



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL  
GINJAL KRONIK DI RUANG ICU RUMAH  
SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

**OLEH:**

**MEIDYAWATI (NS2214901108)**

**NIMSIANI TANDUNGAN (NS2214901120)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2023**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL  
GINJAL KRONIK DI RUANG ICU RUMAH  
SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

**OLEH:**

**MEIDYAWATI (NS2214901108)**

**NIMSIANI TANDUNGAN (NS2214901120)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2023**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

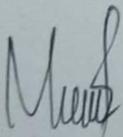
1. MEIDYAWATI (NS2214901108)
2. NIMSIANI TANDUNGAN (NS2214901120)

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

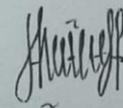
Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 14 Juni 2023

yang menyatakan,



Meidyawati



Nimsiani Tandungan

**HALAMAN PERSETUJUAN**  
**KARYA ILMIAH AKHIR**

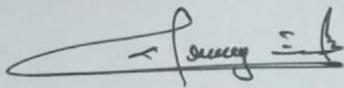
Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gagal Ginja Kronik di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk di uji dan di pertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. MEIDYAWATI (NS2214201108)  
2. NIMSIANI TANDUNGAN (NS2214901120)

**Disetujui oleh**

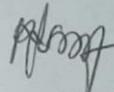
Pembimbing 1



(Mery Solon, Ns., M.Kes)

NIDN:0910057502

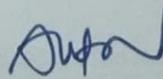
Pembimbing 2



(Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes)

NIDN:0925117501

**Menyetujui,**  
**Wakil Ketua Bidang Akademik**  
**STIK Stella Maris Makassar**



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

NIDN: 0913098201

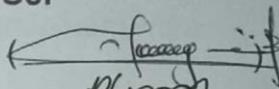
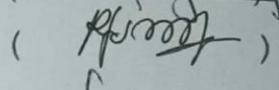
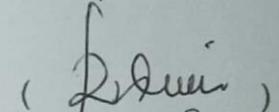
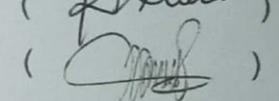
## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

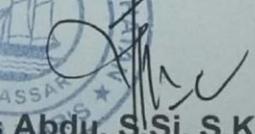
Nama : 1. MEIDYAWATI (NIM: NS2214901108)  
2. NIMSIANI TANDUNGAN (NIM: NS2214901120)  
Program studi : Profesi Ners  
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji.

### DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	: Mery Solon, Ns., M.Kes	(  )
Pembimbing 2	: Rosmina Situngkir, SKM., Ns. M.Kes	(  )
Penguji 1	: Rosdewi, S.Kp., MSN	(  )
Penguji 2	: Serlina Sandi, Ns., M.Kep	(  )

Di tetapkan di : Makassar  
Tanggal : 14 Juni 2023

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 : Meidyawati (NS2214201108)

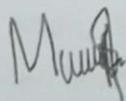
Nimsiani Tandungan (NS2214901120)

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.

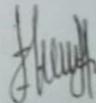
Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 14 Juni 2023

Yang menyatakan



Meidyawati



Nimsiani Tandungan

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul: “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANGAN ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”.

Penulisan karya ilmiah akhir ini di maksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini penulis menyadari bahwa penulis banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya ilmiah akhir ini masih banyak kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dan yang dapat membantu penulis untuk menyempurnakan karya ilmiah akhir ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis secara khusus mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis saat penyusunan karya ilmiah akhir ini.
3. Rosdewi, S.Kp., MSN selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana Dan Prasarana STIK Stella Maris. selaku dosen penguji I dan Serlina Sandi, Ns.,M.Kep selaku penguji II, yang telah

memberikan arahan, masukan, pengawasan, dan saran bagi penulis untuk kesempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini.

4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni Dan Inovasi STIK Stella Maris.
5. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris, selaku pembimbing I, dan Ibu Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing II, yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh Staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
7. Teristimewa kedua orang tua, suami tercinta dari (Meidyawati), serta keluarga, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
8. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari (Nimsiani Tandung), serta, suami, keluarga, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
9. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Sukses buat kita semua.

Akhir kata, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien.

Makassar, 14 Juni 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>Halaman Daftar Gambar</b> .....	<b>xi</b>
<b>Halaman Daftar Lampiran</b> .....	<b>xii</b>
<b>Halaman Daftar Tabel</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
Latar Belakang .....	1
Tujuan Penulisan .....	3
Tujuan Umum .....	3
Tujuan Khusus .....	3
Manfaat Penulisan .....	3
Bagi Rumah Sakit .....	3
Bagi Profesi Keperawatan .....	4
Bagi Institusi Pendidikan .....	4
Metode Penulisan .....	4
Sistematika Penulisan .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
Konsep Dasar .....	6
Pengertian .....	6
Anatomi dan Fisiologi .....	7
Etiologi .....	10
Patofisiologi .....	12
Klasifikasi .....	14
Manifestasi Klinik .....	15
Penatalaksanaan Medis.....	16
Pemeriksaan Diagnostik .....	16
Komplikasi .....	17
Konsep Dasar Keperawatan .....	21
Pengkajian Keperawatan .....	21
Diagnosis Keperawatan .....	23

Intervensi Keperawatan .....	24
Perencanaan Pulang (Discharge Planning) .....	29
<b>BAB III PENGAMATAN KASUS</b>	
Pengamatan Kasus .....	36
Pengkajian. ....	37
Diagnosis Keperawatan .....	64
Perencanaan Keperawatan .....	65
Implentasi Keperawatan .....	75
Evaluasi Keperawatan .....	82
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS</b>	
Pembahasan Asuhan Keperawatan .....	95
Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> .....	103
<b>BAB V KESIMPULAN</b>	
Simpulan .....	112
Saran .....	113
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi ginjal .....	6
----------------------------------	---

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran1 : Daftar Riwayat Hidup .....	115
Lampiran2 : Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Ilmiah Akhir .....	117

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik .....	14
Tabel 3. 1 Tabel Pengkajian Primer .....	37
Tabel 3. 2 Tabel Pemeriksaan Laboratorium .....	58
Tabel 3. 3 Tabel Pemeriksaan Laboratorium .....	59
Table 3. 4 Tabel Analisa Data .....	61
Tabel 3. 5 Tabel Diagnosis Keperawatan .....	64
Tabel 3. 6 Tabel Intervensi Keperawatan .....	65
Tabel 3. 7 Tabel Implentasi Keperawatan .....	75
Tabel 3. 8 Tabel Evaluasi Keperawatan .....	82
Tabel 4. 1 Tabel PICOT 1 .....	104
Tabel 4.2 Tabel PICOT 2 .....	10

## BAB I PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia, karena tanpa tubuh yang sehat manusia tidak dapat beraktivitas dengan baik. Pola makan dan kebiasaan – kebiasaan buruk dapat memicu berbagai macam penyakit, salah satunya penyakit gagal ginjal kronik. Gagal ginjal kronik (GGK) adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme, gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum dan kreatinin (Nasution & Musyabiq, 2018).

World Health Organization (WHO) memperkirakan setiap 1 juta jiwa terdapat 23-30 orang yang mengalami GGK per tahun. Kasus GGK didunia meningkat per tahun lebih 50%. *National Kidney Foundation* (2010), mengatakan penyakit GGK menduduki peringkat ke 27 dalam daftar penyebab kematian, namun naik menjadi urutan ke 18 ditahun 2010. Menurut data dunia WHO (2010), menyebutkan bahwa penderita GGK yang membutuhkan *Renal Replacementtherapy* (RRT) diperkirakan lebih dari 1,4 juta pasien, dengan insiden sebesar 8% dan terus bertambah setiap tahunnya.

Berdasarkan *Indonesian Renal Registry* (IRR) pada tahun 2015 menunjukkan bahwa di Indonesia, jumlah pasien GGK yang mendaftar ke unit HD terus meningkat 10% setiap tahunnya. Prevalensi GGK diperkirakan mencapai 400 per 1 juta penduduk dan prevalence pasien GGK yang menjalani HD mencapai 15.424 pada tahun 2015 (IRR, 2015). Berdasarkan IRR tahun 2016, sebanyak 98% penderita GGK menjalani terapi HD dan 2% menjalani terapi Peritoneal Dialisis. Berdasarkan data IRR tahun 2017 pasien GGK yang menjalani HD meningkat menjadi 77.892 pasien (*Annual Report of Indonesian Renal Registry*, 2017).

Upaya yang dilakukan perawat dalam meningkatkan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani hemodialisis yaitu dengan memberikan pemahaman dan

edukasi tentang ketaatan menjalani hemodialisis dan ketaatan dalam pembatasan cairan harian untuk menghindari overhidrasi yang menjadi penyebab dari asietas yang mengakibatkan pasien sesak nafas, pasien perlu diberikan perawatan yang intensif di ruang ICU sampai kondisi pasien stabil.

Pembatasan cairan yang perlu dijalani pasien sering kali menimbulkan dilema karena adanya efek samping seperti bibir kering dan rasa haus yang menyebabkan terjadinya ketidakpatuhan akan pembatasan cairan yang dijalani.

Penelitian yang dilakukan oleh (Annisa,2020) tentang pemberian terapi *ice cube's* memiliki pengaruh terhadap penurunan rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik. Terapi *ice cube's* merupakan salah satu cara untuk mengurangi rasa haus dan meminimalisir terjadinya peningkatan berat badan dengan terapi *ice cube's* untuk membantu untuk mengurangi rasa haus dan menyegarkan tenggorokan pasien yang menghisap slimber ice dapat menurunkan intensitas rasa haus menjadi haus ringan atau bahkan tidak merasa haus serta dapat meminimalkan resiko kelebihan cairan. Peranan perawat dalam tindakan keperawatan yang dilakukan dalam pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik, dapat dilakukan perawat dengan baik di ruangan. Sehingga pasien tidak mengalami kelebihan cairan. Berdasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit Stella Maris, jumlah penderita penyakit gagal ginjal kronik di tahun 2022 berjumlah 165 orang.

Berdasarkan uraian di atas penulis untuk mengambil "Asuhan keperawatan dengan gangguan system perkemihan "Gagal Ginjal Kronik" di ruangan perawatan ICU, di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Memperoleh pengalaman nyata dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) / gagal ginjal kronik di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik (GGK) / gagal ginjal kronik di ruang ICU Rumah Sakit Sella Maris Makassar.

- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) / gagal ginjal kronik di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) / gagal ginjal kronik di ruang ICU 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 ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) / gagal ginjal kronik di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar

### **C. Manfaat Penulisan**

#### 1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai pedoman atau acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat khususnya mereka yang menderita penyakit Gagal Ginjal Kronik.

#### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai acuan dalam meningkatkan kinerja profesi keperawatan dalam mengatasi masalah keperawatan pola keseimbangan cairan yang mengalami Gagal Ginjal Kronik, baik dalam hal pencegahan maupun menanggulangi masalah keperawatan yang telah terjadi.

#### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Merupakan salah satu masukan untuk sumber informasi/bacaan serta acuan di bagian sekolah tinggi ilmu kesehatan tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik.

### **D. Metode Penulisan**

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah

#### 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 dengan melakukan pengamatan langsung meliputi pengkajian keperawatan, penyusunan diagnose keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, mengimplentasikan tindakan keperawatan yang telah di rencanakan serta mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di ruang ICU RS Stella Maris Makassar. Data-data pendukung lainnya di dapatkan dengan hasil wawancara langsung dengan keluarga pasien dan diskusi dengan perawat yang bertugas di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

## E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Ilmiah tentang Gagal Ginjal Kronik ini dimulai dengan Bab I pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada Bab II Tinjauan pustaka berisi definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, patoflow diagram, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis, komplikasi. Selain itu, ada juga konsep 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 Medis

##### 1. Pengertian

Gagal ginjal kronik atau Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan *irefersibel* dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolisme, cairan dan elektrolit sehingga mengakibatkan uremia (Smeltzer, & Bare, 2016).

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah penyakit ginjal yang progresif dan tidak dapat kembali sembuh secara total seperti sedia kala (ireversibel) dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) <60 ml/menit dalam waktu 3 bulan atau lebih, sehingga kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, yang menyebabkan eremia (Djarwoto, 2018)

Mulyanti (2019) mengatakan Gagal Ginjal Kronis adalah kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan azotemia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah).

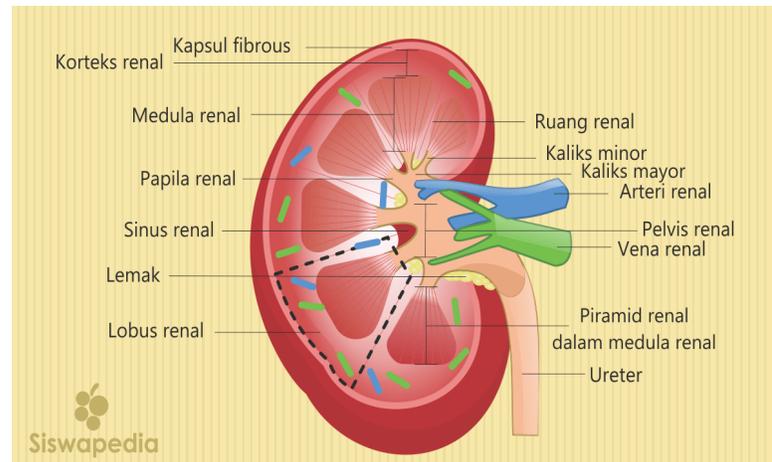
Berdasarkan beberapa pengertian diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa gagal ginjal kronik adalah suatu kejadian dimana ginjal sudah mengalami kerusakan atau kemampuan ginjal sudah menurun dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan eletrolit dalam darah.

##### 2. Anatomi dan Fisiologi

###### a. Anatomi Ginjal

Ginjal adalah dua buah organ berbentuk menyerupai kacang merah yang berada di kedua sisi tubuh bagian belakang atas, tepatnya dibawah tulang rusuk manusia. Ginjal sering disebut buah pinggang.

Bentuknya seperti kacang dan letaknya di sebelah belakang rongga perut, kanan kiri dari tulang punggung. Ginjal kiri letaknya lebih tinggi dari ginjal kanan, berwarna merah keunguan. Setiap ginjal panjangnya 12-13 cm dan tebalnya 1,5-2,5 cm. Pada orang dewasa beratnya kira-kira 140 gram. Pembuluh-pembuluh ginjal semuanya masuk dan keluar pada hilus (sisi dalam). Di atas setiap ginjal menjulang sebuah kelenjar suprarenalis (Irianto., 2017)



Gambar 2.1 Anatomi Ginjal (Irianto., 2017)

Struktur ginjal dilengkapi selaput membungkusnya dan membentuk pembungkus yang halus. Di dalamnya terdapat struktur-struktur ginjal. Terdiri 7 atas bagian korteks dari sebelah luar dan bagian medula di sebelah dalam. Bagian medula ini tersusun atas 15 sampai 16 massa berbentuk piramida yang disebut piramis ginjal. Puncak-puncaknya langsung mengarah ke hilus dan berakhir di kalises. Kalises ini menghubungkannya dengan pelvis ginjal (Irianto., 2017).

Ginjal dibungkus oleh jaringan fibrous tipis dan mengkilat yang disebut kapsula fibrosa (true capsule) ginjal melekat pada parenkim ginjal. Di luar kapsul fibrosa terdapat jaringan lemak yang bagian luarnya dibatasi oleh fasia gerota. Diantara kapsula fibrosa ginjal dengan kapsul gerota terdapat rongga perirenal. Di sebelah kranial ginjal terdapat kelenjar anak ginjal atau glandula adrenal atau disebut juga kelenjar suprarenal

yang berwarna kuning. Di sebelah posterior, ginjal dilindungi oleh berbagai otot punggung yang tebal serta tulang rusuk ke XI dan XII, sedangkan disebelah anterior dilindungi oleh organ intraperitoneal. Ginjal kanan dikelilingi oleh hati, kolon, dan duodenum, sedangkan ginjal kiri dikelilingi oleh limpa, lambung, pankreas, jejunum, dan kolon (Basuki, 2016).

#### b. Fisiologi Ginjal

Mekanisme utama nefron adalah untuk membersihkan atau menjernihkan plasma darah dari zat-zat yang tidak dikehendaki tubuh melalui penyaringan/difiltrasi di glomerulus dan zat-zat yang dikehendaki tubuh direabsorpsi di tubulus. Sedangkan mekanisme kedua nefron adalah dengan sekresi (prostaglandin oleh sel dinding duktus koligentes dan prostasiklin oleh arteriol dan glomerulus).

Adapun fungsi ginjal yaitu mengatur volume air (cairan) dalam tubuh. Kelebihan air dalam tubuh akan diekskresikan oleh ginjal sebagai urin yang encer dalam jumlah besar. Kekurangan air (kelebihan keringat) menyebabkan urin yang diekskresikan jumlahnya berkurang dan konsentrasinya lebih pekat sehingga susunan dan volume cairan tubuh dapat dipertahankan relatif normal. Fungsi kedua yaitu mengatur keseimbangan osmotik dan keseimbangan ion. Fungsi ini terjadi dalam plasma bila terdapat pemasukan dan pengeluaran yang abnormal dari ion-ion. Akibat pemasukan garam yang berlebihan atau penyakit perdarahan, diare, dan muntah-muntah, ginjal akan meningkatkan ekskresi ion-ion yang penting misalnya Na, K, Cl, Ca, dan fosfat. Fungsi ketiga yaitu mengatur keseimbangan asam basa cairan tubuh. Tergantung pada apa yang dimakan, campuran makan (mixed diet) akan menghasilkan urin yang bersifat agak asam, pH kurang dari enam. Hal ini disebabkan oleh hasil akhir metabolisme protein. Apabila banyak makan sayur-sayuran, urin akan bersifat basa, pH urin bervariasi antara 4,8 sampai 8,2. Ginjal mengekskresikan urin sesuai dengan perubahan pH darah. Fungsi keempat yaitu Ekskresi sisa-sisa hasil metabolisme (ureum, kreatinin, dan asam urat) Nitrogen

nonprotein meliputi urea, kreatinin, dan asam urat. Nitrogen dan urea dalam darah merupakan hasil metabolisme protein. Jumlah ureum yang difiltrasi tergantung pada asupan protein. Kreatinin merupakan hasil akhir metabolisme otot yang dilepaskan dari otot dengan kecepatan yang hampir konstan dan diekskresi dalam urin dengan kecepatan yang sama. Peningkatan kadar ureum dan kreatinin yang meningkat disebut azotemia (zat nitrogen 9 dalam darah). Sekitar 75% asam urat diekskresikan oleh ginjal, sehingga jika terjadi peningkatan konsentrasi asam urat serum akan membentuk kristalkristal penyumbat pada ginjal yang dapat menyebabkan gagal ginjal akut atau kronik.

### 3. Etiologi

Beberapa penyakit dapat menjadi dasar kelainan terjadinya gagal ginjal kronis, antara lain penyakit ginjal akibat diabetes (diabetic kidney disease), penyakit ginjal polistik (cystic kidney disease), dan penyakit tubulointerstitial terganggu (tubulointerstitial disease). Faktor risiko terjadinya gagal ginjal kronis adalah riwayat keluarga dengan penyakit ginjal, hipertensi, diabetes, penyakit autoimun, usia lanjut, stadium akhir, *acute kidney disease*, dan kerusakan struktur ginjal baik ada Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang normal atau meningkat (Melinah Hidayat, 2018).

Faktor risiko yang dapat mempengaruhi kejadian gagal ginjal kronis adalah usia. Penelitian Tandi (2014) menunjukkan bahwa usia yang berisiko untuk penyakit gagal ginjal adalah lebih dari 55 tahun. Hal ini dikarenakan pada usia tersebut arteri kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku. Darah pada setiap denyut jantung dipaksa melalui pembuluh darah yang sempit dan menyebabkan peningkatan tekanan darah. Apabila hal tersebut berlangsung lama dapat menyebabkan sklerosis pada pembuluh darah ginjal sehingga pembuluh darah mengalami vasokonstriksi dan obstruksi, yang mengakibatkan rusaknya glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga nefron ginjal mengalami kerusakan dan terjadi gagal ginjal.

