

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal Kronik (GGK) merupakan keadaan berkurangnya fungsi ginjal yang timbul mendadak, diukur melalui pemeriksaan *Laju Filtrasi Glomerulus* (LFG) dan tidak didasarkan pada keluaran urine. Keadaan ini menimbulkan kemampuan ginjal untuk mempertahankan kadar elektrolit serum dan mengekresikan bahan nitrogen yang tidak penurunan (Novi, 2022).

Ginjal berfungsi melakukan penyaringan dan pembuangan hasil metabolisme tubuh. Penurunan kemampuan ginjal mengakibatkan terganggunya keseimbangan dalam tubuh, mengakibatkan penumpukan. Sisa metabolisme terutamanya ureum (menyebabkan terjadinya uremia). Gangguan keseimbangan cairan, penumpukan cairan dan elektrolit di dalam tubuh. Kondisi ini memerlukan perhatian khusus, karena dapat menyebabkan keadaan yang membahayakan jiwa penderita (Reni, A, 2020).

Menurut proses terjadinya, gagal ginjal dibedakan menjadi dua yaitu gagal ginjal Kronik dan gagal ginjal akut. Gagal ginjal akut merupakan penurunan filtrasi glomerulus selama beberapa jam hingga beberapa minggu disertai penimbunan produk akhir metabolisme atau sisa metabolisme yaitu ureum dan kreatinin di dalam tubuh. Gagal ginjal kronis, sebaliknya adalah hilangnya fungsi ginjal yang terjadi selama berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun dan ditandai dengan perubahan bertahap pada struktur normal ginjal (Pakingki *et al*, 2019).

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi GGK dikategorikan berdasarkan penyebab, ada tiga area utama yaitu: Prerenal, Intra renal dan Post Renal (Black & Hawks, 2014) terdapat (Tao. L, Kendal, K, 2022).

Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik Laju filtrasi glomerulus perkiraan (*estimated glomerular filtration rate* [EGFR]) yaitu perhitungan melalui pemeriksaan laboratorium yang mempertimbangkan kreatinin serum, usia, jenis kelamin dan ras individu, merupakan metode yang paling sering digunakan untuk melaporkan fungsi ginjal pada orang dewasa. Ketika menggunakan GFR, terdapat lima tahap penyakit ginjal kronis yang sudah diakui, yaitu mulai dari GGK stadium 1 (EGFR normal, tetapi ada bukti lain keberadaan penyakit ginjal seperti proteinuria, glomerulonephritis kronis, kalkulus, jaringan parut atau ginjal polikistik) sampai GGK stadium 5. Pasien dengan GGK stadium 5 dikatakan telah memiliki “gagal ginjal yang menetap” (*established renal failure*), sebuah istilah yang menggantikan “gagal ginjal stadium akhir”. Pasien dengan GGK stadium 5 yang sedang diterapi menggunakan dialysis atau memiliki ginjal transplantasi yang berfungsi dinyatakan sebagai pasien yang sedang menjalani terapi pengganti ginjal”.

2.1.3 Etiologi Gagal Ginjal Kronik

- a. Diabetes melitus
- b. Glumerulonefritis kronis
- c. Pielonefritis
- d. Hipertensi tak terkontrol
- e. Obstruksi saluran kemih
- f. Penyakit ginjal polikistik
- g. Gangguan vaskuler
- h. Lesi herediter
- i. Agen toksik (timah, kadmium dan merkuri), (Reny sulistyowati 2023).

Ginjal memainkan peran penting dalam mengatur keseimbangan cairan, elektrolit, asam basa dan hormon. Kerusakan pada ginjal akan mengakibatkan gangguan elektrolit seperti hiperkalemia, hipokaisemia, asidosis metabolik, dan selanjutnya menimbulkan gangguan pada otot, kelainan tulang, kalsifikasi pembuluh darah dan kematian (Brunzel, 2018).

