019) didapatkan jumlah pasien yang menjalani hemodialisis sebanyak 132.000 pasien, meningkat dua kali lipat dari tahun sebelumnya. Berdasarkan laporan hasil Riskesdas menunjukkan bahwa di Provinsi DKI Jakarta penderita gagal ginjal kronik yang sedang menjalani hemodialisis sebesar 0,22% (Kemenkes, 2023).

Pasien dengan kondisi gagal ginjal kronik, terdapat beberapa pengobatan seperti hemodialisis, *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD), dan transplantasi ginjal. Namun, rata-rata pasien lebih memilih untuk menjalani hemodialisis. Hemodialisis dapat berfungsi untuk mengatasi penurunan fungsi ginjal yang lebih mudah diakses, mengulur waktu hingga transplantasi ginjal dilakukan, atau seumur hidup bagi mereka yang tidak memenuhi syarat untuk transplantasi. Hemodialisis berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa serta mengembalikan kegagalan ginjal yang irreversible, tetapi untuk pasien gagal ginjal

kronik proses hemodialisis akan berlangsung sepanjang hidupnya sehingga dapat menimbulkan gangguan baik dari aspek fisiologis maupun psikologis bagi pasien (Anisah & Maliya, 2021).

Dampak psikologis yang dialami pasien hemodialisis salah satunya adalah kecemasan. Kecemasan dianggap sebagai masalah umum pada pasien hemodialisis dengan prevalensi berkisar antara 19% hingga 43% (Nadort et al., 2022). Pasien yang menjalani hemodialisis kurang dari enam bulan memiliki tingkat kecemasan yang lebih berat dibandingkan dengan pasien yang menjalani hemodialisis lebih dari enam bulan karena pada tahap ini pasien sudah menerima penyakit yang dideritanya serta mampu menghadapi penyakitnya dengan tenang dan pasrah (Alfikrie et al., 2020). Hal yang dapat menyebabkan kecemasan adalah akibat seringnya kunjungan ke rumah sakit, waktu tunggu dan perawatan yang lama, perasaan tidak pasti tentang masa depan, ketakutan terhadap kematian. Kecemasan adalah perasaan waswas, perasaan tidak menyenangkan, khawatir bersama dengan gejala fisik seperti berkeringat, sakit kepala, gelisah, dan jantung berdebar-debar yang merupakan respons terhadap ancaman yang tidak terduga (Rakhman et al., 2023). Sejalan dengan aspek emosional dari gangguan kecemasan jika tidak segera diatasi bisa menyebabkan anxiety disorders dan depresi (Utarayana et al., 2023).

Saat ini intervensi yang diberikan untuk mengatasi masalah tersebut menggunakan terapi farmakologis dengan obat anticemas *(anxiolytic)* golongan *(benzodia zepine)* meliputi diazepam, alprazolam, propranolol dengan dosis 0,5mg 3 kali sehari. Pemberian terapi farmakalogis saja tidak dianjurkan dalam jangka panjang karena menyebabkan ketergantungan dan mempunyai efek samping bagi pasien sehingga perlu adanya intervensi pendukung atau terapi non farmakologi (So et al., 2020). Terapi non

farmakologis yang dapat dilakukan seperti teknik relaksasi, hipnoterapi, guided imagery, biofeedback, sentuhan terapeutik, hidroterapi, dan teknik distraksi (Arly et al., 2024). Satu diantara cara untuk mengurangi kecemasan yakni dengan menggunakan teknik relaksasi menggunakan aromaterapi lavender.

Aromaterapi dapat mengurangi beberapa keluhan pada pasien yang menjalani tindakan hemodialisis seperti kecemasan. Aromaterapi merupakan salah satu metode terapi keperawatan yang menggunakan bahan cairan tanaman yang mudah menguap atau dikenal sebagai minyak essensial dan senyawa aromatik dari tumbuhan yang bertujuan untuk mempengaruhi suasana hati atau kesehatan seseorang (Karadag & Samancioglu Baglama, 2019). Minyak lavender mempunyai kandungan seperti minyak essensial (1-3%), alpha-phine (0.22%), limonene (1.06%), linanool (26.12%), borneol (1.21%), linalyl acetate (26.32%), geranyl acetate (2.14%). Kelebihan aromaterapi lavender dibandingkan dengan aromaterapi lainnya yaitu kandungan utama dari bunga lavender adalah linalyl acetate (26,32%) dan linalool (26,12%) yang memiliki efek menenangkan sehingga dapat menurunkan kecemasan.

Kandungan dari senyawa kimia minyak essensial aromaterapi lavender dapat mempengaruhi aktivitas fungsi kerja otak melalui sistem saraf yang berhubungan dengan indra penciuman. Respon ini akan merangsang peningkatan aktivitas neurotransmitter yaitu berkaitan dengan pemulihan kondisi psikologis (seperti emosi, perasaaan, dan pikiran). Bahan-bahan aromatik yang digunakan akan merangsang sistem saraf otonom. Sistem ini mengontrol gerakan involunter sistem pernafasan. Neuron-neuron yang bertujuan untuk penciuman adalah sel olfaktori yang melapisi epitel olfaktori pada bagian belakang saluran hidung. Reseptor ini akan menerima saat aromaterapi lavender dihirup oleh hidung. Pesan aroma tersebut akan dikirim ke otak

yang akan meneruskan pesan ke hipotalamus untuk mengidentifikasi aroma. Bau akan diinterpretasikan oleh berbagai sel neuron dan dihantarkan ke sistem limbik dan hipotalamus untuk diolah dalam bentuk impuls listrik. Sistem limbik mempunyai dua bagian yaitu hipokampus (tempat pengenalan dan memori terhadap bau) dan amigdala (tempat yang menjadi pusat kontrol emosi sehingga dapat memperbaiki suasana hati sehingga dapat meningkatkan gelombang alfa dalam otak yang memicu pengeluaran hormon serotonin dan endorphin. Pengaturan ini akan membuat rileks dan bau yang menyenangkan akan menstimulus thalamus untuk mengeluarkan enkefalin yang merupakan pemberi efek menenangkan (Agustin et al., 2020).

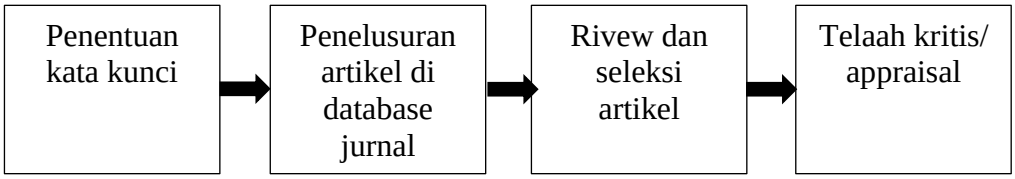
Penelitian yang dilakukan oleh Menekli & Cevik (2021) ada pengaruh efek pemberian aromaterapi lavender terhadap tingkat kecemasan dengan p=0.003. Menurut Simanjuntak et al (2023) sebelum dilakukan intervensi aromaterapi lavender tingkat kecemasan berat sebanyak 15 responden (50%), sedang 10 (33%), ringan 5 (17%) sedangkan setelah diberikan intervensi tingkat kecemasan ringan 17 (57%), sedang 8 (27%), berat 2 (8%), tidak cemas 3 (10%) dengan nilai p-value 0,00. Hal ini sejalan dengan Gintin (2024) sebelum dilakukan intervensi tingkat kecemasan berat sebanyak 13 responden (40,6%) dan setelah diberikan intervensi tidak cemas sebanyak 17 (53,1%), kecemasan ringan sebanyak 3 (9,4%), kecemasan sedang sebanyak 5 (15,6%), dan kecemasan berat 7 (21,9%) dengan p-value 0,000.

## 4.2. Metodelogi

### 4.2.1. Pencarian evidence.

Untuk mendapatkan artikel yang dapat digunakan sebagai dasar implementasi EBNP, diperlukan proses yang sistematis dengan kriteria spesifik untuk menjamin

reliabilitas dari artikel yang ditemukan. Secara sistematis alur penelusuran artikel adalah sebagai berikut :




Berdasarkan alur tersebut maka setiap tahapan yang telah dilalui dalam mendapatkan artikel dijelaskan sebagai berikut :

**Tabel 4.1.**
Analisis PICO

| PICO | Kata Kunci | MeSh |
|---|---|---|
| *P : Population* | *Hemodialysis* | *Hemodialysis*<br>*Chronic Renal Failure*<br>*End Stage Kidney Disease*<br>*Renal Dialyses* |
| *I : Intervention* | *Aromatherapy* | *Aromatherapies*<br>*Aroma Therapy* |
| *C : Comparation* | *Nursing Care* | *Nursing Care Management* |
| *O : Outcome* | *Anxiety* | *Anxiousness*<br>*Social Anxiety* |

### 4.2.2. Pengkajian kualitas sumber evidence.

Pada hasil penerapan EBNP ini penulis melakukan uji kualitas instrument berupa *Systematic Literature Review Meta-Analysis* dengan manggunakan *A Measurement Tool to Assess Systematic Review 2* (AMSTAR 2) pada artikel utama yang berjudul *Effect of Lavender Aromatherapy on Anxiety and Fatigue in Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis.* AMSTAR 2 yaitu sebagai salah satu intrumen penilaian artikel berbasis bukti untuk mendasarkan keputusan pada ringkasan yang akurat, ringkas, kredibel, komprehensif dan dapat dipahami dari bukti terbaik yang tersedia pada suatu topik sehingga meminimalkan kesalahan dan bias. Pada artikel yang didapatkan penulis telah dilakukan penilaian AMSTAR 2 yang dijelaskan pada tabel dibawah ini :

**Tabel 4.2.**
Domain Penilaian AMSTAR 2

| No | Pertanyaan | Jawaban | Penjelasan |
|---|---|---|---|
| 1 | Pertanyaan penelitian | Ya | Artikel memiliki tujuan yang jelas untuk menilai efek intervensi aromaterapi terhadap kecemasan pada pasien hemodialisa. |
| 2 | Metode tinjauan | Ya | Protokol analisis telah disetujui dalam PROSPERO (CRD42022355242) |
| 3 | Desain studi | Ya | Studi yang diikutsertakan adalah RCT yang sesuai dengan kriteria inkulsi |
| 4 | Strategi pencarian | Sebagian ya | Pencarian dilakukan dibeberapa database seperti : *PubMed, Web Of Science, Cochrane, Google Scholar* dengan keyword hemodialysis and aromatherapy lavender and anxiety |
| 5 | Pemilihan studi sebanyak dua kali | Ya | Dua peninjau melakukan pencarian database secara independent (MF, GRM) dengan diskusi untuk menyelesaikan perbedaan |
| 6 | Ekstraksi data secara rangkap dua | Ya | Data diekstraksi oleh dua peninjau secara independen |
| 7 | Daftar studi yang dikecualikan | Ya | Tidak full text, studi kualitatif dan quasy eksperiment |
| 8 | Studi yang disertakan | Sebagian ya | Artikel yang meneliti pasien hemodialisis usia 18 tahun keatas, penggunaan aromaterapi lavender, B.Ing, kecemasan |
| 9 | Risiko bias (RoB) | Ya | Risiko bias menggunakan Cochrane versi 2 meliputi : data hasil yang tidak memadai, pelaporan selektif, penyamaran partisipasi, pembuatan urutan acak, penyembunyian lokasi, penyamaran evaluasi hasil |
| 10 | Sumber pendanaan | Tidak | Tidak menyebutkan tentang sumber pendanaan |
| 11 | Metode meta analisis | Ya | Meta analisis dilakukan dengan STATA versi 14 |
| 12 | Dampak potensial RoB terhadap hasil meta analisis | Ya | Analisis sensitivitas dilakukan beberapa studi dan membandingkan hasilnya |
| 13 | Memperhitungan RoB dalam studi hasil | Ya | Risiko bias dari studi dipertimbangkan dan dijelaskan dalam hasil |
| 14 | Heterogenitas dalam hasil | Ya | Tingkat heterogenitas diperiksa dengan statistik I2 karena heterogenitas <50% |
| 15 | Sintesis kuantitatif bias publikasi | Ya | Bias publikasi ditentukan dengan melihat diagram corong atau funnel plot |
| 16 | Sumber konflik kepentingan | Tidak | Tidak menjelaskan tentang konflik kepentingan |

**Tabel 4.3.**
Domain Kritis AMSTAR-2

| No pertanyaan | Jawaban | Penjelasan |
|---|---|---|
| 10 | Tidak | Tidak menyebutkan tentang sumber pendanaan |
| 16 | Tidak | Tidak menjelaskan tentang konflik kepentingan |

**Tabel 4.4.**
Rating penilaian dari AMSTAR-2

| No | Kategori | Keterangan |
|---|---|---|
| 1 | Tinggi | Tidak ada satu kelemahan non-kritis: tinjauan sistematis memberikan ringkasan komprehensif dari hasil studi yang tersedia yang membahas pertanyaan yang menarik |
| 2 | Sedang | Lebih dari satu kelemahan non-kritis*: tinjauan sistematis memiliki lebih dari satu kelemahan tetapi tidak ada kekurangan kritis. Ini dapat memberikan ringkasan yang akurat dari hasil kajian yang tersedia yang dimasukkan dalam ulasan |
| 3 | Rendah | Satu kelemahan kritis dengan atau tanpa kelemahan non-kritis: tinjaua memiliki kelemahan kritis cacat dan mungkin tidak memberikan ringkasan yang akurat dan komprehensif tentang yang tersedia studi yang membahas pertanyaan yang menarik |
| 4 | Sangat rendah | Lebih dari satu kelemahan kritis dengan atau tanpa kelemahan non-kritis: tinjauan memiliki lebih dari satu kelemahan kritis dan tidak boleh diandalkan untuk memberikan yang akurat dan ringkasan komprehensif dari studi yang tersedia |

Hasil analisis terhadap artikel dengan judul "*Effect of Lavender Aromatherapy on Anxiety and Fatigue in Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis"* adalah "*moderate quality".* Hal ini dikarenakan peneliti tidak menjelaskan tentang sumber pendanaan pada pertanyaan no 10 dan tidak menjelaskan tentang konflik kepentingan pada pertanyaan no 16. Namun peneliti menjelaskan PICO yang digunakan dalam pencarian literatur, database yang digunakan, peneliti melakukan penyaringan duplikasi artikel, peneliti menjelaskan alasan publikasi yang dikeluarkan, menjelaskan tentang RoB, serta hasil tinjauan.

### *4.2.3. Critical appraisal.*

Pada artikel ini menggunakan database PubMed, Web Of Science, Cochrane, Google Scholar Desain penelitian ini adalah systematic reviews and meta-analyses. Peneliti menjelaskan dalam diagram PRISMA setelah dilakukan pencarian menggunakan PICO terdapat 4628 artikel dalam pencarian awal. 900 artikel duplikat telah dihapus. Setelah menyaring judul dan abstrak, sebanyak 3619 catatan dikecualikan karena tidak memenuhi kriteria tinjauan. Selanjutnya mengevaluasi teks lengkap terdapat 77 artikel yang dikecualikan karena tidak

memenuhi kriteria inklusi. Laporan dikecualikan karena hasil tidak sesuai tujuan 23. Tahap selanjutnya dengan mengecualikan tidak melibatkan pasien hemodialisis yang mengalami kecemasan dan fatigue, tidak melaporkan data hasil, tidak tersedianya teks lengkap, bukan RCT dan penelitian melibatkan pasien dibawah 18 tahun didapatkan 9 artikel meta analisis yang dijadikan tinjauan sistematis.

Studi ini mencakup 1439 jumlah partisipan, sebagian besar artikel yang di review adalah rentang tahun 2016-2022. Target partisipan yaitu pasien hemodialisis yang mengalami kecemasan dan fatigue. Intervensi aromaterapi lavender hanya diberikan kepada kelompok eksperimen sedangkan kelompok kontrol hanya dengan perawatan biasa. Analisa data pada artikel ini menggunakan STATA versi 14. Ukuran efek intervensi dengan interval kepercayaan (CI) sebesar 95%. Heterogenitas uji coba dianalisis menggunakan nilai I2 karena heterogenitas lebih dari 50%, model efek acak digunakan untuk memperkirakan SMD sebagai ukuran efek gabungan.

Pemberian intervensi aromaterapi lavender dilakukan 2 kali dalam seminggu secara inhalasi menggunakan mangkuk yang berisi 200 ml air matang kemudian tuang 5 tetes minyak lavender ke dalam mangkuk yang di hirup dari jarak sekitar 30 cm dari hidung selama 5 menit pada jam terakhir sesi HD pasien.

### 4.2.4. Populasi dan sampel.

Populasi dalam pelaksanaan intervensi ini adalah pasien hemodialisis. Perhitungan jumlah sampel menggunakan software G*Power Versi 3.1. Input data pada G*Power penulis menggunakan test family : t-test, statistical test : means

defference between two dependen means (matched pairs), type of power analysis : a priori, compute required sample size given alpha, power and effect size, input parameter one tail, effect size 2,51 (Firooz et al., 2024) alpha eer prob 0,05 dan power 0,80 didapatkan hasil 3 pasien. Selanjutnya ditambah kemungkinan drop out 20% maka didapatkan total sampel pada penerapan EBNP ini berjumlah 4 pasien hemodialisis, namun penulis mencari sebanyak mungkin sesuai dengan kriteria yang didapat sehingga didapatkan total sampel dalam penerapan EBNP ini berjumlah 10 pasien hemodialisis. Adapun kriteria inkulsi yaitu : 1) Usia 18 tahun keatas, 2) Bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam pelaksanaan EBNP yang dibuktikan dengan informed consent, 3) Tidak mengalami gangguan penciuman, 4) Pasien melakukan HD 2 kali seminggu dengan lama menjalani HD ≤ 6 bulan, 5) Pasien yang mengalami gangguan kecemasan ringan, sedang, hingga berat, 6) Tidak memiliki riwayat alergi terhadap aroma atau wewangian herbal khususnya lavender. Sedangkan untuk kriteria ekskulsi yaitu : 1) Memiliki riwayat penyakit pernafasan seperti : asma, PPOK karena dapat menimbulkan exacerbasi gejala pernafasan sehingga dapat memperburuk saluran pernafasan pasien, 2) Pasien yang tidak menyukai aromaterapi lavender.

### 4.2.5. Tempat dan waktu.

Tempat pelaksanaan aplikasi EBNP ini di unit hemodialisis RSPAD Gatot Soebroto dari tanggal 10 Maret s.d 15 Maret 2024 di unit hemodialisis RSPAD Gatot Soebroto.

### 4.2.6. Proses pelaksanaan.

#### 4.2.6.1.Tahap persiapan.

Sebelum memberikan intervensi aromaterapi lavender penulis melakukan desiminasi kepada empat orang perawat unit hemodialisis untuk membantu penulis selama berlangsungnya penerapan EBNP yang dilakukan sebelum tiga hari pelaksanaan penerapan EBNP tentang prosedur intervensi aromaterapi lavender sesuai SPO yang telah dibuat, cara mengisi kuesioner kecemasan serta teknik penskoringan, dan tahap pelaksanaan intervensi berlangsung. Perawat yang akan terlibat dalam pemberian intervensi hanya perawat yang sudah ditentukan yaitu kepala ruangan dan perawat shift dengan pendidikan Ners. Pasien yang memenuhi kriteria inklusi akan mendapat aplikasi intervensi EBNP aromaterapi lavender. Pada tahapan ini, pasien mendapat penjelasan prosedur, tujuan dan manfaat intervensi. Selanjutnya pasien mengisi *inform consent*.

#### 4.2.6.2.Tahap pre intervensi.

Sebelum pemberian intervensi dilakukan, penulis memeriksa catatan kesehatan atau rekam medik pasien dan memastikan pasien tidak memiliki kontraindikasi untuk dilakukan EBNP tentang aromaterapi lavender seperti :

1. Pasien yang mengalami gangguan penciuman
2. Pasien yang memiliki riwayat penyakit pernafasan seperti : asma, TBC, PPOK, dll karena dapat menimbulkan *exacerbasi* gejala pernafasan sehingga dapat memperburuk saluran pernafasan pasien
3. Pasien yang memiliki alergi terhadap aroma atau wewangian herbal khususnya lavender, test alergi dengan cara mengoleskan minyak lavender sebanyak 2 tetes pada pergelangan tangan pasien yang di tutup dengan

menggunakan kapas agar tidak terhirup oleh pasien. Kemudian setelah 2 menit diperiksa untuk mengetahui tanda-tanda alergi : gatal-gatal atau ruam.

Dilanjutkan dengan penilaian respon fisik dan psikologis meliputi :

1) Instrumen karakteristik responden digunakan untuk mengumpulkan data nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan terakhir, status perkawinan, dan lama menjalani HD.

*2)* Kuesioner untuk mengukur kecemasan menggunakan *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) yang telah dilakukan uji validitas dan reabilitas oleh Spielberger (1983) dengan hasil koefisien korelasi 0,73 untuk skala *state anxiety* dan 0,85 untuk skala *trait anxiety* sehingga alat ukur STAI dinyatakan valid dan koefisien reliabilitas alpha 0,87 untuk skala *state anxiety* dan 0,81 untuk *trait anxiety* sehingga kuesioner ini reliable digunakan kemudian penulis melakukan uji konstruk kuesioner bersama dosen pembimbing. Berikut kisi-kisi serta teknik penilaian dalam kuesioner STAI :

**Tabel 4.5.**
Sebaran iteam kuesioner STAI

| **Variabel** | **Pertanyaan** | | **Jumlah** |
|---|---|---|---|
| | **Favorable** | **Unfavorable** | |
| *State anxiety* | 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18 | 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20 | 20 |
| *Trait anxiety* | 2,5,8,9,11,12,15,17,18,20 | 1,3,4,6,7,10,13,14,16,19 | 20 |

**Tabel 4.6.**
Teknik penskoran State Anxiety

| **Pertanyaan** | **Jawaban responden** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Tidak sama sekali merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| *Favorable* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| *Unfavorable* | 4 | 3 | 2 | 1 |

**Tabel 4.7.**
Teknik penskoran Trait Anxiety

| **Pertanyaan** | **Jawaban responden** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| *Favorable* | 1 | 2 | 3 | 4 |
| *Unfavorable* | 4 | 3 | 2 | 1 |

Skor penilaian kecemasan untuk masing-masing STAI yaitu :

Tidak mengalami kecemasan : 20-29

Kecemasan ringan : 30-39

Kecemasan sedang : 40-49

Kecemasan berat : 50-80

**4.2.6.3.Pelaksanaan EBNP.**

1. Mengucapkan salam terapeutik
2. Mengidentifikasi rencana keperawatan
3. Mengidentifikasi pasien dengan menggunakan dua identitas yaitu nama dan tanggal lahir
4. Menjelaskan tujuan dan prosedur
5. Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien yaitu posisi fowler
6. Minyak aromaterapi lavender yang diberikan kepada pasien adalah 100% murni berukuran 10 ml yang dibeli di *Bliss Scent*
7. Siapkan mangkuk berisi 200 ml air matang kemudian beri 5 tetes minyak lavender ke dalam mangkok
8. Anjurkan pasien untuk menghirup dari jarak sekitar 30 cm dari hidung pasien selama 5 menit
9. Selama intervensi anjurkan responden untuk menutup mata dan menghirup dengan sebaik mungkin
10. Intervensi dilakukan dua kali dalam satu minggu pada saat jam terakhir sesi HD

#### 4.2.6.4.Tahap evaluasi.

Evaluasi dilakukan setelah pemberian intervensi aromaterapi lavender sebanyak dua kali dalam satu minggu pada saat jam terakhir sesi HD yaitu pada pengukuran kedua (post 1), dan pengukuran ketiga (post 2) terhadap penilaian kecemasan dengan menggunakan kuisioner STAI-S dan STAI-T. Selanjutnya data tersebut akan dianalisis untuk melihat perubahan sebelum (pre) dan sesudah (post) diberikan intervensi. Hasil yang didapat akan didesiminasikan kepada perawat ruangan dan Bidang Keperawatan untuk dilanjutkan sebagai SPO rumah sakit pada pasien hemodialisis yang mengalami kecemasan.

## 4.3. Hasil Implementasi

Pembuktian *Evidence Based Nursing Practice* (EBNP) di ruang hemodialisis RSPAD Gatot Soebroto dilakukan kepada sepuluh pasien hemodialisis sesuai dengan kriteria yang ditetapkan dimulai dari tanggal 10 Maret s.d 15 Maret 2025. Pasien yang berpartisipasi dalam pelaksanaan EBNP pada hari Senin dan Kamis, Selasa dan Jumat, Rabu dan Sabtu (sesuai jadwal HD pasien). Sebelum memberikan intervensi aromaterapi lavender penulis melakukan desiminasi kepada empat orang perawat unit hemodialisis untuk membantu penulis selama berlangsungnya penerapan EBNP yang dilakukan sebelum tiga hari pelaksanaan penerapan EBNP tentang prosedur intervensi aromaterapi lavender sesuai SPO yang telah dibuat, cara mengisi kuesioner kecemasan serta teknik penskoringan, dan tahap pelaksanaan intervensi berlangsung. Perawat yang akan terlibat dalam pemberian intervensi hanya perawat yang sudah ditentukan yaitu kepala ruangan dan perawat shift dengan pendidikan Ners.

Setelah pasien melakukan *informed concent*, penulis melakukan pengukuran pertama (pre test) tingkat kecemasan menggunakan kuesioner STAI-S dan STAI-T setelah itu

melakukan intervensi pemberian aromaterapi lavender sesuai dengan SPO dengan menghirup aromaterapi lavender yang dituangkan ke dalam mangkuk berisi 200 ml air matang yang telah di teteskan minyak lavender sebanyak 5 tetes untuk pasien hirup dari jarak sekitar 30 cm dari hidung pasien selama 5 menit. Penulis membutuhkan waktu menyelesaikan sepuluh pasien hemodialisis bervariasi. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk pengisian kuesioner pre test selama 5 menit, kemudian pasien diminta menghirup aromaterapi lavender selama 5 menit dengan posisi fowler setelah intervensi selesai pasien dibiarkan selama 5 menit hingga merasa lebih nyaman dan rileks, setelah itu dilakukan post test pengisian kuesioner selama 5 menit sehingga total waktu yang dibutuhkan untuk setiap pasien yaitu 20 menit.

Selama intervensi berlangsung tidak ada pasien yang drop out atau berhenti sebelum kontrak berakhir artinya proses pelaksanaan EBNP dapat dilakukan sesuai target. Untuk evaluasi hasil intervensi dilakukan pada post test hari pertama (pengukuran kedua) dan post hari kedua (pengukuran ketiga), pasien diberikan kembali kuesioner STAI-S dan STAI-T untuk mengetahui pengaruh aromaterapi lavender terhadap tingkat kecemasan pada pasien hemodialisis.

**Tabel 4.8.**
Karakteristik pasien hemodialisis (n=10)

| **Variable** | ***f*** | **%** |
|---|---|---|
| **Usia** | | |
| Dewasa Akhir (36-45 Tahun) | 5 | 50.0 |
| Lansia Awal (46-55 Tahun) | 5 | 50.0 |
| **Jenis Kelamin** | | |
| Laki- laki | 4 | 40.0 |
| Perempuan | 6 | 60.0 |
| **Pekerjaan** | | |
| Tidak Bekerja | 3 | 30.0 |
| Swasta | 4 | 40.0 |
| IRT | 2 | 20.0 |
| Wiraswasta | 1 | 10.0 |
| **Pendidikan** | | |
| SD | 1 | 10.0 |
| SMP | 1 | 10.0 |
| SMA | 1 | 10.0 |

| | | |
|---|---|---|
| Perguruan Tinggi | 7 | 70.0 |
| **Status Pernikahan** | | |
| Menikah | 10 | 100,0 |
| **Lama HD** | | |
| 1 Bulan | 2 | 20,0 |
| 2 Bulan | 1 | 10,0 |
| 3 Bulan | 2 | 20,0 |
| 4 Bulan | 4 | 40,0 |
| 5 Bulan | 1 | 10,0 |

Berdasarkan tabel 4.8. di atas, diketahui bahwa setengah dari responden (50,0%) berada pada kategori dewasa akhir dan lansia awal. Sebagian besar dari responden (60,0%) berjenis kelamin perempuan. Sebagian kecil dari responden (40,0%) bekerja sebagai karyawan swasta. Sebagian besar dari responden (70,0%) memiliki tingkat pendidikan perguruan tinggi. Selain itu, seluruh responden (100%) sudah menikah. Berdasarkan durasi menjalani hemodialisis, sebagian kecil dari responden (40,0%) telah menjalani terapi HD selama 4 bulan.

**Tabel 4.9.**
Distribusi frekuensi kecemasan sebelum (pengukuran pertama) dan sesudah intervensi (pengukuran ketiga) menggunakan STAI-S dan STAI-T (n=10)

| No. | Variabel | *Pre* | | *Post* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ***f*** | **%** | ***f*** | **%** |
| 1 | *STAI-S* | | | | |
| | a. *Tidak Cemas* | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | b. Kecemasan Ringan | 0 | 0,0 | 2 | 20,0 |
| | c. Kecemasan Sedang | 3 | 30,0 | 8 | 80,0 |
| | d. Kecemasan Berat | 7 | 70,0 | 0 | 0,0 |
| 2 | *STAI-T* | | | | |
| | a. Tidak Cemas | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | b. Keceamsan Ringan | 0 | 0,0 | 5 | 50,0 |
| | c. Kecemasan Sedang | 9 | 90,0 | 5 | 50,0 |
| | d. Kecemasan Berat | 1 | 10,0 | 0 | 0,0 |

Berdasarkan tabel 4.9. di atas, berdasarkan hasil pengukuran pertama (pre test) menggunakan STAI-S diketahui bahwa sebagian besar 70,0% responden mengalami tingkat kecemasan yang berat dan 30% kecemasan sedang yang kemudian menurun menjadi kecemasan sedang 80,0% dan kecemasan ringan 20,0% pada saat post test kedua (pengukuran ketiga). Sementara itu, berdasarkan pengukuran dengan STAI-T pada saat pengukuran pertama (pre test) hampir seluruh 90,0% responden mengalami

kecemasan sedang dan 10,0% kecemasan berat yang kemudian berkurang menjadi 50,0% kecemasan sedang dan 50,0% kecemasan ringan pada post test kedua (pengukuran ketiga).

**Tabel 4.10.**
Pengaruh aromaterapi lavender terhadap tingkat kecemasan pasien hemodialisis berdasarkan STAI-S (n=10)

| Kecemasan STAI-S | Mean | Beda mean | SE | 95% CI | | *P-value* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Lower | Upper | |
| *Pretest* | 52,2 | 4,20 | 0,41 | 3,25 | 5,14 | 0,000 |
| *Post Test 1* | 48,0 | | | | | |
| *Pre test* | 52,2 | 10,20 | 0,44 | 9,19 | 11,20 | 0,000 |
| *Post test 2* | 42,0 | | | | | |

Berdasarkan tabel 4.10. diatas, diketahui perbedaan rerata skor kecemasan menggunakan STAI-S sebelum dan sesudah diberikan aromaterapi lavender sebesar 4,20 pada post test pertama dan 10,20 pada post test ke dua. Hasil uji *statistic bivariate* didapatkan dengan nilai *p value* 0,000 ($p \leq 0,05$) pada post test pertama dan post test kedua yang berarti terdapat pengaruh antara penerapan aromaterapi lavender terhadap tingkat kecemasan pasien hemodialisis menggunakan STAI-S.

**Tabel 4.11.**
Pengaruh aromaterapi lavender terhadap tingkat kecemasan pasien hemodialisis berdasarkan STAI-T (n=10)

| Kecemasan STAI-T | Mean | Beda mean | SE | 95% CI | | *P-value* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Lower | Upper | |
| *Pretest* | 46,10 | 3,90 | 0,75 | 2,19 | 5,60 | 0,001 |
| *Post Test 1* | 42,20 | | | | | |
| *Pre test* | 46,10 | 8,50 | 1,08 | 6,03 | 10,96 | 0,000 |
| *Post test 2* | 37,60 | | | | | |

Berdasarkan tabel 4.11 diatas, diketahui perbedaan rerata skor kecemasan menggunakan STAI-T sebelum dan sesudah diberikan aromaterapi lavender sebesar 3,90 pada post test pertama dan 8,50 pada post test kedua. Hasil uji *paired t test* didapatkan nilai *p value* 0,000 ($p \leq 0,05$) yang berarti terdapat pengaruh antara penerapan aromaterapi lavender terhadap tingkat kecemasan pasien hemodialisis menggunakan STAI-T.

## 4.4.Pembahasan

### 4.4.1. Pengaruh aromaterapi lavender terhadap tingkat kecemasan pasien hemodialisis.

Penerapan EBNP ini bertujuan untuk menilai kelayakan penerapan aromaterapi lavender terhadap tingkat kecemasan pada pasien hemodialisis. Penerapan EBNP ini dapat menjadi alternatif dalam mengatasi kecemasan secara nonfarmakologis yang dapat digunakan oleh tenaga kesehatan khususnya perawat.

Pasien gagal ginjal kronis biasanya melaksanakan hemodialisis 2-3 kali selama satu minggu, selama 3-5 jam tiap sesi. Pasien yang menjalani tindakan hemodialisis akan melakukan program perawatan seumur hidupnya yang dapat menimbulkan kecemasan hal ini terjadi akibat seringnya kunjungan ke rumah sakit, waktu tunggu dan perawatan yang lama, perasaan tidak pasti tentang masa depan, ketakutan terhadap kematian, dan menurunnya kepercayaan diri (Tallulembang et al., 2024). Jika kecemasan pada pasien hemodialisis tidak diatasi dapat mengakibatkan kecemasan yang menetap atau bahkan meningkat dari cemas ringan, sedang, berat lalu panik (Rahmanti & Haksara, 2023). Kecemasan merupakan respon psikologis yang lazim ditemukan pada pasien yang baru beberapa bulan menjalani hemodialisis. Setiap individu memiliki tingkat kecemasan yang berbeda tergantung dari masing-masing individu dalam menyikapi permasalahan yang terjadi dalam dirinya. Jika menghadapi dengan positif maka akan baik pula kualitas hidupnya dan bisa mengatasi kecemasan yang dialaminya, tetapi lain halnya jika menghadapi dengan negatif maka kekhawatiran kondisinya akan bertambah parah serta kekhawatiran akan penyakit yang dialami (Husna et al., 2021).

Seorang individu yang didiagnosis menderita penyakit kronis akan berada pada kondisi kritis yang ditandai dengan ketidakseimbangan fisik dan psikologisnya. Pasien merasa cemas, takut dan perasaan emosional lainnya karena koping yang biasa digunakan saat menghadapi masalah tidak efektif. Tingkat kecemasan pasien yang sudah lama menjalani terapi hemodialisis akan lebih ringan bila dibandingkan dengan pasien yang baru pertama kali menjalani terapi hemodialisis. Pasien yang sudah menjalani hemodialisis akan memiliki kemampuan beradaptasi yang lebih baik terhadap kehidupan barunya dan sudah mencapai tahap penerimaan (acceptance) (Utarayana et al., 2023).

Keadaan kecemasan seseorang dapat dinilai menggunakan teori *State Trait Anxiety Inventory* (STAI). Menurut Spielberger (1972) terdapat 3 unsur utama yang dapat mempengaruhi seseorang terhadap kecemasan yaitu perasaan ketidakpastian yang dirasakan individu tersebut (uncertainty), perasaan ketidakberdayaan (helplessness), serta akhir dari kedua perasaan yang dirasakan tersebut akan tertuju pada masalah yang dihadapi (future orientation).

Teori State Trait Anxiety Inventory menyebutkan bahwa suatu kecemasan dapat muncul karena adanya suatu peristiwa dari luar yang menimbulkan respon pada suatu individu atau disebut dengan stimulus. Stimulus dalam penerapan EBNP ini adalah penyakit gagal ginjal kronis yang menjalani tindakan hemodialisis. Munculnya stimulus akan membuat suatu individu melakukan sebuah penilaian apakah stimulus tersebut merupakan hal yang dianggap membahayakan bagi dirinya atau sebaliknya. Jika stimulus tersebut dianggap mengancam bagi dirinya maka akan muncul kecemasan sesaat yang menimbulkan respon psikologis tidak nyaman bagi individu tersebut. Suatu individu akan berusaha mengatasi kondisi

yang membuatnya tidak nyaman dengan mengembangkan coping mechanism untuk mengurangi kecemasan yang dialaminya. Bentuk rasa takut, khawatir, serta ketidakpastian dapat merangsang terjadinya stres. Apabila terjadi secara berkelanjutan hal ini memungkinkan dapat memperburuk keadaan mental individu tersebut (Husna et al., 2021).

State anxiety merupakan suatu perasaan cemas seperti merasa tegang, khawatir pada waktu-waktu yang akan mendatang, serta ketakutan pada hal yang belum tentu terjadi dalam kurun waktu tertentu (Setyananda et al., 2021). Perasaan ini dapat timbul karena adanya peningkatan pada aktivitas sistem saraf otonom. Durasi muncul dan hilangnya state anxiety ini dapat berbeda-beda dan dapat berubah seiring berjalannya waktu sesuai dengan beban atau banyaknya stres yang dirasakan oleh individu tersebut. Kecemasan sesaat ini akan muncul ketika suatu individu dihadapkan pada sesuatu yang mengancam dirinya atau sesuatu yang menurutnya berbahaya.

Berbeda dengan state anxiety yang sifatnya sementara, trait anxiety pada umumnya merupakan suatu perasaan cemas yang menetap di dalam diri individu. State anxiety muncul ketika individu menerima stimulus yang berpotensi membahayakan dirinya. Sedangkan trait anxiety lebih mengarah pada kepribadian individu yang cenderung cemas. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Zsido et al (2020) mengatakan bahwa suatu individu yang memiliki tingkat trait anxiety tinggi akan lebih rentan mengalami stres dan cenderung mengalami reaksi dari state anxiety seperti merasa tegang dan khawatir dalam jangka waktu yang terus-menerus meningkat daripada individu yang memiliki trait anxiety yang rendah. Individu dengan trait anxiety tinggi lebih cenderung menganggap dunia sebagai

suatu ancaman dan suatu hal yang membahayakan dibandingkan dengan individu yang memiliki trait anxiety rendah (Setyananda et al., 2021).

Berdasarkan hasil penerapan EBNP yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tingkat STAI-S lebih tinggi berpengaruh dibandingkan dengan STAI-T. Berdasarkan hasil tiga kali pengukuran yang telah dilakukan didapatkan penurunan nilai STAI-S pada pengukuran pertama (pre test) sebesar 52,20 menurun menjadi 48,00 pada pengukuran kedua (post test 1) menjadi 42,00 pada saat pengukuran ketiga (post test 2) dengan p-value 0,000 pada post test pertama dan kedua. Kemudian berdasarkan STAI-T pengukuran pertama (pre test) 46,10 menurun menjadi 42,20 pada saat pengukuran kedua (post test 1) menjadi 37,60 pada pengukuran ketiga (post test 2) dengan p-value 0,001 pada post test pertama dan 0,000 pada post test kedua sehingga dapat disimpulkan bahwa penerapan EBNP hasil yang optimal yaitu pada pengukuran ketiga (post test 2) dengan p-value 0,000 dengan pemberian intervensi menggunakan 100% aromaterapi lavender yang dibeli di toko “Bliss Scents” sebanyak lima tetes kemudian di teteskan pada 200 ml air mineral pada mangkok setelah itu minta pasien untuk menghirup selama lima menit dengan jarak ± 30 cm, pemberian intervensi ini dilakukan selama satu minggu (sesuai jadwal sesi HD pasien) pada saat sesi terakhir HD pasien selesai.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sahin et al (2021) bahwa pemberian intervensi aromaterapi lavender selama satu minggu sesuai jadwal HD pasien pada saat sesi terakhir HD pasien selesai dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien hemodialisis dengan p-value 0,000. Kemudian penelitian yang dilakukan oleh Telaumbanua et al (2024) adanya perbedaan tingkat kecemasan yang dialami oleh responden dengan mean 0.781 dengan p-value 0,000. Perbedaan tingkat

kecemasan ini dipengaruh oleh aromaterapi inhalasi lavender (Lavandula Angustifolia) dapat membuat responden menjadi lebih santai menjalani hemodialisis. Hal ini sejalan dengan penelitian Harmawati et al (2021) didapatkan hasil ada pengaruh aromaterapi inhalasi lavender terhadap kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dengan p-value 0,000.

Kondisi psikologis kecemasan dapat diturunkan dengan cara melakukan relaksasi sebagai upaya distraksi atas penyakit yang dihadapinya salah satunya adalah menggunakan aromaterapi. Aromaterapi merupakan salah satu terapi komplementer yang memiliki efek menenangkan dalam mengatasi kecemasan. Terapi komplementer mempunyai hubungan dengan nilai praktik keperawatan, hal tersebut dimasukkan dalam kepercayaan holistik manusia yaitu keperawatan secara menyeluruh (bio, psiko, sosial, spiritual, dan kultural) yang tidak dipandang pada keadaan fisik saja tetapi juga memperhatikan aspek lainnya yang bertujuan untuk penyembuhan (Supatmi et al., 2024). Kelebihan aromaterapi lavender dibandingkan dengan aromaterapi lainnya yaitu kandungan utama dari bunga lavender adalah linalyl acetate (26,32%) dan linalool (26,12) yang memiliki efek anxyolitic.

Kandungan dari senyawa kimia minyak essensial aromaterapi lavender dapat mempengaruhi aktivitas fungsi kerja otak melalui sistem saraf yang berhubungan dengan indra penciuman. Respon ini akan merangsang peningkatan aktivitas neurotransmitter yaitu berkaitan dengan pemulihan kondisi psikologis (seperti emosi, perasaaan, dan pikiran). Bahan-bahan aromatik yang digunakan akan merangsang sistem saraf otonom. Sistem ini mengontrol gerakan involunter sistem pernafasan. Neuron-neuron yang bertujuan untuk penciuman adalah sel olfaktori

yang melapisi epitel olfaktori pada bagian belakang saluran hidung. Reseptor ini akan menerima saat aromaterapi lavender dihirup oleh hidung. Pesan aroma tersebut akan dikirim ke otak yang akan meneruskan pesan ke hipotalamus untuk mengidentifikasi aroma. Bau akan diinterpretasikan oleh berbagai sel neuron dan dihantarkan ke sistem limbik dan hipotalamus untuk diolah dalam bentuk impuls listrik. Sistem limbik mempunyai dua bagian yaitu hipokampus (tempat pengenalan dan memori terhadap bau) dan amigdala (tempat yang menjadi pusat kontrol emosi sehingga dapat memperbaiki suasana hati sehingga dapat meningkatkan gelombang alfa dalam otak yang memicu pengeluaran hormon serotonin dan endorphin. Pengaturan ini akan membuat rileks dan bau yang menyenangkan akan menstimulus thalamus untuk mengeluarkan enkefalin yang merupakan pemberi efek menenangkan (Agustin et al., 2020).

Dari hasil observasi langsung selama proses intervensi, sebagian besar pasien menunjukkan ekspresi wajah yang lebih santai, serta respon verbal yang lebih positif. Pasien menyampaikan bahwa dengan menghirup aromaterapi lavender membuat mereka merasa lebih tenang dan rileks karena aroma yang lembut. Hal ini sejalan dengan prinsip keperawatan holistik di mana aspek psikologis dan spiritual pasien harus diperhatikan untuk mendukung penyembuhan yang optimal. Kesan dari perawat juga menunjukkan hasil yang positif. Beberapa perawat menyatakan bahwa pasien yang telah menjalani sesi aromaterapi terlihat lebih rileks. Bahkan, menurut keterangan DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan), intervensi ini memberikan dampak positif terhadap stabilitas emosional pasien yang sangat membantu dalam proses pencegahan komplikasi yang bisa muncul akibat kecemasan berlebih seperti anxiety disorder.

Dalam konteks Evidence Based Nursing Practice (EBNP) intervensi ini dapat diintegrasikan dalam asuhan keperawatan sebagai upaya inovatif dan efektif untuk mengatasi kecemasan. Tidak hanya berdampak pada kenyamanan pasien, tetapi juga dapat meningkatkan efisiensi layanan kesehatan karena pasien menjadi lebih siap secara psikologis dan emosional untuk proses penyembuhan.

## 4.5.Pandangan Islam Terhadap Intervensi Aromaterapi Lavender Dalam Mengurangi Kecemasan (AIK)

### 4.5.1. Pandangan umum islam terhadap kecemasan.

Dalam Islam, kecemasan (khauf, huzn, dan was-was) dipandang sebagai bagian dari ujian kehidupan manusia. Al-Qur'an mengakui adanya rasa takut dan cemas yang dapat dialami manusia : "Dan sungguh kami akan menguji kamu dengan sedikit rasa takut, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan" (QS. Al-Baqarah ayat 155). Situasi cemas sering dialami oleh setiap manusia, dengan berdoa dan memohon kepada Allah SWT dengan keimanan serta keyakinan penuh bahwa Allah SWT tidak akan pernah mengecewakan hambanya yang meminta dan berdoa kepadanya. Ini merupakan hadist riwayat Bukhari dan Muslim, dengan ini Rasulullah Shollallahu 'alaihi wasallam pernah bersabda: "Tidaklah seorang muslim tertimpa suatu kelelahan, atau penyakit, atau kehawatiran (cemas), atau kesedihan, atau gangguan, bahkan duri yang melukainya melainkan Allah akan menghapus kesalahan-kesalahannya karenanya," (HR. Bukhari no. 5642 dan Muslim no. 2573).

Dengan hadist tersebut kita dapat memahami bahwa ketika kita sedang mengalami hal yang tidak kita harapkan sesuai dengan apa yang kita inginkan serta kita mengalami rasa cemas, agar kita meminta dan berdoa kepada Allah

SWT dengan penuh keyakinan bahwa Allah SWT memberikan kita untuk ketenangan dalam hati. Sebagaimana ketika kita mengalami rasa cemas terdapat pada Surah Al Fath ayat 4 sebagai berikut :

هُوَ الَّذِيٓ اَنْزَلَ السَّكِيْنَةَ فِيْ قُلُوْبِ الْمُؤْمِنِيْنَ لِيَزْدَادُوْٓا اِيْمَانًا مَّعَ اِيْمَانِهِمْۗ وَلِلّٰهِ جُنُوْدُ السَّمٰوٰتِ وَالْاَرْضِۗ وَكَانَ اللّٰهُ عَلِيْمًا حَكِيْمًاۙ ٤

Artinya : “Dialah yang telah menurunkan ketenangan ke dalam hati orang-orang mukmin untuk menambah keimanan atas keimanan mereka (yang telah ada). Dan milik Allah-lah bala tentara langit dan bumi, dan Allah Maha Mengetahui, Mahabijaksana” (Q.S Al Fath Ayat 4).

Allah SWT memberikan ketenangan kepada orang-orang yang beriman, memberikan nikmat-Nya, serta cinta dan kasih sayang yang sangat luas dan tidak akan terbatas. Dengan membaca doa untuk mengilangkan rasa cemas adalah salah satu langkah berdzikir kepada Allah SWT untuk menghilangkan rasa cemas, kegalauan, sedih dan gelisah. Namun, Islam memberikan arahan spiritual agar umatnya tidak terlarut dalam kecemasan. Salah satunya adalah dengan cara berdoa sebagaimana HR.Bukhari no. 2893 : “Ya Allah, aku berlindung kepada-Mu dari rasa cemas dan sedih, dari kelemahan dan kemalasan, dari sifat kikir dan pengecut, dan dari lilitan utang serta tekanan orang lain."

### 4.5.2. Pandangan islam terhadap penggunaan aromaterapi lavender.

Dalam pandangan Islam segala bentuk pengobatan atau terapi yang bertujuan untuk menyembuhkan atau meringankan penderitaan manusia termasuk terapi non farmakologis seperti aromaterapi diperbolehkan dan bahkan dianjurkan

selama tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip syariah. “Sesungguhnya Nabi menyukai wewangian dan beliau menganggapnya sebagai salah satu dari kenikmatan dunia yang diperbolehkan.” (Zad al-Ma'ad, Ibn Qayyim al-Jawziyyah)

Islam memandang kesehatan sebagai amanah dari Allah SWT yang harus dijaga. Dalam Al-Qur'an dan hadits banyak disebutkan pentingnya menjaga tubuh dan mencari pengobatan ketika sakit sebagaimana Rasulullah Shallallahu ‘Alaihi wa Sallam bersabda : “Sesungguhnya Allah tidak menurunkan suatu penyakit melainkan Dia menurunkan pula obatnya.” (HR. Bukhari dan Muslim No.5354).

Kemudian "Dua nikmat yang sering dilalaikan oleh banyak manusia: nikmat sehat dan waktu luang." (HR. Bukhari No. 6412). Dalam al-qur’an yang artinya : “Dia menumbuhkan bagi kamu dengan air hujan itu tanam-tanaman: zaitun, kurma, anggur, dan segala macam buah-buahan. Sesungguhnya pada yang demikian itu benar-benar terdapat tanda (kebesaran Allah) bagi kaum yang berpikir.” (QS. An-Nahl ayat 11). Berdasarkan ayat ini menunjukkan bahwa alam dan isinya termasuk tumbuhan beraroma seperti lavender adalah ciptaan Allah yang bisa digunakan sebagai obat dan penyembuh. “Dan (Allah) menghalalkan bagi mereka segala yang baik dan mengharamkan bagi mereka segala yang buruk.” (QS. Al-A’raf ayat 157). Lavender dan aromaterapi masuk dalam kategori “thayyibat” (hal-hal yang baik dan menyenangkan), selama tidak mengandung unsur haram atau mudarat.

### 4.5.3. Aromaterapi lavender dari perspektif medis.

Saat ini Complementary and Alternatif Medicine (CAM) sudah mulai digunakan dalam dunia kesehatan. Penggunaan CAM dalam dunia kesehatan diharapkan dapat menjadi pelengkap dari perawatan medis dan juga dapat diaplikasikan oleh para tenaga kesehatan. Salah satu jenis dari CAM yang sedang populer yang digunakan dalam bidang kesehatan adalah aromaterapi lavender yang memiliki efek menenangkan dalam mengatasi kecemasan. Terapi komplementer mempunyai hubungan dengan nilai praktik keperawatan, hal tersebut dimasukkan dalam kepercayaan holistik manusia yaitu keperawatan secara menyeluruh (bio, psiko, sosial, spiritual, dan kultural) yang tidak dipandang pada keadaan fisik saja tetapi juga memperhatikan aspek lainnya yang bertujuan untuk penyembuhan. Kelebihan aromaterapi lavender dibandingkan dengan aromaterapi lainnya yaitu kandungan utama dari bunga lavender adalah linalyl acetate (26,32%) dan linalool (26,12%) yang memiliki efek anxyolitic.

## 4.6. Kelebihan Dan Kekurangan

Pelaksanaan EBNP terkait intervensi aromaterapi lavender terhadap tingkat kecemasan pada pasien hemodialisis memiliki kelebihan diantaranya yaitu : 1) Pasien yang menjalani hemodialisis merasakan manfaat dari penerapan yang diberikan. 2) Pasien bisa melanjutkan secara mandiri di rumah meskipun penerapan EBNP sudah selesai dilakukan. 3) Penerapan EBNP dilakukan selama satu minggu sesuai jadwal hemodialisis pasien dan kesepakatan sehingga selama proses intervensi pasien hadir. Selain itu adapun kekurangan selama penerapan EBNP ini yaitu : Penerapan EBNP dapat dilakukan tanpa biaya tambahan dengan memanfaatkan pengharum ruangan yang sudah tersedia di ruangan sebagai alternatif aromaterapi di ruangan.

# BAB V

# PENUTUP

## 5.1. Kesimpulan

### 5.1.1. Penerapan teori adaptasi roy dalam pemberian asuhan keperawatan.

Penerapan Teori Adaptasi Roy dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah sistem perkemihan memberikan kerangka konseptual yang komprehensif dan holistik dalam memahami respon pasien terhadap gangguan kesehatan yang dialaminya. Pasien dengan gangguan sistem perkemihan, baik yang bersifat akut maupun kronik, menghadapi berbagai perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial yang menuntut kemampuan adaptasi yang berkelanjutan. Perubahan tersebut sering kali memunculkan respon adaptif yang tidak efektif, seperti nyeri akut, gangguan pola eliminasi urin, kecemasan, intoleransi aktivitas, pola napas tidak efektif, hingga manajemen kesehatan yang tidak optimal.

Melalui pendekatan Teori Adaptasi Roy, perawat memandang pasien sebagai sistem adaptif yang dipengaruhi oleh berbagai stimulus, yaitu stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Gangguan fungsi sistem perkemihan berperan sebagai stimulus fokal utama yang memicu perubahan respon pada berbagai mode adaptasi, meliputi mode fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi. Identifikasi stimulus dan respon pada keempat mode adaptasi ini memungkinkan perawat untuk melakukan pengkajian yang lebih mendalam dan terarah terhadap kebutuhan pasien secara menyeluruh.

Penerapan teori ini juga membantu perawat dalam merencanakan dan melaksanakan intervensi keperawatan yang berfokus pada peningkatan kemampuan adaptasi pasien, bukan hanya pada pengurangan gejala fisik. Intervensi keperawatan diarahkan untuk mendukung keseimbangan fisiologis,

memperkuat konsep diri pasien, mempertahankan fungsi peran, serta meningkatkan kualitas hubungan dan dukungan sosial. Dengan demikian, asuhan keperawatan tidak hanya bersifat kuratif, tetapi juga promotif, preventif, dan rehabilitatif.

Secara keseluruhan, penerapan Teori Adaptasi Roy dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah sistem perkemihan terbukti memberikan pendekatan yang sistematis, humanistik, dan berpusat pada pasien. Pendekatan ini membantu perawat dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, mendorong respon adaptif yang efektif, serta mempertahankan integritas fisiologis, psikologis, dan sosial pasien. Oleh karena itu, Teori Adaptasi Roy sangat relevan dan aplikatif untuk digunakan sebagai landasan konseptual dalam praktik keperawatan, khususnya pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan.

