



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG BERNADETH I
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH:

**GITA TRIANA TANDIAYUK (NS2314901052)
FRANSISKA IMELDA DUA POA (NS2314901047)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2024**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG BERNADETH I
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH :

**GITA TRIANA TANDIAYUK (NS2314901052)
FRANSISKA IMELDA DUA POA (NS2314901047)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2024**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

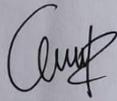
1. Gita Triana Tandiyuk (NS2314901054)
2. Fransiska Imelda Dua Poa (NS2314901047)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil karya ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2024

Yang menyatakan,



Gita Triana Tandiyuk



Fransiska Imelda Dua Poa

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Bernadeth I di Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa/NIM:

1. Gita Triana Tandiyuk (NS2314901052)
2. Fransiska Imelda Dua Poa (NS2314901047)

Disetujui oleh:

Pembimbing I



(Rosdewi, S.Kp., MSN.)

NIDN:0906097002

Pembimbing II



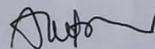
(Siprianus Abdul, S.Si.,Ns.,M.Kes.)

NIDN: 0928027101

Menyetujui,

Wakil Ketua Akademik dan Kerjasama

STIK Stella Maris Makassar



Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep,MB.,PhDNS

NIDN: 0913098201

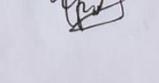
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Gita Triana Tandiyuk (NS2314901052)
2. Fransiska Imelda Dua Poa (NS2314901047)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Bernadeth I di Rumah Sakit Stella Maria Makassar

Telah berhasil di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing I : Rosdewi, S.Kp.,MSN ()
Pembimbing II : Siprianus Abdu, S.Si.,S.kep.,Ns.,M.Kes ()
Penguji I : Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes ()
Penguji II : Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep ()

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : Juni 2024

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



(Siprianus Abdu, S.Si.,S.kep.,Ns.,M.Kes)

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

Gita Triana Tandiayuk (NS2314901052)

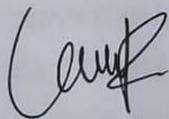
Fransiska Imelda Dua Poa (NS2314901047)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

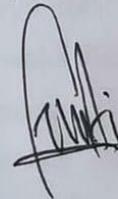
Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2024

Yang menyatakan,



Gita Triana Tandiayuk



Fransiska Imelda Dua Poa

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas segala berkat dan rahmatnya, sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang Bernadeth I di Rumah Sakit Stella Maria Makassar

Karya Ilmiah Akhir ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini kami menyadari bahwa banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini kami menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes., selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar, sekaligus dosen pembimbing II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.kep.Sp.Kep.MB selaku wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris.
5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep, selaku ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Yunita Gabriela Madu, S. Kep Ns., M. Kep selaku Ketua Unit Penjaminan Mutu STIK Stella Maris Makassar.
7. Rosdewi, S.Kep.,MSN, selaku dosen pembimbing I dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

8. Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M. Kes, selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan dan arahan pada penulis.
9. Fransisco Irwandy, Ns., M. Kep, selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan arahan pada penulis.
10. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
11. Tn. "Y" selaku penerima asuhan keperawatan dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam penerapan asuhan keperawatan.
12. Teristimewa kepada orang tua dan keluarga Gita Triana Tandiyuk yakni Bapak Benyamin Tandiallo dan Ibu Dina Lamba Pandin yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.
13. Teristimewa kepada orang tua dan keluarga Fransisika Imelda Dua Poa yakni Alm. Rusdianus Moan Djwa dan Margaretha Dua Huler yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.
14. Segenap teman, sahabat, serta pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah mendoakan, mendukung, dan memberikan motivasi.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan , oleh karena itu penulis meminta kritik dan saran yang bertujuan untuk membangun demi menyempurnakan karya ilmiah akhir ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutam bagi mahasiswa/I STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
HALAMAN DAFTAR GAMBAR	xi
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xii
HALAMAN DAFTAR TABEL	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	3
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat Penulisan.....	i
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Medik <i>Chronic Kidney Disease</i>	7
1. Definisi <i>Chronic Kidney Disease</i>	8
2. Anatomi dan Fisiologi.....	14
3. Etiologi <i>Chronic Kidney Disease</i>	18
4. Klasifikasi.....	26
5. Patofisiologi.....	27
6. Manifestasi Klinik.....	28
7. Pemeriksaan penunjang.....	31
8. Penatalaksanaan Medis.....	32
9. Komplikasi.....	32

B. Konsep Dasar Keperawat	34
1. Pengkajian	34
2. Diagnosis Keperawatan	35
3. Intervensi Keperawatan atau Rencana Keperawatan	41
4. Discharge Planning	42
BAB III PENGAMATAN KASUS	46
A. Ilustrasi Kasus	46
B. Pengkajian Keperawatan	48
C. Analisa Data	66
D. Diagnosis Keperawatan	67
E. Intervensi Keperawatan	69
F. Implementasi Keperawatan	72
G. Evaluasi Keperawatan	82
H. Daftar Obat	89
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	94
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	94
B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing	99
BAB V PENUTUP	104
A. Simpulan	104
B. Saran	105
DAFTAR PUSTAKA	107
LAMPIRAN	110

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Chronic Kidney Disease	21
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Konsul
Lampiran 2	Riwayat Hidup

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium	64
Tabel 3.2 Analisa Data	66
Tabel 3.3 diagnosa Keperawatan	67
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	69
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan	72
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan	82
Tabel 4.1 PICOT EBN	101

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ginjal merupakan organ penting yang berfungsi yang menjaga komposisi darah dan mencegah menumpuknya limbah dan mengendalikan keseimbangan cairan dalam tubuh, menjaga level elektrolit seperti sodium, potassium, dan fosfat tetap stabil, serta memproduksi hormone dan enzim yang membantu dalam mengendalikan tekanan darah, membuat sel darah merah dan menjaga tulang tetap kuat. Berbagai faktor dapat menyebabkan gangguan pada ginjal, dimana hal ini berdampak pada menurunnya fungsi ginjal dan pada tahap akhir menyebabkan kegagalan fungsi ginjal yang disebut dengan Gagal Ginjal kronik (Astuti et al 2021).

Gagal ginjal kronik (*Chronic Kidney Disease*) adalah kasus penurunan fungsi ginjal yang terjadi secara akut (kambuhan) maupun kronis (menahun). Penyakit ginjal dijuluki sebagai *silent disease* karena sering kali tidak menunjukkan tanda-tanda peringatan, dan jika tidak terdeteksi akan memperburuk kondisi penderita dari waktu ke waktu (Ariani 2019)

Menurut Hidayangsih et al.(2023) penyakit ginjal kronik telah menyebabkan kematian pada 850.000 orang setiap tahunnya. Angka tersebut menunjukkan bahwa penyakit ginjal kronik menduduki peringkat ke-12 tertinggi sebagai penyebab angka kematian dunia. jumlah penderita gagal ginjal kronik sebelumnya adalah 2,7%, pada tahun 2000, pada tahun 2011 sebanyak 2.786.000 orang yang menderita gagal ginjal kronik. Pada tahun 2013, sebanyak 2 per 1000 penduduk atau 499.800 penduduk Indonesia menderita penyakit gagal ginjal, dan kemudian terjadi kenaikan menjadi 13,8% pada tahun 2016. Berdasarkan data tersebut, dapat disimpulkan adanya peningkatan angka kesakitan pasien penyakit ginjal kronik setiap tahunnya sebanyak 6%. Prevelensi gagal ginjal pada laki-laki (0,3%) lebih tinggi.

Prevalensi penyakit ginjal kronik naik dari 2% menjadi 8% di 2018. Pada tahun 2015 kematian yang disebabkan karena gagal ginjal kronis mencapai 1.243 orang. Prevalensi penyakit gagal ginjal kronis di Sulawesi Selatan berdasarkan usia ≥ 15 tahun dengan diagnosis dokter pada tahun 2013 adalah 0,2% dan terjadi peningkatan pada tahun 2018 sebesar 0,37%. Sulawesi Selatan menjadi urutan ke enam setelah Jawa Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah, Sumatera Utara dan DKI Jakarta. Prevalensi gagal ginjal kronik di Sulawesi Selatan sebanyak 0,37 % atau sekitar 23.069 kasus. Jumlah pasien CKD di Rumah Sakit Stella Maris yang rawat inap tahun 2023 sebanyak 137 pasien dan rawat jalan 2023 sebanyak 599.

Melihat tingginya angka prevalensi pada pasien CKD dan kematian yang disebabkan hipervolemia sehingga dibutuhkan peran perawat untuk optimal memberikan edukasi tentang ketaatan dalam pembatasan cairan. Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan memberikan tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien CKD untuk mengatasi hipervolemia adalah dengan *slimber ice*.

Slimber ice merupakan tindakan untuk mengurangi rasa haus serta untuk memuaskan dahaga dimana akan menyebabkan osmoreseptor membawa sinyal ke hipotalamus bahwa cairan di tubuh sudah terpenuhi dan umpan balik dari kondisi tersebut dapat mengurangi rasa haus. Terapi *slimber ice* juga sangat efektif untuk digunakan dalam pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik dalam mencegah hipervolemia, oleh karena itu sangat penting pembatasan cairan dilakukan pada pasien CKD. Selain itu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien CKD adalah pijat refleksi kaki yang bermanfaat terhadap penurunan fatigue / kelelahan, *Slow Deep Breathing* dan relaksasi dzikir untuk menurunkan tekanan darah, terapi inhalasi dengan aroma terapi lavender untuk mengatasi rasa mual, nyeri dan cemas. (Lestari et al. 2022).

Berdasarkan fenomena dan prevalensi di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan dengan Diagnosa *Chronic Kidney Disease* Pada Pasien Tn.Y di Ruang keperawatan Bernadeth di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a Melaksanakan pengkajian pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik di ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- b Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- c Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- d Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN) di ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- e Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di ruang perawatan Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Bagi Instalasi Rumah Sakit

Dapat digunakan pertimbangan dalam Merawat pasien CKD untuk mengatasi kelebihan cairan dengan menggunakan *slimber ice*.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai bahan informasi untuk penelitian selanjutnya pada pasien CKD dengan pemberian pendidikan kesehatan serta menjadi pendamping dalam kepatuhan pembatasan cairan.

3. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan referensi bacaan literature dalam peningkatan mutu dalam pendidikan untuk lebih memperkaya akan pengetahuan bagi peserta pendidikan STIK Stella Maris terutama dalam penanganan pasien dengan pembatasan cairan pada pasien CKD.

D. Metode Penulisan

1. Studi Kepustakaan

Mengambil beberapa literature sebagai sumber dan acuan teori dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir mengenai Gagal Ginjal Kronik.

2. Studi Kasus

Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian keperawatan, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan :

a. Observasi

Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

b. Wawancara

Melakukan wawancara langsung dengan pasien, keluarga pasien dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

c. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya, pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan kerja mahasiswa.

d. Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil catatan perkembangan pasien dan hasil pemeriksaan diagnostik melalui EMR (*Electronic Medical Record*)

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah tentang Gagal Ginjal Kronik ini dimulai dengan Bab I pendahuluan, berisi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada Bab II Tinjauan Pustaka berisi konsep dasar medik memuat definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, patoflow diagram, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi. Selain itu, ada juga konsep dasar keperawatan yang berisi dengan pengkajian, analisa data keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan dan diakhiri dengan *discharge planning*. Selanjutnya pada Bab III terdapat pengamatan kasus yang berisikan mengenai ilustrasi kasus, pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada Bab IV berisi tentang pembahasan kasus dan Bab V yang berisi tentang kesimpulan dan saran dari keseluruhan karya ilmiah akhir ini dan pada akhir Bab I sampai Bab IV di lampirkan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

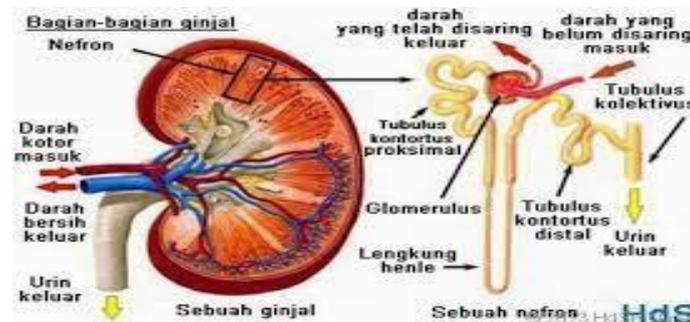
1. Pengertian

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah penyakit penurunan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat lagi pulih atau kembali sembuh secara total seperti sediakala (*irreversible*) dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) < 60 mL/menit dalam waktu 3 bulan atau lebih sehingga tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit yang menyebabkan uremia (Rini et al 2019).

CKD merupakan penyakit sistemik dan merupakan jalur akhir yang umum dari berbagai penyakit tractus urinarius dan ginjal. Pasien CKD yang mengalami gagal ginjal kronik akan menjalani hemodialisis jangka panjang. Hemodialisis (HD) adalah suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderita dan beredar dalam sebuah mesin di luar tubuh yang disebut dialiser. Gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir (ESRD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, yang menyebabkan uremia (Shintia & khadafi 2021).

2. Anatomi Fisiologi Ginjal

a Anatomi Sistem Perkemihan.



Gambar 2.1
(Shintia, 2021)

1) Ginjal

Ginjal merupakan organ berbentuk seperti kacang, berwarna merah tua, yang terletak di kedua sisi kolumna vertebralis. Ginjal kanan lebih rendah, dibandungkan ginjal kiri karena tertekan kebawah oleh hati. Ginjal terletak dibagian belakang abdomen atas, di belakang peritoneum, di depan dua iga terakhir dan tiga otot besar: tranversus abdominis, kuadratus lumborum dan proas mayor. Pada orang dewasa, panjang ginjal adalah sekitar 12-13 cm (4,7-5,1 inci) lebarnya 6 cm (2,4 inci), tebalnya 2,5 cm (1 inci) dan beratnya sekitar 120-150 gram. Ukurannya tidak berbeda menurut bentuk dan ukuran tubuh⁷

2) Nefron

Menurut Marni et al., (2020) nefron adalah unit fungsional ginjal. Masing-masing ginjal memiliki sekitar 1 juta nefron. Nefron terdiri dari lima komponen, yaitu :

- a) Kapsula bowman adalah struktur kantung yang terletak pada permukaan dari komponen tubulus dari sebuah nefron pada ginjal manusia. Sebuah glomerulus dibungkus kantong tersebut, cairan nantinya akan di proses menjadi urin.

- b) Tubulus proksimal adalah bagian dari ginjal yang membantu terjadinya proses reabsorpsi (penyerapan kembali zat-zat yang diperlukan setelah filtrasi, penyaringan dilakukan di glomerulus). Pada saat reabsorpsi zat-zat yang di serap kembali adalah glukosa, asam amino dan ion-ion anorganik (Na^+ , K^+ , Ca^+ , Cl^- , HCO_3).
 - c) Tubulus distal yaitu tubulus yang jauh dari badan Malpighi, antara tubulus proksimal dengan tubulus distal dihubungkan oleh lengkung henle.
 - d) Lengkung Henle merupakan bagian lanjutan tubulus proksimal yang bermuara di tubulus distal, juga berfungsi menjaga gradient osmotik dalam pertukaran lawan arus yang digunakan untuk filtrasi. Duktus Kolektifus, pemekatan urine dan menyalurkan urine kembali ke renal pelvis. Secara garis besar nefron terdiri dari 2 komponen yaitu komponen tubular yang terdiri dari glomerulus sampai dengan tubulus excretori dan komponen vascular yang terdiri dari kapiler glomerulus dan kapiler.
- 3) Pembuluh arteri
- Arteri renalis membawa darah murni dari aorta abdominalis ke ginjal, cabang arteri memiliki banyak ranting di dalam ginjal dan menjadi arteriola aferen serta masing-masing membentuk simpul dari kapiler-kapiler di dalam salah satu badan malpighi, yaitu glomerulus. Arteriola aferen membawa darah dari glomerulus, kemudian dibagi ke dalam jaringan peritubular kapiler. Kapiler ini menyuplai tubulus dan menerima materi yang direabsorpsi oleh struktur tubular. Pembuluh aferen menjadi arteriola aferen yang bercabang-cabang membentuk jaringan kapiler di sekeliling tubulus uriniferus. Kapiler ini bergabung membentuk vena renalis

yang membawa darah ke vena cava inferior. Kapiler arteriola lainnya membentuk vasarekta yang berperan dalam mekanisme konsentrasi ginjal.

4) Ureter

Ureter adalah merupakan saluran retroperitonium yang menghubungkan ginjal dengan kandung kemih. Setiap ureter panjangnya 25-30 cm atau 10-12 inci dan berdiameter 4-6 mm.

5) Kandung kemih

Kandung kemih adalah satu kantung berotot yang dapat mengempis terletak di belakang simpisis pubis. Kandung kemih berfungsi sebagai tempat penampungan urin dan mendorong urine keluar tubuh dengan bantuan uretra. Dinding kandung kemih terdapat stretch reseptor yang akan bekerja memberikan stimulus sensasi berkemih apabila volume kandung kemih telah mencapai ± 150 cc.

6) Uretra

Uretra adalah saluran kecil yang dapat mengembang, berjalan dari kandung kemih sampai keluar tubuh. Panjangnya pada wanita sekitar 3-5 cm, sedangkan pada pria 23-25 cm.

b) Fungsi utama ginjal

1) Fungsi ekskresi

- a) Mempertahankan osmolalitas plasma sekitar 285 m Osmol dengan mengubah-ubah ekskresi air.
- b) Mempertahankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam batas normal.
- c) Mempertahankan pH plasma sekitar 7,4 dengan mengeluarkan kelebihan H^+ dan membentuk kembali HCO_3^- .
- d) Mengekskresikan produk akhir nitrogen dari metabolisme

protein, terutama urea, asam urat, dan kreatinin.