Laki-laki mempunyai risiko lebih besar mengalami GJK. Data GJK di Indonesia (IRR) dan di Australia menunjukkan bahwa risiko GJK pada laki-laki lebih besar dibandingkan dengan wanita. Jumlah pasien laki-laki setiap

tahun lebih besar dibanding perempuan. Hal ini disebabkan karena pengaruh gaya pola hidup terbiasa dengan merokok, karena pada rokok terdapat zat nikotin yang dapat menyebabkan masalah dalam tubuh pengurangan zat antioksidan sehingga terjadi peningkatan produksi LDL atau seringkali disebut kolesterol jahat karena dapat menempel di dinding pembuluh darah dan mempersempit rongga pembuluh darah, menyebabkan arterosklerosis terjadi penurunan fungsi ginjal.

Dari data yang dikumpulkan oleh *Indonesian Renal Registry* (IRR) pada tahun 2007-2008 didapatkan urutan etiologi terbanyak gagal ginjal kronis adalah glomerulonefritis (25%), diabetes mellitus (23%), hipertensi (20%), dan ginjal polikistik (10%) (Adriani, 2017).

- a. Glomerulonefritis adalah inflamasi nefron, terutama pada glomerulus sering kali terjadi akibat respon imun terhadap toksin bakteri tertentu (kelompok streptokokus beta A) infeksi streptokokus mengakibatkan peningkatan kekebalan tubuh yang berlebihan, sehingga terjadi peradangan ginjal yang membuat penurunan fungsi ginjal dan mengakibatkan penyakit gagal ginjal.
- b. Diabetes mellitus (DM) merupakan faktor risiko terjadinya gangguan fungsi ginjal. Hal ini dikarenakan kadar gula dalam darah yang tinggi atau lebih sering disebut diabetes militus(DM) maka akan menyebabkan ginjal bekerja terlalu keras. Ginjal akan menyerap darah dalam jumlah yang lebu tinggi sehingga menyebabkan pembuluh darah yang bertugas menyaring darah bisa bekerja terlalu banyak, setelah beberapa lama ginjal tidak mampu menyaring semua bagian limbah dari darah dan menyebabkan kebocoran. Akibatnya maka urin mengandung protein, yang seharusnya tinggi dalam tubuh. Ginjal akan kehilangan fungsinya dengan ditandai penemuan protein tinggi dalam urin.
- c. Hipertensi merupakan faktor dominan penyebab penyakit ginjal kronik Hipertensi adalah tekanan darah sistolik  $> 140$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $> 90$  mmHg, pembuluh darah akan mengalami vasokonstriksi dan terjadi obstruksi pada pembuluh darah (Hall, 2018).

Obstruksi yang terjadi pada arteri dan arteriol ini akan menyebabkan kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga nefron mengalami kerusakan, yang menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronik. Kemudian secara perlahan ginjal mengalami penurunan fungsi dan menyebabkan banyak cairan limbah yang menumpuk pada ginjal.

- d. Ginjal polikistik, pada keadaan ini dapat ditemukan kista-kista yang tersebar di kedua ginjal, baik di korteks maupun di medula. Selain oleh karena kelainan genetik, kista dapat disebabkan oleh berbagai keadaan atau penyakit. Jadi ginjal polikistik merupakan kelainan genetik yang paling sering didapatkan sehingga terjadi penurunan GFR gangguan fungsi ginjal terjadi berlangsung lama (kronis) yang menyebabkan kerusakan ginjal.

### **3. Patofisiologi**

Menurut Bayhakki (2016), patogenesis gagal ginjal kronik melibatkan penurunan dan kerusakan nefron yang diikuti kehilangan fungsi ginjal yang progresif. Total laju filtrasi glomerulus (LFG) menurun dan klirens menurun, BUN dan kreatinin meningkat. Nefron yang masih tersisa mengalami hipertrofi akibat usaha menyaring jumlah cairan yang lebih banyak. Akibatnya, ginjal kehilangan kemampuan memekatkan urine. Tahapan untuk melanjutkan ekskresi, sejumlah besar urine dikeluarkan, yang menyebabkan klien mengalami kekurangan cairan. Tubulus secara bertahap kehilangan kemampuan menyerap elektrolit. Biasanya, urine yang dibuang mengandung banyak sodium sehingga terjadi poliuri.

Pada gagal ginjal kronik, fungsi ginjal menurun secara drastis yang berasal dari nefron. Insufisiensi dari ginjal tersebut sekitar 20% sampai 50% dalam hal GFR 18 (Glomerular Filtration Rate). Pada penurunan fungsi rata-rata 50% , biasanya muncul tanda dan gejala azotemia sedang, poliuri, nokturia, hipertensi dan sesekali terjadi anemia. Selain itu, selama terjadi kegagalan fungsi ginjal maka keseimbangan cairan dan elektrolit pun terganggu. Pada hakikatnya tanda dan gejala gagal ginjal kronis hampir sama dengan gagal ginjal akut, namun awitan waktunya saja yang membedakan. Perjalanan dari gagal ginjal kronis membawa dampak yang

sistemik terhadap seluruh sistem tubuh dan sering mengakibatkan komplikasi.

Pada kondisi terjadinya GJK ginjal akan melakukan adaptasi dengan meningkatkan GFR pada nefron normal yang tersisa dengan proses yang disebut adaptasi hiperfiltrasi. Akibatnya pasien GJK stadium ringan akan memiliki nilai 14 konsentrasi serum kreatinin normal atau mendekati normal. Pada GJK stadium ringan hingga sedang terjadi mekanisme homeostatis pada tubulus ginjal sehingga konsentrasi natrium, kalium, kalsium, fosfor, serta cairan tubuh dalam nilai normal. Aktifitas tersebut akan menyebabkan kerusakan jangka panjang pada glomeruli nefron yang tersisa yang menyebabkan terjadinya insufisiensi ginjal secara progressif dan terjadinya proteinuria (Jayaraman & Vort, 2010). Pada stadium paling dini dari GJK terjadi kehilangan daya cadang ginjal. Kemudian secara perlahan akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progressif ditandai dengan adanya peningkatan kadar urea dan kreatinin. Pada saat GFR 60% pasien masih belum merasakan keluhan (asimptomatik), tapi terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum.

Pada GFR sebesar 30%, pasien sudah memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritis, mual, muntah, dan lainnya pasien juga rentan terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran napas, maupun infeksi saluran cerna. Pada stadium ini juga terjadi gangguan keseimbangan air seperti hipovolemia atau hipervolemia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada GFR dibawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius, dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal (Suwitra, 2016).

#### **4. Klasifikasi**

Klasifikasi gagal ginjal kronik di bagi atas 5 tingkatan stadium yang dapat di lihat pada table berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik (Price, Sylvia Anderson, 2021).

Stadium	Laju Filtrasi Glomerulus	Deskripsi & Manifestasi
Stadium 1	>90 ml/menit/1,73m <sup>2</sup>	Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat. Asimtomatik, BUN serta kreatinin normal.
Stadium 2	60-89 ml/menit/1,73m <sup>2</sup>	Penurunan ringan GFR. Asimtomatik, kemungkinan hipertensi : biasanya pemeriksaan darah dalam batas yang normal.
Stadium 3	30-59 ml/menit/1,73m <sup>2</sup>	Penurunan sedang GFR. Hipertensi, kemungkinan anemia dan keletihan, anoreksia, kemungkinan malnutrisi, nyeri tulang, BUN dengan kenaikan ringan serta kreatinin serum.
Stadium 4	15-29 ml/menit/1,73m <sup>2</sup>	Penurunan berat GFR. Malnutrisi, anemia, hipertensi, perubahan metabolisme tulang, edema, asidosis metabolik, hiperkalsemia, kemungkinan uremia, azotemia dengan peningkatan BUN serta kadar kreatinin serum.
Stadium 5	<15 ml/menit/1,73m <sup>2</sup>	Penyakit ginjal stadium akhir. Gagal ginjal dengan azotemia dan uremia nyata.

Rumus untuk menghitung laju filtrasi glomerulus :

Klirens Kreatinin =  $\frac{\text{urin kreatinin (mg/dl)} \times \text{volume urine (ml/24jam)}}{\text{Serum kreatinin (mg/dl)} \times 1,440}$

Normal (20-50 tahun)

Laki-laki : 97-137 ml/men/1,73 m<sup>2</sup> atau 0,93-1,32 ml/ see/ m<sup>2</sup> zu

Wanita : 88-128 ml/men/1,73 m<sup>2</sup> atau 0,85-1,23 mel/see/m<sup>2</sup> zu

## 5. Manifestasi Klinik

Pada gagal ginjal kronik, fungsi ginjal menurun secara drastis yang berasal dari nefron. Insufisiensi dari ginjal tersebut sekitar 20% sampai 50% dalam hal GFR 18 (Glomerular Filtration Rate). Pada penurunan fungsi rata-rata 50% , biasanya muncul tanda dan gejala azotemia sedang, poliuri, nokturia, hipertensi dan sesekali terjadi anemia, keparahan tanda dan gejala tergantung pada bagian dan tingkat kerusakan ginjal dan kondisi lain yang mendasar. Selain itu, selama terjadi kegagalan fungsi ginjal maka keseimbangan cairan dan elektrolit pun terganggu. Pada hakikatnya tanda dan gejala gagal ginjal kronis hampir sama dengan gagal ginjal akut, namun awitan waktunya saja yang membedakan.

## 6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan GGK menurut Widayati (2017) dilakukan sebagai berikut :

### a. Konservatif

- 1) Dilakukan pemeriksaan lab darah dan urin
- 2) Observasi balance cairan
- 3) Observasi adanya odema batasi cairan yang masuk

### b. Dialysis

- 1) *Peritoneal dialysis*, biasanya dilakukan pada kasus - kasus emergency. Sedangkan dialyisis yang bisa dilakukan dimana saja yang tidak bersifat akut adalah CAPD (*Continues Ambulatori Peritonal Dialysis*).
- 2) Hemodialisis, Hemodialisis yaitu dialisis yang dilakukan melalui tindakan infasif di vena dengan menggunakan mesin.
- 3) Operasi yang dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik berupa Pengambilan batu atau Transplantasi ginjal.