### 5.1.2. Praktek keperawatan berdasarkan pembuktian ilmiah.

Praktik keperawatan berdasarkan pembuktian ilmiah sebagaimana diuraikan pada Bab IV menunjukkan bahwa penerapan EBNP berperan penting dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah sistem perkemihan khususnya CKD on HD. Tindakan hemodialisis ini berlangsung seumur hidup yang akan menimbulkan kecemasan pada pasien, sehingga diperlukan intervensi keperawatan yang berfokus pada aspek psikologis selain aspek fisiologis.

Penerapan aromaterapi lavender sebagai intervensi keperawatan nonfarmakologis didasarkan pada hasil penelitian yang menunjukkan efektivitasnya dalam menurunkan tingkat kecemasan pasien. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa

penggunaan aromaterapi lavender mampu menurunkan tingkat kecemasan pasien, sehingga mendukung kelancaran prosedur dan kualitas asuhan keperawatan.

### 5.1.3. Integritas nilai-nilai keislaman dalam asuhan keperawatan berdasarkan teori adaptasi roy.

Integrasi nilai-nilai Islam dalam asuhan keperawatan berdasarkan teori adaptasi roy pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan sejalan dengan ajaran Islam yang memandang sakit sebagai ujian dan sarana peningkatan derajat serta penghapusan dosa. Al-Qur'an menegaskan bahwa Allah SWT tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya (QS. Al-Baqarah: 286), sehingga perawat dapat memberikan penguatan spiritual agar pasien mampu menerima kondisi penyakit dengan sikap sabar, optimis, dan tetap melakukan ikhtiar melalui pengobatan dan perawatan yang dijalani. Nilai kesabaran dan tawakal juga ditegaskan dalam Al-Qur'an (QS. Al-Baqarah: 155–156), yang diintegrasikan dalam praktik keperawatan melalui fasilitasi ibadah sesuai kemampuan pasien, dukungan spiritual, serta pelibatan keluarga sebagai sistem pendukung. Hal ini diperkuat oleh hadis sahih Rasulullah SAW yang menyatakan bahwa setiap kelelahan dan penyakit yang menimpa seorang Muslim akan menghapus sebagian dosa-dosanya (HR. Bukhari dan Muslim). Dengan demikian, integrasi nilai-nilai Islam dalam asuhan keperawatan berbasis Teori Roy berkontribusi dalam memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, dan spiritual pasien secara holistik serta mendukung proses adaptasi dan pemulihan pasien dengan gangguan sistem perkemihan.

## 5.2. Saran

### 5.2.1. Bagi lahan praktik.

Dapat dijadikan sebagai salah satu acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan nefrolitiasis. Dalam memberikan asuhan keperawatan hendaknya perawat telah mendalami konsep anatomi, fisiologis, dan patofisiologi penyakit sehingga seluruh tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien merupakan hasil *critical thinking* perawat atas respon pasien. Selain itu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus mempertimbangkan prinsip etik dan moral sehingga perawat dapat membantu pasien dan terhindar dari tuntutan hukum. Perawat dapat menggunakan aromaterapi lavender sebagai salah satu intervensi keperawatan berbasis bukti untuk mengatasi masalah kecemasan pada pasien CKD.

### 5.2.2. Bagi profesi perawat.

Perawat memiliki peran penting dalam manajemen pasien dengan gangguan sistem perkemihan, khususnya pada pasien nefrolitiasis. Beberapa peran utama perawat meliputi:

1. Edukasi pasien dan keluarga tentang manajemen nutrisi dan cairan
2. Implementasi teknik non-farmakologis penerapan *Evidence Based Nursing Practice* (EBNP) tentang aromaterapi lavender untuk mengatasi kecemasan.
3. Kolaborasi dengan tim kesehatan untuk memberikan perawatan holistik yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Advokasi dan dukungan psikososial kepada pasien yang mengalami kecemasan pada pasien CKD, serta mengadvokasi kebijakan kesehatan yang mendukung perawatan optimal bagi pasien CKD.

**5.2.3. Bagi pasien.**

1. Pasien dan keluarga mendapatkan edukasi tentang penyakit nefrolitiasis, kontrol kesehatan dan minum obat teratur.
2. Pasien memahami teknik non farmakologis menggunakan aromaterapi lavender untuk mengatasi kecemasan.

## DAFTAR PUSTAKA


Agustin, A., Hudiyawati, D., & Purnama, P. A. (2020). Pengaruh aroma terapi inhalasi terhadap kecemasan pasien hemodialisa. *Journal Prosiding Seminar Nasional Keperawatan*, *2012*, 16–24. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://stikeselisabethmedan.ac.id/wp-content/uploads/2022/02/Prosiding-Seminar-Nasional-Keperawatan-Universitas-Muhammadiyah-Surakarta-2020-Profesi-Ners-XXI-2.pdf

Alfikrie, F., Sari, L., & Akbar, A. (2020). Factors associated with anxiety in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: A Crossectional Study. *International Journal of Nursing, Health and Medicine*, *2*(2), 1–6. https://journal.stkipsingkawang.ac.id/index.php/ijnhm/article/view/1631

Alligood, M. R. (2014). *Nursing theory & their work (8th ed)*. The CV Mosby Company St. Louis. Toronto. Missouri.

Anisah, I. N., & Maliya, A. (2021). Efektivitas relaksasi benson terhadap kecemasan pasien yang menjalani hemodialisa. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, *14*(1), 57–64. https://doi.org/10.23917/bik.v14i1.12226

Arifin Noor, M., Riska, W. M., Suyanto, S., & Wahyuningsih, I. S. (2023). Pengaruh kombinasi ankle pump exercise dan elevasi kaki 30° terhadap edema kaki pada pasien CKD. *Jurnal Keperawatan Sisthana*, *8*(1), 25–36. https://doi.org/10.55606/sisthana.v8i1.225

Arly, V. M., Pemila, U., & Antoro, B. (2024). Pengaruh terapi kombinasi inhalasi aromaterapi lavender dan musik terhadap kecemasan pasien hemodialisa. *Indonesian Health Scientific Journal*, *9*(1), 178–192. https://jurnal.unar.ac.id/index.php/health/article/view/1684

Artiany, S., & Gamayana Trimawang Aji, Y. (2021). Gambaran komorbid pada pasien hemodialisis di Rumah Sakit Angkatan Udara (RSAU) dr Esnawan Antariksa. *Jurnal Keperawatan Cikini*, *2*(2), 1–6. https://doi.org/10.55644/jkc.v2i2.57

Chressia, N. A., Susanto, G., Wahyudi, D. A., & Wulandari, R. Y. (2024). Penyakit komorbid dan survival rate pada pasien gagal ginjal kronik diruang hemodialisa RSUD Dr Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Health Research Journal of Indonesia (HRJI)*, *3*(1), 29–37. https://wpcpublisher.com/jurnal/index.php/HRJI/article/view/337/377

Dewi, N., Erwinsyah, Yulianto, A., Nurchayati, S., Harianto, S., Jamiatun, Darotin, R., & Nurhayati, C. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Sistem Perkemihan dan Integumen*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

Eko Prabowo, A. E. P. (2024). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Medical Book.

Gusna, A. D., Hasbie, N. F., Dalfian, & Sahara, N. (2025). Faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian nephrolithiasis di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek provinsi Lampung. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, *12*(1), 30–37. https://ejurnalmalahayati.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/16518/pdf

Harmawati, Hardini, S., Rahayuningrum, D. ., & Morika, H. . (2021). Pengaruh pemberian aromaterapi inhalasi lavender terhadap kecemasan pasien gagal ginjal kronik menjalani hemodialisa di Rumah Sakit M. Natsir. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, *12*, 43–54. https://jurnal.syedzasaintika.ac.id/index.php/medika/article/view/1293

Husna, C. H. Al, Rohmah, A. I. N., & Pramesti, A. A. (2021). Hubungan lama menjalani hemodialisa dengan kecemasan pasien. *Indonesian Journal of Nursing Health Science*, *6*(1), 31–38. https://ejurnal.esaunggul.ac.id/index.php/IJNHS/article/view/3982

Jannah, A. R., Sumiatin, T., & Surabaya, P. K. (2024). Respon psikologis pada pasien yang

menjalani terapi hemodialisis di ruang hemodialisa RSUD Dr. R. Koesma Tuban. *Mutiara: Multidiciplinary Scientifict Journal*, *1*(9). https://mutiara.al-makkipublisher.com/index.php/al/article/view/258

Jaya, I. F. (2023). Edukasi pengetahuan pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. *Indonesian Journal Of Community Service*, *3*(2), 61–68. http://ijocs.rcipublisher.org/index.php/ijocs/article/view/254/195

Karadag, E., & Samancioglu Baglama, S. (2019). The effect of aromatherapy on fatigue and anxiety in patients undergoing hemodialysis treatment: A Randomized Controlled Study. *Holistic Nursing Practice*, *33*(4), 222–229. https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000334

Kemenkes. (2019). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. https://kemkes.go.id/id/home

Kemenkes. (2023). *Survei kesehatan Indonesia (SKI) dalam angka*. https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/ski-2023-dalam-angka/

Menekli̇, T., & Çevi̇k, Y. (2021). Effect of lavender aromatherapy on pruritus, anxiety, and sleep quality of patients undergoing hemodialysis: a randomized controlled trial. *TMR Integrative Nursing*, *5*(5), 163–169. https://doi.org/10.53388/tmrin2021163169

Mufidah, N., Aini, D. N., & Prihati, D. R. (2024). Hubungan lamanya terapi hemodialisa terhadap tingkat kecemasan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa. *Jurnal Keperawatan*, *16*(4), 1319–1328. https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/2077

Nadort, E., van Geenen, N. J. K., Schouten, R. W., Boeschoten, R. E., Shaw, P. C., Vleming, L. J., Schouten, M., Farhat, K., Dekker, F. W., van Oppen, P., Siegert, C. E. H., & Broekman, B. F. P. (2022). Validation of two screening tools for anxiety in hemodialysis patients. *Journal of Personalized Medicine*, *12*(7), 1–11. https://doi.org/10.3390/jpm12071077

Ningsih, A. S., Inayati, A., & Hasanah, U. (2024). Penerapan aromaterapi inhalasi terhadap kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, *4*(1), 43–52.

Nisa, L., Suandika, M., Kesehatan, F., & Bangsa, U. H. (2023). *Studi kasus implementasi pada tn.s dengan diagnosa keperawatan nyeri akut atas indikasi post percutaneous nephrolithomy (pcnl)*. *5*(1), 51–58. https://www.semanticscholar.org/paper/Studi-Kasus-Implementasi-pada-Tn.S-dengan-Diagnosa-Nisa Suandika/03750933eee70c97beb289a83f24debee50f5db1

Nurhikma, N., & Majid, A. (2025). Fatigue and edema among hemodialysis patients in universitas Hasanuddin hospital and RSUP Dr. Tadjuddin Chalid. *Jurnal Ilmiah Ners Indonesia*, *6*(1), 49–61. https://doi.org/10.22437/jini.v6i1.41822

Peerapen, P., & Thongboonkerd, V. (2023). Kidney Stone Prevention. *Advances in Nutrition*, *14*(3), 555–569. https://doi.org/10.1016/j.advnut.2023.03.002

PERNEFRI. (2019). 11th report Of Indonesian renal registry 2019. *Indonesian Renal Registry (IRR)*, 14–15.

PPNI. (2013). *Standar Kompetensi Perawat Indonesia*. 0–27.

Rahman, Z., Khariroh, S., & Abdi, F. N. (2022). Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus dan hipertensi yang menjalani hemodialisa. *Menara Medika*, *5*(1), 121–127. https://doi.org/10.31869/mm.v5i1.3541

Rahmanti, A., & Haksara, E. (2023). Penerapan aromaterapi lavender untuk mengurangi kecemasan pada pasien yang menjalani hemodialisa di RUMKIKT TK II dr. Soedjono Magelang. *Jurnal Fisioterapi Dan Ilmu Kesehatan Sisthana*, *5*(1), 34–44. https://doi.org/10.55606/jufdikes.v5i1.203

Rakhman, A., Prastiani, D. B., & Sonia, G. (2023). Penerapan terapi kombinasi relaksasi

benson dengan aromaterapi lavender terhadap kualitas tidur mahasiswa. *Bhamada: Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan (E-Journal)*, *14*(2), 95–102. https://doi.org/10.36308/jik.v14i2.481

Sahin, S., Tokgoz, B., & Demir, G. (2021). Effect of lavender aromatherapy on arteriovenous fistula puncture pain and the level of state and trait anxiety in hemodialysis patients: A Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing*, *22*(4), 509–515. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.01.009

Setyananda, T. R., Indraswari, R., & Prabamurti, P. N. (2021). Tingkat kecemasan (state trait anxiety) masyarakat dalam menghadapi pandemi COVID 19 di Kota Semarang. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, *20*(4), 251–263. https://doi.org/10.14710/mkmi.20.4.251-263

Shastri, S., Patel, J., Sambandam, K. K., & Lederer, E. D. (2024). *Kidney Stone Pathophysiology, Evaluation and Management : Core Curriculum 2023*. *82*(5), 617–634. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2023.03.017.Kidney

Sianturi, R., Dwi Putri Sitompul, A., & Pardede, L. (2022). Lama pengobatan hemodialis berhubungan dengan tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik. *Jurnal Mitra Kesehatan*, *5*(1), 57–64. https://doi.org/10.47522/jmk.v5i1.162

Simanjuntak, B., Luh Widani, N., & Sidibyo, S. (2024). Efektivitas terapi musik terhadap perubahan kecemasan pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisis di RS Swasta X dan Y di Bekasi Timur. *Jurnal Keperawatan*, *16*(2), 711–726. https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/1722

Simanjuntak, E., Sarumaha, P., Waruwu, Y., Hareva, N. P. T., Hulu, F., & Nababan, T. (2023). Pengaruh Aroma Terapi Lavender terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Sebelum Menjalani Hemodialisa di RS Royal Prima. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, *3*(3), 691–699. https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i3.9927

Stamatelou, K., & Goldfarb, D. S. (2023). Epidemiology of Kidney Stones. *Healthcare*, 1–25. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9914194/

Supatmi, Suardana, I. W., Atika, S., Ifadah, E., Kalsum, U., Sijati, N. K., Margono, & Fadhilah, L. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Komplementer* (P. I. Daryaswanti (ed.); Edisi 1). PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

Tallulembang, A., Jumaiyah, W., Yunitri, N., & Arsianti, L. (2024). Penerapan terapi musik untuk menurunkan kecemasan pada pasien yang akan dilakukan percutaneous coronary intervention (PCI). *Journal of Telenursing (JOTING)*, *6*(1), 1–9. https://doi.org/https://doi.org/10.31539/joting.v6i1.9710

Telaumbanua, A. B., Sinaga, J. G., Azuana, Sartika, I., Chrismis, & Gintin, N. (2024). Pengaruh pemberian aromaterapi inhalasi lavender (lavandula angustifolia) terhadap kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Royal Prima Medan. *Jurnal Ners*, *8*, 1888–1893. https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners/article/view/28974

USRDS. (2020). *Morbidity and mortality in patients with CKD*. https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2024/chronic-kidney-disease/3-morbidity-and-mortality-in-patients-with-ckd

Utarayana, I. G. S. D., Permana, K. D., Rizki, I., & Bagiansah, M. (2023). Hubungan lama menjalani hemodialisis dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronis di RSUD Provinsi NTB Tahun 2023. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Institut Medika DRG. Suherman*, *05*(01), 143–150. https://jurnal.medikasuherman.ac.id/imds/ind

Wardani, N. W. S. (2022). Pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan penyakit ginjal pasien diabetes dan hipertensi di RSUD Sanjiwani Gianyar. *WICAKSANA: Jurnal Lingkungan Dan Pembangunan*, *6*(1), 9–16.

https://doi.org/10.22225/wicaksana.6.1.2022.9-16
Wijaya, A. S. (2023). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Nuha Medika.
World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing report 2020*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279
Zsido, A. N., Teleki, S. A., Csokasi, K., Rozsa, S., & Bandi, S. A. (2020). Development of the short version of the spielberger state trait anxiety inventory. *Psychiatry Research*, *291*(June), 113223. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113223

# LAMPIRAN

Lampiran 1 : Surat Izin Penerapan EBNP
Lampiran 2 : Kuesioner STAI-S dan STAI-T
Lampiran 3 : Dokumentasi Penerapan EBNP
Lampiran 4 : Lembar Bimbingan
Lampiran 5 : Surat Lolos Uji Turnitin
Lampiran 6 : Lampiran Kasus Akut, Kronis Dan Kegawatan

**Lampiran 1. Surat Izin Penerapan EBNP**

UMJ
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

No : 0355/F.9-UMJ/III/2025
Lamp : -
Hal : Permohonan Ijin *Evidance Based Nursing Practice* (EBNP)

Kepada Yth :
Kepala RSPAD Gatot Soebroto
di – Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Ba'da salam semoga Bapak/Ibu senantiasa mendapat lindungan dan Rahmat Allah SWT dalam melakukan tugas, Aamiin.

Sehubungan dengan mahasiswa kami Program Studi Spesialis Keperawatan Medikal Bedah FIK UMJ semester II akan melakukan penerapan *Evidance Based Nursing Practice* (EBNP), maka dengan ini kami mohon diberikan ijin untuk melakukan kegiatan tersebut di Rumah Sakit yang Bapak/Ibu Pimpin.

Adapun mahasiswa yang akan melakukan EBNP adalah :

| | | |
|---|---|---|
| Nama | : | Agus Susilawati |
| NPM | : | 24090500002 |
| Semester | : | II (Dua) |
| Peminatan | : | Perkemihan |
| Tahun Akademik | : | 2024 – 2025 |
| Pembimbing I | : | Ns. Rizki Nugraha Agung, M.Kep., Sp.Kep.MB |
| Pembimbing II | : | Ns. Iyar Siswandi, M.Kep., Sp.Kep.MB |
| Judul | : | "Penerapan Aromaterapi Lavender terhadap tingkat kecemasan pada pasien Hemodialisis di RSPAD Gatot Soebroto". |

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, 04 Maret 2025

Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Jakarta

Dr. Miciko Umeda, S.Kp.,M.Biomed
Dekan

Tembusan :
1. Arsip

Kampus Cireundeu
Jl. K.H. Ahmad Dahlan, Cireundeu, Ciputat, Tangsel 15419
Telp. 021 7492862, Fax. 021 7430756

Kampus Cempaka Putih
Jl. Cempaka Putih Tengah, Cempaka Putih, DKI Jakarta
Telp. 021 4256024, 42802202, Fax. 021 42802202

Fakultas Ilmu Keperawatan
www.fik.umj.ac.id | e-mail: fik@umj.ac.id
Telp. (021) 42802202, 42878669 | Fax. 021- 42802202, 42878669

www.umj.ac.id

**Lampiran 2. Kuesioner STAI-S dan STAI-T**

**KUESIONER PASIEN :**

**PENERAPAN EBNP AROMATERAPI LAVENDER TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN HEMODIALISIS DI RSPAD GATOT SOEBROTO**

Petunjuk Pengisian :

1. Kuesioner ini terdiri dari 2 bagian yaitu data demografi dan tingkat kecemasan
2. Mohon kesediaannya untuk mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan kondisi yang sebenarnya dengan cara memberikan tanda ceklist (√)
3. Semua pertanyaan/pernyataan sedapat mungkin diisi secara jujur dan lengkap
4. Bila ada pertanyaan/pernyataan yang kurang dipahami, mintalah petunjuk langsung kepada peneliti atau perawat yang ikut membantu dalam penelitian ini
5. Atas partisipasi responden kami mengucapkan banyak terima kasih

## A. KUESIONER DATA DEMOGRAFI

1. Nama :
2. Usia : Tahun
3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan
4. Pekerjaan : ☐ Tidak Bekerja ☐ IRT ☐ Swasta ☐ Wiraswasta ☐ TNI/Polisi ☐ Dll
5. Pendidikan Terakhir : ☐ Tidak Sekolah ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐ PT
6. Status pernikahan : ☐ Belum Menikah ☐ Menikah
7. Lama menjalani HD : ☐ 1 bulan ☐ 2 bulan ☐ 3 bulan ☐ 4 bulan ☐ 5 bulan ☐ 6 bulan

## B. KUESIONER KECEMASAN

| PROGRAM STUDI SPESIALIS KMB<br>FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN<br>UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA | KUESIONER<br>*STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY*- (STAI) |
|---|---|

**State Anxiety**

| No. | Pertanyaan | SKOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | Sama sekali tidak merasakan | Sedikit merasakan | Cukup merasakan | Sangat merasakan |
| 1. | Saya merasa tenang | | | | |
| 2. | Saya merasa aman | | | | |

| No | Pertanyaan | SKOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Sama sekali tidak merasakan | Sedikit merasakan | Cukup merasakan | Sangat merasakn |
| 3. | Saya merasa tegang | | | | |
| 4. | Saya merasa tertekan | | | | |

| No | Pertanyaan | SKOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | Sama sekali tidak merasakan | Sedikit merasakan | Cukup merasakan | Sangat merasakan |
| 5. | Saya merasa nyaman | | | | |

| No | Pertanyaan | SKOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Sama sekali tidak merasakan | Sedikit merasakan | Cukup merasakan | Sangat merasakan |
| 6. | Saya merasa kesal | | | | |
| 7. | Saya merasa khawatir akan mengalami kejadian yang tidak diinginkan | | | | |

| No | Pertanyaan | Skor | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | Sama sekali tidak merasakan | Sedikit merasakan | Cukup merasakan | Sangat merasakan |
| 8. | Saya merasa puas | | | | |

| No | Pertanyaan | SKOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Sama sekali tidak merasakan | Sedikit merasakan | Cukup merasakan | Sangat merasakan |
| 9. | Saya merasa takut | | | | |

| No | Pertanyaan | SKOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | Sama sekali tidak merasakan | Sedikit merasakan | Cukup merasakan | Sangat merasakan |
| 10. | Saya merasa tidak nyaman | | | | |
| 11. | Saya merasa percaya diri | | | | |

| No | Pertanyaan | SKOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Sama sekali tidak merasakan | Sedikit merasakan | Cukup merasakan | Sangat merasakan |
| 12. | Saya merasa gugup | | | | |
| 13. | Saya merasa gelisah | | | | |
| 14. | Saya merasa tidak dapat memutuskan sesuatu/ragu-ragu | | | | |

| No | Pertanyaan | SKOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | Sama sekali tidak merasakan | Sedikit merasakan | Cukup merasakan | Sangat merasakan |
| 15. | Saya merasa santai | | | | |
| 16. | Saya merasa cukup dengan kondisi saya saat ini | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| 17. | Saya merasa khawatir | | | | |
| 18. | Saya merasa bingung | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Sama sekali tidak merasakan** | **Sedikit merasakan** | **Cukup merasakan** | **Sangat merasakan** |
| 19. | Saya merasa kuat dalam menghadapi kondisi saya saat ini | | | | |
| 20. | Saya merasa senang | | | | |
| **TOTAL** | | | | | |
| **JUMLAH** | | | | | |

*Sumber : Spielberger (1983)*

| KETERANGAN | | SKOR |
|---|---|---|
| Tidak Mengalami Kecemasan | : | 20-29 |
| Kecemasan Ringan | : | 30-39 |
| Kecemasan Sedang | : | 40-49 |
| Kecemasan Berat | : | 50-80 |

| PROGRAM STUDI SPESIALIS KMB<br>FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN<br>UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA | **KUESIONER**<br>***STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY*- (STAI)** |
|---|---|

| **Trait Anxiety** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No.** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 1. | Saya merasa senang | | | | |
| **No.** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 2. | Saya merasa gugup dan gelisah | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 3. | Saya merasa puas dengan diri saya | | | | |
| 4. | Saya berharap saya bisa bahagia seperti halnya orang lain | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 5. | Saya merasa gagal | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 6. | Saya merasa lega | | | | |
| 7. | Saya dapat mengendalikan diri dari masalah saya | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 8. | Saya merasa kesulitan yang saya alami banyak sehingga saya tidak dapat mengatasinya | | | | |
| 9. | Saya merasa khawatir terhadap sesuatu yang sebenarnya tidak begitu penting | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 10. | Saya merasa bahagia | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 11. | Saya mempunyai pikiran yang mengganggu/menggelisahkan | | | | |
| 12. | Saya merasa kurang percaya diri | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 13. | Saya merasa aman | | | | |
| 14. | Saya mudah dalam membuat keputusan | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 15. | Saya merasa kurang mampu dalam mengontrol diri | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16. | Saya sudah merasa cukup dengan kondisi saya saat ini | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 17. | Saya memikirkan hal-hal yang tidak penting dan hal tersebut mengganggu saya | | | | |
| 18. | Saya menganggap kekecewaan yang saya alami terlalu dalam sehingga saya sulit untuk melupakannya | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **4** | **3** | **2** | **1** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 19. | Saya orang yang kuat dalam menghadapi masalah | | | | |
| **No** | **Pertanyaan** | **SKOR** | | | |
| | | **1** | **2** | **3** | **4** |
| | | **Hampir tidak merasakan** | **Kadang-kadang** | **Sering** | **Sangat merasakan** |
| 20. | Saya merasa tegang dan kacau saat saya memikirkan masalah yang saya alami | | | | |
| **TOTAL** | | | | | |
| **JUMLAH** | | | | | |

*Sumber : Spielberger (1983)*

| **KETERANGAN** | | **SKOR** |
|---|---|---|
| Tidak Mengalami Kecemasan | : | 20-29 |
| Kecemasan Ringan | : | 30-39 |
| Kecemasan Sedang | : | 40-49 |
| Kecemasan Berat | : | 50-80 |

**Lampiran 3. Dokumentasi Penerapan EBNP di Ruang Hemodialisis RSPAD GS**





















**Lampiran 4. Lembar Bimbingan KIAS**

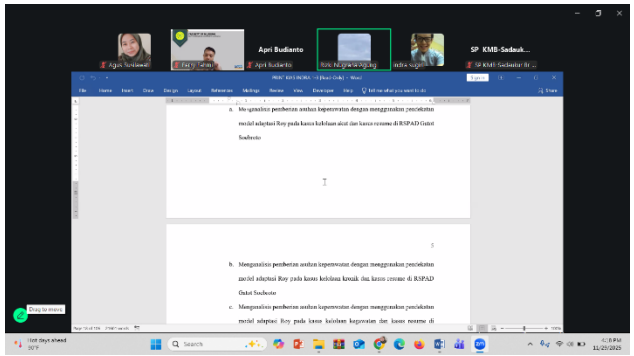
**PROGRAM STUDI SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

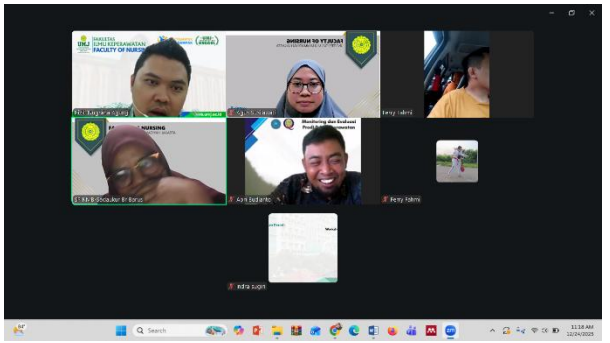
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

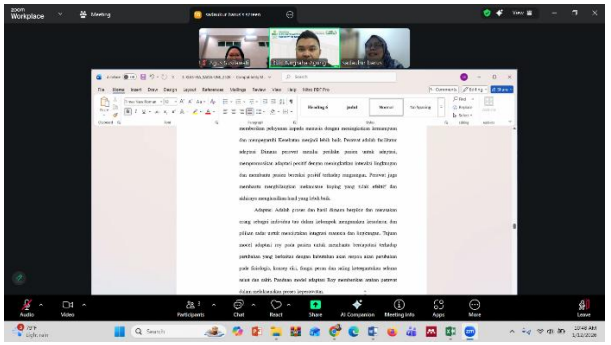
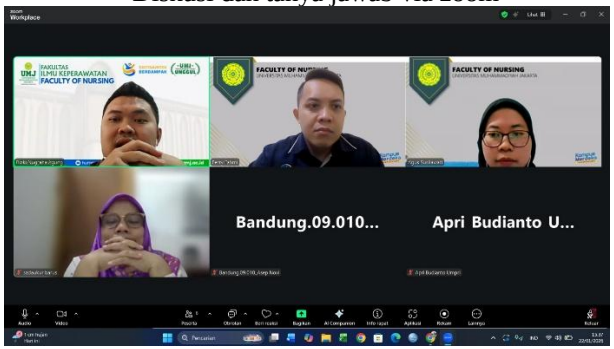
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**

## LEMBAR BIMBINGAN KIAS

Nama : Agus Susilawati
NIM : 24090500002
Peminatan : Perkemihan
Dosen Pembimbing : Ns. Rizki Nugraha Agung, M. Kep., Sp. Kep. MB

| No | Hari/tanggal | Materi bimbingan | Hasil bimbingan | Metode | Paraf |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sabtu, 29 November 2025 jam 15.00 WIB s.d selesai | Sistematika penyusunan KIAS | Membuat BAB 1, Kasus utama serta mapping kasus selama residensi | Diskusi dan tanya jawab via zoom  |  |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Rabu, 24 Desember 2025 jam 10.30 WIB s.d selesai | Konsul BAB 1 | 1. Tambahkan terkait peran perawat<br>2. Tambahkan terkait penerapan EBNP<br>3. Tambahkan teori keperawatan yang digunakan<br>4. Tambahkan artikel penelitian pendukung judul terkait | Diskusi dan tanya jawab via zoom  |  |
| 3 | Selasa, 30 Desember 2025 jam 14.30 WIB s.d selesai | 1. Konsul perbaikan BAB I<br>2. Konsul BAB II | 1. Pada point teori keperawatan yang digunakan mohon untuk dapat menghubungkan terkait askep secara teori dan kasusnya<br>2. Kasus utama dibuat secara narasi | Diskusi dan tanya jawab via zoom   |  |
| 4 | Senin, 05 Januari 2026 | 1. Konsul perbaikan BAB II<br>2. Konsul kasus utama | 1. Lengkapi data pada kasus utama | Diskusi dan tanya jawab via zoom |  |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2. Pada point analisa data di etiologi dibuat secara patofis | | |
| 5 | Jumat, 12 Januari 2026 jam 10.30 WIB s.d selesai | Konsul BAB 1-III lengkap | Tambahkan terkait pembahasan pada setiap pengkajian yang digunakan jika ditemukan data pasien maladaptif | Diskusi dan tanya jawab via zoom  |  |
| 6 | Kamis, 22 Januari 2026 jam 14.30 WIB s.d selesai | Konsul BAB III, IV, dan V | 1. Pada hasil tabulasi diagnosa keperawatan dibuat secara menyeluruh bukan hanya yang prioritasnya saja<br>2. BAB V pada point kesimpulan harus menjawab tujuan khusus | Diskusi dan tanya jawab via zoom   |  |
| 7 | Senin, 26 Januari 2026 | Konsul BAB I-V | ACC ujian KIAS | Diskusi dan tanya jawab |  |

**PROGRAM STUDI SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**

## MATRIKS PERBAIKAN UJIAN KIAS

Nama : Agus Susilawati
NIM : 24090500002
Peminatan : Perkemihan
Judul : Analisis Praktik Spesialis Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien Sistem Perkemihan dengan Kasus Utama *Nefrolitiasis Dextra* Menggunakan Penerapan Model Adaptasi Roy
Dosen Pembimbing : Ns. Rizki Nugraha Agung, M. Kep., Sp. Kep.MB

| No | Nama dosen | Revisi | Paraf |
|---|---|---|---|
| 1. | Ns. Megawati, M.Kep., Sp.Kep.MB | 1. Dalam membuat laporan KIA gunakan bahasa ilmiah dan redaksi kalimat yang baik<br>2. BAB I dibuat secara sistematis<br>3. Judul fix laporan KIAS "Analisis Praktik Spesialis Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien Sistem Perkemihan dengan Kasus Utama *Nefrolitiasis Dextra* Menggunakan Penerapan Model Adaptasi Roy"<br>4. Lengkapi data konsep teori nefrolitiasis seperti :<br>a. Etiologi<br>b. Pemeriksaan penunjang<br>c. Penatalaksanaan<br>5. Sesuaikan kembali peran perawat spesialis di BAB II nya | |
| 2. | Ns. Bahreni Yusuf, M.Kep., Sp.Kep.MB | 1. Apa kekurangan selama penerapan EBNP<br>2. Laporannya di sesuaikan kembali karena masih ada penulisan yang typo | |
| 3. | Ns. Wati Jumaiyah, M.Kep., Sp.KMB | 1. Tambahkan data penunjang disetiap pengkajian Roy<br>2. Tambahkan hasil pengukuran tingkat kecemasan pada laporan kasus nya | |
| 4. | Ns. Rizki Nugraha Agung, M. Kep., Sp. Kep.MB | Silahkan di perbaikin sesuai saran dan masukan dosen penguji | |

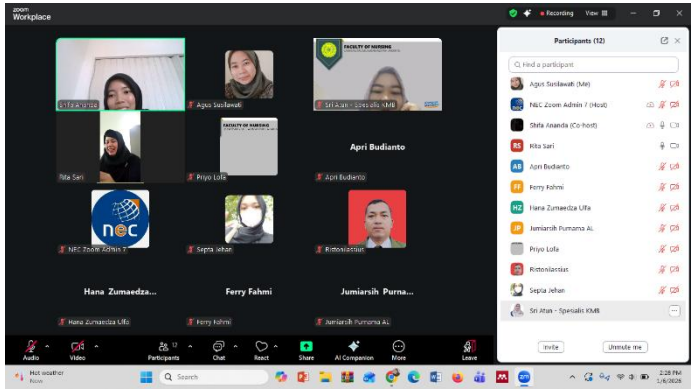
**PROGRAM STUDI SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

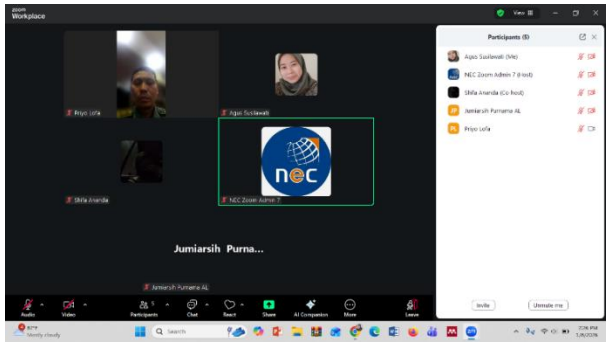
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**

## LEMBAR BIMBINGAN DENGAN PIHAK NEC

Nama : Agus Susilawati
NIM : 24090500002
Peminatan : Perkemihan

| No | Hari/Tanggal | Materi Bimbingan | RTL | Dokumentasi |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 06 Januari 2026 | Pengucapan kalimat pembuka dan penutup | Berlatih sesuai dengan yang sudah disampaikan |  |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 08 Januari 2026 | Cara membuat slide PPT laporan hasil | Menyesuaikan dengan laporan yang akan dibuat |  |
| 3 | 28 Januari 2026 | Presentasi PPT laporan hasil KIAS | 1. Ada beberapa ukuran font yang harus dibuat lebih besar supaya lebih terlihat<br>2. Tambahkan berapa animasi gambar di slide PPT nya supaya lebih menarik<br>3. Berlatih pelafalan kalimat supaya lebih mematangkan pada saat ujian |  |
| 4 | 30 Januari 2026 | Presentasi PPT laporan hasil KIAS | Berlatih pelafalan kalimat supaya lebih mematangkan pada saat ujian |  |

**Lampiran 5. Surat Lolos Uji Turnitin**



UMJ
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

**FORM HASIL CEK TURNITIN MAHASISWA**

Nama : **Agus Susilawati**

NIM : **24090500002**

Judul :

**"ANALISIS PRAKTIK SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN SISTEM PERKEMIHAN DENGAN KASUS UTAMA NEFROLITIASIS DEXTRA MENGGUNAKAN PENERAPAN MODEL ADAPTASI ROY"**

Hasil Plagiarisme : **19%**

Prodi :
- ☐ Sarjana (< 25%)
- ☐ Ners (< 25%)
- ☐ Magister (< 20%)
- ☑ Spesialis (< 20%)