2) Fungsi non ekskresi

- a) Menghasilkan renin, penting untuk tekanan darah.
- b) Menghasilkan eritropoietin, faktor penting dalam stimulasi produksi sel darah merah oleh sum-sum tulang.
- c) Metabolisme vitamin D menjadi bentuk aktifnya
- d) Degradasi insulin.
- e) Menghasilkan prostaglandin.

3) Kedua ginjal mampu memproduksi konsentrasi urine dengan konsentrasi osmotik 1200-1400 m-Osmol, melebihi empat kali konsentrasi plasma. Proses pembentukan urine terdiri dari tiga proses, diantaranya:

4) Filtrasi

Proses pembentukan urine dimulai ketika darah melalui glomerulus. Glomerulus yang merupakan struktur awal nefron tersusun dari jonjot-jonjot kapiler yang mendapat darah lewat vasa aferen dengan mengalirkan darah balik lewat vasa aferen. Tekanan darah menentukan berapa tekanan dan kecepatan aliran darah yang melalui glomerulus. Ketika darah berjalan melewati struktur ini, maka filtrasi akan terjadi. Air dan molekul-molekul kecil akan dibiarkan lewat sedangkan molekul-molekul besar tetap tertahan dalam aliran darah. Cairan di saring lewat jonjot-jonjot kapiler glomerulus dan memasuki tubulus. Cairan ini dikenal sebagai "filtrat".

5) Reabsorpsi

Proses reabsorpsi berlangsung pada tubulus proksimal, ansa henle, tubulus distal, dan duktus koligens. Prinsip reabsorpsi

adalah bila zat tersebut masih dibutuhkan oleh tubuh maka akan di reabsorpsi dan jika tidak akan dibuang. Disini terjadi penyerapan kembali sebagian dari air, glukosa, sodium, klorida, fosfat, sulfat, dan berbagai ion bikarbonat. Reabsorpsi adalah perpindahan air dan larutan dari filtrasi, melintas epitel tubulus dan kedalam cairan peritubular. Kebanyakan material yang diserap kembali adalah nutrisi gizi yang diperlukan tubuh. Dengan kata lain, elektrolit seperti natrium, klorida, dan bikarbonat di reabsorpsi dengan sangat baik sehingga hanya sejumlah kecil saja yang tampak dalam urin. Zat nutrisi tersebut, seperti asam amino dan glukosa di reabsorpsi secara lengkap dari tubulus dan tidak muncul dalam urine meskipun sejumlah besar zat tersebut di filtrasi oleh kapiler glomerulus.

6) Sekresi

Sekresi adalah transportasi larutan dari peritubulus ke epitel tubulus dan menuju cairan tubulus. Sekresi merupakan proses penting sebab filtrasi tidak mengeluarkan seluruh material yang dibuang dari plasma. Sekresi menjadi metode penting untuk membuang beberapa material, seperti beberapa jenis obat

7) Pengaturan hormone terhadap fisiologi ginjal ADH membantu dalam mempertahankan volume dan osmolalitas cairan ekstraseluler pada tingkat konstan dengan mengatur volume dan osmolalitas kemih. *Hormone* lain yang mempengaruhi konsentrasi urine adalah renin. Bila laju filtrasi glomerulus turun karena dehidrasi atau kehilangan darah kadar natrium di bawah normal maka ginjal akan dirangsang untuk mensekresi renin. Renin mengubah angiotensin yang disekresi hati menjadi angiotensin I, sel kapiler paru-paru selanjutnya

mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II, angiotensin II mengkonstriksi otot polos di sekeliling arteriole. Hal ini meningkatkan tekanan darah dan selanjutnya meningkatkan LFG angiotensin juga merangsang sekresi *hormone* aldosteron yang mempengaruhi osmolalitas urine. Korteks adrenal jika dirangsang oleh angiotensin II akan mensekresi aldosterone yang dapat meningkatkan reabsorpsi air di ginjal, meningkatkan tekanan darah dan menurunkan osmolalitas serum.

8) Keseimbangan asam basa ginjal

Agar sel dapat berfungsi normal, perlu juga dipertahankan pH 7,35 untuk daerah vena dan pH 7,45 untuk darah arteri. Keseimbangan ini dapat dicapai dengan mempertahankan rasio darah bikarbonat dan karbondioksida pada 20:1. Ginjal dan paru-paru bekerja dengan menyesuaikan jumlah karbondioksida dalam darah. Ginjal menyekresikan atau menahan bikarbonat dan ion hidrogen sebagai respon terhadap pH darah.

9) Pengaturan keseimbangan cairan

Konsentrasi total solute cairan tubuh orang normal sangat konstan meskipun fluktuasi asupan dan ekskresi air dan sangat konstan meskipun fluktuasi asupan dan ekskresi air dan solute cukup besar. Kadar plasma dan cairan tubuh dapat dipertahankan dalam batas-batas yang sempit melalui pembentukan urine yang jauh lebih pekat (augmentasi/pemekatan) atau lebih encer dibandingkan dengan plasma dimana urine dibentuk. Cairan yang banyak diminum menyebabkan cairan tubuh menjadi encer. Urine menjadi encer dan kelebihan air akan diekskresikan dengan cepat. Sebaliknya pada waktu tubuh kehilangan air dan asupan solut

berlebihan menyebabkan cairan tubuh menjadi pekat, maka urine akan sangat pekat sehingga solut banyak terbuang dalam air, dan air yang dipertahankan cenderung mengembalikan cairan tubuh kembali pada konsentrasi solut yang normal.

3. Klasifikasi

Menurut (Ramadhani 2019). klasifikasi dari *chronic kidney disease*, yaitu:

- a. Stadium I atau penurunan cadangan ginjal (>90ml/menit)
Selama stadium ini terjadi daya cadang ginjal (*Renal Reserve*) pada keadaan ini basal LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) masih normal atau malah terjadi peningkatan. Kemudian secara perlahan tapi pasti terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Nilai GFR pada stadium ini >90ml/menit.
- b. Stadium II atau kerusakan ginjal dengan GFR menurun ringan (60- 89 ml/menit).
Pada stadium ini pasien belum menunjukkan keluhan (asimtomatik) tetapi sudah terjadi peningkatan urea dan kreatinin serum.
- c. Stadium III atau kerusakan ginjal dengan GFR sedang (30-59 ml/menit).
Pada stadium ini terjadi kerusakan ginjal dengan GFR sedang atau dibawah 30 ml/menit dimana mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang, dan penurunan berat badan. Sampai pada GFR dibawah 30 ml/menit pasien memperlihatkan uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus dan mual muntah. Pasien juga terkena infeksi seperti ISK (infeksi saluran napas), infeksi saluran

pencernaan.

- d. Stadium IV atau kerusakan ginjal dengan GFR menurun berat (dibawah 15 -29 ml/menit) Pada stadium ini akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius.
- e. Stadium V atau gagal ginjal (<15 mL/menit)

Pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (*replacement therapy*) antara lain: Dialisis dan transplantasi ginjal.

4. Etiologi

- a. Faktor Predisposisi

- 1) Usia

Secara klinik pasien usia >60 tahun mempunyai risiko 2,2 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien usia <60 tahun. Semakin bertambah usia, semakin berkurang fungsi ginjal dan berhubungan dengan kecepatan ekskresi glomerulus dan memburuknya fungsi tubulus. Penurunan fungsi ginjal dalam skala kecil merupakan proses normal bagi setiap manusia seiring bertambahnya usia, namun tidak menyebabkan kelainan atau menimbulkan gejala. Akibat ada beberapa faktor resiko dapat menyebabkan kelainan dimana penurunan fungsi ginjal secara progresif sehingga menimbulkan keluhan dan napas sampai berat (Darmayanti 2021).

- b. Faktor presipitasi

- 1) Diabetes Melitus

Pada penyakit diabetes melitus terjadi gangguan pengolahan glukosa dalam darah oleh tubuh, yang lama – kelamaan dapat menyebabkan kerusakan pada ginjal dan akhirnya dapat menjadi penyakit ginjal kronik. Kadar glukosa yang tinggi dalam darah tersebut, bila tidak terkontrol dapat

merusak pembuluh darah ginjal dalam kurun bertahun – tahun sehingga menurunkan kemampuan ginjal untuk menyaring darah dan membuang produk sisa di urin. Gangguan ginjal pada penderita diabetes melitus dan hipertensi bukan karena obat–obatan yang dikonsumsi. Namun karena kadar gula darah yang kerap tidak terkontrol secara menahun merusak pembuluh darah ginjal (Lilia & supadmi 2021).

2) Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal. Tingginya tekanan darah akan membuat pembuluh darah dalam ginjal tertekan. Akhirnya, pembuluh darah menjadi rusak dan menyebabkan fungsi ginjal menurun hingga mengalami kegagalan ginjal. Salah satu dampak jangka panjang dari tekanan darah tinggi adalah ketika pembuluh darah yang menyuplai ginjal terkena dampaknya dapat mengakibatkan kerusakan ginjal secara bertahap. Semakin lama menderita hipertensi maka semakin tinggi risiko untuk mengalami kejadian gagal ginjal kronik. Hipertensi merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam hubungan antara serum asam urat dan gagal ginjal kronik. Hubungan antara serum asam urat dan gagal ginjal kronik lebih kuat pada penderita hipertensi dibandingkan non hipertensi. Pengobatan anti-hipertensi dapat menyebabkan peningkatan serum asam dan selanjutnya akan menyebabkan kerusakan ginjal (Pongsibidang, 2021).

3) Batu Ginjal

Batu ginjal atau kalkuli urinaria terbentuk dari pengendapan garam kalsium, magnesium, asam urat, atau sistein. Batu -

batu kecil dapat mengalir bersama urine, batu yang lebih besar akan tersangkut dalam ureter dan menyebabkan rasa nyeri yang tajam (kolik ginjal) yang menyebar dari ginjal ke selangkangan.

4) Pielonefritis kronis

Pielonefritis adalah inflamasi ginjal dan pelvis ginjal akibat infeksi bakteri. Inflamasi dapat berawal di traktus urinaria bawah (kandung kemih) dan menyebar ke ureter, atau karena infeksi yang dibawa darah dan limfe ke ginjal. Obstruksi traktus urinaria terjadi akibat pembesaran kelenjar prostat, batu ginjal, atau defek kongenital yang memicu terjadinya pielonefritis (Raninta, 2019).

5) Glomerulonefritis kronik

Pada glomerulonefritis kronik terjadi infeksi yang berulang, dimana ukuran ginjal sedikit berkurang sekitar seperlima dari ukuran normal dan terdiri dari jaringan fibrosa yang luas. Bekas jaringan parut merusak sisa korteks, menyebabkan permukaan ginjal kasar dan irregular, sejumlah glomeruli dan tubulus berubah menjadi jaringan parut, cabang-cabang arteri renal menebal. Akhirnya terjadi kerusakan glomerulus yang parah, ketika glomerulus sudah tidak bisa melakukan fungsinya maka akan terjadi gagal ginjal.

5. Patofisiologi

Kegagalan fungsi ginjal dimulai pada keadaan dimana fungsi renal menurun, yang mengakibatkan produk akhir metabolisme protein yang normalnya diekskresi ke dalam urine tertimbun dalam darah, sehingga terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak tertimbun produk sampah, maka kerusakan ginjal semakin berat (Hidayat 2019).

Nefron yang berfungsi sebagai penyaring akan mengalami penurunan fungsi akibat dari penumpukan sampah dalam darah sehingga terjadi gangguan pada klirens renal, sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal. Suplai cairan mulai berkurang, dan fungsi nefron semakin menurun sehingga mengakibatkan gangguan ginjal secara irreversible (Darmawan, 2019).

Menurunnya Yuanita Panma, (2020) . (akibat tidak berfungsinya glomeruli) klirens kreatinin akan menurun dan kadar kreatinin serum akan meningkat. Selain itu, kadar nitrogen urea darah (BUN) biasanya meningkat. Kreatinin serum merupakan indikator yang penting dari fungsi renal, karena substansi ini diproduksi secara konstan oleh tubuh. BUN tidak hanya dipengaruhi oleh penyakit renal, tetapi juga oleh masukan protein dalam diet, katabolisme (jaringan dan luka RBC) dan medikasi seperti steroid.

Retensi cairan dan natrium terjadi karena ginjal tidak mampu untuk mengkonsentrasi atau mengencerkan urine secara normal, pada penyakit ginjal tahap akhir. Respon ginjal yang sesuai terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari tidak terjadi karena cairan dan natrium yang tertahan maka akan meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung kongestif, dan hipertensi. Hipertensi juga dapat terjadi akibat aktivitas aksis renin angiotensin, yang mempunyai kecenderungan untuk kehilangan garam sehingga mencetuskan resiko hipotensi dan hipovolemia. Muntah dan diare menyebabkan penipisan air dan natrium, yang semakin memperburuk status uremik.

Asidosis juga dapat terjadi karena semakin berkembangnya penyakit renal. Terjadi asidosis metabolik seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresikan muatan asam (H^+) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam, terutama akibat

ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mengekskresi ammonia (NH_3) dan mengabsorpsi natrium bikarbonat (HCO_3) penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lain yang terjadi.

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik terutama dari saluran gastrointestinal. Eritropoetin merupakan suatu substansi normal yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sum-sum tulang untuk menghasilkan sel darah merah. Pada gagal ginjal, produksi eritropoetin menurun dan anemia berat terjadi disertai keletihan, angina dan sesak nafas.

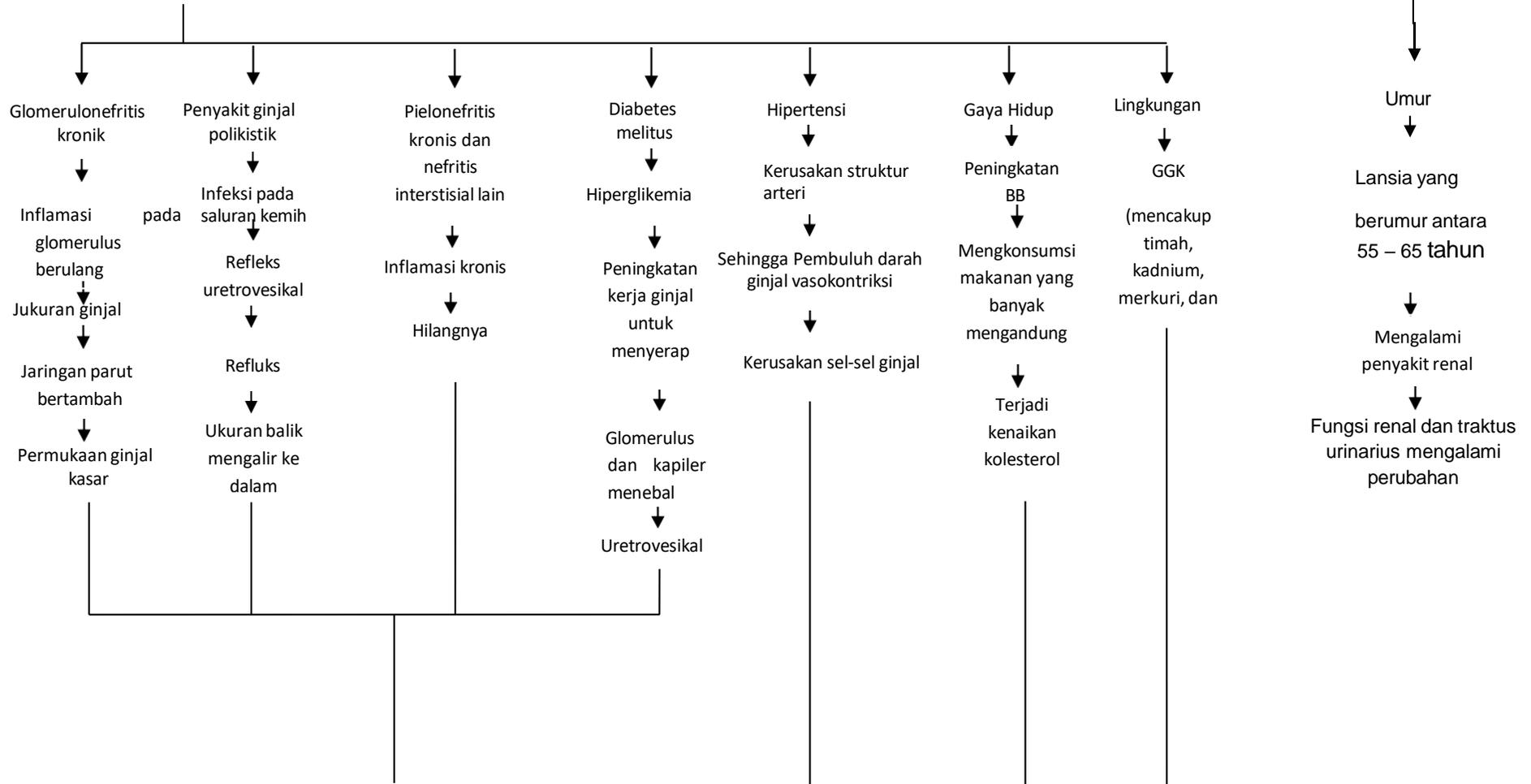
Ketidak seimbangan kalsium dan fosfat, abnormalitas utama yang lain pada gagal ginjal kronik adalah gangguan metabolisme. hubungan saling timbal balik; jika salah satunya meningkat, yang lain akan turun. Dengan menurunnya filtrasi melalui glomerulus ginjal, terdapat peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar serum kalsium. Penurunan kadar kalsium serum, menyebabkan sekresi parathormon dari kelenjar paratiroid. Namun demikian, pada gagal ginjal tubuh tidak berespon secara normal terhadap peningkatan sekresi parathormon, dan akibatnya kalsium ditulang menurun menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang (pruritus, kulit kering bersisik). Selain itu, metabolisme aktif vitamin D yang secara normal, dibuat di ginjal dan akan menurun seiring dengan terjadinya penurunan fungsi ginjal