## 7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada sistem ginjal menurut Priscillia dan Lemone (2016) yaitu :

a. Hemoglobin

Pemeriksaan darah ini digunakan untuk memeriksa kadar protein yang ada di dalam sel darah merah. Nilai normalnya : untuk pria 14-18 g/dl, dan untuk perempuan 12-16 g/dl.

b. Albumin

Pemeriksaan darah ini digunakan untuk memeriksa fungsi organ ginjal. Nilai normalnya : 3,4-5,4 g/dl.

c. Nitrogen Urea Darah (BUN)

Pemeriksaan darah ini mengukur urea. Nilai normalnya : 5-25 mg/dl.

d. Kreatinin (Serum)

Pemeriksaan darah ini digunakan untuk mendiagnosis disfungsi ginjal. Kreatinin adalah sisa pemecahan otot yang diekskresikan oleh ginjal. Perbandingan nilai normal BUN/kreatinin yaitu 10:1. Nilai normal : serum 0,5-1,5 mg/dl.

e. Klirens Kreatinin

Pemeriksaan urine 24 jam untuk mengidentifikasi disfungsi ginjal dan memonitor fungsi ginjal. Nilai normal : 85-135/menit.

f. CT Scan Ginjal

CT scan digunakan untuk mengevaluasi ukuran ginjal, tumor, abses, massa suprarenal dan obstruksi.

g. GFR terukur (estimated GFR, eGFR)

GFR terukur dianggap sebagai cara yang paling akurat mendeteksi perubahan fungsi ginjal. Nilai normal : 90-120 ml/menit.

## 8. Komplikasi

Menurut isroin, (2019), Komplikasi Gagal Ginjal Kronik terdiri dari :

- a. Ginjal dan gastrointestinal sebagai akibat dari hiponartemi maka timbul hipotensi, mulut kering, penurunan turgor kulit, kelemahan, fatigue, dan

mual. Kemudian terjadi penurunan kesadaran (somnia) dan nyeri kepala yang hebat. Dampak dari peningkatan kalium adalah peningkatan iritabilitas otot dan akhirnya otot mengalami kelemahan. Kelebihan cairan yang tidak terkompensasi akan mengakibatkan asidosis metabolik. Tanda paling khas adalah terjadinya penurunan urine output dengan sedimentasi yang tinggi.

- b. Kardiovaskuler Biasanya terjadi hipertensi, aritmia, kardiomyopati, uremic pericarditis, effusi perikardial (kemungkinan bisa terjadi tamponade jantung, gagal jantung, edema periorbital dan edema perifer).
- c. Respiratory System Biasanya terjadi edema pulmonal, nyeri pleura, friction rub dan efusi pleura, crackles, sputum yang kental, uremic pleuritis dan uremic lung, dan sesak napas.
- d. Gastrointestinal Biasanya menunjukkan adanya inflamasi dan ulserasi pada mukosa gastrointestinal karena stomatitis, ulserasi dan pendarahan gusi, dan kemungkinan juga disertai parotitis, esofagitis, gastritis, ulseratif duodenal, lesi pada usus halus/usus besar, colitis, dan pankreatitis. Kejadian sekunder biasanya mengikuti seperti anoreksia, nausea dan vomiting.
- e. Integumen Kulit pucat, kekuning-kuningan, kecoklatan, kering dan ada scalp. Selain itu, biasanya juga menunjukkan adanya purpura, ekimosis, petechiae, dan timbunan urea pada kulit.
- f. Neurologis Biasanya ditunjukkan dengan adanya neuropathy perifer, nyeri gatal pada lengan dan kaki. Selain itu, juga adanya kram pada otot dan refleks kedutan, daya memori menurun, apatis, rasa kantuk meningkat, iritabilitas, pusing, koma dan kejang. Dari hasil EEG menunjukkan adanya perubahan metabolik encephalopathy.
- g. Endokrin 17 Bisa terjadi infertilitas dan penurunan libido, amenorrhea dan gangguan siklus menstruasi pada wanita, impoten, penurunan sekresi sperma, peningkatan sekresi aldosteron, dan kerusakan metabolisme karbohidrat.

- h. Hematopoietic Terjadi anemia, penurunan waktu hidup sel darah merah, trombositopenia (dampak dari dialysis), dan kerusakan platelet. Biasanya masalah yang serius pada sistem hematologi ditunjukkan dengan adanya perdarahan (*purpura, ekimosis, dan petechiae*).
- i. Muskuloskeletal Nyeri pada sendi dan tulang, demineralisasi tulang, fraktur patologis, dan kalsifikasi (otak, mata, gusi, sendi, miokard) (Putri et al., 2020).

GGK merupakan kegagalan fungsi ginjal yang berlangsung perlahan-lahan dan tidak dapat pulih sehingga tubuh tidak mampu mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang mengakibatkan uremi. Penumpukan ureum dalam darah (uremia) dapat meracuni semua organ termasuk otak sehingga menimbulkan masalah yang cukup kompleks dan membutuhkan tindakan keperawatan yang komprehensif.

Pasien GGK memerlukan berbagai penanganan medis, diantaranya adalah hemodialisa, dialysis peritonial atau hemofiltrasi, pembatasan cairan dan obat untuk mencegah komplikasi serius, hingga transplantasi ginjal. Salah satu tindakan medis pasien yang mengalami GGK yaitu hemodialisa. Bagi penderita GGK, hemodialisa akan mencegah kematian. Namun demikian, hemodialisa tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal. Pasien akan tetap mengalami sejumlah permasalahan dan komplikasi serta adanya berbagai perubahan pada bentuk dan fungsi sistem dalam tubuh. Hemodialisa adalah suatu prosedur dimana kotoran dibuang dari dalam darah melalui ginjal buatan (mesin hemodialisa). Prosedur ini digunakan untuk mengatasi keadaan dimana ginjal tidak mampu membuang kotoran tubuh.

Hemodialisa merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi *dialysis* jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium terminal (*end stage renal disease*) yang membutuhkan terapi jangka panjang atau terapi permanen. Pasien GGK yang menjalani *hemodialisa* mengalami berbagai masalah yang timbul akibat tidak

berfungsinya ginjal. Keadaan tersebut muncul setiap waktu hingga akhir kehidupan. Hal ini menjadi stresor fisik yang berpengaruh pada berbagai dimensi kehidupan pasien yang meliputi bio, psiko, sosio, spiritual. Kelemahan fisik yang dirasakan seperti mual, muntah, nyeri, lemah otot, *odema* adalah sebagian dari manifestasi klinik dari pasien yang menjalani perawatan hemodialisa.

Klien dengan GGK yang mengalami kelemahan fisik tidak mampu mengunjungi fasilitas kesehatan sendiri, sehingga diperlukan bantuan orang lain. Jarang sekali pasien datang ke tempat pelayanan kesehatan tanpa pendampingan atau dukungan dari keluarga dalam melakukan terapi. Klien dan keluarga memerlukan bantuan, penjelasan dan dukungan selama *hemodialisa*. Hal tersebut menyebabkan klien mengalami ketergantungan yang terus-menerus sampai keluarga tersebut mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari klien (Agustina & Dewi, 2013).

## **B. Konsep Dasar Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan merupakan salah satu aspek penting perawatan, adapun pengkajian yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:

#### **a. Pengkajian Primer**

##### **1) B1: *Breath***

Sesak nafas, apnea, takipnea. Klien terlihat sesak, frekuensi napas melebihi batas normal dan mengeluh sesak napas seperti tercekik

##### **2) B2: *Blood***

Denyut nadi lemah, nadi cepat, teratur/tidak teratur, gambaran EKG Sinus Takikardi, Aritmia, Suara Jantung tambahan. Tekanan darah sukar/tidak dapat diukur/normal, Saturasi oksigen bisa menurun <90%.

##### **3) B3: *Brain***

Menurunnya atau hilangnya kesadaran, gelisah, disorientasi waktu, tempat dan orang.

##### **4) B4: *Bladder***

Produksi urine menurun, warna urine lebih pekat dari biasanya, oliguria, anuria.

5) B5: *Bowel*

Konstipasi, klien biasanya mengalami mual dan muntah, pada palpasi abdomen ditemukan nyeri tekanan pada ke empat kuadran, penurunan peristaltik usus.

6) B6: *Bone*

Perfusi dingin basah pucat, CRT>2 detik, diaforesis, kelemahan.

## b. Pengkajian Sekunder

## 1) Pengkajian 11 Pola Gordon

## a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Data subjektif: Riwayat kesehatan keluarga, hipertensi, riwayat pekerjaan seperti jenis pekerjaan

Data objektif: Tampak lemas, sesak nafas, tekanan darah meningkat.

## b) Pola nutrisi dan metabolic

Data subjektif : Malaise, nafsu makan menurun.

Data objektif : Kulit kering dan berkeringat

## c) Pola tidur dan istirahat

Data subjektif: Kelelahan, sesak, susah tidur dan sering terbangun

Data objektif: Sesak dan lemas

## d) Pola eliminasi

Data subjektif : Penurunan frekuensi urin, oliguri

Data objektif: Banyak berkeringat

## e) Pola Aktivitas dan Latihan

Data subjektif: Kelelahan, aktivitas di bantu dan menurun, dan gelisah

Data objektif: Napas pendek dipsnea, peningkatan frekuensi/kedalaman, Kelelahan aktivitas menurun

## f) Pola Persepsi dan Kognitif

Data subjektif : Pendengaran baik dan penglihatan baik

Data objektif: Pendengaran baik dan penglihatan baik, nervus masih berfungsi dengan baik, selalu semangat.

## g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data subjektif: Merasa sedih dan merasa tidak berguna

Data objektif: Kurang semangat dan putus asa

h) Pola Peran dan Hubungan Sesama

Data subjektif: Kesulitan menentukan kondisi (tak mampu bekerja), mempertahankan fungsi dan peran biasanya dalam keluarga.

