

Penerapan Teori Adaptasi Roy Pada Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik

Yuanita Panma¹

¹Akademi Keperawatan Pasar Rebo, Departemen Keperawatan Medikal Bedah

E-mail: nersyuan@gmail.com

Jl Tanah Merdeka No 16, 17, 18, Jakarta Timur, 13750, Indonesia

Abstrak

Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan penurunan fungsi ginjal yang bersifat irreversibel ditandai dengan uremia yang berdampak terhadap aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual pasien. Perubahan ini tentunya membutuhkan adaptasi yang baik dari pasien gagal ginjal kronik. Perawat dapat membantu pasien dalam beradaptasi terhadap perubahan tingkat kesehatannya. Peran perawat diperlukan dalam pemberian asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan teori adaptasi Roy yang diterapkan pada kasus Tn. F usia 32 tahun dengan gagal ginjal kronik, diabetes mellitus, retinopati diabetik. Tujuan penulisan kasus ini yaitu untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik dengan menggunakan pendekatan teori adaptasi Roy. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan fungsi ginjal, retensi cairan dan natrium; penurunan curah jantung berhubungan dengan beban kerja jantung yang meningkat; ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin; konstipasi berhubungan dengan penurunan aktivitas fisik. Hasil yang dicapai setelah melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan teori adaptasi Roy yaitu edema sudah berkurang, kelebihan volume cairan teratasi sebagian; penurunan curah jantung belum teratasi; gula darah masih belum stabil dengan bantuan insulin, defisit nutrisi teratasi sebagian; konstipasi teratasi sebagian. Kesimpulan: asuhan keperawatan dengan pendekatan teori model adaptasi Roy cukup efektif untuk diterapkan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan khususnya pada kasus gagal ginjal kronik dimana pasien harus beradaptasi dengan perubahan yang terjadi baik secara biologis, psikologis, social dan kultural.

Kata kunci: adaptasi Roy, gagal ginjal kronik, diabetes mellitus

Abstract

Chronic Renal Failure (CRF) is a decrease in irreversible kidney function characterized by uremia which affects patients' biological, psychological, social and spiritual aspects. This change certainly requires good adaptation of CRF patients. Nurses can help patients adapt to changes in their level of health. The role of nurses is needed in the provision of nursing care using Roy's adaptation theory approach which is applied in the case of Mr. F, 32 years old with CRF, diabetes mellitus, diabetic retinopathy. The purpose of writing this case is to gain real experience in providing nursing care to CRF patients using Roy's adaptation theory approach. Nursing diagnoses that appear in cases of excess fluid volume are associated with decreased kidney function, fluid and sodium retention; decreased cardiac output is associated with increased cardiac workload; nutritional imbalances less than body requirements related to insufficient insulin; constipation is associated with a decrease in physical activity. The results achieved after carrying out nursing care with Roy's adaptation theory approach are edema has diminished, excess fluid volume is partially overcome; decreased cardiac output has not been resolved; blood sugar is still unstable with the help of insulin, partial deficit nutrition; partial constipation. Conclusion: Nursing care with a theory approach Roy's adaptation model is quite effective to be applied to patients with urinary system disorders, especially in cases of chronic renal failure where patients must adapt to changes that occur both biologically, psychologically, socially and culturally.

Keywords: Roy's adaptation, chronic kidney failure, diabetes mellitus

Pendahuluan

Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah penurunan fungsi ginjal yang menetap dan berlangsung secara cepat dimana tubuh gagal dalam mempertahankan keseimbangan cairan, elektrolit serta metabolik yang mengakibatkan terjadi uremia atau azotemia (Smeltzer, Bare & Cheever, 2008). Angka penderita gangguan ginjal di negara maju cukup tinggi. Di Amerika Serikat, prevalensi gagal ginjal kronis (stadium 1-5) pada tahun 2011-2014 yaitu sebesar 14,8%. Dimana sebanyak 40% pasien GGK juga memiliki penyakit penyerta jantung, 32% hipertensi, dan 40% penyakit diabetes. Di Indonesia, pada tahun 2013, prevalensi gagal ginjal kronik sebesar 0,2%, dan hanya 60% yang menjalani hemodialisis. Provinsi dengan prevalensi GGK tertinggi yaitu provinsi Sulawesi Tengah sebesar 0,5%, diikuti Aceh, Gorontalo dan Sulawesi Utara masing-masing 0,4% (Riskesdas, 2013).

Salah satu penatalaksanaan yang umum dilakukan pada pasien gagal ginjal stadium akhir yaitu hemodialisis. Hemodialisis selain memiliki efek terapeutik juga dapat menimbulkan dampak jangka panjang bagi pasien yang dapat menurunkan kualitas hidup pasien. Dampak jangka panjang dari

hemodialisis tentunya membutuhkan adaptasi dari pasien dan keluarga. Adaptasi yang dilakukan oleh pasien dengan penyakit kronik dapat dijelaskan dengan teori model adaptasi Roy. Dalam teori model adaptasi Roy dijelaskan mengenai proses adaptasi dan dampak yang akan timbul akibat perubahan mekanisme adaptasi yang terjadi, mendiagnosa respon maladaptif yang terjadi dan melakukan intervensi untuk mengatasi respon maladaptif tersebut.