Patoflowdiagram

Faktor Presipitasi

ETIOLOGI

Faktor Predisposisi





GAGAL GINJAL KRONIK

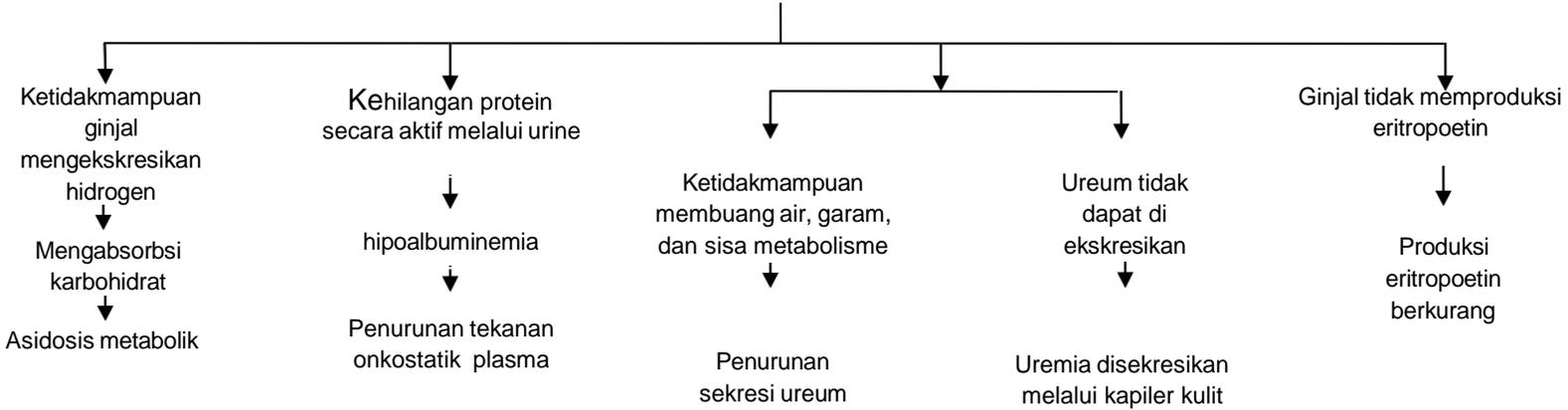
FUNGSI GINJAL MENURUN

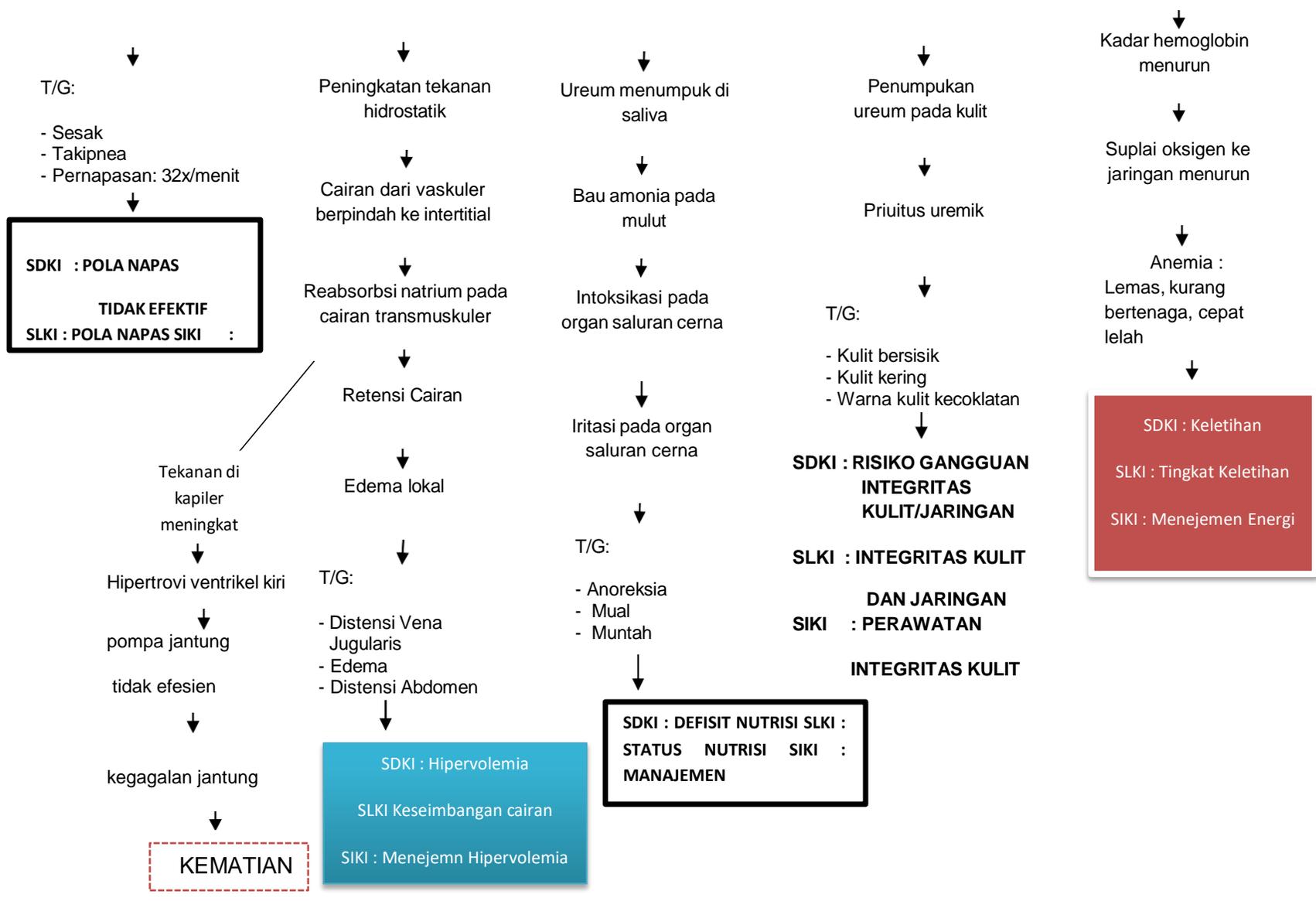
- Stadium 1 : penurunan cadangan ginjal (<75%)
GFR >90 mL/ menit
- Stadium 2: GFR menurun (30-89mL/menit atau 50%)
- Stadium 3: GFR menurun (30-59mL/menit atau 20-50%)
- Stadium 4: menurun (15-20mL/menit atau 15-24%)
- Stadium 5: penyakit ginjal stadium akhir (GFR <15mL/menit

Kurang informasi

T & G:
Perilaku tidak sesuai anjuran, menanyakan penyakit yang di hadapinya

- SDKI : Defisit Pengetahuan
- SLKI : Tingkat Pengetahuan
- SIKI : Edukasi Proses penyakit





**SDKI : POLA NAPAS
TIDAK EFEKTIF
SLKI : POLA NAPAS SIKI :**

**SDKI : Hipervolemia
SLKI Keseimbangan cairan
SIKI : Menejmn Hipervolemia**

**SDKI : DEFISIT NUTRISI SLKI :
STATUS NUTRISI SIKI :
MANAJEMEN**

**SDKI : Keletihan
SLKI : Tingkat Keletihan
SIKI : Menejemen Energi**

KEMATIAN

SDKI : RISIKO GANGGUAN INTEGRITAS KULIT/JARINGAN

SLKI : INTEGRITAS KULIT

DAN JARINGAN SIKI : PERAWATAN

INTEGRITAS KULIT

6. Manifestasi Klinis

Menurut Wijonarko (2023) penyakit ginjal kronis tidak menunjukkan gejala atau tanda-tanda terjadinya penurunan fungsi secara spesifik, tetapi gejala yang muncul mulai terjadi pada saat fungsi nefron mulai menurun secara berkelanjutan. Penyakit ginjal kronis dapat mengakibatkan terganggunya fungsi organ tubuh lainnya. Penurunan fungsi ginjal yang tidak dilakukan penatalaksanaan secara baik dapat berakibat buruk dan menyebabkan kematian. Penurunan kemampuan ginjal melakukan fungsi yang terus berlanjut ke stadium akhir dapat menimbulkan gejala uremia yaitu :

- a. Anuria/oliguria
- b. Nafsu makan berkurang, merasa mual dan muntah.
- c. Tubuh terasa lelah.
- d. Wajah terlihat pucat.
- e. Gatal-gatal pada kulit (Pruritus).
- f. Tekanan darah meningkat.
- g. Sesak napas.
- h. Edema tungkai dan kelopak mata.

Gejala yang terjadi pada pasien sesuai dengan tingkat kerusakan ginjal, keadaan ini mengganggu fungsi organ tubuh lainnya yaitu :

- a. Sistem Kardiovaskuler
 - 1) Hipertensi, diakibatkan oleh retensi cairan dan natrium dan aktifitas system renin angiotension aldosterone
 - 2) Gagal jantung kognitif
 - 3) Edema pulmoner akibat dari cairan yang berlebihan

b. Neurologis

Perubahan tingkat kesadaran tidak mampu berkonsentrasi kerutan otot samping kejang

c. Sistem Muskuloskeletal

Dapat terjadi fraktur karena kekurangan kalsium dan pengeroposan tulang akibat terganggunya hormon dihidrosi kolekalsfereon keram otot, dan kehilangan otot.

d. Gastrointestinal

Anoreksia mual dan muntah perdarahan di ulserase perdarahan mulut nafas bau ammonia.

e. Integumen

Penumpukan urea pada lapisan kulit, perubahan warna kulit seperti keabu abuan, kulit kering dan berisi kuku tipis dan rapuh.

f. Psikologis

Penurunan tingkat kepercayaan diri sampai pada harga diri rendah.

g. Pulmoner

Adanya sputum kental dan pernapasan dangkal kusmaul sampai terjadinya edema pulmonal

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Indrayani (2022) Pemeriksaan penunjang pada klien dengan *chronic kidney disease*, meliputi :

a. Kimia darah : kadar BUN, kreatinin, kalium, kalsium, fosfor, natrium, klorida abnormal.

b. Urinalisis : PH asam, Sel darah putih , Sel Darah Merah, berat jenis urin (24 jam) : volume normal, volume kosong atau rendah, proteiurea, penurunan klirens kreatinin kurang dari 10 ml/menit

menunjukkan kerusakan ginjal yang berat.

- c. Hitungan darah lengkap : penurunan hematokrit/Hemoglobin, trombosit, leukosit, peningkatan Sel darah putih.
- d. EKG, untuk melihat kemungkinan, hipertropi ventrikel kiri, tanda-tanda pericarditis, aritmia, gangguan elektrolit (hiperkalemia)
- e. Foto abdomen, untuk menilai bentuk ginjal (adanya batu atau adanya obstruksi). Dehidrasi akan memperburuk keadaan ginjal, oleh karena itu penderita diharapkan puasa.
- f. USG, untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih, dan prostat.
- g. Renogram, untuk menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi dan gangguan (vascular, parenkim, ekskresi), serta sisa fungsi ginjal
- h. Pemeriksaan lab CCT (Clirens Creatinin Test) untuk mengetahui laju filtrasi glomerulus. Untuk menilai laju filtrasi glomerulus atau CCT dapat digunakan dengan rumus $LFG = (140 \times \text{berat badan} / 72 \times \text{kreatinin serum})$.

8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Price & Wilson (2013) pengobatan gagal ginjal kronis dibagi menjadi 2 tahap, yaitu konservatif dan dialysis/transplantasi ginjal.

Tindakan konservatif untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif. Adapun penatalaksanaan konservatif meliputi :

- a. Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan.
 - 1) Pembatasan protein, jumlah kebutuhan protein dilonggarkan sampai 60–80 g/hari, apabila penderita mendapatkan pengobatan dialisis teratur. Makanan yang mengandung tinggi protein yaitu susu, telur, hati, kacang - kacangan.

- 2) Diet rendah kalium, diet yang dianjurkan adalah 40-80 mEq/hari. Jika berlebih mengkonsumsi makanan yang mengandung kalium dapat menyebabkan hiperkalemia. Terlalu banyak kalium dalam tubuh dapat menyebabkan terganggunya aktivitas listrik di otot jantung yang ditandai dengan melambatnya detak jantung bahkan pada kasus hiperkalemia berat, jantung dapat berhenti berdetak dan menyebabkan kematian. Bahan makan yang tinggi kalium diantaranya seperti pisang, jeruk, kentang, bayam dan tomat sedangkan makanan yang rendah kalium adalah apel, kubis, buncis, anggur, dan stroberi.
 - 3) Diet rendah natrium, diet Na yang dianjurkan adalah 40 - 90 mEq/hari atau tidak lebih dari 2000 mg natrium atau setara dengan 1 – 1,5 sendok teh/hari. Natrium (sodium) banyak terkandung di dalam garam. Natrium dapat menahan cairan di dalam tubuh dan meningkatkan tekanan darah. Pada penderita gagal ginjal, hal ini akan membuat jantung dan paru-paru bekerja lebih keras. Diet rendah natrium penting untuk mencegah retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif.
 - 4) Pengaturan cairan, cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi secara seksama. Parameter yang tepat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah berat badan harian. Jumlah urin yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir ditambah IWL 500.
- b. Pencegahan dan pengobatan komplikasi
- 1) Hipertensi, batasi konsumsi natrium, pemberian diuretik (obat yang berfungsi untuk membuang kelebihan garam dan

air dari dalam tubuh melalui urine), pemberian antihipertensi namun jika lagi hemodialisa diberhentikan karena jika dilanjutkan dapat menyebabkan hipotensi dan syok.

- 2) Hiperkalemia dapat menyebabkan aritmia (gangguan yang terjadi pada irama jantung) dan juga henti jantung. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin. Insulin dapat membantu mengembalikan kalium ke dalam sel-sel tubuh. Kalium merupakan mineral didalam tubuh
- 3) Anemia dikarenakan terjadinya penurunan sekresi eritropoetin diginjal, terapi yang diberikan pemberian hormone eritropoitin, tranfusi darah, dan vitamin.
- 4) Diet rendah fosfat.

Fosfor adalah salah satu jenis mineral yang banyak ditemukan pada makanan seperti susu, keju, kacang kering, kacang-kacangan dan selai kacang. Kelebihan jumlah fosfor dalam darah penderita akan melemahkan tulang dan menyebabkan kulit gatal-gatal.

Pengobatan hiperurisemia dengan olopurinol (menghambat sintesis asam urat).

c. Dialisis dan transplantasi

Pengobatan gagal ginjal stadium akhir adalah dengan dialisis yaitu hemodialisa dan *peritoneal dialysis* selain itu juga ada transplantasi ginjal. Dialisis dapat digunakan untuk mempertahankan penderita dalam keadaan klinis yang optimal sampai tersedia donor ginjal. Dialisis dapat dilakukan apabila kadar kreatinin serum biasanya di atas 6 mg/100 ml pada laki-laki atau 4 ml/100 ml pada wanita, dan GFR kurang dari 4 ml/menit. Hemodialisa adalah suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderita dan beredar dalam

sebuah mesin di luar tubuh yang disebut dialiser. Frekuensi tindakan hemodialisa bervariasi tergantung banyaknya fungsi ginjal yang tersisa, rata-rata penderita menjalani tiga kali dalam seminggu, sedangkan lama pelaksanaan hemodialisa paling sedikit tiga sampai empat jam tiap sekali tindakan terapi. Terapi hemodialisa juga akan mempengaruhi keadaan psikologis pasien. Pasien akan mengalami gangguan proses berpikir dan konsentrasi serta gangguan dalam berhubungan sosial. Terapi pengganti ginjal berikutnya adalah *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* atau disingkat CAPD yang merupakan salah satu bentuk dialysis peritoneal kronis untuk pasien dengan gagal ginjal terminal, bentuk dialisisnya dengan menggunakan membran peritoneum yang bersifat semipermeabel sebagai membran dialisis dan prinsip dasarnya adalah proses ultrafiltrasi antara cairan dialisis yang masuk ke dalam rongga peritoneum dengan plasma dalam darah. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) dilakukan 3-5 kali per hari, 7 hari per minggu dengan setiap kali cairan dialisis dalam kavum peritoneum lebih dari 4 jam. Pada umumnya pada waktu siang 4-6 jam, sedangkan waktu malam 8 jam. Transplantasi atau cangkok ginjal merupakan prosedur operasi dengan dilakukan pemindahan ginjal yang sehat dan berfungsi baik dari donor hidup atau yang mati batang otak dan dicangkokkan pada pasien yang ginjalnya tidak berfungsi.

9. Komplikasi

Menurut Sinurat et al., (2022) komplikasi yang terjadi pada pasien dengan *chronic kidney disease* adalah:

a. Hipertensi

Pada saat penyusutan progresif nefron-nefron, terjadi jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Pelepasan renin

akan meningkat bersama dengan kelebihan beban cairan, sehingga dapat menyebabkan hipertensi.

b. Hiperkalemia

Hiperkalemia merupakan komplikasi yang paling serius, karena bila K^+ serum mencapai 7 mEq/L, dapat mengakibatkan *aritmia* dan juga henti jantung.

c. Anemia

Anemia pada gagal ginjal kronik diakibatkan adanya penurunan sekresi eritropoetin oleh ginjal.

d. Asidosis

Asidosis adalah keadaan dimana terlalu banyak asam dalam cairan tubuh. Asidosis ginjal biasanya tidak diobati kecuali HCO_3^- Plasma turun dibawah angka 15 mEq/L. Biasanya asidosis berat akan dikoreksi dengan pemberian Na HCO_3^- (Natrium bikabornat) parenteral.

e. Hiperurisemia

Hiperurisemia adalah tingkat asam urat dalam darah yang terlalu tinggi. Batas untuk wanita adalah 6 mg/dL, dan 6,8 mg/dL untuk laki-laki.

f. Penyakit Jantung

Perikarditis dapat terjadi dan lebih besar kemungkinan terjadinya jika kadar ureum, fosfat tinggi atau terdapat hiperparatiroidisme sekunder yang berat. Kelebihan cairan dan hipertensi dapat menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri atau kardiomiopati

B. Konsep Dasar Keperawatan

- a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan
 - 1) Data Subjektif : Riwayat DM, Riwayat Hipertensi.
- b. Data Objektif : -
- c. Pola Nutrisi metabolik
 - 1) Data Subjektif : Peningkatan berat badan cepat, anoreksia, nyeri ulu hati, mual, muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (bau nafas amoniak).
 - 2) Data Objektif : Distensi abdomen/asites, perubahan turgor kulit/kelem bapan, edema, penurunan otot, penurunan lemak subkutan, penampilan tak bertenaga
- d. Pola eliminasi
 - 1) Data Subjektif : Penurunan frekuensi urine, oliguri, anuria
 - 2) Data Objektif : Abdomen kembung, diare, atau konstipasi.
- e. Pola aktivitas dan latihan
 - 1) Data Subjektif : Nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki, gelisah.
 - 2) Data Objektif : Nafas pendek dispneanokturnal paroksimal, takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi/kedalaman, pernapasan kussmaul.
- f. Pola tidur dan istirahat
 - 1) Data subjektif : Gangguan pola tidur (insomnia), sakit kepala.
 - 2) Data objektif : gelisah, somnolen, cemas, frustrasi, gelisah.
- g. Pola persepsi kognitif
 - 1) Data subjektif : Sakit kepala, penglihatan kabur dan kram otot.