Data objektif: Lemas dan merasa selalu mendapatkan suport dari keluarga.

i) Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stress

Data subjektif: Cemas, sedih dan putus asa

Data objektif: Ekspresi cemas dan sedih

j) Pola Reproduksi dan Seksual

Data subjektif: Kelemahan umum, masalah seksualitas yang berhubungan dengan penyakit

Data objektif: Penurunan libido, amenore, infertilitas.

k) Pola system nilai kepercayaan

Data subjektif: Tekanan spiritual yang dialami sehubungan dengan penyakit

Data objektif: Jarang melakukan ibadah, alat ibadah tersedia (Carpenito & Lynda 2015); (SLKI, 2018)

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan untuk gagal ginjal yaitu:

a) Pola Napas Tidak Efektif Berhubungan Dengan Hambatan

Upaya Napas (D.0005)

b) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022).

c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksige (D.0056)

d) Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kekurangan atau kelebihan volume cairan (D.0129)

e) Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor resiko ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)

### 3. Intervensi / Rencana Keperawatan (SIKI)

Adapun perencanaan keperawatan yang disusun untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh penderita Gagal Ginjal Kronik (GGK) yaitu:

a. Diagnosa I (SDKI) : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

1) SLKI: Pola napas dapat membaik dengan kriteria hasil:

- a) Tekanan ekspirasi cukup membaik
- b) Tekanan inspirasi cukup membaik
- c) Frekuensi napas membaik
- d) Penggunaan otot bantu napas menurun

2) SIKI: Manajemen jalan napas, Pemantauan respirasi

a) Observasi

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

Rasional: takipnea, dispnea, napas pendek, napas dangkal, selama dialisis diduga tekanan diafragmatik dari distensi rongga peritoneal atau mungkin menunjukkan terjadinya komplikasi.

ii) Monitor sputum ( jumlah, warna, aroma)

Rasional: pasien rentan terhadap infeksi paru sebagai akibat penekanan refleks batuk dan upaya pernapasan adventisius menunjukkan kelebihan cairan, tertahannya sekresi, atau infeksi.

b) Terapeutik

Posisikan semi-fowler atau fowler

Rasional : memudahkan ekspansi dada/ventilasi dan mobilisasi sekret.

c) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

Rasional: menghilangkan nyeri, meningkatkan pernapasan nyaman upaya batuk maksimal.

b. Diagnosa II (SDKI): Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D0022).

- 1) SLKI: keseimbangan cairan dapat meningkat dengan kriteria hasil (L.03028):
  - a) Asupan cairan meningkat
  - b) Haluaran urin meningkat
  - c) Kelembapan membrane mukosa meningkat.
  - d) Dehidrasi menurun.
  - e) Tekanan darah membaik
  - f) Denyut nadi radial membaik
  - g) Tekanan arteri rata-rata membaik
  - h) Membrane mukosa membaik
  - i) Mata cekung membaik
- 2) SIKI: Manajemen Hipervolemia
  - a) Observasi
    - i) Periksa tanda dan gejala hypervolemia (ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan).  
Rasional : Peninggian menunjukkan hipovolemia. Kaji bunyi jantung dan napas, kelebihan cairan dapat berpotensi gagal jantung kongestif (GJK)/ edema paru.
    - ii) Identifikasi penyebab hipervolemia  
Rasional :kondisi yang menyebabkan jantung tidak dapat memompa darah keseluruh tubuh, sehingga mengakibatkan penurunan fungsi ginjal untuk mengeluarkan cairan.
    - iii) Monitor intake dan output cairan  
Rasional: Pada kebanyakan kasus, jumlah aliran harus sama atau lebih dari jumlah yang dimasukkan. Keseimbangan positif menunjukkan kebutuhan evaluasi lebih lanjut.
    - iv) Monitor kecepatan infus secara ketat  
Rasional :untuk menghindari kelebihan cairan yang masuk kedalam tubuh.
    - v) Monitor efek samping deuretik (mis, hipotensi, ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hiponatremia). Rasional : mengurangi

kadar cairan yang ada didalam tubuh, sehingga tekanan darah menurun.

b) Terapeutik

i) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama.

Rasional: mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit terganggu akibat penurunan kemampuan fungsi ginjal untuk bekerja secara normal.

ii) Batasi asupan cairan dan garam

Rasional: pembatasan cairan dapat dilanjutkan untuk menurunkan kelebihan volume cairan.

c) Edukasi

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

Rasional: agar mendapatkan penanganan sesuai perkembangan

ii) Ajarkan cara membatasi cairan

Rasional: pembatasan cairan dapat dilakukan untuk menurunkan kelebihan volume cairan.

d) Kolaborasi

i) Kolaborasi pemberian diuretik.

Rasional: mengontrol ekspansi cairan ekstraseluler sehingga dapat menurunkan kelebihan volume cairan.

c. Diagnosa III: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

1) SLKI: Toleransi aktivitas dapat meningkat dengan kriteria hasil (L.05047):

a) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat

b) Keluhan lelah menurun

c) Dispnea data aktivitas menurun

d) Frekuensi napas membaik

2) SIKI: Terapi aktivitas

a) Observasi

i) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan saat beraktivitas.

Rasional: Mengetahui penyebab kelelahan saat beraktivitas.

ii) Monitor pola jam tidur

Rasional: Tidur yang kurang cukup mengidentifikasi tubuh kurang istirahat terhadap keletihan.

b) Edukasi

i) Anjurkan tirah baring

Rasional : Tidur yang kurang cukup mengidentifikasi tubuh yang kurang istirahat terhadap keletihan.

c) Terapeutik

Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Rasional: Mencegah kelelahan yang berlebihan.

d) Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional: Nutrisi atau sumber energi yang dibutuhkan untuk tenaga dalam melakukan aktivitas.

d. Diagnosa IV: Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kekurangan atau kelebihan volume cairan (D.0129)

1) SLKI: integritas kulit dapat meningkat dengan kriteria hasil:

- a) Elastisitas cukup meningkat
- b) Perfusi jaringan cukup meningkat
- c) Kerusakan jaringan menurun
- d) Kerusakan lapisan kulit menurun
- e) Pendarahan menurun
- f) Nyeri menurun

2) SIKI: Perawatan integritas kulit

a) Observasi

Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

Rasional: menandakan area sirkulasi buruk/kerusakan yang dapat menimbulkan pembentukan dekubitus/infeksi.

b) Terapeutik

Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

Rasional: menurunkan tekanan pada edema, jaringan dengan perfusi buruk untuk menurunkan iskemia, peninggian meningkatkan aliran balik statis vena terbatas pembentukan edema.

c) Edukasi

Anjurkan menggunakan pelembab (mis, lotion, serum)

Rasional: soda kue, mandi dengan tepung menurunkan gatal dan mengurangi pengeringan dari pada sabun, losion dan salep mungkin diinginkan untuk menghilangkan kering, robekan kulit (Carpenito & Lynda 2015);(SIKI,2018)

e. Diagnosa V: Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)

1) SLKI: Status nutrisi dapat membaik dengan kriteria hasil:

- a) Porsi makanan yang dihabiskan cukup membaik
- b) Frekuensi makan cukup membaik
- c) Nafsu makan meningkat
- d) Membran mukosa membaik

2) Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

Rasional: Berguna untuk program diet individu untuk memenuhi kebutuhan budaya/pola hidup meningkatkan kerja sama pasien.

#### **4. Perencanaan pulang**

Menurut Isroin (2019) adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut :

- a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenal tanda dan gejala perburukkan penyakit Gagal Ginjal Kronik. Misalnya : mual dan muntah, pengeluaran urine, nafas berbau amoniak.
- b. Obat : beritahu pasien dan keluarga tentang nama obat, dosis, waktu pemberian, jangan mengkonsumsi obat – obatan 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**

Seorang perempuan bernama Ny. L berusia 69 tahun dengan diagnosa medis Dyspnea+GGK on HD+Hipertensi diantar ke UGD oleh anaknya dengan keluhan sesak napas yang dialami sejak malam hari, tampak pembengkakan di kedua tangan, retraksi saat bernapas, tidak nafsu makan. Pasien adalah pasien rutin cuci darah dengan jadwal 3x seminggu (senin, rabu, jumat) yang sudah dijalani selama 5 bulan namun 1x jadwal sebelumnya (Jumat) tidak dilakukan pencucian darah karena pasien lemas dan saat di masuk ICU pasien juga batal dilakukan cuci darah karena kesakitan diarea perutnya. Anak pasien mengatakan ibunya tidak ada nafsu makan. Anak pasien juga mengatakan ibunya hanya kencing 1x sehari dengan jumlah 100 cc warna kuning pekat berbau khas dengan spontan di toilet. Anak pasien mengatakan ibunya menderita hipertensi sudah beberapa tahun namun tidak rutin minum obat, akhirnya 5 bulan lalu setelah pasien menjalani cuci darah pasien kemudian mulai rutin mengkonsumsi obat Amilodipine 10 mg 1x1 yang dikonsumsi teratur di malam hari. Anak pasien mengatakan ibunya bekerja sebagai ibu rumah tangga yang sehari-hari mengurus rumah. Anak pasien mengatakan ibunya kadang minum berlebihan jika tidak dilihat dengan alasan merasa haus, sedangkan sudah diberikan batasan cairan hanya 500 ml/24 jam, mual dan muntah jika ingin makan.

Pada saat dilakukan pemeriksaan didapatkan pasien tampak gelisah, hasil TD: 182/96 mmHg, S: 36 C, N: 101 x/mnt, P:38 x/mnt dengan cepat dan dangkal, BB: 43 kg. Terpasang infus connecta di jari telunjuk kanan, terpasang cimino di lengan kiri, terpasang oksigen NRM 15 L/mnt, tampak pasien sesak, udem di kedua tungkai dan tangan dengan grade +2, tampak pasien anemis, tidak terpasang kateter urin. Peristaltik usus 10 x/mnt. Teraba akral dingin pucat dan basah. Tingkat kesadaran pasien composmentis, GCS: M:6, V:5, E:4 SPO2: 98%. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan Hgb: 9.5 gr/dl ( , WBC:  $8,68 \times 10^3$  u/L, RBC: 3,19, HCT: 26,6, Ureum : 64,9 mg/dL (10-50 mg/DI), Kreatinin: 5,40 mg/dL (<1,1 mg/dL), Albumin: 3,62 g/dl (3,5-5 g/dl), hasil foto thorax: efusi pleura bilateral, EKG: Sinus Takikardia. Di ICU diberikan terapi: Amilodipine 10 mg oral (1x1), Candesartan 16 mg oral (1x1), Furosemide 40 mg IV (3x1), Nefrosteril 250 ml/24 jam, Ondacetrone 4 mg IV (3x1)

## A. PENGKAJIAN

3.1 Tabel Pengkajian Primer : (Meliputi : B-1/*Breath*, B-2/*Blood*/Sirkulasi, B-3/*Brain*, B-4/*Bladder*, B-5/*Bowel* dan B-6/*Bone*)