2.1.4 Patofisiologi

Gagal ginjal kronik disebabkan oleh berbagai kondisi, seperti gangguan metabolic (DM), infeksi (*Pielonefritis*), Obstruksi Traktus Urinarius, Gangguan Imunologis, Hipertensi, Gangguan tubulus primer (nefrotoksin) dan Gangguan kongenital yang menyebabkan GFR menurun.

Pada waktu terjadi kegagalan ginjal sebagai nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesa nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai $\frac{1}{4}$

dari nefron-nefron rusak. Beban bahanyang harus dilarut menjadi lebih besar daripada yang di reabsorpsi berakibat dieresis osmotik disertai poliuri dan haus.

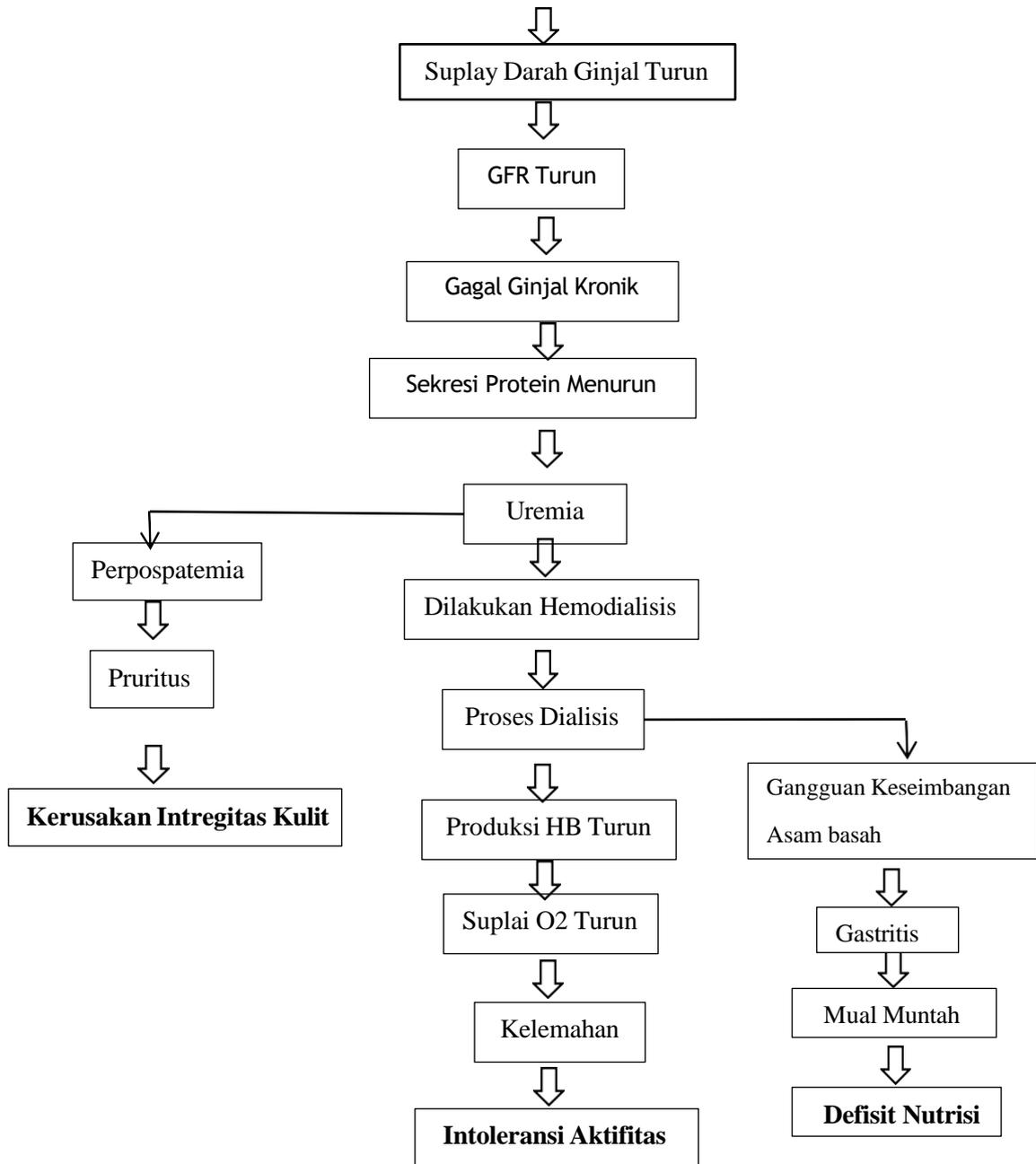
Selanjutnya karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimana timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini fungsi renal yang demikian lebih rendah itu (Barbara C Long, 2022).