Kesimpulan
- ☐ Lanjut Sidang
- ☑ Pengumpulan Hasil

**Jakarta, 15 April 2026**

Ns. Rizki Nugraha Agung, M. Kep., Sp. Kep. MB
**Dosen Pembimbing**

Nisrina Nur'aini
**Operator Turnitin**

## Lampiran 6. Resume Kasus KMB Akut, Kronis, Dan Kegawatan

| KASUS KMB AKUT KELOLAAN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No** | **Identitas** | **Pengkajian** | **Diagnosa keperawatan** | **Intervensi** | **Evaluasi** |
| 1 | Tn.Z<br>51 Tahun<br>Laki-laki<br>S1<br>Pegawai Swasta<br>Nefrolitiasis dextra post PCNL H+3 ec CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 01 Januari 2025 melalui poli bedah urologi untuk melakukan penjadwalan operasi PCNL pada tanggal 03 Januari 2025 jam 10.30 WIB. Pasien memiliki kebiasaan minum kopi sehari 2 gelas dan kadang-kadang minum-minuman yang bersoda seperti sprite, merokok ±15 tahun yang lalu dan sudah berhenti sejak sakit ± sejak bulan Oktober 2024. Pasien mengatakan semenjak mengetahui memiliki darah tinggi sering minum rebusan daun seledri seminggu 3-4 kali sebanyak ±150 cc setiap minum. Air minum yang dikonsumsi keluarga adalah air rebusan dari sumur dan jarang beli air isi ulang namun semenjak sakit pasien lebih sering minum air galon. Pasien mengatakan mengetahui jika harus membatasi asupan cairan namun terkadang tidak biasa menahan rasa haus sehingga minum berlebih, pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara menghitung kebutuhan cairan pada pasien HD. Pada tanggal 02 Januari 2025 jam 10.27 WIB pasien dilakukan tranfuasi darah PRC 300 ml dengan golda O rh positif.<br>2. RKD<br>Riwayat HT terkontrol ±10 tahun yll dan rutin minum obat cande 16 mg. HD sejak Oktober 2024 setiap hari Senin dan Kamis.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>CRT ≤2 detik. Konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (02.01.25)<br>Hb 9.7 g/dL (13.0-18.0)<br>Ht 28% (40-52)<br>Eritrosit 3.6 $10^3$/microliter<br>• Lab (03.01.25)<br>10.7 g/dL (13.0-18.0) | 1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (post op PCNL)<br>2. Hypervolemia b.d disfungsi ginjal<br>3. Manajemen kesehatan tidak efektif b.d kondisi kronis<br>4. Penampilan peran tidak efektif b.d kondisi kronis | **Manajemen Nyeri (I.08238)**<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Manajemen cairan (I.03098) :**<br>Observasi<br>1. Memonitoring status hidrasi<br>2. Memonitoring BB harian<br>3. Memonitoring BB sebelum dan sesudah HD<br>4. Memonitoring hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN)<br>5. Memonitoring status dinamik<br>Terapeutik<br>6. Mencatat intake dan output<br>7. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>8. Memberikan cairan intravena<br>Kolaborasi<br>9. Melakukan kolaborasi pemberian diuretic | **06 Januari 2025**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri post op dibagian pinggang kanan berkurang. Nyeri dirasakan seperti nyut-nyutan saat beraktivitas dan istirahat dengan skala nyeri 1 (ringan) hilang timbul ±2 menit. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat lebih rileks. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat. Telah diberikan obat PCT 1 gr. Cefoperazone 1 gr. Adona 10 mg. Vit.K 10 mg pada jam 12.00 WIB :<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian.<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>**2. Hypervolemia**<br>S : Pasien mengatakan minum 1500 ml/24 jam<br>O : Keb cairan pasien 500+jumlah urin/24jam=500+700=1200cc/24jam. BC +150 ml. Intake 1500 (minum 1500) Output 1350 (urin 700, IWL 650) . Pre HD 2 66 Kg. Post HD 1 65 Kg. IDWG 1,5%<br>A : Masalah manajemen cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-6) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Ht 31% (40-52)<br>Eritrosit 3.9 $10^3$/microliter<br>Ureum 64 mg/dl (20-60)<br>Kreatinin 5.71 mg/dL (0.5-1.5)<br>GFR 10.56 ml/mnt/1.73$m^3$<br>Na 137 mmol/L (135-147)<br>K 4.1 mmoL (3.5-5.0)<br>Cl 106 mmol/L (95-105)<br>• Thorax (13.12.24)<br>Kesan :<br>Kardiomegali<br>Kalsifikasi di dinding arcus aorta<br>Tidak tampak kelainan di kedua paru<br>Terpasang CDL, ujung setinggi Th 7-8 (Proyeksi cavoatral junction)<br>• Fhoto polos abdomen (04.01.25)<br>Kesan :<br>Bayangan multiple radioopak di hemiabdomen kiri setinggi corpus vertebra Th 12-L1 DD/nefrolitiasis kiri, fecalith<br>Multiple radioopak pada pelvis minor DD/phlebolith, vesicolithiasis<br>Terpasang DJ stent in situ. Tak tampak kanking<br>3. Obat-obatan<br>Cefo 2x1 gr<br>PCT 2x1 gr<br>OMZ 2x40 mg<br>Vit.K 3x10 mg<br>Adona 3x10 mg<br>Cande 1x16 mg<br>Clonidine 2x0.15 mg | | **Edukasi kesehatan (I.12383)**<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi<br>2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi<br>Terapeutik :<br>3. Menyediakan materi dan media penkes (Manajemen cairan pada pasien HD)<br>4. Melakukan peajadwalan penkes sesuai kesepakatan<br>5. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya<br>Edukasi :<br>6. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan<br><br>**Dukungan penampilan peran (I.13478)**<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi peran yang ada didalam keluarga<br>2. Mengidentifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi<br>Terapeutik :<br>3. Memfasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik<br>Edukasi :<br>4. Mendiskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan<br>5. Mendiskusikan stratgei positif untuk mengelola perubahan peran | **3. Manajemen kesehatan tidak efektif**<br>S : Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui bagaimana melakukan manajemen cairan pada pasien HD. Keluarga pasien mengatakan akan terus memotivasi dan membantu pasien selama melakukan program kesehatan<br>O : Pasien dan keluarga kooperatif. Pasien dan keluarga telihat senang telah dilakukan edukasi kesehatan<br>A : Masalah manajemen kesehatan tidak efektif teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br><br>**4. Penampilan peran tidak efektif**<br>S : Pasien mengatakan saat ini telah mengetahui jika terdiagnosa gagal ginjal kronik dan harus rutin melakukan cuci darah setiap hari Senin dan Kamis. Pasien mengatakan akan tetap bekerja namun sesuai kemampuan fisiknya karna tidak mau menyusahkan anggota keluarga yang lain. Pasien mengatakan saat ini tidak merasa malu dengan kondisinya. Pasien mengatakan ikhlas dan menerima penyakit yang dideritanya karna menganggap bahwa ini berupa ujian dari Allah SWT. Pasien mengatakan rencana Allah adalah yang terbaik. Pasien mengatakan terus berdoa agar diberikan kesehatan<br>O : Pasien terlihat rileks. Pasien tidak gelisah<br>A : Masalah penampilan peran tidak efektif teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br><br>**07 Januari 2025**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri post op dibagian pinggang kanan berkurang. Nyeri dirasakan seperti nyut-nyutan saat beraktivitas dan istirahat dengan skala nyeri 1 (ringan) hilang timbul ±2 menit. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | O : Pasien terlihat lebih rileks. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat. Telah diberikan obat PCT 1 gr. Cefoperazone 1 gr. Adona 10 mg. Vit.K 10 mg pada jam 12.00 WIB :<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian.<br>P : Pasien rencana pulang hari ini |
| 2. | Tn.H<br>54 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Karyawan swasta<br>Hidro sinistra+CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 06 Januari 2025 melalui poli bedah urologi untuk melakukan operasi URS yang telah terjadwal pada tanggal 08 Januari. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 07 Januari 2025 jam 09.30 WIB pasien mengatakan nyeri saat BAK sejak 3 bulan ini. BAK berdarah tidak ada. BAK keruh ada sejak 2 bulan ini. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data : Nyeri saat berkemih dirasakan tajam seperti tertusuk-tusuk pada bagian perut bawah menjalar ke pinggang dengan skala nyeri 6 (sedang) dirasakan hilang timbul ±5 menit<br>2. RKD<br>Pasien sudah pernah operasi batu (URS litotripsi) pada bulan Desember 2023 di RS Pelni karena batu ginjal kiri. Pasien rutin HD Selasa dan Jumat sejak bulan Januari 2024. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit HT, DM dan asam urat.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD 110/90 mmHg, N 89x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC. TB 160 cm BB 58 Kg. IMT 22.6 kg/$m^2$ (normal). LILA 24 cm. LP 82 Kg. Pasien mendapatkan diet rendah protein sebanyak 3x/sehari. Pasien mengatakan minum sebanyak 1000 ml/24 jam. Kebutuhan cairan pasien 980 cc/24 jam. Pitting edema +1 pada kedua tungkai. BC +120cc Intake 1000 (minum 1000) output 880 (urin 300, IWL 580)<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (06.01.25)<br>Hb 12.1 gr/dL (13.0-18.0)<br>Leukosit 19190 $10^3$/microliter (48-108)<br>Ht 27% (40-52)<br>Albumin 3.4 g/dL (3.8-5.0)<br>Globulin 4.1 g/dL (1.3-2.7)<br>SGOT 13U/L (<38) | Pre Tindakan<br>1. Nyeri akut<br>2. Hypervolemia<br><br>Post Tindakan<br>Nyeri akut | **Manajemen Nyeri (I.08238)**<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Manajemen cairan (I.03098) :**<br>Observasi<br>1. Memonitoring status hidrasi<br>2. Memonitoring BB harian<br>3. Memonitoring BB sebelum dan sesudah HD<br>4. Memonitoring hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN)<br>5. Memonitoring status dinamik<br>Terapeutik<br>6. Mencatat intake dan output<br>7. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>8. Memberikan cairan intravena | **07 Januari 2025 (Pre tindakan)**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyer isaat BAK seperti nyut-nyutan menjalar ke pinggang skala nyeri 5 (sedang) dirasakan hilang timbul ±5 menit. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat meringis. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>**2. Hypervolemia**<br>S : Pasien mengatakan akan patuh terhadap pembatasan cairan. Pasien mengatakan telah mengetahui tentang cara menghitung kebutuhan cairan. Pasien mengatakan akan melakukan elevasi kaki 30ºdengan ankle pump untuk mengatasi edema pada kaki<br>O : Pasien post HD jam 12.00 WIB (BB pre 59 Kg, BB post 58 Kg, IDWG pasien 1,6%). Edema (-). Pasien mampu melakukan perhitungan kebutuhan cairan sesuai kebutuhan. Pasien mampu melakukan elevasi kaki 30º dengan ankle pump diarahkan oleh perawat |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SGPT 21 U/L (<41)<br>GDS 90 mg/dL (70-140)<br>Ureum 79 mg/dl (10-50)<br>Kreatinin 3.42 mg/dl (0.6-1.2)<br>GFR 19,21 ml/menit/1,73 $m^2$<br>• Rontgen thorax (19.12.24)<br>Atypical TB paru, DD/ pneumonia (Korelasi klinsi dan lab).<br>Aorta elongasi dan kalsifikasi.<br>Tidak tampak kelainan radiologis di jantung.<br>Terpasang CDL dengan tip distal setinggi vertebra T9, kinking di setinggi T1.<br>• USG ginjal, buli, prostat (19.11.24)<br>Multiple nefrolithiasis kanan.<br>Hidronefrosis grade I-II kiri.<br>Prostat dan vesical urinaria sonomorfologi dalam batas normal.<br>3. Obat-obatan<br>Cefo 1 gr/12 jam<br>Furosemide 1 amp/24 jam | | Kolaborasi<br>9. Melakukan kolaborasi pemberian diuretic | A : Masalah hypervolemia teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br><br>**08 Januari 2025**<br>S : Pasien mengatakan nyeri. berkurang saat beraktivitas seperti nyut-nyutan pada bagian perut bawah menjalar ke pinggang dengan skala nyeri 5 (sedang) hilang timbul ±5 menit. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi benson sesuai yang telah diajarkan perawat.<br>O : Pasien terlihat meringis. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi benson dengan arahan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>**09 Januari 2025**<br>S : Pasien mengatakan nyeri berkurang saat beraktivitas seperti nyut-nyutan pada bagian perut bawah menjalar ke pinggang dengan skala nyeri 3 (Ringan) hilang timbul ±5 menit. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi benson sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat meringis. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi benson dengan arahan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Pasien direncanakan pulang hari ini |
| 3. | Tn.S<br>50 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Pegawai swasta<br>Colic renal susp hidro dextra | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 04 Januari 2025 dengan keluhan nyeri pinggang sebelah kanan memberat hari ini hilang timbul. Demam (-), sesak (-), nyeri ulu hati (-), nafsu makan baik, mual (-) muntah (-) BAK berwarna teh dan kadang berdarah. Pasien mengatakan memiliki kebiasaan minum-minuman yang manis seperti es teh serta minuman saset seperti : jasjus, sirup. Pasien mengatakan jarang minum air mineral dan sering menahan BAK. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Januari 2025 pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ dari porsi makanan yang disediakan RS karena kurang nafsu makan, mual (-) muntah (-). Pasien mengatakan nyeri pinggang kanan | 1. Nyeri akut<br>2. Gangguan eliminasi urin<br>3. Risiko defisit nutrisi | **Manajemen Nyeri (I.08238)**<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri | **06 Januari 2025**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri pinggang kanan seperti nyut-nyutan dengan skala nyeri 6 (sedang) dirasakan hilang timbul. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat meringis. pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat. Telah diberikan obat pada jam 12.00 WIB obat PCT 1 gr<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | hilang timbul seperti nyut-nyutan dengan skala nyeri 7 (berat) saat beraktivitas dan istirahat.<br>2. RKD<br>Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit HT, DM serta asam urat. Pasien mengatakan memiliki kebiasaan merokok sejak ±17 tahun yang lalu menghabiskan sekitar 1-2 bks/hari namun sudah berhenti sejak sakit.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD 120/90 mmHg N 87x/i RR 18x/i S 36,5ºC. TB 165 cm BB 65 Kg IMT 23,89 kg/$m^3$ (lebih) LP 110 cm. Pasien mendapatkan diet MB 3x/i.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (04.01.25)<br>Hb 14.6 g/dL (13.0-18.0)<br>Leukosit 1488 $10^3$/microliter (48-108)<br>Ht 42% (40-52)<br>Kreatinin 1.6 mg/dl (0.5-1.5)<br>GFR 73.53 ml/mnt/1.73$m^3$<br>• CT Scan uro tanpa kontras (04.01.25)<br>Ureterolithiasis kanan setinggi L4 (657HU) ukuran +/- 0,46x 0,39x 0,37cm yang menyebabkan hidroureter kanan dan hidronephrosis kanan grade I<br>Pembesaran prostat dengan estimasi volume +/-95,54cc.<br>Kolelithiasis dengan ukuran +/- 0,43x 0,44x 0,47cm. Tak tampak bendungan bilier<br>• Lab (06.01.25)<br>SGOT 14 U/L (<35)<br>SGPT 17 U/L (<40)<br>Albumin 3.2 g/dL (3.5-5.0)<br>• Thorax (06.01.25)<br>Kardiomegali disertai elongasi dan kalsifikasi aorta.<br>Pneumonia, DD/ TB paru (mohon konfrimasi klinis).<br>3. Obat-obatan<br>Cefo 2x1 gr<br>PCT 2x1 gr<br>OMZ 2x40 mg<br>4. Laporan pembedahan<br>Pada tanggal 08 Januari 2025 jam 10.00 WIB Pasien posisi litotomi dalam anestesi spinal a dan antisepsis lapangan operasi<br>Insersi URS melalui OUE, | | 9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Manajemen eliminasi urin (I.04152)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin<br>2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin<br>3. Monitor eliminasi urin (frek, aroma, volume, dan warna )<br>Terapeutik<br>4. Catat haluaran urin<br>Edukasi<br>5. Ajarkan cara mengukur asupan cairan dan haluaran urin<br>6. Ajarkan terapi modilitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan<br>Kolaborasi<br>7. Kolaborasi pemberiam obat<br><br>**Manajemen Nutrisi (I.03119)**<br>Observasi :<br>1. Identifikasi status nutrisi<br>2. Identifikasi alergi makanan<br>3. Identifikasi makanan yang disukai<br>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient<br>5. Monitor asupan makanan<br>6. Monitor BB<br>Terapeutik :<br>7. Sajikan makanan selagi hangat<br>Edukasi :<br>8. Anjurkan makan sedikit tapi sering<br>Kolaborasi :<br>9. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan | **2. Gangguan eliminasi urin**<br>S : Pasien mengatakan minum 1500 ml/24 jam. Pasien mengatakan kadang nyeri saat BAK. Pasien mengatakan mengetahui cara melakukan pehitungan kebutuhan cairan dengan bantuan perawat<br>O : Kebutuhan cairan pasien 1950 ml/24 jam. Pasien mampu melakukan perhitungan kebutuhan cairan<br>A : Masalah manajemen cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-6)<br><br>**3. Risiko defisit nutrisi**<br>S : Pasien mengatakan nafsu makan meningkat. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan tertentu. Pasien mengatakan tidak mengalami mual dan muntah. Pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ dari porsi makanan yang disediaka<br>O : Pasien terlihat hanya menghabiskan ½ dari porsi yang disediakan RS. Mual (-) muntah (-). BB 65 Kg. Albumin 3,2 g/dL. Pemberian obat OMZ 40 mg pada jam 12.00 WIB<br>A : Masalah risiko defisit nutrisi tertasi sebgian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 3-8)<br><br>**07 Januari 2025**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri pinggang kanan seperti nyut-nyutan dengan skala nyeri 4 (sedang) dirasakan hilang timbul. Pasien |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Insersi URS ke ureter kanan dengan guiding wire<br>Dilakukan evaluasi mukosa ureter tidak hiperemis, tidak tampak batu, tidak tampak stenosis<br>URS dikeluarkan<br>Insersi FC 16 Fr, balon 15 ml<br>Tindakan selesai<br>Instruksi psaca bedah :<br>Cefoperazone 2x1gr<br>Parasetamol 3x500mg<br>Mobilisasi bertahap<br>Diet biasa<br>Aff FC H+1<br>IVFD NaCl 0,9% 500ml/12jam | | | mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat meringis. pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat. Telah diberikan obat pada jam 12.00 WIB obat PCT 1 gr<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>**2. Gangguan eliminasi urin**<br>S : Pasien mengatakan minum 1500 ml/24 jam. Pasien mengatakan kadang nyeri saat BAK. Pasien mengatakan mengetahui cara melakukan pehitungan kebutuhan cairan dengan bantuan perawat<br>O : Kebutuhan cairan pasien 1950 ml/24 jam. Pasien mampu melakukan perhitungan kebutuhan cairan. Pemberian obat cefo 1 gr pada jam 12.00 WIB<br>A : Masalah manajemen cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-6)<br><br>**3. Risiko defisit nutrisi**<br>S : Pasien mengatakan nafsu makan meningkat. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan tertentu. Pasien mengatakan tidak mengalami mual dan muntah. Pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ dari porsi makanan yang disediaka<br>O : Pasien terlihat hanya menghabiskan ½ dari porsi yang disediakan RS. Mual (-) muntah (-). BB 65 Kg. Albumin 3,2 g/dL. Pemberian obat OMZ 40 mg pada jam 12.00 WIB<br>A : Masalah risiko defisit nutrisi tertasi sebgian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 3-8)<br><br>**08 Januari 2025**<br>S : Pasien mengatakan nyeri pinggang kanan berkurang skala nyeri 2 (ringan) dirasakan hilang timbul. Pasien mengatakan akan melakukan teknik benson sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat lebih rileks. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi benson dengan arahan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | perawat. Telah diberikan obat pada jam 12.00 WIB PCT 1 gr<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>**09 Januari 2025**<br>S : Pasien mengatakan nyeri pinggang kanan berkurang skala nyeri 2 (ringan) dirasakan hilang timbul. Pasien mengatakan akan melakukan teknik benson sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat lebih rileks. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi benson dengan arahan perawat. Telah diberikan obat pada jam 12.00 WIB PCT 1 gr<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Pasien rencana pulang hari ini |
| 4 | Tn.J<br>72 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Buruh<br>Calculus of kidney dextra | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 02 Desember 2024 ke poli bedah untuk melakukan operasi batu ginjal sebelah kanan yang telah terjadwal sebelumnya. Pada saat melakukan pengkajian tanggal 04 Desember 2024 pasien mengatakan nyeri bagian pinggang sebelah kanan akibat bekas operasi. Pasien mengatakan demam disertai menggigil sejak semalam. Pasien mengatakan kurang nafsu makan karena mual.<br>2. RKD<br>Pertama kali pada bulan Maret 2023 pasien melakukan operasi batu ginjal sebelah kanan. Pasien mengatakan merokok sehari 2 bungkus ±10 tahun yang lalu namun sudah berhenti sejak 2021 yang lalu dan minum kopi sehari 5 gelas.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD 110/90 mmHg, N 89x/i, RR 19x/i, S 38,5ºC. TB 174 cm BB 68 Kg IMT 22.5 (18.5-22.9) LP 82 cm. Pasien mendapatkan diet MB 3x sehari.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (11.11.24)<br>Hb 13.4 g/dL (13.0-18.0)<br>Ht 39% (40-52)<br>Leukosit 917 $10^3$/microliter (48-108)<br>Trombosit 281 $10^3$/microliter (150-400)<br>Eritrosit 4.4 $10^3$/microliter (4.3-6.0)<br>• Radiologi (11.11.24) | 1. Nyeri akut<br>2. Hipertermia<br>3. Risiko defisit nutrisi | **Manajemen Nyeri (I.08238)**<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Manajemen hipertermia (I.15506)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi penyebab hipertermia (dehidrasi, terpapar lingkungan panas)<br>2. Monitor suhu tubuh | **04 Desember 2024**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri nyut-nyutan pada bagian pinggang kanan setelah operasi dirasakan saat beraktivitas dan istirahat dengan skala nyeri 4 (sedang) hilang timbul ±5 menit. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi genggang jari sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat meringis. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi genggang jari dengan arahan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>**2. Hipertermia**<br>S : Pasien mengatakan demam dan pusing.<br>O : Akral teraba hangat. S 38.5ºC<br>A : Masalah hipertermia teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Fibrosis pada basal paru kiri, DD/ proses lama paru<br>Aorta klasifikasi<br>Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung<br>• Lab (21.11.24)<br>Na 138 mmol/L (135-147)<br>K 4.6 mmol/L (3.5-5.0)<br>Cl 102 mmol/L (95-105)<br>3. Obat-obatan<br>PCT 1gr/8 jam<br>Cefo 1 gr/12 jam<br>OMZ 40 mg<br>Furosemide 1 amp/24 jam | | 3. Monitor haluaran urin<br>Terapeutik<br>4. Longgarkan pakaian<br>5. Kompres dingin<br>Edukasi<br>6. Anjurkan tirah bering<br>Kolaborasi<br>**7.** Kolaborasi pemberian cairan IV<br><br>**Manajemen Nutrisi (I.03119)**<br>Observasi :<br>1. Identifikasi status nutrisi<br>2. Identifikasi alergi makanan<br>3. Identifikasi makanan yang disukai<br>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient<br>5. Monitor asupan makanan<br>6. Monitor BB<br>Terapeutik :<br>7. Sajikan makanan selagi hangat<br>Edukasi :<br>8. Anjurkan makan sedikit tapi sering<br>Kolaborasi :<br>9. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan | **3. Risiko defisit nutrisi**<br>S : Pasien mengatakan kurang nafsu makan. Pasien mengatakan mual. Pasien mengatakan hanya makan 3-4 sdm dari porsi yang disediakan RS. Pasien mengatakan akan makan sedikit tapi sering. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan<br>O : BB 68 Kg. Pasien hanya menghabiskan makan siang sebanyak 3-4 sdm dari porsi yang disediakan<br>A : Masalah risiko defisit nutrisi teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-9) |
| 5 | Ny.S<br>56 Tahun<br>Perempuan<br>SD<br>IRT<br>Nefrolithiasis bila | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang melalui poli pada tanggal 06 Januari 2025 untuk melakukan penjadwalan operasi batu ginjal. Pasien masuk ke ruang rawat inap bedah Eri Soedewo ruang 507 pada tanggal 06 Januari 2025 jam 13.52 WIB. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 Januari 2025 jam 07.00 WIB pasien mengatakan tidak ada keluhan. Pasien direncanakan operasi PCNL kanan namun masih menunggu. Pada tanggal 07 Januari 2025 jam 14.30 WIB pasien melakukan operasi aff DJ stent kiri<br>2. RKD<br>Riwayat HT, DM, AU tidak ada. Pasien sudah dilakukan operasi open bivalve kiri bulan Agustus 2024 di RSPAD karena ada batu pada ginjal kiri dengan ukuran 8,3 cm dengan bentuk seperti batu kali bewarna cokelat kehitaman. Pasien sebelumnya memiliki kebiasaan minum | Risiko perfusi renal tidak efektif | **Manajemen cairan (I.03098) :**<br>Observasi<br>1. Memonitoring status hidrasi<br>2. Memonitoring BB harian<br>3. Memonitoring hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN)<br>4. Memonitoring status dinamik<br>Edukasi :<br>5. Melakukan edukasi pada pasien dan keluarga tentang penyakit batu ginjal<br>Terapeutik<br>6. Mencatat intake dan output<br>7. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>8. Memberikan cairan intravena<br>Kolaborasi<br>9. Melakukan kolaborasi pemberian diuretik | **08 Januari 2025**<br>S : Pasien mengatakan minum 1500 ml/24 jam<br>O : Kebutuhan cairan pasien 1200 ml/24 jam. BC +150 ml. TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 19x/i S 36,5ºC<br>A : Masalah manajemen cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-6) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | teh manis ±3 gelas sehari dan minum es jasjus. Pasien juga memiliki kebiasaan menahan BAK dan jarang minum air mineral.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD 110/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC. TB 150 cm BB 43 Kg IMT 19.1 kg/$m^3$ (18.5-22.9) LILA 23 cm LP 84 cm. Pasien mendapatkan diet MB 3x/i. Kebutuhan cairan pasien<br>30xKgBB = 30x43= 1290 cc/24 jam<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (09.12.24)<br>Hb 12.3 g/dL (13.0-18.0)<br>SGOT 24 U/L (<35)<br>SGPT 14 U/L (<40)<br>Ureum 54 mg/dL (20-50)<br>Kreatinin 1.67 mg/dL (0.5-1.5)<br>GFR 33.96 ml/mnt/1.73$m^3$<br>• Thorax (09.12.24)<br>Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan paru<br>• Fhoto polos abdomen (11.11.24)<br>Nefrolitiasis bilateral<br>Terpasang DJ stent dengan tip proximal pada hemiabdomen kiri setinggi L3-L4 proyeksi ginjal kiri dan tip distal pada simphisis pubis proyeksi vecica urinari<br>3. Obat-obatan<br>Cefo 2x1 gr<br>PCT 2x1 gr<br>4. Laporan pembedahan<br>Pada tanggal 07 Januari 2025 jam 14.30 WIB dilakukan tindakan sistoskopi aff DJ stent kiri dengan jenis anestesi spinal yang dilakukan oleh dokter operator dr. Nugroho Budi Utomo, Sp.U dan dr. Hengki Irawan, M.Biomed, Sp.An selaku dokter anestesi. Instruksi pasca tindakan :<br>Aff FC H+1<br>Antibiotik cefoperazone 2x1 gr IV<br>Analgetik PCT 3x500 mg PO<br>Rajal besok (08 Januari 2025) jika KU baik) | | | |
| 6. | Ny.S<br>51 Tahun<br>Perempuan<br>SMA<br>IRT | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang melalui poli bedah urologi untuk melakukan pemeriksaan dengan keluhan nyeri pada bagian pinggang sebelah kiri sejak 1 bulan | 1. Nyeri akut<br>2. Ansietas | **Manajemen Nyeri (I..08238)**<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal | **04 Desember 2024**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang kanan setelah operasi saat beraktivitas dan istirahat seperti nyut-nyutan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Calculus of kidney sinistra | yang lalu dan pasien mengatakan lebih sering BAK tidak tuntas semenjak nyeri itu muncul. Pasien mengatakan sudah melakukan CT Scan di RS Hermina dengan hasil diagnosa dokter batu ginjal kiri. Lalu pasien masuk ke ruang perawatan Pavilium Eri Soedewo lantai V RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 03 Desember 2024 pukul 14.24 WIB dengan rencana operasi pada tanggal 04 Desember 2024 pada jam 15.00 WIB namun merasa cemas dan khawatir akan tindakan yang akan dilakukan. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 04 Desember 2024 pasien mengeluh nyeri pinggang kiri seperti nyut-nyutan saat aktivitas dan istirahat dengan skala nyeri 6 (sedang) dirasakan hilang timbul.<br>2. RKD<br>Pasien mengatakan 10 tahun yang lalu pernah di operasi batu ginjal di RS. Husada, pasien mengatakan tidak menjaga pola makan yang sehat, pasien sering mengkonsumsi makanan daging dan mengkonsumsi minuman beralkohol.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD 110/90 mmHg, N 89x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC. TB 155 cm BB 54 Kg IMT 22.5 kg/$m^3$ (18.5-22.9) LILA 24 cm LP 82 cm. Pasien mendapatkan diet MB 3x/i.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (04.11.24)<br>Hb 11.5 g/dl (13.0-18.0)<br>3. Obat-obatan | | 3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Reduksi ansietas (I.09314)**<br>Observasi<br>1. Monitor tanda-tanda ansietas<br>Terapeutik<br>2. Pahami situasi yang membuat ansietas<br>3. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang<br>Edukasi<br>4. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami<br>5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan<br>6. Latih teknik relaksasi | skala nyeri 5 (sedang) hilang timbul ±5 menit. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat meringis. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>**2. Ansietas**<br>S : Pasien mengatakan tidak cemas. Pasien mengatakan akan tetap rileks dengan keadaan saat ini. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat untuk mengatasi cemas<br>O : Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan arahan perawat. Pasien terlihat lebih rileks<br>A : Masalah ansietas teratasi<br>P : Intervensi dihentikan |
| 7 | Tn.P<br>56 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Karyawan swasta<br>Hidronefrosis sisnistra | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 13 Desember 2024 dengan keluhan nyeri perut bagian bawah sebelah kiri menjalar hingga ke pinggang. Pasien juga mengeluh sulit ketika mau BAK karena merasa tidak tuntas dan terkadang disertai darah sejak ±2 minggu yang lalu. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat mau BAK<br>Q : Nyeri yang dirasakan sepert nyut-nyutan<br>R : Nyeri dirasakan pada bagian perut kiri bawah menjalar hingga ke pinggang<br>S : Dari 1-10, skala nyeri yang dirasakan 5 (nyeri sedang) | 1. Alergi<br>2. Risiko ketidakstabilan kadar GD | **Pencegahan alergi (I.14535)**<br>Observasi :<br>1. Identifikasi riwayat alergi (obat, makanan, debu)<br>2. Monitor terhadap reaksi obat<br>Terapeutik :<br>3. Berikan tanda alergi pada RM<br>4. Pasang gelang tanda alergi pada lengan<br>Edukasi :<br>5. Ajarkan menghindari dan mencegah paparan alergen<br>Kolaborasi :<br>6. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Manajemen hiperglikemia (I.03115)** | **16 Desember 2024**<br>**1. Alergi**<br>S : Pasien mengatakan gatal-gatal berkurang<br>O : Pasien terlihat lebih rileks dan tenang. Telah diberikan stiker warna merah pada gelang dan RM pasien<br>A : Masalah alergi teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 2 dan 6)<br><br>**2. Risiko ketidakstabilan kadar GD** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | T : Nyeri yang dirasakan muncul ketika mau BAK. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 Desember 2024 jam 16.30 WIB. Pasien mengatakan post sitoskopi. Pasien mengatakan badannya terasa gatal-gatal.<br>2. RKD<br>Riwayat DM tidak terkontrol sejak ± 7 tahun yang lalu.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD 110/90 mmHg, N 89x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC. TB 174 cm BB 68 Kg IMT 22.5 (18.5-22.9) LILA 24 cm LP 82 cm. Pasien mendapatkan diet MB 3x/i.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (15.12.24)<br>Hb 12.8 g/dL (13.0-18.0)<br>Leukosit 1219 $10^3$/microliter (48-108)<br>SGPT 9 U/L (<40)<br>SGOT 13 U/L (<35)<br>Ureum 34 mg/dl (20-50)<br>Kreatinin 1.10 mg/dl (0.5-1.5)<br>GFR 74.65 ml/mnt/1.73$m^3$<br>GDS 141 mg/dl (70-140)<br>• Thorax (07.20.24)<br>Kardiomegali dengan elongasi aorta<br>Tidak tampak kelainan radiologis pada paru<br>• USG ginjal, buli, prostat (04.09.24)<br>Hidronefrosis ginjal kiri grade IV ec batu staghorn pada pelvis renalis dengan debris pada calyx inferior susp pyonefrosis<br>Tidak tampak kelainan sonomorfologi ginjal kanan, vesical urinaria dan prostat pada USG abdomen saat ini<br>• CT Scan abdomen (19.09.24)<br>Dilatasi prominent kaliks superior, media dan inferior ginjal kiri membentuk gambaran multiloculated cystic lesion (bear's paw sign) disertai kalsifikasi di dinding kalises tersebut, suspek ec struktur pelvis renalis kiri DD/xanthogranulomatous phyelonephritis kiri<br>Tidak tampak batu maupun bendungan di ureter kiri<br>Fungsi ekskresi ginjal kiri melambat | | Observasi :<br>1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia<br>2. Monitor kadar glukosa darah<br>Terapeutik :<br>3. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap dan atau meningkat<br>Edukasi<br>4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga<br>5. Ajarkan pengelolaan diabetes (misal : penggunaan insulin)<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian insulin | S : Pasien mengatakan memiliki riwayat DM tidak terkontrol sejak 7 tahun yang lalu. Pasien mengatakan akan mematuhi program diet DM yang disarankan dokter (kurangi asupan gula, perbanyak makan buah dan sayur)<br>O : Pasien terlihat lemas. K/U sedang. GDS 145 mg/dL. Pemberian obat metformin 500 mg<br>A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 2,5) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Kista kortikal kecil ginjal kanan (bosniak I)<br>Penebalan dinding anterolateral kiri vesika urinaria dengan ketebalan maksimum 1,2 cm susp cystitis<br>Spondylosis thorakolumbal dengan penyempitan dan tanda degenerasi di diskus T7-T8, T8-T9, T10-T11<br>Kalsifikasi dinding aorta abdominalis serta arteri iliaka komunis dan arteri iliaka kanan kiri (atherosclerosis)<br>Straight kurve thoracolumbal<br>3. Obat-obatan<br>PCT 3x1<br>Ranitidine 2x1<br>Cefoperazone 2x1<br>Asam tranexamat 3x1<br>Diphenhidramat extra<br>Dexa extra | | | |
| 8. | Tn.K<br>52 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Karyawan swasta<br>Hidro bila | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 02 Desember 2024 ke IGD dengan keluhan BAK berdarah dan nyeri saat BAK yang memberat sejak 5 hari SMRS. Tn.K mengatakan sebelum sakit sering menahan BAK dan jarang minum air putih dikarenakan faktor pekerjaan yang sibuk. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 04 Desember 2024 jam 16.30 WIB pasien mengeluh nyeri pada perut menjalar ke bawah. Pasien merasakan cemas dan khawatir akan kondisi kesehatannya saat ini. Pasien mengatakan ingin sembuh. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat berkemih dan beraktivitas<br>Q : Nyeri yang dirasakan tajam seperti tertusuk-tusuk<br>R : Nyeri pada bagian perut bawah menjalar ke pinggang<br>S : Dari 1-10 skala nyeri 6 (sedang)<br>T : Nyeri yang dirasakan hilang timbul ±10 menit<br>2. RKD<br>Pasien mengatakan 6 tahun yang lalu memiliki riwayat operasi batu ginjal sebelah kanan. Riwayat hematuria (+). Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat HT dan DM.<br>Objektif | 1. Nyeri akut<br>2. Ansietas | **Manajemen Nyeri (I..08238)**<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Reduksi ansietas (I.09314)**<br>Observasi<br>1. Monitor tanda-tanda ansietas<br>Terapeutik<br>2. Pahami situasi yang membuat ansietas | **04 Desember 2024**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang kanan setelah operasi saat beraktivitas dan istirahat seperti nyut-nyutan dengan skala nyeri 5 (sedang) hilang timbul ±5 menit. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br><br>O : Pasien terlihat meringis. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>**2. Ansietas**<br>S : Pasien mengatakan tidak cemas. Pasien mengatakan akan tetap rileks dengan keadaan saat ini. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1. Data fisik<br>TD 110/90 mmHg, N 89x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC. TB 160 cm BB 58 Kg IMT 22.6 (18.5-22.9) LILA 24 cm LP 82 cm. Pasien mendapatkan diet TKTP 3x/i.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (02.12.24)<br>Hb 13.4 g/dl (13.0-18.0)<br>Leukosit 917 $10^3$/microliter (48-108)<br>Ht 39% (40-52)<br>Trombosit 297 $10^3$/microliter (150-400)<br>Eritrosit 4.4 $10^3$/microliter (4.3-6.0)<br>Albumin 3.4 g/dl (3.8-5.0)<br>Globulin 4.1 g/dl (1.3-2.7)<br>SGOT 13 U/L (<38)<br>SGPT 21 U/L (<41)<br>Ureum 73 mg/dl (10-50)<br>Kreatinin 3.7 mg/dl (0.6-1.2)<br>• USG abdomen<br>Hidronefrosis bilateral grd III dan hidroureter bilateral<br>Nefrolitiasis multiple (D)<br>Lesi hipoekhoik, bentuk lobulated pada dasar buli sisi kiri tampak vaskulisasi minimal di dasar lesi (uk. ±4,1x4, 6x4,5 cm)== massa, blood clot.<br>3. Obat-obatan<br>Cefoperazone 1 gr/12 jam<br>Furosemide 1 amp/24 jam | | 3. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang<br>Edukasi<br>4. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami<br>5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan<br>6. Latih teknik relaksasi | sesuai arahan perawat untuk mengatasi cemas<br>O : Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan arahan perawat. Pasien terlihat lebih rileks<br>A : Masalah ansietas teratasi<br>P : Intervensi dihentikan |
| 9. | Tn.K<br>54 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Wiraswasta<br>Batu ureter dextra | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 18 Desember 2024 jam 09.45 WIB ke IGD dengan keluhan nyeri pinggang kanan sejak 2 hari SMRS. Pasien direncanakan dilakukan aff DJ stent dan tindakan renal pyeograph dan dilanjutkan laparoscopic urolitotomy. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 Desember 2024 jam 16.30 WIB pasien mengatakan post op hari pertama dengann keluhan nyeri. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat beraktivitas<br>Q : Seperti tertusuk<br>R : Pinggang kanan<br>S : Dari angka 1-10, skala nyeri 5 (sedang)<br>T : Nyeri hilang timbul dirasakan ±10 menit<br>Pasien mengatakan saat BAK urin sulit keluar | 1. Nyeri akut<br>2. Risiko defisit nutrisi<br>3. Manajemen kesehatan tidak efektif | **Manajemen Nyeri (I..08238)**<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri | **19 Desember 2024**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri pinggang kanan seperti nyut-nyutan saat beraktivitas dengan skala nyeri 5 (sedang) hilang timbul. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi sesuai yang diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat meringis. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi dengan bimbingan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (1-13) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Pasien mengatakan tidak mengalami mual maupun muntah. Pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ dari semua porsi makanan yang disediakan RS<br><br>2. RKD<br>Pasien mengatakan sebelumnya memiliki riwayat penyakit batu ginjal (September 2024). Pasien memiliki kebiasaan merokok sejak ± 15 tahun yang lalu menghabiskan 1 bks/hari. Pasien juga memiliki kebiasaan minum kopi sehari 2 gelas<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD 120/90 mmHg, RR 18x/i, N 87x/i, S36,5ºC. TB 165 cm BB 55 Kg IMT 20.2 kg/$m^3$ (18.5-22.9) LILA 24 cm LP 82 cm. Pasien mendapatkan diet MB 3x/i.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (18.12.24)<br>Hb 11.5 g/dl (13.0-18.0)<br>Ht 36% (40-52)<br>• Lab (11.12.24)<br>Ureum 41.80 mg/dl (20-60)<br>Kreatinin 1.93 mg/dl (0.5-1.5)<br>GFR 43.03 ml/mnt/1.73$m^3$<br>• Radiologi (18.12.24)<br>Elongasi aorta<br>Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan paru<br>• CT scan uro tanpa kontras (02.12.24)<br>Hidronefrosis kanan grade III dan hydroureter kanan ec ureterolithiasis kanan dengan ukuran +/- 0,68 x 0,99 x 0,77 cm pada 1/3 distal ureter kanan<br>3. Obat-obatan<br>PCT 1 gr/8 jam<br>Cefoperazone 1 gr/12 jam<br>OMZ 40 mg<br>Furosemide 1 amp/24 jam | | 10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Manajemen Nutrisi (I.03119)**<br>Observasi :<br>1. Identifikasi status nutrisi<br>2. Identifikasi alergi makanan<br>3. Identifikasi makanan yang disukai<br>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient<br>5. Monitor asupan makanan<br>6. Monitor BB<br>Terapeutik :<br>7. Sajikan makanan selagi hangat<br>Edukasi :<br>8. Anjurkan makan sedikit tapi sering<br>Kolaborasi :<br>9. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan<br><br>**Edukasi kesehatan (I.12383)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi<br>2. Identifikasi faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi<br>Terapeutik<br>3. Sediakan materi dan media penkes<br>4. Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan<br>5. Berikan kesempatan untuk bertanya<br>Edukasi<br>6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan | **2. Risiko defisit nutrisi**<br>S : Pasien mengatakan kurang nafsu makan. Pasien mengatakan hanya makan 3-4 sdm dari porsi yang disediakan RS. Pasien mengatakan akan makan sedikit tapi sering. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan<br>O : BB 55 Kg. Pasien hanya menghabiskan makan siang sebanyak 3-4 sdm dari porsi yang disediakan<br>A : Masalah risiko defisit nutrisi teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,5,6,7,8,9)<br><br>**3. Manajemen kesehatn tidak efektif**<br>S : Pasien mengatakan telah memahami terkait penyakit batu ureter. Pasien mengatakan akan mengurangi kebiasaan minum kopi. Pasien mengatakan akan berusaha berhenti merokok<br>O : Pasien kooperatif<br>A : Masalah manajemen kesehatan tidak efektif teratasi<br>P : Intervensi dihentikan |
| 10 | Tn.G<br>33 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Kopda<br>Hidro bila CKD on HD Pro | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 20 Desember 2024 ke IGD dengan keluhan BAK sedikit kadang hanya menetes disertai darah sejak ±5 hari yang lalu. Pasien mengatakan nyeri pada perut bawah. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 Desember 2024 jam 08.30 WIB | 1. Nyeri akut<br>2. Gangguan eliminasi urin<br>3. Risiko ketidakseimbangan cairan<br>4. Ansietas | **Manajemen Nyeri (I..08238)**<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik : | **18 Desember 2024**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah menjalar ke pinggang saat beraktivitas dan istirahat seperti nyut-nyutan skala nyeri 5 (sedang) hilang timbul ±10 menit. Pasien mengatakan akan melakukan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | TURBT+Nefrosbila | Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Seperti berdenyut<br>R : Perut bawah bagian<br>S : Dari angka 1-10, skala nyeri 5 (sedang)<br>T : Nyeri hilang timbul dirasakan ±10 menit<br><br>2. RKD<br>Pasien mengatakan memiliki riwayat cuci darah sejak bulan November 2024 dengan akses CDL di jugularis dextra. Pasien mengatakan memiliki riwayat HT terkontrol sejak ± 5 tahun yang lalu dengan minum obat amlo 5 mg 1x1. Pasien memiliki kebiasaan merokok ±8 tahun yang lalu menghabiskan 2 bks sehari. Pasien juga memiliki kebiasaan minum-minuman saset seperti marimas, teh pucuk, dan kopi serta jarang minum air mineral dan sering menahan BAK.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD : 160/92 mmHg, RR : 18, N : 96 kali/menit, suhu : 36,5ºC. TB 168 cm BB 65 Kg IMT 23.04 (18.5-22.9) LILA 25 cm LP 82 cm. Pasien mendapatkan diet MB 3x/i.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (23.12.24)<br>Hb 9.4 g/dl (13.0-18.0)<br>Ht 34% (40-52)<br>Leukosit 1057 $10^3$/microliter (48-108)<br>Eritrosit 3.8 $10^3$/microliter (4.3-6.0)<br>SGOT 11 U/L (<38)<br>SGPT 8 U/L (<41)<br>• Lab (03.12.24)<br>Ureum 135 mg/dl (20-60)<br>Kreatinin 0.5-1.5 mg/dl (0.5-1.5)<br>GFR 2.86 ml/menit/1,73$m^2$<br>• Radiologi (04.12.24)<br>Tampak efusi pleura bilateral. Tampak acites massif<br>Tampak pembesaran KGB paraaorta berkonglomerasi dan berlobulasi dengan diameter short axis +/- 3,2 cm<br>• CT scan abdomen (04.12.24)<br>Lesi hipodens multiple sebagian menyangat kontras tampak kalsifikasi | | 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Manajemen eliminasi urin (I.04152)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin<br>2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin<br>3. Monitor eliminasi urin (frek, aroma, volume, dan warna )<br>Terapeutik<br>4. Catat haluaran urin<br>Edukasi<br>5. Ajarkan cara mengukur asupan cairan dan haluaran urin<br>6. Ajarkan terapi modilitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan<br>Kolaborasi<br>7. Kolaborasi pemberiam obat<br><br>**Manajemen cairan (I.03098) :**<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi<br>2. Monitor BB harian<br>3. Monitor BB sebelum dan sesudah HD<br>4. Monitor hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN)<br>5. Monitor status dinamik<br>Terapeutik<br>6. Catat intake dan output<br>7. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>8. Berikan cairan intravena<br>Kolaborasi<br>9. Kolaborasi pemberian diuretic | teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat meringis. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>**2. Gangguan eliminasi urin**<br>S : Pasien mengatakan BAK sedikit. Pasien mengatakan BAK 200 cc/24 jam. Pasien mengatakan BAK bewarna kuning keruh kadang disertai darah<br>O : Pasien mampu melakukan terapi<br>A : Masalah gangguan eliminasi urin teratasi sebagaian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,3,4,5,6,7)<br><br>**3. Risiko ketidakseimbangan cairan**<br>S : Pasien mengatakan sudah mengetahui pembatasan cairan pada pasien CKD. Pasien mengatakan akan melakukan pencatatan terhadap cairan yang masuk dan keluar setiap harinya<br>O : BB kering 65 Kg. TD 140/98x/i, N 87x/i, RR 18x/i, S 36,5ºC. Pre 67 Kg Post 65 Kg. IDWG 2,9%<br>A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7,8) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | intralesi dan tampak penebalan irregular dinding vesika»gambaran malignansi buli DD/TCC<br>Hidronefrosis grade II ginjal kiri dan nephrolithiasis di calyx minor inferior ginjal kiri disertai delayed fungsi sekresi dan ekskresi »atensi CKD<br>Hidronefrosis grade III ginjal kanan disertai delayed fungsi ekskresi »atensi CKD<br>Pembesaran prostat dengan volume +/- 35,5 ml dengan bercak kalsifikasi intraparenkim<br>Efusi pleura bilateral<br>3. Obat-obatan<br>Amlo 1x5 mg<br>B12 2x1<br>Asam folat 2x1<br>Cande ekstra<br>PCT ekstra<br>Clonidine ekstra | | **Reduksi ansietas (I.09314)**<br>Observasi<br>1. Monitor tanda-tanda ansietas<br>Terapeutik<br>2. Pahami situasi yang membuat ansietas<br>3. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang<br>Edukasi<br>4. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami<br>5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan<br>6. Latih teknik relaksasi | **4. Ansietas**<br>S : Pasien mengatakan sedikit cemas karna akan melakukan op. Pasien mengatakan akan tetap rileks dengan keadaan saat ini. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat untuk mengatasi cemas<br>O : Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan arahan perawat Pasien terlihat lebih rileks<br>A : Masalah ansietas teratasi<br>P : Intervensi dihentikan |
| 11 | Tn.R<br>43 Tahun<br>Laki-laki<br>S1<br>Swasta<br>Batu ureter dextra | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 08 Desember 2024 melalui poli bedah urologi untuk melakukan operasi terjadwal. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Desember 2024 jam 07.30 WIB pasien mengatakan cemas karena akan melakukan operasi.<br>2. RKD<br>Tidak memiliki riwayat HT DM<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD : 124/98 mmHg, RR : 18, N : 89 kali/menit, suhu : 36,5ºC. TB 165 cm BB 55 Kg IMT 20.3 kg/m2 (18.5-22.9). LILA 24 cm LP 82 cm. Pasien mendapatkan diet MB 3x/i.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (18.12.24)<br>Hb 15.3 g/dl (13.0-18.0)<br>Total protein 7.5 g/Dl (6.6-8.7)<br>Albumin 4.1 g/dl (3.8-5.0)<br>Globulin 1.4 g/dl (1.3-2.7)<br>SGOT 25 U/L (<38)<br>SGPT 24 U/L (<41)<br>Kreatinin 1.38 mg/dl (0.5-1.5)<br>GFR 62.17 ml/menit/1,73m$^2$ | Ansietas | **Reduksi ansietas (I.09314)**<br>Observasi<br>1. Monitor tanda-tanda ansietas<br>Terapeutik<br>2. Pahami situasi yang membuat ansietas<br>3. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang<br>Edukasi<br>4. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami<br>5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan<br>6. Latih teknik relaksasi | **10 Desember 2024**<br>S : Pasien mengatakan sedikit cemas karna akan melakukan op. Pasien mengatakan akan tetap rileks dengan keadaan saat ini. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat untuk mengatasi cemas<br>O : Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan arahan perawat. Pasien terlihat lebih rileks<br>A : Masalah ansietas teratasi<br>P : Intervensi dihentikan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | • Radiologi (18.12.24)<br>Kardiomegali ringan dengan elongasi aorta<br>Proses lama paru<br>• Fhoto polos abdomen (02.12.24)<br>Nephrolithiasis multiple kanan<br>Susp ureterolithiasis kanan DD/ fecaltih<br>Terpasang DJ stent in situ kanan<br>3. Obat-obatan<br>Cefixime 100 mg<br>Cystone 100 mg<br>Na diclofenac 50 mg | | | |
| 12 | Tn.K<br>70 tahun<br>Laki-laki<br>SD<br>Petani<br>Massa ginjal kanan+anemia | Subjektif :<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 04 Januari 2025 jam 14.00 WIB dengan keluhan nyeri pada bagian perut kanan serta badan terasa lemas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Januari 2025 jam 10.00 WIB Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data : nyeri perut kanan saat beraktivitas dan istirahat seperti tertusuk jarum skala nyeri 5 (sedang) hilang timbul dirasakan ±10 menit. Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan pusing<br>2. RKD<br>Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit HT dan DM.<br>Objektif :<br>1. Data fisik<br>Pasien bernafas secara spontan. Nafas cuping hidung (-). CRT ≥2 detik. Konjungtiv anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD : 100/96 mmHg, RR : 18, N : 78 kali/menit, suhu : 36,5ºC. TB 168 cm BB 65 kg. IMT = 23,04 kg/m2 (Kategori BB normal=18,5-22,9) overweight. BBI = 61,2 kg. Kebutuhan kalori 1744,2kkal/hari. Pasien mendapatkan diet MB sebanyak 3x/i.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (04 Jan 25)<br>Hb 9.4 g/dl<br>Ht 34%<br>Ureum 36 mg/dl<br>Kreatinin 1.2 mg/dl<br>EGFR 52.66 ml/mnt<br>• Thorax (04 Jan 25)<br>Aorta elongasi | 1. Nyeri akut<br>2. Perfusi perifer tidak efektif<br>3. Risiko perfusi renal tidak efektif | Manajemen Nyeri (I..08238)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. 11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>Perawatan sirkulasi (I.02079)<br>Observasi<br>1. Periksa sirkulasi perifer (nadai, edema, CRT, warna, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, HT)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas<br>Terapeutik<br>4. Hindari pengukuran TD pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi | **09 Januari 2025**<br>**Nyeri akut**<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan<br>2. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyut-nyutan<br>R : Perut kanan<br>S : Skala nyeri 5 (sedang)<br>T : Hilang timbul ±10 menit<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan kompres hangat dengan suhu 40-45ºC selama 20 menit sesuai yang telah diajarkan perawat untuk menurunkan tingkat nyeri<br>O :<br>1. Pasien terlihat meringis<br>2. Pasien dan keluarga mampu melakukan kompres hangat dengan suhu 40-45ºC selama 20 menit dengan arahan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>Perfusi perifer tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan pusing<br>2. Pasien mengatakan badan terasa lemas<br>3. Pasien mengatakan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari dibantu sebagian oleh keluarga<br>O :<br>1. Pasien terlihat pucat<br>2. Akral teraba dingin<br>3. CRT ≥2 detik<br>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagaian |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung.<br>Tidak tampak tanda-tandda metastasis pada paru saat ini.<br>• CT Scan abdomen (06 Jan 25)<br>• Ginjal kanan membesar dengan komponen solid heterogen disertai komponen nekrotik dengan gambaran gas bubble di dalamnya dengan air fluid level terutama di kaliks superior kanan yang mendesak dan menyebabkan pelebaran sistem pelviokalises kanan dengan kecurigaan infiltrasi ke peritoneum subhepatik sisi lateral, flexura hepatica, dan mid hingga distal colon ascendens. --> DD/ Sugestif massa ginjal kanan morfologi maligna (RCC) yang menyebabkan hidronephrosis dan hidroureter kanan kemungkinan disertai komponen inflamasi ( spesific-non spesific) serta suspek adanya fistel.<br>• Penebalan difus dinding dari usus halus hingga distal colon ascendens--> Sugestif enterocolitis.<br>• Fluid collection berlokulasi melekat pada pole bawah ginjal kanan disertai fluid collection disekitarnya--> Suspek formasi abses.<br>• Multiple cyst kidney kiri.<br>• Multiple limfadenopati di paraaorta, pelvis sampai inguinalis kanan kiri.<br>• Efusi pleura kanan minimal dan pleuritis kiri.<br>• Spondylosis thoracolumbal.<br>3. Obat-obatan<br>B12 2x1<br>Asam folat 2x1<br>Ceftriaxone 2x1 gr<br>Cefoperazone 2x1 | | Edukasi<br>5. Anjurkan minum obat pengontrol TD tinggi secara teratur<br>6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilang rasa)<br><br>Manajemen cairan (I.03098) :<br>Observasi<br>1. Memonitoring status hidrasi<br>2. Memonitoring BB harian<br>3. Memonitoring BB sebelum dan sesudah HD<br>4. Memonitoring hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN)<br>5. Memonitoring status dinamik<br>Terapeutik<br>6. Mencatat intake dan output<br>7. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>8. Memberikan cairan intravena<br>Kolaborasi<br>**9.** Melakukan kolaborasi pemberian diuretik | P : Intervensi dilanjutkan (No 1-5)<br><br>Perfusi renal tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan minum 1000 ml/24 jam<br><br>O :<br>1. BB 65 Kg<br>2. TD : 100/96 mmHg, RR : 18, N : 78 kali/menit, suhu : 36,5ºC<br><br>A : Masalah risiko perfusi renal tidak efektif teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-7) |
| 13 | Ny.L<br>64 Tahun<br>Perempuan<br>SMA<br>IRT | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 18 Desember 2024 jam 09.45 WIB ke IGD dengan keluhan nyeri pada perut kanan bawah dan menjalar sampai | 1. Gangguan eliminasi urin<br>2. Ansietas | **Manajemen Nyeri (I..08238)**<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal | **18 Desember 2024**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah menjalar ke pinggang saat beraktivitas dan istirahat seperti nyut-nyutan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Batu ureter dextra | ke pinggang. Berdasarkan hasil CT scan urologi : Hidronefrosis kanan grade III dan hydroureter kanan ec ureterolithiasis kanan dengan ukuran +/- 0,68 x 0,99 x 0,77 cm pada 1/3 distal ureter kanan. Pasien sudah merasakan nyeri semenjak 3 bulan yang lalu dan nyeri meningkat sejak 1 minggu ini. Pasien sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit. Pasien memiliki kebiasaan minum alkohol serta sedikit minum air putih dan sering menahan BAK karena malas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Desember 2024 jam 16.30 WIB pasien mengatakan nyeri. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat beraktivitas<br>Q : Seperti tertusuk dan berdenyut<br>R : Perut bawah bagian kanan menjalar hingga ke pinggang<br>S : Dari angka 1-10, skala nyeri 5 (sedang)<br>T : Nyeri hilang timbul dirasakan ±2 jam.<br>Pasien mengatakan BAK berkurang dan kadang bercampur dengan darah. Pasien tampak gelisah dan pasien mengatakan cemas karena akan dilakukan tindakan operasi pada tanggal 19 Desember 2024 dengan TD : 140/90 mmHg, RR : 18, N : 93 kali/menit, suhu : 36,7ºC.<br>2. RKD<br>Tidak memiliki riwayat HT DM AU<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD : 140/90 mmHg, RR : 18, N : 93 kali/menit, suhu : 36,7ºC. TB 165 cm BB 55 KG IMT 20.3 kg/m2 (18.5-22.9) LILA 24 cm LP 82 cm. Pasien mendapatkan diet MB 3x/i.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (03.12.24)<br>Hb 11.5 g/dl (13.0-18.0)<br>Leukosit 132 $10^3$/microliter (48-108)<br>Ht 34% (40-52)<br>Eritrosit 3.8 $10^3$/microliter (4.3-6.0)<br>Total protein 7.5 g/Dl (6.6-8.7)<br>Albumin 3.8 g/dl (3.8-5.0)<br>Globulin 1.4 g/dl (1.3-2.7)<br>SGOT 11 U/L (<38)<br>SGPT 10 U/L (<41)<br>Ureum 39 mg/dl (20-60) | | 3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Reduksi ansietas (I.09314)**<br>Observasi<br>1. Monitor tanda-tanda ansietas<br>Terapeutik<br>2. Pahami situasi yang membuat ansietas<br>3. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang<br>Edukasi<br>4. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami<br>5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan<br>6. Latih teknik relaksasi | skala nyeri 5 (sedang) hilang timbul ±10 menit. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat meringis. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>**2. Ansietas**<br>S : Pasien mengatakan sedikit cemas karna akan melakukan op. Pasien mengatakan akan tetap rileks dengan keadaan saat ini. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat untuk mengatasi cemas<br>O : Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan arahan perawat. Pasien terlihat lebih rileks<br>A : Masalah ansietas teratasi<br>P : Intervensi dihentikan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Kreatinin 0.96 mg/dl (0.5-1.5)<br>GFR 62.70 ml/menit/1,73m$^2$<br>• Radiologi (04.12.24)<br>Elongasi aorta<br>Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan paru<br>• Fhoto polos abdomen (11.11.24)<br>Tidak tampak gambaran batu radiopak di proyeksi traktus urinarius<br>Tidak tampak tanda-tanda ileus obstuksi<br>• CT Scan uro tanpa kontras (02.12.24)<br>Hidronefrosis kanan grade III dan hydroureter kanan ec ureterolithiasis kanan dengan ukuran +/- 0,68 x 0,99 x 0,77 cm pada 1/3 distal ureter kanan<br>3. Obat-obatan<br>PCT 1 gr/8jam<br>Cefoperazone 1 gr/12 jam<br>OMZ 40 mg<br>Furosemide 1 amp/24 jam | | | |
| 14 | Tn.A<br>79 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Tidak bekerja<br>AKI | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 02 November 2024 dengan keluhan nyeri pada kedua tangan disertai badan terasa lemas sejak ± 2 hari SMRS. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 07 November 2024 pasien mengatakan nyeri pada kedua tangan. Dari hasil pengkajian nyeri di dapatkan data :<br>P : Nyeri saat beraktivitas<br>Q : Nyeri yang dirasakan seperti nyut-nyutan<br>R : Nyeri pada kedua tangan<br>S : Dari 1-10, skala nyeri 4<br>T : Nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi ±5 menit<br>Pasien juga baru mengetahui saat di rawat jika terdiagnosa gagal ginjal akut, pasien mengatakan cemas akan kondisi kesehatannya. Pasien mengatakan ingin sembuh.<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat asam urat sejak 5 tahun yang lalu dan sering mengeluh nyeri sendi ketika kelelahan.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD. 130/90 MmHg, Nadi. 84 x/menit, RR. 18 x/menit, S 36.5ºC. TB 160 cm BB 55 Kg IMT | 1. Gangguan mobilitas fisik<br>2. Ansietas<br>3. Risiko perfusi renal tidak efektif | **Dukungan mobilisasi (I.05173)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya<br>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan<br>3. Monitor TTV sebelum dan sesudah melakukan pergerakan<br>4. Monitor K/U selama melakukan pergerakan<br>Terapeutik<br>5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan<br>Edukasi<br>6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini<br>Ajarkan melakukan mobilisasi sederhana<br><br>**Reduksi ansietas (I.09314)**<br>Observasi<br>1. Monitor tanda-tanda ansietas<br>Terapeutik<br>2. Pahami situasi yang membuat ansietas<br>3. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang<br>Edukasi<br>4. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami | **07 November 2024**<br>**1. Gangguan mobilitas fisik**<br>S : Pasien mengatakan nyeri di tangan dan kaki. Pasien mengatakan terbatas dalam melakukan pergerakan. Pasien mengatakan akan melakukan mika/miki. Pasien dan keluarga mengatakan akan melakukan kompres hangat untuk mengatasi nyeri sendi pasien<br>O : K/U sedang. Pasien terlihat meringis. TD 130/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i. Pasien mampu mika/miki dengan bantuan keluarga. Pasien dan keluarga mampu mengaplikasi kompres hangat untuk meredakan nyeri sendi pasien<br>A : Masalah hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br>**2. Ansietas**<br>S : Pasien mengatakan sedikit cemas karna akan melakukan op. Pasien mengatakan akan tetap rileks dengan keadaan saat ini. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi otot progresif sesuai arahan perawat untuk mengatasi cemas<br>O : Pasien mampu melakukan teknik relaksasiotot progresif dengan arahan perawat. Pasien terlihat lebih rileks |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 21.48 (18.5-22.9) Pasien mendapatkan diet TM 60 gr protein # pisang<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (02.11.24)<br>Hb 11.5 g/dl (14.0-16.0)<br>Ht 33.0 % (40-48)<br>Eritrosit 3.95 10^3/µL (4.60-6.20)<br>Leukosit 19.19 10^3/µL (5.00-10.00)<br>Trombosit 642 10^3/µL (150-400)<br>Ureum 148 mg/dl (19-44)<br>Kreatinin 1.9 mg/dl (0.6-1.3)<br>GFR 24.52 ml/menit/1,73m$^3$<br>• Lab (05.11.24)<br>AU 14.2 mg/dl (3.5-7.2)<br>3. Obat-obatan<br>Colchicine 3x1<br>Alprazolam 0.5 mg | | 5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan<br>6. Latih teknik relaksasi<br><br>**Manajemen cairan (I.03098)**<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi (TTV, kekuatan nadi, CRT, membran mukosa, tugor kulit)<br>2. Monitor BB<br>3. Monitor hasil lab<br>Terapeutik :<br>4. Catat intake output<br>5. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan | A : Masalah ansietas teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br><br>**3. Risiko perfusi renal tidak efektif**<br>S : Pasien mengatakan menggunakan kateter. Pasien mengatakan warna urin kuning pekat. Pasien mengatakan minum 500 ml<br>O : Warna urin kuning pekat. BC +250. GFR 29,12. TD 130/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i. Nadi teraba kuat. BB 55 Kg<br>A : Masalah risiko perfusi renal tidak efekti teratasi sebgian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5) |
| 15. | Tn. M<br>70 Tahun<br>Laki-laki<br>SD<br>Petani<br>Massa ginjal kanan + anemia | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 04 Januari 2025 jam 14.00 WIB dengan keluhan nyeri pada bagian perut kanan serta badan terasa lemas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Januari 2025 jam 10.00 WIB Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Seperti tertusuk jarum<br>R : Perut kanan<br>S : Dari angka 1-10, skala nyeri 5 (sedang)<br>T : Nyeri hilang timbul dirasakan ±10 menit<br>Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan pusing.<br>2. RKD<br>Tidak memiliki riwayat HT DM AU<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>TD : 100/96 mmHg, RR : 18, N : 78 kali/menit, suhu : 36,5ºC. TB 168 cm BB 65 Kg IMT 23.04 (18.5-22.9) LP 82 cm LILA 25 cm. Pasien mendapatkan diet MB 3x/i.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (04.01.25)<br>Hb 9.4 g/dl (13.0-18.0)<br>Ht 34% (40-48)<br>Leukosit 1057 10$^3$/microliter (48-108)<br>Trombosit 391 10$^3$/microliter (150-400)<br>Eritrosit 3.810$^3$/microliter (4.3-6.0) | 1. Nyeri akut<br>2. Perfusi perifer tidak efektif<br>3. Risiko perfusi renal tidak efektif | **Manajemen Nyeri (I..08238)**<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Perawatan sirkulasi (I.02079)**<br>Observasi<br>1. Periksa sirkulasi perifer (nadai, edema, CRT, warna, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, HT)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak | **09Januari 2025**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan saat beraktivitas dan istirahat yang dirasakan nyut-nyutan dengan skala nyeri 5 (sedang) hilang timbul ±10 menit. Pasien mengatakan akan melakukan kompres hangat dengan suhu 40-45ºC selama 20 menit sesuai yang telah diajarkan perawat untuk menurunkan tingkat nyeri<br>O : Pasien terlihat meringis. Pasien dan keluarga mampu melakukan kompres hangat dengan suhu 40-45ºC selama 20 menit dengan arahan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>**2. Perfusi perifer tidak efektif**<br>S : Pasien mengatakan pusing. Pasien mengatakan badan terasa lemas. Pasien mengatakan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari dibantu sebagian oleh keluarga<br>O : Pasien terlihat pucat. Akral teraba dingin. CRT ≥2 detik |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Ureum 36 mg/dL (20-60)<br>Kreatinin 1.2 mg/dL (0.5-1.5)<br>GFR 52.66 ml/menit/1,73m$^2$<br>• Radiologi (04.01.25)<br>Aorta elongasi<br>Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung.<br>Tidak tampak tanda-tandda metastasis pada paru saat ini.<br>• CT Scan abdomen (06.01.25)<br>Ginjal kanan membesar dengan komponen solid heterogen disertai komponen nekrotik dengan gambaran gas bubble di dalamnya dengan air fluid level terutama di kaliks superior kanan yang mendesak dan menyebabkan pelebaran sistem pelviokalises kanan dengan kecurigaan infiltrasi ke peritoneum subhepatik sisi lateral, flexura hepatica, dan mid hingga distal colon ascendens. --> DD/ Sugestif massa ginjal kanan morfologi maligna (RCC) yang menyebabkan hidronephrosis dan hidroureter kanan kemungkinan disertai komponen inflamasi ( spesific-non spesific) serta suspek adanya fistel.<br>Penebalan difus dinding dari usus halus hingga distal colon ascendens--> Sugestif enterocolitis.<br>Fluid collection berlokulasi melekat pada pole bawah ginjal kanan disertai fluid collection disekitarnya--> Suspek formasi abses.<br>Multiple cyst kidney kiri.<br>Multiple limfadenopati di paraaorta, pelvis sampai inguinalis kanan kiri.<br>Efusi pleura kanan minimal dan pleuritis kiri.<br>Spondylosis thoracolumbal.<br>3. Obat-obatan<br>B12 2x1<br>Asam folat 2x1<br>Ceftri 2x1 gr<br>Cefo 2x1 gr | | pada ekstermitas<br>Terapeutik<br>4. Hindari pengukuran TD pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi<br>Edukasi<br>5. Anjurkan minum obat pengontrol TD tinggi secara teratur<br>6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilang rasa)<br><br>**Manajemen cairan (I.03098) :**<br>Observasi<br>1. Memonitoring status hidrasi<br>2. Memonitoring BB harian<br>3. Memonitoring BB sebelum dan sesudah HD<br>4. Memonitoring hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN)<br>5. Memonitoring status dinamik<br>Terapeutik<br>6. Mencatat intake dan output<br>7. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>8. Memberikan cairan intravena<br>Kolaborasi<br>**9.** Melakukan kolaborasi pemberian diuretik | A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagaian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-5)<br><br>**3. Risiko perfusi renal tidak efektif**<br>S : Pasien mengatakan minum 1000 ml/24 jam<br>O : BB 65 Kg. TD : 100/96 mmHg, RR : 18, N : 78 kali/menit, suhu : 36,5ºC<br>A : Masalah risiko perfusi renal tidak efektif teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-7) |