- 2) Data objektif : Gangguan status mental, kehilangan memori dan tingkat kesadaran menurun.
- h. Pola persepsi dan konsep diri
 - 1) Data subjektif : harga diri rendah, perasaan tidak berdaya, tidak ada kekuatan.
 - 2) Data objektif : tampak murung, cemas, gelisah.
- i. Pola peran dan hubungan dengan sesama
 - 1) Data subjektif : kesulitan menentukan peran dalam keluarga
 - 2) Data objektif : murung dan suka menyendiri.
- j. Pola reproduksi dan seksualitas
 - 1) Data subjektif : penurunan libido, amenore, infertilitas
 - 2) Data objektif : -
- k. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress
 - 1) Data subjektif : hubungan perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan
 - 2) Data objektif : cemas, takut, marah, mudah tersinggung
- l. Pola sistem nilai kepercayaan
 - 1) Data subjektif : distress dalam spiritual, cemas, takut akan kematian, kebiasaan ibadah terganggu
 - 2) Data objektif : cara menjalankan ibadah

Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang sering ditemukan pada pasien dengan gagal ginjal kronik yaitu:

- a. Hypervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme

regulasi.

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi, ketidakmampuan mencerna makanan
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan Antara suplay dan kebutuhan oksigen.

1. Luaran dan intervensi keperawatan

Adapun rencana keperawatan yang disusun oleh penderita gagal ginjal kronik yaitu :

- a. Hypervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi

SLKI : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Asupan cairan sedang
- 2) Haluran urin meningkat
- 3) Asupan makan meningkat
- 4) Edema menurun
- 5) Asites menurun
- 6) Berat badan membaik

SIKI : manajemen hypervolemia

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)

Rasional : untuk mengetahui adanya tumpukan cairan.

- 2) Identifikasi penyebab hypervolemia

Rasional : untuk mengetahui penyebab kelebihan cairan

- 3) Monitor intake dan output cairan

Rasional : untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang ataupun seimbang

- 4) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis, kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin)

Rasional : untuk mengetahui kandungan cairan dalam darah

- 5) Monitor kecepatan infus secara ketat

Rasional : untuk menghindari kelebihan cairan yang masuk ke dalam tubuh.

Terapeutik :

- 1) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama.

Rasional : adanya perubahan tiba-tiba berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan.

- 2) Batasi asupan cairan dan gram

Rasional : untuk mengurangi kelebihan cairan dalam tubuh.

- 3) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40

Rasional : untuk memberikan posisi nyaman pada pasien serta meningkatkan ekspansi paru dan memaksimalkan oksigen.

Edukasi :

- 1) Anjurkan melapor jika haluaran urin $<0,5$ ml/kg/jam dalam 6 Jam

Rasional : untuk mengetahui jumlah produksi urin serta mengetahui kerusakan ginjal yang meluas sehingga dapat mengetahui adanya ketidak seimbangan cairan.

- 2) Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari
- Rasional : Agar segera mendapatkan penanganan sesuai perkembangan

- 3) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran

cairan

Rasional : Agar pasien bisa mengukur cairan tubuhnya sendiri

4) Ajarkan cara membatasi cairan

Rasional : Agar pasien bisa membatasi asupan cairan yang harus dikonsumsi

5) Kolaborasi pemberian diuretik

Rasional : pemberian diuretik bertujuan untuk menurunkan volume plasma dan menurunkan retensi cairan di jaringan sehingga menurunkan resiko terjadinya edema paru.

6) Kolaborasi pergantian kehilangan kalium akibat diuretik

Rasional : Agar kalium dalam tubuh tetap terjaga

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan Upaya napas.

SLKI : setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Dispnea menurun
- 2) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 3) Pemanjangan fase akspirasi menurun
- 4) Frekuensi napas menurun
- 5) Kedalaman napas menurun

SIKI : Manajemen jalan napas

Observasi

1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

Rasional : Untuk mengetahui gejala pola napas tidak efektif

2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)

Rasional : Untuk menentukan suara napas tambahan

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional : untuk mengetahui adanya septum.

Trapeutik :

1) Posisikan semi-fowler atau fowler

Rasional : Untuk memberi keleluasan O₂ dan rasa nyaman

- 2) Berikan minum air hangat

Rasional : Untuk membuat tenggorakan akan lebih nyaman

- 3) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

Rasional : Untuk mengeluarkan sputum secara efektif

- 4) Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik

Rasional : Untuk mengeluarkan sekret atau lendir yang tidak dapat di kleuarkan

- 5) Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal

Rasional : Untuk mencegah penurunan saturasi oksigen pada saat melakukan pengisapan lender.

- 6) Berikan oksigen, jika perlu

Rasional : Untuk membantu suplai oksigen dalam tubuh

Edukasi

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

Rasional : Untuk dapat mengeluarkan sekret dan lender secara efektif

- 2) Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional : Untuk mencegah terjadinya penyumbatan jalan nafas akibat adanya penumpukan sekret.

- 3) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu

Rasional : Untuk mencegah adanya penyumbatan jalan napas

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien

SLKI : Setelah dilakukan tindakan perawatan 3 x 24 jam maka kriteria hasil yang di harapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat

- 2) Perasaan cepat kenyang menurun
- 3) Frekuensi makan membaik
- 4) Napsu makan membaik
- 5) Bising usus membaik
- 6) Membran mukosa membaik

SIKI : Manajemen nutrisi

Observasi :

- 1) identifikasi status nutrisi

Rasional : Untuk mengetahui status nutrisi

- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasional : Untuk mengetahui alergi dan intoleransi makanan pada pasien

- 3) Monitor asupan makanan

Rasional : Untuk mengetahui jumlah asupan makanan yang dimakan oleh pasien.

- 4) Identifikasi makanan yang disukai Rasional : Untuk mengetahui makanan apa yang disukai oleh pasien

Trapeutik :

- 1) Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

Rasional : Untuk mencegah terjadinya konstipasi

Edukasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu.

Rasional : berguna untuk program diet individu

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka diharapkan Intoleransi aktivitas dapat meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Keluhan Lelah menurun
- 3) Dispnea saat aktivitas menurun

4) Dispnea setelah aktivitas menurun

SIKI : Terapi aktivitas

Observasi :

1) Identifikasi defisit tingkat aktivitas

Rasional : Untuk melatih otot tubuh pasien

2) Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan

Rasional : Untuk meningkatkan gaya gerak otot

Terapeutik

1) Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan.

Rasional : Untuk membantu pasien meningkatkan rentang gerak

2) Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasikan otot

Rasional : Untuk meningkatkan daya kerja otot

3) Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu

Rasional : Untuk membantu pasien

4) Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri

Rasional : Untuk memberikan semangat

5) Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan

Rasional : Untuk mencapai goals yang sudah ditentukan

6) Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari

Rasional : Untuk membuat lebih efektif 20) Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

Rasional : Untuk memberi support

Edukasi

1) Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu

Rasional : Agar pasien paham tentang apa goals yang dicapai

2) Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih

Rasional : Agar klien dapat mengontrol diri sendiri

- 3) Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai

Rasional : Untuk mengetahui daya income yang baik

- 4) Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

Rasional : Untuk memberikan semangat kepada pasien

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai

Rasional : Untuk membantu kekuatan otot

2. Perencanaan pulang

- a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenal tanda dan gejala perburukkan penyakit chronic kidney disease. Misalnya mual dan muntah, pengeluaran urine, nafas berbau amoniak.
- b. Obat : Beritahu pasien dan keluarga tentang nama obat, dosis, waktu pemberian, jangan mengkonsumsi obatobatan tradisional atau vitamin tanpa instruksi dokter, konsumsi obat secara teratur. Jika merasakan efek samping dari obat segera cek ke rumah sakit.
- c. Diet : Pertahankan diet seperti yang di anjurkan dokter seperti mengkonsumsi makanan rendah natrium dan kalium, membatasi cairan yang masuk serta jangan membiarkan menahan buang air kecil.
- d. Latihan : Melatih membuat jantung lebih kuat menurunkan tekanan darah, dan mambantu pasien tetap sehat. melakukan kegiatan secara perlahan lahan serta kegiatan secara kegiatan yang sudah di jadwalkan oleh dokter.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien laki - laki berinisial Tn. Y umur 69 tahun dengan diagnosis medis *chronic kidney disease*, masuk ruang Bernadeth I RS Stella Maris pada tanggal 30 Mei 2024 jam 15:40 wita. Keluarga pasien mengatakan pasien lemas dirasakan sejak tanggal 23 April 2024 dan memberat 3 hari terakhir. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami udem kedua tungkai kaki bawah dialami sejak 1 bulan dan memberat 1 minggu terakhir sehingga keluarga pasien memutuskan membawa pasien ke RS Stella Maris Makassar. Saat pengkajian pasien mengatakan pasien masih lemas disertai pusing, merasa cepat Lelah dan kurang bertenaga untuk melakukan aktifitas ringan seperti makan maupun ke toilet. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 10 tahun lalu dan DM sejak 5 tahun lalu, keluarga juga mengatakan bahwa pasien tidak rutin mengkonsumsi obat Hipertensi, pasien mengatakan minum obat metformin namun tidak memeriksakan gula darah dan hanya membeli obat di apotik. Pasien tidak mengetahui bahwa kondisi saat ini akibat komplikasi penyakit DM dan Hipertensi yang tidak terkontrol selama ini, pasien tidak mengetahui bahwa edema dan asites yang terjadi saat ini akibat fungsi ginjal yang rusak.

Saat dilakukan pemeriksaan didapatkan tampak pasien terbaring lemah dalam posisi semi fowler, tampak pasien pucat, tampak conjungtiva anemis, tampak edema pada tungkai kaki bawah dengan kedalaman 4 mm, tampak edema palpebra, tampak ascites, tampak bayangan vena pada abdomen, pada pemeriksaan perkusi abdomen terdengar hypertimpani, CRT kembali dalam 3 detik, hasil observasi tanda – tanda vital pasien, yaitu: tekanan darah 199/85 mmhg, nadi: 96x/menit, suhu: 36.2 °C, pernapasan: 22x/menit, SPO2: 97%, tingkat kesadaran pasien compos mentis, GCS: M:6 V:5 E:4, hasil pemeriksaan kimia darah: ureum: 120,8 mg/dl, creatinine:

6.60 gr/dl, natrium: 116 mmol/L, kalium: 2.9 gd/dl, hasil pemeriksaan darah rutin: RBC: 1.91, HGB: 5,9 gr/dl, HCT: 15,3, urinalisis: albumin 500 mg Hasil USG abdomen: ascites, hasil thorax: cardiomegaly (LVH), hasil EKG: Sinus rhythm. Saat diruang perawatan pasien mendapatkan terapi: Furosemid 1 tablet/24 jam / oral, Atorvastatin 20 mg/24 jam / oral, metvormin 2x1 / 500 mg/ oral, Nacl 3% /500 ml

Diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus tersebut yaitu Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis: penyakit kronis, Defisit pengetahuan tentang manajemenn proses penyakit

FORMAT PENGKAJIAN

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris
 Jl. MAIPA NO.19 MAKASSAR

KAJIAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:	NIM:
-------------------------------	------

Unit : Berdaneth 1 Autoanamnese: ya

Kamar: 2010 Alloanamnese : ya

Tanggal masuk RS : 30 Mei 2024

Tanggal pengkajian : 1 Mei 2024

I. IDENTIFIKASI

A. PASIEN

Nama initial : Tn.Y
 Umur : 69 Tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Status perkawinan : Menikah
 Jumlah anak : 2 (Dua)
 Agama/ suku : Katolik/ Manado
 Warga negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Indonesia
 Pendidikan : S1
 Pekerjaan : pensiunan
 Alamat rumah : kompleks Graha sakti blok G No.6

B. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny.A
 Umur : 64 Tahun
 Alamat : kompleks Graha sakti blok G No.6
 Hubungan dengan pasien : Istri

II. DATA MEDIK

Diagnosa medik

Saat masuk : CKD dan Anemia

Saat pengkajian : CKD

III. KEADAAN UMUM

A. KEADAAN SAKIT

Pasien tampak sakit ringan/ **sedang** / berat / tidak tampak sakit

Alasan: Tampak pasien sakit sedang, terpasang conecta, tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur.

B. TANDA-TANDA VITAL

1. Kesadaran (kualitatif):

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah: 15

Kesimpulan : kesadaran compos mentis

2. Tekanan darah : 199/85 mmHg

MAP : 123 mmHg

Kesimpulan: perfusi meningkat

3. Suhu : 36,2 °C di Oral **Axilla** Rectal

4. Pernapasan : 22 x/menit

Irama : **Teratur** Bradipnea Takipnea Kusmaul

Cheyne-stokes

Jenis : **Dada** Perut

5. Nadi : 98 x/menit

Irama : **Teratur** Bradikardi Takikardi

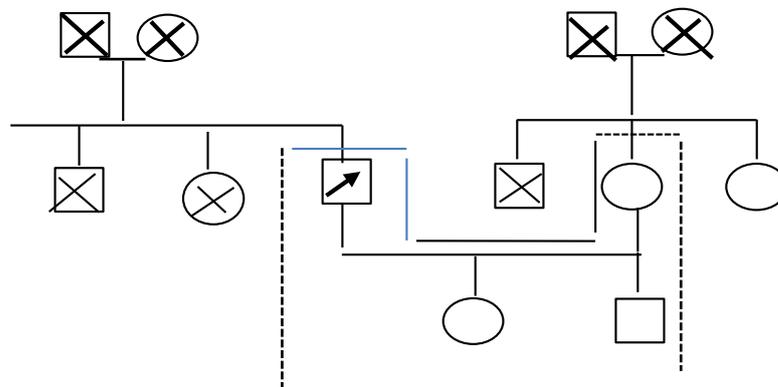
Kuat Lemah

C. PENGUKURAN

1. Lingkar lengan atas :cm
2. Tinggi badan : 171 cm
3. Berat badan : 63 kg
4. IMT (Indeks Massa Tubuh) : 21,5

Kesimpulan : Berat badan normal

D. GENOGRAM



Keterangan :

- : laki-laki
- : perempuan
- X : meninggal
- ↗ : pasien

IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1. Keadaan sebelum sakit:
 - a. Pasien memiliki riwayat Hipertensi sejak 10 tahun dan DM sejak 5 tahun, namun tidak rutin minum obat hipertensi dikarenakan pasien tidak mengetahui bahwa obat hipertensi harus diminum teratur. Untuk penyakit DM nya pasien mengatakan minum obat Metformin, namun tidak memeriksakan gula darah, jika obat habis hanya membelinya di Apotik. Pasien mengatakan 1 bulan terakhir

urin berbusa, jumlah seperti biasa, namun tidak pergi kontrol ke dokter. Pasien tidak mengetahui bahwa kondisi saat ini akibat komplikasi penyakit DM dan Hipertensi yang tidak terkontrol selama ini, pasien tidak mengetahui bahwa edema dan asites yang terjadi saat ini akibat fungsi ginjal yang rusak.

2. Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama : Lemas

b) Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan pasien lemas dirasakan sejak tanggal 23 April 2024 dan memberat 3 hari terakhir. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami udem kedua tungkai kaki bawah dialami sejak 1 bulan dan semakin memberat 1 minggu terakhir. Sehingga keluarga pasien memutuskan membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris. Saat pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien masih lemas disertai pusing. Pasien merasa capek lelah dan kurang bertenaga untuk melakukan aktivitas ringan seperti makan maupun ke toilet. Tampak pasien terbaring lemah dan pucat, tampak edema pada kedua tungkai kaki bawah dengan kedalaman 4 mm tampak ascites. Pasien tidak mengetahui bahwa kondisi saat ini akibat komplikasi penyakit DM dan Hipertensi yang tidak terkontrol selama ini, pasien tidak mengetahui bahwa edema dan asites yang terjadi saat ini akibat fungsi ginjal yang rusak.

Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Keluarga mengatakan pasien memiliki Riwayat hipertensi sudah 10 tahun dan DM sejak 5 tahun. Keluarga juga mengatakan bahwa pasien tidak rutin mengonsumsi obat hipertensi. Pasien mengatakan ia mengonsumsi obat

Metformin untuk DM, namun tidak memeriksakan gula darahnya, jika obat habis hanya membelinya di Apotik

Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan ayahnya juga memiliki Riwayat hipertensi

Pemeriksaan fisik :

- c) Kebersihan rambut : tampak rambut pasien bersih dan beruban
- d) Kulit kepala : tampak kulit kepala bersih
- e) Kebersihan kulit : tampak kulit bersih dan tidak bersisik
- f) Higiene rongga mulut : tampak rongga mulut pasien kotor
- g) Kebersihan genetalia : tidak dikaji
- h) Kebersihan anus : tidak dikaji

B. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien baik, pasien makan 3x sehari dengan porsi $\frac{1}{2}$ porsi nasi, sayur dan lauk. Kebiasaan pasien sering mengonsumsi daging dan masakan yang bersantan keluarga pasien mengatakan pasien dalam sehari minum 6-7 gelas air putih dan minum teh setiap pagi

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien makan dengan teratur 3x dalam sehari, pasien dengan diet rendah garam dan rendah protein, mengatakan minum air putih 4-5 gelas (± 1250 cc) dalam sehari, anjuran dari dokter minum air putih 1.500cc dalam 24 jam
Observasi :

Tampak pasien menghabiskan porsi makanannya yang disediakan dan sudah menghabiskan air putih sebanyak 3 gelas 750 cc

3. Pemeriksaan fisik :

- a) Keadaan rambut : tampak rambut pasien bersih
- b) Hidrasi kulit : tampak rambut bersih
- c) Palpebra/conjungtiva : tampak edema/ tampak anemis
- d) Sclera : tampak tidak icterik
- e) Hidung : tampak septum berada di tengah, tidak ada peradangan dan tidak ada sekret
- f) Rongga mulut : tampak kotor gusi : tidak ada peradangan
 - a) Gigi : tampak kotor gigi palsu : tampak tidak ada gigi palsu
- g) Kemampuan mengunyah keras : tampak mampu menyunyah keras
- h) Lidah : tampak lidah pasien bersih dan tidak ada peradangan
- i) Pharing : tampak tidak ada peradangan
- j) Kelenjar getah bening : tampak tidak ada pembesaran
- k) Kelenjar parotis : tampak tidak terjadi pembesaran kelenjar parotis
- l) Abdomen :
 - Inspeksi : tampak perut pasien ascitis
 - Auskultasi : peristaltic usus 12 x / menit
 - Palpasi : tidak teraba adanya massa dan benjolan pada perut
 - Perkusi : terdengar suara abdomen hyprtimi
- m) Kulit :
 - Edema : Positif Negatif
 - Icteric : Positif **Negatif**
 - Tanda-tandaradang : tidak ada peradangan
- n) Lesi : tidak tampak lesi.

C. POLA ELIMINASI

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan BAB lancar dengan frekuensi 1x/sehari dengan konsistensi padat dan berwarna kecoklatan. Pasien mengatakan BAK lancar frekuensi 3-4 kali/hari dan berwarna kuning keruh dan berbusa sejak 1 bulan terakhir

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit frekuensi BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi padat, warna kecoklatan. Pasien mengatakan frekuensi BAK pasien 3-4 kali dalam sehari dengan jumlah urin dalam sehari ± 800 cc dengan karakteristik berwarna kuning keruh dan berbusa

3. Observasi :

Sejak pasien masuk Rumah sakit sudah 1 kali BAB. Tampak urine di pispot 150 cc

4. Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 12 x/menit

b) Palpasi kandung kemih : Penuh **Kosong**

c) Nyeri ketuk ginjal : **Positif** Negatif

d) Mulut uretra : tidak di kaji

e) Anus :

▪ Peradangan : Tidak dikaji

▪ Hemoroid : Tidak dikaji

▪ Fistula : Tidak dikaji

D. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia adalah seorang pensiunan karyawan dan sehari hari pasien menghabiskan waktunya dirumah bersama istri dan cucunya. Pasien mengatakan jarang bahkan tidak

pernah berolahraga karena merasa lemas dan kondisi kedua kakinya yang udem

Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa lemas disertai pusing. pasien mengatakan merasa cepat lelah dan kurang bertenaga untuk lakukan aktivitas ringan seperti makan maupun ke toilet

2. Observasi :

Pasien tampak lemas, pasien tampak lebih banyak beristirahat

.Aktivitas harian :

- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 2
- Buang air kecil : 2
- Mobilisasi di tempat tidur : 1

0 : mandiri 1 : bantuan dengan alat 2 : bantuan orang 3 : bantuan alat dan orang 4 : bantuan penuh
--

- b) Postur tubuh : Tampak pasien tegak
- c) Gaya jalan : Tidak dikaji
- d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada
- e) Fiksasi: : tiak ada
- f) Tracheostomi : tidak ada

3. Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

 Berbaring : 199/85 mmHg

 Duduk : 178/92 mmHg

 Berdiri : tidak dikaji .mmHg

 Kesimpulan : Hipotensi ortostatik Positif **Negatif**

b) HR :98 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : tidak ada

Basah : tidak ada

d) JVP : 2 cmH₂O

Kesimpulan : -

Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam 3 detik

e) Thorax dan pernapasan

▪ Inspeksi:

Bentuk thorax : simetris kiri dan kanan

Retraksi interkostal : tidak tampak bantuan otot pernapasan

Stridor : tampak tidak ada stidor

• Palpasi

Vocal premitus: getaran sama kiri dan kanan

Krepitasi : tidak tampak krepitasi

• Perkusi

Sonor Redup Pekak

Lokasi : Lapang paru bagian kiri dan kanan

▪ Auskultasi

Suara napas : vesikuler

Suara ucapan : jelas di kedua lapang paru

Suara napas tambahan : tidak terdengar suara napas tambahan

g) Jantung

▪ Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak ada

▪ Palpasi :

Ictus cordis : Teraba di ICS 5 linea mid clavicularis

Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 5 linea skernalis dextra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid clavicula sinistra

Batas kanan jantung : linea mid skernalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 mid axillaris interior simetris

▪ Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal ICS 5 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak Terdengar

Murmur : Tidak Terdengar

Bruit : Aorta :

A.Renalis : Tiak terdengar

A. Femoralis : Tidak Terdengar

h) Lengan dan tungkai

▪ Atrofi otot : Positif **Negatif**

▪ Rentang gerak :

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

▪ Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
	5	5

Kaki

Keterangan :

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2: mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Refleks fisiologi : bicep (+,+), tricep (+, +) patella (+,+)

- Refleks patologi : Negatif

Babinski, Kiri : Positif

Negatif

Kanan :Positif

Negatif

- Clubing jari-jari : : Tampak tidak ada clubbing jari pada pasien.
- Varises tungkai : Tampak tidak ada varises pada kedua tungkai pada pasien.

i) Columna vetebralis:

- Inspeksi : Lordosis **Kiposis**

Skoliosis

- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada

E. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak ada keluhan saat tidur maupun istirahat. Pasien mengatakan tidur malam sekitar 7-8 jam dari pukul 23:00 – 07:00 Wita dan tidur siang sekitar \pm 2

jam. Pasien mengatakan lebih suka tidur dalam keadaan gelap, tidak pernah mengonsumsi obat tidur.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan saat dirawat dirumah sakit pasien tidak mengalami kesulitan tidur dan selalu merasa mengantuk.

Observasi :

tampak pasien terbaring dalam posisi semi fowler

Ekspresi wajah mengantuk : **Positif** Negatif

Banyak menguap : **Positif** Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap: Positif **Negatif**

F. POLA PERSEPSI KOGNITIF

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pasien mampu mendengar dengan baik, dapat merasakan panas dan dingin, pasien mengatakan memakai kaca mata.pasien mengatakan fungsi daya ingat dan keseimbangan pasien baik dan tidak ada masalah

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit fungsi pendengaran, penglihatan penciuman pasien baik. Pasien mengatakan saat sakit pasien tidak dapat berdiri dengan simbang karena merasa lemah dan pusing.

3. Observasi :

Tampak pasien memakai kacamata, tampak pasien dapat berorientasi dengan baik dengan lingkungan sekitarnya.

4. Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

- Kornea : Tampak kornea mata pasien tidak jernih
- Pupil : tampak pupil mata pasien isokor
- Lensa mata : tampak lensa mata pasien jernih

- Tekanan intra okuler (TIO) : : Tampak tak ada peningkatan TIO pada kedua mata pasien
- b) Pendengaran
- Pina : Tampak simetris
 - Kanalis : Tampak bersih
 - Membran timpani : Tampak utuh,
- c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :
Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua tangan dan kaki.

G. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan merupakan seorang ayah dari 2 orang anak merupakan sehari-harinya hanya dirumah pasien mengatakan merasa senang dan bangga pada dirinya.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa tidak dapat berbuat apa-apa dan hanya berbaring di tempat tidur.

3. Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah d tempat tidur

- a) Kontak mata : Tampak kontak mata pasien kurang
- b) Rentang perhatian : Tampak rentan perhatian pasien kurang
- c) Suara dan cara bicara : Tampak suara pasien jelas

4. Postur tubuh : Tidak di kaji,pasien tidak dapat berdiri lama

5. Pemeriksaan fisik :

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
- b) Bentuk/ postur tubuh : Tampak tegak
- i. Kulit : Tampak kulit pasien bersih dan tidak ada lesi

H. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia tinggal bersama istri, cucu, anak dan menantunya. Pasien mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan keluarga serta tetangganya

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien selalu ditemani oleh istri ataupun anaknya dan sering dibesuk oleh keluarganya. Pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga, perawat serta pasien lainnya terjalin dengan baik.

3. Observasi :

Pasien tampak memiliki hubungan baik dengan keluarga, teman dan lingkungan. Tampak keluarga dan teman pasien mengunjungi pasien yang sedang di rawat di Rumah Sakit.

I. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia seorang ayah dari 2 orang anak. Pasien berusia 69 tahun dan tidak memiliki keluhan apapun terkait reproduksinya.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan tidak memiliki keluhan pada bagian reproduksinya.

3. Observasi : -

4. Pemeriksaan fisik : Tidak dikaji

J. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya menghabiskan waktu luang untuk rekreasi bersama keluarga.

Keluarga pasien mengatakan bila pasien ada masalah pasien mudah marah dan untuk mengatasinya pasien biasanya mendengarkan lagu rohani dan kadang bermain *handphone*, masalah yang ada dalam keluarga akan dibicarakan bersama istri dan anak dan pengambilan keputusan dalam rumah tangga biasanya dilakukan secara bersama-sama namun kadang pasien mengambil keputusan sebagai kepala keluarga.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa khawatir terhadap penyakitnya dan hanya bisa berpasrah terhadap Tuhan yang Maha Esa.

3. Observasi :

Tampak pasien mendengarkan lagu rohani untuk menenangkan pikiran.

K. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia beragama Katolik. Pasien mengatakan sebelum sakit ia rajin ikut ibadah di gereja setiap minggu dan mengikuti kegiatan lainnya yang berhubungan dengan gereja.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan sejak pasien sakit, pasien tidak dapat ke gereja, pasien selalu percaya bahwa Tuhan akan selalu memberkatinya dan menyembuhkan sakitnya.

3. Observasi :

Tampak pasien mendengar lagu rohani

V. UJI SARAF KRANIAL

- A. N I (Olfactorius) : : Pasien mampu menghirup serta membedakan bau minyak kayu putih dengan menutup mata
- B. NII (Opticus) : Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dalam jarak jauh
- C. N III, IV, VI(oculomotorius, trochlearis, abducens) : Pasien mampu menggerakkan bola mata kesegala arah, pupil mengecil saat diberi cahaya, reflex akomodasi baik.
- D. N V (trigeminus) :
 - Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekkan kapas dipipi sebelah kanan dan kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup
 - Motorik : Pasien kurang mampu menguyah makanan keras.
- E. N VII(fascialis) :
 - Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula
 - Motorik : Pasien mampu tersenyum, mengangkat alis, dan mengerut dahi
- F. N VIII :
 - Vestibularis :
 - Akustikus : Pasien mampu mendengar gesekan jari tangan perawat pada telinga kiri dan kanan
- G. N IX (glossopharyngeus) : Tampak letak ovula ditengah
- H. N X (vagus) : Tampak pasien mampu menelan
- I. N XI I (ascesorius) : Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan bahu kiri serta dapat menggerakkan kepala ke kiri dan ke kanan.
- J. N XII (hypoglossus) : Pasien mampu menjulurkan lidah kedepan dan mendorong lidah ke pipi kanan dan pipi kiri.

VI. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
WBC	7.84	10 ³ /uL	5.07-11.1
HGB	5.9	10 ³ /uL	13.4-17.3
RBC	1.91	g/dl	4.70-6.10
HCT	15.3	%	39.9-51.1
MCV	80.1	fL	73.4-91.0
MCH	30.9	Pg	24.1-31.2
MCHC	38.6	g/dl	31.9-36.0
PLT	181	10 ³ /uL	150-450
RDW-CV	12.5	%	11.3-14.6
MPV	8.6	fL	7.2-11.1
PDW	8.0	fL	9.0-13.0
P-CLR	13.6	%	15.0-25.0
NEUTROFIL#	6.09	10 ³ /uL	2.72-7.53
LYMPHOSIT#	0.77	10 ³ /uL	1.46-3.73
MONOSIT#	0.93	10 ³ /uL	0.33-0.91
EOS#	0.04	10 ³ /uL	0.04-0.43
BASOFIL#	0.01	10 ³ /uL	0.02-0.09
IG#	0.01	10 ³ /uL	-
NEUTROFIL%	77.7	10 ³ /uL	42.5-71.0
LYMPHOSIT%	9.8	10 ³ /uL	20.40-44
MONOSIT%	11.9	10 ³ /uL	3.60-9.90
EOSINOFIL%	0.5	10 ³ /uL	0.7-5.4
BASOFIL%	0.1	10 ³ /uL	0.00-1.00
IG%	0.1	10 ³ /uL	0 – 72

b. Pemeriksaan kimia Darah

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
KIMIA DARAH			
NATRIUM	116	Mmol/L	135.0-145
KALIUM	2.9	mEq/L	3.5 – 5.1
CHLORIDA	86	Mmol/L	97.0 – 111
UREUM	120.8	mg/dL	10 – 50
CREATININ	6.60	mg/dL	<1.4
GFR	9		1GFR >=90
Pemeriksaan Kimia Darah 05 Mei 2024			
NATRIUM	128	mmol/L	135.0-145
KALIUM	3.2	mmol/L	3.5 – 5.1
CHLORIDA	94	mmol/L	97.0 – 111
GULA DARAH	186	Mg/dl	<200

c. Pemeriksaan Foto Thorax

Pulmo: corakan bronchovaskuler paru normal, tak tampak infiltrat hilus tidak menebal.

Cor besar ke kiri, apeks ke arah diagram, mediastinum tidak melebar.

Trachea tidak shift.

Diagram normal. Costa intak, soft tissue baik

Kesan:

- Cardiomegaly (LVH)

d. Pemeriksaan USG Abdomen

Hepar : ukuran normal, outline licin, echo normal, vaskulatur dan bile duct tidak dilatasi, tak tampak massa atau nodul

Lien : ukuran normal, echo normal, tak tampak massa.

Pancreas ukuran dan echo normal. Tak tampak kalsifikasi atau SOL. Pancreatic duct tidak dilatasi

GB : Dinding tidak menebal, echo normal, tak tampak batu atau massa

Kedua Ginjal : ukuran dan echo normal, tak tampak bendungan PCS, batu atau massa.

Kelenjar prostat : bentuk dan ukuran baik, echotexture homogen volume kelenjar prostat 28,6 ml

Tak tampak targetcell like atau pseudokidney appearance

Tak tampak pembesaran kelenjar limfe para aorta abdominalis

Tampak *free echoic intra cav.* peritonium

Kesan:

- Ascites

VII.TERAPI

Furosemid 40MG/24 jam / oral

Metformin 500mg 2x1 tablet

Valsartan 80mg/24 jam/oral

ANALISA DATA

<u>NO.</u>	<u>DATA</u>	ETIOLOGI	MASLAH
<u>1.</u>	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keluarga mengatakan pasien edema pada kedua tungkai kaki 1 bulan. <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edema tungkai kaki bawah dengan kedalaman 4 mm ▪ Ascites ▪ Palpebra edema • Tampak bayangan vena pada abdomen • hipertimpani ▪ Albumin 500 mg ▪ USG <p>Kesan : ascites</p>	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia
<u>2.</u>	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pasien mengatakan lemas dan pusing ▪ pasien merasa cepat lelah dan kurang bertenaga untuk melakukan aktivitas ringan seperti makan maupun ke toilet <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TTV : TD : 199/85 mmHg <li style="padding-left: 20px;">N : 96x/ menit <li style="padding-left: 20px;">S : 36,2 °C <li style="padding-left: 20px;">P : 22 x/ menit ▪ Hemoglobin 5,9 g/dl 	Kondisi fisiologis (penyakit kronis)	Keletihan (D.0057)
<u>3.</u>	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bila sakit hanya membeli obat di apotik dekat rumahnya tanpa ada resep dokter. • Pasien tidak mengetahui komplikasi dari penyakitnya seperti DM, edema Hipertensi yang dialami saat ini. • Pasien tidak mengetahui bahwa edema dan asites yang terjadi saat ini akibat fungsi ginjal yang rusak 	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan manajemen proses penyakit

	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien juga mengatakan masih memikirkan rencana HD <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien bertanya tentang penyakit yang dialami. • Pasien menolak untuk HD 		
--	---	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn Y / 69 Tahun

Ruang/ Kamar: Bernadeth / 1210

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2.	Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis)
3.	Defisit pengetahuan : manajemen proses penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/ umur : Tn.Y/ 69 Tahun

Ruang/ kamar : Bernadeth/ 1210

Tanggal	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Hasil Yang Diharapkan (SLKI)	Rencana tindakan (SIKI)
			Meliputi: Tindakan keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter
	Hypervolemia berhubungan dengan Gangguan kemandirian	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keseimbangan cairan (L.03020) <ol style="list-style-type: none"> a. Edema cukup menurun b. Asites cukup menurun c. Tekanan darah cukup membaik d. Tekanan arteri rata-rata cukup membaik 	<p>Manajemen hipervolemia1.03114)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Othopnea, dispnea,edema, JVP/CVP meningkat, refleksi hepatojugular positif, suara napas tambahan) b. dentifikasi penyebab hypervolemia c. Monnitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah. d. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Batasi asupan cairan dan garam b. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 <p>Edukasi :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan melapor jikahaluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam b. Anjurkan cara membatasi cairan Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian diuretic
	Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat keletihan menurun dengan kriteria hasil : tingkat keletihan (L.05046) <ul style="list-style-type: none"> a. Verbalisasi kepulihan energy tenaga cukup meningkat b. Kemampuan melakukan aktifitas rutin cukup meningkat c. Verbalisasi lelah menurun d. Lesu cukup menurun 	Manajemen Energi (I.05178) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor keletihan fisik dan emosional b. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan /aktif b. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan tirah baring b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