Pengertian

Gagal ginjal kronik yaitu penurunan fungsi ginjal yang terjadi selama 3 (tiga) bulan atau lebih, sehingga ginjal kehilangan kemampuan membuang sisa metabolisme, dan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia, abnormalitas komposisi darah atau urin. GGK ditandai dengan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) $< 60 \text{ ml/menit/1,73m}^2$ dalam waktu 3 bulan atau lebih, dengan atau tanpa kerusakan ginjal (Black & Hawk, 2009; *National Kidney Foundation*, 2002).

Etiologi

Penyebab gagal ginjal kronik yaitu penyakit ginjal hipertensi (37%), nefropati diabetika (27%), glomerulopati primer (10%), nefropati obstruktif (7%),

pielonefritis kronik (7%), SLE (1%), asam urat (1%), Ginjal polikistik (1%), dan lain-lain (7%) (*Indonesia Renal Registry*, 2014).

Klasifikasi gagal ginjal kronik berdasarkan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) menurut *National Kidney Foundation* (2002) yaitu:

1. Berisiko tinggi (LFG ≥ 90 ml/min/1,73m² dengan faktor risiko GGK)
2. Kerusakan ginjal dengan LFG yang normal atau meningkat (LFG 60-89 ml/min/1,73m² ml/min/1,73m²)
3. Penurunan LFG sedang (LFG 30-59 ml/min/1,73m²)
4. Penurunan LFG berat (LFG 15-29 ml/min/1,73m²)
5. Gagal Ginjal (LFG < 15 ml/min/1,73m²)

Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik pada pasien GGK menurut Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever (2008), dan Arici (2014), yaitu:

- a. Pada GGK stadium awal meliputi: kelemahan, mual, kehilangan gairah, perubahan urinasi (polyuria, nokturia, frekuensi), edema, hematuria, urin berwarna lebih gelap, hipertensi, kulit yang berwarna abu-abu.
- b. Pada GGK stadium akhir meliputi:
 - 1) manifestasi umum (kehilangan gairah, kelelahan, edema, hipertensi, fetor uremik),
 - 2) Sistem respirasi: sesak, edema paru, krekels, kusmaul, efusi pleura,
 - 3) Sistem kardiovaskuler: hipertensi, edema, friction rub pericardial, distensi vena jugularis, aterosklerosis, gagal jantung, iskemia pada otot jantung, gangguan irama jantung, hipertrofi ventrikel kiri, dan perikarditis uremia.
 - 4) Sistem integumen: pruritus, kulit berwarna abu-abu mengkilat, kuku tipis dan rapuh, kulit kering, rambut tipis dan kasar, ekimosis, Terjadi hiperpigmentasi dan pucat, pruritus, lesi pada kulit
 - 5) Sistem pencernaan: anoreksia, mual, muntah, diare, konstipasi, fetor uremikum, ulserasi, perdarahan pada mulut dan saluran cerna,
 - 6) Sistem muskuloskeletal: fraktur, tulang kekuatan otot menurun, kram otot, Osteodistrofi renal, gangguan pertumbuhan pada anak

- 7) Sistem persarafan: penurunan tingkat kesadaran, kejang, penurunan konsentrasi, kelemahan tungkai dan kedutan otot, perubahan pada perilaku, serta rasa panas pada telapak kaki, Stroke, ensephalopathy, kejang dan neuropaty otonom dan perifer
- 8) Sistem reproduksi: amenorea dan atrofi testis.

Komplikasi

Komplikasi pada pasien GGK yaitu hyperkalemia, pericarditis, hipertensi anemia (Baradero, Dayrit, & Siswandi, 2008). Anemia ditegakkan pada pasien GGK berusia > 15 tahun jika Hb < 13,0 gr/dl pada laki-laki dan < 12,0 gr/dl pada wanita. Terdapat hubungan langsung antara nilai Hb dengan LFG (Schrier, 2015).

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada GGK menurut KDIGO (2012), dan Schrier (2015), yaitu:

- a. Pencegahan perburukan penyakit dengan pemberian antihipertensi
Penghambatan sistem renin angiotensin baik oleh inhibitor angiotensin II dengan *Angiotensin-converting Enzyme* (ACE) atau

menghambat reseptor tipe IA angiotensin dengan *Angiotensin Receptor Blockers* (ARBs) memiliki efek perlindungan pada ginjal disamping efeknya untuk menurunkan tekanan darah.

b. Penatalaksanaan komplikasi

1) Penanganan anemia

Anemia dapat ditangani dengan pemberian trahsfusi darah. Transfusi dapat berupa darah lengkap ataupun komponen darah. Satu unit darah merah dapat meningkatkan hematokrit 3 – 4 %, dan Hb \pm 1 g/dl (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008).

2) Kontrol Fosfat

Pasien GGK dianjurkan untuk mempertahankan nilai fosfor antara 3,0 – 4,6 mg/dl, diet fosfor 800 – 1000 mg/hari ketika nilai fosfor > 4,6 mg/dl atau level hormon paratiroid > 65 pg/ml, melakukan pemantauan serum fosfor setiap 3 bulan sekali untuk pasien yang sedang melakukan diet fosfor, target kalsium serum adalah 8,8 – 9,5 mg/dl, jika kalsium serum > 10,2 mg/dl kurangi atau hentikan penggunaan vitamin D analog

dan ganti dengan agen pengikat fosfat non kalsium.

3) Kontrol asam basa

Komplikasi yang umum terjadi pada pasien GGK di antaranya adalah asidosis. Asidosis dapat ditangani dengan terapi awal berupa pemberian bikarbonat oral yang dapat memperlambat perburukan penyakit GGK dan mencegah sebagian penyakit tulang uremik. Bikarbonat serum dipertahankan > 2 mEq/L berdasarkan rekomendasi K/DOQI.