| **KMB KRONIK KELOLAAN** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No** | **Identitas** | **Data Pasien** | **Diagnosa Keperawatan** | **Intervensi** | **Evaluasi** |
| 1. | Tn. T<br>52 tahun | Subjektif<br>1. Keluhan | 1. Pola nafas tidak efektif<br>2. Hypervolemia | Pemantauan respirasi (I.01014)<br>Observasi | 1. Pola nafas tidak efektif<br>S : |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Laki-laki<br>Wiraswasta<br>DM, Anemia, CKD on HD | Pasien datang pada tanggal 22 Oktober 2024 melalui IGD dengan keluhan sesak nafas, badan terasa lemas disertai mual muntah, serta kedua kaki bengkak. Pada jam 09.00 WIB pasien di pindahkan ke ruang rawat inap Shafa 2. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 22 Oktober 2024 jam 09.00 WIB pasien mengatakan sesak nafas yang dirasakan saat beraktivitas ataupun istirahat, badan terasa lemas dan kram pada kedua kaki sehingga membutuhkan bantuan keluarga untuk memenuhi kegiatan sehari-hari seperti : makanan, mengganti pakaian, dll. Pasien mengatakan mual muntah ≥5 kali dalam sehari dengan cairan berupa sisa makanan bewarna putih kekuningan yang keluar. Pasien mengatakan kurang nafsu makan karna mual muntah ketika mencium aroma makanan sehingga hanya menghabiskan ½ dari porsi yang disediakan. Pasien mengatakan kedua kakinya bengkak.<br>2. RKD<br>Pasien di diagnosa penyakit ginjal kronik sejak 3 bulan yang lalu dan rutin menjalani HD seminggu 2 kali setiap hari Rabu dan Sabtu, saat ini pasien terpasang CDL di bagian jugularis sinistra. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit gula darah dan darah tinggi ± 10 tahun yang lalu dan tidak terkontrol.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien terlihat sesak nafas. Nafas cuping hidung (+). Pernafasan kussmaul. Terpasang alat bantu pernafasan jenis NC 4l/i. CRT ≥2 detik. Konjungtiva anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD. 130/90 MmHg, Nadi. 92 x/menit, RR. 27 x/menit, S 36.5ºC. TB 160 cm BB 55 kg. shifting dullnes (+), distensi abdomen (+), Pitting edema +1, IMT 21,48 kg/m$^2$ (Kategori BB normal =18,5 s.d 22,9), BBI 54 Kg, kebutuhan kalori 1620-81+162+162+324=2.187 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (T) 60 gr protein #pisang sebanyak 3x sehari. Pasien mengatakan BAK 150ml/24 jam. Tonus otot<br>3333 3333<br>3333 3333 | 3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah<br>4. Disfungsi motilitas gastrointestinal<br>5. Perfusi perifer tidak efektif | 1. Monitor pola nafas<br>2. Monitor frekuensi, irama, kedalaman nafas<br>3. Auskultasi suara nafas<br>4. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru<br>5. Monitor SpO2<br>Terapeutik<br>6. Atur interval pemantauan RR sesuai kondisi pasien<br>7. Dokumentasi hasil pemeriksaan<br>Edukasi<br>8. Jelaskan prosedur dan tindakan pemantauan pernafasan<br>9. Informasikan hasil pemantauan<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis (*Breathing exercise)*<br>Kolaborasi<br>11. Kolaborasi pemberian oksigen<br><br>Manajemen hypervolemia (I.03114)<br>Observasi<br>1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (edema, dyspnea, JVP/CVP meningkat)<br>2. Identifikasi penyebab hypervolemia<br>3. Monitor status hemodinamik<br>4. Monitor intake dan output cairan<br>5. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, Ht, BJ urin)<br>Terapeutik<br>6. Batasi asupan cairan dan garam<br>7. Tinggikan kepala 30-40º<br>Edukais<br>8. Ajarkan cara membatasi cairan<br>9. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin<br>Kolaborasi<br>10. Kolaborasi pemberian diuretic<br><br>Manajemen hiperglikemia (I.03115)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia<br>2. Monitor kadar glukosa darah<br>Terapeutik :<br>3. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap dan atau meningkat<br>Edukasi<br>4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan | 4. Pasien mengatakan masih sesak nafas<br>O :<br>3. Pasien terlihat sesak nafas<br>4. Pasien terpasang alat bantu pernafasan jenis NC 4l/i<br>5. Pernafasan kussmaul<br>6. Pernafasan cuping hidung (+)<br>7. Suara nafas vesikuler di semua lapang paru<br>8. Pasien mampu melakukan teknik *Breathing exercise* dengan arahan perawat<br>9. SpO2 96%<br>10. TTV pasien<br>TD 130/90 mmHg, N 90x/i, S 36,5ºC, RR 27x/i<br>A : Masalah pola nafas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>2. Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien mengatakan BAK sedikit<br>2. Pasien mengatakan warna urin kuning pekat<br>3. Pasien mengatakan BAK 150 ml/hari<br>4. Pasien mengatakan minum 1000 ml/24 jam<br>5. Pasien mengatakan BC harus sama antara intake dan output<br>6. Pasien mengetahui jika minum nya di batasi sebanyak 600 ml/24 jam agar tubuhnya tidak bengkak<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. TTV :<br>TD 130/90 mmHg, N 90x/i, S 36,5ºC, RR 27x/i<br>3. Edema + 1<br>4. BC +250<br>5. Hasil pemeriksaan lab :<br>Kreatini 5.1 mg/dL<br>A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah<br>S :<br>1. Pasien mengatakan badan terasa lemas<br>2. Pasien mengatakan mudah lelah |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Minum 1000 ml, urin 150 ml, IWL 550 ml, muntah 50 ml, BC +250 ml<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab tgl 22 Okt 24<br>Hb 7.0 g/dL<br>Leukosit 13.96 10 microliter<br>Ht 21%<br>Eritrosit 2.45 $10^3$/microliter<br>Kreatinin 5.1 mg/dL<br>GFR pasien = 13,43<br>GDS 250 mg/dL<br>• Lab 25 Okt 24<br>Hb 10.4 g/dL<br>Leukosit 14.62 $10^3$/microliter<br>Ht 31 %<br>Eirtrosit 3.72 $10^3$/microliter<br>3. Obat-obatan<br>Amlodipine 1x10 mg<br>Clonidin 3x0,15 mg<br>Cilostaxole 2x1 mg<br>Bicnat 3x1 mg<br>Vit B.12 mg 3x1<br>CaCO3 3x1 mg<br>Gabapentin 1x300 mg | | olahraga<br>5. Ajarkan pengelolaan diabetes (misal : penggunaan insulin)<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian insulin<br><br>Manajemen nutrisi (I.03119)<br>Observasi<br>1. Identifikasi status nutrisi<br>2. Identifikasi makanan yang disukai<br>3. Monitor asupan makanan<br>4. Monitor BB<br>Terapeutik<br>5. Fasilitasi menentukan pedoman diet<br>6. Sajikan makanan secara menarik<br>Edukasi<br>7. Ajarkan diet yang diprogramkan<br>Kolaborasi<br>8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kebutahan kalori pasien<br><br>Perawatan sirkulasi (I.02079)<br>Observasi<br>1. Periksa sirkulasi perifer (nadai, edema, CRT, warna, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, HT)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas<br>Terapeutik<br>4. Hindari pengukuran TD pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi<br>Edukasi<br>5. Anjurkan minum obat pengontrol TD tinggi secara teratur<br>6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilang rasa) | 3. Pasien mengatakan mudah mengantuk<br>4. Pasien mengatakan memiliki riwayat DM tidak terkontrol sejak 10 tahun yang lalu<br>5. Pasien mengatakan akan mematuhi program diet DM yang disarankan dokter (kurangi asupan gula, perbanyak makan buah dan sayur)<br>O :<br>1. Pasien terlihat lemas<br>2. K/U sedang<br>3. GDS 250 mg/dL<br>4. Pemberian injeksi insulin novorapid 4 ui<br>A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 2,5)<br><br>4. Disfungsi motilitas gastrointestinal<br>S :<br>1. Pasien mengatakan kurang nafsu makan karna mual muntah<br>2. Pasien mengatakan hanya makan ½ porsi dari yang disediakan RS<br>3. Pasien mengatakan suka makan-makanan yang berkuah<br>4. Pasien mengatakan akan makan sedikit tapi sering sesuai dengan porsi yang dianjurkan perawat<br>O :<br>1. Mukosa bibir kering<br>2. Tugor kulit menurun<br>3. BB pasien 55 Kg<br>A : Masalah disfungsi motilitas gastrointestinal teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,3,4,5,6)<br><br>5. Perfusi perifer tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan masih lemas<br>2. Pasien mengatakan memiliki riwayat HT dan DM tidak terkontrol ±10 tahun yang lalu<br>3. Pasien mengatakan belum mampu melaksanakan sholat 5 waktu karna kondisinya belum stabil<br>4. Pasien mengatakan sudah hapal doa kesembuhan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | (La syafiya illa anta syifa'an la yughadiru saqaman)<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Akral teraba dingin<br>3. Edema +1 di kedua kaki<br>4. CRT ≥3 detik<br>5. TTV pasien :<br>TD 130/90 mmHg, N 90x/i, S 36,5ºC, RR 27x/i<br>A : Masalah perfusi perifer teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,3,4,5,6,7) |
| 2. | Ny.T<br>72 Tahun<br>Perempuan<br>SD<br>IRT<br>Vomitus, DM ec CKD on HD stg V | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 20 Oktober 2024 dengan keluhan mual, muntah, kurang nafsu makan, pusing, badan terasa lemas, nyeri ulu hati. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 Oktober 2024 jam 08.30 WIB pasien mengatakan kurang nafsu makan karna mual, badan terasa lemas, nyeri ulu hati. Dari pengkajian nyeri didapatkan data pasien nyeri saat beraktivitas dan istirahat dirasakan seperti tertusuk jarum di ulu hati yang dirasakan 4 hilang timbul dengan durasi ±5 menit<br>Pasien mengatakan minum 700 ml/24 jam. BAK sedikit dengan warna urin kuning pekat.<br><br>2. RKD<br>Pasien mengatakan di diagnosa penyakit ginjal kronik sejak bulan Juli 2024 dan rutin menjalani HD seminggu 2 kali setiap hari Selasa dan Jumat, saat ini pasien terpasang CDL di bagian jugularis dextra. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit gula darah dan rutin minum obat acarbose 3x100 mg dan metformin 2x500 mg.<br><br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien mengatakan tidak sesak nafas. Pasien mengatakan tidak mengalami nyeri dada. K/U sedang. Pasien bernafas secara spontan. Nafas cuping hidung (-). CRT ≤2 detik. Konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 140/90 mmHg, N 78x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC. Pasien terlihat lemas. Mukosa bibir kering. Tugor kulit menurun. TB 150 cm BB 60 kg. IMT 26.6 | 1. Nyeri akut<br>2. Nausea<br>3. Risiko ketidakseimbangan cairan<br>4. Intoleransi aktivitas | Manajemen Nyeri (I..08238)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>Manajemen mual (I.03117<br>Observasi<br>1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misal : nafsu makan, aktivitas)<br>2. Identifikasi penyebab mual (misal : pengobatan)<br>3. Monitor mual (frek, durasi, tingkat keparahan)<br>4. Monitor asupan nutrisi dan kalori<br>Terapeutik<br>5. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (misal : bau tidak sedap) | **23 Oktober 2024**<br>1. Nyeri akut<br>S :<br>2. Pasien mengatakan nyeri berkurang<br>3. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Saat istirahat dan beraktivitas<br>Q : Tertusuk jarum<br>R : Ulu hati<br>S : Skala nyeri 2<br>T : Hilang timbul ±3 menit<br>4. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi seperti yang telah di ajarkan oleh perawat untuk mengatasi rasa nyeri yang di rasakan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi aromaterapi lavender dengan arahan perawat<br>3. TTV pasien<br>TD 130/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7,8)<br><br>2.Nausea<br>S :<br>1. Pasien mengatakan mual berkurang<br>2. Pasien mengatakan nafsu makan meningkat<br>3. Pasien mengatakan menghabiskan makanan sebanyak ¾ dari porsi yang disediakan<br>O :<br>1. K/U sedang |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | kg/$m^2$. BBI 49.5 Kg. Keb kalori 989,9 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (TM) / (N) 60 gr ↓protein #pisang sebanyak 3x/i. Pasien minum 700ml, urin 200ml, IWL 600, BC -100ml.<br><br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (22 Okt 24)<br>Hb 9.7 g/dl<br>Leukosit 11.90 $10^3$/microliter<br>Ht 30 %<br>Eritrosit 3.43 $10^3$/microliter<br>GFR 9.4 ml/mnt<br>Ureum 67 mg/dl<br>Kreatinin 5.1 mg/dl<br>GDS 177 mg/dl<br>3. Obat-obatan<br>Acarbose 3x100 mg<br>Metformin 2x500 mg.<br>Sucralfate syr 3x1<br>Lansoprazole 1x30 mg<br>Hemapo u/HD 3000 ui | | 6. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik<br>Edukasi<br>7. Anjurkan tidur dan istirahat yang cukup<br>8. Anjurkan sering membersihkan mulut<br>9. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual<br>Kolaborasi :<br>10. Kolaborasi pemberian obat<br><br>Manajemen cairan (I.03098) :<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi<br>2. Monitor BB harian<br>3. Monitor BB sebelum dan sesudah HD<br>4. Monitor hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN)<br>5. Monitor status dinamik<br>Terapeutik<br>6. Catat intake dan output<br>7. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>8. Berikan cairan intravena<br>Kolaborasi<br>9. Kolaborasi pemberian diuretic<br><br>Manajemen energi (I.05178)<br>Observasi<br>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan<br>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional<br>3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas<br>Terapeutik<br>4. Lakukan latihan rentang gerak aktif<br>5. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan<br>6. Anjurkan pasien untuk tetap mendekatkan diri kepada Allah SWT meskipun dalam kondisi sakit (dengan posisi berbaring ataupun berdoa agar diberi kesembuhan)<br>Edukasi<br>7. Anjurkan tirah baring<br>8. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap | 2. Mukosa bibir lembab<br>3. Pasien terlihat hanya menyisakan 2-3 sdm di tempat makanannya<br>4. TTV pasien :<br>TD 130/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>A : Masalah nausea teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>3. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah<br>S :<br>1. Pasien mengatakan BAK sedikit dengan warna urin kuning pekat<br>2. Pasien mengatakan tidak mengalami keluhan saat BAK<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Mukosa bibir lembab<br>3. Tugor kulit baik<br>4. TTV pasien<br>5. TD 130/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>6. Kreatinin 5,1 mg/dL<br>7. BB pre HD 61 kg<br>8. BB post HD 60 kg<br>A : Masalah risiko ketidakstabilan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>4. Intoleransi aktivitas<br>S :<br>5. Pasien mengatakan lemas berkurang<br>6. Pasien mengatakan akan melakukan pergerakan secara perlahan sesuai kemampuan fisiknya<br>7. Pasien mengatakan tidak mengalami sesak saat melakukan pergerakan<br>8. Pasien mengatakan akan melakukan sholat dengan cara berbaring dan terus berdoa agar diberikan kesembuhan<br>O :<br>4. K/U sedang<br>5. Pasien mampu melakukan ROM aktif dengan arahan perawat<br>6. Tonus otot pasien |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 4444 4444<br>4444 4444<br><br>A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6)<br><br>**24 Oktober 2024**<br>1. Nyeri akut<br>S :<br>1. Pasien mengatakan tidak nyeri<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi seperti yang telah di ajarkan oleh perawat untuk mengatasi rasa nyeri yang di rasakan jika berulang<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Nyeri abdomen (-)<br>3. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi aromaterapi lavender dengan arahan perawat<br>4. TTV pasien<br>TD 130/90 mmHg, N 86x/i, S 36,5ºC, RR 17x/i<br>A : Masalah nyeri akut teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br><br>2. Nausea<br>S :<br>1. Pasien mengatakan mual berkurang<br>2. Pasien mengatakan nafsu makan meningkat<br>3. Pasien mengatakan menghabiskan makanan sebanyak ¾ dari porsi yang disediakan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Mukosa bibir lembab<br>3. Pasien terlihat hanya menyisakan 2-3 sdm di tempat makanannya<br>4. TTV pasien :<br>TD 130/90 mmHg, N 86x/i, S 36,5ºC, RR 17x/i<br>A : Masalah nausea teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>3. Risiko ketidakstabilan cairan<br>S :<br>1. Pasien mengatakan BAK sedikit dengan warna urin kuning pekat |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 2. Pasien mengatakan tidak mengalami keluhan saat BAK<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Mukosa bibir lembab<br>3. Tugor kulit baik<br>4. TTV pasien<br>TD 130/90 mmHg, N 86x/i, S 36,5ºC, RR 17x/i<br>5. Kreatinin 5,1 mg/dL<br>6. BB pre HD 61 kg<br>BB post HD 60 kg<br>A : Masalah risiko ketidakstabilan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>4. Intolerensi aktivitas<br>S :<br>1. Pasien mengatakan lemas berkurang<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan pergerakan secara perlahan sesuai kemampuan fisiknya<br>3. Pasien mengatakan tidak mengalami sesak saat melakukan pergerakan<br>4. Pasien mengatakan melakukan sholat dengan cara berbaring dan terus berdoa agar diberikan kesembuhan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien mampu melakukan ROM aktif dengan arahan perawat<br>3. Tonus otot pasien<br>4444 4444<br>4444 4444<br>A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6) |
| 3 | Tn. R<br>68 Tahun<br>Laki-laki<br>Wiraswasta<br>CKD on HD | `Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 26 Oktober 2024 dengan keluhan edema di kedua tungkai dan tangan ± 1 minggu yang lalu, kulit gatal-gatal ±3 bulan yang lalu. Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data edema pada kedua tungkai dan tangan +3, kulit kering dan mengelupas di seluruh tubuh kecuali muka. Pasien mengatakan tidak tahu harus bagaimana ketika | 1. Hypervolemia<br>2. Gangguan integritas kulit<br>3. Ketidakberdayaan | Manajemen hypervolemia (I.03114)<br>Observasi<br>1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (edema, dyspnea, JVP/CVP meningkat)<br>2. Identifikasi penyebab hypervolemia<br>3. Monitor status hemodinamik<br>4. Monitor intake dan output cairan<br>5. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, Ht, BJ urin)<br>Terapeutik | 28 Oktober 2024<br>1. Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien mengatakan kedua tangan dan kakinya bengkak<br>2. Pasien mengatakan warna urin kuning<br>3. Pasien mengatakan BAK 1000 ml/hari<br>4. Pasien mengatakan minum 2000 ml/24 jam |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | sudah diagnosa CKD karna akan membebani keluarga untuk membantu pasien selama melakukan perawatan dll, dan lagi<br>2. RKD<br>Pasien mengatakan memiliki riwayat HT sejak 6 bulan yang lalu dan rutin minum obat amlo 1x5 mg<br><br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien bernafas secara spontan. CRT ≤2 detik. Konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD. 130/90 MmHg, Nadi. 84 x/menit, RR. 18 x/menit, S 36.5ºC. TB 160 cm BB 60 kg. IMT = 23,43 kg/$m^2$ (Kategori BB lebih). BBI = 59,4 kg. Kebutuhan kalori 1603,8kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (N) 60 gr protein #pisang sebanyak 3x sehari. Asites (+).Shifting dullness (+) Fluid wave (+). Pitting oedema +3. Pasien minum 2000 ml. urin 1000 ml. IWL 680. BC +320<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (26 Okt 24)<br>Hb 9.8 g/dl<br>GFR 18.18ml/mnt<br>Ureum 78<br>Kreatinin 3.3 mg/dl<br>3. Obat-obatan<br>CPG 1x75 mg<br>Amlo 1x5 mg<br>Lasix 3x2 amp<br>Bicnat 3x1 mg<br>Cetirizine 1x10<br>Salep racikan 2x1 | | 6. Batasi asupan cairan dan garam<br>7. Tinggikan kepala 30-40º<br>Edukasi<br>8. Ajarkan cara membatasi cairan<br>9. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin<br>Kolaborasi<br>10. Kolaborasi pemberian diuretic<br><br>Perawatan integritas kulit (I.11353)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit<br>Terapeutik :<br>2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring<br>3. Gunakan produk berbahan minyak untuk kuit kering<br>Edukasi<br>4. Anjurkan menggunakan pelembab<br>5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem<br>6. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya<br><br>Promosi harapan (I.09307)<br>Observasi<br>1. Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup<br>Terapeutik<br>2. Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting<br>3. Pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan<br>4. Libatkan pasien secara aktif dalam perawatan<br>5. Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks<br>6. Ciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual<br>Edukasi<br>7. Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistis<br>8. Latih menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan | 5. Pasien mengatakan BC harus sama antara intake dan output<br>6. Pasien mengetahui jika minum nya di batasi sebanyak 600 ml/24 jam agar tubuhnya tidak bengkak<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. TD. 130/90 MmHg, Nadi. 84 x/menit, RR. 18 x/menit, S 36.5ºC<br>3. Edema + 3<br>4. BC +320<br>5. Hasil pemeriksaan lab :<br>Kreatini 3,3 mg/dL<br>A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>2. Gangguan integritas kulit<br>S :<br>1. Pasien mengatakan sudah mandi dan memakai salep<br>2. Pasien mengatakan kulitnya masih gatal-gatal<br>3. Pasien mengatakan kulitnya kering dan mengelupas<br>4. Pasien mengatakan akan mencoba memakai minyak zaitun agar kulitnya lembab<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Terlihat kulit yang mengelupas di sekitar tempat tidur pasien<br>A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6)<br><br>3. Ketidakberdayaan<br>S :<br>1. Pasien mengatakan akan berusaha mengikuti semua anjuran dokter<br>2. Pasien mengatakan akan terus mendekatkan diri kepada Tuhan agar selalu diberikan kesehatan<br>3. Pasien mengatakan akan membatasi asupan cairan agar tidak edema di badannya<br>4. Pasien mengatakan berusaha menerima kondisi kesehatannya saat ini dengan iklhas dan sabar |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 5. Pasien mengatakan akan mengingat hal-hal baik yang terjadi didalam hidupnya<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien kooperatif<br>A : Masalah ketidakberdayaan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,67,8)<br><br>29 Oktober 2024<br>1. Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien mengatakan kedua tangan dan kakinya bengkak<br>2. Pasien mengatakan warna urin kuning<br>3. Pasien mengatakan BAK 1000 ml/hari<br>4. Pasien mengatakan minum 2000 ml/24 jam<br>5. Pasien mengatakan BC harus sama antara intake dan output<br>6. Pasien mengetahui jika minum nya di batasi sebanyak 600 ml/24 jam agar tubuhnya tidak bengkak<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. TTV :<br>TD. 130/90 MmHg, Nadi. 84 x/menit, RR. 18 x/menit, S 36.5ºC<br>3. Edema + 3<br>4. BC +320<br>5. Hasil pemeriksaan lab :<br>Kreatini 3,3 mg/dL<br>A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>2. Gangguan integritas kulit<br>S :<br>1. Pasien mengatakan sudah mandi dan memakai salep dan minyak zaitun<br>2. Pasien mengatakan kulitnya masih gatal-gatal<br>3. Pasien mengatakan kulitnya kering dan mengelupas<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Terlihat kulit yang mengelupas di sekitar tempat tidur pasien |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6)<br><br>3. Ketidakberdayaan<br>S :<br>1. Pasien mengatakan akan berusaha mengikuti semua anjuran dokter<br>2. Pasien mengatakan akan terus mendekatkan diri kepada Tuhan agar selalu diberikan kesehatan<br>3. Pasien mengatakan akan membatasi asupan cairan agar tidak edema di badannya<br>4. Pasien mengatakan berusaha menerima kondisi kesehatannya saat ini dengan iklhas dan sabar<br>5. Pasien mengatakan akan mengingat hal-hal baik yang terjadi didalam hidupnya<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien kooperatif<br>A : Masalah ketidakberdayaan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,67,8)<br><br>30 Oktober 2024<br>1. Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien mengatakan kedua tangan dan kakinya bengkak<br>2. Pasien mengatakan warna urin kuning<br>3. Pasien mengatakan BAK 1000 ml/hari<br>4. Pasien mengatakan minum 2000 ml/24 jam<br>5. Pasien mengatakan BC harus sama antara intake dan output<br>6. Pasien mengetahui jika minum nya di batasi sebanyak 600 ml/24 jam agar tubuhnya tidak bengkak<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. TTV :<br>TD. 130/90 MmHg, Nadi. 84 x/menit, RR. 18 x/menit, S 36.5ºC<br>3. Edema + 3<br>4. BC +320 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 5. Hasil pemeriksaan lab :<br>Kreatini 3,3 mg/dL<br>A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>2. Gangguan integritas kulit<br>S :<br>1. Pasien mengatakan sudah mandi dan memakai salep+minyak zaitun<br>2. Pasien mengatakan gatal-gatal berkurang<br>3. Pasien mengatakan kulitnya kering dan mengelupas<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Terlihat kulit yang mengelupas di sekitar tempat tidur pasien<br>A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6)<br><br>3. Ketidakberdayaan<br>S :<br>1. Pasien mengatakan akan berusaha mengikuti semua anjuran dokter<br>2. Pasien mengatakan akan terus mendekatkan diri kepada Tuhan agar selalu diberikan kesehatan<br>3. Pasien mengatakan akan membatasi asupan cairan agar tidak edema di badannya<br>4. Pasien mengatakan berusaha menerima kondisi kesehatannya saat ini dengan iklhas dan sabar<br>5. Pasien mengatakan akan mengingat hal-hal baik yang terjadi didalam hidupnya<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien kooperatif<br>A : Masalah ketidakberdayaan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,67,8)<br><br>31 Oktober 2024<br>1. Hypervolemia<br>S : |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1. Pasien mengatakan kedua tangan dan kakinya bengkak<br>2. Pasien mengatakan warna urin kuning<br>3. Pasien mengatakan BAK 1000 ml/hari<br>4. Pasien mengatakan minum 2000 ml/24 jam<br>5. Pasien mengatakan BC harus sama antara intake dan output<br>6. Pasien mengetahui jika minum nya di batasi sebanyak 600 ml/24 jam agar tubuhnya tidak bengkak<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. TTV :<br>TD. 130/90 MmHg, Nadi. 84 x/menit, RR. 18 x/menit, S 36.5ºC<br>3. Edema + 3<br>4. BC +320<br>5. Hasil pemeriksaan lab :<br>Kreatini 3,3 mg/dL<br>A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>2. Gangguan integritas kulit<br>S :<br>1. Pasien mengatakan sudah mandi dan memakai salep+minyak zaitun<br>2. Pasien mengatakan kulitnya masih gatal-gatal<br>3. Pasien mengatakan kulitnya kering dan mengelupas<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Terlihat kulit yang mengelupas di sekitar tempat tidur pasien<br>A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6)<br><br>3. Ketidakberdayaan<br>S :<br>1. Pasien mengatakan akan berusaha mengikuti semua anjuran dokter<br>2. Pasien mengatakan akan terus mendekatkan diri kepada Tuhan agar selalu diberikan kesehatan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 3. Pasien mengatakan akan membatasi asupan cairan agar tidak edema di badannya<br>4. Pasien mengatakan berusaha menerima kondisi kesehatannya saat ini dengan iklhas dan sabar<br>5. Pasien mengatakan akan mengingat hal-hal baik yang terjadi didalam hidupnya<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien kooperatif<br>A : Masalah ketidakberdayaan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,67,8) |
| 4 | Ny.N<br>62 Tahun<br>Perempuan<br>SMA<br>CKD on HD | Subjektif<br>Objektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 02 November 2024 dengan keluhan batuk berdahak, sesak nafas, dan bengkak di seluruh tubuh. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 November 2024 jam 10.30 WIB pasien mengatakan memerlukan bantuan keluarga dalam memenuhi semua aktivitas sehari-hari karna ada luka lecet di bokong pasien sehingga pasien hanya menghabiskan waktu dengan cara berbaring diatas tempat tidur, pasien mengatakan nyeri pada area bokong. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data nyeri dirasakan saat beraktivitas dan istirahat seperti tertusuk jarum di area bokong skala nyeri pasien 3 dirasakan hilang timbul dengan durasi ±5 menit<br><br>2. RKD<br>Pasien mengatakan mengetahui terdiagnosa CKD pada bulan September 2023 ± 1 tahun 2 bulan hingga saat ini dan melakukan HD setiap hari Selasa dan Jumat dengan akses cimino di lengan kiri. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat HT dan DM.<br><br>Objektif<br>1. Data fisik<br>CRT ≤2 detik. Konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 130/90 mmHg, N 78x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC. TB 150 cm BB 55 kg. IMT = 24,4 kg/$m^2$ (Kategori BB risiko=23,0-24,9). | 1. Nyeri akut<br>2. Gangguan mobilitas fisik | **Manajemen nyeri (I.08238)**<br>**Manajemen Nyeri (I..08238)**<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>**Dukungan mobilisasi (I.05173)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya<br>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan<br>3. Monitor TTV sebelum dan sesudah melakukan pergerakan<br>4. Monitor K/U selama melakukan pergerakan | **06 November 2024**<br>Nyeri akut<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang<br>2. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Saat istirahat dan beraktivitas<br>Q : Tertusuk jarum<br>R : Area bokong<br>S : Skala nyeri 3<br>T : Hilang timbul ±3 menit<br>3. Keluarga pasien mengatakan akan melakukan teknik massage effleurage seperti yang telah di ajarkan oleh perawat untuk mengatasi rasa nyeri yang di rasakan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi dengan arahan perawat<br>3. TTV pasien<br>TD 130/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7,8)<br><br>Gangguan mobilitas fisik<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri di area bokong<br>2. Pasien mengatakan terbatas dalam melakukan pergerakan<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan mika/miki<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien terlihat meringis |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | BBI 49.5 kg. kebutuhan kalori 1.361,25 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (TM) 60 gr ↓protein #pisang sebanyak 3x/i.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (02 November 2024)<br>Ureum 65 mg/dl<br>Kreatinin 2.7 mg/dl<br>Na 126 mmol/l<br>K 3.1 mmol/L<br>Cl 85 mmol/L<br>GFR 18.75 ml/mnt<br>• Lab (05 November 2024)<br>Ureum 65 mg/dl<br>Kreatinin 2.7 mg/dl<br>Na 132 mmol/L<br>K 2.8 mmol/L<br>Cl 96 mmol/L<br>• Lab (06 November 2024)<br>Hb 8.2 g/dl<br>Albumin 1.9 g/dl<br>Leukosit 8.87 $10^3$/microliter<br>Ht 23.9 %<br>Eritrosit 3.02 $10^3$/microliter<br>• Thorax (02 November 2024)<br>Infiltrat di kedua lapang paru DD pneumonia.<br>Jantung ukuran tidak membesar<br>• Thorax (06 November 2024)<br>Jantung ukuran tidak membesar<br>Tidak tampak infiltrat di kedua lapang paru<br>3. Obat-obatan<br>Albumin caps 3x2 mg<br>Nevodio 1x10 mg<br>Spironolactone 1x25 mg<br>Furosemid 1x40 mg<br>KSR 3x500 mg<br>Dexa 3x2 mg | | Terapeutik<br>5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan<br>Edukasi<br>6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini<br>7. Ajarkan melakukan mobilisasi sederhana | 3. TD 130/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>4. Pasien mampu mika/miki dengan bantuan keluarga<br>A : Masalah hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>**07 November 2024**<br>Nyeri akut<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang<br>2. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Saat istirahat dan beraktivitas<br>Q : Tertusuk jarum<br>R : Area bokong<br>S : Skala nyeri 2<br>T : Hilang timbul ±3 menit<br>3. Keluarga pasien mengatakan akan melakukan teknik massage effleurage seperti yang telah di ajarkan oleh perawat untuk mengatasi rasa nyeri yang di rasakan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi dengan arahan perawat<br>3. TTV pasien<br>TD 120/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7,8)<br><br>Hambatan mobilitas fisik<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri di area bokong<br>2. Pasien mengatakan terbatas dalam melakukan pergerakan<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan mika/miki<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien terlihat meringis<br>3. TD 120/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>4. Pasien mampu mika/miki dengan bantuan keluarga<br>A : Masalah hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7) |
| 5. | Ny.V<br>38 Tahun<br>Perempuan<br>S1<br>Swasta<br>CKD on HD+efusi pleura bilateral | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 04 November 2024 dengan keluhan bengkak di seluruh tubuh, batuk kering dan sesak nafas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 07 November 2024 jam 10.30 WIB pasien mengatakan sudah mengetahui tentang pembatasan cairan namun terkadang tidak patuh dalam melakukan manajemen cairan karna merasa haus berlebihan dan tidak bisa menahannya padahal pasien telah mengetahui akibat dari kelebihan cairan seperti bengkak di tubuh serta sesak nafas, pasien saat ini single mom yang harus mengurus 2 orang anak dan tidak mudah bagi dirinya untuk menerima dan menjalani semua ini sendiri yang pasien pikir dan khawatirkan kelak adalah bagaimana anak-anaknya jika pasien suatu saat drop karna anak pertama baru masuk SMA dan yang kedua kelas 3 SD.<br><br>2. RKD<br>Pasien mengatakan melakukan cuci darah sejak bulan Juni 2024 hingga saat ini seminggu 2 kali pada hari Selasa dan Jumat dengan akses CDL di jugularis dextra. Akses cimino sejak 31 Oktober 2024 di tangan kiri namun tidak berdesir. Riwayat HT tidak terkontrol sejak 10 tahun yang lalu.<br><br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Nafas cuping hidung (-). CRT ≤2 detik. Konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 130/90 mmHg, N 89x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC. TB 153 cm BB 53 kg. IMT = 22,6 kg/$m^2$ (Kategori BB normal=18,5-22,9). Kebutuhan kalori 1371,38 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (N) 60 gr ↓protein #pisang sebanyak 3x/i<br><br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (05 November 2024)<br>Hb 8.5 g/dl<br>Leukosit 19.21 $10^3$/microliter<br>Ht 24.3 %<br>Eritrosit 2.88 $10^3$/microliter | 1. Manajemen kesehatan tidak efektif<br>2. Kesiapan peningkatan konsep diri | Edukasi kesehatan (I.12383)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi<br>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi<br>Terapeutik :<br>3. Sediakan materi dan media penkes (Manajemen cairan pada pasien HD)<br>4. Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan<br>5. Berikan kesempatan pasien untuk bertanya<br>Edukasi :<br>6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan<br><br>Promosi koping (I.09312)<br>Observasi<br>1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan<br>2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki<br>3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan<br>4. Identifikasi pemahaman proses penyakit<br>5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan<br>6. Identifikasi metode penyelesaian masalah<br>Terapeutik<br>7. Diskusikan perubahan peran yang dialami<br>8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan<br>9. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri<br>10. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis<br>Edukasi<br>11. Anjurkan penggunaan sumber spiritual (zikir, berdoa, sholat)<br>**12.** Latih penggunaan teknik relaksasi (rileksasi benson) | **07 November 2024**<br>**Manajemen kesehatan tidak efektif**<br>S :<br>1. Pasien mengatakan akan berusaha melakukan manajemen cairan sesuai kebutuhannya<br>2. Pasien mengatakan sudah mengetahui akibat dari kelebihan cairan seperti bengkak di area tubuh, sesak nafas, dll<br>3. Pasien mengatakan telah mengetahui bagaimana cara menghitung kebutuhan cairan pada pasien CKD (500+jumlah urine/24 jam)<br><br>O :<br>Pasien kooperatif<br><br>A : Masalah manajemen kesehatan tidak efektif teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6)<br><br>**Kesiapan peningkatan konsep diri**<br>S :<br>1. Pasien mengatakan akan terus berusaha agar diberi kesehatan agar selalu tetap bersama anak-aanknya<br>2. Pasien akan terus menjalankan kewajiban sebagai umat muslim meski sedang sakit (Sholat dengan cara berbaring, berdoa dan zikir)<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi benson sesuai arahan perawat<br>O :<br>Pasien mampu melakukan teknik relaksasi benson dengan bimbingan perawat<br>A : Masalah kesiapan peningkatan konsep diri teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SGOT 14 U/l<br>SGPT 9 U/l<br>Ureum 40 mg/dl<br>Kreatinin 4.7 mg/dl<br>Na 142 mmol/L<br>K 2.8 mmol/L<br>Cl 100 mmol/L<br>GFR 13.57 ml/mt<br>• Thorax (04 November 2024)<br>Kardiomegali<br>Infiltrate di kedua paru. dd/ bendungan paru<br>Efusi pleura bilateral<br>3. Obat-obatan<br>Cande 1x16 mg<br>Bicnat 3x500 mg<br>CaCO3 3x500mg<br>NaC 3x400<br>Clonidine 3x0.15 mg<br>Carvedilol 2x12,5<br>Amlo 1x10 mg<br>Furosemide 2x40<br>Epodion 3000 ui post HD | | | |
| 6. | Ny.W<br>47 tahun<br>Perempuan<br>SMA<br>IRT<br>CKD on HD | Subjektif :<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 03 November 2024 dengan keluhan badan terasa lemas disertai pusing, kedua kaki bengkak. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 05 November 2024 jam 10.30 pasien mengatakan BAB cair ≥9 kali dalam sehari, nyeri di ulu hati saat beraktivitas dan istirahat seperti tertusuk jarum skala nyeri yang dirasakan 7 hilang timbul dengan durasi ±5 menit<br><br>2. RKD<br>Pasien mengatakan melakukan cuci darah sejak bulan Maret 2024 hingga saat ini (±8 bulan) seminggu 2 kali pada hari Rabu dan Sabtu dengan akses CDL di jugularis sinistra. Riwayat operasi batu ginjal pada tanggal 24 September 2024, riwayat DJ stent 13 tahun yang lalu.<br><br>Objektif<br>1. Data fisik<br>(-). CRT ≥2 detik. Konjungtiva anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 100/90 mmHg, N 72x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC. TB 150 cm BB 46 kg. IMT | 1. Nyeri akut<br>2. Hypovolemia<br>3. Perfusi perifer tidak efektif | Manajemen Nyeri (I..08238)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>Manajemen hipovolemai (I.03116) | **05 November 2024**<br>Nyeri akut<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang<br>2. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Saat istirahat dan beraktivitas<br>Q : Tertusuk jarum<br>R : Ulu hati<br>S : Skala nyeri 6<br>T : Hilang timbul ±5 menit<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi seperti yang telah di ajarkan oleh perawat untuk mengatasi rasa nyeri yang di rasakan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi dengan arahan perawat<br>3. TTV pasien<br>TD 100/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7,8)<br><br>Hypovolemia |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | = 20,4 kg/$m^2$ (Kategori BB normal=18,5-22,9). BBI 45 kg. kebutuhan kalori 169,87 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (TM) / (N) 60 gr ↓protein #pisang sebanyak 3x/i. minum 600 ml. urin 400 ml. IWL 460 ml. diare 450. BC -710.<br><br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab 02 November 2024<br>Hb 7.1 g/dl<br>Ht 20.1%<br>Eritrosit 2.48 $10^3$/microliter<br>GFR 15.30 ml/mnt<br>Ureum 67 mg/dl<br>Kreatinin 3.3 mg/dl<br><br>3. Obat-obatan<br>Asam folat 3x1<br>Bicnat 3x1<br>CaCO3 3x1<br>New diatab 3x2 | | Observasi<br>1. Periksa tanda dan gejala hypovolemia (TTV, tugor kulit, membrane mukosa, lemas)<br>2. Monitor intake dan cairan<br>Terapeutik<br>3. Hitung kebutuhan cairan<br>Edukasi<br>4. Anjurkan mengkonsumsi intake yang cukup<br>Kolaborasi :<br>5. Kolaborasi pemberian obat<br><br>Perawatan sirkulasi (I.02079)<br>Observasi<br>1. Periksa sirkulasi perifer (nadai, edema, CRT, warna, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, HT)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas<br>Terapeutik<br>4. Hindari pengukuran TD pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi<br>Edukasi<br>5. Anjurkan minum obat pengontrol TD tinggi secara teratur<br>**6.** Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilang rasa) | S :<br>1. Pasien mengatakan badan sedikit lemas<br>2. Pasien mengatakan BAB masih cair ≥9 kali dalam sehari<br>3. Pasien mengatakan akan minum sesuai dengan kebutuhannya<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien terlihat lemas<br>3. Membrane mukosa bibir kering<br>4. Tugor kulit menurun<br>5. BC -710<br>6. Keb. Cairan pasien 900cc/24 jam<br>A : Masalah hypovolemia teratasi sebagian<br>P : Interevnsi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5)<br><br>Perfusi perifer tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan badan terasa sedikit lemas<br>2. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat HT dan DM<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien terlihat lemas<br>3. CRT ≥3 detik<br>4. Nadi teraba lemah<br>5. Pasien terlihat pucat<br>6. TD 100/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>A : Masalah perfusi perifer teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,3,4,5,6)<br><br>06 November 2024<br>Nyeri akut<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang<br>2. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Saat istirahat dan beraktivitas<br>Q : Tertusuk jarum<br>R : Ulu hati<br>S : Skala nyeri 5<br>T : Hilang timbul ±3 menit<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi seperti yang telah di ajarkan oleh perawat untuk mengatasi rasa nyeri yang di rasakan<br>O : |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1. K/U sedang<br>2. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi dengan arahan perawat<br>3. TTV pasien<br>TD 92/90 mmHg, N 74x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7,8)<br><br>Hypovolemia<br>S :<br>1. Pasien mengatakan badan sedikit lemas<br>2. Pasien mengatakan BAB masih cair ≥6 kali dalam sehari<br>3. Pasien mengatakan akan minum sesuai dengan kebutuhannya<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien terlihat lemas<br>3. Membrane mukosa bibir kering<br>4. Tugor kulit menurun<br>5. BC -310<br>6. Keb. Cairan pasien 900cc/24 jam<br>A : Masalah hypovolemia teratasi sebagian<br>P : Interevnsi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5)<br><br>Perfusi perifer tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan badan terasa sedikit lemas<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien terlihat lemas<br>3. CRT ≥3 detik<br>4. Nadi teraba lemah<br>5. Pasien terlihat pucat<br>6. TD 92/90 mmHg, N 74x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>A : Masalah perfusi perifer teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,3,4,5,6) |
| 7 | Tn.B<br>68 Tahun<br>Laki-laki<br>SMP<br>Wiraswasta<br>CKD + anemia | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 11 November 2024 dengan keluhan lemah dan letih sejak 1 minggu SMRS. Tn.B memiliki riwayat merokok namun sudah berhenti sejak 10 tahun yang lalu. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 November 2024 jam 15.30 WIB pasien | 1. Gangguan pertukaran gas<br>2. Risiko defisit nutrisi<br>3. Risiko perfusi renal tidak efektif | Pemantauan Respirasi (I.01014)<br>Observasi :<br>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas<br>2. Monitor pola nafas<br>3. Palpasi kesimetrisan paru<br>4. Auskultasi bunyi nafas<br>5. Monitor SpO2 | **13 November 2024**<br>Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>Pasien mengatakan sesak nafas jika beraktivitas berat<br>O :<br>1. Pasien terlihat sedang istirahat di atas tempat tidur dengan posisi semifowler |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | mengeluh pusing, letih dan lemah. Pasien mengatakan kurang nafsu makan. Pasien mengatakan sering BAK namun sedikit urin yang keluar. TTV : TD130/70 mmHg, N= 68 x/i, RR = 19 x/i, Suhu 36.7ºC.<br><br>2. RKD<br>Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit HT tidak terkontrol sejak ±15 tahun yang lalu dan memiliki riwayat asam urat sejak ±10 tahun yll.<br><br>Objektif<br>1. Data fisik<br>CRT ≥2 detik. Konjungtiva anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD130/70 mmHg, N= 68 x/i, RR = 19 x/i, Suhu 36.7ºC. TB 168 cm BB 55 kg. IMT = 19,50 kg/$m^2$ (Kategori BB normal=18,5-22,9). BBI = 68,9 kg. Kebutuhan kalori 2273,7 kkal/hari. Pasien mendapat Diit RP II/ DH II/ R. Purin sebanyak 3x/i. minum 650 ml. IVFD 1000 ml. urin 600 ml. IWL 550 ml. BC +500 ml.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (11 November 2024)<br>Hb 8.0 g/dl<br>Ht 22%<br>Eritrosit 3.8 $10^3$/microliter<br>pH 7.47<br>$HCO3^-$ 19.6 mmol/L<br>pO2 141.2<br>pCO2 26.7<br>Interpretasi AGD Alkalosis respiratorik terkompensasi sebagian<br>Albumin 3.4 g/dl<br>Globulin 2.7 g/dl<br>Ureum 77 mg/dl<br>Kreatinin 1.7 mg/dl<br>GFR 32 ml/mnt<br>Na 131 mmol/L<br>K 5.1 mmol/L<br>Cl 99 mmol/L<br>• EKG (11 Desember 2024)<br>SR<br>• Thorax (11 November 2024)<br>Tidak tampak kelainan<br>3. Obat-obatan<br>NaCl 1000 ml/24 jam | | Terapeutik<br>6. Dokumentasi hasil pemantauan<br>Edukasi<br>7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan<br><br>Manajemen Nutrisi (I.03119)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi status nutrisi<br>2. Identifikasi alergi makanan<br>3. Identifikasi makanan yang disukai<br>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient<br>5. Monitor asupan makanan<br>6. Monitor BB<br>Terapeutik :<br>7. Sajikan makanan selagi hangat<br>Edukasi :<br>8. Anjurkan makan sedikit tapi sering<br>Kolaborasi :<br>9. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan<br><br>Manajemen cairan (I.03098) :<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi<br>2. Monitor BB harian<br>3. Monitor BB sebelum dan sesudah HD<br>4. Monitor hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN)<br>5. Monitor status dinamik<br>Terapeutik<br>6. Catat intake dan output<br>7. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>Kolaborasi<br>8. Kolaborasi pemberian diuretik | 2. RR 19x/i<br>3. Bunyi nafas vesikuler pada kedua lapang paru<br><br>A : Masalah gangguan pertukaran gas teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br><br>Risiko defisit nutrisi<br>S :<br>1. Pasien mengatakan kurang nafsu makan<br>2. Pasien mengatakan hanya makan 3-4 sdm dari porsi yang disediakan RS<br>3. Pasien mengatakan akan makan sedikit tapi sering<br>4. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan<br>O :<br>1. BB 55 Kg<br>2. Pasien hanya menghabiskan makan siang sebanyak 3-4 sdm dari porsi yang disediakan<br>A : Masalah risiko defisit nutrisi teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,5,6,7,8,9)<br><br>Risiko perfusi renal tidak efektif<br>S :<br>Pasien mengatakan melakukan cuci darah setiap hari Rabu dan Sabtu<br>O :<br>1. BB kering 55 Kg<br>2. Kebutuhan cairan pasien 800cc/24 jam<br>3. BC +500<br>A : Masalah risiko perfusi renal tidak efektif teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>14 November 2024<br>Risiko defisit nutrisi<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nafsu makan meningkat<br>2. Pasien mengatakan menghabsikan makanan 1/2 dari porsi yang disediakan RS<br>3. Pasien mengatakan akan makan sedikit tapi sering<br>O :<br>1. BB 55 Kg<br>2. Pasien hanya menghabiskan makan siang sebanyak 1/2 dari porsi yang disediakan<br>A : Masalah risiko defisit nutrisi teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-7) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Cande 1x8 mg<br>Asam folat 1x5 gr<br>Bicnat 3x500 gr | | | Risiko perfusi renal tidak efektif<br>S :<br>Pasien mengatakan melakukan cuci darah setiap hari Rabu dan Sabtu<br>O :<br>1. BB kering 55 Kg<br>2. Kebutuhan cairan pasien 800cc/24 jam<br>3. BC +150<br>A : Masalah risiko perfusi renal tidak efektif teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8) |