	<p>Defisit pengetahuan tentang manajemen proses penyakit</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat pengetahuan L.12111 <ol style="list-style-type: none"> a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat c. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 	<p>Edukasi proses penyakit (I.12444)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab dan factor resiko penyakit b. Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit c. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit d. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi e. Informasikan kondisi pasien saat ini
--	--	---	--

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn. Y/ 69 Tahun

Ruang/ Kamar: Bernadeth 1/ 1210

Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
1/5/2024	I	08:00	Memonitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP). Hasil: <ul style="list-style-type: none"> • TD : 199/85 mmhg • HR : 98 x/menit • MAP : 123 mmhg 	Gita
	I	08:15	Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia. Hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bengkak pada tungkai bawah. • Tampak tungkai bawah edema dengan kedalaman 4 mm • Tampak edema palpebra • Tampak ascites 	Gita
	I	08:25	Mengidentifikasi penyebab hypervolemia Hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak hasil pemeriksaan urinalisis albumin 500 mg 	Gita
	II	08:40	Memonitor kelelahan fisik dan emosional Hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien cepat Lelah dan kurang bertenaga saat melakukan aktifitas makan maupun mobilisasi di tempat tidur • Tampak pasien lebih banyak beristirahat di tempat tidur. 	Gita
	I	08:50	Meninggikan bagian kepala tempat tidur 30°– 40° Hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien berbaring dalam posisi semi fowler 	Gita

	I	09:00	<p>Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas.</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan lemas dan pusing saat beraktifitas • Tampak pasien tidak seimbang saat berdiri 	Gita
	II	10:00	<p>Memfasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien duduk disisi tempat tidur 	Gita
	II	10:15	<p>Melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak melakukan latihan rentang gerak aktif seperti teknik abduksi, aduksi pada kedua tangan dan kaki. 	Gita
	II	10:40	<p>Menganjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</p> <p>Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan cepat Lelah saat melakukan aktifitas • Tampak pasien lesu 	Gita
	III	11:00	<p>Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien siap dan mampu menerima informasi yang akan dilakukan. 	Gita
	III	11:10	<p>Menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tersedia leaflet berisikan materi dan media Pendidikan kesehatan penyakit gagal ginjal dan pembatasan cairan dengan 	Gita

			<p><i>slimber ice</i> bila pasien merasa haus</p>	
	III	11:20	<p>Menjadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan ia ingin diberikan Pendidikan kesehatan mengenai penyakit ginjal • Sesuai kesepakatan bersama pasien dan keluarga, jadwal Pendidikan kesehatan akan dilakukan di sore hari jam 16:00 	Gita
	I	11:30	<p>Menganjurkan melapor jika haluaran urin < 0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam.</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan jumlah urin sejak jam 08:00 sampai dengan jam 15:00 sebanyak 500 ml. 	Gita
	I	12:00	<p>Membatasi asupan cairan dan garam</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien hanya diperbolehkan intake cairan tidak lebih dari 1500 ml. • Diet rendah garam < 5,2 gr/hari 	Gita
	I	13:00	<p>Mengajarkan cara membatasi cairan.</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien diberikan 1 botol air aqua yang berisi 1500 ml dan menganjurkan pasien untuk minum air tidak lebih dari 1500 ml • Pasien di anjurkan mengulum es batu atau berkumur air hangat saat merasa haus. 	Gita
	III	16:00	<p>Menjelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit (,hipertensi, edema dan ascites)</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setelah diberikan penjelasan, pasien belum mengetahui bahwa 	Fransiska

			<p>edema dan ascites disebabkan oleh fungsi ginjal yang rusak.</p> <p>Menjelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan baru mengetahui apabila penyakit yang dideritanya CKD disebabkan kerana Komorbid Hipertensi yang tidak terkontrol. 	Fransiska
	III	17:30	<p>Menjelaskan Tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien dapat menjelaskan kembali beberapa tanda dan gejala dari penyakitnya • Tampak pasien sudah dapat menjelaskan mengenai penyebab terjadinya udem kedua tungkai dan palpebra. 	Fransiska
	III	18:00	<p>Menginformasikan kondisi penyakit saat ini</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien telah diberikan informasi mengenai kondisinya yang menderita penyakit CKD dengan tanda dan gejala: Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol, bengkak pada kaki dan pergelangan kaki, pucat dan lemas, anemia dan pengobatannya dengan tindakan hemodialisa. • Pasien mengatakan baru mengetahui kalau ia menderita CKD stage 5 	Fransiska
	I,II	17:00	<p>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>Hasil:</p>	Fransiska

			<ul style="list-style-type: none"> Pasien diberikan diet rendah protein 0,6-0,8gr/kgBB/hari 	
	I	18:00	<p>Melakukan pemberian obat</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Furosemide 40mg/oral Valsartan 80 mg/24 jam/oral Metformin 500 mg/ 2x1 tablet/oral 	Fransiska
	II	19: 20	<p>Memberikan transfusi PRC 1 bag</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Terpasang PRC 220 ml 	Fransiska
	I,II	20:30	<p>Mengobservasi TTV post transfuse</p> <p>Hasil:</p> <p>Td: 187/96 mmhg</p> <p>N : 78 x/ menit</p> <p>S : 37 °C</p> <p>P : 18 kali/menit</p> <p>SPO2 : 97%</p>	Gita
	I	21: 10	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil:</p> <p>IWL : 15 x BB 15 X 63 945</p> <p>Cairan masuk</p> <p>Air putih ; 1.000 ml</p> <p>Transfusi darah : <u>220 ml</u> + o ml</p> <p>Cairan keluar</p> <p>Urin : 800 ml</p> <p>CM (CK + IWL) = 1.220 (800 + 945) 1.220 – 1745 = - 525</p>	Gita
2/5/2024	II	08:10	<p>Memonitor tanda dan gejala hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP)</p> <p>Hasil:</p> <p>TD : 178/92 mmhg</p> <p>HR : 98x/menit</p>	Gita

			MAP: 120,67 mmhg	
	II	08:25	<p>Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih bengkak pada tungkai bawah • Tampak tungkai bawah edema dengan kedalaman 4 mm • Tampak edema palpebra • Tampak ascites 	Gita
	II	09:00	<p>Menganjurkan melapor jika haluantrun urin < 0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan akan melaporkan ke perawat apabila jumlah urinnnya berkurang 	Gita
	III	10:00	<p>Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien masih kurang bertenaga dan cepat lelah saat ingin berdiri • Tampak pasien lebih banyak bersistrahahat di tempat tidur 	Gita
	III	10:15	<p>Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas.</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih lemas dan pusing saat beraktifitas • Tampak pasien masih terlihat lesu 	Gita
	I	11:00	<p>Menganjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien mengikuti anjuran perawat dengan berlatih berpindah dari tempat tidur ke kursi <p>Melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif</p>	Gita

	III	11:10	<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tampak pasien melakukan latihan rentang gerak abduksi, aduksi pada kedua tangan dan kaki 	Gita
	III	11:30	<p>Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tampak pasien siap dan memahami informasi yang diberikan 	Gita
	I	14:00	<p>Menjadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sesuai kesepakatan bersama pasien dan keluarga, jadwal Pendidikan kesehatan akan dilakukan jam 14:00 	Gita
	I	14:00	<p>Mengajarkan cara membatasi cairan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan sudah mengikuti anjuran yang disarankan Tampak botol aqua berisi air 1500 ml yang digunakan pasien untuk membatasi asupan cairan 	Gita
	I	14:15	<p>Menjelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Setelah di jelaskan kembali, pasien sudah memahami akibat yang ditimbulkan dari penyakit hipertensi yang tidak terkontrol dan komplikasi CKD Pasien mengatakan akan rutin minum obat hipertensi secara teratur 	Fransiska
			Menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi	Fransiska

	I	16:30	<p>Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien sudah memahami komplikasi dari CKD yang akan terjadi yaitu hemodialisa. • Pasien mengatakan sudah mengetahui penyebab penyebab edema pada tungkai dan palpebra akibat fungsi ginjal yang rusak. • Pasien sudah membatasi asupan cairan dengan minum air menggunakan botol aqua 1500 ml <p>Memberikan transfusi PRC 1 bag Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang PRC 220 ml 	Fransiska
	I	18:10	<p>Melakukan pemberian obat Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Furosemide 40mg/oral • Valsartan 80 mg/24 jam/oral • Metformin 500 mg/ 2x1 tablet/oral 	Fransiska
	I	18:15	<p>Memonitor intake dan output cairan Hasil: IWL : $15 \times BB$ 15×63 $= 945$</p> <p>Cairan masuk</p>	Fransiska
	I	21:00	<p>Air putih : 900 ml Teh : 100 ml Transfuse darah : $\frac{220 \text{ ml} +}{1.220}$</p> <p>Cairan keluar :</p> <p>Urin : 700 CM (CK +IWL) $1.220 (700 + 945)$ $1.220 - 1.645 = - 425$</p> <p>Memonitor status hemodinamik Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD : 178/76mmhg • HR : 64 x/menit • MAP : 109.33 mmhg 	Gita

3/5/2024	I	08:05	Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia Hasil :	Gita
	I	08:25	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bengkak pada tungkai bawah berkurang • Tampak edema tungkai bawah berkurang dengan kedalaman 3 mm • Tampak edema palpebra berkurang • Tampak ascites 	
			Melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif Hasil:	Fransiska
	II	08:25	Menganjurkan melakukan aktifitas secara bertahap Hasil:	Fransiska
	I	09:00	Membatasi asupan cairan dan garam Hasil:	Fransiska
			<ul style="list-style-type: none"> • Diet rendah garam < 5,2 gram/ hari Melaksanakan advis dokter Hasil: <ul style="list-style-type: none"> • Nacl 3% 500 cc habis dalam 24 jam/iv 	
	I	14:10	Menganjurkan melapor jika haluaran urin < 0,05 ml/kg/jam Hasil:	Gita
			<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan jumlah urine sejak jam 06:00 – 12:00 yaitu 400 cc 	

	I	18:00	<p>Memberikan obat</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Furosemide 40mg/oral • Valsartan 80 mg/24 jam/oral • Metformin 500 mg/ 2x1 tablet/oral 	Fransiska
	I	18:15	<p>Memonitor intake dan output</p> <p>Hasil:</p> <p>IWL : $15 \times \text{BB}$ 15×63 $= 945$</p> <p>Cairan masuk</p> <p>Air putih : 1.000</p> <p>Nacl 3% : <u>500 cc</u> + 1.500</p>	Fransiska
	I	21:00	<p>Cairan keluar</p> <p>Urine : 900</p> <p>CM (CK + IWL) $1.500 (900 + 945)$ $1.500 - 1845$ $= - 345$</p>	

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn. Y/ 69 Tahun

Ruang/ Kamar: Bernadeth 1/ 1210

TANGGAL	Evaluasi S O A P	Nama Perawat
1/5/2024	<p>DX I : Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bengkak pada tungkai bawah • Pasien mengatakan jumlah urin sejak jam 08:00 sampai dengan jam 15:00 sebanyak 500 ml. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak tungkai bawah edema dengan kedalaman 4 mm • Tampak edema palpebra • Tampak adanya ascites • Tampak hasil pemeriksaan urinalisis albumin 500 mg • Pasien hanya diperbolehkan intake cairan tidak lebih dari 1500 ml. • Diet rendah garam < 5,2 gr/hari • Pasien diberikan 1 botol air aqua yang berisi 1500 ml dan menganjurkan pasien untuk minum air tidak lebih dari 1500 ml • Pasien di anjurkan mengulum es batu atau berkumur air hangat saat merasa haus. • TD: 199/85mmhg HR : 98x/menit MAP : 123 mmhg <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan hiporvolemia belum teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema belum menurun • Ascites belum menurun • Tekanan darah belum menurun • Tekanan arteri rata – rata belum membaik 	Fransiska dan Gita

	<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda dan gejala hypervolemia • Monitor status hemodinamik • Monitor intake dan output • Batasi asupan cairan dan garam • Anjuran melapor jika haluaran urin < 0,05 ml/kg/jam • Anjurkan cara membatasi cairan • Kolaborasi pemberian diuretic <p>DX II : Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis penyakit kronis</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan lemas dan pusing saat beraktifitas • Pasien mengatakan cepat lelah saat melakukan aktifitas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ekspresi wajah pasien mengantuk • Tampak pasien lesu • Tampak pasien cepat Lelah dan kurang tenaga saat melakukan aktifitas makan maupun mobilisasi di tempat tidur • Pasien tampak melakukan latihan gerak aktif seperti teknik abduksi, aduksi pada kedua tangan dan kaki • Pasien diberikan diet rendah protein 0,6-0,8gr/kgBB/hari <p>A: Keletihan belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalisasi kepulihan energi tenaga belum cukup meningkat • Kemampuan melakukan aktifitas rutin belum cukup meningkat • Verbalisasi lelah belum teratasi • Lesu belum teratasi • Pola istirahat belum teratasi <p>P:</p>	
--	--	--

	<p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas • Monitor pola dan jam tidur • Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif • Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap <p>DX III : Defisit pengetahuan manajemen proses penyakit</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan ia ingin diberikan Pendidikan kesehatan mengenai penyakit ginjal • Pasien mengatakan baru mengetahui apabila penyakit yang dideritanya CKD disebabkan kerana Komorbid Hipertensi yang tidak terkontrol. • Pasien mengatakan baru mengetahui kalau ia menderita CKD stage 5 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tersedia leaflet berisikan materi dan media Pendidikan kesehatan • Tampak Pasien dapat menjelaskan kembali beberapa tanda dan gejala dari penyakitnya • Tampak pasien siap dan mampu menerima informasi yang akan dilakukan. • Pasien telah diberikan informasi mengenai kondisinya yang menderita penyakit CKD dengan tanda dan gejala: Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol, bengkak pada kaki dan pergelangan kaki, pucat dan lemas, anemia dan pengobatannya dengan tindakan hemodialisa. <p>A:</p> <p>Defisit pengetahuan belum teratasi</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--

2/5/2024	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan • Menjelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit • Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi <p>Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih bengkak pada tungkai bawah • Pasien mengatakan akan melaporkan ke perawat apabila jumlah urinnya berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak tungkai bawah edema dengan kedalaman 4 mm • Tampak edema palpebra • Tampak ascites • TD : 178/92 mmhg • HR : 98x/menit • MAP: 120,67 mmhg • Pasien mengatakan sudah mengikuti anjuran yang disarankan. • Tampak botol aqua berisi air 1.500 ml yang digunakan pasien untuk membatasi asupan cairan • Furosemid 40mg/oral <p>A;</p> <p>Masalah keperawatan hypervolemia belum teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema belum menurun • Ascites belum menurun • Tekanan darah belum membaik • Tekanan arteri rata rata belum membaik <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda dan gejala hypervolemia 	Fransiska dan Gita
----------	--	--------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor status hemodinamik • Monitor intake dan output • Batasi asupan cairan dan garam • Anjuran melapor jika haluaran urin < 0,05 ml/kg/jam • Kolaborasi pemberian diuretic <p>DP II : Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologi: penyakit kronis</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih lemas dan pusing saat beraktifitas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien masih kurang bertenaga dan cepat lelah saat ingin berdiri • Tampak pasien lebih banyak bersistrahahat di tempat tidur • Tampak pasien masih terlihat lesu • Tampak pasien melakukan latihan rentang gerak abduksi, aduksi pada kedua tangan dan kaki • Tampak pasien mengikuti anjuran perawat dengan berlatih berpindah dari tempat tidur ke kursi • Pasien diberikan diet rendah protein 0,6 - 0,8gr/kgBB/hari <p>A:</p> <p>Keletihan belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalisasi kepulihan tenaga belum cukup • Kemampuan anktifitas rutin belum cukup meningkat • Verbalisasi Lelah belum teratasi • Lesu belum teratasi • Pola istirahat teratasi <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kelelahan fisik dan emosional • Lakukan latihan rentang gerak aktif atau pasif 	
--	---	--

<p>3/5/2024</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap <p>DP III : Defisit pengetahuan : manajemen proses penyakit</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah memahami komplikasi dari CKD yang akan terjadi yaitu hemodialisa. • Pasien mengatakan sudah mengetahui penyebab edema pada tungkai dan palpebra akibat fungsi ginjal yang rusak. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien siap dan mampu menerima informasi yang akan dilakukan. • Pasien sudah membatasi asupan cairan dengan minum air menggunakan botol aqua 1500 ml • Setelah di jelaskan kembali, pasien sudah memahami akibat yang ditimbulkan dari penyakit hipertensi yang tidak terkontrol dan komplikasi dari CKD <p>A:</p> <p>Defisit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prilaku sesuai anjuran meningkat • Perilaku sesuai pengetahuan meningkat • pasien sudah dapat menjelaskan tentang terjadinya edema kedua tungkai dan palpebra <p>P:</p> <p>Intervensi selesai</p> <p>DP I : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S:</p>	
-----------------	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bengkak pada tungkai bawah berkurang • Tampak edema tungkai bawah berkurang dengan kedalaman 3 mm • Tampak edema palpebra berkurang • Tampak ascites • TD : 178/76 mmhg • HR : 64 x/menit • MAP : 109.33 mmhg • Diet rendah garam < 5,2 gram/ hari • Pasien mengatakan jumlah urine sejak jam 06:00 – 12:00 yaitu 400 cc <p>A:</p> <p>Hypervolemia teratasi sebagian dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema cukup menurun • Tekanan darah cukup membaik • Tekanan arteri rata - rata cukup menurun <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda dan gejala hypervolemia • Monitor status hemodinamik • Monitor intake dan output • Kolaborasi pemberian diuretik <p>DP II : Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis</p> <p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan rasa lelah dan pusing sudah berkurang • Pasien mengatakan sudah mulia bertenaga saat beraktifitas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien mencoba berdiri dengan seimbang • Tampak pasien sudah dapat ke toilet sendiri <p>A:</p> <p>Keletihan mulia teratasi dengan kriteria hasil</p>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none">• Verbalisasi kepulihan energi tenaga cukup meningkat• Kemampuan melakukan aktifitas rutin cukup meningkat• Verbalisasi Lelah menurun• Lesu cukup menurun	
--	--	--

DAFTAR OBAT

1. Nama obat : Furosemid 40 mg
2. Klasifikasi/golongan obat : Diuretik
3. Dosis umum :
 - a. Untuk mengobati edema pada kasus gagal jantung, hepatic sirosis dan penyakit ginjal : dosis awal 20-80 mg dalam satu kali dosis dan dapat dinaikkan menjadi 20-40 mg setiap 6-8 jam/hari.
 - b. Dosis anak : 2 mg/kgbb sekali pemberian dan dinaikkan menjadi 1-2mg/kgbb setiap 6-8 jam perhari. Pada anak yang menderita *syndrome nefrotic* dosis dapat dinaikkan maksimal 6 mg/kgbb
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 40 mg/24 jam/Oral
5. Cara pemberian obat : furosemide dapat diberikan secara oral/iv/im
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Furosemid bekerja dengan menghambat area pengikat klorida pada cotransporter Na-K-2-CL, atau NKCC-2 yang terdapat pada asenden lengkung henle, termasuk makula densa. Hal ini mengakibatkan gangguan transpor natrium dari sisi luminal ke sisi basolateral untuk proses reabsorpsi. Inhibisi ini akan menyebabkan peningkatan ekskresi air, juga natrium, klorida, magnesium, kalsium, hidrogen, dan kalium.