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap system tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat (Smeltzer dan Bare, 2011).

Pada penderita gagal ginjal kronik terjadi penurunan produksi HB. Hal ini di sebabkan fungsi ginjal yang terganggu sehingga suplai O₂ menurun. Menurunnya suplai O₂ mengakibatkan penderita mengalami kelemahan dan mobilisasi aktivitas terganggu sehingga timbul masalah intoleransi aktivitas.

2.1.5 Pathway

Diabetes Melitus, Pielonefritis, Obstruksi Traktus Uranius, Hipertensi



2.1.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik menu Suyono (2001) adalah sebagai berikut:

- a) Gangguan Kardiovaskuler Manifestasi klinis pada Kardiovaskuler yang dapat ditemui yaitu hipertensi, nyeri dada, sesak nafas akibat perikarditis, efusi perikardiak, dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, serta gangguan irama jantung dan edema.
- b) Gangguan pulmoner Tanda dan gejala yang ditemui adalah nafas dangkal, kusmaul, batuk dengan sputum kental dan riak, suara krekels.
- c) Gangguan gastrointestinal Pada gastrointestinal terdapat anoreksia, mual (mual), vomitus dan cegukan, yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan mulut, nafas bau amonia, kehilangan kemampuan penghidung dan pengecap, peritonitis.
- d) Gangguan musculoskeletal Manifestasi klinis pada musculoskeletal yaitu: resiles Leg sindrom I (pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan), burning feet syndrome (rasa kesemutan dan terbakar, terutama ditelapak kaki), tremor, dan miopati (kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas).
- e) Gangguan integumen Pada integumen didapat tanda dan gejala kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, mengkilat dan hiperpigmentasi, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh, kulit kering, bersisik, rambut tipis dan kasar, memar (purpura).
- f) Gangguan endokrin Gangguan seksual: libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan aminoe. Gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D.

- g) Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam dan basa Biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hypokalemia.
- h) Gangguan hematologi Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritropoetin. Sehingga rangsangan eritropoetin pada sumsum tulang berkurang, hemolysis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremik toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi thrombosis dan trombositopeni.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk memastikan penyakit gagal ginjal kronik dilakukan dengan 4 pemeriksaan meliputi: biokimiawi, urinalis, USG ginjal dan imaging. Pertama, data laboratorium biokimia pada pasien gagal ginjal kronik yang menjadi perhatian adalah kadar hemoglobin, ureum, kreatinin, kalium, natrium, kalsium dan fosfor. Biasanya kadar hemoglobin rendah, kadar urea >200mg/dL, kreatinin, kalium, natrium dan fosfor diatas normal, albumin relatif normal, namun jika menurun sebaiknya perlu untuk diperhatikan.

Kedua, urinalisis adalah identifikasi urin secara makroskopik, analisis kimia, dan pemeriksaan mikroskopik. Pemeriksaan ini dapat mendeteksi kelainan ginjal, termasuk gagal ginjal dan lainnya. Ketiga, pemeriksaan ultrasonografi dilakukan sebagai pemeriksaan awal rutin untuk memperoleh informasi tentang parenkim dan pembuluh darah ginjal. Pemeriksaan USG juga digunakan untuk mendeteksi pembesaran ginjal, kristal, batu ginjal dan menganalisis aliran urin pada ginjal. temuan USG.