| 8. | Ny.Q<br>45 Tahun<br>Perempuan<br>S1<br>IRT<br>CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD pada tanggal 19 Oktober 2024 jam 10.20 WIB dengan keluhan badan terasa lemas, bengkak di seluruh tubuh, mual setiap mau makan. Pertama kali terdiagnosa CKD keluhan seperti kedua tangan perlahan bengkak, badan terasa lemas mulai muncul pada bulan Febuari namun tidak di anggap serius oleh pasien, pasien mengatakan jika sebelum di diagnosa CKD jarang minum air mineral karna lebih sering minum-minuman kemasan seperti teh botol, kopi saset dan teh. Pasien juga mengatakan kurang olahraga karena kesibukannya bekerja yang lebih banyak menghabiskan waktu duduk lama di kantor karna sebelumnya pasien bekerja sebagai karyawan swasta. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 22 Oktober 2024 jam 08.30 WIB pasien mengatakan kurang nafsu makan karna mual ketika mencium aroma makanan, pasien hanya menghabiskan ¾ dari porsi makanan yang disediakan. Pasien mengatakan BAK sedikit dengan warna urine kuning pekat.<br>2. RKD<br>Pasien mengatakan awal pertama kali mengetahui jika di diagnosa CKD pada bulan April 2024. Pasien memiliki riwayat HT dan DM sejak tahun 2020 dan rutin minum obat amlo 1x10 mg dan metformin 2x500 mg.<br>Objektif<br>1. Data fisik | Nausea | Manajemen mual (I.03117)<br>Observasi<br>1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misal : nafsu makan, aktivitas)<br>2. Identifikasi penyebab mual (misal : pengobatan)<br>3. Monitor mual (frek, durasi, tingkat keparahan)<br>4. Monitor asupan nutrisi dan kalori<br>Terapeutik<br>5. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (misal : bau tidak sedap)<br>6. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik<br>Edukasi<br>7. Anjurkan tidur dan istirahat yang cukup<br>8. Anjurkan sering membersihkan mulut<br>9. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (aromaterapi papermint/minyak kayu putih)<br>Kolaborasi :<br>10. Kolaborasi pemberian obat | **22 Oktober 2024**<br>Nausea<br>S :<br>1. Pasien mengatakan mual berkurang<br>2. Pasien mengatakan nafsu makan meningkat<br>3. Pasien mengatakan menghabiskan makanan sebanyak ¾ dari porsi yang disediakan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Mukosa bibir lembab<br>3. Pasien terlihat hanya menyisakan 2-3 sdm di tempat makanannya<br>4. TTV pasien :<br>TD 130/90 mmHg, N 76x/i, S 36,5ºC, RR 19x/i<br>A : Masalah nausea teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | CRT ≤2 detik. Konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 120/90 mmHg, N 87x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC. TB 150 cm BB 58 kg. IMT = 25,7 kg/$m^2$ (Kategori Obes 1) 25,0-29,9. BBI = 49,5 kg<br>Kebutuhan kalori 1.423,0 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (N) 60 gr protein #pisang sebanyak 3x sehari. Minum 700 ml. Urin 200 ml. IWL 580 ml. BC -80 ml.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (22 Oktober 2024)<br>Hb 11.4 g/dl<br>Leukosit 9.22 $10^3$/microliter<br>Ht 34%<br>Eritrosit 3.79 $10^3$/microliter<br>Kreatinin 5.1 mg/dl<br>GFR 14.8 ml/mnt<br>GDS 142 mg/dl<br>3. Obat-obatan<br>KSR 3x1 | | | |
| 9. | Ny.Z<br>68 Tahun<br>Perempuan<br>SD<br>Wiraswasta<br>Ca Buli residif T1N0M0 | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 30 Desember 2024 jam 10.06 WIB ke RS melalui poli bedah urologi untuk melakukan rencana operasi TURBT pada tanggal 31 Desember 2024 jam 09.00 WIB. 3 bulan SMRS pasien mengatakan badan sering terasa pusing, badan terasa lemas, sering BAK. 1 minggu SMRS pasien sering BAK berdarah. Pasien sering mengkonsumsi teh manis sehari 1-2 kali. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 31 Desember 2024 jam 07.05 WIB pasien mengatakan cemas dan takut karna akan dilakukan operasi, pasien mengatakan ingin sembuh. Dari hasil observasi pasien terlihat pucat, pasien kelihatan gelisah, TD 138/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC.<br>2. RKD<br>Pada 7 tahun yang lalu pasien pernah melakukan operasi untuk pengangkatan kanker kandung kemih dan di anjurkan untuk melakukan kemoterapi namun pasien menolak karna takut<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>CRT ≤2 detik. Konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 138/90 mmHg N 87x/i | Pre op<br>1. Gangguan eliminasi urin<br>2. Ansietas<br>Post op<br>1. Nyeri akut<br>2. Risiko perdarahan | Manajemen eliminasi urin (I.04152)<br>Observasi<br>1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin<br>2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin<br>3. Monitor eliminasi urin (frek, aroma, volume, dan warna )<br>Terapeutik<br>4. Catat haluaran urin<br>Edukasi<br>5. Ajarkan cara mengukur asupan cairan dan haluaran urin<br>6. Ajarkan terapi modilitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan<br>Kolaborasi<br>7. Kolaborasi pemberiam obat<br>Reduksi ansietas (I.09314)<br>Observasi<br>1. Monitor tanda-tanda ansietas<br>Terapeutik<br>2. Pahami situasi yang membuat ansietas<br>3. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang<br>Edukasi<br>4. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami | **31 Desember 2024**<br>Gangguan eliminasi urin<br>S :<br>1. Pasien mengatakan sering BAK ≥7x dengan jumlah 700 cc<br>2. Pasien mengatakan BAK bewarna kuning kadang berdarah<br>3. Pasien mengatakan memiliki riwayat kanker kandung kemih<br>O :<br>1. Pasien mampu melakukan pengukuran intake dan output untuk mengehatui status cairan pasien<br>2. Intake 1250<br>Output 1180<br>BC +70ml<br>A : Masalah gangguan eliminasi urin teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Ansietas<br>1. Pasien mengatakan sedikit cemas karna akan melakukan op<br>2. Pasien mengatakan akan tetap rileks dengan keadaan saat ini<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat untuk mengatasi cemas |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | RR 20x/i S 36,5ºC. TB 152 cm BB 48 kg. IMT = 20,77 kg/m$^2$ (Kategori BB normal=18,5-22,9). BBI = 46,8 kg. Kebutuhan kalori 1234 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet MB sebanyak 3x/i. minum 1250 ml. urin 700 ml. IWL 480 ml. BC +70<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (13 Desember 2024)<br>Hb 11.9 g/dl<br>Leukosit 1023 10$^3$/microliter<br>Ht 35 %<br>Eritrosit 4.3 10$^3$/microliter<br>SGOT 25 U/l<br>SGPT 18 U/l<br>Ureum 30 mg/dl<br>Kreatinin 0.78 mg/dl<br>GFR 78.36 ml/mnt<br>GDS 94 mg/dl<br>• Thorax (16 Desember 2024)<br>• Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan paru<br>• Tidak tampak tanda-tanda metastasis intrapulmonal saat ini<br>• CT Scan abdomen (11 November 2024)<br>• Penebalan dinding ireguler menyangkut pasca pemberian kontras disertai lesi hiperdensitas darah, multiple, reguler dengan ukuran terbesar +/- 1,97 x 1,34 cm di intralumen vesika urinaria >>> ca buli dengan komponen blood clot di dalamnya<br>• Atelectasis subsegmental pada segmen 8 paru kiri<br>• Emfisema paraseptal pada basal paru kanan<br>• Fibrosis pada segmen 10 paru kanan<br>• Lesi hiperdens bulat diameter sekitar +/- 0,35 cm di segmen 9 paru kiri DD tuberculoma, nodul berkalsifikasi<br>• Kista simpel ginjal bilateral (Bosniak I)<br>• Aterosklerosis aorta abdominalis dan arteri iliaka komunis kanan<br>• Spondylosis lumbalis<br>3. Obat-obatan<br>Cefoperazone 2x1 gr | | 5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan<br>6. Latih teknik relaksasi<br><br>Manajemen Nyeri (I..08238)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>Pencegahan perdarahan (D.02067)<br>Observasi :<br>1. Monitor tanda dan gejala perdarahan<br>2. Monitor nilai Ht atau Hb<br>Terapeutik<br>3. Pertahankan bed rest<br>Edukasi<br>4. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan<br>5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan<br>Kolaborasi<br>**6.** Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan | O :<br>1. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan arahan perawat<br>2. Pasien terlihat lebih rileks<br>A : Masalah ansietas teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br><br>Nyeri akut<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian suprapubic<br>2. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyut-nyutan<br>R : Suprapubic<br>S : Skala nyeri 5 (sedang)<br>T : Hilang timbul ±10 menit<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat meringis<br>2. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat<br>3. Telah diberikan obat pereda nyeri PI PCT 1 gr pada jam 14.00 WIB<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>Risiko perdarahan<br>S :<br>Pasien mengatakan lemas<br>O :<br>1. Pasien sedang istirahat diatas tempat tidur dengan posisi semifowler<br>2. Telah diberikan obat melalui PI pada jam 12.00 WIB<br>Asam tranexamat 500 mg<br>Vit K 10 mg<br>Adona 10 mg<br>A : Masalah risiko perdarahan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-6) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | PCT 3x500 mg<br>OMZ 2x40 mg<br>Asam tranexamat 3x500 mg<br>Vit K 3x10 mg<br>Adona 3x10 mg | | | |
| 10. | Ny.R<br>40 Tahun<br>Perempuan<br>SMA<br>IRT<br>CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 19 November 2024 dengan keluhan sesak jika malam hari. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 20 November 2024 pasien mengatakan sesak terutama di malam hari dan saat berbaring ataupun duduk, kepala terasa pusing, pasien mengatakan lemas saat beraktitifitas. Pasien mengatakan mual dan ada rasa ingin muntah, kurang nafsu makan, mulut terasa asam. Klien mengatakan sudah banyak minum tetapi BAK sedikit.<br><br>2. RKD<br>Pasien mengatakan HD sudah 1 tahun yang lalu serta riwayat anemia. Pasien tidak memiliki riwayat HT dan DM.<br><br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien terpasang alat bantu pernafasan jenis NC 4l/i. Nafas cuping hidung (+). CRT ≤2 detik. Konjungtiva anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 91 mmHg, N 75x/i, RR 26x/i, S 36,1ºC. Ronki pada semua lapang paru. TB 150 cm BB 60 kg. IMT = 26,6 kg/$m^2$ (Kategori BB Obes I =25,0-29,9). BBI = 49,5 kg. Kebutuhan kalori 989,9 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (TM) / (N) 60 gr ↓protein #pisang sebanyak 3x/i.<br><br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (19 November 2024)<br>Hb 7.8 g/dl<br>Ph 7.49 mmHg<br>PCO2 23.1 mmHg<br>PO2 113.4 mmHg<br>HCO3 17.8 mmol/L<br>Interpretasi AGD Alkalosis respiratorik<br>Ureum 67 mg/dl<br>Kreatinin 5.1 mg/dl<br>GDS 177 mg/dl<br><br>3. Obat-obatan | 1. Gangguan pertukaran gas<br>2. Nausea<br>3. Keletihan | Pemantauan Respirasi (I.01014)<br>Observasi :<br>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas<br>2. Monitor pola nafas<br>3. Palpasi kesimetrisan paru<br>4. Auskultasi bunyi nafas<br>5. Monitor SpO2<br>Terapeutik<br>6. Dokumentasi hasil pemantauan<br>Edukasi<br>7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan<br><br>Manajemen mual (I.03117<br>Observasi<br>1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misal : nafsu makan, aktivitas)<br>2. Identifikasi penyebab mual (misal : pengobatan)<br>3. Monitor mual (frek, durasi, tingkat keparahan)<br>4. Monitor asupan nutrisi dan kalori<br>Terapeutik<br>5. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (misal : bau tidak sedap)<br>6. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik<br>Edukasi<br>7. Anjurkan tidur dan istirahat yang cukup<br>8. Anjurkan sering membersihkan mulut<br>9. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual<br>Kolaborasi :<br>10. Kolaborasi pemberian obat<br><br>Manajemen energi (I.05178)<br>Observasi<br>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan<br>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional<br>3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas<br>Terapeutik | **20 November 2024**<br>Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>Pasien mengatakan sesak nafas berkurang<br>O :<br>1. Pasien terlihat sedang istirahat di atas tempat tidur dengan posisi semifowler<br>2. RR 26x/i<br>3. Bunyi nafas ronkhi<br>4. Pasien terpasang alat bantu pernafasan jenis NC 4l/i<br>5. Pernafasan cuping hidung (+)<br>6. SpO2 97%<br>A : Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>Nausea<br>S :<br>1. Pasien mengatakan mual berkurang<br>2. Pasien mengatakan nafsu makan meningkat<br>3. Pasien mengatakan menghabiskan makanan sebanyak ¾ dari porsi yang disediakan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Mukosa bibir lembab<br>3. Pasien terlihat hanya menyisakan 2-3 sdm di tempat makanannya<br>A : Masalah nausea teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>S :<br>1. Pasien mengatakan lemas berkurang<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan pergerakan secara perlahan sesuai kemampuan fisiknya<br>3. Pasien mengatakan tidak mengalami sesak saat melakukan pergerakan<br>4. Pasien mengatakan akan melakukan sholat dengan cara berbaring dan terus berdoa agar diberikan kesembuhan<br>O :<br>1. K/U sedang |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Bicnat 3x1<br>Asam folat 3x1<br>CaCO3 3x1 | | 4. Lakukan latihan rentang gerak aktif<br>5. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan<br>Edukasi<br>6. Anjurkan tirah baring<br>**7.** Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap | 2. Pasien mampu melakukan ROM aktif dengan arahan perawat<br>3. Tonus otot pasien<br>4444 4444<br>4444 4444<br>A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6)<br><br>**21 November 2024**<br>Gangguan perukaran gas<br>S :<br>Pasien mengatakan sesak nafas berkurang<br>O :<br>1. Pasien terlihat sedang istirahat di atas tempat tidur dengan posisi semifowler<br>2. RR 26x/i<br>3. Bunyi nafas ronkhi<br>4. Pasien terpasang alat bantu pernafasan jenis NC 4l/i<br>5. Pernafasan cuping hidung (+)<br>6. SpO2 98%<br>A : Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8)<br><br>Nausea<br>S :<br>1. Pasien mengatakan mual berkurang<br>2. Pasien mengatakan nafsu makan meningkat<br>3. Pasien mengatakan menghabiskan makanan sebanyak ¾ dari porsi yang disediakan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Mukosa bibir lembab<br>3. Pasien terlihat hanya menyisakan 2-3 sdm di tempat makanannya<br>A : Masalah nausea teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>Intoleransi aktivitas<br>S :<br>1. Pasien mengatakan lemas berkurang<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan pergerakan secara perlahan sesuai kemampuan fisiknya |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 3. Pasien mengatakan tidak mengalami sesak saat melakukan pergerakan<br>4. Pasien mengatakan akan melakukan sholat dengan cara berbaring dan terus berdoa agar diberikan kesembuhan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien mampu melakukan ROM aktif dengan arahan perawat<br>3. Tonus otot pasien<br>4444 4444<br>4444 4444<br>A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6) |
| 11 | Ny.V<br>38 tahun<br>Perempuan<br>S1<br>Swasta<br>CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 22 November 2024 dengan keluhan sesak nafas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 25 November 2024 jam 10.30 WIB pasien mengatakan sesak nafas, pasien sudah mengetahui tentang pembatasan cairan namun terkadang tidak patuh dalam melakukan manajemen cairan karna merasa haus berlebihan dan tidak bisa menahannya padahal pasien telah mengetahui akibat dari kelebihan cairan seperti bengkak di tubuh serta sesak nafas, pasien saat ini single mom yang harus mengurus 2 orang anak dan tidak mudah bagi dirinya untuk menerima dan menjalani semua ini sendiri yang pasien pikir dan khawatirkan kelak adalah bagaimana anak-anaknya jika pasien suatu saat drop karna anak pertama baru masuk SMA dan yang kedua kelas 3 SD.<br><br>2. RKD<br>Pasien mengatakan melakukan cuci darah sejak bulan Juni 2024 hingga saat ini seminggu 2 kali pada hari Selasa dan Jumat dengan akses CDL di jugularis dextra. Akses cimino sejak 31 Oktober 2024 di tangan kiri namun tidak berdesir. Riwayat HT tidak terkontrol sejak 10 tahun yang lalu.<br><br>Objektif<br>1. Data fisik | 1. Pola nafas tidak efektif<br>2. Manajemen kesehatan tidak efektif<br>3. Kesiapan peningkatan konsep diri | Pemantauan respirasi (I.01014)<br>Observasi<br>1. Monitor pola nafas<br>2. Monitor frekuensi, irama, kedalaman nafas<br>3. Auskultasi suara nafas<br>4. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru<br>5. Monitor SpO2<br>Terapeutik<br>6. Atur interval pemantauan RR sesuai kondisi pasien<br>7. Dokumentasi hasil pemeriksaan<br>Edukasi<br>8. Jelaskan prosedur dan tindakan pemantauan pernafasan<br>9. Informasikan hasil pemantauan<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis (Breathing exercise)<br>Kolaborasi<br>11. Kolaborasi pemberian oksigen<br><br>Edukasi kesehatan (I.12383)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi<br>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi<br>Terapeutik :<br>3. Sediakan materi dan media penkes (Manajemen cairan pada pasien HD)<br>4. Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan<br>5. Berikan kesempatan pasien untuk bertanya<br>Edukasi : | **25 November 2025**<br>**Pola nafas tidak efektif**<br>S :<br>Pasien mengatakan sesak nafas berkurang<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pasien terpasang alat bantu pernafasan jenis NC 4l/i<br>3. Pernafasan kussmaul<br>4. Pernafasan cuping hidung (+)<br>5. Suara nafas vesikuler di semua lapang paru<br>6. Pasien mampu melakukan teknik *Breathing exercise* dengan arahan perawat<br>7. SpO2 96%<br>8. TTV pasien<br>TD 150/90 mmHg, N 85x/i, S 36,3ºC, RR 25x/i<br>A : Masalah pola nafas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>Manajemen kesehatan tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan akan berusaha melakukan manajemen cairan sesuai kebutuhannya<br>2. Pasien mengatakan sudah mengetahui akibat dari kelebihan cairan seperti bengkak di area tubuh, sesak nafas, dll<br>3. Pasien mengatakan telah mengetahui bagaimana cara menghitung kebutuhan cairan pada pasien CKD (500+jumlah urine/24 jam)<br><br>O : |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Pernafasan kussmaul. Pasien terpasang alat bantu pernafasan jenis NC 4l/i. Nafas cuping hidung (+). CRT ≥2 detik. Konjungtiva anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 160/90 mmHg, N 89x/i, RR 25x/i, S 36,5ºC. TB 153 cm BB 53 kg. IMT = 22,6 kg/$m^2$ (Kategori BB normal=18,5-22,9). BBI = 47,7 kg. kebutuhan kalori 1371,38 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (N) 60 gr ↓protein #pisang sebanyak 3x/i. Minum 800 ml. IV 40 ml. urin 350 ml. IWL 530 ml. BC -40 ml.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (09 November 2024)<br>Leukosit 9.18 $10^3$/microliter<br>Ht 27.9%<br>Trombosit 145 $10^3$/microliter<br>Eritrosit 3.19 $10^3$/microliter<br>Ureum 92 mg/dl<br>Kreatinin 11.8 mg/dl<br>Na 144 mmol/L<br>K 2.9 mmol/L<br>Cl 99 mmol/L<br>GFR 4 ml/mnt<br>SGPT 4 U/l<br>SGOT 9 U/l<br>• Lab (20 November 2024)<br>Hb 9.4 g/dl<br>• Thorax (04 November 2024)<br>Kardiomegali<br>Infiltrate di kedua paru. dd/ bendungan paru<br>Efusi pleura bilateral<br>3. Obat-obatan<br>Cande 1x16 mg<br>Clonidine 3x0,15<br>Carvedilol 2x12,5<br>Amlo 1x10<br>Furosemide 1x40<br>Epodion 3000 ui post HD<br>Bicnat 3x500<br>CaCO3 3x500<br>NaC 3x400 | | 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan<br><br>Promosi koping (I.09312)<br>Observasi<br>1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan<br>2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki<br>3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan<br>4. Identifikasi pemahaman proses penyakit<br>5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan<br>6. Identifikasi metode penyelesaian masalah<br>Terapeutik<br>7. Diskusikan perubahan peran yang dialami<br>8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan<br>9. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri<br>10. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis<br>Edukasi<br>11. Anjurkan penggunaan sumber spiritual (zikir, berdoa, sholat)<br>12. Latih penggunaan teknik relaksasi (rileksasi benson) | Pasien kooperatif<br>A : Masalah manajemen kesehatan tidak efektif teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6)<br><br>Kesiapan peningkatan konsep diri<br>S :<br>1. Pasien mengatakan akan terus berusaha agar diberi kesehatan agar selalu tetap bersama anak-aanknya<br>2. Pasien akan terus menjalankan kewajiban sebagai umat muslim meski sedang sakit (Sholat dengan cara berbaring, berdoa dan zikir)<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi benson sesuai arahan perawat<br>O :<br>Pasien mampu melakukan teknik relaksasi benson dengan bimbingan perawat<br>A : Masalah kesiapan peningkatan konsep diri teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11)<br><br>26 November 2024<br>Pola nafas tidak efektif<br>S :<br>Pasien mengatakan sesak nafas berkurang<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pasien terpasang alat bantu pernafasan jenis NC 4l/i<br>3. Pernafasan kussmaul<br>4. Pernafasan cuping hidung (+)<br>5. Suara nafas vesikuler di semua lapang paru<br>6. Pasien mampu melakukan teknik *Breathing exercise* dengan arahan perawat<br>7. SpO2 96%<br>8. TTV pasien<br>TD 150/90 mmHg, N 85x/i, S 36,3ºC, RR 23x/i<br>A : Masalah pola nafas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>Manajemen kesehatan tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan akan berusaha melakukan manajemen cairan sesuai kebutuhannya |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 2. Pasien mengatakan sudah mengetahui akibat dari kelebihan cairan seperti bengkak di area tubuh, sesak nafas, dll<br>3. Pasien mengatakan telah mengetahui bagaimana cara menghitung kebutuhan cairan pada pasien CKD (500+jumlah urine/24 jam)<br>O :<br>1. Pasien kooperatif<br>2. Pasien mampu menghitung kebutuhan cairan nya sendiri<br>A : Masalah manajemen kesehatan tidak efektif teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br><br>Kesiapan peningkatan konsep diri<br>S :<br>1. Pasien mengatakan akan terus berusaha agar diberi kesehatan agar selalu tetap bersama anak-aanknya<br>2. Pasien akan terus menjalankan kewajiban sebagai umat muslim meski sedang sakit (Sholat dengan cara berbaring, berdoa dan zikir)<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi benson sesuai arahan perawat<br>O :<br>Pasien mampu melakukan teknik relaksasi benson dengan bimbingan perawat<br>A : Masalah kesiapan peningkatan konsep diri teratasi<br>P : Intervensi dihentikan |
| 12 | Tn.Z<br>51 Tahun<br>Laki-laki<br>S1<br>Swasta<br>Batu ginjal kanan post PCNL H+3 ec CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 01 Januari 2025 melalui poli bedah urologi untuk melakukan penjadwalan operasi PCNL pada tanggal 03 Januari 2025 jam 10.30 WIB. Pasien memiliki kebiasaan minum kopi sehari 2 gelas dan kadang-kadang minum-minuman yang bersoda seperti sprite, merokok ±15 tahun yang lalu dan sudah berhenti sejak sakit ± sejak bulan Oktober 2024. Pasien mengatakan semenjak mengetahui memiliki darah tinggi sering minum rebusan daun seledri seminggu 3-4 kali sebanyak ±150 cc setiap minum. Air minum yang dikonsumsi keluarga adalah air rebusan dari sumur dan jarang beli air isi ulang namun semenjak sakit pasien lebih sering minum air galon. Pasien | 1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (post op PCNL)<br>2. Hypervolemia b.d disfungsi ginjal<br>3. Manajemen kesehatan tidak efektif b.d kondisi kronis<br>4. Penampilan peran tidak efektif b.d kondisi kronis | Manajemen Nyeri (I.08238)<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu | **06 Januari 2025**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri post op dibagian pinggang kanan berkurang. Nyeri dirasakan seperti nyut-nyutan saat beraktivitas dan istirahat dengan skala nyeri 1 (ringan) hilang timbul ±2 menit. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat lebih rileks. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat. Telah diberikan obat PCT 1 gr. Cefoperazone 1 gr. Adona 10 mg. Vit.K 10 mg pada jam 12.00 WIB :<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian.<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-8) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | mengatakan mengetahui jika harus membatasi asupan cairan namun terkadang tidak biasa menahan rasa haus sehingga minum berlebih, pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara menghitung kebutuhan cairan pada pasien HD. Pada tanggal 02 Januari 2025 jam 10.27 WIB pasien dilakukan tranfuasi darah PRC 300 ml dengan golda O rh positif.<br>2. RKD<br>Riwayat HT terkontrol ±10 tahun yll dan rutin minum obat cande 16 mg. HD sejak Oktober 2024 setiap hari Senin dan Kamis.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>CRT ≤2 detik. Konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 150/90 mmHg N 87x/i RR 20x/i S 36,5ºC.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (02.01.25)<br>Hb 9.7 g/dL (13.0-18.0)<br>Ht 28% (40-52)<br>Eritrosit 3.6 $10^3$/microliter<br>• Lab (03.01.25)<br>Hb 10.7 g/dL (13.0-18.0)<br>Ht 31% (40-52)<br>Eritrosit 3.9 $10^3$/microliter<br>Ureum 64 mg/dl (20-60)<br>Kreatinin 5.71 mg/dL (0.5-1.5)<br>GFR 10.56 ml/mnt/1.73$m^3$<br>Na 137 mmol/L (135-147)<br>K 4.1 mmoL (3.5-5.0)<br>Cl 106 mmol/L (95-105)<br>• Thorax (13.12.24)<br>Kesan :<br>Kardiomegali<br>Kalsifikasi di dinding arcus aorta<br>Tidak tampak kelainan di kedua paru<br>Terpasang CDL, ujung setinggi Th 7-8 (Proyeksi cavoatral junction)<br>• Fhoto polos abdomen (04.01.25)<br>Kesan :<br>Bayangan multiple radioopak di hemiabdomen kiri setinggi corpus vertebra Th 12-L1 DD/nefrolitiasis kiri, fecalith<br>Multiple radioopak pada pelvis minor DD/phlebolith, vesicolithiasis | | nyeri<br>8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Melakukan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>Manajemen cairan (I.03098) :<br>Observasi<br>1. Memonitoring status hidrasi<br>2. Memonitoring BB harian<br>3. Memonitoring BB sebelum dan sesudah HD<br>4. Memonitoring hasil laboratorium (Ht, Na, K, Cl, BJ urin, BUN)<br>5. Memonitoring status dinamik<br>Terapeutik<br>6. Mencatat intake dan output<br>7. Memberikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>8. Memberikan cairan intravena<br>Kolaborasi<br>9. Melakukan kolaborasi pemberian diuretic<br><br>Edukasi kesehatan (I.12383)<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi<br>2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi<br>Terapeutik :<br>3. Menyediakan materi dan media penkes (Manajemen cairan pada pasien HD)<br>4. Melakukan peajadwalan penkes sesuai kesepakatan<br>5. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya<br>Edukasi :<br>6. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan<br><br>Dukungan penampilan peran (I.13478)<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi peran yang ada didalam keluarga<br>2. Mengidentifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi | **2. Hypervolemia**<br>S : Pasien mengatakan minum 1500 ml/24 jam<br>O : Keb cairan pasien 500+jumlah urin/24jam=500+700=1200cc/24jam. BC +150 ml. Intake 1500 (minum 1500) Output 1350 (urin 700, IWL 650) . Pre HD 2 66 Kg. Post HD 1 65 Kg. IDWG 1,5%<br>A : Masalah manajemen cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-6)<br><br>**3. Manajemen kesehatan tidak efektif**<br>S : Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui bagaimana melakukan manajemen cairan pada pasien HD. Keluarga pasien mengatakan akan terus memotivasi dan membantu pasien selama melakukan program kesehatan<br>O : Pasien dan keluarga kooperatif. Pasien dan keluarga telihat senang telah dilakukan edukasi kesehatan<br>A : Masalah manajemen kesehatan tidak efektif teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br><br>**4. Penampilan peran tidak efektif**<br>S : Pasien mengatakan saat ini telah mengetahui jika terdiagnosa gagal ginjal kronik dan harus rutin melakukan cuci darah setiap hari Senin dan Kamis. Pasien |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Terpasang DJ stent in situ. Tak tampak kanking<br>3. Obat-obatan<br>Cefo 2x1 gr<br>PCT 2x1 gr<br>OMZ 2x40 mg<br>Vit.K 3x10 mg<br>Adona 3x10 mg<br>Cande 1x16 mg<br>Clonidine 2x0.15 mg | | Terapeutik :<br>3. Memfasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik<br>Edukasi :<br>4. Mendiskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan<br>**5.** Mendiskusikan stratgei positif untuk mengelola perubahan peran | mengatakan akan tetap bekerja namun sesuai kemampuan fisiknya karna tidak mau menyusahkan anggota keluarga yang lain. Pasien mengatakan saat ini tidak merasa malu dengan kondisinya. Pasien mengatakan ikhlas dan menerima penyakit yang dideritanya karna menganggap bahwa ini berupa ujian dari Allah SWT. Pasien mengatakan rencana Allah adalah yang terbaik. Pasien mengatakan terus berdoa agar diberikan kesehatan<br>O : Pasien terlihat rileks. Pasien tidak gelisah<br>A : Masalah penampilan peran tidak efektif teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br><br>**07 Januari 2025**<br>**1. Nyeri akut**<br>S : Pasien mengatakan nyeri post op dibagian pinggang kanan berkurang. Nyeri dirasakan seperti nyut-nyutan saat beraktivitas dan istirahat dengan skala nyeri 1 (ringan) hilang timbul ±2 menit. Pasien mengatakan akan melakukan teknik rileksasi nafas dalam sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O : Pasien terlihat lebih rileks. Pasien mampu melakukan teknik rileksasi nafas dalam dengan arahan perawat. Telah diberikan obat PCT 1 gr. Cefoperazone 1 gr. Adona 10 mg. Vit.K 10 mg pada jam 12.00 WIB :<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian.<br>P : Pasien rencana pulang hari ini |
| 13 | Ny. Y<br>50 Tahun<br>Perempuan<br>SMA<br>IRT<br>CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 01 Oktober 2024 dengan keluhan badan terasa lemas dan mual. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 02 Oktober 2024 pasien mengatakan badan terasa lemas dan pusing, pasien juga mengatakan kurang nafsu makan karena mual, pasien hanya menghabiskan 2-3 sdm dari porsi yang disediakan.<br>2. RKD<br>Pasien mengatakan memiliki riwayat darah tinggi tidak terkontrok sejak ±7 tahun yang lalu. Pasien mengatakan HD sejak ± 7 bulan yang lalu.<br><br>Objektif | 1. Nausea<br>2. Keletihan | **Manajemen mual (I.03117**<br>Observasi<br>1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misal : nafsu makan, aktivitas)<br>2. Identifikasi penyebab mual (misal : pengobatan)<br>3. Monitor mual (frek, durasi, tingkat keparahan)<br>4. Monitor asupan nutrisi dan kalori<br>Terapeutik<br>5. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (misal : bau tidak sedap)<br>6. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik<br>Edukasi<br>7. Anjurkan tidur dan istirahat yang cukup<br>8. Anjurkan sering membersihkan mulut | **02 Oktober 2024**<br>**Nausea**<br>S :<br>1. Pasien mengatakan mual berkurang<br>2. Pasien mengatakan nafsu makan meningkat<br>3. Pasien mengatakan menghabiskan makanan sebanyak ¾ dari porsi yang disediakan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Mukosa bibir lembab<br>3. Pasien terlihat hanya menyisakan 2-3 sdm di tempat makanannya<br>A : Masalah nausea teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>Keletihan<br>S : |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1. Data fisik<br>CRT ≤2 detik. Konjungtiva anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 163 mmHg, N 75x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC. Ronkhi pada semua lapang paru. TB 150 cm BB 60 kg<br>IMT = 26,6 kg/$m^2$ (Kategori BB Obes I =25,0-29,9). BBI = 49,5 kg. Kebutuhan kalori 989,9 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (TM) / (N) 60 gr ↓protein #pisang sebanyak 3x/i. Minum 700 ml. Urin 200 ml. IWL 600 ml. BC -100 ml.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (02 Oktober 2024)<br>Hb 9.9 g.dl<br>Ureum 58 mg/dl<br>Kreatinin 3.6 mg/dl<br>Na 129 mmol/L<br>K 4.2 mmol/L<br>Cl 92 mmol/L<br>GFR 13.57 ml/mnt<br>3. Obat-obatan<br>Amlo 1x10 mg<br>Clonidine 3x0,3 mg<br>Bicnat 3x1<br>CaCo3 3x1<br>OMZ 2x10<br>Sucralfate 3x15 ml<br>Asam folat 3x1 | | 9. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual<br>Kolaborasi :<br>10. Kolaborasi pemberian obat<br><br>Manajemen energi (I.05178)<br>Observasi<br>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan<br>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional<br>3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas<br>Terapeutik<br>4. Lakukan latihan rentang gerak aktif<br>5. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan<br>Edukasi<br>6. Anjurkan tirah baring<br>7. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap | 1. Pasien mengatakan lemas berkurang<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan pergerakan secara perlahan sesuai kemampuan fisiknya<br>3. Pasien mengatakan tidak mengalami sesak saat melakukan pergerakan<br>4. Pasien mengatakan akan melakukan sholat dengan cara berbaring dan terus berdoa agar diberikan kesembuhan<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Pasien mampu melakukan ROM aktif dengan arahan perawat<br>3. Tonus otot pasien<br>4444 4444<br>4444 4444<br>A : Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6) |
| 14 | Tn.A<br>52 Tahun<br>Laki-laki<br>SMP<br>Wiraswasta<br>CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 18 Oktober 2024 melalui IGD dengan keluhan badan terasa lemas disertai mual muntah, serta kedua kaki bengkak. Pada jam 09.00 WIB pasien di pindahkan ke ruang rawat inap Shafa 2. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Oktober 2024 jam 09.00 WIB pasien mengatakan badan terasa lemas dan kram pada kedua kaki sehingga membutuhkan bantuan keluarga untuk memenuhi kegiatan sehari-hari seperti : makanan, mengganti pakaian, dll. Pasien mengatakan mual muntah ≥5 kali dalam sehari dengan cairan berupa sisa makanan bewarna putih kekuningan yang keluar. Pasien mengatakan kurang nafsu makan karna mual muntah ketika mencium aroma makanan sehingga hanya menghabiskan ½ dari porsi yang disediakan. Pasien mengatakan kedua kakinya bengkak. | 1. Hypervolemia<br>2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah<br>3. Disfungsi motilitas gastrointestinal<br>4. Perfusi perifer tidak efektif | Manajemen hypervolemia (I.03114)<br>Observasi<br>1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (edema, dyspnea, JVP/CVP meningkat)<br>2. Identifikasi penyebab hypervolemia<br>3. Monitor status hemodinamik<br>4. Monitor intake dan output cairan<br>5. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, Ht, BJ urin)<br>Terapeutik<br>6. Batasi asupan cairan dan garam<br>7. Tinggikan kepala 30-40º<br>Edukasi<br>8. Ajarkan cara membatasi cairan<br>9. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin<br>Kolaborasi<br>10. Kolaborasi pemberian diuretic<br><br>Manajemen hiperglikemia (I.03115)<br>Observasi : | **21 Oktober 2024**<br>Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien mengatakan BAK sedikit<br>2. Pasien mengatakan warna urin kuning pekat<br>3. Pasien mengatakan BAK 150 ml/hari<br>4. Pasien mengatakan minum 1000 ml/24 jam<br>5. Pasien mengatakan BC harus sama antara intake dan output<br>6. Pasien mengetahui jika minum nya di batasi sebanyak 600 ml/24 jam agar tubuhnya tidak bengkak<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. TTV : TD. 120/90 MmHg, Nadi. 79 x/menit, RR. 19 x/menit, S 36.5ºC<br>3. Edema + 1<br>4. BC +250<br>5. Hasil pemeriksaan lab :<br>Kreatini 13 mg/dL<br>A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2. RKD<br>Pasien mengatakan di diagnosa penyakit ginjal kronik sejak 6 bulan yang lalu dan rutin menjalani HD seminggu 2 kali setiap hari Rabu dan Sabtu, saat ini pasien terpasang CDL di bagian jugularis sinistra. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit gula darah dan darah tinggi ± 8 tahun yang lalu dan tidak terkontrol.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>CRT ≥2 detik. Konjungtiva anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD. 120/90 MmHg, Nadi. 79 x/menit, RR. 19 x/menit, S 36.5ºC. Shifting dullness (+). Asites (+). Distensi abdomen (+). TB 160 cm BB 55 kg. IMT = 21,48 kg/m$^2$ (Kategori BB normal =18,5 s.d 22,9). BBI = 54 kg. Kebutuhan kalori 2.187 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (T) 60 gr protein #pisang sebanyak 3x sehari. Minum 1000 ml. urin 150 ml. IWL 550 ml. muntah 50 ml. BC +250 ml.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (19 Oktober 2024)<br>Hb 9.0 g/dl<br>• Lab (22 Oktober 2024)<br>Ureum 152 mg/dl<br>Kreatinin 13.0 mg/dl<br>Na 127 mmol/L<br>K 4.5 mmol/L<br>Cl 90 mmol/L<br>GFR 5.28 ml/mnt<br>GDS 250 mg/dl<br>• l<br>3. Obat-obatan<br>Amlo 1x10 mg<br>Clonidine 3x0.15 mg<br>Bicnat 3x1<br>Vit B.12 3x1<br>CaCO3 3x1<br>Cilostaxole 2x1<br>Novorapid 4 ui | | 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia<br>2. Monitor kadar glukosa darah<br>Terapeutik :<br>3. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap dan atau meningkat<br>Edukasi<br>4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga<br>5. Ajarkan pengelolaan diabetes (misal : penggunaan insulin)<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian insulin<br><br>Manajemen nutrisi (I.03119)<br>Observasi<br>1. Identifikasi status nutrisi<br>2. Identifikasi makanan yang disukai<br>3. Monitor asupan makanan<br>4. Monitor BB<br>Terapeutik<br>5. Fasilitasi menentukan pedoman diet<br>6. Sajikan makanan secara menarik<br>Edukasi<br>7. Ajarkan diet yang diprogramkan<br><br>Kolaborasi<br>8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kebutahan kalori pasien<br><br>Perawatan sirkulasi (I.02079)<br>Observasi<br>1. Periksa sirkulasi perifer (nadai, edema, CRT, warna, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, HT)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas<br>Terapeutik<br>4. Hindari pengukuran TD pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi<br>Edukasi<br>5. Anjurkan minum obat pengontrol TD tinggi secara teratur<br>6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak | P : Intervensi dilanjutkan (No 1,2,3,4,5,6,7)<br><br>Ketidakstabilan kadar glukosa darah<br>S :<br>1. Pasien mengatakan badan terasa lemas<br>2. Pasien mengatakan mudah lelah<br>3. Pasien mengatakan mudah mengantuk<br>4. Pasien mengatakan memiliki riwayat DM tidak terkontrol sejak 8 tahun yang lalu<br>5. Pasien mengatakan akan mematuhi program diet DM yang disarankan dokter (kurangi asupan gula, perbanyak makan buah dan sayur)<br>O :<br>1. Pasien terlihat lemas<br>2. K/U sedang<br>3. GDS 250 mg/dL<br>4. Pemberian injeksi insulin novorapid 4 ui<br>A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 2,5)<br><br>Disfungsi motilitas gastrointestinal<br>S :<br>1. Pasien mengatakan kurang nafsu makan karna mual muntah<br>2. Pasien mengatakan hanya makan ½ porsi dari yang disediakan RS<br>3. Pasien mengatakan suka makan-makanan yang berkuah<br>4. Pasien mengatakan akan makan sedikit tapi sering sesuai dengan porsi yang dianjurkan perawat<br>O :<br>1. Mukosa bibir kering<br>2. Tugor kulit menurun<br>3. BB pasien 55 Kg<br>A : Masalah disfungsi motilitas gastrointestinal teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,3,4,5,6)<br><br>Perfusi perifer tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan masih lemas<br>2. Pasien mengatakan memiliki riwayat HT dan DM tidak terkontrol ±8 tahun yang lalu |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | hilang saat istirahat, hilang rasa) | 3. Pasien mengatakan belum mampu melaksanakan sholat 5 waktu karna kondisinya belum stabil<br>4. Pasien mengatakan sudah hapal doa kesembuhan<br>(La syafiya illa anta syifa'an la yughadiru saqaman)<br>O :<br>1. K/U sedang<br>2. Akral teraba dingin<br>3. Edema +1 di kedua kaki<br>4. CRT ≥3 detik<br>5. TTV pasien :<br>TD 130/90 mmHg, N 90x/i, S 36,5ºC, RR 27x/i<br>A : Masalah perfusi perifer teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,3,4,5,6,7) |
| 15 | Tn.M<br>66 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Wiraswasta<br>CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang pada tanggal 18 November 2024 melalui IGD dengan keluhan mual muntah ± sejak 3 hari SMRS. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 November 2024 pasien mengatakan mual muntah ≥5 kali dalam sehari dengan cairan berupa sisa makanan bewarna putih kekuningan yang keluar. Pasien mengatakan kurang nafsu makan karna mual muntah ketika mencium aroma makanan sehingga hanya menghabiskan ½ dari porsi yang disediakan. Pasien mengatakan badan terasa lemas dan pusing<br>2. RKD<br>Pasien mengatakan di diagnosa penyakit ginjal kronik sejak 6 bulan yang lalu dan rutin menjalani HD seminggu 2 kali setiap hari Rabu dan Sabtu, saat ini pasien terpasang CDL di bagian jugularis sinistra. Pasien mengatakan memiliki riwayat HT tidak terkontrol sejak ±15 tahun yang lalu.<br><br>Objektif<br>1. Data fisik<br>CRT ≤2 detik. Konjungtiva anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD. 100/90 MmHg, Nadi. 78 x/menit, RR. 19 x/menit, S 36.3ºC. Shifting dullness (+). Distensi abdomen (+). Asites (+).TB 160 cm BB 55 kg. IMT = 21,48 kg/$m^2$ (Kategori BB normal =18,5 s.d 22,9). BBI = 54 | 1. Disfungsi motilitas gastrointestinal<br>2. Keletihan | Manajemen nutrisi (I.03119)<br>Observasi<br>1. Identifikasi status nutrisi<br>2. Identifikasi makanan yang disukai<br>3. Monitor asupan makanan<br>4. Monitor BB<br>Terapeutik<br>5. Fasilitasi menentukan pedoman diet<br>6. Sajikan makanan secara menarik<br>Edukasi<br>7. Ajarkan diet yang diprogramkan<br>Kolaborasi<br>8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kebutahan kalori pasien<br><br>Manajemen energi (I.05178)<br>Observasi<br>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan<br>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional<br>3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas<br>Terapeutik<br>4. Lakukan latihan rentang gerak aktif<br>5. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan<br>Edukasi<br>6. Anjurkan tirah baring<br>**7.** Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap | **21 November 2024**<br>Disfungsi motilitas gastrointestinal<br>S :<br>1. Pasien mengatakan kurang nafsu makan karna mual muntah<br>2. Pasien mengatakan hanya makan ½ porsi dari yang disediakan RS<br>3. Pasien mengatakan suka makan-makanan yang berkuah<br>4. Pasien mengatakan akan makan sedikit tapi sering sesuai dengan porsi yang dianjurkan perawat<br>O :<br>1. Mukosa bibir kering<br>2. Tugor kulit menurun<br>3. BB pasien 55 Kg<br>A : Masalah disfungsi motilitas gastrointestinal teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1,3,4,5,6)<br><br>Keletihan<br>S :<br>1. Pasien mengatakan masih lemas<br>2. Pasien mengatakan pusing<br>3. Pasien mengatakan memiliki riwayat HT tidak terkontrol ±15 tahun yang lalu<br>4. Pasien mengatakan belum mampu melaksanakan sholat 5 waktu karna kondisinya belum stabil<br>5. Pasien mengatakan sudah hapal doa kesembuhan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | kg. Kebutuhan kalori 2.187 kkal/hari. Pasien mendapatkan diet (T) 60 gr protein #pisang sebanyak 3x sehari. Minum 800 ml. Urin 150 ml. IWL 550 ml. Muntah 50 ml. BC +50 ml.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (19 November 2024)<br>Hb 10.0 g/dl<br>Kreatinin 5.1 mg/dl<br>GFR 13.43 ml/mnt<br>• Thorax (09 Oktober 2024)<br>Jantung ukuran tidak membesar<br>Tidak tampak infiltrate di kedua lapang paru<br>3. Obat-obatan<br>Amlodipine 1x10 mg<br>Clonidin 3x0,15 mg<br>Cilostaxole 2x1 mg<br>Bicnat 3x1<br>Vit.B12 3x1<br>CaCO3 3x1 | | | (La syafiya illa anta syifa'an la yughadiru saqaman)<br>O :<br>1. Pasien terlihat lemas<br>2. Pasien terlihat pucat<br>3. Akral teraba dingin<br>4. CRT ≥3 detik<br>5. TTV : TD. 100/90 MmHg, Nadi. 78 x/menit, RR. 19 x/menit, S 36.3ºC<br>A : Masalah keletihan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-5) |