4) Manajemen nutrisi:

Pada pasien dengan atau tanpa diabetes dan $GFR < 30$ ml/min/1,73 m² dianjurkan untuk diet rendah protein 0,8 gram/kg/hari. Pada pasien GGK dengan risiko progresi dianjurkan untuk menghindari diet tinggi protein ($> 1,3$ gr/kg/hari)

5) Kontrol glikemik

Target HbA_{1C} yang disarankan adalah 7,0% (53 mmol/mol) untuk mencegah terjadinya komplikasi mikrovaskular dari diabetes

6) Intake garam: dianjurkan untuk diet rendah natrium < 90 mmol (< 2 gr) per hari

7) Transplantasi ginjal

Transplantasi ginjal merupakan penanaman ginjal ke resipien dari donor hidup atau kadaver manusia.

8) Dialisis

Metode terapi mencakup hemodialisis, hemofiltrasi dan peritoneal dialisis. Dialisis dapat juga dilakukan untuk penatalaksanaan pasien dengan edema yang tidak berespon terhadap terapi yang diberikan, hiperkalemia, koma hepatikum, hiperkalsemia, uremia, dan hipertensi.

c. Penatalaksanaan komorbid kardiovaskular

Dengan mengontrol secara ketat TD dan lipid, pemberian obat jika LDL (*Low Density Lipoprotein*) ≥ 100 mg/dl setelah 3 bulan menjalani perubahan gaya hidup terapeutik. Statin digunakan pada pasien dengan LDL tinggi, sedangkan fibrates dianjurkan untuk pemeriksaan trigliserida puasa.

Teori Model Adaptasi Roy

Adaptasi berarti respon positif terhadap perubahan lingkungan yang terjadi. Roy menjelaskan bahwa adaptasi merupakan suatu rangkaian proses sekaligus hasil

dimana pemikiran dan perasaan seseorang sebagai individu atau kelompok menyadari bahwa manusia dan lingkungan adalah satu kesatuan. (Roy, 1999)

Penerima asuhan keperawatan menurut Roy adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang dipandang sebagai “*Holistic adaptif sistem*”. Sistem adalah suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Sistem terdiri dari:

a. Input

Input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, yang terbagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual.

- 1) Stimulus fokal yaitu suatu respon stimulus yang diberikan langsung terhadap input yang masuk.
- 2) Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara

subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti anemia, isolasi sosial.

- 3) Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini memberi proses belajar untuk toleransi.

b. Kontrol

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

1) Subsistem regulator.

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen: input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter 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.

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, reinforcement (penguatan) dan insight (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisis. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

c. 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 mal-adaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang maladaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini. Roy telah menggunakan bentuk mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol seseorang sebagai adaptif sistem. Roy memperkenalkan konsep ilmu keperawatan yang unik yaitu mekanisme kontrol yang disebut regulator dan kognator dan mekanisme tersebut merupakan bagian subsistem adaptasi.

d. Sistem adaptasi memiliki empat mode adaptasi diantaranya:

1) Mode adaptasi fisiologis, mode ini berhubungan dengan proses fisik dan kimiawi yang berhubungan dengan fungsi dan aktifitas kehidupan (Tomey & Aligood, 2010).

2) Mode Adaptasi Konsep Diri, fokus spesifiknya adalah psikologi dan spiritual pada

manusia sebagai sistem. Konsep diri merupakan bentuk dari reaksi persepsi internal dan persepsi lainnya. Konsep diri terdiri dari *Physical Self* didalamnya terdapat *Body Sensation* dan *Body Image*, dan *Personal Self* didalamnya terdapat *Self Consistency*, *Self Ideal*, dan *moral-ethic-spiritual*. *Body Sensation* yaitu bagaimana seseorang merasakan keadaan fisik dirinya sendiri. *Body Image* yaitu bagaimana seseorang memandang fisiknya sendiri. *Self Consistency* yaitu bagaimana upaya seseorang untuk memelihara dirinya sendiri dan menghindari dari ketidakseimbangan. *Self Ideal* hubungannya dengan apa yang harus dilakukan dan *moral-ethic-spiritual* yaitu keyakinan seseorang dan evaluasi diri (Roy, 2009; Tomey & Aligood, 2010).

- 3) Mode fungsi peran adalah satu dari dua mode sosial dan fokus terhadap peran seseorang dalam masyarakat. Fungsi peran merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola

interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain. Peran dibagi menjadi peran primer, sekunder dan tertier. Peran primer yaitu peran yang ditentukan oleh jenis kelamin, usia dan tahapan tumbuh kembang. Peran sekunder yaitu peran yang harus diselesaikan oleh tugas peran primer. Peran tertier merupakan cara individu menemukan harapan dari peran mereka. Fokusnya pada bagaimana dirinya di masyarakat sesuai kedudukannya (Roy, 2009; Tomey & Aligood, 2010).

- 4) Mode adaptasi interdependensi adalah bagian akhir dari metode yang dijabarkan oleh Roy, berfokus pada hubungan seseorang dengan orang lain. Hubungan interdependensi di dalamnya mempunyai keinginan dan kemampuan memberi dan menerima semua aspek seperti cinta, hormat, nilai, rasa memiliki, waktu dan bakat (Roy, 1999; Tomey & Aligood, 2010).