<i>Breath</i> ( B1)	Pergerakan dada	- Simetris : tampak simetris kedua lapang dada pasien dan pergerakan cepat dan dangkal
	Pemakaian otot bantu napas	- Ada : diafragma - Jenis: pernapasan dada
	Palpasi	- Vocal Fremitus :getaran dinding paru kiri kanan, tidak terdengar getaran di mulai pada ICS 5 ke bawah di kedua lapang paru - Tidak ada nyeri tekan pada bagian dada - Krepitasi : tidak ada
	Perkusi	ICS 5 kiri dan kanan suara perkusi redup
	Suara napas	- ronchi
	Batuk	- Non produktif
	Sputum	- Tidak ada
	Alat bantu napas	- Ada Jenis : Oksigen NRM 15 L/mnt
	Lain-lain	- Pernapasan : 38X/mnt (dangkal) - SPO2: 98%
<i>Blood</i> (B2)	Suara jantung	- S1 S2 S3 S4 - Tunggal
	Irama jantung	- Reguler
	CRT	- ≤ 3 detik
	JVP	- Normal

	CVP	- Tidak ada
	Edema	- Ada - Lokasi: di kedua tungkai dan tangan dengan <i>pitting edema</i> grade +2
	EKG	- Sinus takikardia
	Lain-lain (hasil lab dan ttv)	- Hb: 9,5 gr/dL - TD:182/96 mmHg, S:36 C, N:101 x/mnt
<i>Brain (B3)</i>	Tingkat kesadaran	- Kualitatif : composmentis - Kuantitatif (GCS) E4M6V5
	Reaksi pupil : - Kanan - Kiri	- Ada: tampak refleks pupil mengecil saat diberikan cahaya pada pupil kanan dan kiri
	Refleks fisiologis	- Ada : Tricep (+), Bicep (+), Patella (+), Achilles (+)
	Refleks patologis	- Tidak ada : Babinsky (-)
	Meningeal sign	- Tidak ada
	Lain-lain	- Tidak ada
<i>Bladder (B4)</i>	Urin	- Tidak ada
	Kateter	- Tidak terpasang kateter
	Kesulitan BAK	- Pasien ingin BAK namun tidak ada produksi urin dari tanggal 2-4 Mei 2023
	Lain-lain	- Tidak ada
<i>Bowel (B5)</i>	Mukosa bibir	- Kering
	Lidah	- bersih
	Keadaan gigi	- Lengkap

	Nyeri telan	- Tidak
	Abdomen	- Tidak distensi
	Peristaltik usus	- Normal - Nilai : 10x/menit
	Mual	- ya
	Muntah	- Tidak
	Hematememesis	- Tidak
	Melena	- Tidak
	Terpasang NGT	- Tidak
	Terpasang colostomy bag	- Tidak
	Diare	- Tidak
	Konstipasi	- Tidak
	Asites	- Tidak
	Lain-lain	
<i>Bone (B6)</i>	Turgor	- tampak kulit kering
	Perdarahan kulit	- Tidak ada
	Icterus	- Tidak ada
	Akral	- Dingin - Pucat - Basah
	Pergerakan sendi	- Bebas
	Fraktur	- Tidak ada
	Luka	- Tidak ada

## 1. Pengkajian sekunder: (pengkajian pola gordon)

**KAJIAN KEPERAWATAN**

Unit : Intensive Care Unit Autoanamnesa

Tanggal masuk RS : 2 Mei 2023 Alloanamnesa

Tanggal Pengkajian : 2 Mei 2023

**A. IDENTIFIKASI**

## 1. Pasien

Nama/initial : Ny. L  
 Umur : 69 tahun  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Jumlah Anak : 6 orang  
 Agama/Suku : Kristen/Toraja  
 Warga Negara : Indonesia  
 Bahasa yang digunakan : Bahasa toraja/Indonesia  
 Pendidikan : SMA  
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
 Alamat : Jl. Diponegoro No.19, Wowundula

## 2. Penanggung Jawab

Nama : Tn. J  
 Umur : 70 tahun  
 Alamat : Jl. Diponegoro No.19, Wowundula  
 Hubungan dengan pasien : Suami

**B. DATA MEDIK**

## Diagnosa Medik

Saat Masuk : Dyspnea + GGK on HD + Hipertensi

Saat Pengkajian : Dyspnea + GGK on HD + Hipertensi

**C. KEADAAN UMUM**

## 1 Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan: Tampak sesak, duduk dengan posisi fowler 90° dengan terpasang

bantuan Oksigen NRM (*Non Rebreathing Mask*) 15 lpm, terpasang *connecta* di jari sebelah kanan, terpasang *cimino* di tangan sebelah kiri, nampak pitting edema di kedua tungkai dan tangan, terpasang monitor EKG dengan *sinus tachycardia*.

## 2 Tanda-tanda Vital

a) Kesadaran (Kualitatif) : Composmentis

Skala Coma Glaslow (Kuantitatif)

1) Respon motorik : 6

2) Respon Verbal : 5

3) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Composmentis

b) Tekanan darah : 182/98 mmHg

MAP : 126 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal tidak memadai

c) Suhu : 36 °c di axilla

d) Pernapasan : 38 x/mnt

Irama : Takipnea

Jenis : dada

e) Nadi : 101 x/mnt

Irama : takikardia

## 3 Pengukuran

a) Tinggi badan : 150 cm

b) Berat Badan : 40 kg

c) IMT : 17.7

Kesimpulan : *underweight*

## D. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

### 1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting, namun pasien jarang mengontrolkan kesehatannya di tempat kesehatan. Keluarga

pasien mengatakan pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sudah beberapa tahun terakhir namun tidak minum obat dengan teratur, kemudian pasien didiagnosis gagal ginjal kronis 5 bulan yang lalu dan harus melakukan pencucian darah selam 3x seminggu (senin, rabu, jumat) namun 1x jadwal sebelumnya (Jumat) tidak dilakukan pencucian darah karena pasien lemas dan saat di masuk ICU pasien juga batal dilakukan cuci darah karena kesakitan diarea perutnya.

b) Riwayat penyakit saat ini :

1) Keluhan utama : sesak napas

2) Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan pasien melakukan pencucian darah 3x seminggu namun 1x jadwal sebelumnya (Jumat) tidak dilakukan pencucian darah karena pasien lemas dan saat di masuk ICU pasien juga batal dilakukan cuci darah karena kesakitan diarea perutnya.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki penyakit menular. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki penyakit hipertensi 5 tahun terakhir namun tidak mengkonsumsi obat dengan teratur.

d) Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan nenek pasien menderita Hipertensi.

Pemeriksaan fisik :

a) Kebersihan rambut : Rambut tampak bersih dan tampak adanya uban

- b) Kulit kepala : Tampak kulit kepala bersih
- c) Kebersihan kulit :Tampak kulit kering
- d) Higiene rongga mulut : Aroma mulut berbau
- e) Kebersihan genetalia : Tampak genetalia bersih
- f) Kebersihan anus : Tampak tidak ada hemoroid

## 2. Pola nutrisi dan metabolik

### a) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki nafsu makan yang kurang, dan minum hanya pada saat makan saja.

### b) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien makan dibantu oleh keluarga untuk makan intensitas 3x sehari dengan porsi bubur. Dan semenjak sakit pasien kesulitan makan karena jika ingin makan pasien merasa tidak nafsu makan dan mual.

### c) Observasi

Tampak pasien duduk dengan posisi fowler di tempat tidur. Tampak pasien tidak menghabiskan makanannya hanya menghabiskan 2 sendok, tampak pasien mual dan muntah jika ingin makan

### d) Pemeriksaan fisik :

- 1) Keadaan rambut : Rambut tampak bersih dan tampak adanya uban
- 2) Hidrasi kulit : Finger print kembali  $\leq 3$  detik
- 3) Palpebra/conjungtiva :Tampak edema/Tampak anemis
- 4) Sclera : Tampak tidak ikterik
- 5) Higiene rongga mulut : Rongga mulut tampak bersih dan tidak ada radang pada mukosa

- 6) Kemampuan mengunyah keras : tampak pasien tidak mampu mengunyah keras
- 7) Lidah : Tampak kotor
- 8) Pharing : Tidak ada peradangan
- 9) Kelenjar getah bening : Tidak tampak teraba adanya pembesaran kelenjar
- 10) Kelenjar parotis: Tampak teraba adanya pembesaran kelenjar

11) Abdomen :

atau massa

Inspeksi :Tampak tidak adanya benjolan

Auskultasi : Paristaltik usus 10x/menit

Palpasi : Tampak nyeri tekan pada area simpisi pubis namun tidak ada bendungan urine

Perkusi : Timpani

12) Kulit :

Edema :   $\sqrt$ Positif  
Negatif

ikterik : Positif  $\sqrt$   
Negatif

Tanda-tanda radang : -

13) Lesi : -

14) Intake & Output :

Intake 1x24 jam : 500 ml ( minum) + 300 ml  
(Obat-obatan melalui infus)

Output 1x 24 jam : 0 cc ( Urine) + IWL : 400 cc

Balance cairan 1x24 jam : 800 ml-400 ml : (+)  
400 ml

### 3. Pola eliminasi

#### a) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak 2 bulan terakhir pasien mengalami peningkatan berat badan dan jarang untuk berkemih dan jika berkemih itu hanya sedikit sekali sekitar kurang dari 400 ml yang semakin hari semakin sedikit pengeluarannya dengan warna kuning pekat dan berbau khas.

#### b) Setelah sakit

Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit  $\pm$  7 bulan yang lalu pasien mengalami susah kencing dan jika kencing urinnya sedikit .

#### c) Observasi :

Tampak pasien tidak berkemih dari pukul 22.00 sampai saat pengkajian 16.00 besoknya.

#### d) Pemeriksaan fisik :

Peristaltik usus : 10x/menit

Palpasi kandung kemih  Penuh  Kosong

Anus : Tampak tidak ada hemoroid

Peradangan: -

Hemoroid : tidak ada

Fistula : -

#### 4. Pola aktivitas dan latihan

##### 1) Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri dan tanpa bantuan dari keluarga. Pasien adalah ibu rumah tangga yang mengurus kebutuhan rumah sehari-hari.

##### 2) Setelah sakit

Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga karena sesak.