**KMB KEGAWATDARURATAN**
**6 RESUME IGD**

| No | Identitas | Data | Diagnosa Keperawatan | Intervensi Keperawatan | Evaluasi |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Ny.I<br>43 Tahun<br>Perempuan<br>SMA<br>IRT<br>CKD on HD + hipoalbumin | Subjektif<br>3. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 07 April 2025 dengan keluhan sesak nafas, lemas sejak pagi hari ini disertai nafsu makan menurun, mual muntah, kedua tungkai kaki bengkak. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 April 2025 pasien mengatakan sesak nafas, kurang nafsu makan karena mual, muntah ≥5 kali berupa cairan sisa makanan bewarna putih kekuningan, pitting edema +1 pada kedua kaki pasien, pusing, badan terasa lemas. Pasien memiliki kebiasaan makan-makanan yang manis, sering minum-minumal beralkohol, serta daging olahan. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 07 April 2025 jam 23.52 WIB didapatkan hasil : Hb 7,7 gr/dL, Ht 21%, Eritrosit 2,3 juta/µL, Leukosit 21770/µL, Albumin 1,8 gr/dL, GDS 88 mg/dL, kreatinin 3,98 mg/dL, GFR 13,02 ml/menit/1,73m3. Hasil pemeriksaan thorax pada tanggal 08 April 2025 jam 00.53 WIB didapatkan kesan : Pneumonia. Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung.<br>Rencana pelayanan : | 1. Pola nafas tidak efektif<br>2. Hypervolemia<br>3. Perfusi perifer tidak efektif<br>4. Risiko defisit nutrisi<br>5. Risiko ketidakstabilan kaadr glukosa darah | Pemantauan respirasi (I.01014)<br>Observasi<br>1. Monitor pola nafas<br>2. Monitor frekuensi, irama, kedalaman nafas<br>3. Auskultasi suara nafas<br>4. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru<br>5. Monitor SpO2<br>Terapeutik<br>6. Atur interval pemantauan RR sesuai kondisi pasien<br>7. Dokumentasi hasil pemeriksaan<br>Edukasi<br>8. Jelaskan prosedur dan tindakan pemantauan pernafasan<br>9. Informasikan hasil pemantauan<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis (Breathing exercise)<br>Kolaborasi<br>11. Kolaborasi pemberian oksigen<br><br>Manajemen hypervolemia (I.03114)<br>Observasi<br>1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (edema, dyspnea)<br>2. Identifikasi penyebab hypervolemia | **08 April 2025**<br>**Pola nafas tidak efektif**<br>S :<br>1. Pasien mengatakan sesak nafas berkurang<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi breathing exercise sesuai arahan perawat untuk mengatasi sesak nafas<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pernafasan kussmaul<br>3. Ronkhi +/+<br>4. RR 26x/i<br>5. Pasien terpasang alat bantu jenis NC 3l/i<br>6. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi breathing exercise dengan arahan dan bimbingan perawat<br>A : Masalah pola nafas tidak efektif tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Pemantauan respirasi (No 1-10)<br><br>Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan perhitungan intake dan output sesuai yang |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Obs KU TTV<br>Cek lab, ro thorax<br>Konsul DPJP<br>O2 NC 3 lpm<br>Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 08 April 2025 pasien mengatakan sesak nafas, kurang nafsu makan karena mual, muntah ≥5 kali berupa cairan sisa makanan bewarna putih kekuningan, pitting edema +1 pada kedua kaki pasien, pusing, badan terasa lemas.<br>4. RKD<br>Pasien memiliki riwayat penyakit DM tipe II on insulin sejak ±8 tahun yang lalu. CKD on HD setiap hari Selasa dan Jumat sejak 5 tahun yang lalu dengan akses cimino di tangan kiri injeksi hemapo 2x/minggu.<br>Objektif<br>1. Data Fisik<br>Tidak ada sumbatan jalan nafas, terdapat suara hembusan nafas. Pasien menggunakan alat bantu pernafasan jenis NC 3l/i, RR 27x/i, pernafasan kussmaul, suara nafas ronkhi di semua lapang paru. TD 126/76, N 76x/i (cepat dan kuat), akral teraba dingin, tugor kulit kering, CRT ≥3 detik. Tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 dengan $E_4M_6V_5$, keadaan umum sedang, pupil isokor (ukuran ±2 mm), reaksi pupil terhadap cahaya kiri dan kanan (+).Terdapat edema +1 pada kedua tungkai kaki pasien, BB pre HD II 57 Kg, BB post HD I 55 Kg (IDWG 3,5%), pasien minum 1L/24 jam. TB 160 cm BB 55 kg. IMT : 21,48 kg/$m^2$ (Kategori BB normal =18,5 s.d 22,9). BBI : 54 Kg. Minum 1000 ml. IVFD 500 ml. Urin -. IWL 825 ml. Muntah 100 ml. BC +575 ml.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (07 April 2025)<br>Hb 7.7 g/dl<br>Ht 21%<br>Eritrosit 3.2 juta/ul<br>Leukosit 21770/ul<br>Albumin 1.8 g/dl<br>GFR 13.02 ml/mnt<br>Ureum 75 mg/dl<br>Kreatinin 3.98 mg/dl<br>Na 130 mmol/L<br>K 1.9 mmol/L | | 3. Monitor status hemodinamik<br>4. Monitor intake dan output cairan<br>5. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, Ht, BJ urin)<br>Terapeutik<br>6. Batasi asupan cairan dan garam<br>7. Tinggikan kepala 30-40º<br>Edukais<br>8. Ajarkan cara membatasi cairan<br>9. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin<br>Kolaborasi<br>10. Kolaborasi pemberian diuretic<br><br><br>Perawatan sirkulasi (I.02079)<br>Observasi :<br>1. Periksa sirkulasi perifer (CRT, warna kulit, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas<br>Terapeutik<br>4. Lakukan perawatan kaki dan kuku<br>5. Lakukan hidrasi<br>Edukasi<br>6. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki)<br>7. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)<br>8. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilang rasa)<br>Intervensi pendukung :<br>Pemberian obat oral (I.03128)<br>Observasi<br>1. Identifikasi adanya alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat<br>2. Verifikasi order obat sesuai indikasi<br>3. Periksa tanggal exp obat<br>4. Monitor efek terapeutik obat<br>Terapeutik<br>5. Lakukan prinsip 6B (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)<br>6. Berikan obat oral sebelum atau sesudah makan sesuai indikasi | telah diajarkan perawat agar cairan yang masuk seimbangan dengan cairan yang keluar<br>3. Pasien mengatakan telah mengetahui cara melakukan perhitungan kebutuhan cairan sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Pitting edema +1<br>2. BC +575<br>3. IDWG 3,5%<br>4. Pasien terlihat sesak nafas<br>5. Kebutuhan cairan pasien 550 ml/24jam<br>6. Pasien sedang istirahat diatas tempat tidur dengan posisi semifowler<br>A : Masalah hypervolemia teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen hypervolemia (No 1-9)<br><br>Perfusi perifer tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan badan terasa lemas<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan perawatan kaki dan kulit sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat lemas<br>2. Pasien terlihat pucat<br>3. Hb 7,7 g/dL<br>4. Pemberian obat Vit B12 1x50 mg pada jam 13.00 WIB<br>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian<br>P ; Intervensi dilanjutkan<br>Perawatan sirkulasi (No 1-7)<br>Pemberian obat oral (No 1-7)<br><br>Risiko defisit nutrisi<br>S :<br>1. Pasien mengatakan kurang nafsu makan<br>2. Pasien mengatakan mual dan muntah ketika mau makan<br>3. Pasien mengatakan akan makan sedikit tapi sering sesuai anjuran perawat<br>O :<br>1. BB 55 Kg<br>2. Pasien terlihat lemas<br>A : Masalah risiko defisit nutrisi teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen nutrisi (No 1-5) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Cl 94 mmol/L<br>GDS 88 mg/dl<br>• Thorax (08 April 2025)<br>Pneumonia<br>Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung<br>3. Obat-obatan<br>Injeksi insulin novorapid 5 unit<br>VIP albumin 3x1<br>KSR 3x1<br>CaCO3 3x1<br>Vit B12 3x1<br>Ampicillin Sulbactam 3x1<br>Sucralfate 3x15 ml<br>OMZ 2x1<br>IVFD NaCl 500 ml/24 jam | | Edukasi<br>7. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian<br><br>Manajemen nutrisi (I.03119)<br>Observasi<br>1. Identifikasi status nutrisi<br>2. Identifikasi makanan yang disukai<br>3. Monitor asupan makanan<br>4. Monitor BB<br>Terapeutik<br>5. Fasilitasi menentukan pedoman diet<br>Edukasi<br>6. Ajarkan diet yang diprogramkan<br>Kolaborasi<br>7. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kebutahan kalori pasien<br><br>Manajemen hiperglikemia (I.03115)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia<br>2. Monitor kadar glukosa darah<br>Terapeutik :<br>3. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap dan atau meningkat<br>Edukasi<br>4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga<br>5. Ajarkan pengelolaan diabetes (misal : penggunaan insulin)<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian insulin | Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah<br>S :<br>1. Pasien mengatakan memiliki riwayat DM sejak 8 tahun yll<br>2. Pasien mengatakan rutin melakukan inj insulin novorapid 5 ui<br>O :<br>GDS 88 mg/dL<br>A : Masalah risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen hiperglikemia (No 1-6) |
| 2 | Tn.S<br>60 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Wiraswasta<br>CKD on HD ec susp efusi pleura bilateral | Subjektif<br>9. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD pada tanggal 07 April 2025 dengan keluhan sesak nafas semakin memberat jika tiduran, pasien lebih nyaman dalam posisi duduk, pitting edema +1 pada kedua kaki. Pasien memiliki riwayat efusi pleura berulang dan sudah pungsi 4x. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 07 April 2025 didapatkan nilai Hb 7,5 g/dL, hematokrit 22%, leukosit 9920/µl, ureum 161mg/dL, kreatinin 9,96 mg/dL, GFR 5,06 | 1. Gangguan pertukaran gas<br>2. Hypervolemia<br>3. Perfusi perifer tidak efektif | Terapi oksigen (I.01026)<br>Observasi<br>1. Melakukan monitoring kecepatan aliran oksigen<br>2. Melakukan efektifitas terapi oksigen (SpO2, AGD)<br>3. Melakukan monitoring tanda-tanda hipoventilasi<br>Terapeutik<br>4. Pertahankan kepatenan jalan nafas<br>Edukasi<br>5. Mengajarkan pasien dan keluarga cara | **09 April 2025**<br>Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>1. Pasien mengatakan sesak nafas berkurang<br>2. Pasien mengatakan lebih nyaman posisi duduk<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pernafasan kussmaul<br>3. RR 30 x/i<br>4. Pasien terpasang alat bantu jenis NRM 15 lpm<br>5. CRT ≥3 detik |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ml/menit/1,73m3. Hasil rontgen thorax pada tanggal 08 April 2025 didapatkan kesan efusi pleura bilateral pneumonia. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 April 2025 pasien mengatakan sesak nafas dan semakin memberat jika banyak beraktivitas, pasien lebih nyaman dengan posisi duduk, pitting edema +1 pada kedua kaki pasien.<br>10. RKD<br>Pasien memiliki riwayat efusi pleura berulang, pungsi sudah 4x, riwayat penyakit HT sejak ≥20 tahun yang lalu. CKD on HD sejak ±6 bulan setiap hari Selasa dan Jumat dengan akses cimino di lengan kiri.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Tidak ada sumbatan jalan nafas, terdapat suara hembusan nafas. Pleural friction rub pada semua lapang paru. Pasien menggunakan alat bantu pernafasan jenis NRM 15 lpm, RR 30x/i. TD 230/110, N 120x/i (cepat dan kuat), akral teraba dingin, tugor kulit lembab, CRT ≥3 detik. Tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 dengan E4M6V5, keadaan umum sedang, pupil isokor (ukuran ±2 mm), reaksi pupil terhadap cahaya kiri dan kanan (+).Terdapat edema +1 pada kedua tungkai kaki pasien, tidak terpasang kateter, BB kering 55 Kg BB basah 57 Kg IDWG 3,6% TB 160 cm BB 55 kg. IMT : 21,48 kg/m$^2$ (Kategori BB normal =18,5 s.d 22,9). BBI 54 Kg. Minum 600 ml. IVFD 1000 ml. Urin 500 ml. IWL 825 ml. BC +275 ml.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (07 April 2025)<br>Hb 7.5 g/dl<br>Ht 22%<br>Eritrosit 2.3 juta/ul<br>pH 7.460 mmHg<br>pCO2 31.3 mmHg<br>pO2 163.5 mmHg<br>HCO3 22.5 mmol/L<br>Interpretasi AGD alkalosis respiratorik<br>Albumin 3.7 g/dl<br>GFR 5.06 ml/mnt<br>Ureum 161 mg/dl<br>Kreatinin 9.96 mg/dl<br>• Thorax (08 April 2025)<br>Efusi pleura bilateral | | menggunakan oksigen di rumah<br>Kolaborasi<br>6. Melakukan kolaborasi penentuan dosis oksigen<br><br>Manajemen hypervolemia (I.03114)<br>Observasi<br>1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (edema, dyspnea)<br>2. Identifikasi penyebab hypervolemia<br>3. Monitor status hemodinamik<br>4. Monitor intake dan output cairan<br>5. Monitor tanda hemokonsentrasi (kadar natrium, BUN, Ht, BJ urin)<br>Terapeutik<br>6. Batasi asupan cairan dan garam<br>7. Tinggikan kepala 30-40º<br>Edukasi<br>8. Ajarkan cara membatasi cairan<br>9. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin<br>10. Ajarkan teknik ankle pump dan elevasi kaki 30º<br>Kolaborasi<br>11. Kolaborasi pemberian diuretic<br><br>Perawatan sirkulasi (I.02079)<br>Observasi :<br>1. Periksa sirkulasi perifer (CRT, warna kulit, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas<br>Terapeutik<br>4. Lakukan perawatan kaki dan kuku<br>5. Lakukan hidrasi<br>Edukasi<br>6. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki)<br>7. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)<br>8. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilang rasa)<br>Intervensi pendukung : | 6. Hasil analisa AGD : asidosis respiratorik<br>A : Masalah gangguan pertukaran gas tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Terapi oksigen (No 1-6)<br><br>Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik ankle pump dan elevasi kaki 30º sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Pitting edema +1<br>2. Pasien terlihat sesak nafas<br>A : Masalah hypervolemia teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen hypervolemia (No 1-10)<br><br>Perfusi perifer tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan badan terasa lemas<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan perawatan kaki dan kulit sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat lemas<br>2. Pasien terlihat pucat<br>3. Hb 7,5 g/dL<br>4. Pemberian obat Vit B12 1x50 mg dan folic acid 1x 1mg pada jam 14.00 WIB<br>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian<br>P ; Intervensi dilanjutkan<br>Perawatan sirkulasi (No 1-7)<br>Pemberian obat oral (No 1-7) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Pneumonia<br>3. Obat-obatan<br>Adalat oros 1x30 mg<br>Cande 1x16 mg<br>V-Blok 1x6.25 mg<br>Clonidine 2x0.15 mg<br>Folic acid 1x1 mg<br>Vit B.12 3x50 mg | | Pemberian obat oral (I.03128)<br>Observasi<br>1. Identifikasi adanya alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat<br>2. Verifikasi order obat sesuai indikasi<br>3. Periksa tanggal exp obat<br>4. Monitor efek terapeutik obat<br>Terapeutik<br>5. Lakukan prinsip 6B (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)<br>6. Berikan obat oral sebelum atau sesudah makan sesuai indikasi<br>Edukasi<br>7. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian | |
| 3 | Tn.T<br>52 Tahun<br>Laki-laki<br>S1<br>Wiraswasta<br>ISK | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD pada tanggal 14 April 2025 jam 09.30 WIB dengan keluhan BAK sedikit dan terasa nyeri sejak 3 hari SMRS. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data : Nyeri saat BAK seperti ditusuk-tusuk pada perut bagian bawah skala nyeri 4 (ringan) yang dirasakan hilang timbul ± 5 menit. Hasil pemeriksaan hematologi pada tanggal 14 April 2025 jam 09.51 WIB didapatkan data : Hb 12,9 g/dL, Ht 37%, Eritrosit 4,0 juta/µL, Lekosit 6960/µL, Trombosit 307000/µL. Urin lengkap : Warna urin merah, keruh, protein +++, Ph 6,5, BJ 1025. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 April 2025 pasien mengatakan BAK sedikit dan terasa nyeri. Dari hasil pengkajian didapatkan data: Nyeri saat BAK seperti ditusuk-tusuk pada perut bagian bawah skala nyeri 4 (ringan) yang dirasakan hilang timbul ± 5 menit.<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat penyakit HT sejak ±10 tahun yang lalu.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Tidak ada sumbatan jalan nafas, terdapat suara hembusan nafas. Pasien bernafas secara spontan, nafas cuping hidung (-), RR 18x/i, suara nafas vesikuler di semua lapang paru. TD 166/88, N 82x/i (cepat dan kuat), akral teraba hangat, tugor kulit lembab, CRT ≤3 detik. | Gangguan eliminasi urin | Manajemen eliminasi urin (I.04152)<br>Observasi<br>1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin<br>2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin<br>3. Monitor eliminasi urin (frek, aroma, volume, dan warna )<br>Terapeutik<br>4. Catat haluaran urin<br>Edukasi<br>5. Ajarkan cara mengukur asupan cairan dan haluaran urin<br>6. Ajarkan terapi modilitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan<br>Kolaborasi<br>7. Kolaborasi pemberiam obat<br><br>Intervensi pendukung :<br>Dukung perawatan diri : BAK<br>Terapeutik :<br>1. Sediakan alat bantu (kateter)<br><br>Manajemen nyeri<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>Terapeutik :<br>2. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>Edukasi : | **14 April 2025**<br>**Gangguan eliminasi urin**<br>S :<br>1. Pasien mengatakan BAK sedikit<br>2. Pasien mengatakan nyeri saat BAK<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat untuk mengatasi sesak nafas<br>O :<br>1. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi relaksasi nafas dalam dengan arahan dan bimbingan perawat<br>2. Pasien terpasang DC<br>A : Masalah gangguan eliminasi urin tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-11) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 dengan E4M6V5, keadaan umum sedang, pupil isokor (ukuran ±2 mm), reaksi pupil terhadap cahaya kiri dan kanan (+).Tidak terdapat edema pada pasien, pasien tidak terpasang kateter. TB 160 cm BB 55 kg. IMT : 21,48 kg/$m^2$ (Kategori BB normal =18,5 s.d 22,9). BBI : 54 Kg. Minum 1000 ml. Urin 100 ml. IWL 825 ml. BC +75 ml.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (14 April 2025)<br>Hb 12.9 g/dl<br>Ht 37%<br>Albumin 3.7 g/dl<br>Warna urin merah<br>Kejernihan keruh<br>Protein +++<br>Darah +++ (300 RBC/ul)<br>Leukosit +++<br>Bakteri 16/ul<br>• Thorax (03 November 2025)<br>Pneumonia DD/ TB paru.<br>Kardiomegali disertai elongasi aorta --> HHD<br>3. Obat-obatan<br>Cande 1x8 mg<br>Ketorolac 3x30 mg<br>NaCl 500 ml/24 jam | | 3. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>**4.** Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri | |
| 4 | Ny.S<br>72 Tahun<br>Perempuan<br>SMA<br>IRT<br>ISK | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 15 April 2025 jam 12.44 WIB dengan keluhan tiba-tiba BAK darah sejak tadi pagi, sedikit dan terasa nyeri. Pasien baru pulang perawatan di RSUD Johar Baru pada tanggal 14 April 2025 dengan diagnosa ISK. Pasien terpasang IVFD RL loading 300 cc + lanjut adona 1 amp IV 20 tpm. Hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 15 April 2025 jam 19.11 WIB didapatkan data : Ureum 51 mg/dL, kreatinin 1,48 mg/dL, GFR 35,12 ml/menit/1,73m3. Urin lengkap : warna kuning, keruh, BJ 1010, pH 6,0, Protein negative, darah +10 RBC/ul, leukosit 10-15-10/LPB. Hematologi : Hb 6,7 g/dL, Ht 20%, eritrosit 3,0 juta/µL, lekosit 7500/µL, trombosit 279000/µL. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 15 April 2025 pasien mengatakan BAK darah sedikit dan terasa nyeri. Dari hasil pengkajian didapatkan | 1. Gangguan eliminasi urin<br>2. Perfusi perifer tidak efektif<br>3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah | Manajemen eliminasi urin (I.04152)<br>Observasi<br>1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin<br>2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin<br>3. Monitor eliminasi urin (frek, aroma, volume, dan warna )<br>Terapeutik<br>4. Catat haluaran urin<br>Edukasi<br>5. Ajarkan cara mengukur asupan cairan dan haluaran urin<br>6. Ajarkan terapi modilitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan<br>Kolaborasi<br>7. Kolaborasi pemberiam obat<br><br>Intervensi pendukung :<br>Dukung perawatan diri : BAK<br>Terapeutik : | **15 April 2025**<br>Gangguan eliminasi urin<br>S :<br>1. Pasien mengatakan BAK sedikit<br>2. Pasien mengatakan nyeri saat BAK<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat untuk mengatasi sesak nafas<br>O :<br>1. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi relaksasi nafas dalam dengan arahan dan bimbingan perawat<br>2. Pasien terpasang DC no 16<br>A : Masalah gangguan eliminasi urin tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen eliminasi urin (No 1-7)<br>Dukungan perawatan diri ( No 1)<br>Manajemen nyeri (No 1-3)<br><br>Perfusi perifer tidak efektif |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | data: nyeri saat BAK seperti nyut-nyutan pada perut bagian bawah skala nyeri 4 (ringan) yang dirasakan hilang timbul ± 5 menit.<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat penyakit DM type II sejak 15 tahun yang lalu.<br><br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Tidak ada sumbatan jalan nafas, terdapat suara hembusan nafas. Pasien bernafas secara spontan, nafas cuping hidung (-), RR 18x/i, suara nafas vesikuler di semua lapang paru. TD 120/88, N 82x/i (cepat dan kuat), akral teraba dingin, tugor kulit lembab, CRT ≥3 detik. Tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 dengan E4M6V5, keadaan umum sedang, pupil isokor (ukuran ±2 mm), reaksi pupil terhadap cahaya kiri dan kanan (+).Tidak terdapat edema pada pasien, pasien tidak terpasang kateter, BAK berdarah. TB 160 cm BB 55 kg. IMT : 21,48 kg/$m^2$ (Kategori BB normal =18,5 s.d 22,9). BBI : 54 Kg.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (15 April 2025)<br>Hb 6.7 g.dl<br>Ht 20%<br>Warna urin merah<br>Kejernihan keruh<br>Protein +++<br>Darah + (10 RBC/ul)<br>Leukosit +++<br>• Lab (16 April 2025)<br>SGOT 12 U/l<br>SGPT 50 U/l<br>GDS 566 mg/dl<br>Keton serum 2.5 mmol/L<br>3. Obat-obatan<br>Novorapid 18 ui<br>Acarbose 3x100 mg<br>Glimepiride 1x3 mg<br>Lantus 18 ui<br>Atorvastatin 1x20 mg | | 1. Sediakan alat bantu (kateter)<br><br>Manajemen nyeri<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>Terapeutik :<br>2. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>Edukasi :<br>3. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br><br>Perawatan sirkulasi (I.02079)<br>Observasi :<br>1. Periksa sirkulasi perifer (CRT, warna kulit, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas<br>Terapeutik<br>4. Lakukan perawatan kaki dan kuku<br>5. Lakukan hidrasi<br>Edukasi<br>6. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki)<br>7. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)<br>8. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilang rasa)<br><br>Intervensi pendukung : Tranfusi darah (I.02089)<br>Observasi<br>1. Identifikasi rencana tranfusi<br>2. Monitor TTV sebelum, selama dan setelah tranfusi<br>Terapeutik<br>3. Lakukan pengecekan ganda pada label darah (golda, rhesus, tgl exp, no seri, jumlah dan identitas)<br>4. Periksa akses IV<br>5. Berikan cairan NaCl 0,9% sebanyak 50-100 | S :<br>Pasien mengatakan badan terasa lemas<br>O :<br>1. Pasien terlihat lemas<br>2. Pasien terlihat pucat<br>3. Hb 6,7 g/dL<br>4. Pasien telah diberikan tranfusi PRC 2 kantong pada jam 17.00 WIB dengan golda O rhesus +<br>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian<br>P ; Intervensi dilanjutkan Perawatan sirkulasi (No 1-7)<br>Tranfusi darah (No 1-11)<br><br>Ketidakstabilan kadar glukosa darah<br>S :<br>1. Pasien mengatakan lemas<br>2. Pasien mengatakan memiliki riwayat DM 15 tahun yll<br>3. Pasien mengatakan akan mengikuti program pengobatan yang telah dianjurkan tenaga medis (senam kaki diabetik selama 20-30 menit) tiap sesinya<br>O :<br>1. Pasien terlihat lemas<br>2. GDS 566 g/Dl<br>3. Injeksi insulin novorapid jam 12.00 18 ui<br>A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan (No 1-6) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ml sebelum tranfusi dilakukan<br>6. Atur kecepatan aliran tranfusi sesuai produk darah 10-15 ml/KgBB dalam 2-4 jam<br>7. Berikan tranfusi dalam waktu maksimal 4 jam<br>8. Hentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi<br>9. Dokumentasi tgl, waktu, jumlah darah, durasi, dan respon tranfusi<br>Edukasi<br>10. Jelaskan tujuan dan prosedur tranfusi<br>11. Jelaskan tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan (gatal, pusing, sesak nafas, nyeri dada)<br><br>Manajemen hiperglikemia (I.03115)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia<br>2. Monitor kadar glukosa darah<br>Terapeutik :<br>3. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap dan atau meningkat<br>Edukasi<br>4. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga<br>5. Ajarkan pengelolaan diabetes (misal : penggunaan insulin)<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian insulin | |
| 5 | Tn.R<br>77 Tahun<br>Laki-laki<br>S1<br>Pensiunan<br>Retensi urine ec invasive urothelial carcinoma buli $T_2N_0M_0$ | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 17 April 2025 jam 12.31 WIB rujukan dari RS Islam Cempaka Putih. Pasien sudah di TURP BT dengan hasil invasive uretholial carcinoma, high grade T2 dan dasar tumor tidak bebas tumor. Pasien mengatakan tidak bisa BAK sejak semalam. Sebelumnya masih bisa BAK namun di sertai warna merah, BAK terputus putus tidak tuntas. TD 141/71 mmHg, N 78x/i, RR 18x/i S 36,3ºC, SpO2 99%. Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% 100 cc+adona 20 tpm. Hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 17 April 2025 jam 13.01 WIB didapatkan data : Hb 7,6 g/dL, Ht 22%, eritrosit 2,7 juta/µL, lekosit 4900/µL, trombosit | 1. Retensi urin<br>2. Perfusi perifer tidak efektif | Kateterisasi urin (I.04148)<br>Observasi<br>1. Periksa kondisi pasien (kesadaran, refleks berkemih, distensi kandung kemih)<br>Terapeutik<br>2. Siapkan peralatan<br>3. Siapkan pasien : bebaskan pakaian bawah dan posisikan dorsal rekumben untuk wanita dan supine untuk pria<br>4. Pasang sarung tangan<br>5. Bersihkan daerah perineal dengan cairan aquades<br>6. Lakukan insersi kateter urin dengan menerapkan prinsip aseptik<br>7. Sambungkan kateter urin dengan urin bag<br>8. Isi balon dengan NaCl 0,9%<br>9. Fiksasi selang kateter diatas paha | **17 April 2025**<br>**Retensi urin**<br>S :<br>1. Pasien mengatakan tidak bisa BAK<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan zikir sesuai arahan perawat<br>O :<br>1. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi relaksasi nafas dalam dan zikir dengan arahan dan bimbingan perawat<br>2. Pasien terpasang DC no 16<br>3. Pemberian obat ketorolac 30 mg pada jam 13.00 WIB<br>A : Masalah retensi urin tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan gangguan eliminasi urin (No 1-7) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 234000/µL. Pada tanggal 10 Februari 2025 jam 13.23 WIB didapatkan nilai ureum 30 mg/dL, kreatinin 0,86 mg/dL, GFR 83,64 ml/menit/1,73m3 (Stg 2). Hasil pemeriksaan CT Scan Abdomen pada tanggal 18 Februari 2025 jam 08.09 WIB didapatkan kesan :<br>• Penebalan dinding posterior vesika urinaria, menyangat pasca pemberian kontras, tepi spiculated dengan indentas ke lumen vesika urinaria sejauh +/- 2.32 cm, DD/ inflamasi, malignansi.<br>• Nefrolithiasis kiri.<br>• Hipertrofi prostate dengan estimasi volume 48.18 cc.<br>• Limfonodi mesenterial, paraaorta, pelvis sampai inguinalis kanan kiri.<br>• Dilatasi aorta abdominalis setinggi corpus vertebra L4 dengan diameter +/- 3cm --> aneurisma.<br>• Aterosklerosis aorta abdominalis, arteri iliaka komunis bilateral, arteri ilaka interna bilateral, arteri ilaka eksterna bilateral.<br>• Multiple lesi blastik di corpus verterba L3, L4, S1, iliaka bilateral --> metastasis.<br>• Spndylosis thoracolumbal disertai degenerative disc disease dan vacum phenomenon pada T12-L1, L2-3, L3-4, L4-5, atensi HNP.<br>Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 17 April 2025 pasien mengatakan tidak bisa BAK.<br>2. RKD<br>Invasive urothelial carcinoma buli (tidak pernah kontrol kembali ke poli karena pasien tidak mau melanjutkan terapi ±1 bulan)<br><br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Tidak ada sumbatan jalan nafas, terdapat suara hembusan nafas. Pasien bernafas secara spontan, nafas cuping hidung (-), RR 18x/i, suara nafas vesikuler di semua lapang paru. TD 141/71, N 78x/i (cepat dan kuat), akral teraba hangat, tugor kulit lembab, CRT ≤3 detik. Tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 dengan E4M6V5, keadaan umum sedang, pupil isokor (ukuran ±2 mm), reaksi pupil terhadap cahaya kiri dan kanan (+).Tidak terdapat edema | | 10. Pastikan kantong urin ditempatkan lebih rendah dari kandung kemih<br>11. Berikan label waktu pemasangan<br>Edukasi<br>12. Jelaskan tujuan dan pemasangan kateter<br>13. Anjurkan menarik nafas saat insersi selang kateter<br><br>Intervensi pendukung :<br>Manajemen eliminasi urin (I.04152)<br>Observasi<br>1. Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urin<br>2. Mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi urin<br>3. Melakukan monitoring eliminasi urin (frek, aroma, volume, dan warna )<br>Terapeutik<br>4. Mencatat haluaran urin<br>Edukasi<br>5. Mengajarkan cara mengukur asupan cairan dan haluaran urin<br>6. Mengajarkan terapi modilitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan<br>Kolaborasi<br>7. Melakukan kolaborasi pemberiam obat<br><br>Manajemen nyeri<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>Terapeutik :<br>2. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>Edukasi :<br>3. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi<br>5. Kolaborasi pemberian obat pereda nyeri<br><br>Perawatan sirkulasi (I.02079)<br>Observasi :<br>1. Periksa sirkulasi perifer (CRT, warna kulit, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM) | Manajemen nyeri (No 1-5)<br><br>Perawatan sirkulasi<br>S :<br>1. Pasien mengatakan badan terasa lemas<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan perawatan kaki dan kulit sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat lemas<br>2. Pasien terlihat pucat<br>3. Hb 7,6 g/dL<br>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian<br>P ; Intervensi dilanjutkan<br>Perawatan sirkulasi (No 1-6) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | pada pasien, pasien tidak terpasang kateter. Tidak bisa BAK sejak semalam, sebelumnya masih bisa BAK namun terputus-putus tidak tuntas disertai warna merah. TB 160 cm BB 55 kg. IMT : 21,48 kg/$m^2$ (Kategori BB normal =18,5 s.d 22,9). BBI : 54 Kg<br><br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (17 April 2025)<br>Hb 7.6 g/dl<br>Ht 22%<br>SGOT 12 U/l<br>SGPT 50 U/l<br>Albumin 3.9 g/dl<br>• CT Scan abdomen (18 Februari 2025)<br>• Penebalan dinding posterior vesika urinaria, menyangat pasca pemberian kontras, tepi spiculated dengan indentas ke lumen vesika urinaria sejauh +/- 2.32 cm, DD/ inflamasi, malignansi.<br>• Nefrolithiasis kiri.<br>• Hipertrofi prostate dengan estimasi volume 48.18 cc.<br>• Limfonodi mesenterial, paraaorta, pelvis sampai inguinalis kanan kiri.<br>• Dilatasi aorta abdominalis setinggi corpus vertebra L4 dengan diameter +/- 3cm --> aneurisma.<br>• Aterosklerosis aorta abdominalis, arteri iliaka komunis bilateral, arteri ilaka interna bilateral, arteri ilaka eksterna bilateral.<br>• Multiple lesi blastik di corpus verterba L3, L4, S1, iliaka bilateral --> metastasis.<br>• Spndylosis thoracolumbal disertai degenerative disc disease dan vacum phenomenon pada T12-L1, L2-3, L3-4, L4-5, atensi HNP.<br>3. Obat-obatan<br>Adona 1x10 mg<br>Ketorolac 3x30 mg | | 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas<br>Terapeutik<br>4. Lakukan perawatan kaki dan kuku<br>5. Lakukan hidrasi<br>Edukasi<br>6. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki)<br>7. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)<br>8. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilang rasa) | |
| 6 | Tn.P<br>66 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Tidak bekerja | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD pada tanggal 23 April 2025 jam 14.46 WIB dengan anemia + tumor buli pro operasi. Pasien sedang toleransi | 1. Nyeri akut<br>2. Perfusi perifer tidak efektif<br>3. Ansietas | Manajemen Nyeri (I..08238)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi respon nyeri non verbal | **23 April 2025**<br>Nyeri akut<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri pada area tengkuk berkurang |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tumor Buli pro TURBT | operasi. Saat ini pasien mengeluh badan terasa lemas dan nyeri pada area tengkuk. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data : nyeri saat beraktivitas dan istirahat seperti nyut-nyutan pada bagian tengkuk skala nyeri 5 (sedang) dirasakan hilang timbul dengan durasi ±5 menit. Pasien mengatakan tidak mengalami mual dan muntah. BAK berdarah sudah tidak, namun sebelumnya pernah riwayat BAK berdarah. Hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 23 April 2025 jam 15.05 WIB didapatkan data : Hb 6,1 g/dL, Ht 21%, eritrosit 3,0 juta/µL, lekosit 10750/µL, trombosit 392000/µL. Hasil ECHO pada tanggal 23 April 2025 didapatkan kesimpulan : Kontraktilitas fungsi LV baik. Fungsi sistolik RV baik. LVH konsentrik. Global normokinetik. AR mild. MR mild. Disfungsi diastolik grade I dengan normal LAP. Tidak tampak efusi perikardium, SEC, dan thrombus dari TTE. Hasil pemeriksaan pada tanggal 10 April 2025 jam 12.34 WIB didapatkan nilai : SGOT 15 U/L, SGPT 8 U/L, Ureum 25 mg/dL, kreatinin 1,35 mg/dL, GFR 54,70 ml/menit/1,73m3, natrium 145 mmol/L, kalium 4,7 mmol/L, klorida 113 mmol/L. Hasil pemeriksaan radiografi pada tanggal 10 April 2025 jam 11.59 WIB didapatkan kesimpulan : TB paru lama kesan aktif disertai komponen ateletaksis. Dilatasi disertai elongasi aorta. Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung. Hasil pemeriksaan penunjang CT Scan abdomen pada tanggal 28 Februari 2025 jam 07.44 WIB didapatkan kesimpulan :<br>• Massa solid intralumen vesika urinaria aspek inferolateral kiri hingga superolateral kiri yang mengobstruksi ostium vesicoureteral junction kiri mengakibatkan hidronefrosis ringan ginjal kiri.<br>• Multiple limfadenopati pada regio parailliaka bilateral dan inguinal bilateral.<br>• Multiple kista simpleks ginjal bilateral (Bosniak I)<br>• Hipertrofi prostat dengan estimasi volume : 38 cc.<br>• Anterolisthesis corpus VL 4 terhadap VL 5 Grade II (Meyerding classification). | | 3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Anjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri<br>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>11. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi<br><br>Perawatan sirkulasi (I.02079)<br>Observasi :<br>1. Periksa sirkulasi perifer (CRT, warna kulit, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas<br>Terapeutik<br>4. Lakukan perawatan kaki dan kuku<br>5. Lakukan hidrasi<br>Edukasi<br>6. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki)<br>7. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)<br>8. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilang rasa)<br><br>Reduksi ansietas (I.09314)<br>Observasi<br>1. Monitor tanda-tanda ansietas<br>Terapeutik<br>2. Pahami situasi yang membuat ansietas<br>3. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang<br>Edukasi | 2. Dari hasil pengkajian didapatkam data :<br>P : Saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyut-nyutan<br>R : Tengkuk<br>S : Skala 5 (sedang)<br>T : Hilang timbul ±5 menit<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat<br>O :<br>1. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi relaksasi nafas dalam dengan arahan dan bimbingan perawat<br>2. Pasien terlihat meringis<br>3. Pemberian obat PCT 1 gr pada jam 15.00 WIB<br>A : Masalah nyeri akut tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen nyeri (No 1-10)<br>Perfusi perifer tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan badan terasa lemas<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan perawatan kaki dan kulit sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat lemas<br>2. Pasien terlihat pucat<br>3. Hb 6,1 g/dL<br>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian<br>P ; Intervensi dilanjutkan<br>Perawatan sirkulasi (No 1-6)<br><br>Ansietas<br>S :<br>1. Pasien mengatakan cemas berkurang<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan zikir sesuai yang diajarkan perawat untuk mengurangi rasa cemas<br>O :<br>1. Pasien terlihat lebih rileks atau tenang<br>2. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan bimbingan perawat<br>A : Masalah ansietas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan No (1-6) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | • Spondylosis lumbalis disertai degenerative disc disease.<br>Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 23 April 2025 jam 15.00 WIB pasien mengatakan nyeri pada daerah tengkuk dan badan terasa lemas. Dari hasil pengkajian nyeri dadapatkan data : nyeri saat beraktivitas dan istirahat seperti nyut-nyutan pada bagian tengkuk skala nyeri 5 (sedang) dirasakan hilang timbul dengan durasi ±5 menit. Pasien mengatakan cemas karena akan dilakukan tindakan operasi.<br>2. RKD<br>Pasien tidak memiliki riwayat penyakit HT, HT maupun asam urat. Pasien belum pernah melakukan tindakan operasi sebelumnya.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Tidak ada sumbatan jalan nafas, terdapat suara hembusan nafas. Pasien bernafas secara spontan, nafas cuping hidung (-), RR 18x/i, suara nafas vesikuler di semua lapang paru. TD 158/94 mmHg, N 86x/i (cepat dan kuat), akral teraba dingin, tugor kulit lembab, CRT ≥3 detik. Tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS 15 E4M6V5, keadaan umum sedang, pupil isokor (ukuran ±2 mm), reaksi pupil terhadap cahaya kiri dan kanan (+).Tidak terdapat edema pada pasien, pasien tidak terpasang kateter.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lb (10 April 2025)<br>SGOT 15 U/l<br>SGPT 8 U/l<br>Albumin 3.9 g/dl<br>• Lab (23 April 2025)<br>Hb 6.1 g/dl<br>• Echo (23 April 2025)<br>Kontraktilitas fungsi LV baik.<br>Fungsi sistolik RV baik.<br>LVH konsentrik.<br>Global normokinetik.<br>AR mild.<br>MR mild.<br>Disfungsi diastolik grade I dengan normal LAP.<br>Tidak tampak efusi perikardium, SEC, dan thrombus dari TTE<br>• CT Scan abdomen (28 Februari 2025) | | 4. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami<br>5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan<br>**6.** Latih teknik relaksasi | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | • Massa solid intralumen vesika urinaria aspek inferolateral kiri hingga superolateral kiri yang mengobstruksi ostium vesicoureteral junction kiri mengakibatkan hidronefrosis ringan ginjal kiri.<br>• Multiple limfadenopati pada regio parailliaka bilateral dan inguinal bilateral.<br>• Multiple kista simpleks ginjal bilateral (Bosniak I).<br>• Hipertrofi prostat dengan estimasi volume : 38 cc.<br>• Anterolisthesis corpus VL 4 terhadap VL 5 Grade II (Meyerding classification).<br>• Spondylosis lumbalis disertai degenerative disc disease<br>3. Obat-obatan<br>PCT 3x1gr<br>IVFD 500 ml/24 jam | | | |
| **3 KASUS KELOLAAN ICU** | | | | | |
| **No** | **Identitas** | **Data** | **Diagnosa keperawatan** | **Intervensi keperawatan** | **Evaluasi** |