Dalam proses penyesuaian diri individu harus meningkatkan energi agar mampu melaksanakan tujuan untuk kelangsungan kehidupan, perkembangan,

reproduksi dan keunggulan sehingga proses ini memiliki tujuan meningkatkan respon adaptasi

Tinjauan Kasus

Klien bernama Tn. F (32 tahun). Klien datang ke IGD pada tanggal 21 Desember 2017 dengan keluhan sesak, seluruh tubuh bengkak. Dilakukan HD Cito dengan UFG 2500 ml, Qb 300ml/menit, dengan akses CDL. Hasil AGD asidosis metabolic, dilakukan koreksi dengan bicnat 100 meq/ 2 jam. Saat dikaji, tampak edema anasarka, terpasang O2 nasal kanul 3 Lpm, folley kateter 2-way, produksi urin ada warna kuning jernih, terpasang CDL pada vena jugularis kanan, infus di tangan kanan dengan obat drip perdipin 5 mg/jam dan Lasix 10 mg/jam.

Riwayat Kesehatan Masa Lalu :

Klien memiliki riwayat DM selama 19 tahun, namun klien tidak pernah minum obat. Klien mulai minum obat DM dan suntik insulin sejak 6 bulan lalu. klien memperoleh insulin suntik 3x 12 unit, dan lantus 16 unit. Klien baru diketahui menderita hipertensi 6 bulan terakhir. Sebelumnya pada bulan September, klien pernah dirawat di RS dengan keluhan bengkak pada badan, lalu pada bulan November klien disarankan untuk cuci

darah, namun klien menolak. Sejak 6 bulan lalu klien sudah tidak bisa melihat.

Riwayat penyakit masa lalu :

Klien sering dirawat di RS karena penyakit DM yang dideritanya. Klien terakhir dirawat pada bulan Juli 2017.

Riwayat alergi tidak ada

Konsumsi obat/ suplemen saat ini :

Cairan Infus NaCl 0,9%/ 24 jam, Heparin drip 400 unit/jam, Sucralfat 3x30 ml (p.o), Atrovastatin 1x20 mg (p.o), Clonidine 3x 0,15 mg (p.o), Aspilet 1x80 mg (p.o), CPG 1x70 gr (p.o), Ca CO3 3x1 tab (p.o), Asam folat 1x3 tab (p.o), Bicnat 3x1 (p.o), B12 3x1 tab (p.o), Ketosteril 3x1 tab (p.o), Valsartan 1x80 mg (p.o), Amlodipine 1x5 mg (p.o), Nitrocaf 2x7,5 (p.o), Laxadin 1x15 ml (p.o), Alprazolam ax0,25 mg (p.o), Humalog 3x 10 unit (sc), Omeprazole 2x40 mg (iv), Ondansentron 3x4 mg (iv), Ca glukonas 3x1 gr (iv) mulai tgl 13/9/17

Pengkajian

1. Adaptasi Fisiologis

Pola	Pengkajian Perilaku
Oksigenasi	<p>nafas spontan 20x/menit, sesak tidak ada, retraksi dinding dada (-), pengembangan dada simetris, taktil fremitus +/-, perkusi resonance, suara nafas vesikuler +/+, rhonki -/-, wheezing -/-</p> <p>Stimulus fokal: adaptif Stimulus kontekstual: adaptif Stimulus residual: adaptif</p>

Sirkulasi	<p>TD 113/66 mmHg, nadi 80 x/menit, irama teratur, konjungtiva anemis, CRT < 2 detik, bunyi jantung S1 dan S2 normal. Terdapat edema derajat 2 pada ekstremitas bawah, asites (+), lingkar perut 100 cm.</p> <p>Nilai lab: Hb 11,1 gr/dl, Hematokrit 31%, trombosit $200 \times 10^3/\text{mm}^3$, leukosit 10,7 ribu/ul, EKG: Kesan LVH konsentrat, ST dan T abnormal</p> <p>Stimulus fokal: Pasien mengalami penurunan fungsi ginjal Stimulus kontekstual: pasien mengalami DM Stimulus residual: kurang pengetahuan</p>
Nutrisi	<p>Antropometri: BB saat ini 63 kg, TB 150 cm berat badan meningkat selama satu bulan terakhir karena bengkak di kaki, IMT 28 (status gizi obesitas I), tidak terpasang NGT, fungsi menelan baik</p> <p>Biokimia: Nilai Lab: ureum 128 mg/dl, kreatinin 7,4 mg/dl, Hb 11,1 gr/dl</p> <p>Clinical: Konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, abdomen lembek, asites (+), lingkar perut 100 cm, tidak terdapat pembesaran hati, nyeri tekan (-), nyeri ketok ginjal (-) bising usus (+) di keempat kuadran menurun, bising usus 4 x/menit,</p> <p>Diet: Diit DM rendah protein 1700 kkal, protein 40 gr, rendah garam. pasien makan habis 1 porsi, mual (-), muntah (-), nafsu makan baik</p> <p>Stimulus fokal: meningkatnya kadar ureum dalam darah pasien Stimulus kontekstual: pasien memperoleh diet DM rendah protein 1700 kkal, protein 40 gr. Stimulus residual: kurang pengetahuan</p>
Eliminasi	Klien menggunakan foley kateter 2 way , produksi urin 1800 cc dengan warna kuning