Pada pasien dengan gagal ginjal kronik, menunjukkan bahwa korteks lebih hiperekoik dibandingkan dengan sinus realis, ginjal lebih kecil, dan batas korteks

medula tidak jelas. Pemeriksaan USG menunjukkan adanya inflamasi bila terdapat gambaran hiperekoik pada parenkim ginjal. Volume parenkim ginjal di korteks serebral lebih kecil dibandingkan volume parenkim ginjal di hati, yang menunjukkan keadaan ginjal normal. Keempat.imaging pada pasien gagal ginjal kronik, yang biasanya menunjukkan pengecilan ukuran injal, penipisan kortelks, dan terdapat massa kistik. Peningkatan ekogenisitis korteks yang umum ditemukan pada pasien gagal ginjal kronik (Fatmawati, 2020) dalam (Putri, 2023).

2.1.8 Penatalaksanaan

Price dan Wilson (2013), memaparkan penatalaksanaan medis pada pasien gagal ginjal kronis dibagi menjadi empat yaitu :

a. Konservatif

1. Melakukan pemeriksaan laboratorium darah dan urine
2. Optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan dan garam. Biasanya diusahakan agar tekanan vena jugularis sedikit meningkat dan terdapat edema betis ringan. Pengawasan dilakukan melalui pemantauan berat badan, urine serta pencatatan keseimbangan cairan.
3. Diet TKRP (Tinggi Kalori Rendah Protein), diet rendah protein (20-240 gr/hari) dan tinggi kalori menghilangkan gejala anoreksia dan nausea dari uremia serta menurunkan kadar ureum. Hindari pemasukan berlebih dari kalium dan garam.
4. Kontrol hipertensi, pada pasien hipertensi dengan penyakit ginjal, keseimbangan garam dan cairan diatur tersendiri tanpa tergantung pada tekanan darah. Sering diperlukan diuretic loop selain obat anti hipertensi.
5. Kontrol ketidak seimbangan elektrolit, yang sering ditemukan adalah hiperkalemia dan asidosis berat. Untuk mencegah hiperkalemia hindari pemasukan kalium yang banyak (batasi hingga 60 mmol/hari), diuretik hemat kalium, obat-obatan yang berhubungan dengan ekskresi kalium (penghambat ACE dan obat anti inflamasi nonsteroid), asidosis berat atau kekurangan garam yang menyebabkan pelepasan kalium dari sel dan ikut dalam kaluresis. Deteksi melalui kalium plasma dan EKG

B. Hemodialisa

Salah satu metode pengobatan gagal ginjal kronis adalah hemodialisis. Hemodialisis (HD) adalah satu prosedur di mana darah dikeluarkan dari tubuh pasien dan dikeluarkan ke luar tubuh dalam mesin yang disebut dialisis. Hemodialisis adalah terapi pengganti berteknologi tinggi untuk membuang sisa metabolisme atau racun tertentu seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat dan zat lain dari aliran darah manusia melalui aliran sentral membran yang bersifat permeabel sebagai pemisah antara darah dan cairan dialisis pada ginjal buatan tempat terjadinya proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Frekuensi tindakan hemodialisis bervariasi tergantung fungsi ginjal yang tersisa, rata-rata pasien menjalani 3 kali seminggu, sedangkan durasi hemodialisis minimal 3-4 jam per perawatan (Yulianto *et al*, 2020).

2.2 Konsep Hemodialisis

2.2.1 Definisi Hemodialisis

Hemodialisis adalah proses di mana darah dibersihkan dari akumulasi limbah. Hemodialisis merupakan suatu mekanisme dimana darah diambil dari tubuh pasien dan dikeluarkan ke luar tubuh dalam suatu mesin yang disebut dialisis. Prosedur ini memerlukan akses ke aliran darah. Hemodialisis (dialisis) merupakan salah satu bentuk pengobatan. Hemodialisis berasal dari kata haemo yang berarti darah dan dialisis yang berarti dipisahkan. Prinsip dasar hemodialisis adalah penerapan proses difusi dan ultrafiltrasi pada ginjal buatan untuk membuang sisa metabolisme dari dalam tubuh (Kaslam, 2021).