Selain itu, furosemide juga memberikan efek vasodilatasi, sehingga dapat digunakan untuk terapi edema paru akut. Vasodilatasi menyebabkan penurunan respon pembuluh darah terhadap senyawa vasokonstriktor, seperti angiotensin 2 dan noradrenalin, serta penurunan produksi hormon natriuretik yang memiliki efek vasokonstriksi. Produksi prostaglandin juga akan meningkat, sehingga menambah efek vasodilatasi.

Furosemid memiliki fungsi untuk mengatasi penumpukan cairan di dalam tubuh

Fungsi furosemide : mengatasi penumpukan cairan dalam tubuh

7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan

Pasien mengalami edema tungkai kaki dan ascites

8. Kontraindikasi :

hipersensitivitas furosemide dan sulfonamide, tidak dapat berkemih 'anuria', gagal ginjal akibat keracunan obat, gagal ginjal dengan koma hepatikum, gangguan elektrolit (seperti hiponatremia berat, hipokalemia berat), dehidrasi, koma akibat sirosis hati atau ensefalofati, penyakit Addison, porfiria, keracunan digitalis, dan menyusui.

9. Efek Samping

Gangguan cairan dan elektrolit, hipotensi simtomatik, hiperurisemia asimtomatik, nefrotoksisitas 'efek keracunan pada ginjal, ototoksisitas (misalnya gangguan pendengaran, tinitus, tuli), fotosensitifitas alergi sulfonamid, eksaserbasi atau aktivasi SLE; nefrokalsinosis atau nefrolitiasis (pada bayi prematur), penurunan toleransi glukosa, peningkatan sementara hormon tiroid bebas.

DAFTAR OBAT

1. Nama obat : Valsartan 80 mg
2. golongan obat/klasifikasi : *angiotensin receptor blocker* (ARB)
3. Dosis umum :
Dewasa : 80-160 mg, 1 kali sehari. Dosis maksimal 320 mg per hari
Anak usia 6-18 tahun dengan berat badan <35 kg : 20 mg, 1 kali sehari. Dosis maksimal 40 mg per hari
Anak usia 6-18 tahun dengan berat badan > 35 kg : 40 mg, 1 kali sehari. Dosis maksimal 80 mg per hari.
4. Dosis untuk pasien bersangkutan : Valsartan 80 mg/ oral
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Valsartan berfungsi menghambat efek dari senyawa kimia yang disebut angiotensin II. Angiotensin II memiliki efek mempersempit pembuluh darah, jadi dengan menghambat efek senyawa ini, valsartan akan mengendurkan dan melebarkan pembuluh darah. Akibatnya, tekanan darah akan menurun dan jantung lebih mudah memompa darah keseluruh tubuh serta meningkatkan pasokan darah dan oksigen ke jantung.
Fungsi obat : mengatasi hipertensi dan gagal jantung.
7. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan
Pasien mengalami peningkatan tekanan darah
8. Kontraindikasi
Kontraindikasi valsartan adalah pada pasien yang memiliki gangguan hepar berat, ibu hamil, tidak boleh diberikan pada pasien dengan gangguan hepar derajat berat.
9. Efek samping ;
Pusing, mual dan muntah, diare, nyeri sendi, sakit kepala.

DAFTAR OBAT

1. Nama obat : Metformin 500 mg
2. Golongan obat/klasifikasi : biguanid/antidiabetic
3. Dosis umum :
Dosis awal 500 mg : 3x sehari, pemberian metformin dalam beberapa hari cukup dapat mengendalikan penyakit diabetes. Apabila dosis yang diinginkan tidak tercapai, dosis dapat dinaikkan secara berhati – hati (maksimum 3 gram/ hari)
Apabila diberikan bersamaan insulin: bila dosisi insulin kurang dari 60 unit sehari, permulaan diberikan 1 tablet metformin 500 mg, kemudian dosis insulin dikurangi secara berangsur-angsur. Tablet diberikan bersamaan makanan atau setelah makan.
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan :
Metformin 2x 500 mg
5. Cara pemberian obat : oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
 - a. Metformin merupakan zat antihiperqlikemia oral golongan biguanid. Mekanisme kerja metformin menurunkan kadar gula darah dan tidak meningkatkan sekresi insulin
 - b. Metformin tidak mengalami metabolisme di hati, diekskresikan dalam bentuk yang tidak berubah terutama dalam air kemih dan sejumlah kecil dalam tinja.Fungsi obat : terapi pada pasien yang tidak bergantung insulin dan kelebihan berat badan dimana kadar gula tidak bisa dikontrol dengan diet saja. Sebagai terapi tambahan pada pasien dengan ketergantungan insulin yang simptomnya sulit dikontrol.

7. Alasan pemberian obat pada pasien :

Untuk mengontrol kadar gula darah pasien dimana pasien memiliki riwayat DM

8. Kontraindikasi :

Koma diabetik dan ketoasidosis, Penyakit hati kronis, kegagalan jantung, miokard infark, keadaan yang berhubungan dengan laktat asidosis, kehamilan dan menyusui.

9. Efek samping :

Gangguan gastrointestinal yang bersifat sementara, anoreksia, mual, muntah, diare dan berkurangnya absorpsi vitamin B12.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Askep

Pada bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari sejak tanggal 1 Mei 2024 sampai dengan tanggal 3 Mei 2024 yang dilakukan pada Tn. Y dengan *chronic kidney disease* di ruang perawatan Bernadeth I RS Stella Maris Makassar. Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dokumentasi dan evaluasi pada pasien CKD.

1. Pengkajian

Dalam pengkajian penulis mendapatkan data dari Tn. Y dan keluarga, selain itu data juga diperoleh melalui catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya. Dari pengkajian tampak Tn Y sakit sedang, terpasang conecta, pasien mengeluh lemas disertai pusing, pasien merasa cepat lelah dan kurang bertenaga, udem pada tungkai kaki dengan kedalaman 4 mm, edema palpebra, tampak ascites, CRT 3 detik, tampak pucat, tampak conjungtiva anemis, BAK seperti biasa, lancar akan tetapi berbusa, urinalisis: albumin 500 mg, HGB: 5.9 gr/dl, ureum: 120.8 mmol/L, creatinine: 6.60 mmol/L, GFR: 9, natrium: 128 mmol/L, chloride: 94mmol/L, hasil USG abdomen: ascites, bayangan vena pada abdomen, perkusi abdomen terdengar hypertimpani, TTV: TD: 199/85mmhg, N: 98x/menit, S: 36.2°C, P: 22x/menit, thorax foto dengan kesan : cardiomegaly (LHV). Pasien memiliki riwayat hipertensi 10 tahun namun tidak rutin minum obat hipertensi, pasien juga memiliki DM sejak 5 tahun tetapi jarang memeriksakan gula darahnya. Pasien suka makan daging dan makanan bersantan serta jarang berolahraga.

Berdasarkan hasil pengkajian penyebab gagal ginjal kronik yaitu riwayat penyakit yang diderita Tn. Y yaitu hipertensi dan DM dimana hipertensi yang berlangsung lama akan menyebabkan volume darah ke ginjal meningkat sehingga pembuluh darah di ginjal akan menebal dan mengeras yang akan berakibat pada penyempitan lumen internal. Apabila berlangsung lama maka suplai darah ke ginjal berkurang yang dapat menyebabkan kerusakan glomerulus sehingga terjadi penurunan jumlah nefron yang akan mengakibatkan penurunan fungsi ginjal sehingga dapat menyebabkan kegagalan ginjal. Pasien juga mengalami DM yang menjadi faktor resiko gagal ginjal dimana kadar gula yang tinggi akan membuat ginjal bekerja lebih berat untuk menyaring darah dan membuang kelebihan gula sehingga menyebabkan penebalan pada glomerulus dan kapiler menebal yang akan merusak nefron.

Kerusakan ginjal juga dapat menyebabkan jumlah produksi eritropoietin berkurang dimana eritropoietin berperan dalam pembentukan eritrosit. Apabila jumlah eritropoietin berkurang maka akan mengakibatkan anemia sehingga pasien akan merasa mudah lelah. Hal ini sejalan dengan Tn. Y dimana mengalami penurunan HB yaitu 5,9 gr/dl.

Edema yang terjadi pada Tn. Y disebabkan retensi cairan dan natrium di ruang ekstraseluler dimana ginjal tidak mampu mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal yang akan menyebabkan edema.

Sesak napas sering kali ditemukan pada pasien CKD karena terjadinya edema paru yang disebabkan ginjal mengalami kerusakan sehingga tidak mampu mengeluarkan cairan dari tubuh dan menyebabkan penumpukan cairan dalam pembuluh darah sehingga permeabilitas pembuluh darah paru meningkat sehingga menekan sejumlah cairan hingga ke membran kapiler paru yg menyebabkan edema paru. Namun pada Tn.Y tanda dan gejala ini tidak ditemukan.

2. Diagnosis Keperawatan

Terdapat beberapa diagnosa keperawatan pada pasien CKD, dari segi data pengkajian penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan pada Tn. Y yaitu :

- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa utama karena ditemukan tanda dan gejala edema pada tungkai kaki dengan kedalaman 4mm, tampak ascites dibuktikan dengan hasil USG abdomen dengan kesan : ascites, pemeriksaan urinalisis: albumin 500 mg
- c. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis). Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapatkan data pasien mengeluh lemas disertai pusing, pasien cepat lelah dan kurang bertenaga untuk melakukan aktifitas ringan seperti makan maupun ke toilet, pasien tampak lemas dan butuh banyak beristirahat.
- d. Defisit pengetahuan : manajemen proses penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Penulis mengangkat diagnose ini karena didukung oleh data yang di dapatkan yaitu pasien menanyakan kondisi yang terjadi saat ini, pasien tidak mengetahui bahwa kondisi saat ini akibat komplikasi penyakit DM dan Hipertensi yang tidak terkontrol selama ini, pasien tidak mengetahui bahwa edema dan asites yang terjadi saat ini akibat fungsi ginjal yang rusak.
Selain itu pasien juga belum mematuhi pembatasan cairan, sehingga berdampak pada edema dan asites yang dialami pasien.
Adapun diagnosis keperawatan pada tinjauan teoritis yang

penulis tidak angkat dalam tinjauan kasus seperti :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Alasan penulis tidak mengangkat diagnose ini karena tidak ada data yang mendukung dimana pada Tn. Y tidak mengalami sesak napas.
 - b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis ketidakmampuan mencerna makanan. Alasan penulis tidak mengangkat diagnose ini karena pada Tn. Y tidak mengalami muntah, diare, penurunan berat badan 10%
 - c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Alasan penulis tidak mengangkat diagnose ini karena pasien tidak mengalami sesak saat maupun setelah melakukan aktifitas dan tidak terjadi peningkatan tekanan darah $> 20\%$ dari kondisi istirahat serta gambaran EKG tidak menunjukkan aritmia maupun iskemik.
3. Perencanaan keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan, penulis kemudian menetapkan perencanaan dalam mengatasi masalah yang disusun sesuai diagnosa keperawatan

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Intervensi yang penulis susun dalam mengatasi hipervolemia adalah manajemen hipervolemia. Menurut SIKI (2019) terdapat 18 intervensi akan tetapi penulis hanya mengambil 9 intervensi meliputi : observasi: periksa tanda dan gejala hipervolemia (dyspnea, edema), identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP), monitor intake dan output cairan, bayangan vena pada abdomen, terdengar hypertimpani. terapeutik : batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur $30 - 40^\circ$, edukasi: anjurkan melapor jika haluaran urin < 0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam. Ajarkan cara membatasi cairan , kolaborasi : kolaborasi pemberian diuretic.

- b. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis: penyakit kronis, pada rencana keperawatan (SIKI) manajemen energi. Intervensi yang dilakukan antara lain: observasi : monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas, terapeutik : lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, edukasi : anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
 - c. Deficit pengetahuan berhubungan dengan manajemen proses penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi , pada rencana keperawatan (SIKI) edukasi proses penyakit untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : observasi: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, terapeutik : sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan, jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, edukasi : jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit, jelaskan proses patofisiologis munculnya penyakit, jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit, jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi, informasi kondisi pasien saat ini.
4. Implementasi

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. Y, penulis memberikan tindakan keperawatan sesuai intervensi keperawatan yang telah di susun. Salah satu focus implementasi yaitu upaya pembatasan cairan dengan pemberian *slimber ice*. Pemberian terapi slimber ice bertujuan untuk membantu mengurangi rasa haus dan memberikan rasa dingin di mulut. Pemberian terapi *slimber ice* dilakukan pada hari kedua dimana pasien dan keluarga diberikan pendidikan kesehatan terlebih dahulu. Pemberian *slimber ice* dilakukan

agar mengurangi rasa haus dimana pasien harus membatasi asupan cairan karena beresiko mengalami kelebihan cairan

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang sudah dilakukan pada Tn. Y sejak tanggal 1-3 Mei 2024 merupakan tahap untuk melihat sejauh mana tujuan keperawatan tercapai atau tidak. Dari 3 diagnosa yang penulis angkat, satu diagnosa keperawatan telah teratasi.

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Hasil evaluasi: masalah ini belum teratasi karena masih terjadi edema tungkai kaki dan ascites.
- b. Kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis). Hasil evaluasi: masalah ini teratasi sebagian dengan alasan pasien sudah dapat melakukan kegiatan ringan misalnya ke toilet, rasa lelah berkurang.
- c. Defisit pengetahuan proses penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Hasil evaluasi: masalah teratasi dimana setelah diberikan edukasi proses penyakit, pasien telah mengetahui bahwa edema dan ascites adalah penyebab dari fungsi ginjal yang rusak, pasien telah mengetahui komplikasi CKD adalah hemodialisa dan pasien sudah menunjukkan perilaku sesuai anjuran: membatasi asupan cairan dengan menggunakan botol aqua 1500 ml

B. Pembahasan penerapan *Evidence Based Nursing*

1. Judul EBN

- a. *Slimber ice* efektif menurunkan rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di khorfakkan hospital uni emirate arab. Lestari et al (2022).
- b. Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien CKD (*Chronic Kidney Disease*) Dengan Intervensi Inovasi *Sipping Ice Cube Therapy* Terhadap Penurunan Rasa Haus Di Ruang Perawatan

Rsud. Prof. DR. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo. Syamsuddin et al (2023).