	<p>jernih. Tidak ada keluhan nyeri ketika BAK, penggunaan obat diuretik (-)</p> <p>Klien belum BAB 5 hari, penggunaan obat pencahar (+).</p> <p>Stimulus fokal: GGK stadium 5 Stimulus kontekstual: imobilisasi lama Stimulus residual: kurang pengetahuan mengenai penyakit</p>
Aktivitas dan Istirahat Aktivitas	<p>Kesadaran klien compos mentis, Aktivitas klien dibantu sebagian oleh anaknya , klien mampu menggerakkan anggota badannya secara aktif, klien mampu melakukan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, supinasi, pronasi, sirkumduksi dengan baik. Kekuatan otot klien: $\frac{5555}{4444} \frac{5555}{4444}$</p> <p>Tidur Selama sakit tidur klien tidak terganggu, kualitas tidur cukup, tidur malam 8 jam dari pukul 21.00 s/d pukul 05.00, klien tidur siang \pm 1 jam.</p> <p>Stimulus fokal: Hb klien 11,1 gr/dl, ureum 128 mg/dl, penyakit kronis Stimulus kontekstual: klien memperoleh diet rendah protein dan diet DM Stimulus residual: kurang pengetahuan</p>
Proteksi	<p>Suhu 36 C, tidak terdapat luka, penilaian risiko jatuh (metode morse 20), infus terpasang di tangan kanan, leukosit 10,7 ribu/uL. Pasien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat ataupun orang. Tidak terdapat luka pada kulit klien.</p> <p>Stimulus fokal: klien tampak mengalami edema anasarka Stimulus kontekstual: ureum 128 mg/dl, kreatinin 7,4 mg/dl Stimulus residual: kurang pengetahuan</p>

Sensori dan penginderaan	<p>Sensasi nyeri: pasien dapat merasakan nyeri di seluruh anggota tubuhnya, tidak terdapat rasa kebas. Saat dikaji klien tidak merasakan nyeri.</p> <p>Penglihatan: klien tidak dapat melihat, konjungtiva anemis, sklera anikterik</p> <p>Hidung: penciuman normal,</p> <p>Lidah: bersih, mampu merasakan manis, asam, pahit, pengecapan normal,</p> <p>Telinga: pendengaran normal, tidak ada gangguan pendengaran,</p> <p>Kulit: kulit lembab, tidak terdapat luka, tampak edema derajat 2 pada ekstremitas bawah</p> <p>Stimulus fokal: klien mengalami retinopati diabetik</p> <p>Stimulus kontekstual: klien memiliki riwayat DM yang tidak terkontrol</p> <p>Stimulus residual: kurang pengetahuan</p>
Cairan elektrolit dan asam basa	<p>Input: 1600 ml/24 jam (oral 1000 ml + Intravena 600 ml), Output: 1590 ml/24 jam (urine 960 ml + IWL 630 ml), balance: +10 ml, tugor kulit elastis, CRT < 3 detik, tidak terdapat distensi vena jugularis, terdapat edema pada ekstremitas bawah derajat 2 dan asites dengan lingkaran perut 100 cm,</p> $LFG = \frac{(140-57) \times 63}{72 \times 7,4} = 9,8\%$ <p>(menunjukkan gangguan fungsi ginjal stadium akhir)</p> <p>Nilai Lab: ureum 128 mg/dl, kreatinin 7,4 mg/dl</p> <p>Stimulus fokal: penurunan fungsi ginjal</p> <p>Stimulus kontekstual: DM dan GGK</p> <p>Stimulus residual: kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan pengobatan</p>
Neurologis	<p>Saraf sensoris baik, saraf koordinasi baik, refleksi patella (+), achilles (+), bisep (+), trisep (+), Brankioradialis (+),</p>

Kognitif	<p>Babinski (-)</p> <p>memori jangka panjang dan jangka pendek baik, kemampuan kognitif dan bahasa baik, orientasi terhadap orang, tempat, dan waktu baik,</p>
Kesadaran	<p>Tingkat kesadaran compos mentis,</p> <p>Stimulus fokal: adaptif</p> <p>Stimulus kontekstual: adaptif</p> <p>Stimulus residual: adaptif</p>
Endokrin	<p>Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tremor tidak ada, trias DM ada, cushing syndrome tidak ada</p> <p>Stimulus fokal: DM sejak tahun 1999, namun tidak pernah kontrol ataupun minum obat</p> <p>Stimulus kontekstual: adaptif</p> <p>Stimulus residual: adaptif</p>

2. Adaptasi Konsep Diri

Pola	Pengkajian Perilaku
Perkembangan diri	<p>Pada saat pasien sakit, pasien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri karena gangguan penglihatan yang dialami.</p> <p>Stimulus fokal: retinopati diabetik</p> <p>Stimulus kontekstual: riwayat DM tidak terkontrol</p> <p>Stimulus residual: kurang pengetahuan</p>
Focus diri	<p>Saat ini pasien berfokus pada upaya kesembuhan penyakitnya</p> <p>Stimulus fokal: adaptif</p> <p>Stimulus kontekstual: adaptif</p> <p>Stimulus residual: adaptif</p>
Identitas diri	<p>Pasien adalah seorang suami dan ayah dari satu orang anak. Klien sudah lama bercerai dengan istrinya. Saat ini klien tinggal sendiri</p> <p>Stimulus fokal: adaptif</p> <p>Stimulus kontekstual: adaptif</p> <p>Stimulus residual: adaptif</p>