Hemodialisis tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal,

karena tidak dapat mengimbangi hilangnya fungsi metabolik atau endokrin ginjal, maupun pengaruh gagal ginjal dan pengobatan terhadap kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, penderita penyakit ginjal kronik harus menjalani cuci darah sepanjang hidupnya (Arfany, 2014) dalam (Muhammad,2022).

2.2.2 Tujuan Hemodialisa

Menurut Hasanah (2023) Tujuan di laksanakan terapi hemodialisis adalah untuk mengambil zat - zat nitrogen yang bersifat toksik dari dalam tubuh pasien ke dializer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan ketubuh pasien. Tujuan pelaksanaan Hemodialisis adalah sebagai berikut:

1. Menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi, yaitu membuang sisa metabolisme dalam tubuh, seperti ureum, kreatinin dan sisa metabolisme yang lain.
2. Menggantikan fungsi ginjal dan mengeluarkan cairan dalam tubuh yang seharusnya di keluarkan sebagian urin saat ginjal sehat.
3. Meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penurunan fungsi ginjal.
4. Menggantikan Fungsi Ginjal sambil menunggu program pengobatan yang lain.

2.2.3 Prinsip Hemodialisis

Pada hemodialisis, aliran darah yang penuh dengan racun dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh pasien ke mesin dialisis, dimana darah dibersihkan dan kemudian dikembalikan ke tubuh pasien. Kebanyakan dialyzer adalah lempengan rata atau ginjal serat artificial berongga yang berisi ribuan tubulus selofan halus dan bertindak sebagai membran semipermeabel. Aliran darah melewati tubulus sedangkan cairan dialisis bersirkulasi disekitarnya. Pertukaran limbah dari darah ke dialisis terjadi melalui membran semipermeabel tubulus.

Hemodialisis didasarkan pada tiga prinsip yaitu difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Racun dan produk limbah dalam darah dikeluarkan melalui proses difusi, berpindah dari darah dengan konsentrasi tinggi ke dalam cairan dialisis dengan konsentrasi lebih rendah. Dialisat terdiri dari semua elektrolit esensial dalam konsentrasi ekstraseluler ideal. Kadar elektrolit darah dapat diatur dengan mengatur rendaman dialisis (dialysate bath) dengan benar. Kelebihan air dikeluarkan dari tubuh melalui proses osmosis. Produksi air dapat dikontrol dengan membuat gradien tekanan dengan kata lain, air berpindah dari area yang bertekanan lebih tinggi (tubuh pasien) ke area yang bertekanan lebih rendah

(cairan dialisis). Pori-pori kecil pada membran semipareabel mencegah sel darah merah dan protein melewatinya, yang dikenal sebagai ultrafiltrasi. Alat ini memberikan tekanan negatif pada membran sebagai kekuatan pengisap dan memfasilitasi pembuangan air. Karena pasien tidak mengeluarkan air, maka kekuatan ini diperlukan untuk mengeluarkan cairan hingga isovolemia (keseimbangan cairan) tercapai. Darah yang telah dimurnikan kemudian dikembalikan ke tubuh melalui vena pasien (Brunner dan Suddarth, 2013) dalam (Widiari, 2021).