2. Diagnose keperawatan

Hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi Luaran yang diharapkan

- a. Edema cukup menurun
- b. Ascites cukup menurun
- c. Tekanan darah cukup membaik
- d. Tekanan arteri rata rata cukup membaik

3. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi hipervolemia dengan manajemen hipervolemia dapat dilakukan dengan *slimber ice*

4. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian tindakan

Slimber ice merupakan tindakan untuk mengurangi rasa haus serta untuk memuaskan dahaga karena dapat menawarkan kesegaran yang lebih besar dari pada hanya minum sedikit air mineral. Terapi *slimber ice* juga sangat efektif untuk digunakan dalam pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik dalam mencegah hypervolemia.

b. Tujuan/rasional EBN

Pemberian *slimber ice* yang dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik (*chronic kidney disease*) bertujuan untuk mengurangi rasa haus serta untuk memuaskan dahaga karena memberikan efek dingin di mulut dan kerongkongan. Terapi *slimber ice* dilakukan dengan cara menyeruput es batu sehingga akan menyebabkan osmoreseptor membawa sinyal ke hipotalamus bahwa cairan tubuh sudah terpenuhi dan umpan balik dari kondisi tersebut dapat mengurangi rasa haus.

c. PICOT (problem, intervensi, comparasi, outcome, and time)

TELAAH	JURNAL I	JURNAL II
<i>Problem</i>	<p>Dalam penelitian ini responden berjumlah 2 orang pasien yang dilakukan hemodialisa. Pada pasien 1 usia 53 tahun dengan keluhan sesak, perut ascites, kedua kaki dan tangan bengkak dan merasa haus.</p> <p>Pada pasien 2 usia 55 tahun dengan keluhan sesak, lemas, perut ascites, kaki dan tangan bengkak.</p>	<p>Responden dalam penelitian ini adalah sebanyak 6 orang pasien yang menjalani hemodialisa.</p>
<i>Intervention</i>	<p>Sebelum dilakukan intervensi slimber ice terlebih dahulu dilakukan wawancara, observasi dan pengukuran rasa instrument rasa haus dengan fisual analog scal kemudian kedua pasien diberikan es batu sebanyak 30 mldan di anjurkan untuk mengisap es batu selama 10 menit dalam satu sesi.</p>	<p>Intervensi dilakukan sebelum pasien melakukan hemodialisa, pasien sebelumnya di beritahukan mengenai teknik terapi mengulum es batu. Sebelum diberikan terapi terlebih dahulu dilakukan pengukuran menggunakan skala haus VAS setelah itu diberikan air 5 cc dalam bentuk es batu dan dianjurkan unruk mengelum selama 5 menit.</p> <p>Pengukuran yang kedua dilakukan setelah pasien melakukan hemodialisa.</p>
<i>Comparision</i>	<p>Dapat dilihat perbandingan dalam</p>	<p>Dari hasil penelitian ini, skor rasa haus</p>

	<p>penurunan intensitas dalam haus antara sebelum pemberian intervensi dan setelah pemberian <i>slimber ice</i> dengan menggunakan instrument Visual analog scale dimana kedua responden merasakan haus yang berat pada pasien I dengan skor pas 8 pada pasien ke II pada skor pas 7. Setelah dilakukan intervensi pada kedua responden merasakan haus yang ringan (skor 3 ringan) jadi ada penuruan skor rasa haus sebelum dan sesudah intervensi.</p>	<p>pada kasus pasien pertama VAS 7 (berat) setelah diberikan terapi menjadi 3(ringan), kasus pasien kedua VAS 8 (skala berat) setelah diberikan terapi menjadi 3(ringan), kasus ketiga VAS 5 (sedang) setelah diberikan terapi menjadi 2(ringan), kasus pasien keempat VAS 5 (sedang) setelah diberikan terapi menjadi 3(ringan), kasus pasien kelima VAS 9 (berat) Setelah diberikan terapi menjadi 3(ringan), kasus pasien keenam VAS 7 (Berat) setelah diberikan terapi menjadi 3(ringan) sehingga terapi inovasi “ sipping ice Cubes Therapy ” dapat menurunkan tingkat haus yang signifikan pada Pasien CKD (Chronic Kidney Disease) Hal ini menunjukkan bahwa es batu memiliki dampak terapeutik dalam memuaskan dahaga pasien hemodialisis dengan gagal ginjal kronis.</p>
<p><i>Outcome</i></p>	<p>Dari penelitian ini pemberian intervensi <i>slimber ice</i> sangat efektif</p>	<p>Dari penelitian yang dilakukan kepada 6 responden yang</p>

	dimana hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan yang signifikan dari penurunan rasa haus intensitas berat ke intensitas ringan pada kedua pasien setelah pemberian intervensi .	diberikan terapa inovasi <i>sipping ice cubes</i> terapi bahwa terjadi penurunan haus yang signifikan dimana rata-rata terjadi penurunan dari intensitas berat kesedang dan dari intensitas sedang ke ringan.
<i>Time</i>	selama 4 jam. 13 September 2020	3 kali dalam seminggu 26 September 2022 – 9 Januari 2023.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD (*Chronic Kidney Disease*), dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan diruangan perawatan Bernadeth I, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut ;

1. Hasil pengkajian dilakukan pada Tn. Y umur 69 tahun, dengan diagnosis medis *chronic kidney disease*, masuk ruang Bernadeth I RS Stella Maris pada tanggal 30 Mei 2024 jam 15:40 wita. Keluarga pasien mengatakan pasien lemas dirasakan sejak tanggal 23 April 2024 dan memberat 3 hari terakhir. Didapatkan hasil pengkajian : pasien masih lemas disertai pusing, pasien merasa cepat lelah dan kurang bertenaga untuk melakukan aktifitas ringan seperti makan maupun ke toilet. Pasien memiliki riwayat hipertensi 10 tahun lalu dan DM sejak 5 tahun lalu. Saat dilakukan pemeriksaan didapatkan pasien terbaring lemah dalam posisi semi fowler, pucat, conjungtiva anemis, edema pada tungkai kaki bawah dengan kedalaman 4 mm, edema palpebra, ascites, bayangan vena pada abdomen, perkusi abdomen tampak terdengar hipertimpani, CRT kembali dalam 3 detik. Hasil pemeriksaan tanda – tanda vital pasien: TD :99/85 mmhg, N: 96x/menit, S: 36.2 °C, p: 22x/menit, SPO2: 97%, tingkat kesadaran pasien compos mentis, GCS: M:6 V:5 E:4, hasil pemeriksaan kimia darah: ureum: 120,8 mg/dl, creatinin: 6.60 gr/dl, natrium: 116 mmol/L, kalium: 2.9 gd/dl,
2. Dari pengkajian yang didapatkan pada Tn.Y Oleh karena itu, diagnosis keperawatan yang penulis angkat yaitu :
 - a. hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan edema pada kedua tungkai kaki kanan

dan kiri, perut ascites, bayangan vena pada abdomen, perkusi terdengar hipertimpani, palpebra edema, albumin 500 mg, hasil USG ascites.

- b. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis (penyakit kronis) ditandai dengan pasien tampak lemas, pasien tampak kurang bertenaga saat melakukan aktifitas seperti makan dan ke toilet.
 - c. Defisit pengetahuan manajemen proses penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi di tandai dengan pasien tidak mengetahui bahwa kondisi saat ini akibat komplikasi penyakit DM dan Hipertensi yang tidak terkontrol selama ini, pasien tidak mengetahui bahwa edema dan asites yang terjadi saat ini akibat fungsi ginjal yang rusak.
3. Intervensi yang penulis susun untuk mengatasi masalah pada Tn.Y pada prinsipnya sama dengan tinjauan pustaka, meliputi : observasi terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Intervensi untuk masalah hIpervolemia adalah manajemen hIpervolemia dan manajemen energi untuk keletihan sedangkan intervensi untuk defisit pengetahuan adalah manajemen proses penyakit.
 4. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn.Y selama 3x24 jam. Pelaksanaan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. Untuk mengatasi masalah hIpervolemia, implementasi yang dilakukan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN) adalah *slimber ice*
 5. Evaluasi dari setiap diagnosis keperawatan setelah pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.Y adalah sebagai berikut :
 - a. HIpervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi belum teratasi, di tandai dengan ascites dan udem tungkai dengan kedalaman 3 mm.
 - b. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologi : penyakit kronis teratasi sebagian, di tandai dengan pasien

mengatakan rasa lelah dan pusing mulai berkurang, pasien mengatakan sudah mulai bertenaga saat beraktifitas.

- c. Defisit pengetahuan : manajemen proses penyakit teratasi, ditandai dengan pasien sudah dapat menjelaskan tentang terjadinya edema kedua tungkai dan palpebra.

B. Saran

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Bagi pihak Rumah sakit mempertahankan kualitas pelayanan kesehatan terhadap pasien CKD (*Chronic Kidney Disease*). Dengan menyediakan fasilitas yang mendukung tersedianya *ice cube* di ruangan.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Bagi profesi keperawatan diharapkan perawat dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien CKD (*Chronic Kidney Disease*) dalam hal pembatasan cairan untuk mencegah rasa haus dengan memberikan pendidikan kesehatan berupa pencegahan rasa haus dengan *slimber ice*, edukasi tentang kepatuhan minum obat dan diet rendah protein pada pasien CKD.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan mampu memanfaatkan referensi ini untuk memperoleh ilmu dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD (*Chronic Kidney Disease*)

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti YS, Utami TW. The Cognitive Behavioral Therapy Reduces Depression in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis. *Indones J Glob Heal Res*. 2021;3(1):109-118.
- Shintia C, Khadafi M. Tingkat Pengetahuan Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) terhadap Akses Hemodialisa dan Perawatan Akses Hemodialisa di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan. *J Ilm Simantek*. 2021;5(2):37-41.
- Hidayangsih PS, Tjandrarini DH, Widya Sukoco NE, Sitorus N, Dharmayanti I, Ahmadi F. Chronic kidney disease in Indonesia: evidence from a national health survey. *Osong Public Heal Res Perspect*. 2023;14(1):23-30. doi:10.24171/j.phrp.2022.0290
- Estiasih T, Ahmadi K, Dewanti Widyaningsih T, et al. The Effect of Unsaponifiable Fraction from Palm Fatty Acid Distillate on Lipid Profile of Hypercholesterolaemia Rats. *J Food Nutr Res*. 2014;2(12):1029-1036. doi:10.12691/jfnr-2-12-26
- Saranga JL, Sandi S, Wirmando W, et al. The Effectiveness of Slimber Ice Against Thirst Intensity In Hemodialysis Patients With Chronic Kidney Disease. *Media Keperawatan Indones*. 2023;6(1):33. doi:10.26714/mki.6.1.2023.33-38
- Rini AS, Suryandari D. Asuhan keperawatan pasien chronic kidney disease (CKD) dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman :ansietas. *Univ Kusuma Surakarta*. Published online 2019:1-7. <https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/20/>

Marni L, Asmaria M, Yessi H. Penatalaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Disease Di Ruang Mawar Aisyah Pariaman. 2020. Published online 2020:325-330. <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id>

Ariani A, Kunci-Penyakit K, Kronis G. Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronis menggunakan K-Nearest Neighbor. *Pros Annu Res Semin.* 2019;5(1):148-151. http://archive.ics.uci.edu/ml/datasets/Chronic_Kidney_Diseasa

Olena Doronina RN, Jones D, Martello M, Biron A, Lavoie-Tremblay M. A Systematic Review on the Effectiveness of Interventions to Improve Hand Hygiene Compliance of Nurses in the Hospital Setting. *J Nurs Scholarsh.* 2017;49(2):143-152. doi:10.1111/jnu.12274

Lilia IH, Supadmi W. Faktor Risiko Gagal Ginjal Kronik Pada Unit Hemodialisis Rumah Sakit Swasta di Yogyakarta. *Maj Farmasetika.* 2020;4(Supl 1):60-65. doi:10.24198/mfarmasetika.v4i0.25860

Ropyanto CB, . S, Kusumaningrum NSD, Hidayati W. Effects of Benson's Relaxation Technique on Nausea in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *KnE Life Sci.* 2019;2019:510-519. doi:10.18502/cls.v4i13.5283

Siregar SH. *Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan Jurusan Keperawatan Prodi D-Iv Tahun 2020 Siti Hasanah Siregar Jurusan Keperawatan Prodi D-Iv Siti Hasanah Siregar.*; 2020.

Risky Ratna Dila, Yuanita Panma. Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Gagal Ginjal Kronik RSUD Kota Bekasi. *Bul Kesehat Publ Ilm Bid Kesehat.* 2020;3(1):41-61.

doi:10.36971/keperawatan.v3i1.60

Wijonarko, jaya putra h. Penerapan proses keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik di ruang kenanga di rsud dr. H. Abdul moeloek provinsi lampung. *J Keperawatan Bunda Delima*. 2023;5(2):30-39. doi:10.59030/jkbd.v5i2.82

Indrayani UD, Utami KD. Deteksi Dini Penyakit Ginjal Kronis pada Pasien Hipertensi dan Diabetes Melitus di Puskesmas Srandol. *J ABDIMASKU J Pengabdian Masyarakat Kedokt*. 2022;1(1):34. doi:10.30659/abdimasku.1.1.34-38

Sinurat LRE, Barus D, Simamora M, Syapitri H. Self Management Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Unit Hemodialisa. *J Penelit Perawat Prof*. 2022;4(Februari):653-660. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>

Saranga JL, Sandi S, Wirmando W, et al. The Effectiveness of Slimber Ice Against Thirst Intensity In Hemodialysis Patients With Chronic Kidney Disease. *Media Keperawatan Indones*. 2023;6:33. doi:10.26714/mki.6.1.2023.33-38

LAMPIRAN 1**LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR**

Nama (NIM) : 1. Gita Triana Tandiayuk (NS2314901054)

2. Fransiska Imelda Duo Poa (NS2314901055)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan keperawatan pada pasien dengan *chronic kidney disease* (CKD) di ruang Bernadeth I RS Stella Maris Makassar.

Pembimbing I :

Pembimbing II :

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok pembahasan	: Pemberian <i>slimber ice cube</i>
Sub pokok pembahasan	: Pemberian <i>slimber ice cube</i> pada pasien
Sasaran	: Pasien CKD
Tempat	: Ruang Bernadeth I
Waktu	: Disesuaikan
Penyuluh	: Fransiska Imelda Dua Poa dan Gita Triana

A. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit, sasaran mampu memahami tentang cara pemberian *slimber ice cube* dalam mengatasi rasa haus untuk mencegah hipervolemia.

B. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit diharapkan sasaran dapat

1. Menjelaskan pengertian pemberian *slimber ice cube* untuk mengurangi rasa haus dalam mencegah hipervolemia.
2. Menyebutkan manfaat pemberian *slimber ice cube* dalam mengurangi rasa haus.

C. Materi (terlmapir)

1. Pengertian pemberian *slimber ice cube* dalam mengatasi rasa haus
2. Tujuan pemberian *slimber ice cube* dalam mengurangi rasa haus
3. Langkah – langkah pemberian *slimber ice cube*

D. Metode

Ceramah dan Tanya Jawab

E. Alat dan Media

Leaflet

F. Kegiatan Belajar Mengajar

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	5 ment	Pembukaan : - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan dari penyuluhan - Melakukan kontrak waktu - Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	- Menyambut salam - Mendengarkan - Mendengarkan - Mendengarkan
2.	10 menit	Pelaksanaan - Menjelaskan tentang pengertian <i>slimber ice cube</i> - Menjelaskan tujuan pemberian <i>slimber ice cube</i> - Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya - Menjelaskan langkah-langkah dalam pemberian <i>slimber ice cube</i> - memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya pasien untuk bertanya	- Mendengarkan dan memperhatikan - Mendengarkan dan memperhatikan - Bertanya dan menjawab pertanyaan yang dilakukan - Mendengarkan dan memperhatikan - Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan
3.	5 menit	penutup dan evaluasi :	- Bertanya dan menjawab

		<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan kepada pasien tentang materi yang diberikan dan <i>reinforcement</i> bila dapat menjawab pertanyaan dan menjelaskan kembali materi <p>Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengucapkan terima kasih kepada pasien dan keluarga - Mengucapkan salam 	<ul style="list-style-type: none"> - pertanyaan yang diberikan - Menjawab dan menjelaskan pertanyaan - Mendengarkan dan membalas salam
--	--	---	---

G. Pemberian *Slimber Ice Cube* untuk mengurangi rasa haus dalam mencegah hipervolemia

1. Pengertian

Pengertian *slimber ice cube* adalah suatu cara mengkonsumsi es batu dengan cara menghisap selama waktu yang ditentukan terkhusus pada pasien yang membatasi asupan cairan.

2. Tujuan

- a. Untuk memberikan kesegaran pada tenggorokan sehingga rasa haus berkurang.
- b. Bertujuan untuk mencegah hipervolemia pada pasien yang membatasi asupan cairan.

3. Langkah – langkah

No.	SOP	Rasional
1	Memberikan salam terapeutik	Membina hubungan saling percaya
2	Menjaga privasi pasien	Menghargai pasien

3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan	Agar pasien memahami tentang prosedur yang akan dilakukan
4	Menganjurkan mencuci tangan	Meminimalkan transfer mikroorganisme
5	Mengatur posisi pasien senyaman mungkin	Agar pasien merasa nyaman
6	Memberikan pasien <i>ice cube</i> 5 ml dan mempersilahkan pasien menghisap <i>ice cube</i> selama 5 menit	
7	Evaluasi hasil kegiatan	Mengetahui perasaan klien
8	Akhiri kegiatan dengan baik	Untuk membina hubungan saling percaya
9	Mendokumentasikan	



Pengertian

Pengertian slimber ice cube adalah suatu cara mengkonsumsi es batu dengan cara menghisap selama waktu yang ditentukan terkhusus pada pasien yang membatasi asupan cairan.

SLIMBER ICE CUBE



Disusun oleh:

Fransiska imelda S.Kep

Gita Triana S.Kep

PROFESI NERS

- Mengatur posisi pasien senyaman mungkin memberikan posisi, ice cube dan
- Mempersilakan ice cube untuk menghisap ice cube selama 5 menit
- evaluasi hasil kegiatan
- akhiri kegiatan dengan baik
- mendokumentasikan

Langkah langkah

- memberikan salam terapeutik
- menjaga privasi pasien
- menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
- Menganjurkan mencuci tangan

Lampiran 2**RIWAYAT HIDUP**

Nama : Gita Triana Tandiyuk
 Tempat/tanggal lahir : Palopo, juli 2001
 Jenis kelamin : Perempuan
 Agama : Katolik
 Alamat : Jl. Daeng Matoa Perumahan De' Matoa B6

Pendidikan yang ditempuh :

- TK Darma Wanita Bonepute
- SD Negeri 2 Bonepute
- SMP Negeri 1 Larompong Selatan
- SMA Frater Makassar
- STIK Stella Maris Makassar

Nama Ibu	: Dina Lamba Pandin	Nama Ayah	: Benyamin Tandiallo
Agama	: Katolik	Agama	: katolik
Pekerjaan	: Pegawai Negeri	Pekerjaan	: Pensiunan
Alamat	: Batulappa, Larompong selatan	Alamat	: Batulappa, Larompong selatan



Nama : Fransiska Imelda Dua Poa
 Tempat/tanggal lahir : Maros, 08 Maret 1987
 Jenis kelamin : Perempuan
 Agama : Katolik
 Alamat : Jl. Damai Ongkoe, Mandai

Pendidikan yang ditempuh :

- SD Inpres Bontoa
- SLTP Disamakan Angkasa
- SPK TK II Plamonia
- Diploma III Keperawatan
- S1 keperawatan

Nama Ibu	: Margaretha Dua Huler	Nama Ayah	: Alm. Rusdianus Mona
Agama	: Katolik	Djawa	
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	Agama	: katolik
Alamat	: Jl. Damai Ongkoe,	Pekerjaan	: Purnawira POLRI
Mandai		Alamat	: Jl. Damai Ongkoe,
		Mandai	