3. Adaptasi Fungsi Peran

Pola	Pengkajian Perilaku
Fungsi peran	<p>Pasien bekerja sebagai tukang las listrik. Pasien kurang aktif dalam kegiatan bermasyarakat. Sejak pasien sakit, pasien merasa cepat lelah. Apalagi semenjak klien tidak bisa melihat, klien tinggal di rumah orangtuanya. Untuk melakukan kegiatan sehari-hari, klien dibantu oleh orangtuanya.</p> <p>Stimulus fokal: pasien merasa tidak dapat memenuhi kewajiban sebagai anak bagi orangtuanya Stimulus kontekstual: pasien merasa cemas dengan kondisinya Stimulus residual: kurang pengetahuan</p>

4. Adaptasi Interdependensi

Pola	Pengkajian Perilaku
Receptive behavior dan contributive behavior	<p>Pasien masih belum bisa menerima kalau kondisinya harus seperti ini, tidak bisa melihat, harus menjalani cuci darah dan menjadi amat tergantung dengan orang lain. Namun karena orangtua klien memberikan support, klien merasa lebih tenang. Hubungan pasien dengan anggota keluarga yang lain kurang baik, karena klien tidak bisa mengontrol emosinya, dan semenjak sakit menjadi lebih sensitive.</p> <p>Stimulus fokal: penyakit kronik Stimulus kontekstual: anemia, edema anasarca, kelemahan fisik, gangguan penglihatan Stimulus residual: kurang pengetahuan</p>

Analisa Data

Data	Masalah	Etiologi
<p>DS: Klien mengatakan kakinya bengkak, perut membesar DO: Tampak asites, lingkaran perut 100 cm Tampak edema derajat 2 pada ekstremitas bawah Ht 31% Ureum 127 mg/dl Kreatinin 7,8 mg/dl</p>	Kelebihan volume cairan	Retensi cairan dan natrium, penurunan fungsi ginjal
<p>DS: Klien mengatakan belum BAB selama 5 hari DO: Abdomen teraba keras, Bising usus menurun 4x/menit Tampak klien bedrest</p>	Konstipasi	Penurunan mobilitas fisik
<p>DS: Klien mengatakan memiliki riwayat jantung coroner, dan pembesaran jantung DO: Hasil EKG tanggal 7 September 2017 Kesan : iskemik lateral (ST dan T abnormal) Hasil Echo tanggal 13 September 2017 Left Ventricel Hypertrophy konsentrat,</p>	Penurunan curah jantung	Peningkatan afterload

disfungsi diastolic grade I, EF 56,2%		
DS: Klien mengatakan memiliki riwayat DM 16 tahun, Klien mengatakan GDS nya masih belum stabil DO: GDS tanggal 7 September 2017 336 mg/dl	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Ketidakcukupan insulin

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian diatas, diagnosa yang muncul pada Ny. WR berdasarkan NANDA 2015 – 2017, antara lain:

1. Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan dan natrium, penurunan fungsi ginjal
2. Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakcukupan insulin
4. Konstipasi b.d penurunan aktivitas fisik

Intervensi Keperawatan

Diagnosa1: Kelebihan volume cairan b.d etensi cairan dan natrium, penurunan fungsi ginjal

NOC: Keseimbangan elektrolit dan asam basa, keseimbangan cairan, hidrasi

Kriteria hasil: tidak ada edema, bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu, terbebas dari distensi vena jugularis, refleks hepatojugular (+), memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal, terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan, menjelaskan indikator kelebihan cairan

NIC : Manajemen Cairan

1. Pantau intake dan output yang akurat
2. Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolaritas urin)
3. Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP
4. Kaji lokasi dan luas edema
5. Kaji adanya ascites
6. Ukur lingkar perut setiap hari
7. Monitor status nutrisi
8. Kolaborasi pemberian diuretik sesuai intruksi
9. Kolaborasi dengan dokter jika tanda kelebihan cairan muncul dan memburuk

NIC: Monitoring Cairan

10. Pantau intake dan output

Timbang berat badan setiap hari jika kondisi memungkinkan

**Diagnosa 2: Penurunan curah jantung
b.d peningkatan afterload**

NOC: Status sirkulasi

Kriteria Hasil: mempertahankan curah jantung dengan bukti tekanan darah dan frekuensi jantung dalam batas normal, nadi perifer kuat dan sama dengan waktu pengisian kapiler

NIC: Perawatan Jantung

1. Kaji adanya nyeri dada (intensitas, durasi, penyebaran, durasi dan presipitasi)
2. pantau EKG, kaji adanya perubahan segmen ST
3. Kaji sirkulasi perifer (pulsasi perifer, edema, CRT, warna dan suhu ekstremitas)
4. Pantau tanda-tanda vital\pantau status kardiovaskular
5. Pantau dan catat adanya disritmia jantung
6. Pantau status pernafasan (adanya dyspnea, orhtopnea, takipnea)
7. Pantau abdomen jika ada indikasi menurunnya perfusi
8. Pantau balance cairan,
9. Pantau nila lab enzim jantung dan elektrolit
10. Pantau toleransi pasien terhadap aktivitas, adanya fatigue