##### 3) Observasi

Tampak pasien duduk dengan posisi fowler di tempat tidur dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga

##### a) Aktivitas harian

Makan : 3  
Mandi : 3  
Pakaian : 3  
Kerapihan : 3  
BAB : 2  
BAK : 2

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

Mobilisasi di tempat tidur : 2

b) Postur tubuh : bedrest

c) Gaya jalan : tidak dikaji karena pasien sesak

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) Fiksasi : tidak ada

f) Tracheostomy : tidak ada

## 4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah : 182/98 mmHg

Kesimpulan : hipertensi

b) Nadi : 101 x/mnt

c) Kulit

Keringat dingin : tidak ada

Basah : tidak ada

Akral : dingin

d) JVP: 5-2 cmH<sub>2</sub>O ( normal)

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : CRT ≤ 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

i) Inspeksi

Bentuk thorax : simetris

Retraksi intercostal : ada

Sianosis : tidak tampak adanya  
sianosis

Stridor : tidak terdengar

ii) Palpasi

Vocal premitus : Vocal Fremitus : getaran  
dinding paru kiri kanan, tidak terdengar getaran di  
mulai pada ICS 5 ke bawah di kedua lapang paru

Krepitasi : tidak ada

iii) Perkusi

ICS 5 kiri dan kanan suara perkusi pekak

iv) Auskultasi

Suara napas : ronkhi

Suara ucapan : normal

Suara tambahan : Ronchi

Lokasi : ICS 2 linea sternalis dextra dan  
sinistra

g) Jantung

- (i) Inspeksi  
Ictus cordis : tidak tampak adanya ictus cordis
  - (ii) Palpasi  
Ictus cordis : getaran dirasakan pada ICS 5 medio clavicularis sinistra
  - (iii) Perkusi  
Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis dextra  
Batas kiri jantung : ICS 5 Linea mid clavicularis sinistra
  - (iv) Auskultasi  
BJ II A: tunggal ICS 2 linea sternalis dextra  
BJ I P : tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra  
BJ I T : tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra  
BJ I M : tunggal ICS 5 linea mid clavicularis sinistra  
BJ III irama gallop : tidak terdengar  
Mur-mur : tidak terdengar  
Bruit : Aorta : tidak dikaji  
Arteri Renalis : tidak terdengar  
Arteri Femoralis : tidak terdengar
- h) Lengan dan tungkai
- (i) Atrofi otot : negatif
  - (ii) Rentang gerak : terbatas pada kedua lengan karena bengkak
  - (iii) Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan dengan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tetapi tidak mampu menahan 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

(iv) Reflex Fisiologi :

Ekstremitas atas dextra/sinistra :

Biceps dextra positif	biceps
sinistra positif	

Triceps dextra positif	triceps
sinistra positif	

Extremitas bawah dextra/sinistras

Patella dextra positif	patella
sinistra positif	

(v) Reflex patologi : Babinski negative

(vi) Columna vertebralis

Inspeksi : tidak ada masalah

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : tidak dikaji

## 5. Pola istirahat dan tidur

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit istirahat dan tidur pasien tercukupi. Pasien biasanya tidur dari jam 22:00-06:00.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit tidur pasien terganggu karena sesak yang dirasakan

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lelah di tempat tidur, Tampak mata panda, dan tampak pasien banyak menguap.

**6. Pola persepsi kognitif**

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak mengalami gangguan pendengaran atau gangguan penglihatan. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran atau penglihatan, selain itu keluarga juga mengatakan fungsi daya ingat dan keseimbangan pasien baik tidak ada masalah, tidak ada kesulitan dalam mempelajari sesuatu atau adanya masalah dalam proses berfikir.

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengalami gangguan pendengaran maupun penglihatan dan pasien tidak menggunakan alat pendengaran maupun penglihatan, fungsi daya ingat masih baik, gangguan keseimbangan normal, pasien mampu mengingat berada dimana dan alasan berada di rumah sakit.

c. Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran, ketika diajak bicara

pasien mampu menjawab pertanyaan dengan benar, namun pelan-pelan karena sesak.

d. Pemeriksaan fisik

1) Penglihatan

Kornea: jernih

Pupil : isokor

Lensa mata : tampak bersih

Tekanan intraokuler : teraba kenyal pada kedua mata

2) Pendengaran

Pina: tampak simetris antara kiri dan kanan

Kanalis : tampak bersih

Membrane timpani : tampak utuh dan memancarkan cahaya

3) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : pasien masih dapat merasakan sentuhan pada tangan kanan dan kiri

**7. Pola persepsi dan konsep diri**

a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien kurang memperhatikan kesehatannya dan kurang merawat dirinya

b) Keadaan sejak sakit

Kuarga pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa sedih dengan kondisinya saat ini dan pasien berharap cepat sembuh dan ingin pulang ke rumah

c) Obaservasi

1) Kontak mata : baik

2) Rentang penglihatan : tampak rentang penglihatan pasien kurang

- 3) Suara dan bicara : pasien mampu berbicara dengan jelas
- d) Postur tubuh : normal
- e) Pemeriksaan fisik : kulit tampak bersih, bentuk/postur tubuh normal

#### **8. Pola peran dan hubungan dengan sesama**

- a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga psasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan peran sebagai ibu rumah tangga

- b) Keadaan sejak sakit

Keluaraga pasien mengatakan pasien tidak dapat melakukan perannya sebagai ibu rumah tangga karena penyakit yang dideritanya.

- c) Observasi

Tampak pasien didampingi oleh suami dan anaknya

#### **9. Pola reproduksi dan seksualitas**

- a) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki penyakit kelamin.

- b) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak

memiliki penyakit kelamin

c) Observasi

Tidak dikaji

#### **10. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress**

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan bila pasien mengalami masalah pasien mampu mengontrol diri dan selalu bercerita serta diskusi dengan suami dan anak-anaknya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit merasa khawatir dengan kondisinya saat ini.

#### **11. Pola sistem nilai kepercayaan**

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan ibadahnya dengan teratur

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa pergi ke gereja dan beribadah dengan baik karena penyakitnya.

#### **E. UJI SARAF KRANIAL**

1. N I ( Olfactorius)

2. N II ( Opticus)

3. N III, IV, VI ( Oculomotorius, troclearis, abducens)

Kanan/kiri : Nampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya,  
diameter  $\pm$  3 mm

4. N V ( Trigeminus)

5. N VII (Facialis)
6. N VIII (Vestibulo acusticus)  
 Vestibularis: tidak diberikan karena pasien tidak mampu berdiri  
 Akustikus : pasien mampu mendengar gesekan jari di kedua telinganya
7. N IX (Glosopharyngeus)
8. N X (Vagus)
9. N IX (Accecoriuos)
10. N XII ( Hypoglossus)

## 12. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Labroratorium (2/05/2023)

Parameter	Hasil	Nilai rujukan
WBC	8.68 ( $10^3/uL$ )	4.80-10.20
RBC	3.19 ( $10^6/uL$ )	4.00-5.50
HGB	9.5 (g/dL)	12.2-16.2
HCT	26.6 %	37.7-47.9
MCV	83.4 (fl)	80.0-97.0
MCH	29.8 (Pg)	26.0-31.0
MCHC	35.7 (g/dl)	31.8-35.4
PLT	427 ( $10^3/UI$ )	150-450
RDW-SD	45.6 (fL)	37.0-54.0
RDW-CV	14.9 (%)	11.5-14.5
PDW	8.5 (fL)	9.0-13.0
MPV	8.8 (fL)	7.2-11.1

P-LCR	14.8 %	15.0-25.0
PCT	0.38%	0.17-0.35
NEUT#	7.00 (10 <sup>3</sup> /uL)	1.50-7.00
LYMP#	0.72 (10 <sup>3</sup> /uL)	1.00-3.70
MONO#	0.72 (10 <sup>3</sup> /uL)	0.00-0.70
E0#	0.16 (10 <sup>3</sup> /uL)	0.00-0.40
BASO#	0.08 (10 <sup>3</sup> /uL)	0.00-0.10
IG#	0.03 (10 <sup>3</sup> /uL)	0.00-7.00
NEUT%	80.7 %	37.0-80.0
LYMP%	8.3 %	10.0-50.0
MONO%	8.3%	0.0-14.0
Eo%	1.8%	0.0-1.0
BASO%	0.9%	0.0-1.0
IG%	0.3%	0.0-72.0

Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium (3/05/2023)

Parameter	Hasil	Nilai rujukan
Albumin	3.62	3.5-5 gr/dl
Ureum	64.9	10-50 mg/dl
Kreatinin	5.40	<1.1 mg/dl

a. Foto Thorax (2/05/2023)

Efusi pleura bilateral

b. EKG

Sinus Takikardia

Tabel 3.4 ANALISA DATA

Data	Etiologi	Masalah
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien merasa sesak</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien sesak</li> <li>• RR: 38x/mnt, Tampak pernapasan cepat dan dangkal, tampak menggunakan otot bantu pernapasan (diagfragma)</li> <li>• Ronkhi di kedua lapang paru</li> <li>• Hasil foto thotax: efusi pleura bilateral</li> </ul>	<p>Hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan)</p>	<p>Pola Napas tidak efektif</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien bengkak di kedua tungkai dan tangan</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien melakukan pencucian darah 3x seminggu namun 1x jadwal sebelumnya (jumat) tidak dilakukan pencucian</li> </ul>	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Hipervolemia</p>

<p>darah karena pasien lemas dan saat di masuk ICU pasien juga batal dilakukan cuci darah karena kesakitan diarea perutnya.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien sesak</li> <li>• Tampak pitting edema di kedua tangan dan tungkai +2</li> <li>• Intake 1x24 jam : 500 ml ( minum) + 300 ml (Obat-obatan melalui infus), Output 1x 24 jam : 0 cc ( Urine) + IWL : 400 cc, <b>Balance</b> cairan 1x24 jam : 800 ml-400 ml : (+) 400 ml</li> <li>• TTV: TD:182/96 mmHg, S:36 C, N:101 x/mnt</li> <li>• Laboratorium : Hgb: 9,5 gr/dl, Ureum : 64,9 mg/dL (10-50 mg/Dl), Kreatinin: 5,40 mg/dL( &lt;1,1 mg/dL),</li> <li>• Hasil foto thotax: efusi pleura bilateral</li> <li>• Ureum : 64.9 mg/dl</li> <li>• Kreatinin : 5.40 mg/dl</li> </ul>		
---	--	--

<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan makan karena jika ingin makan pasien merasa tidak nafsu makan dan mual</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien mual</li> <li>• Tampak pasien tidak menghabiskan makananya hanya menghabiskan 2 sendok</li> <li>• Membran mukosa kering</li> <li>• IMT: 17.7 ( <i>underweight</i>)</li> <li>• Hb: 9.5 gr/dl</li> </ul>	<p>Ketidakmampuan mencerna makanan</p>	<p>Risiko defisit nutrisi</p>
---	--	-------------------------------