| 1 | Tn.M<br>72 Tahun<br>Laki-laki<br>S1<br>Pensiunan<br>POD H+1 Radikal Nefrektomi kiri a/i Tumor ginjal kiri | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang melalui poli bedah urologi pada tanggal 04 Mei 2025 pada jam 09.30 WIB dengan rencana operasi open nefrektomi sinistra pada tanggal 05 Mei 2025. Kemudian pasien masuk ke ruang rawat inap bedah Pavilliun Eri Soedewo lantai 5 kamar no 511 dengan keluhan cemas karena akan dilakukan tindakan operasi besok. Pasien mengeluhkan nyeri pinggang kiri memberat sekitar 3 bulan SMRS. Keluhan nyeri dengan skala 4-5 (nyeri sedang) yang dirasakan hilang timbul ±15 menit saat beraktivitas dan istirahat yang dirasakan seperti nyut-nyutan, membaik dengan pemberian obat. Nyeri yang dirasakan tidak menjalar. Riwayat penurunan berat badan tidak ada. BAK normal, tidak ada hematuria. Keluhan demam berulang tidak ada. Pasien mengatakan belum pernah mendapatkan terapi maupun operasi apapun untuk ginjalnya. Nafsu makan saat ini baik. TD 118/89 N 82x/i RR 18x/i S 36,7ºC. Hasil pemeriksaan CT Scan dengan kontras CT abdomen whole/ atas bawah pada tanggal 27 Februari 2025 didapatkan hasil : | Pre tindakan :<br>1. Nyeri akut<br>2. Anisetas<br>Intra tindakan :<br>Risiko perdarahan<br>Post tindakan :<br>1. Risiko ketidakseimbangan cairan<br>2. Risiko infeksi | Pre tindakan :<br>1. Nyeri akut<br>Manajemen Nyeri (I..08238)<br>Observasi :<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal<br>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri<br>Terapeutik :<br>4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: rileksasi nafas dalam)<br>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>6. Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat<br>7. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>8. Melakukan kolaborasi pemberian obat | Pre tindakan<br>Ruang ranap (05 Mei 2025)<br>1. Nyeri akut<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang kiri<br>2. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat beraktivitas dan istirahat<br>Q : Nyeri yang dirasakan nyut-nyutan<br>R : Nyeri pada bagian pinggang kiri<br>S : Dari 1-10, skala nyeri 4 (nyeri sedang)<br>T : Nyeri dirasakan hilang timbul ± 10 menit<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam sesuai yang telah dianjurkan perawat untuk mengurasi nyeri yang dirasakan<br>O :<br>1. Pasien terlihat meringis<br>2. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan bimbingan perawat<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | • Massa kistik berseptasi tanpa kalsifikasi melibatkan pelvis renalis kiri, kaliks mayor dan minor ginjal kiri, sebagian kortikal ginjal kiri dengan penipisan dinding korteks, ureter proksimal kiri, ateri dan vena renalis kiri, menyangat pasca kontras pada tepinya dengan ukuran keseluruhan +/- 5.84 x 9.22 x 9.16 cm, disertai fat stranding disekitarnya, dapat sesuai dengan RCC, DD/ policystic renal.<br>• Multiple simple cyst ginjal kiri (Bosniak I).<br>• Hipertrofi prostate dengan estimasi volume 27.52 cc.<br>• Limfonodi mesenterial, paraaorta sampai pelvis.<br>• Aterosklerosis aorta abdominalis, arteri iliaka komunis bilateral, arteri ilaka interna bilateral, arteri ilaka eksterna bilateral.<br>• Spondylosis lumbalis disertai degenerative disc disease dan vacum phenomenon di L4-5, atensi HNP.<br>Hasil pemeriksaan renogram+GFR pada tanggal 20 Februari 2025 didapatkan hasil : Fungsi kedua ginjal kurang terutama ginjal kiri.Tampak gambaran kurva obstruksi pada ginjal kiri. Hasil pemeriksaan radiografi thorax pada tanggal 09 April 2025 didapatkan kesan : Elongasi dan kalsifikasi aorta. Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan paru. Hasil pemeriksaan AGD pada tanggal 05 Mei 2025 didapatkan hasil : (pH 7,417 mmHg, pCO2 31,1 mmHg, HCO3 20,2 mmHg). Pasien puasa dari jam 03.00 WIB kemudian dilakukan tindakan operasi pada jam 12.45 WIB s.d 15.30 WIB kemudian pada jam 16.10 WIB pasien dipindahkan ke ruang ICU dengan kondisi masih belum sadar penuh (efek anestesi) terpasang nefrostomi kiri, terpasang DC no 16 produksi 200 cc warna kuning, IVFD RL dan terpasang alat bantu pernafasan nasal kanul 4 lpm. Pasien membutuhkan monitoring hemodinamik ketat. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 05 Mei 2025 pasien belum sadar penuh karena masih dalam pengaruh anestesi. Pasien terpasang nefrostomi kiri, terpasang DC no 16 dengan produksi urin | | sesuai indikasi<br>2. Ansietas<br>Reduksi ansietas (I.09314)<br>Observasi<br>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stressor)<br>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan<br>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)<br>Terapeutik<br>4. Pahami situasi yang membuat ansietas<br>5. Dengarkan dengan penuh perhatian<br>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan<br>7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang<br>Edukasi<br>8. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami<br>9. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis<br>10. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien<br>11. Latih teknik relaksasi<br>Kolaborasi<br>12. Kolaborasi pemberian obat ansietas jika perlu<br><br>Intra tindakan :<br>Risiko perdarahan<br>Pencegahan perdarahan (I.02067)<br>Observasi<br>1. Monitor tanda dan gejala perdarahan<br>2. Monitor nilai Ht atau Hb sebelum dan sesudah kehilangan darah<br>3. Monitor TTV<br>4. Monitor koagulasi (misal : prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT)<br>Terapeutik<br>5. Pertahankan bedrest selama perdarahan<br>Edukasi<br>6. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan<br>7. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K<br>8. Anjurkan meningkatkan asupan cairan<br>Kolaborasi | P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen nyeri (No 1-7)<br><br>2. Ansietas<br>S :<br>1. Pasien mengatakan cemas karena akan melakukan tindakan operasi<br>2. Pasien mengatakan terus berdoa kepada Allah untuk kesembuhannya<br>3. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan zikir sesuai anjuran perawat untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan<br>4. Pasien mengatakan selalu ditemani oleh keluarganya selama di RS (istri dan anak-anaknya<br><br>O :<br>1. Pasien terlihat pucat<br>2. Pasien terlihat gelisah<br>3. Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dan zikir sesuai arahan perawat<br>A : Masalah ansietas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Reduksi ansietas (No 1-11)<br><br>Intra tindakan<br>Risiko perdarahan<br>S :<br>-<br>O :<br>1. TD 110/79 mmHg, N 81x/i, RR 19x/i, S 36,8ºC<br>2. BC -500 ml<br>Cairan yang masuk : 2000 ml<br>Kristaloid 1500 ml<br>Gelofusin 500 ml<br>Cairan yang keluar : 1500 ml<br>Urine 200 ml<br>Perdarahan 1300 ml<br>A : Masalah risiko perdarahan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Pencegahan perdarahan (No 1-4)<br><br>Post tindakan H+0<br>Di ruang ICU (05 Mei 2025) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 200 cc warna kuning, IVFD RL dan terpasang alat bantu pernafasan nasal kanul 4 lpm. TD 138/88 mmHg, HR 85x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC SpO2 99%.<br>2. RKD<br>Pasien mengatakan pernah menjalani operasi sinusitis pada 1995 di RS Gandaria. Pasien memiliki riwayat darah tinggi ≥ 15 tahun dan minum obat ketika mengalami keluhan saja serta jarang kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien belum sadar penuh karena masih dalam pengaruh efek anestesi. Pasien POD H+0 radikal nefrektomi kiri a/i tumor ginjal kiri. Tingkat kesadaran pasien sopor dengan nilai GCS E2M2V2. Nafas cuping hidung (-). CRT ≤3 detik. Konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 138/88 mmHg, HR 85x/i, RR 19x/i, S 36,5ºC SpO2 99% pasien terpasang alat bantu pernafasan jenis nasal kanul 4lpm. TB 150 cm BB 45 kg. IMT : 20,0 kg/m$^2$ (Kategori BB normal =18,5 s.d 22,9). BBI 54 Kg. Kebutuhan energi 1600 kkal/hari (protein 80 gr, lemak 44,4 gr, karbo 220 gr). Pasien mendapatkan diet biasa 3x sehari. IVFD 2000. Urin 200 ml. perdarahan 1300 ml. BC -500 ml.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (05 Mei 2025)<br>Hb 11.3 g/dl<br>Ht 33%<br>Eritrosit 3.9 juta/ul<br>Leukosit 12740/ul<br>Ureum 34 mg/dl<br>Kreatinin 0.92 mg/dl<br>GFR 82.80 ml/mnt<br>Albumin 2.7 g/dl<br>• Thorax (09 April 2025)<br>Elongasi dan kalsifikasi aorta.<br>Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan paru.<br>• CT Scan abdomen (27 Februari 2025)<br>• Massa kistik berseptasi tanpa kalsifikasi melibatkan pelvis renalis kiri, kaliks mayor dan minor ginjal kiri, sebagian kortikal ginjal kiri | | 9. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan<br><br>Post tindakan :<br>. Risiko ketidakseimbangan caian<br>**Manajemen cairan (I.03098)**<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi<br>2. Monitor BB sebelum HD dan post HD<br>3. Monitor hasil pemeriksaan lab<br>Terapeutik<br>4. Catat BC<br>5. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian diuretik<br>**Intervensi pendukung : Pencegahan perdarahan (I.02067)**<br>Observasi<br>1. Monitor tanda dan gejala perdarahan<br>2. Monitor nilai Ht atau Hb sebelum dan sesudah kehilangan darah<br>3. Monitor TTV<br>4. Monitor koagulasi (misal : prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT)<br>Terapeutik<br>5. Pertahankan bedrest selama perdarahan<br>Edukasi<br>6. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan<br>7. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K<br>8. Anjurkan meningkatkan asupan cairan<br>Kolaborasi<br>9. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan<br><br>0. Risiko infeksi<br>**Pencegahan Infeksi (I.14539)**<br>Observasi<br>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik<br>Terapeutik<br>2. Batasi jumlah pengunjung<br>3. Berikan perawatan kulit pada area edema<br>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan | 1. Risiko ketidakseimbangan cairan<br>S :<br>Pasien masih belum sadar penuh karena dalam pengaruh efek anestesi<br>O :<br>8. Pasien belum sadar penuh karena masih dalam pengaruh efek anestesi.<br>9. Pasien POD H+1 radikal nefrektomi kiri a/i tumor ginjal kiri.<br>10. Tingkat kesadaran pasien sopor dengan nilai GCS E2M2V2.<br>11. TD 110/79 mmHg, N 81x/i, RR 19x/i, S 36,8ºC<br>12. Pemberian obat asam tranexamat 500 mg rute IV pada jam 16.30 WIB<br>13. BC -500 ml<br>Cairan yang masuk : 2000 ml<br>Kristaloid 1500 ml<br>Gelofusin 500 ml<br>Cairan yang keluar : 1500 ml<br>Urine 200 ml<br>Perdarahan 1300 ml<br>A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen cairan (No 1-4)<br>Pencegahan perdarahan (No 1-9)<br><br>2. Risiko infeksi<br>S :<br>Pasien saat ini belum sadar penuh karena masih dalam pengaruh obat anestesi<br>O :<br>1. Pasien belum sadar penuh karena masih dalam pengaruh efek anestesi.<br>2. Pasien POD H+1 radikal nefrektomi kiri a/i tumor ginjal kiri.<br>3. Tingkat kesadaran pasien sopor dengan nilai GCS E2M2V2<br>4. Terdapat luka post operasi pada pinggang kiri tertutup kassa bersih tidak ada rembesan<br>5. Pasien terpasang nefrostomi pada pinggang kiri<br>A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Pencegahan infeksi (No 1-11)<br>Perawatan luka inisisi (No 1-11) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | dengan penipisan dinding korteks, ureter proksimal kiri, ateri dan vena renalis kiri, menyangat pasca kontras pada tepinya dengan ukuran keseluruhan +/- 5.84 x 9.22 x 9.16 cm, disertai fat stranding disekitarnya, dapat sesuai dengan RCC, DD/ policystic renal.<br>• Multiple simple cyst ginjal kiri (Bosniak I).<br>• Hipertrofi prostate dengan estimasi volume 27.52 cc.<br>• Limfonodi mesenterial, paraaorta sampai pelvis.<br>• Aterosklerosis aorta abdominalis, arteri iliaka komunis bilateral, arteri ilaka interna bilateral, arteri ilaka eksterna bilateral.<br>• Spondylosis lumbalis disertai degenerative disc disease dan vacum phenomenon di L4-5, atensi HNP.<br>3. Obat-obatan<br>IVFD NaCl 1500 ml/24 jam<br>Anbacim 2x1 gr<br>OMZ 2x1<br>PCT 3x1 gr<br>Asam tranexamat 3x500 mg | | pasien<br>5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien<br>Edukasi<br>6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi<br>7. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar<br>8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi<br>9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi<br>10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan<br>Kolaborasi<br>11. Kolaborasi pemberian obat<br>**Intervensi tambahaan : Perawatan area insisi (I.14558)**<br>Observasi<br>1. Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda-tanda dehisen atau eviserasi<br>2. Identifikasi karakteristik drainase<br>3. Monitor proses penyembuhan area insisi<br>4. Monitor tanda dan gejala infeksi<br>Terapeutik<br>5. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat<br>6. Usap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih<br>7. Bersihkan area di sekitar tempat drainase<br>8. Berikan salep antiseptik K/P<br>9. Ganti balutan sesuai jadwal<br>Edukasi<br>10. Jelaskan prosedur kepada pasien<br>11. Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi<br>12. Ajarkan cara merawat area insisi | Post tindakan H+1 (06 Mei 2025)<br>18. Nyeri akut<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang kiri. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat aktivitas dan istirahat<br>Q : Nyeri dirasakan seperti nyut-nyutan<br>R : Nyeri pada bagian pinggang kiri<br>S : Dari 1-10, skala nyeri 4<br>T : Nyeri dirasakan hilang timbul<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi otot progresif untuk mengatasi nyeri sesuai yang telah diajarkan perawat<br>3. Pasien mengatakan post operasi nefrektomi hari kedua<br>O :<br>1. Tingkat kesadaran CM dengan nilai GCS E4M6V5<br>2. Pasien terlihat meringis<br>3. TD 138/86 mmHjg, N 79x/i, RR 17x/i, S 36,9ºC<br>4. Pemberian PCT 1 gr pada jam 17.00 WIB<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen nyeri (No 1-8) >> bila hemodinamik pasien stabil a.i dokter DPJP pindah ke ruang biasa<br>19. Risiko perdarahan<br>S :<br>Pasien mengatakan minum 1000 cc/24 jam<br>O :<br>1. Tingkat kesadaran CM dengan nilai GCS E4M6V5<br>2. TD 110/79 mmHjg, N 81x/i, RR 19x/i, S 36,8ºC<br>3. Pemberian obat asam tranexamat 500 mg rute IV pada jam 16.30 WIB<br>4. BC/7 jam -620 ml<br>A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen cairan (No 1-4) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Pencegahan perdarahan (No 1-9)<br>>> bila hemodinamik pasien stabil a.i dokter DPJP pindah ke ruang biasa<br><br>20. Risiko infeksi<br>S :<br>Pasien mengatakan telah mengetahui 6 langkah cuci tangan yang benar sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Tingkat kesadaran CM dengan nilai GCS E4M6V5<br>2. Terdapat luka post operasi pada pinggang kiri tertutup kassa bersih tidak ada rembesan<br>3. Pasien terpasang nefrostomi pada pinggang kiri dengan produksi 300 ml<br>A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Pencegahan infeksi (No 1-11)<br>Perawatan luka inisisi (No 1-11)<br>>> bila hemodinamik pasien stabil a.i dokter DPJP pindah ke ruang biasa<br><br>Post tindakan di ruang ranap (07 Mei 2025)<br>1. Nyeri akut<br>Pasien di pindahkan ke ruang perawatan pav.Eri Soedewo lantai 5 pada tanggal 06 Mei 2025 jam 18.18 WIB)<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang kiri. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat aktivitas dan istirahat<br>Q : Nyeri dirasakan seperti nyut-nyutan<br>R : Nyeri pada bagian pinggang kiri<br>S : Dari 1-10, skala nyeri 2<br>T : Nyeri dirasakan hilang timbul<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi otot progresif unutk mengatasi nyeri sesuai yang telah diajarkan perawat<br>3. Pasien mengatakan post operasi nefrektomi hari ketiga<br>O :<br>1. Pasien terlihat meringis |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 2. TD 121/86 mmHg, N 75x/i, RR 19x/i, S 36,6ºC<br>3. Pemberian PCT 1 gr pada jam 17.00 WIB<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen nyeri (No 1-8)<br><br>2. Risiko infeksi<br>Pasien di pindahkan ke ruang perawatan pav.Eri Soedewo lantai 5 pada tanggal 06 Mei 2025 jam 18.18 WIB)<br>S :<br>Pasien mengatakan telah mengetahui 6 langkah cuci tangan yang benar sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Terdapat luka post operasi pada pinggang kiri tertutup kassa bersih tidak ada rembesan<br>2. Pasien terpasang nefrostomi pada pinggang kiri dengan produksi 200 ml<br>A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Pencegahan infeksi (No 1-11)<br>Perawatan luka inisisi (No 1-11)<br><br>08 Mei 2025<br>21. Nyeri akut<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang kiri. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat aktivitas dan istirahat<br>Q : Nyeri dirasakan seperti nyut-nyutan<br>R : Nyeri pada bagian pinggang kiri<br>S : Dari 1-10, skala nyeri 2<br>T : Nyeri dirasakan hilang timbul<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi otot progresif unutk mengatasi nyeri sesuai yang telah diajarkan perawat<br>3. Pasien mengatakan post operasi hari keempat<br>O :<br>1. Pasien terlihat meringis |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 2. TD 110/86 mmHg, N 75x/i, RR 19x/i, S 36,6ºC<br>3. Pemberian PCT 1 gr pada jam 17.00 WIB<br>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen nyeri (No 1-8)<br><br>22. Risiko infeksi<br>S :<br>Pasien mengatakan telah mengetahui 6 langkah cuci tangan yang benar sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Terdapat luka post operasi pada pinggang kiri tertutup kassa bersih tidak ada rembesan<br>2. Pasien terpasang nefrostomi pada pinggang kiri dengan produksi 200 ml<br>A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Pencegahan infeksi (No 1-11)<br>Perawatan luka inisisi (No 1-11)<br><br>09 Mei 2025<br>4. Nyeri akut<br>S :<br>1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang kiri. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data :<br>P : Nyeri saat aktivitas dan istirahat<br>Q : Nyeri dirasakan seperti nyut-nyutan<br>R : Nyeri pada bagian pinggang kiri<br>S : Dari 1-10, skala nyeri 2<br>T : Nyeri dirasakan hilang timbul<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi otot progresif unutk mengatasi nyeri sesuai yang telah diajarkan perawat<br>3. Pasien mengatakan post operasi hari kelima<br>O :<br>1. Pasien terlihat meringis<br>2. TD 110/86 mmHg, N 75x/i, RR 19x/i, S 36,6ºC<br>3. Pemberian PCT 1 gr pada jam 17.00 WIB<br>A : Masalah nyeri akut teratasi |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | P : Intervensi dihentikan<br>Manajemen nyeri (No 1-8)<br>>> Bila hemodinamik stabil besok rencana pulang oleh DPJP<br><br>5. Risiko infeksi<br>S :<br>Pasien mengatakan telah mengetahui 6 langkah cuci tangan yang benar sesuai yang telah diajarkan perawat<br>O :<br>1. Terdapat luka post operasi pada pinggang kiri tertutup kassa bersih tidak ada rembesan<br>2. Pasien terpasang nefrostomi pada pinggang kiri dengan produksi 200 ml<br>3. Hasil lab tgl 09 April 2025<br>Lekosit 6560/µL<br>A : Masalah risiko infeksi teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br>Pencegahan infeksi (No 1-11)<br>Perawatan luka inisisi (No 1-11)<br>>> Bila hemodinamik stabil besok rencana pulang oleh DPJP |
| 2 | Tn.M<br>53 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Swasta<br>Respiratory failure, sepsis ec pneumonia, CKD on HD | Subjektif<br>3. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 13 Mei 2025 pada jam 17.56 WIB dengan keluhan demam disertai menggigil yang dirasakan semakin memberat sejak 3 hari SMRS. TD 178/96 mmHg, N 87x/i, RR 24x/i, S 38,3ºC, SpO2 99%.<br>Rencana tindakan :<br>• Ro Thorax<br>• Siapkan PRC 2 labu » Intra HD<br>• HD besok tanggal 14 Mei 2025 dengan akses CDL dengan tip distal setinggi Th7-8 proyeksi atrium kanan.<br>• Kultur sputum MO gram K/R<br>• Cefoperazone sulbactam 2x1 gram IV<br>Pada tangga 14 Mei 2025 jam 01.37 WIB pasien dipindahkan ke ruang perawatan pav. Darmawan dengan KU lemah, tingkat kesadaran CM dengan nilai GCS E4M6V5. TD 130/70 mmHg, N 80x/i, RR 20x/i, S 36,5ºC, SpO2 99%. Pasien terpasang heplock. Pitting edema +1 pada kedua tungkai kaki. Pasien | 1. Gangguan pertukaran gas<br>2. Penurunan curah jantung<br>3. Hypervolemia | Dukungan ventilasi (I.01002)<br>Observasi<br>1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas<br>2. Monitor status respirasi dan oksigenasi (frek dan kedalaman nafas, bunyi nafas tambahan, SpO2)<br>Terapeutik<br>3. Pertahankan kepatenan jalan nafas<br>4. Berikan posisi semifowler atau fowler<br>5. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (misal NC, NRM, RM)<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian bronkodilator<br><br>Perawatan jantung (I.02075)<br>Observasi<br>1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (dyspnea, edema, peningkatan CVP)<br>2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (hepatomegaly, ronkhi basah, palpitasi, distensi vena jugularis) | 19 Mei 2025<br>4. Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>O :<br>1. Tingkat kesadaran sedasi dengan nilai GCS E2M3Vett<br>2. Pasien terlihat sesak nafas<br>3. Pernafasan kussmaul<br>4. Ronki +/+<br>5. Melakukan suction pada jam 09.07 WIB<br>6. Resp: on vent, SIMV VC VT 400, Peep 5 PS 11, FiO2 60%, RR 14/19x/mnt, SpO2 99%<br>A : Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen jalan nafas (No 1-8)<br><br>5. Penurunan curah jantung<br>S :<br>1. Pasien tidak dapat dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | mengatakan sesak nafas, batuk berdahak, demam. Ronkhi +/+.<br>Rencana pelayanan :<br>• Azhitromycin 1x500 mg<br>• NAC 1x600 mg<br>Kemudian pada jam 15.58 WIB pasien sedang melakukan tindakan HD dengan akses CDL tunnel, akses lancar, tidak ada tanda-tanda infeksi dengan TD 149/87 mmHg, N 84x/i, S 36,5ºC, RR 20x/i. TD 5 jam, Qb 175, Qd 500, heparin minimal, UFG 2000. Kemudian pada saat intra HD masuk PRC 500cc premed dexa 1 amp. Pada tanggal 15 Mei 2025 jam 13.50 WIB TD 109/63 mmHg, N 48x/i, RR 20x/i, S 36,3ºC, SpO2 97% dengan O2 NC 3 lpm. Loading NS 200 cc. pasien diberikan sulfat atropin 1 mg, jika selama 5 menit nadi < dari 50 x/menit masuk SA 1 mg diulang kembali (setelah 5 menit pemberian N 52x/i). Pada tanggal 16 Mei 2025 jam 16.00 WIB pasien terpasang Generator Temporary Pacemaker di femoralis kanan dengan HR 50, Output 3, Sense 4. Nyeri (+) pada daerah post puncture di femoralis kanan<br>Rencana pelayanan :<br>• Obs TTV<br>• EKG/hari<br>• Rencana Echo besok<br>• Cek lab darah lengkap<br>• Holter 24 jam<br>• Sebelum PPM, injeksi ampicilin sulbactam 1 x 1,5 gr bila ureum kreatinin bagus, jika ureum kreatinin tinggi berikan ceftriaxon 1 x 2 gr<br>• Ca glukonas 4 gram dalam 100cc D5% habis dalam 1 jam IV sekarang<br>• Drip heparin 1x5000 unit /24 jam diberikannya sebelum atau sesudah HD dan therapi dari jantung uperio 2x50 mg<br>Pada tanggal 17 Mei 2025 post HD kemarin saat di ruangan pasien sesak nafas, batuk, demam, nyeri dada » drip lasix. Pada tanggal 18 Mei 2025 sesak semakin bertambah » konsul ICU kemudian pada jam 21.28 WIB pasien dipindahkan ke ruang ICU membutuhkan monitoring hemodinamik ketat dan support vent dengan KU TSB tingkat kesadaran sedasi dengan nilai GCS E2M3Vett, pupil isokor, 2/2 mm, RC +/+. TD 151/79 mmHg, N 81x/i. On vent, SIMV VC VT 400, Peep 5 PS 11, FiO2 | | 3. Monitor TD<br>4. Monitor BC<br>5. Monitor SpO2<br>6. Monitor EKG<br>Terapeutik<br>7. Posisikan semifowler<br>8. Berikan oksigen untuk mempertahankan SpO2 >94%<br>Edukasi<br>9. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output<br>Kolaborasi<br>10. Rujuk ke program rehab jantung<br><br>Intervensi pendukung : Manajemen syok kardiogenik (I.02051)<br>Observasi<br>1. Monitor status kardiopulmonal (frek dan kekuatan nadi, RR, TD)<br>2. Monitor SpO2<br>3. Monitor status cairan (BC, Tugor kulit, CRT)<br>4. Monitor tingkat kesadaran dan pupil<br>5. Monitor EKG<br>Terapeutik<br>6. Pertahankan jalan nafas<br>7. Berikan oksigen untuk mempertahankan SpO2 >94%<br>Kolaborasi<br>8. Kolaborasi pemberian vasopressor (misal : dopamine) jika TDS 70-100 mmHg disertai tanda dan gejala syok<br><br>Hypervolemia<br>Manajemen hypervolemia (I.03114)<br>Observasi<br>1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (misal : ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)<br>2. Identifikasi penyebab hypervolemia<br>3. Monitor status hemodinamik<br>4. Monitor intake dan output cairan<br>5. Monitor tanda hemokonsentrasi (misal : kadar natrium, BUN, Ht, BJ urin)<br>6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (misal : kadar protein dan albumin meningkat)<br>Terapeutik | 3. Keluarga pasien ,engatakan sudah mengetahui bagaimana cara menghitung intake dan outpur pasien sesuai yang telah dijelaskan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pitting edema +1 pada kedua tungkai kkai pasien<br>3. CVP +12 cmH2O<br>4. Ronkhi +/+<br>5. TD 174/92 mmHg, N 64x/i<br>6. Resp: on vent, SIMV VC VT 400, Peep 5 PS 11, FiO2 60%, RR 14/19x/mnt, SpO2 99%<br>7. Tingkat kesadaran sedasi dengan nilai GCS E2M3Vett<br>8. Pupil isokor, 2/2 mm, RC +/+<br>9. Telah diberikan obat uperio 50 mg pada jam 12.00 WIB<br>A : Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Perawatan jantung (No 1-9)<br>Manajemen syok kardiogenik (No 1-5)<br><br>6. Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. BC +450<br>3. Hasil lab tgl 16 Mei 2025<br>GFR 4,28 ml/menit/1,73m3<br>Kreatinin 11,92 mg/dL<br>A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen hipervolemia (No 1-11)<br><br>20 Mei 2025<br>1. Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>O :<br>1. Tingkat kesadaran sedasi dengan nilai GCS E2M3Vett |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 60%, RR 14/24x/mnt, SpO2 99%. Ronkhi +/+. Pasien terpasang NGT, residu tidak ada. Terpasang DC. Skala nyeri comfort 18. Terpasang ETT no 7,5 dengan BB 21 cm, produksi slem (+), warna putih, kental, jumlah banyak, refleks batuk adekuat. Terpasang CVC di jugularis sinistra, CVP+19cmH2O.<br>Rencana pelayanan :<br>IVFD :<br>Heparin 5000/24 1 cc/jam<br>Lasix 7.5mg/ jam<br>Obat :<br>Cefoperazon (6) 3x 1 gr sesuai dpjp<br>Omeprazol 2 x 40 iv<br>Azhitromycin (5) 1x500mg<br>Metronidazole (4) 3x500 mg<br>NAC 1x600mg<br>Jardiance 1x25mg<br>Uperio 2x50mg<br>Amlodipin 1x10<br>Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 Mei 2025 jam 10.00 WIB pasien sulit dikaji secara verbal. Pasien DPO. Tingkat kesadaran pasien sedasi dengan nilai GCS E2M4Vett. Respirasi On ventilator Mode Vc-SIMV, Peep:+5, RR:12, Fio2:80%, VT:360, PS:7. TD : 132/70 mmHg, HR: 78x/menit, S: 36'C, RR : 18x/menit, SaO2 :98%. Skala nyeri comfort : 18. Pupil 2/2, Reflek cahaya (+). Terpasang ETT no 7,5 dengan BB 21cm, produksi slem (+), warna putih, kental, jumlah banyak, refleks batuk adekuat. Terpasang NGT, residu tidak ada. Terpasang kateter urine, produksi minimal. Terpasang TPM di femur dextra (Mode SSi, Rate 70, Brust 60, Amp 3 , Sensitivitas 4). Terpasang CVC di Jugularis sinistra, CVP+12cmH2O<br>IVFD :<br>- Propofol (200/20) ~ 2 ml/jam<br>- Heparin (5000/24) ~ 1 ml/jam<br>- Miloz (45/45) ~ 3ml/jam<br>- Fentanyl (300/30) ~ 2ml/jam<br>Intake/7jam : 563 cc<br>Output/7jam : 1767.5 cc<br>Diuresis/7 jam : 0cc<br>Balance Cairan/7 jam : -1204.5cc<br>4. RKD | | 7. Batasi asupan cairan dan garam<br>8. Tinggikan kepala 30-40 derajat<br>Edukasi<br>9. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam<br>10. Ajarkan cara membatasi asupan cairan<br>11. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin<br>Kolaborasi<br>12. Kolaborasi pemberian diuretik | 2. Pasien terlihat sesak nafas<br>3. Pernafasan kussmaul<br>4. Ronki +/+<br>5. Melakukan suction pada jam 09.07 WIB<br>6. Resp: on vent, SIMV VC VT 400, Peep 5 PS 11, FiO2 60%, RR 14/19x/mnt, SpO2 99%<br>A : Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen jalan nafas (No 1-8)<br><br>2. Penurunan curah jantung<br>S :<br>1. Pasien tidak dapat dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>3. Keluarga pasien ,engatakan sudah mengetahui bagaimana cara menghitung intake dan outpur pasien sesuai yang telah dijelaskan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pitting edema +1 pada kedua tungkai kkai pasien<br>3. CVP +11 cmH2O<br>4. Ronkhi +/+<br>5. TD : 120/78 mmHg, HR: 88x/menit, S: 37'C, RR : 24x/menit, SaO2 :98 %<br>6. Tingkat kesadaran sedasi dengan nilai GCS E2M3Vett<br>7. Pupil isokor, 2/2 mm, RC +/+<br>8. Telah diberikan obat uperio 50 mg pada jam 12.00 WIB<br>A : Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Perawatan jantung (No 1-9)<br>Manajemen syok kardiogenik (No 1-5)<br><br>3. Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pasien rencana HD hari ini<br>3. Pitting edema +1 pada kedua tungkai kaki pasien |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi dan DM. Pasien HD sudah 3 bulan dengan akses CDL tunnel dextra setiap hari Selasa dan Jumat<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien sulit dikaji secara verbal. Pasien DPO. Tingkat kesadaran pasien sedasi dengan nilai GCS E2M4Vett. Respirasi On ventilator Mode Vc-SIMV, Peep:+5, RR:12, Fio2:80%, VT:360, PS:7. TD : 132/70 mmHg, HR: 78x/menit, S: 36'C, RR : 18x/menit, SaO2 :98%. Skala nyeri comfort : 18. Pupil 2/2, Reflek cahaya (+). Terpasang ETT no 7,5 dengan BB 21cm, produksi slem (+), warna putih, kental, jumlah banyak, refleks batuk adekuat. Ronkhi pada semua lapang paru. Terpasang TPM di femur dextra (Mode SSi, Rate 70, Brust 60, Amp 3 , Sensitivitas 4). Terpasang CVC di Jugularis sinistra, CVP+12cmH2O. TB 165 cm BB 60 kg. IMT : 22,04 kg/$m^2$ (Kategori BB normal =18,5 s.d 22,9). BBI : 58,5 Kg. Kebutuhan energi 2000 kkal/hari (protein 75 gr, lemak 60 gr, karbo 290 gr). Minum 900 ml. IVFD 500 ml. Urin 400 ml. IWL 550 ml. BC +450 ml.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (16 Mei 2025)<br>Hb 8.5 g/dl\Ht 25%<br>Ureum 124 mg/dl<br>Kreatinin 11.92 mg/dl<br>GFR 4.28 ml/mnt<br>• Lab (18 Mei 2025)<br>Hb 9.3 g/dl<br>Ht 26%<br>Albumin 3.1 g/dl<br>pH 7.281<br>pCO2 28.2 mmHg<br>pO2 181.9 mmHg<br>HCO3 13.4 mmol/L<br>BE -11.2 mmol/L<br>SpO2 99.5 %<br>Interpretasi AGD Asidosis metabolik terkompensasi sebagian<br>• Thorax (19 Mei 2025)<br>• Kardiomegali dengan elongasi dan kalsifikasi aorta.<br>• Pneumonia. | | | 4. BC +200<br>5. Hasil lab tgl 20 Mei 2025<br>GFR 7,13 ml/menit/1,73m3<br>Kreatinin 7,81 mg/dL<br>A : Masalah hipervolemia teratasi<br>P : Intervensi dihentikan<br>Manajemen hipervolemia (No 1-11)<br><br>21 Mei 2025<br>1. Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>O :<br>1. Tingkat kesadaran sedasi dengan nilai GCS E2M3Vett<br>2. Pasien terlihat sesak nafas<br>3. Pernafasan kussmaul<br>4. Ronki +/+<br>5. Melakukan suction pada jam 09.07 WIB<br>6. Resp: on vent, SIMV VC VT 400, Peep 5 PS 11, FiO2 60%, RR 14/19x/mnt, SpO2 99%<br>A : Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen jalan nafas (No 1-8)<br>Mahasiswa telah selesai residensi (intervensi dilanjutkan perawat ruangan)<br><br>2. Penurunan curah jantung<br>S :<br>1. Pasien tidak dapat dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>3. Keluarga pasien ,engatakan sudah mengetahui bagaimana cara menghitung intake dan outpur pasien sesuai yang telah dijelaskan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. CVP +11 cmH2O<br>3. Ronkhi +/+<br>4. Resp: on vent, SIMV VC VT 400, Peep 5 PS 11, FiO2 60%, RR 14/19x/mnt, SpO2 99%Tingkat kesadaran sedasi dengan nilai GCS E2M3Vett<br>5. Pupil isokor, 2/2 mm, RC +/+ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | • Terpasang CDL dengan tip distal setinggi Th7-8 proyeksi atrium kanan.<br>• Terpasang ETT dengan tip distal setinggi Th2 (3 korpus diatas karina)<br>3. Obat-obatan<br>Propofol 2 ml/jam<br>Heparin 1 ml/jam<br>Miloz 3 ml/jam<br>Fentanyl 2 ml/jam<br>Cefoperazon 3x1<br>OMZ 2x40<br>Azhitromycin 1x500<br>Metronidazole 3x500<br>NAC 1x600<br>Jardiance 1x25 mg<br>Uperio 2x50 mg<br>Amlo 1x10 mg | | | 6. Telah diberikan obat uperio 50 mg pada jam 12.00 WIB<br>A : Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Perawatan jantung (No 1-9)<br>Manajemen syok kardiogenik (No 1-5)<br>Mahasiswa telah selesai residensi (intervensi dilanjutkan perawat ruangan) |
| 3 | Tn.S<br>51 Tahun<br>Laki-laki<br>S1<br>TNI<br>Respiratory failure, sepsis ec pneumonia, CKD on HD predialis | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 18 Mei 2025 jam 23.18 WIB rujukan dari RS Salak dengan diagnosis CKD Stg V pro HD. Pasien datang ke RS tersebut pagi ini pukul 07.00 WIB dengan keluhan saat masuk badan terasa lemas, cegukan dan mual (+), muntah (-), kaki bengkak sebelah kanan sejak 1 minggu, sesak nafas (-), BAK masih keluar sudah mulai sedikit, minum dibatasi 600 ml, awalnya pasien diedukasi untuk hd sejak bulan Februari 2025 namun pasien menolak untuk dilakukan HD, saat ini pasien sudah berkenan untuk dilakukan HD. TD 157/93 mmHg, N 71x/i, RR 20x/i, S 36,9ºC, SpO2 99% on RA. Terpasang heplock di tangan kiri.<br>Rencana pelayanan :<br>• Cek lab tambahan screening HD<br>• R/ besok pasang CDL<br>• Siapkan PRC 1 labu dengan golda O<br>Pada tanggal 19 Mei 2025 jam 11.59 pasien melakukan tindakan HD dengan akses CDL jugularis dextra. temporer akses lancar, tidak ada tanda-tanda infeksi. Saat intra HD PRC 1 bag sebanyak 300 ml. UFG 1 l, Qb 175, Qd 500 heparin low, TD 3 jam. Kemudian pada jam 18.57 WIB pasien dipindahkan ke ruang perawatan pav. Kartika 3 dengan tingkat kesadaran CM nilai GCS 15 E4M6V5. TD | 1. Gangguan pertukaran gas<br>2. Risiko perfusi serebral tidak efektif<br>3. Risiko ketidakseimbangan cairan | Dukungan ventilasi (I.01002)<br>Observasi<br>1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas<br>2. Monitor status respirasi dan oksigenasi (frek dan kedalaman nafas, bunyi nafas tambahan, SpO2)<br>Terapeutik<br>3. Pertahankan kepatenan jalan nafas<br>4. Berikan posisi semifowler atau fowler<br>5. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (misal NC, NRM, RM)<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian bronkodilator<br><br>**Manajemen peningkatan TIK (I.06194)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal : lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)<br>2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Misal : TD meningkat, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)<br>3. Monitor status RR<br>4. Monitor IO<br>Terapeutik<br>5. Berikan posisi semifowler<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan | 22 Mei 2025<br>1. Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien DPO on fentanyl 30 mcg/jam dan Miloz 3 mg/jam<br>2. Tingkat kesadaran sedasi (E1M3Vett).<br>3. Pasien terlihat sesak nafas<br>4. Pernafasan kussmaul<br>5. Pasien telah dinebu pada jam 12.00 WIB dengan combivent : Pulmicort 1:1<br>6. Respirasi on vent dengan Mode VC Simv, Peep 5, Rate 12, TV 380, Fio2 80%, Ps 15<br>A : Masalah gangguan pertukaran gas tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Dukungan ventilasi (No 1-6)<br><br>2. Risko perfusi serabral tidak efektif<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien DPO on fentanyl 30 mcg/jam dan Miloz 3 mg/jam<br>2. Tingkat kesadaran sedasi (E1M3Vett).<br>3. Respirasi on vent dengan Mode VC Simv, Peep 5, Rate 12, TV 380, Fio2 80%, Ps 15 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 190/90 mmHg, N 95x/i, RR 20x/i, SpO2 95% RA » NC 4 lpm 98%. Pasien terpasang infuse RL 20 tpm parallel perdipin 1 amp dalam NaCl 0,9% 50 ml via syringe pump 1,8 cc/jam. Pasien gelisah dengan kelemahan anggota gerak kiri. Tonus otot pasien 5555 2222<br>5555 2222<br>Pada tanggal 20 Mei 2025 jam 00.52 pasien dipindahkan ke ruang ICU membutuhkan monitoring hemodinamik ketat. Pasien terpasang IV line NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kiri dan perdiphine 20/50 sesuai TDS. CDL jugularis dextra. Terpasang NGT, residu tidak ada. Pasien terpasang DC dengan produksi urin 200 warna kuning jernih. Pasien dikonsulkan dengan penurunan kesadaran nilai GCS E4M5V4 (apatis), susp CVD infark akut. TD 120/80 mmHg, N 80x/i, resp on NC 4lpm, RR 21x/i, SpO2 99%. Skala nyeri Comfort 20. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 April 2025 jam 10.00 WIB pasien DPO on fentanyl 30 mcg/jam dan Miloz 3 mg/jam dengan tingkat kesadaran sedasi (E1M3Vett). Respirasi on vent dengan Mode VC Simv, Peep 5, Rate 12, TV 380, Fio2 80%, Ps 15. TD 160/90, N 95x/i, RR 26 x/menit, SpO2 98%, S 37,0 ºC. Skala nyeri 20 comfort. Terpasang ETT no 7,5 dengan BB 22 cm. Terpasang folley catheter dengan produksi 100 ml warna kuning jernih. Pasien terpasang NGT, residu tidak ada. Terpasang CVC di subcalvia sinistra dengan IVFD :<br>- Nacl 0,9% 10 ML/jam<br>- Perdipin ~ Std<br>- Fentanyl 30 mcg/jam<br>- Miloz 3 mg/jam<br>- Amiodaron 540 mg/50 ~ 2,8 ml/jam (30 mg/jam)<br>Produksi sputum warna putih, kental, produksi minimal.<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat penyakit jantung dan paru.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien sulit dikaji secara verbal. Pasien DPO on fentanyl 30 mcg/jam dan Miloz 3 mg/jam dengan tingkat kesadaran sedasi (E1M3Vett). Respirasi on vent dengan Mode VC Simv, Peep | | **Manajemen cairan (I.03098)**<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi<br>2. Monitor BB sebelum HD dan post HD<br>3. Monitor hasil pemeriksaan lab<br>Terapeutik<br>4. Catat BC<br>5. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian diuretic<br><br>**Intervensi pendukung : Tranfusi darah (I.02089)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi rencana tranfusi<br>2. Monitor TTV sebelum, selama dan setelah tranfusi<br>Terapeutik<br>3. Lakukan pengecekan ganda pada label darah (golda, rhesus, tgl exp, no seri, jumlah dan identitas)<br>4. Periksa akses IV<br>5. Berikan cairan NaCl 0,9% sebanyak 50-100 ml sebelum tranfusi dilakukan<br>6. Atur kecepatan aliran tranfusi sesuai produk darah 10-15 ml/KgBB dalam 2-4 jam<br>7. Berikan tranfusi dalam waktu maksimal 4 jam<br>8. Hentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi<br>9. Dokumentasi tgl, waktu, jumlah darah, durasi, dan respon tranfusi<br>Edukasi<br>10. Jelaskan tujuan dan prosedur tranfusi<br>11. Jelaskan tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan (gatal, pusing, sesak nafas, nyeri dada) | 4. Hasil pemeriksaan MRI pada 20 Mei 2025 : Suspek lesi perdarahan dd/ massa di thalamus dan basal ganglia kanan, yang mendesak ventrikel lateralis kanan dan menyebabkan herniasi subfalcine ke kiri, serta menyempitkan sulci cerebri di lobus frontotemporoparietal kanan.<br>5. 5. TD: 164/87 mmHg, HR: 95<br>A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br><br>3. Risiko ketidakseimbangan cairan<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien DPO on fentanyl 30 mcg/jam dan Miloz 3 mg/jam<br>2. Tingkat kesadaran sedasi (E1M3Vett).<br>3. Kebutuhan cairan pasien 1500 ml/24jam<br>4. Pasien post tranfusi PRC dengan golda O+<br>5. BB kering 60 Kg<br>6. Hasil pemeriksaan tgl 21 Mei 2025<br>GFR 5,49 (CKD stg V)<br>Ureum 118 mg/Dl<br>Kreatinin 9,80 mg/dl<br>N 129 mmol/L<br>K 3,5 mmol/L<br>Cl 9,7 mmol/L<br>A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen cairan (No 1-6)<br><br>23 Mei 2025<br>1. Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien DPO on fentanyl 30 mcg/jam dan Miloz 3 mg/jam<br>2. Tingkat kesadaran sedasi (E1M3Vett).<br>3. Pasien terlihat sesak nafas<br>4. Pernafasan kussmaul |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 5, Rate 12, TV 380, Fio2 80%, Ps 15. TD 160/90, N 95x/i, RR 26 x/menit, SpO2 98%, S 37,0 ºC. Skala nyeri 20 comfort. Terpasang ETT no 7,5 dengan BB 22 cm. Produksi sputum warna putih, kental, produksi minimal. Pasien terlihat sesak nafas. Nafas cuping hidung (+). CRT ≥3 detik. Konjungtiva anemis. Ronkhi pada semua lapang paru. Pasien mendapatkan diet nefrisol D 6x100cc via NGT.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (21 Mei 2025)<br>Hb 7.5 g/dl<br>Ht 22%<br>• Lab (20 Mei 2025)<br>pH 7.521 mmHg<br>pCO2 20.7 mmHg<br>pO2 138.2 mmHg<br>HCO3 17.1 mmol/L<br>BE -4.8 mmol/L<br>SpO2 95.3 %<br>Interpretasi AGD Alkalosis respiratorik terkompensasi sebagian<br>Albumin 4.1 g/dl<br>Ureum 118 mg/dl<br>Kreatinin 9.80 mg/dl<br>GFR 5.49 ml/mnt<br>• Thorax (20 Mei 2025)<br>• Pneumonia.<br>• Kardiomegali disertai elongasi dan kalsifikasi aorta.<br>• Terpasang CDL dengan ujung distal setinggi vertebra Th6 proyeksi vena cava superior.<br>• Terpasang CVC dengan ujung distal setinggi vertebra Th5 proyeksi vena cava superior.<br>• Terpasang ETT dengan ujung distal setinggi vertebra Th5, <2 corpus di atas carina<br>• USG Abdomen (10 Juni 2024)<br>• Awal proses kronis ginjal bilateral.<br>• Kista kortikal ginjal kiri.<br>• MRI DWI Cerebral (20 Mei 2025)<br>Suspek lesi perdarahan dd/ massa di thalamus dan basal ganglia kanan, yang mendesak ventrikel lateralis kanan dan menyebabkan herniasi subfalcine ke kiri, | | | 5. Pasien telah dinebu pada jam 12.00 WIB dengan combivent : Pulmicort 1:1<br>6. Respirasi on vent dengan Mode VC Simv, Peep 5, Rate 12, TV 380, Fio2 80%, Ps 15<br>A : Masalah gangguan pertukaran gas tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Dukungan ventilasi (No 1-6)<br>Mahasiswa telah selesai residensi, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan)<br><br>2. Risiko perfusi serabral tidak efektif<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien DPO on fentanyl 30 mcg/jam dan Miloz 3 mg/jam<br>2. Tingkat kesadaran sedasi (E1M3Vett).<br>3. Respirasi on vent dengan Mode VC Simv, Peep 5, Rate 12, TV 380, Fio2 80%, Ps 15<br>4. Hasil pemeriksaan MRI pada 20 Mei 2025 : Suspek lesi perdarahan dd/ massa di thalamus dan basal ganglia kanan, yang mendesak ventrikel lateralis kanan dan menyebabkan herniasi subfalcine ke kiri, serta menyempitkan sulci cerebri di lobus frontotemporoparietal kanan.<br>5. 5. TD: 164/87 mmHg, HR: 95<br>A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen peningkatan TIK (No 1-6)<br>Mahasiswa telah selesai residensi, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan)<br><br>3. Risiko ketidakseimbangan cairan<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien DPO on fentanyl 30 mcg/jam dan Miloz 3 mg/jam<br>2. Tingkat kesadaran sedasi (E1M3Vett).<br>3. Kebutuhan cairan pasien 1500 ml/24jam<br>4. Pasien rencana HD siang ini |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | serta menyempitkan sulci cerebri di lobus frontotemporoparietal kanan.<br>Saran: MRI kepala lengkap.<br>• CT Scan kepala (20 Mei 2025)<br>• Perdarahan intraparenkim di lobus frontotemporoparietal kanan (estimasi volume 103 ml) disertai edema vasogenik di sekitarnya, yang menekan corona radiata kanan, centrum semiovale kanan, fissura sylvii kanan, nucleus caudatus kanan, nucleus lentiformis kanan, thalamus kanan, ventrikel lateralis kanan, ventrikel III dan menyebabkan midline shift sejauh 0.6 cm.<br>• Infark lakunar di pons sisi kiri.<br>• Tidak tampak lesi dengan densitas massa tumor di intracerebri.<br>• Sinusitis etmoidalis bilateral.<br>• Terpasang NGT melalui cavum nasi kiri.<br>3. Obat-obatan<br>IVFD NaCl 10 cc/jam<br>Perdipin 5 mg/jam<br>Amiodaron 540 habis 18 jam<br>Midazolam 3 mg/jam<br>Fentanyl 30 mcg/jam<br>Resfar 1x1<br>Ceftriaxone 2x1 gr<br>Levofloxasin 1x750 mg IV per 48 jam<br>Dexa 1x5 mg<br>OMZ 2x40 mg<br>Amlo 1x10 mg<br>Cande 1x16 mg<br>Bisoprolol 1x5 mg<br>Asam folat 3x1 mg<br>Vit B.12 3x50 mcg<br>CaCO3 3x500 mg<br>Combivent 3xsehari<br>Pulmicort 3xsehari | | | 5. BC +200<br>6. BB kering 60 Kg<br>7. Hasil pemeriksaan tgl 21 Mei 2025<br>GFR 5,49 (CKD stg V)<br>Ureum 118 mg/Dl<br>Kreatinin 9,80 mg/dl<br>N 129 mmol/L<br>K 3,5 mmol/L<br>Cl 9,7 mmol/L<br>A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen cairan (No 1-6)<br>Mahasiswa telah selesai residensi, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan) |