11. Berikan dukungan spiritual pada pasien dan keluarga untuk menghadapi kondisinya

12. Diskusikan modifikasi aktivitas seksual dengan pasien dan pasangannya,

NIC: Monitor tanda-tanda vital

13. Ukur tanda-tanda vital: TD dan nadi

14. Catat adanya perubahan TD, dan nadi

NIC: Pemberian obat

15. Kaji adanya alergi obat

16. Berikan obat sesuai dengan indikasi pasien

17. Ukur TTV sebelum dan sesudah pemberian analgetic

Diagnosa 3: Ketidakseimbangan nutrisi b.d ketidakcukupan insulin

NOC: Status nutrisi (status nutrisi: intake makanan dan minuman, intake nutrient, kontrol berat badan)

Kriteria hasil: adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan, berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, tidak ada tanda-tanda malnutrisi, menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan, tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

NIC: Manajemen nutrisi

1. Kaji adanya alergi makanan

2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
4. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
5. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi

NIC: Monitoring nutrisi

6. Monitor adanya penurunan berat badan
7. Monitoring lingkungan selama makan
8. Monitoring kulit kering dan perubahan pigmentasi
9. Monitor turgor kulit
10. Monitor mual dan muntah

NIC: Manajemen hiperglikemia

11. Monitor kadar gula dalam darah
12. Monitor tanda dan gejala dari hiperglicemia (polyuria, polydipsia, polyfagia, malaise, pandangan kabur, dan pusing)
13. Monitor tekanan darah ortostatik dan nadi
14. Jelaskan/intepretasikan tingkat glukosa darah pada klien
15. Pantau KGDH
16. Berikan Humalog 3x10 IU

Diagnosa 4: Konstipasi b.d penurunan aktivitas fisik

NOC: Eliminasi bowel, fungsi gastrointestinal

Kriteria Hasil: pola eliminasi bowel normal, bising usus normal 6-35 x/menit, warna feses kuning kecokelatan, konsistensi lembek, feses tidak keras dan sulit untuk dikeluarkan

NIC: Manajemen Bowel

1. Auskultasi bising usus di keempat kuadran
2. Anjurkan pasien untuk memakan makanan tinggi serat
3. Ajarkan pasien untuk mencatat warna, konsistensi, dan frekuensi BAB
4. Kaji adanya tanda diare, konstipasi dan impaksi
5. Berikan air hangat sesudah makan
6. Berikan obat supositoria jika perlu

NIC: Manajemen konstipasi

7. Kaji adanya tanda dan gejala konstipasi dan impaksi
8. Auskultasi bising usus
9. Konsultasi dengan dokter akan adanya peningkatan atau penurunan bising usus
10. Identifikasi factor yang menyebabkan konstipasi (medikasi, bed rest, dan diet)
11. Anjurkan minum yang banyak jika tidak kontra indikasi

12. Evaluasi efek samping dari obat-obatan gastro intestinal
13. Anjurkan pasien untuk menggunakan laksatif: Laxadin 1x15 ml, ekstra Yal
14. Lakukan enema atau irigasi
15. Timbang pasien

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Diagnosa 1: Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan dan natrium, penurunan fungsi ginjal

Implementasi

1. Memantau intake dan output secara akurat
2. Memonitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolaritas urin)
3. Memonitor status hemodinamik
4. Mengkaji lokasi dan luas edema
5. Mengkaji adanya ascites
6. Mengukur lingkar perut setiap hari
7. Memonitor status nutrisi
8. Berkolaborasi dengan dokter jika tanda kelebihan cairan muncul dan memburuk
9. Memantau intake dan output

Evaluasi

Subyektif: Klien mengatakan kakinya masih bengkak. **Obyektif:** Tampak asites, lingkar perut 98 cm, tampak edema derajat 1 pada ekstremitas bawah,

Ht 31%, Ureum 127 mg/dl, Kreatinin 7,8 mg/dl, Input: 1800 ml/24 jam (oral 1200 ml + Intravena 600 ml), Output: 1530 ml/24 jam (urine 900 ml + IWL 630 ml), balance: +270 ml, turgor kulit elastis, CRT < 3 detik, tidak terdapat distensi vena jugularis. **Analisa:** Asites dan edema masih terjadi. **Planning:** Intervensi a-i dilanjutkan oleh perawat ruangan

Diagnosa 2: Penurunan curah jantung b.d peningkatan afterload

Implementasi

1. Mengkaji adanya nyeri dada (intensitas, durasi, penyebaran, durasi dan presipitasi)
2. Memantau EKG, kaji adanya perubahan segmen ST
3. Mengkaji sirkulasi perifer (pulsasi perifer, edema, CRT, warna dan suhu ekstremitas)
4. Memantau tanda-tanda vital\pantau status kardiovaskular
5. Memantau dan catat adanya disritmia jantung
6. Memantau status pernafasan (adanya dyspnea, orthopnea, takipnea)
7. Memantau abdomen jika ada indikasi menurunnya perfusi
8. Memantau balance cairan,
9. Memantau nilai lab enzim jantung dan elektrolit

10. Memantau toleransi pasien terhadap aktivitas, adanya fatigue
11. Memberikan dukungan spiritual pada pasien dan keluarga untuk menghadapi kondisinya
12. Mendiskusikan modifikasi aktivitas seksual dengan pasien dan pasangannya,
13. Mengukur tanda-tanda vital: TD dan nadi
14. Mencatat adanya perubahan TD, dan nadi
15. Mengkaji adanya alergi obat
16. Memberikan obat sesuai dengan indikasi pasien
 - Atrovastatin 1x20 mg (p.o)
 - Clonidine 3x 0,15 mg (p.o)
 - Aspilet 1x80 mg (p.o)
 - CPG 1x70 gr (p.o)
 - Valsartan 1x80 mg (p.o)
 - Amlodipine 1x5 mg (p.o)
 - Nitrocaf 2x7,5 (p.o)
 - Heparin 400 unit/jam