2.2.4 Komplikasi Hemodialisis

Beberapa komplikasi pada pasien hemodialisis menurut Suharyanto et al, (2013) dalam (Widiari, 2021) adalah sebagai berikut:

- a. Hipotensi intradialisis terjadi pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskular akibat kelainan struktur jantung dan pembuluh darah.
- b. Emboli udara merupakan komplikasi yang jarang terjadi, namun dapat terjadi ketika udara memasuki sistem pembuluh darah pasien.
- c. Nyeri dada dapat terjadi ketika PCO₂ menurun seiring dengan aliran darah ke luar tubuh.
- d. Gatal dapat terjadi selama perawatan dialisis, ketika produk akhir metabolisme dikeluarkan dari kulit.
- e. Ketidakseimbangan dialisis disebabkan oleh transfer cairan serebral dan bermanifestasi sebagai kejang. Komplikasi ini lebih mungkin terjadi pada gejala uremia yang parah.
- f. Kram otot yang menyakitkan terjadi ketika cairan dan elektrolit dikeluarkan dengan cepat dari ruangan ekstrakulikuler

g. Mual dan muntah merupakan kejadian yang umum terjadi.

2.2 Konsep Dasar Intoleransi aktifitas

2.3.1 Defenisi Intoleransi Aktifitas

Intoleransi aktivitas adalah ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.3.2 Etologi Intoleransi Aktifitas

Menurut PPNI dalam buku SDKI (2017), terdapat lima penyebab utama terjadinya intoleransi aktivitas yaitu :

- 1) Ketidak seimbangan antara suplai darah dan kebutuhan oksigen
- 2) Tirah baring
- 3) Kelemahan
- 4) Imobilitas
- 5) Gaya hidup monoton

2.3.3 Manifestasi Klinis

Menurut (SDKI DPP PPNI, 2017), data mayor dan data minor pada *Intoleransi Aktifitas* antara lain :

Tabel 1

Gejala dan Tanda Mayor Minor Intoleransi Aktifitas

Keterangan	Subjektif	Objektif
Mayor	Mengeluh Lelah	Frekuensi jantung meningkat >20 % dari kondisi istirahat
Minor	1. Dipsnea saat setelah istirahat Gambaran EKG aritmia saat setelah aktifitas	Tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat Gambaran EKG menunjukkan iskemia

2.4 Konsep dasar Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (subjektif dan objektif) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), klasifikasi diagnosis keperawatan dibagi menjadi lima katagori dan 14 jenis subkategori. Pengkajian pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa menggunakan pengkajian mendalam mengenai intoleransi aktivitas dengan kategori fisiologis dan subkatagori aktivitas dan istirahat.

Pengkajian keperawatan intoleransi aktivitas pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa meliputi data umum mengenai identitas pasien, anamnesis riwayat penyakit, dan pengkajian psikososial.

- a. Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, nomor register, dan diagnosa medis.
- b. Data keluhan utama merupakan keluhan yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta bantuan kesehatan, seperti pasien mengeluh lelah pada postHD, tidur selama empat sampai lima jam setelah terapi hemodialisa dilakukan, dan lain-lain.
- c. Data riwayat penyakit saat ini merupakan pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari gagal ginjal kronis yang menyebabkan intoleransi aktivitas sehingga mengakibatkan pasien mengalami lelah.
- d. Data riwayat dahulu merupakan suatu riwayat yang pernah dialami oleh pasien sebelumnya seperti penyakit sindrom nefrotik, glomerulonephritis, dan lainlain. Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab gagal ginjal kronis.

- e. Data riwayat keluarga yang berhubungan dengan penyakit ginjal merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya gagal ginjal
- f. Data pengkajian psikososial berhubungan dengan kondisi penyakitnya serta dampak terhadap kehidupan sosial pasien.
- g. Data pasien intoleransi aktivitas termasuk dalam kategori fisiologi dan subkategori aktivitas dan istirahat, perawat harus mengkaji data gejala tandamayor dan minor meliputi :

- 1. Gejala dan tanda mayor
 - a. Subjektif : Mengeluh lelah
 - b. Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat
- 2. Gejala dan tanda minor
 - a. Subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah
 - b. Objektif : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) Dan berdasarkan pengkajian di atas, diagnosa keperawatan yang sering muncul pada Gagal Ginjal Kronis *post Hemodialisis* adalah:

- 1. *Intoleransi Aktifitas* berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, dyspnea saat/setelah aktifitas (D. 0056)
- 2. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidak mampuan mengabsorbsi nutrient, ketidak mampuan mencerna makanan ditandai dengan kram, nyeri

abdomen, nafsu makan menurun dan serum albumin turun (D. 0019)

3. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Imobilisasi (D. 0129)

2.4.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
----	----------	-------------------------	------------

1	<p>Intoleransi aktivitas Berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan megeluh lelah,dyspnea saat/setelah aktivitas (D.0056)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3× 24 jam diharapkan Toleransi Aktivitas (L.05047) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat (5) 2. Saturasi oksigen meningkat (5) 3. Kemudahan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat (5) 4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat (5) 5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat (5) 6. Keluhan lelah menurun (5) 7. Perasaan lemah menurun (5) 8. Tekanan darah membaik(5) 9. Frekuensi nafas membaik(5) 	<p>Manajemen Energi (L.05178) Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Traupetik 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misalnya: cahaya, suara, kunjungan) 6) Lakukan latihan rentang gerak: Pasif dan/atau aktif 7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8) Fasilitasi duduk di sisi tempat</p>
2	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, ketidakmampuan Mencerna makanan ditandai dengan kram, nyeri abdomen, nafsu makan menurun dan serum albumin turun (D.0019)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Status Nutrisi (L. 03030) hasil : membaik dengan kriteria Status</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5) 2) Kekuatan otot mengunyah meningkat (5) 3) Kekuatan otot menelan meningkat (5) 4) Serum albumin meningkat (5) 5) Nyeri abdomen menurun (5) 6) Berat badan membaik (5) 7) Indeks massa tubuh (IMT) membaik (5) 8) Frekuensi makan membaik (5) 9) Nafsu makan membaik (5) 10)Bising usus membaik 11)Membran mukosa membaik (5) 	<p>Manajemen Nutrisi (L.03119)</p> <p>Observasi 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis 5) Monitor asupan makanan 6) Monitor berat badan 7) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik 8) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 9) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Edukasi 10) Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi 11) Kolaborasi pemberian medikasi</p>

			<p>sebelum makan (misalnya: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>12) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
3	<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Imobilisasi (D.0129)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka integritas kulit meningkat L.14125, dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Kerusakan lapisan kulit menurun (5)</p>	<p>Manajemen integritas kulit (I.11353).</p> <p>Observasi</p> <p>1) identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>2) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</p> <p>3) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>4) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>5) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</p> <p>6) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)</p> <p>2) Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>4) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p>

			<p>5) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim</p> <p>6) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah</p> <p>7) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>
--	--	--	---

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017),(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017),
(Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan merupakan bagian keempat dari proses keperawatan setelah penyusunan rencana keperawatan. Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien beralih dari masalah kesehatan yang dihadapinya ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Secara teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan proses keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien selalu didasarkan pada intervensi yang dikembangkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI PPNI, 2017)

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam prOses keperawatan, yang merupakan aktivitas yang disengaja dan berkelanjutan yang mengakibatkan klien atau pasien bekerja sama dengan perawat dan anggota tim pelayanan kesehatan lainnya. Komponen SOAP digunakan untuk memudahkan evaluasi/pemantauan kemajuan pasien sebagai berikut :

S: Data subjektif Perawat mencatat keluhan pasien yang dirasakan bahkan setelah prosedur pengobatan

O: Data objektif Data hasil pengukuran atau observasi langsung oleh perawat dan diketahui oleh pasien setelah prosedur keperawatan.

A: Analisis adalah suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang terus ada atau dapat juga dituliskan masalah/diagnosis baru yang dihasilkan dari perubahan kesehatan pasien yang teridentifikasi dalam data subjektif dan

objektif.

P: Planning, perencanaan keperawatan yang dilanjutkan, dihentikan, diubah atau ditambah dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan, tindakan yang membuahkan hasil memuaskan, data tidak memerlukan tindakan berulang, biasanya dihentikan (Goeteng et al, 2021).