| **9 RESUME ICU** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No** | **Identitas** | **Data** | **Diagnosa keperawatan** | **Intervensi keperawatan** | **Evaluasi** |
| 1 | Ny.M<br>56 Tahun<br>Perempuan<br>SMA<br>IRT | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 29 April 2025 jam 01.56 WIB diantar oleh keluarganya dengan keluhan sesak | 1. Bersihan jalan nafas tidak efektif<br>2. Hypervolemia | **Manajemen jalan nafas (I.01011)**<br>Observasi<br>1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman dan usaha nafas)<br>2. Monitor suara nafas tambahan (misal : | 30 April 2025<br>Berihan jalan nafas tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Efusi pleura bilateral ec CKD post pungsi | nafas sejak 3 hari yang lalu dimana pasien rutin kontrol di RS daerah Rangkas Bitung serta disarankan untuk cuci darah. Pasien juga tidak mau sehingga dokter di Rangkas Bitung menyuruh untuk mengurangi minum menjadi 200cc/24jam. Keluhan disertai batuk berdahak 2 hari yang lalu dengan dahak yang sulit dikeluarkan, BAB dan BAK normal. Pasien masih sering makan buah yang mengandung banyak air. Tingkat kesadaran pasien CM dengan nilai GCS 15 E4M6V5 saat ini pasien terpasang heplock, terpasang kateter post lasix dengan produksi urin 100cc. Hasil pemeriksaan TTV di dapatkan : TD 197/89 mmHg, N 72 x/i, RR 30x/i, S 37,2ºC, SpO2 : 88%RA - 97% on SM 8 lpm. Ronkhi +/+, edema tungkai ++/++. RPO di IGD : Injeksi lasix 2 amp, nebu ventolin : pulmicort/8jam, injeksi methylprednison 62,5mg. Extra ISDN 5 mg jika TDS >180 standby perdipine. Perdipine 10 cc dalam 50 cc >>> 5 cc /jam.<br>Rencana tindakan :<br>a. Plan USG thorax pro marker di ruangan -- pro pungsi di ruangan (Jam 09.40 WIB dengan hasil USG thorak marker kesan efusi pleura kanan 761 cc & kiri 692 cc).<br>b. Rencana pasang CDL dan HD setelah tindakan dari TS Paru (Jam 11.45 WIB pasien diantar ke HD untuk dilakukan pemasangan CDL, jam 12.55 WIB pasien selesai pemasangan CDL, dan dilanjutkan tindakan HD selama 3 jam dengan UFG 2500, Qb 175, Qd 500, post HD jam 17.28 WIB kemudian pasien dipindahkan ke ruangan rawat Pavilliun Soehardo Kertohusodo tiba jam 17.49 WIB dengan keluhan badan terasa lemas dan sesak nafas, tingkat kesadaran CM dengan nilai GCS 15 E4M6V5 post HD dengan TD 168/82 mmHg, N 80x/i, RR 19x/i, S 37,0ºC, SpO2 93%, terpasang NRM 10lpm, terpasang perdhin 10/50 = 10cc/jam. Pada jam 00.25 WIB pasien mengalami penurunan kesadaran TD 112/59 mmHg, N 65x/i, S 37,0ºC, RR 38 x/i, SpO2 86%, jam 01.16 WIB pasien dilakukan intubasi dengan ETT no 7.5 BB 21 cm, premed fentanyl 100 mcg miloz 2 | | ronkhi, wheezing, gurgling,dll)<br>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)<br>Terapeutik<br>4. Pertahankan kepatenan jalan nafas<br>5. Berikan posisi semifowler atau fowler<br>6. Berikan oksigenasi<br>7. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik<br>Edukasi<br>8. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak ada kontraindikasi<br>Kolaborasi<br>9. Kolaborasi pemberian bronkodilator<br><br>**Manajemen hypervolemia (I.03114)**<br>Observasi<br>1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (misal : ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)<br>2. Identifikasi penyebab hypervolemia<br>3. Monitor status hemodinamik<br>4. Monitor intake dan output cairan<br>5. Monitor tanda hemokonsentrasi (misal : kadar natrium, BUN, Ht, BJ urin)<br>6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (misal : kadar protein dan albumin meningkat)<br>Terapeutik<br>7. Batasi asupan cairan dan garam<br>8. Tinggikan kepala 30-40 derajat<br>Edukasi<br>9. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam<br>10. Ajarkan cara membatasi asupan cairan<br>11. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin<br>Kolaborasi<br>12. Kolaborasi pemberian diuretik<br>**Intervensi pendukung : pemberian obat**<br>Observasi<br>1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat<br>2. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi<br>3. Periksa tgl exp obat<br>Terapeutik<br>4. Lakukan prinsip 6B (Pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)<br>Edukasi | O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pernafasan kussmaul<br>3. Ronki +/+<br>4. Melakukan suction pada jam 16.00 WIB<br>5. Pemberian combivent pada jam 17.00 WIB<br>6. Tingkat kesadaran pasien sedasi dengan midazolam 3 mg/jam (E3M4VE) respirasi on vent mode VC-SIMV PEEP:+ 6 FiO2:70% TV:400 PS:8 RR:18 TD 145/67 mmHg, N 65x/i, S 36,6ºC, RR 20 x/i, SpO2 98%<br>A : Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen jalan nafas (No 1-9)<br><br>Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pemberian obat furosemide 10 mg pada jam 17.00 WIB rute P.I<br>3. BC +450<br>4. Pasien rencana HD sore ini<br>5. Hasil lab tgl 29 April 2025<br>GFR 8,24 ml/menit/1,73m$^3$<br>Kreatinin 5,39 mg/dL<br>A : Masalah hipervolemia teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen hipervolemia (No 1-12)<br>Pemberian obat (No 1-5) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | mg, pasien DPO, GCS 7 E2M5Vett, TD 147/72 mmHg N 169x/i, RR 21x/i, SpO2 81%. Pada tanggal 30 April 2025 jam 02.51 WIB pasien dipindahkan ke ruang ICU karena mengalami penurunan kesadaran dengan nilai GCS 5 E2M3Vett, on vent VC SIMV peep 6 ps 8 FiO2 90, RR 18x/ menit VT 400, TD 133/48 mmHg, N 80x/i, S 37,0ºC, ronkhi +/+.<br>Rencana pelayanan di ICU :<br>IVFD :<br>Lasik 10 mg /jam<br>Midazolam 45/45 4 mg/jam<br>Fentanyl 300/30 40 mcg/jam<br>Vascon 4/50 saat ini 0.15 mcg/kg/m<br>Inj :<br>Ceftriaxone (1) 1x2 gr<br>Omeprazol 1x40 mg iv<br>PO :<br>Ambroxol 3x30 mg<br>Inh :<br>Combivent NS 1:1 3/hari<br>Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 30 April 2025 jam 16.00 WIB pasien sedasi dengan nilai GCS 5 E2M3Vett, on vent mode VC-SIMV PEEP +6 FiO2:70% TV:400 PS:8 RR:18x/i, TD 145/67mmHg, N 65x/mnt, S 36,7ºC, RR 20x/i, SpO2 98%, Terpasang NGT residu tidak ada. Terpasang ETT no 7.5 BB 22 sputum putih encer, reflek batuk sedang. Terpasang CDL 3 lumen di jugularis dextra. Terpasang CVC subklavia sinistra, CVP +20 cmH2O, ronkhi +/+, edema ekstermitas atas dan bawah dengan pitting edema +1.<br>2. RKD<br>Pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi dan DM. Riwayat pungsi pleura 1 bulan yang lalu. CKD on HD sejak 29 April 2025 (Selasa dan Jumat) dengan akses CDL 3 lumen di jugularis dextra.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien sulit dikaji secara verbal. Pasien DPO. Tingkat kesadaran pasien sedasi dengan midazolam 3 mg/jam (E3M4VE) respirasi on vent mode VC-SIMV PEEP:+ 6 FiO2:70% TV:400 PS:8 RR:18 TD 145/67 mmHg, N 65x/i, S 36,6ºC, RR 20 x/i, SpO2 98%. Pasien terlihat | | 5. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping obat | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | sesak nafas. Terpasang ETT no 7.5 dengan BB 22 cm, sputum putih encer, reflek batuk sedang. Ronkhi pada semua lapang paru. Pasien mendapatkan diet Nefrisol D 6x150cc dipekatkan (1 cc -> 1,2 kkal) rute NGT.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (29 April 2025)<br>Hb 9.7 g/dl<br>Ht 31%<br>• Lab (30 April 2025)<br>Hb 7.6 g/dl<br>Ht 25%<br>pH 7.343<br>pCO2 32.5 mmHg<br>pO2 143.5 mmHg<br>HCO3 17.9 mmol/L<br>BE -6.5 mmol/L<br>SpO2 99.0%<br>Interpretasi AGD Asidosis metabolik terkompensasi sebagian<br>Ureum 94 mg/dl<br>Kreatinin 5.39 mg/dl<br>GFR 8.24 ml/mnt<br>• Hasil pemeriksaan cairan pleura (29 April 2025)<br>Kerjenihan jernih<br>Warna kuning<br>• Thorax (30 April 2025)<br>• Bendungan paru disertai infeksi sekunder (pneumonia), kesan stqa.<br>• Efusi pleura bilateral, kesan berkurang.<br>• Jantung sulit dievaluasi.<br>• Terpasang catheter double lumen dari regio colli kanan dengan ujung distal setinggi vertebra Th7-8 proyeksi cavo atrial junction.<br>• Terpasang ETT dengan ujung distal berada setinggi corpus vertebra Th3, 2 corpus di atas carina.<br>3. Obat-obatan<br>NaCl 500 ml<br>Norephineprine 4 mg/ml<br>Midazolam 4 mg/jam<br>Fentanyl 40 mcg/jam<br>Furosemide drip<br>Ceftriaxone 1x2<br>OMZ 2x40 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Ambroxol 3x1<br>Combivent 3x1 | | | |
| 2 | Tn.J<br>43 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Wiraswasta<br>Respiratory failure ec overload pada CKD et pneumonia | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 18 April 2025 pada pukul 10.35 WIB dengan keluhan sesak nafas memberat sejak tadi pagi, mual muntah, bengkak pada kedua kaki. TD 160/90 mmHg, N 87x/i, RR 30x/i, S 36,2ºC. Pasien menjalani HD setiap hari Senin, Rabu, dan Jumat dengan akses CDL di jugular dextra, sebelumnya pasien sudah terpasang CAPD akan tetapi CAPD tidak bisa digunakan dan hanya dilakukan bilas 1x dengan cairan masuk 500cc + kemarin 500cc lalu keluar 1100cc serta mengeluarkan darah dari CAPD saat dibilas. Pada tanggal 19 April 2025 pasien melakukan HD dengan akses CDL dan transfusi PRC 1 kantong kemudian pasien sesak nafas, desaturasi kemudian pasien di lakukan intubasi lalu dipindahkan ke ruang ICU. Pada saat dilakukan pengkajian di ruang ICU pada tanggal 21 April 2025 pasien DPO dengan tingkat kesadaran sedasi nilai GCS 8 E3M5V0, Pasien terpasang on vent, VC SIMV VT 360 Peep 9 PS 10 FiO2 90% RR 14/24x/mnt, SpO2 100%. Skala nyeri comfort 18. Terpasang ETT no 7.5 BB 23 cm, Produksi slem warna putih kental, jumlah sedikit, reflek batuk adekuat. Terpasang NGT, residu tidak ada. Terpasang IV line di tangan kiri dan CDL di jugularis kanan. IVFD CVP di jugularis sinistra +18 cmH2O. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 April 2025 pasien DPO dengan tingkat kesadaran sedasi nilai GCS 8 E3M5V0 . Nafas cuping hidung (+). CRT ≥3 detik. Konjungtiva anemis. Frothy sputum (+). Terpasang ETT no 7.5 BB 23 cm. IVFD CVP di jugularis sinistra +18 cmH2O. Hasil pemeriksaan TTV : TD 128/82 mmHg, N 91x/i, RR 20x/i, S 37,0ºC. Pasien terpasang on vent, VC SIMV VT 360 Peep 9 PS 10 FiO2 90% RR 14/24x/mnt, SpO2 100%.<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat penyakit DM. CKD on CAPD sejak 5 tahun yang lalu<br>Objektif<br>1. Data fisik | 1. Gangguan pertukaran gas<br>2. Risiko ketidakseimbangan cairan | Dukungan ventilasi (I.01002)<br>Observasi<br>1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas<br>2. Monitor status respirasi dan oksigenasi (frek dan kedalaman nafas, bunyi nafas tambahan, SpO2)<br>Terapeutik<br>3. Pertahankan kepatenan jalan nafas<br>4. Berikan posisi semifowler atau fowler<br>5. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (misal NC, NRM, RM)<br>Edukasi<br>6. Ajakarkan teknik batuk efektif<br>Kolaborasi<br>7. Kolaborasi pemberian bronkodilator<br>Intervensi pendukung : Manajemen energi (I.05178)<br>Observasi<br>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan<br>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional<br>3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas<br>Terapeutik<br>4. Lakukan latihan rentang gerak aktif<br>5. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan<br>6. Anjurkan pasien untuk tetap mendekatkan diri kepada Allah SWT meskipun dalam kondisi sakit (berdoa agar diberi kesembuhan)<br>Edukasi<br>7. Anjurkan tirah baring<br>8. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap<br><br>**Manajemen cairan (I.03098)**<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi<br>2. Monitor BB sebelum HD dan post HD<br>3. Monitor hasil pemeriksaan lab<br>Terapeutik<br>4. Catat BC<br>5. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>Kolaborasi | 08 April 2025<br>Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pernafasan kussmaul<br>3. Pasien telah dinebu pada jam 15.07 WIB dengan combivent : Pulmicort 1:1<br>4. Pasien terpasang on vent, VC SIMV VT 360 Peep 9 PS 10 FiO2 90% RR 14/24x/mnt, SpO2 100%<br>A : Masalah gangguan pertukaran gas tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Dukungan ventilasi (No 1-6)<br>Manajemen energi (No 1-3)<br><br>Risiko ketidakseimbangan cairan<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien post HD dengan TD 4 jam (Qb 200, Qd 500, UFG 2000-2500)<br>2. Pasien terlihat sesak nafas<br>3. Kebutuhan cairan pasien 550 ml/24jam<br>4. Pasien post tranfusi PRC dengan golda O<br>A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen cairan (No 1-6) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Pasien terlihat sesak nafas. Nafas cuping hidung (+). CRT ≥3 detik. Konjungtiva anemis. Frothy sputum (+). Terpasang ETT no 7.5 batas bibir 23. IVFD CVP di jugularis sinistra +18 cmH2O. Hasil pemeriksaan TTV : TD 128/82 mmHg, N 91x/i, RR 20x/i, S 37,0ºC. Pasien terpasang on vent, VC SIMV VT 360 Peep 9 PS 10 FiO2 90% RR 14/24x/mnt, SpO2 100%. Ronkhi pada semua lapang paru. Pasien mendapatkan diet nefrisol D 6x150cc via NGT.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (16 April 2025)<br>SGOT 14 U/l<br>SGPT 7 U/l<br>Albumin 2.6 g/dl<br>• Lab (20 April 2025)<br>pH 7.522 mmHg<br>pCO2 25.3 mmHg<br>pO2 150.1 mmHg<br>HCO3 21.0 mmol/L<br>Interpretasi AGD : Alkalosis respiratorik<br>• Lab (21 April 2025)<br>Hb 7.2 g/dl<br>Ht 21%<br>Ureum 102 mg/dl<br>Kreatinin 6.92 mg/dl<br>GFR 8.85 ml/mnt<br>• Thorax (21 April 2025)<br>• Kardiomegali dengan edema paru disertai infeksi sekunder (pneumonia), kesan stqa.<br>• Efusi pleura kiri minimal dd/ pleuritis kiri.<br>• Terpasang ETT dengan tip distal setinggi corpus vertebra Th 3, 2 corpus di atas carina.<br>• Terpasang CDL dengan tip distal setinggi vertebrae Th 7 proyeksi cavo atrial junction.<br>• Terpasang CVC dengan tip distal paravertebra Th4 kananm proyeksi vena innominata<br>• USG abdomen (28 Maret 2025)<br>• Contracted kidney bilateral --> sesuai CKD.<br>• Nefrolithiasis multipel di kaliks minor media dan inferior ginjal | | 6. Kolaborasi pemberian diuretik<br>**Intervensi pendukung : Tranfusi darah (I.02089)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi rencana tranfusi<br>2. Monitor TTV sebelum, selama dan setelah tranfusi<br>Terapeutik<br>3. Lakukan pengecekan ganda pada label darah (golda, rhesus, tgl exp, no seri, jumlah dan identitas)<br>4. Periksa akses IV<br>5. Berikan cairan NaCl 0,9% sebanyak 50-100 ml sebelum tranfusi dilakukan<br>6. Atur kecepatan aliran tranfusi sesuai produk darah 10-15 ml/KgBB dalam 2-4 jam<br>7. Berikan tranfusi dalam waktu maksimal 4 jam<br>8. Hentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi<br>9. Dokumentasi tgl, waktu, jumlah darah, durasi, dan respon tranfusi<br>Edukasi<br>10. Jelaskan tujuan dan prosedur tranfusi<br>11. Jelaskan tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan (gatal, pusing, sesak nafas, nyeri dada) | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | kanan, tidak tampak bendungan di ginjal kanan.<br>• Ascites berseptasi disertai penebalan dinding usus-usus --> atensi peritonitis.<br>• Tidak tampak kelainan pada sonomorfologi organ-organ intgraabdomen lainnya<br>3. Obat-obatan<br>IVFD 500 ml/24 jam<br>Midazolam 3cc/jam<br>Propofol 2cc/jam<br>Fentanyl 2cc/jam<br>Resfar 1x12.5 mg<br>Cefoperazone 2x1<br>Furosemide 2x1<br>Amlo 1x10 mg<br>Cande 1x16 mg<br>V-Bloc 1x6.25 mg<br>Terazosin 1x4 mg | | | |
| 3 | Tn.H<br>61 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Wiraswasta<br>Respiratory failure ec susp ALO AKI superimposed on CKD pro HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien rujukan dari RS Marinir tanggal 19 April 2025 dengan keluhan sesak nafas memberat sejak 4 jam SMRS, sesak mulai dirasakan 3 minggu SMRS. Pasien juga mengeluhkan sesak napas dan memberat sejak 3 hari SMRS, pasien sering tidur menggunakan banyak bantal dan apabila aktivitas ringan menjadi sesak. Pasien mengatakan nyeri dada seperti tertindih beban berat dan menembus ke punggung. Dari hasil pengkajian nyeri didapatkan data : nyeri saat beraktivitas seperti tertimpan beban berat pada bagian dada skala nyeri 5 (sedang) dirasakan hilang timbul dengan durasi ±5 menit. Keluhan BAK tidak pernah dirasakan pasien, keluhan BAK sedikit tidak pernah pasien katakan (pasien jarang cerita mengenai keluhan penyakit pada keluarga), pasien memiliki riwayat HT namun jarang kontrol mengenai hipertensinya, tidak pernah terdiagnosis gagal ginjal atau gagal jantung. penurunan kesadaran (-). TD 184/104 mmHg, HR 127x/i, RR 34x/i, S 36,7ºC SpO2 100% on ventilator. Pada jam 17.30 WIB pasien dipindahkan ke ruang ICU RSPAD rujukan ICU to ICU terpasang ventilator. Pasien DPO. Tingkat kesadaran sopor GCS E2M4VT. Respirasi on ventilator mode VC-Simv peep +5 | 1. Gangguan pertukaran gas<br>2. Risiko ketidakseimbangan cairan | **Dukungan ventilasi (I.01002)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas<br>2. Monitor status respirasi dan oksigenasi (frek dan kedalaman nafas, bunyi nafas tambahan, SpO2)<br>Terapeutik<br>3. Pertahankan kepatenan jalan nafas<br>4. Berikan posisi semifowler atau fowler<br>5. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (misal NC, NRM, RM)<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian bronkodilator<br>**Intervensi pendukung : Pemberian obat (I.02062)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat<br>2. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi<br>3. Periksa tgl exp obat<br>Terapeutik<br>4. Lakukan prinsip 6B (Pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)<br>Edukasi<br>5. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping obat | 24 April 2025<br>Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pernafasan kussmaul<br>3. Pemberian ventolin pada jam 13.00 WIB<br>4. Pasien terpasang on ventilator mode VC-Simv peep +5 RR 12TV 380 FiO2:60%, ps:5<br>A : Masalah gangguan pertukaran gas tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Dukungan ventilasi (No 1-6)<br>Pemberian obat (No 1-5)<br><br>Risiko ketidakseimbangan cairan<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien post tindakan HD<br>2. Pasien terlihat sesak nafas<br>3. Pemberian obat :<br>Lasix 5 mg/jam<br>Asam folat 1x1 tab<br>4. Hasil lab tgl 24 April 2025<br>GFR 5,93 ml/menit/1,73m3<br>Kreatinin 8,68 mg/dL |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | RR 12TV 380 FiO2:60%, ps:5. TD: 126/87 mmHg, N: 101 x/mnt, RR 19 x/mnt, SPO2 99% S 36,9º C skala nyeri comfort 17. Terpasang NGT, residu tidak ada. Terpasang Trakeostomi no 8 produksi merah kental , reflek batuk kuat. Terpasang CDL 3 lumen di jugularis dextra. Terpasang folley chateter no 16 produksi tidak ada. Pasien terpasang IVFD :<br>Vascon (4/50) ~ MAP saat ini 0.07mcg/kg/menit<br>Lasix (120/24) 5 mg/jam<br>Omeprazole (80/20) 10 mg/jam<br>Miloz (45/45) 2mg/jam<br>Fentanyl (300/30) 20mcg/jam<br>Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 April 2025 jam 15.00 WIB tingkat kesadaran sopor nilai GCS 6 E2M4VT. TD 139/88 mmHg, HR 108x/i, RR 19x/i, S 37,7ºC SpO2 99% on ventilator mode VC-Simv peep +5 RR 12 TV 380 FiO2:60%, ps:5. Ronkhi +/+.<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi tetapi tidak pernah berobat rutin. CKD on HD dengan akses CDL.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien sulit dikaji secara verbal. Pasien DPO. Pasien terlihat sesak nafas. Nafas cuping hidung (+). CRT ≤3 detik. Konjungtiva an anemis. Hasil pemeriksaan TTV : TD 139/88 mmHg, HR 108x/i, RR 19x/i, S 37,7ºC SpO2 99% on ventilator mode VC-Simv peep +5 RR 12TV 380 FiO2:60%, ps:5. Pasien terpasang trakeostomi no.8 produksi merah kental , reflek batuk kuat. Pasien mendapatkan diet Nefrisol D 6x150cc dipekatkan (1 cc -> 1,2 kkal) rute NGT.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (24 April 2025)<br>Hb 10.5 g/dl<br>Ht 32%<br>Ph 7.466 mmHg<br>pCO2 31.9 mmHg<br>pO2 152.6 mmHg<br>HCO3 23.2 mmol/L<br>Interpretasi AGD : Alkalosis respiratorik<br>Ureum 118 mg/dl<br>Kreatinin 8.68 mg/dl<br>GFR 5.39 ml/mnt | | **Manajemen cairan (I.03098)**<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi<br>2. Monitor BB sebelum HD dan post HD<br>3. Monitor hasil pemeriksaan lab<br>Terapeutik<br>4. Catat BC<br>5. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian diuretik<br>**Intervensi pendukung : Manajemen medikasi (I.14517)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi penggunaan obat sesuai resep<br>2. Identifikasi masa exp obat<br>3. Monitor keefektifan dan efek samping pemberian obat<br>Terapeutik<br>4. Sediakan sumber informasi program pengobatan secara visual dan tertulis<br>Edukasi<br>5. Ajarkan cara menangangi atau mengurangi efek samping<br>6. Ajarkan pasien atau keluarga cara mengelola obat (dosis, penyimpanan, rute dan waktu pemberian) | A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen cairan (No 1-6)<br>Manajemen medikasi (No 1-6) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | • Thorax (23 April 2025)<br>  • Kardiomegali dengan atensi edema paru disertai infeksi sekunder kesan berkurang.<br>  • Aorta elongasi<br>  • Terpasang CDL dengan ujung tip setinggi vertebra Th 5 proyeksi vena cava superior.<br>  • Terpasang PDT dengan ujung distal setinggi vertebra Th 3, 2 corpus diatas carina.<br>3. Obat-obatan<br>IVFD 500 ml<br>Lasix 5 mg/jam<br>OMZ 3x1<br>Fentanyl 20 mcg/gr<br>Ceftriaxone 1x2<br>Asam folat 3x1<br>Bicnat 3x1<br>CaCO3 3x1<br>Cande 1x8 mg<br>Bisoprolol 1x1.25 mg<br>Atorvastatin 1x20 mg<br>Ventolin 3x1 | | | |
| 4 | Tn.S<br>66 Tahun<br>Laki-laki<br>S1<br>Swasta<br>Ascites masif pada Sirosis Hepatis CP B non sirotik Susp hipo CKD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 09 Mei 2025 jam 10.00 WIB dengan keluhan sesak nafas memberat sejak semalam. Keluhan disertai perut membesar sejak 3 bulan yang lalu. Batuk (+) kadang-kadang, dahak (-), batuk darah (-), nyeri dada (-). Demam (-) mual (-) muntah (-). Kaki bengkak (+). Pasien masih sering minum lebih dari batas yang diharuskan. Sudah stop HD 3 minggu karena akses CDL di aff (rencana mau pasang cimino). Hasil pemeriksaan tingkat kesadaran pasien CM dengan nilai GCS 15 E4M6V5. TTV : TD 110/70 mmHg, N 81x/i, RR 24x/i, S 36,7ºC, SpO2 90% room air. Pasien terpasang alat bantu pernafasan jenis NC 3lpm. RPO :<br>Inj. Lasix 2 amp iv<br>Inj. Omeprazole 40 mg iv<br>IVFD Amino leban 500 cc/24 jam<br>Inj. Omeprazole 40 mg iv<br>Inj. Ondansentron 3x4 mg iv<br>PO Spironolactone 1x100 mg<br>PO Vip Albumin 3x1 caps | 1. Gangguan pertukaran gas<br>2. Penurunan curah jantung<br>3. Risiko ketidakseimbangan cairan | **Dukungan ventilasi (I.01002)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas<br>2. Monitor status respirasi dan oksigenasi (frek dan kedalaman nafas, bunyi nafas tambahan, SpO2)<br>Terapeutik<br>3. Pertahankan kepatenan jalan nafas<br>4. Berikan posisi semifowler atau fowler<br>5. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (misal NC, NRM, RM)<br>Edukasi<br>6. Ajakarkan teknik batuk efektif<br>Kolaborasi<br>7. Kolaborasi pemberian bronkodilator<br>**Intervensi pendukung : Pemberian obat (I.02062)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat<br>2. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi<br>3. Periksa tgl exp obat<br>Terapeutik | 15 Mei 2025<br>Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal. Pasien DPO<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pernafasan kussmaul<br>3. Ronki +/+<br>4. Pemberian combivent pada jam 17.00 WIB<br>5. Pasien terpasang on vent mode VC-SIMV PEEP:+ 6 FiO2:70% TV:400 PS:8 RR:18<br>A : Masalah gangguan pertukaran gas tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Dukungan ventilasi (No 1-7)<br>Pemberian obat (No 1-5)<br><br>Penurunan curah jantung<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Keluarga pasien mengatakan telah mengetahui cara menghitung intake dan output sesuai yang telah diajarkan perawat |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | PO Curcuma 3x1<br>PO HP Pro 3x1<br>Hasil pemeriksaan hematologi pada tanggal 10 Mei 2025 jam 17.27 WIB didapatkan nilai Hb 9,3 g/dl, Ht 30%, Eritrosit 3,4 juta/µL, Leukosit 11780/µL, trombosit 202000/µL, Laktat 3.00 mmol/L. Hasil AGD : pH 7,323, pCO2 24.8 mmHg, pO2 143.7 mmHg, HCO3 13.0 mmol/L, BE -11.1 mmol/L, SpO2 97,4% (asidosis metabolik). Hasil pemeriksaan ureum pada tanggal 12 Mei 2025 jam 03.30 WIB didapatkan nilai ureum 197 mg/dL, kreatinin 4,36 mg/dL, GFR 13,16 ml/menit/1,73m3 (CKD stg V). Hasil pemeriksaan radiografi thorax pada tanggal 10 Mei 2025 jam 20.34 WIB didapatkan kesan :<br>• Edema paru, DD/ Pneumonia, infiltrat kesan berkurang<br>• Efusi pleura bilateral terutama kanan, kesan stqa.<br>• Kardiomegali dengan elongasi aorta.<br>• Terpasang kateter vena sentral dengan tip distal setinggi Th3, proyeksi vena cava superior.<br>• Terpasang ETT dengan tip distal setinggi Th3, 1 korpus di atas karina.<br>Hasil pemeriksaan USG abdomen atas+bawah pada tanggal 18 Maret 2025 jam 08.14 WIB didapatkan kesan :<br>• Gambaran sirosis hepatis.<br>• Ascites<br>• Atensi cholecystitis.<br>• Tidak tampak kelainan ultrasonografi pada organ intraabdomen lainnya yang tervisualisasi.<br>Hasil pungsi acites pada tanggal 19 Maret 2025 didapatkan jumlah cairan sebanyak 7000 cc warna kuning keruh.<br>Hasil pemeriksaan Echo pada tanggal 17 Maret 2025 didapatkan kesimpulan :<br>• LVEF 26%, TAPSE 1,1 cm<br>• Kontraktilitas fungsi LV menurun. Fungsi sistolik RV menurun.<br>• LVH konsentrik. RWMA (+)<br>• AR mild<br>• MR moderate ec iskemik<br>• PR mild. TR moderate intermediate probability of PH | | 4. Lakukan prinsip 6B (Pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)<br>Edukasi<br>5. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping obat<br><br>Perawatan jantung (I.02075)<br>Observasi<br>1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (dyspnea, edema, peningkatan CVP)<br>2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (hepatomegaly, ronkhi basah, palpitasi, distensi vena jugularis)<br>3. Monitor TD<br>4. Monitor BC<br>5. Monitor SpO2<br>6. Monitor adanya keluhan nyeri dada<br>7. Monitor EKG<br>Terapeutik<br>8. Posisikan semifowler<br>9. Berikan diet jantung yang sesuai (batasi asupan kafein, natrium, makanan lemak tinggi)<br>10. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress K/P<br>11. Berikan dukungan emosional dan spiritual<br>12. Berikan oksigen untuk mempertahankan SpO2 >94%<br>Edukasi<br>13. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai kemampuan<br>14. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output<br>Kolaborasi<br>15. Rujuk ke program rehab jantung<br><br>Intervensi pendukung : Manajemen syok kardiogenik (I.02051)<br>Observasi<br>1. Monitor status kardiopulmonal (frek dan kekuatan nadi, RR, TD)<br>2. Monitor SpO2<br>3. Monitor status cairan (BC, Tugor kulit, CRT)<br>4. Monitor tingkat kesadaran dan pupil | O :<br>1. Tingkat kesadaran soporcoma dengan nilai GCS 2 E1M1Vett<br>2. Pasien dengan on ventilator Mode VC-SIMV/ Peep:+5 RR:15 Fio2 :50%, VT :400 PS : 6.<br>3. TD 99/64 mmHg, HR 100 x/i, S 36,5ºC, RR 21 x/i, SpO2 100%<br>4. Pasien terpasang ETT no 7,5 BB 22 cm, Produksi slem/ETT (+) warna kuning kental jumlah banyak, refleks batuk tidak ada.<br>5. Pasien terpasang CVC di jugularis sinistra nilai +11 mmH2O.<br>6. Pasien telah diberikan obat :<br>Norephinephrine 4 mg/ml<br>Furosemide 1x40 mg<br>7. Pasien terlihat sesak nafas.<br>8. Pernafasan kussmaul<br>9. Pernafasan cuping hidung (+)<br>10. Ronkhi +/+<br>11. Intake/24 jam :1237.6cc<br>Output/24 jam:417 cc<br>Diuresis/24 jam :2069cc<br>BC/24jam : +831,4 cc<br>A :<br>Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian<br>P :<br>Intervensi dilanjutkan<br>Perawatan jantung (1-12)<br>Manajemen syok kardiogenik (No 1-5)<br><br>Risiko ketidakseimbangan cairan<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pemberian obat :<br>Furosemid<br>3. Hasil lab tgl 29 April 2025<br>GFR 8,24 ml/menit/1,73m$^3$<br>Kreatinin 5,39 mg/dL<br>A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen cairan (No 1-6) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | • Tidak tampak efusi perikardium, SEC, dan thrombus dari TTE<br>Pada tanggal 09 Mei 2025 jam 17.49 WIB pasien dipindahkan di ruang rawat inap pavilliun Soehardo Kertohusodo dengan keluhan sesak nafas disertai perut membesar dan bengkak pada kaki. Kesadaran pasien CM dengan nilai GCS 15 E4M6V5 terpasang alat bantu pernafasan jenis NC 3lpm, terpasang IVFD lasix drip 5mg/jam via syringe pump, TTV : TD 96/64 mmHg, N 90x/i, RR 20x/i, S 37,0ºC, SpO2 97%. Pada tanggal 10 Mei 2025 jam 15.48 WIB pasien dipindahkan ke ruang ICU karena membutuhkan monitoring hemodinamik dan back up ventilator. Kesadaran sedasi dengan nilai GCS 6 E2M4Vett. On Vent VC SIMV, VT 360, PS 10, Peep 5, RR 14/22 x/m, FiO2 60%, sat 99%. Terpasang ETT No 7,5 dengan BB 22 cm tersambung ke ventilator. Di pasang CVC vena subclavia sinistra. TD 121/64 mmHg, N 105x/i, S 37,0ºC.<br>RPO :<br>HP pro 3 x 1<br>AF / B12 / CaCO3 3 x 1<br>Furosemide 1 x 40 mg<br>Spironolacton 1 x 100 mg<br>Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15 April 2025 jam 11.00 WIB pasien tidak dapat dikaji secara verbal, tingkat kesadaran soporcoma dengan nilai GCS 2 E1M1Vett, On ventilator Mode VC-SIMV/ Peep:+5 RR:15 Fio2 :50%, VT :400 PS : 6. TD 99/64 mmHg, HR 100 x/i, S 36,5ºC, RR 21 x/i, SpO2 100%, Skala nyeri comfort 15. Terpasang ETT no 7,5 dengan BB 22 cm, Produksi slem/ETT (+) warna kuning kental jumlah banyak, refleks batuk tidak ada. Terpasang NGT residu tidak ada. Terpasang chateter urine dengan produksi kuning jernih. Terpasang CVC di jugularis sinistra nilai CVP +11 mmH2O. Perut acites dengan LP 106 cm.<br>IVFD :<br>- Rl 10 ml/jam<br>- Fentanyl 300/30: 2ml/jam<br>- Vascon (8/50) 2 cc/jam<br>- Lidocain (400/20): 2ml/jam<br>Hasil GDS :<br>pkl 07.00 : 175 mg/dl | | 5. Monitor EKG<br>Terapeutik<br>6. Pertahankan jalan nafas<br>7. Berikan oksigen untuk mempertahankan SpO2 >94%<br>8. Pasang jalur IV<br>9. Pasang DC untuk menilai produksi urin<br>Kolaborasi<br>10. Kolaborasi pemberian vasopressor (misal : dopamine) jika TDS 70-100 mmHg disertai tanda dan gejala syok<br><br>**Manajemen cairan (I.03098)**<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi<br>2. Monitor BB sebelum HD dan post HD<br>3. Monitor hasil pemeriksaan lab<br>Terapeutik<br>4. Catat BC<br>5. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian diuretik | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | pkl 11.00 : 301 mg/dl<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat penyakit CKD on HD. Post pungsi efusi pleura sinistra USG pro Marker 350 cc xerous xantochrome pada tanggal 19 Maret 2025. Riwayat CAD post PCI pasang 3 stent di RS JHC pada Januari 2024. Riwayat sirosis hepatis CP B non sirotik.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien tidak dapat dikaji secara verbal, tingkat kesadaran soporcoma dengan nilai GCS 2 E1M1Vett, On ventilator Mode VC-SIMV/ Peep:+5 RR:15 Fio2 :50%, VT :400 PS : 6. TD 99/64 mmHg, HR 100 x/i, S 36,5ºC, RR 21 x/i, SpO2 100%. Terpasang ETT no 7,5 BB 22 cm, Produksi slem/ETT (+) warna kuning kental jumlah banyak, refleks batuk tidak ada. Terpasang CVC di jugularis sinistra nilai +11 mmH2O. Pasien terlihat sesak nafas.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (10 Mei 2025)<br>Hb 9.3 g/dl<br>SGOT 29 U/l<br>SGPT 26 U/l<br>Laktat 3.00 mmol/L<br>• Lab (11 Mei 2025)<br>pH 7.362<br>pCO2 31.6 mmHg<br>pO2 119.9 mmHg<br>HCO3 18.1 mmol/L<br>BE -5.9 mmol/L<br>SpO2 96.8 %<br>Interpretasi AGD : Asidosis metabolik terkompensasi sebagian<br>• Lab (12 Mei 2025)<br>Ureum 197 mg/dl<br>Kreatinin 4.36 mg/dl<br>GFR 13.16 ml/mnt<br>• Lab cairan asites (13 Maret 2025)<br>Kejernihan keruh<br>Warna kuning<br>Bekuan ada<br>• Thorax (10 Mei 2025)<br>Dibandingkan dengan foto tanggal 9-5-2025<br>• Edema paru, DD/ Pneumonia, infiltrat kesan berkurang | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | • Efusi pleura bilateral terutama kanan, kesan stqa.<br>• Kardiomegali dengan elongasi aorta.<br>• Terpasang kateter vena sentral dengan tip distal setinggi Th3, proyeksi vena cava superior.<br>• Terpasang ETT dengan tip distal setinggi Th3, 1 korpus di atas karina<br>• Echo (17 Maret 2025)<br>Kontraktilitas fungsi LV menurun. Fungsi sistolik RV menurun.<br>LVH konsentrik. RWMA (+)<br>AR mild<br>MR moderate ec iskemik<br>PR mild. TR moderate intermediate probability of PH<br>Tidak tampak efusi perikardium, SEC, dan thrombus dari TTE<br>• USG abdomen (18 Maret 2025)<br>• Gambaran sirosis hepatis.<br>• Ascites<br>• Atensi cholecystitis.<br>• Tidak tampak kelainan ultrasonografi pada organ intraabdomen lainnya yang tervisualisasi<br>3. Obat-obatan<br>NaCl 500 ml<br>Norephineprine 4 mg/ml<br>Midazolam pro drip<br>Fentanyl pro drip<br>Furosemide 1x40 mg<br>Ceftriaxone 1x2<br>OMZ 2x40<br>Ambroxol 3x1<br>Combivent 3x1 | | | |
| 5 | Tn.P<br>67 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Tidak bekerja<br>Respiratory failure ec pneumonia CAP dd overload CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 14 April 2025 jam 00.01 diantar oleh keluarganya dengan keluhan sesak nafas sejak 3 hari yang lalu namun makin memberat hari ini dimana keluhan disertai batuk berdahak sehingga pasien minum banyak. BAK normal, BAB normal tidak ada keluhan. HD terakhir hari Sabtu, 12 April 2025 tuntas 4,5 jam. Pasien diintubasi di IGD dengan ETT 7,5 BB 20 cm terdapat slem warna kuning kental, jumlah | 1. Gangguan pertukaran gas<br>2. Risiko ketidakseimbangan cairan | Dukungan ventilasi (I.01002)<br>Observasi<br>1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas<br>2. Monitor status respirasi dan oksigenasi (frek dan kedalaman nafas, bunyi nafas tambahan, SpO2)<br>Terapeutik<br>3. Pertahankan kepatenan jalan nafas<br>4. Berikan posisi semifowler atau fowler<br>5. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (misal NC, NRM, RM) | 25 April 2025<br>Gangguan pertukaran gas<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pernafasan kussmaul<br>3. Ronki +/+<br>4. Pemberian Ventolin + Pulmicort 1:1 pada jam 17.00 WIB<br>5. Pasien terpasang on vent mode VC-SIMV PEEP:+ 6 FiO2:70% TV:400 PS:8 RR:18 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | banyak, reflek batuk adekuat. Premedikasi midazolam 5mg, fentanyl 50mcg, Propofol 3ml. On vent mode VSIMV PEEP 5 Psupp 10 Rate 14x VT 350ml FiO2 80%. Pasien terpasang DC no 16 warna kuning. Pasien terpasang NGT no 16 residu tidak ada. Pada tanggal 14 April 2025 jam 04.14 pasien dipindahkan ke ruang ICU membutuhkan monitoring hemodinamik ketat. Tingkat kesadaran sedasi dengan nilai GCS 6 E2M4Vett. On vent, VC SIMV VT 400 Peep 7 PS 10 FiO2 70% RR 12/35x/mnt. Pupil isokor 2/2 mm, RC +/+. TD 140/82 mmHg, HR 124 x/i, S 36,8ºC. Ronkhi +/+. CRT ≤2 detik.<br>IVFD :<br>Resfar 12,5ml / NS 100ml habis 4 jam, 1x/hari<br>Midazolam (45/45) 2cc/jam<br>Fentanyl (300/30) 2cc/jam<br>Obat :<br>Ceftazidime 3x1 gram IV -> sudah diberikan di IGD<br>Levofloxacin 1x750mg /48 jam -> sudah diberikan di IGD<br>Inhalasi :<br>Ventolin : Pulmicort 1:1 3x/hari<br>Rencana tindakan :<br>R/ pasang CVC<br>Ro thoraks post CVC<br>Intake /5 jam : 220 ml<br>Output /5 jam : 165 ml<br>Diuresis /5 jam : 10 ml<br>Balance cairan /5 jam : +55 ml<br>Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 April 2025 jam 16.00 WIB pasien tidak dapat dikaji secara verbal. Tingkat kesadaran pasien sedasi dengan nilai GCS 6 $E_2M_4$Vett on ventilator mode VC- SIMV Peep +5, RR 14, FiO2 70%, VT 400, PS: 8. TTV : TD 110/68 mmHg, N 102 x/i, S 37.5ºC, RR 24 x/i, SpO2 99%. Skala nyeri comfort 18 skala sedasi : 4. Pasien terpasang ETT no7,5 BB 21, produksi slem/ETT warna kuning kental, jumlah banyak, reflek batuk adekuat. mukosa bibir kering. Pasien terpasang NGT, residu tidak ada. Pasien terpasang folley cateter no 16 urine warna kuning. Pasien terpasang cimino shunt di tangan kiri. Pasien terpasang CVC di subclavia dextra, CVP + 19 cmH2O.<br>IVFD : | | Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian bronkodilator<br>Intervensi pendukung : Pemberian obat (I.02062)<br>Observasi<br>1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat<br>2. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi<br>3. Periksa tgl exp obat<br>Terapeutik<br>4. Lakukan prinsip 6B (Pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)<br>Edukasi<br>5. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping obat<br><br>**Manajemen cairan (I.03098)**<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi<br>2. Monitor BB sebelum HD dan post HD<br>3. Monitor hasil pemeriksaan lab<br>Terapeutik<br>4. Catat BC<br>5. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian diuretik<br>**Intervensi pendukung : Tranfusi darah (I.02089)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi rencana tranfusi<br>2. Monitor TTV sebelum, selama dan setelah tranfusi<br>Terapeutik<br>3. Lakukan pengecekan ganda pada label darah (golda, rhesus, tgl exp, no seri, jumlah dan identitas)<br>4. Periksa akses IV<br>5. Berikan cairan NaCl 0,9% sebanyak 50-100 ml sebelum tranfusi dilakukan<br>6. Atur kecepatan aliran tranfusi sesuai produk darah 10-15 ml/KgBB dalam 2-4 jam<br>7. Berikan tranfusi dalam waktu maksimal 4 jam<br>8. Hentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi<br>9. Dokumentasi tgl, waktu, jumlah darah, durasi, dan respon tranfusi<br>Edukasi | A : Masalah gangguan pertukaran gas tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Dukungan ventilasi (No 1-6)<br>Pemberian obat (No 1-5)<br><br>Risiko ketidakseimbangan cairan<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien telah dilakukan pemberian PRC 500 ml jam 15.30 WIB dengan golda O+<br>2. Intake 1220<br>Output 950<br>BC +270<br>3. Pasien di mendapatkan tranfusi PRC 500 ml dengan golda O+<br>4. Pasien terlihat sesak nafas<br>5. Pemberian obat :<br>Furosemid pada jam 17.00 WIB<br>6. Hasil lab tgl 29 April 2025<br>GFR 8,24 ml/menit/1,73$m^3$<br>Kreatinin 5,39 mg/dL<br>A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen cairan (No 1-6)<br>Tranfusi darah (No 1-11) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | - Miloz (45/45) 2ml/jam<br>- Fentanyl (300/30) 2ml/jam<br>- Vascon 4/50 (0.05 mcg/kgbb)-- 1.9 ml/jam<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi. CKD on HD setiap hari Rabu Sabtu dengan akses CDL tunneling.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien tidak dapat dikaji secara verbal. Tingkat kesadaran pasien sedasi dengan nilai GCS 6 E2M4Vett. On ventilator mode VC- SIMV Peep +5, RR 14, FiO2 70%, VT 400, PS: 8. Pasien terpasang ETT no7,5 dengan BB 21 cm, produksi slem/ETT warna kuning kental, jumlah banyak, reflek batuk adekuat. Pasien terlihat sesak nafas.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (13 April 2025)<br>Hb 8.0 g/dl<br>Ht 23%<br>Ureum 98 mg/dl<br>Kreatinin 6.70 mg/dl<br>GFR 7.78 ml/mnt<br>• Lab (14 April 2025)<br>Ph 7.399<br>Pco2 35.3 mmHg<br>pO2 216.2 mmHg<br>HCO3 22.0 mmol/L<br>BE -1.8 mmol/L<br>SpO2 98.6%<br>Interpretasi AGD : Asidosis metabolik terkompensasi sebagian<br>Albumin 2.9 g/dl<br>• Thorax (14 April 2025)<br>Dibandingkan foto toraks 14/04/2025<br>• Pneumonia, kesan perbaikan.<br>• Elongasi dan kalsifikasi aorta aorta.<br>• Tidak tampak kelainan radiologi di jantung.<br>• Terpasang CVC dari vena subclavia kanan dengan ujung distal setinggi paravertebra Th5 kanan, proyeksi vena cava superior.<br>• Terpasang ETT dengan ujung distal setinggi vertebra Th4, 1 corpus diatas carina<br>3. Obat-obatan | | 10. Jelaskan tujuan dan prosedur tranfusi<br>11. Jelaskan tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan (gatal, pusing, sesak nafas, nyeri dada) | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Midazolam 2cc/jam<br>Fentanyl 2cc/jam<br>Resfar 2cc/jam<br>Ceftazidime 3x1<br>Levofloxacin 1x750 mg/48 jam<br>Ventolin 3x1<br>Pulmicort 3x1 | | | |
| 6 | Ny.D<br>57 Tahun<br>Perempuan<br>D3<br>IRT<br>Sepsis ec pneumonia+ISK, AKI dd ACKD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 04 Mei 2025 jam 02.07 WIB rujukan dari RS Suyoto (RSPPN) dengan sepsis ec pneumonia dan ISK, AKI dd ACKD dengan keluhan demam dan disertai dengan batuk, serta kadang mengeluh sakit pada perut, BAB saat ini coklat, dan tidak ada muntah darah, pasien sempat di cuci darah 3x di RSPPN dan sempat transfusi PRC 4 kantong. Pasien pernah dirawat di ICU sejak 26 April 2025 sampai 2 Mei 2025. Saat dilakukan pemeriksaan tingkat kesadaran pasien CM dengan nilai GCS 15 E4M6V5. Hasil pemeriksaan TTV : TD 169/80 mmHg, HR 104x/i, RR 22x/i, S 37,1ºC SpO2 98-99% on NRM 12 lpm. Vesikuler +/+. Pasien terpasang monitor, IVFD nefrosteril 250ml/24 jam, syring pump furosemid 3mg/jam. RL 200 cc=7 tpm. Terpasang NGT residu tidak ada. Terpasang kateter urine produksi urine (+) 1200 cc warna kuning jernih. Pada tanggal 04 Mei 2025 jam 11.06 WIB pasien dipindahkan ke ruang ICU membutuhkan monitoring hemodinamik ketat. Terpasang CVC di vena femoralis kiri, terpasang CDL di vena jugular kanan (29/04/2025) dari RS Suyoto. Tingkat kesadaran CM dengan nilai GCS 15 E4M6V5. TTV : TD 170/91 mmHg, HR 115x/i. Pasien bernafas secara spontan dengan RR28x/i, on NRM 10 lpm, SpO2: 97 %. Tidak ada suara nafas tambahan. Pasien terpasang IVFD : Nefrosteril 250ml/24 jam dan Resfar (12,5/100) 1x/hari. Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 04 Mei 2025 didapatkan nilai Hb 8,8 g/dL, hematokrit 26%, eritrosit 3,2 juta/µL, lekosit 30820/µL, trombosit 121000/µL, albumin 3,0 g/dL, ureum 141 mg/dL, kreatinin 2,91 mg/dL, GFR 17,23 ml/menit/1,73m3, procalcitonin 1,69 µg/L, laktat 0,90 mmol/L. Hasil pemeriksaan thorax : Kardiomegali | 1. Pola nafas tidak efektif<br>2. Risiko ketidakseimbangan cairan<br>3. Perfusi perifer tidak efektif | Pemantauan respirasi (I.01014)<br>Observasi<br>1. Monitor pola nafas<br>2. Monitor frekuensi, irama, kedalaman nafas<br>3. Auskultasi suara nafas<br>4. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru<br>5. Monitor SpO2<br>Terapeutik<br>6. Atur interval pemantauan RR sesuai kondisi pasien<br>7. Dokumentasi hasil pemeriksaan<br>Edukasi<br>8. Jelaskan prosedur dan tindakan pemantauan pernafasan<br>9. Informasikan hasil pemantauan<br>10. Ajarkan teknik non farmakologis (*Breathing exercise)*<br>Kolaborasi<br>11. Kolaborasi pemberian oksigen<br>Intervensi pendukung : Pemberian obat (I.02062)<br>Observasi<br>1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat<br>2. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi<br>3. Periksa tgl exp obat<br>Terapeutik<br>4. Lakukan prinsip 6B (Pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)<br>Edukasi<br>5. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping obat<br><br>Manajemen cairan (I.03098)<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi<br>2. Monitor BB sebelum HD dan post HD<br>3. Monitor hasil pemeriksaan lab<br>Terapeutik<br>4. Catat BC<br>5. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan | 05 Mei 2025<br>Pola nafas tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan sesak nafas berkurang<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik breathing exercise sesuai dengan arahan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pernafasan kussmaul<br>3. Respirasi on sungkup 8 lpm<br>4. SpO2 99%<br>5. RR 25x/i<br>6. Pola nafas irregular<br>7. Pemberian obat pada jam 17.00 WIB :<br>Resfar 12,5/100 1x/hari<br>Meropenem 3x1<br>Moxifloxacin 1x400 mg<br>A : Masalah pola nafas tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Pemantauan respirasi (No 1-11)<br>Pemberian obat (No 1-5)<br><br>Risiko ketidakseimbangan cairan<br>S :<br>1. Pasien mengatakan tidak mengalami pembengkakan pada anggota tubuhnya<br>2. Pasien mengatakan melakukan cuci darah 2x seminggu sejak 29 April 2025 di RSPPN<br>O :<br>1. Edema (-)<br>2. BB post HD 55 Kg<br>3. BC pasien/24 jam :<br>Minum 1000<br>IVFD 500<br>Total intake 1500<br>Urin 2000<br>IWL 550<br>Total output 2550<br>BC -1050 ml/24 jam<br>4. Hasil lab tgl 04 Mei 2025 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | disertai bendungan paru dengan kemungkinan adanya infeksi sekunder (pneumonia). Pleuritis bilateral DD/ efusi pleura. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 04 Mei 2025 jam 15.00 WIB tingkat kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS 15 (E4/M6/V5) Repirasi on sungkup 8 lpm. TD 148/75 mmHg, HR 104 x/i, RR 25 x/i, S 37.8ºC, SaO2 99%, VAS: 1-2. Terpasang CVC di femoralis sinistra. IVFD : Nefrosteril 10 ml/jam. Terpasang CDL di jugularis dextra. Terpasang NGT residu (-). Terpasang folley chateter threeway dengan produksi urine 1200 warna kuning jernih.<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat HD 3x di RS Suyoto dengan akses CDL di jugularis dextra sejak tanggal 29 April 2025. Pasien tidak memiliki riwayat HT, DM dan AU.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien mengatakan sesak nafas. Pasien terlihat sesak nafas, nafas cuping hidung (+), pernafasan kussmaul (+), tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS 15 (E4/M6/V5) respirasi on sungkup 8 lpm. TD 148/75 mmHg, HR 104 x/i, RR 25 x/i, S 37.8ºC, SpO2 99%, CRT ≤2 detik.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (04 Mei 2025)<br>Hb 8.8 g/dl<br>Ht 26%<br>Albumin 3.0 g/dl<br>Ureum 141 mg/dl<br>Kreatinin 2.91 mg/dl<br>GFR 17.23 ml/mnt<br>• Thorax (04 Mei 2025)<br>• Kardiomegali disertai bendungan paru dengan kemungkinan adanya infeksi sekunder (pneumonia).<br>• Pleuritis bilateral DD/ efusi pleura.<br>• Hemidiafragma kiri letak tinggi --> DD/ proses subdiafragma, parese N. phrenicus.<br>• Elongasi aorta.<br>• Terpasang CVC dengan tip distal setinggi Th5-6 proyeksi vena cava superior<br>3. Obat-obatan | | Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian diuretic<br><br>Perawatan sirkulasi (I.02079)<br>Observasi<br>1. Periksa sirkulasi perifer (nadai, edema, CRT, warna, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, HT)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas<br>Terapeutik<br>4. Hindari pengukuran TD pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi<br>Edukasi<br>5. Anjurkan minum obat pengontrol TD tinggi secara teratur<br>6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilang rasa) | GFR 17,23 ml/menit/1,73m$^3$<br>Kreatinin 2,91 mg/dL<br>5. Pemberian nefrosteril 20 cc/jam<br>A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen cairan (No 1-6)<br><br>Perfusi perifer tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan badan terasa lemas<br>2. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat HT dan DM<br>O :<br>1. Pemberian obat amlo 5 mg pada jam 20.00 WIB<br>2. TD 148/75 mmHg, HR 104 x/i, RR 25 x/i, S 37.8ºC, SpO2 99%<br>3. CRT < 2 detik<br>4. Edema (-)<br>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Perawatan sirkulasi (No 1-6) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nefrosteril 20 cc/jam<br>Resfar 1x/hari<br>Meropenem 3x1 gr<br>Moxifloxacin 1x400 mg<br>OMZ 2x40 mg<br>Amlo 1x5mg<br>CaCO3 3x500 mg<br>Bicnat 3x500 mg<br>VIP albumin 3x2<br>KSR 2x1<br>Sucralfate 3x15 ml | | | |
| 7 | Tn.A<br>71 Tahun<br>Laki-laki<br>SMA<br>Pensiunan<br>Respiratory failure ec pneumonia dd CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pada tanggal 12 Mei 2025 jam 16.20 WIB pasien sedang melakukan tindakan hemodialisis dengan akses CDL femoral sinistra. TD 140/70 mmHg, N 80 x/i, S 36,5ºC, RR 20 x/i dengan UFG 1L, TD 5 jam, Qb 150, Qd 500, heparin reguler. Kemudian pada jam 17.18 WIB saat HD berjalan 3.5 jam dari total 5 jam TD turun disertai dengan adanya demam, kontak dan respon lambat, info dari istri memang pasien lebih sering gelisah dalam 2 hari ini, intake per oral blender masih baik walau sering batuk-batuk. TD 56/32 mmHg --> loading 250cc --> TD 86/59 mmHg, N 59x/menit, SpO2 89% dengan NC 5 lpm. Rh +/+ minimal. Bengkak pada tangan kanan +1 kemudian HD di stop dan pasien dipindahkan ke ruang IGD. Pada jam 17.21 WIB pasien tiba di IGD di turunkan dari ruang HD dengan keluhan lemas saat HD 1 jam terakhir (dari target 5 jam) tiba-tiba TD turun di 56/32 mmHg sudah di loading 250 cc menjadi 86/59 mmHg dan nilai GDS 123 mg/dL, demam mulai hari ini, batuk tidak ada, menurut istri pasien bahwa pasien mulai tidak selera makan dalam beberapa hari ini, mual (-) muntah (-) BAB dan BAK normal. Untuk saat ini tidak ada keluhan nyeri dada, sesak, berdebar debar tidak ada. Pasien masih mengeluh nyeri pada luka post op, rembesan kasa masih terlihat basah. Tingkat kesadaran pasien CM dengan nilai GCS 15 E4M6V5. Hasil pemeriksaan TTV : TD 72/52 mmHg, HR 67x/i, RR 21 x/i, SpO2 97%, S 38,0ºC. Tampak bekas op penutupan defek luka tertutup kasa pada bagian dada pasien disertai nyeri. Vesikuler +/+ rhonki kasar minimal basal paru +/+ whezing -/- BJ reguler | 1. Pola nafas tidak efektif<br>2. Risiko ketidakseimbangan cairan<br>3. Perfusi perifer tidak efektif<br>4. Risiko infeksi | Pemantauan respirasi (I.01014)<br>Observasi<br>1. Monitor pola nafas<br>2. Monitor frekuensi, irama, kedalaman nafas<br>3. Auskultasi suara nafas<br>4. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru<br>5. Monitor SpO2<br>Terapeutik<br>6. Dokumentasi hasil pemeriksaan<br>Edukasi<br>7. Jelaskan prosedur dan tindakan pemantauan pernafasan<br>8. Informasikan hasil pemantauan<br>9. Ajarkan teknik non farmakologis (Breathing exercise)<br>Kolaborasi<br>10. Kolaborasi pemberian oksigen<br><br>Manajemen cairan (I.03098)<br>Observasi<br>1. Monitor status hidrasi<br>2. Monitor BB sebelum HD dan post HD<br>3. Monitor hasil pemeriksaan lab<br>Terapeutik<br>4. Catat BC<br>5. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan<br>Kolaborasi<br>6. Kolaborasi pemberian diuretic<br><br>Perawatan sirkulasi (I.02079)<br>Observasi<br>1. Periksa sirkulasi perifer (nadi, edema, CRT, warna, suhu)<br>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (DM, HT)<br>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstermitas | 13 Mei 2025<br>Pola nafas tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan sesak nafas berkurang<br>2. Pasien mengatakan akan melakukan teknik breathing exercise sesuai dengan arahan perawat<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pernafasan kussmaul<br>3. Respirasi on sungkup 8 lpm<br>4. SpO2 99%<br>5. RR 25x/i<br>6. Pola nafas irregular<br>7. Pemberian obat pada jam 17.00 WIB :<br>Resfar 12,5/100 1x/hari<br>Meropenem 3x1<br>Moxifloxacin 1x400 mg<br>A : Masalah pola nafas tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Pemantauan respirasi (No 1-10)<br><br>Risiko ketidakseimbangan cairan<br>S :<br>1. Pasien mengatakan tidak mengalami pembengkakan pada anggota tubuhnya<br>2. Pasien mengatakan melakukan cuci darah 2x seminggu sejak 29 April 2025 di RSPPN<br>O :<br>1. Edema (-)<br>2. BB post HD 55 Kg<br>3. BC pasien/24 jam :<br>Minum 1000<br>IVFD 500<br>Total intake 1500<br>Urin 2000<br>IWL 550 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | +. Pasien terpasang IVFD Nacl 0,9% 10 tpm. Inj paracetamol 1 gram. Mulai start vascon 0,05 gamma target TD > 90 mmHg. Pada jam 23.02 WIB pasien dipindahkan ke ruang ICU membutuhkan monitoring hemodinamik ketat. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Mei 2025 jam 10.00 WIB tingkat kesadaran pasien CM dengan nilai GCS 15 E4M6V5. Respirasi dengan nasal kanul 3 lpm. TD : 94/58 mmHg, HR : 69xi, RR 18 x/i, S 36,5ºC, SpO2 100%. Pasien terpasang infus ditangan kiri : NaCl 0,9% + KCl 25 Meq 20 ml/jam, Vascon (4/50) (0,02 mikro) 0,9 ml/jam. Terpasang CDL di femoralis kiri. Tampak tangan kanan bengkak.Terdapat luka di dada kanan post pemasangan PPM dan tampak bengkak.<br>Balance cairan pasien/24 jam : +742,6 ml<br>Intake/24 jam : 1842.6 ml<br>Output/24 jam : 1100 ml<br>Balance/24 jam : +742.6 ml<br>Diuresis/24 jam : 200 ml<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat penyakit : tanggal 09/5/25 tutup defek dengan local flap (rotasional flap) dengan lokal anestesi oleh dr. Budiman, Sp.BP (infeksi pasca pemasangan TPM di sebelah kanan sehingga TPM di ganti sebelah kiri). Riwayat : stenosis vena central, wound dehisiensi sub clavia kanan. Riwayat : CKD on HD sudah 1,5 tahun (Senin dan Kamis) dengan akses CDL tunel femoralis dextra terpasang oleh dr. Amrul, Sp.BV. Riwayat : HT (+) DM (+) parkinson (+).<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien mengatakan sesak nafas. Pasien terlihat sesak nafas, nafas cuping hidung (+), pernafasan kussmaul (+), tingkat kesadaran pasien CM dengan nilai GCS 15 E4M6V5. Respirasi dengan nasal kanul 3 lpm. TD : 94/58 mmHg, HR : 69xi, RR 18 x/i, S 36,5ºC, SpO2 100%, CRT ≤2 detik.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (12 Mei 2025)<br>Hb 11.3 g/dl<br>pH 7.523<br>pCO2 27.4 mmHg<br>pO2 192.6 mmHg | | Terapeutik<br>4. Hindari pengukuran TD pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi<br>Edukasi<br>5. Anjurkan minum obat pengontrol TD tinggi secara teratur<br>6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, hilang rasa)<br><br>Pencegahan Infeksi (I.14539)<br>Observasi<br>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik<br>Terapeutik<br>2. Batasi jumlah pengunjung<br>3. Berikan perawatan kulit pada area edema<br>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien<br>5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien<br>Edukasi<br>6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi<br>7. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar<br>8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi<br>9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi<br>10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan<br>Kolaborasi<br>11. Kolaborasi pemberian obat<br>Intervensi tambahaan : Perawatan area insisi (I.14558)<br>Observasi<br>1. Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda-tanda dehisen atau eviserasi<br>2. Monitor proses penyembuhan area insisi<br>3. Monitor tanda dan gejala infeksi<br>Terapeutik<br>4. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat<br>5. Usap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih<br>6. Berikan salep antiseptik K/P<br>7. Ganti balutan sesuai jadwal<br>Edukasi<br>8. Jelaskan prosedur kepada pasien | Total output 2550<br>BC -1050 ml/24 jam<br>4. Hasil lab tgl 04 Mei 2025<br>GFR 17,23 ml/menit/1,73m3<br>Kreatinin 2,91 mg/dL<br>5. Pemberian nefrosteril 20 cc/jam<br>A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen cairan (No 1-6)<br><br>Perfusi perifer tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien mengatakan badan terasa lemas<br>2. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat HT dan DM<br>O :<br>1. Pemberian obat amlo 5 mg pada jam 20.00 WIB<br>2. TD 148/75 mmHg, HR 104 x/i, RR 25 x/i, S 37.8ºC, SpO2 99%<br>3. CRT < 2 detik<br>4. Edema (-)<br>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Perawatan sirkulasi (No 1-6)<br><br>Risiko infeksi<br>S :<br>Pasien mengatakan post TPM<br>O :<br>1. Luka terbalut kassa tanpa rembesan<br>2. Tidak ada tanda-tanda infeksi<br>3. Perawat selalu menerapkan 5 moment<br>4. Pasien dan keluarga telah mengetahui cara melakukan 6 langkah cuci tangan yang benar sesuai arahan perawat<br>A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Pencegahan infeksi (No 1-10)<br>Perawatan luka inisisi (No 1-7) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | HCO3 22.7 mmol/L<br>BE 1.5 mmol/L<br>SpO2 99.4%<br>Interpretasi AGD : Alkalosis respiratorik terkompensasi sebagian<br>Ureum 68 mg/dl<br>Kreatinin 5.41 mg/dl<br>GFR 9.79 ml/mnt<br>• Thorax (12 Mei 2025)<br>• Pneumonia.<br>• Elongasi dan kalsifikasi aorta.<br>• Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung.<br>• Terpasang 2 lead pacemaker dari hemitoraks kanan dengan dengan tip distal setinggi corpus vertebra Th9 proyeksi atrium kanan dan Th11 proyeksi ventrikel kanan dan terpasang 1 buah lead pacemaker dari hemitoraks kiri dengan tip distal setinggi corpus vertebra Th11 proyeksi ventrikel kanan.<br>3. Obat-obatan<br>NaCl 20 ml/jam<br>Vascon 4/50 (0.02 mikro) 0.9 ml/jam<br>Asam folat 3x1<br>B12 3x1<br>CaCO3 3x1<br>Atorvastatin 1x1<br>Trihexyphenidil 3x1<br>Levopar 3x1<br>Ezelyn 1x12 ui | | | |
| 8 | Tn.S<br>61 Tahun<br>Laki-laki<br>D3<br>Pensiunan<br>Gagal nafas susp overload dd ARDS pneumonia CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 02 Mei 2025 pada jam 05.57 WIB dengan keluhan sesak nafas, badan terasa lemas dan pusing. Tingkat kesadaran pasien CM dengan nilai GCS 15 E4M6V5. TD 181/89 mmHg, N 134x/i, RR 30x/i, S 36,5ºC, SpO2 99%. Pasien terpasang alat bantu pernafasan jenis mask 8 lpm. Pada jam 11.20 WIB pasien diantar ke ruang HD untuk melakukan HD rutin sesuai jadwal dengan TD 4,5 jam UF 1,5 Qb 200 Qd 500 heparin reguler. TD pre HD 136/51 mmHg, N 69x/i, RR 20x/i, S 36,5 ºC pada saat intra HD jam ketiga pasien mengeluh menggigil dengan suhu 36,0ºC, N 123x/i, TD 200/110 | 1. Gangguan ventilasi spontan<br>2. Hypervolemia | Dukungan ventilasi (I.01002)<br>Observasi<br>1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas<br>2. Monitor status respirasi dan oksigenasi (frek dan kedalaman nafas, bunyi nafas tambahan, SpO2)<br>Terapeutik<br>3. Pertahankan kepatenan jalan nafas<br>4. Berikan posisi semifowler atau fowler<br>5. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (misal NC, NRM, RM)<br><br>Intervensi pendukung : Pemberian obat (I.02062)<br>Observasi<br>1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat | 06 Mei 2025<br>Gangguan ventilasi spontan<br>S :<br>Pasien sulit dikaji secara verbal<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Pernafasan kussmaul<br>3. Ronki +/+<br>4. Pemberian cefo dengan dosis 1 gr pada jam 17.00 WIB<br>5. Resp: on vent PC SIMV Peep 6 PS 8 PC 8 FiO2 70% RR 12/17 x/mnt SpO2: 94-97 %<br>A : Masalah gangguan ventilasi spontan tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Dukungan ventilasi (No 1-5) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | mmHg, RR 28x/i, SpO2 80%, pasien diberikan NRM 10 lpm kemudian 30 menit sebelum HD selesai SpO2 pasien 78-80% sehingga pasien dan keluarga dilakukan edukasi untuk intubasi. Intubasi berhasil dikerjakan dengan ETT no 7,5 BB 21 cm, pasien terpasang NGT tidak ada residu, premed miloz 1 amp dan fentanyl 1 amp setelah di intub TD 230/116 mmHg, N 130x/i, RR 30x/i, SpO2 90% kemudian jam 12.45 WIB pasien diantar ke ICU dengan tingkat kesadaran sedasi E2M5Vett, pupil isokor 2/2 mm RC +/+, Resp: on vent PC SIMV Peep 6 PS 8 PC 8 FiO2 70% RR 12/17 x/mnt SpO2: 94-97 %, TD 175/75 mmHg, HR 108x /i. Skala nyeri comfort 18, skala sedasi ramsay 3. Ronkhi +/+. Terpasang NGT, residu tidak ada.. Terpasang ETT no 7.5 BB 21 sputum kemerahan, reflek batuk kuat. Terpasang CDL 3 lumen di clavikula dextra. Terpasang CVC subklavia sinistra dengan nilai CVP -9 mmH2O. Dari hasil pemeriksaan penunjang hematologi pada tanggal 02 Mei 2025 didapatkan data : Hb 9,5 g/dL, Ht 27%, eritrosit 3,2 juta/µL, lekosit 11440/µL, trombosit 126000/µL, albumin 3,3 g/dL, ureum 43 mg/dL, kreatinin 4,01 mg/dL, GFR 15,09 ml/menit/1,73m3, natrium 138 mmol/L, kalium 2,9 mmol/L, klorida 107 mmol/L. Hasil AGD : Ph 7,522, PCO2 17,5 mmHg, PO2 201,2 mmHg,HCO3 14,4 mmol/L, BE -4,9 mmol/L, SPO2 99,8% (Alkalosis respiratorik terkompensasi sebagian). Hasil pemeriksaan rontgen didapatkan kesan : Edema paru dengan kemungkinan infeksi sekunder belum dapat disingkirkan. Tidak tampak kardiomegali. Tepasang ETT setinggi corpus vertebra Th2, 2 corpus diatas karina. Terpasang CDL dengan tip distal setinggi Th 7, proyeksi cavoatrial junction. Hasil pemeriksaan penunjang USG Whole Abdomen pada tanggal 13 Januari 2025 jam 07.35 WIB didapatkan kesan : Kedua ginjal masih dalam batas normal. USG hepar, kandung empedu, spleen, pankreas, ginjal kanan/kiri, vesica urinaria, dan prostat saat ini tidak tampak kelainan. Hasil pemeriksaan Echo pada tanggal 01 Januari 2025 didapatkan kesimpulan : Kontraktilitas fungsi LV dan RV baik. LVH konsentrik. Global noemokestik. MR mid katup-katup lain dalam | | 2. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi<br>3. Periksa tgl exp obat<br>Terapeutik<br>4. Lakukan prinsip 6B (Pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)<br>Edukasi<br>5. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping obat<br><br>Manajemen hypervolemia (I.03114)<br>Observasi<br>1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (misal : ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)<br>2. Identifikasi penyebab hypervolemia<br>3. Monitor status hemodinamik<br>4. Monitor intake dan output cairan<br>5. Monitor tanda hemokonsentrasi (misal : kadar natrium, BUN, Ht, BJ urin)<br>6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (misal : kadar protein dan albumin meningkat)<br>Terapeutik<br>7. Batasi asupan cairan dan garam<br>8. Tinggikan kepala 30-40 derajat<br>Edukasi<br>9. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam<br>10. Ajarkan cara membatasi asupan cairan<br>11. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin<br>Kolaborasi<br>12. Kolaborasi pemberian diuretik | Pemberian obat (No 1-5)<br><br>Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>3. Keluarga pasien mengatakan sudah mengetahu tentang pembatasan cairan pada pasien CKD<br>O :<br>1. Pasien terlihat sesak nafas<br>2. Kebutuhan cairan pasien 950 cc/24 jam<br>3. CVP -9 mmH2O<br>4. Pasien terbaring diatas tempat tidur dengan posisi semifowler<br>5. GFR 7,46 ml/menit/1,73m3<br>Kreatinin 7,18 mg/dL<br>A : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen cairan (No 1-6) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | batas normal. Disfungsi diastolik grade I dengan normal LAP. Tidak tampak efusi pericardium, SEC, dan thrombus dari PIE. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Mei 2025 jam 16.00 WIB pasien tidak dapat dikaji secara verbal. Pasien DPO. Tingkat kesadaran sedasi E2M5Vett, pupil isokor 2/2 mm RC +/+, Resp: on vent PC SIMV Peep 6 PS 8 PC 8 FiO2 70% RR 12/17 x/mnt SpO2: 94-97 %, TD 175/75 mmHg, HR 108x /i. Skala nyeri comfort 18, skala sedasi ramsay 3. Ronkhi +/+. Terpasang NGT, residu tidak ada.. Terpasang ETT no 7.5 dengan BB 21 cm. Terpasang CDL 3 lumen di clavikula dextra. Terpasang CVC subklavia sinistra dengan nilai CVP -9 mmH2O. Dari hasil pemeriksaan penunjang hematologi pada tanggal 06 Mei 2025 didapatkan data : Hb 8,3 g/dL, Ht 2,5%, eritrosit 3,0 juta/µL, lekosit 9660/µL, trombosit 76000/µL, ureum 90 mg/dL, kreatinin 7,18 mg/dL, GFR 7,46 ml/menit/1,73m3, Hasil AGD : Ph 7,381, PCO2 42,0 mmHg, PO2 179,7 mmHg,HCO3 25,2 mmol/L, BE 0,5 mmol/L, SPO2 99,6%.<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan DM tipe 2. CKD on HD setiap hari Selasa dan Jumat dengan akses CDL tunnelling sejak 11 Januari 2025 di RSPAD Gatot Soebroto.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien tidak dapat dikaji secara verbal. Pasien DPO. Tingkat kesadaran sedasi E2M5Vett, pupil isokor 2/2 mm RC +/+, Resp: on vent PC SIMV Peep 6 PS 8 PC 8 FiO2 70% RR 12/17 x/mnt SpO2: 94-97 %, TD 175/75 mmHg, HR 108x /i. Skala nyeri comfort 18, skala sedasi ramsay 3. Ronkhi +/+. Pasien terpasang ETT no 7.5 dengan BB 21 cm.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (02 Mei 2025)<br>Hb 9.5 g/dl<br>Ht 27%<br>Albumin 3.3 g/dl<br>• Lab (05 Mei 2025)<br>pH 7.381<br>pCO2 42.0 mmHg<br>pO2 179.7 mmHg<br>HCO3 25.2 mmol/L | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | BE 0.5 mmol/L<br>SpO2 99.6 %<br>Interpretasi AGD : Analisa gas darah normal, tanpa gangguan asam-basa atau respirasi. Oksigenasi sangat baik, kemungkinan sedang diberikan oksigen tambahan<br>• Lab (06 Mei 2025)<br>Hb 8.3 g/dl<br>Ht 25%<br>Ureum 90 mg/dl<br>Kreatinin 7.18 mg/dl<br>GFR 7.46 ml/mnt<br>• Thorax (05 Mei 2025)<br>• Pneumonia, kesan perbaikan.<br>• Suspek efusi terlokalisir di fissura oblique kiri.<br>• Elongasi aorta.<br>• Tepasang ETT setinggi corpus vertebra Th2, 3 corpus diatas karina.<br>• Terpasang CDL dengan tip distal setinggi Th 7-8, proyeksi cavoatrial junction.<br>3. Obat-obatan<br>Midazolam 4 mg/jam<br>Fentanyl 3cc/jam<br>Cefo 3x1<br>Cande 1x16 mg<br>Adalax 1x30 mg<br>Clonidine 1x0.15 mg<br>Asam folat 1x400 mg<br>Vit B12 2x500 mg<br>CaCO3 2x500 mg | | | |
| 9 | Tn.S<br>55 Tahun<br>Laki-laki<br>D3<br>Pensiunan<br>Cardiac arrest survivor, GERD dengan alarm symptoms post EGD, CKD on HD | Subjektif<br>1. Keluhan<br>Pasien datang ke poli penyakit dalam RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 30 April 2025 jam 13.41 WIB dengan keluhan nyeri perut sejak 2 bulan SMRS, hilang dengan minum obat namun sering kambuh. Nyeri terutama dirasakan di ulu hati hingga pusar seperti melilit. Mual (+), muntah (+) isi cairan putih. Nafsu makan menurun, BB turun +/- 10 kg sejak awal tahun (74 —> 62 kg). Pasien direncanakan EGD pada 02 Mei 2025. Pasien telah diberikan inj OMZ 2x40 mg dan Ondan 3x8 mg. Kemudian pada jam 15.17 WIB pasien dipindahkan ke ruang | 1. Bersihan jalan nafas tidak efektif<br>2. Disfungsi motilitas gastrointestinal<br>3. Hypervolemia | Manajemen jalan nafas (I.01011)<br>Observasi<br>1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman dan usaha nafas)<br>2. Monitor suara nafas tambahan (misal : ronkhi, wheezing, gurgling,dll)<br>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)<br>Terapeutik<br>4. Pertahankan kepatenan jalan nafas<br>5. Berikan posisi semifowler atau fowler<br>6. Berikan oksigenasi<br>7. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik<br>Edukasi | 08 Mei 2025<br>Bersihan jalan naafs tidak efektif<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>O :<br>1. Tingkat kesadaran pasien sedasi<br>2. Respirasi on vent, dengan mode:PSV, Peep +5.RR 24.TV 456 FiO2 40 %,Ps 6.<br>3. Pasien terlihat sesak nafas<br>4. Pernafasan kussmaul<br>5. Ronkhi +/+<br>6. Pasien terpasang trackeostomy no 8, Produksi slem putih dengan reflek batuk adekuat |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | rawat inap Pav. Darmawan dengan keluhan nyeri perut seperti melilit dengan skala nyeri 3. TD 122/81 mmHg, N 63x/menit SpO2 99%, S 36,6ºC, RR 20 x/menit. Hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 30 April 2025 jam 16.15 WIB didapatkan data : Hb 10,1 g/dl, HT 30%, eritrosit 3,4 juta/µL, lekosit 8060/µL, trombosit 112000/µL. Pasien terpasang infus RL 500 cc + KCl 50meq/24 jam. Pada tanggal 01 Mei 2025 jam 08.30 WIB pasien melakukan HD dengan TD 4,5 jam Qb 200 Qd 500 UFG 2000 heparin low. Pada tanggal 02 Mei 2025 jam 11.29 WIB pasien post tindakan gastroscopy, TD post tindakan 130/76 mmHg, N 82x/i, SpO2 100% dan ketika dalam pemantauan post tindakan pasien arrest di RR, saturasi dan TD tidak terbaca -> intubasi dan RJP +- 20 menit -> VT dilakukan defib 4 kali dan pemberian lidokain 1 amp dan amiodarone 150 mg -> ROSC setelah itu pasien dipindahkan ke ruang ICU dengan tingkat kesadaran sedasi nilai GCS E2M2VETT, pupil isokor 2/2 mm, RC +/+. TD 147/78 mmHg, N 83x/i. Resp: on vent mode VC-SIMV VT 360 PEEP 5 PS 6 Fio2 80% RR :12/ 14 x/mnt SpO2 100%. Ves +/+, Rh -/- , wh -/-. Skala nyeri comfort 18, skala sedasi 5. Pasien terpasang ETT no 7,5 dengan BB 20 cm produksi slem putih dengan reflek batuk lemah. Hasil kesimpulan pemeriksaan ECHO pada tanggal 08 April 2025 : kontraktilitas fungsi LV menurun. Fungsi sistolik RV menurun. LVH konsentrik. RWMA (+). MR moderate ec iskemik. TR mild intermediate probability of PH. Efusi pericardium moderate tanpa tanda tamponade dari TTE. LVSEC (+) tidak tampak thrombus dari TTE. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 Mei 2025 jam 10.00 WIB tingkat kesadaran sopor dengan GCS (E2,M3,Vt) Respirasi on vent, dengan mode:PSV, Peep +5.RR 24.TV 456 FiO2 40 %,Ps 6. TTV. TD : 164/81 mmHg , HR: 79x/menit, RR:25 x/menit, Suhu :36.8ºC, SPO2 99% Skala nyeri comfort 18. Terpasang trackeostomy no 8, produksi slem putih dengan reflek batuk adekuat. Pasien terpasang NGT, residu tidak ada. Pasien terpasang DC. Pasien terpasang IVFD :<br>Midazolam (45/45) ~ 2ml/jam | | 8. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari jika tidak ada kontraindikasi<br>Kolaborasi<br>9. Kolaborasi pemberian bronkodilator<br><br>**Manajemen nutrisi (I.03119)**<br>Observasi<br>1. Identifikasi status nutrisi<br>2. Identifikasi makanan yang disukai<br>3. Monitor asupan makanan<br>4. Monitor BB<br>Terapeutik<br>5. Fasilitasi menentukan pedoman diet<br>6. Sajikan makanan secara menarik<br>Edukasi<br>7. Ajarkan diet yang diprogramkan<br>Kolaborasi<br>8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kebutahan kalori pasien<br><br>Manajemen hypervolemia (I.03114)<br>Observasi<br>1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (misal : ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan)<br>2. Identifikasi penyebab hypervolemia<br>3. Monitor status hemodinamik<br>4. Monitor intake dan output cairan<br>5. Monitor tanda hemokonsentrasi (misal : kadar natrium, BUN, Ht, BJ urin)<br>6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (misal : kadar protein dan albumin meningkat)<br>Terapeutik<br>7. Batasi asupan cairan dan garam<br>8. Tinggikan kepala 30-40 derajat<br>Edukasi<br>9. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam<br>10. Ajarkan cara membatasi asupan cairan<br>11. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin<br>Kolaborasi<br>12. Kolaborasi pemberian diuretik | 7. Pemberian inh nebu dengan Ventolin + Pulmicort dengan perbandingan 1:1 pada jam 17.00 WIB<br>8. Pasien telah dilakukan tindakan suction pada jam 16.30 WIB<br>A : Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif tertasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen jalan nafas (No 1-9)<br><br>Disfungsi motilitas gastrointestinal<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>O :<br>1. Pasien terpasang NGT, residu tidak ada<br>2. Pasien POD-5 post gastroscopy ai Gastric ulcer + gastritis copus dan antral sedang<br>3. Energi = 25 kkal/kgBB = 1350 kkal (protein 1.25 g/kgBB = 68 g = 20%, lemak 25%, KH 55%), frekwensi 6x berupa : ML blender NGT 3 x 250 ml jam 06,00 WIB, 12,00 WIB, 18,00 WIB, susu Nephrisol-D 3 x 150 ml (3 1/4 st) jam 09,00 WIB, 15,00 WIB, 21.00 WIB (1cc = 1.3kkal)<br>A : Masalah disfungsi motilitas gastrointestinal teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen nutrisi (No 1-5)<br><br>Hypervolemia<br>S :<br>1. Pasien sulit dikaji secara verbal<br>2. Pasien DPO<br>3. Keluarga pasien mengetakan sudah mengatahui cara melakukan perhitungan balance cairan<br>4. Keluarga pasien mengatakan sudah mengetahui cara pembatasan cairan pada pasien CKD on HD<br><br>O :<br>1. Tingkat kesadaran sopor dengan GCS (E2,M3,Vt)<br>2. Respirasi on vent, dengan mode:PSV, Peep +5.RR 24.TV 456 FiO2 40 %,Ps 6.<br>3. TTV. TD : 164/81 mmHg , HR: 79x/menit, RR:25 x/menit, Suhu :36.8ºC, SPO2 99% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Fentanyl (300/30) ~ 2ml/jam<br>Vascon (4/50) ~ MAP saat ini 0.1 mcg/kg/mnt<br>Dopamin (200/50) saat ini jalan 5mcg/kg/mnt<br>2. RKD<br>Pasien memiliki riwayat HD sejak 1 tahun yang lalu on cimino ditangan kiri sejak 6 bulan SMRS. Pasien memiliki riwayat HT (+) DM (+) ≥ 10 tahun.<br>Objektif<br>1. Data fisik<br>Pasien tidak dapat dikaji secara verbal. Pasien DPO. Tingkat kesadaran sopor dengan GCS (E2,M3,Vt) Respirasi on vent, dengan mode:PSV, Peep +5.RR 24.TV 456 FiO2 40 %,Ps 6. TTV. TD : 164/81 mmHg , HR: 79x/menit, RR:25 x/menit, Suhu :36.8ºC, SPO2 99% Skala nyeri comfort 18. Terpasang trackeostomy no 8, produksi slem putih dengan reflek batuk adekuat.<br>2. Pemeriksaan penunjang<br>• Lab (08 Mei 2025)<br>Hb 9.3 g/dl<br>Ht 28%<br>Albumin 2.5 g/dl<br>SGPT 8 U/l<br>SGPT 17 U/l<br>Ureum 45 mg/dl<br>Kreatinin 2.81 mg/dl<br>GFR 24.19 ml/mnt<br>• Thorax (02 Mei 2025)<br>Dibandingkan dengan foto tanggal 06/03/2025:<br>• Efusi pleura bilateral terutama kiri, kesan bertambah.<br>• Pneumonia, kesan bertambah.<br>• Kardiomegali (suspek pembesaran semua chamber/kardiomiopati) DD/ efusi perikardial.<br>• Elongasi aorta.<br>• Terpasang ETT dengan tip distal setinggi vertebra Th2, 2 corpus diatas carina.<br>3. Obat-obatan<br>Midazolam 2 ml/jma<br>Fentanyl 2 ml/jam<br>Vascon 0.1 mcg/kg/i<br>Dopamine 5 mcg/kg/i<br>Resfar 1x/hari | | | 4. GFR 24,19 ml/mnt/1,73m3 (Stg IV)<br>5. Ronkhi +/+<br>6. Pasien terlihat sesak nafas<br>7. Pitting edema +1 pada kedua tungkai kaki pasien<br>8. Pasien sore ini rencana HD<br>9. Telah diberikannya obat Spironolactone 1x25 mg pada jam 17.00 WIB dengan rute P.I<br>A : Masalah hypervolemia teratasi sebagian<br>P : Intervensi dilanjutkan<br>Manajemen hypervolemia (No 1-12) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Meropenem 4x500 mg<br>Amikasin 1x500 mg<br>Ca glukonas 1gr/hari<br>MgSO4 1gr/hari<br>KCL 25 Meq/hari<br>Asam folat 3x1<br>Vit B12 2x1<br>CaCO3 2x1<br>Cande 1x16 mg<br>Adalat 1x20 mg<br>Spironolactone 1x25 mg<br>Ventolin 3x1<br>Pulmicort 3x1 | | | |