Evaluasi

Subyektif: Klien mengatakan memiliki riwayat jantung koroner, dan pembesaran jantung. Klien mengatakan tidak merasa nyeri dada. **Obyektif:** TD 124/72 mmHg, nadi 83x/menit, nadi teraba kuat dan regular, CRT < 2 detik, Input: 1800 ml/24 jam (oral 1200 ml + Intravena 600 ml), Output: 1530 ml/24 jam (urine 900

ml + IWL 630 ml), balance: +270 ml, Hasil Lab 8/9/17 CK 57 u/l, CKMB 24 u/l, Troponin I 0,77 ng/ml. Hasil EKG tanggal 7 September 2017 kesan: iskemik lateral (ST dan T abnormal). Hasil Echo tanggal 13 September 2017 Left Ventricel Hypertrophy konsentrat, disfungsi diastolic grade I, EF 56,2%. **Analisa:** penurunan curah jantung terjadi dan belum dapat diatasi. **Planning:** Intervensi dilanjutkan (a-p) oleh perawat ruangan

Diagnosa 3: Ketidakseimbangan nutrisi b.d ketidakcukupan insuli

Implementasi

1. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin c
2. Memonitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
3. Memonitor lingkungan selama makan
4. Memonitor kulit kering dan perubahan pigmentasi
5. Memonitor turgor kulit
6. Memonitor mual dan muntah
7. Memonitor kadar gula dalam darah
8. Memonitor tanda dan gejala dari hiperglicemia (polyuria, polydipsia, polyfagia, malaise, pandangan kabur, dan pusing
9. Memonitor tekanan darah ortostatik dan nadi

10. Menjelaskan/ intepretasikan tingkat glukosa darah pada klien
11. Memantau KGDH
12. Memberikan medikasi
Humalog 3x10 IU (sc)
Ondansentron 3x4 mg (iv)
Omeprazole 2x40 mg (iv)
5. Memberikan air hangat sesudah makan
6. Memberikan obat supositoria jika perlu
7. Mengkaji adanya tanda dan gejala konstipasi dan impaksi
8. Mengauskultasi bising usus
9. Melakukan konsultasi dengan dokter akan adanya peningkatan atau penurunan bising usus

Evaluasi

Subyektif: Klien mengatakan tidak ada mual dan muntah, makan habis 1 porsi, GDS nya masih belum stabil. **Obyektif:** GDS tanggal 14 September 2017 jam 17: 195 mg/dl mg/dl, GDS tanggal 15 September jam 06: 250 mg/dl, jam 11: 352 mg/dl. **Analisa:** Gula darah masih belum stabil dengan bantuan insulin. **Planning:** Intervensi dilanjutkan (a-1) oleh perawat ruangan

Diagnosa 4: Konstipasi b.d penurunan aktivitas fisik

Implementasi

1. Mengauskultasi bising usus di keempat kuadran
2. Menganjurkan pasien untuk memakan makanan tinggi serat
3. Mengajarkan pasien untuk mencatat warna, konsistensi, dan frekuensi BAB
4. Mengkaji adanya tanda diare, konstipasi dan impaksi

10. Mengidentifikasi factor yang menyebabkan konstipasi (medikasi, bed rest, dan diet)
11. Menganjurkan minum yang banyak jika tidak kontra indikasi
12. Mengevaluasi efek samping dari obat-obatan gastro intestinal
13. Menganjurkan pasien untuk menggunakan laksatif: Laxadin 1x15 ml, ekstra Yal

Evaluasi

Subyektif: Klien mengatakan kemarin sore BAB, kotoran berbentuk bulat kecil berwarna hitam. **Obyektif:** Abdomen teraba agak lunak, bising usus 6x/menit, tampak klien bedrest. **Analisa:** Konstipasi teratasi sebagian. **Planning:** Intervensi a-m dilanjutkan oleh perawat ruangan

Simpulan

Teori *adaptasi Roy* efektif untuk diterapkan pada klien dengan gangguan sistem perkemihan khususnya pada kasus klien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Hal ini dikarenakan klien mengalami berbagai perubahan secara biologis, psikologis, social, dan spiritual yang membutuhkan adaptasi.

Daftar Pustaka

- Arici, M. (2014). *Management of chronic kidney disease: a clinician's guide*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg: New York.
- Black, J. M., Hawks. (2009). *Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcomes*. Singapore: Elsevier.
- Indonesia Renal Registry. (2014) <http://www.indonesianrenalregistry.org/data/INDONESIAN%20RENAL%20REGISTRY%202014.pdf>
- KDIGO. (2012). *KDIGO 2012 clinical practice for the evaluation and management of chronic kidney disease* vol. 3, issues 1, January 2013. National Kidney Foundation.
- National Kidney Foundation. (2002). *Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification*. *Am J Kiney Dis* 39:S1-S266.
- Riset Kesehatan Dasar. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskasdas%202013.pdf
- Roy, C. (1999). "*The Roy Adaptation Model 2nd*". Appleton and Lange
- Schrier, R. (2015). *Manual of nephrology, eight edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Textbook of medical surgical nursing (eleventh edition)*.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. (6th Ed.). St. Louis: Elsevier.