**Tabel 3.5 DIAGNOSA KEPERAWATAN**

<b>NO</b>	<b>DIAGNOSIS</b>
1.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
2.	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
3.	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan mencerna makanan

Tabel 3.6 INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	SDKI	SKLI	SIKI	RASIONAL
1	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas( D. 0005)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan :</p> <p>1) Pola Napas (L.01004) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>• Frekuensi napas cukupmenurun</li> <li>• Kedalaman napas cukup menurun</li> </ul>	<p><b>Manajemen Jalan napas (I.01011):</b></p> <p><b>a. Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> </ul>	Berguna dalam derajat distres pernapasan atau kronisnya proses penyakit

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor bunyi napas tambahan ( ronkhi)</li> </ul>	Mengetahui adanya bukti tambahan
			<b>b. Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertahankan kepatenan jalan napas</li> </ul>	Agar pasien dapat bernapas dengan mudah
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisikan semi fowler atau fowler</li> </ul>	meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan oksigen</li> </ul>	Dengan memberikan Oksigen untuk mencegah hipoksia
			Pemantauan respirasi (l. 01014) : a. Observasi :	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor pola napas ( takipnea, bradiepnea, hiperventilasi, kussmaul, chyne-stokes, biot, ataksik)</li> </ul>	Mengetahui adanya kelainan pola napas pada pasien
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auskultasi bunyi napas</li> </ul>	Bunyi napas mungkin redup karena penurunan aliran darah atau area konsolidasi, adanya mengi mengindikasikan spasme bronkus/ tertahannya sekret.
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor saturasi oksigen</li> </ul>	Untuk mengetahui status kesehatan pasien dan

				mencegah komplikasi lanjutan
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor hasil x-ray thorax</li> </ul>	Menjadi penunjang dalam penegakkan diagnosa dan pemberian terapi
			b. Terapeutik	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul>	Untuk mengetahui perkembangan klien
			c. Edukasi	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> </ul>	Mengurangi kecemasan dan lebih komperhensif
2.	Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8jam diharapkan keseimbangan cairan (L.03020) meningkat	<b>Manajamen hipervolemia (I.03114):</b>  <b>a. Observasi</b>	Jika terjadi dipsnea, edema dapat

		<p>dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• output urin cukup meningkat</li><li>• Edema cukup menurun</li><li>• Tekanan darah cukup membaik</li><li>• Frekuensi nadi cukup membaik</li></ul>	<p>Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis, dipsnea, edema)</p>	<p>memperparah kondisi pasien</p>
			<p>Identifikasi penyebab hipervolemia</p>	<p>Untuk mengetahui penyebab dari hipovolemia yang memperparah kondisi pasien.</p>

			Monitor status hemodinamik (mis, frekuensi jantung, TD)	Memantau jika terjadi perubahan pada frekuensi jantung dan TD
			Monitor intake dan output cairan	Menjaga keseimbangan cairan pasien
			Monitor peningkatan onkotikplasma (mis, kadar protein dan albumin meningkat)	Memantau jika adanya terjadi peningkatan kadar protein dan albumin
			Monitor efek samping diuretik (mid, ortostatisk hipervolemia, hipo kalemia, hiponatrium)	Memantau jika tidak adanya alergi atau terjadi ortostatisk hipervolemia, hipo kalemia, hiponatrium.
			<b>b. Teraupetik</b> Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama	Perubahan berat badan dapat

				menunjukkan keparahan dari pasien
			Batasi asupan cairan dan jarang, pemberian <i>ice cube</i> sesuai kebutuhan pasien	Tidak terjadi kelebihan cairan pada pasien dikerenakan gangguan pada fungsi ginjal, men gurangi rasa haus pasien
			<b>c. Edukasi</b> Anjurkan melapor jika keluaran urine < 0,5 ml/kg dalam 6 jam	Tanda tersebut menunjukkan terjadinya keparahan dari ginjal
			Anjurkan melapor jika BB bertambah lebih dari 1 kg sehari	Tanda tersebut dapat menunjukkan terjadinya hipervolemia dimana dapat memperparah kondisi pasien

			Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan pengeluaran cairan	Upaya pasien untuk melakukan pembatasan cairan
			Ajarkan cara membatasi cairan dengan memberi edukasi cara mengulum es batu agar dapat dilakukan sendiri khususnya di rumah	Untuk menambah pengetahuan pasien tentang berapa jumlah cairan yang bisa diminu
			<b>d.</b> Kolaborasi Kolaborasi pemberian diuretik (furosemid 10 mg/IV, albumin 5% IV)	Untuk mengurangi hipertensi, edema
			Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik	Untuk mencegah hipertensi, acites, edema dll

			Kolaborasi pemberian HD	Untuk proses eliminasi sisa-sisa metabolisme (protein) dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
3.	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan mencerna makanan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan status nutrisi membaik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>• Nafsu makan membaik</li> <li>• Membrane mukosa membaik</li> </ul>	<p>Manajemen mual</p> <p>a. <b>Observasi</b></p> <p>Identifikasi faktor mual</p>	Untuk mengetahui tindakan selanjutnya

			Monitor mual	Untuk mengetahui sejauh mana kondisi mual pasien
			<b>b. Teraupetik</b> Berikan makanan dalam jumlah kecil	Untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisi pasien
			<b>c. Edukasi</b> Anjurkan posisi duduk, jika mampu	Untuk membuat pasien merasa nyaman
			<b>d. Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu	Untuk mengoptimalkan pencegahan mual

**Tabel 3.7 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

HARI/TANGGAL	WAKTU	DX	IMPLEMENTASI	PERAWAT
Rabu, 3/05/20 23 (Shift siang)	14:50	I	Memonitor pola napas Hasil : tampak pasien sesak, pernafasan cepat dan dangkal  Memonitor TTV Hasil : TD: 162/90 mmHg N : 100 x/mnt RR: 35 x/mnt S: 36.2 c	Mei
	14:55	I	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : didapatkan bunyi tambahan ronkhi	Mei
	15.00	I	Memberikan posisi posisi nyaman fowler ke pasien Hasil : Pasien mengatakan sesak agak berkurang dengan posisi fowler	
	15.10	I	Melakukan pemenuhan oksigenasi Hasil: Memasang oksigen RM	Mei

			15 L/menit, Spo2: 99 %, pasien mengatakan sesak berkurang	
	15.20	II	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia  Hasil : pasien masih tampak sesak, pitting edema kedua tungkai dan lengan (+2)  Memberikan Ice cubes 3 tubes  Hasil : sesuai penilaian pasien dinyatakan rasa haus berkurang menjadi sedang (VAS 4-6)	Mei
	15.40	II	Memonitor intake dan output cairan  Hasil : Intake : minum 50 cc, obat 10 cc  Output : urine 0 cc  Balance : 60 cc- 0 cc : 60 cc	Mei
	16.00	II	Memberikan terapi diuretik ( furosemide 20 mg IV)  Hasil : tidak ada pengeluaran urine	Mei

	18.00	III	Menyiapkan makan malam pasien Hasil : pasien mengatakan tidak nafsu makan, hanya menghabiskan 2 sendok bubur	Mei
	19.45		Memberikan terapi obat Oral Amilodipine 10 mg dan candesartan 16 mg 1x1	Mei
	20.00	II	Memonitor TTV Hasil : TD: 160/82 mmHg N : 99 x/mnt RR: 32 x/mnt S : 36.0 Memberikan Ice cubes 2 tubes  Hasil : sesuai penilaian pasien dinyatakan rasa haus berkurang menjadi sedang (VAS 4-6)	Mei
Kamis, 4/5/23	07.40	I&II	Memonitor TTV Hasil : TD: 154/80 mmHg N : 99 x/mnt RR: 30 x/mnt S : 36.0	Nimsi
	07.50	III	Memantau pola makan pasien  Hasil : Pasien mengatakan masih tidak nafsu makan	Nimsi

			namun sudah menghabiskan 5 sendok bubur	
	07.55	II	Memberikan Ice Cubes 2 tube  Hasil: pasien menyatakan rasa haus ringan (VAS 1-3)	Nimsi
	08.00		Memberikan terapi obat Ondacentron 4 mg IV dan Furosemide 20 mg IV,  Hasil : pasien mengatakan mual berkurang, tidak ada produksi urine, tidak terpasang kateter	Nimsi
	08.05	II	Memberikan Ice Cubes 2 tube (10 ml), dan edukasi pasien boleh mengunyah ice cubes maksimal 10 cubes (50 ml)  Hasil : Pasien mengatakan rasa haus berkurang, anak pasien mengerti	Nimsi
	08.10	II	Mengantar pasien ke ruangan HD  Hasil : dilakukan HD selama 5 jam Output UF : 1500 ml	Nimsi
	11.30	II	Memberikan ice cubes 3 tubes	Nimsi

			Hasil : pasien mengatakan rasa haus menjadi sedang (VAS 4-6)	
	13.20	II	Observasi pasien post HD  Hasil : Pasien tampak lemas sesak berkurang, terpasang O2 10 lpm,  Memonitor TTV Hasil : TD: 150/90 mmHg N : 98 x/mnt RR: 28 x/mnt S : 36.0	Nimsi
	13.40	II	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia  Hasil : Pasien tampak lemas sesak berkurang, pitting edema kedua tungkai dan lengan masih ada (+2)	Nimsi
	14.30	III	Memantau pola makan pasien  Hasil : Pasien mengatakan mual berkurang, menghabiskan setengah porsi makan	Nimsi
Jumat, 5/5/23	15.30	II	Memonitor pola napas Hasil: sesak berkurang, otot bantu napas tidak ada, Memonitor TTV	Nimsi

			<p>Hasil :</p> <p>TD: 145/80 mmHg</p> <p>N : 90 x/mnt</p> <p>RR: 25 x/mnt</p> <p>S : 36.5</p> <p>Terpasang O2 NRM 6 lpm</p>	
		I	<p>Memonitor bunyi napas tambahan</p> <p>Hasil : didapatkan bunyi tambahan ronkhi (+) berkurang</p>	Nimsi
	15.35	II	<p>Memberikan Ice Cubes 3 tubes</p> <p>Hasil : Pasien mengatakan rasa haus ringan (VAS 1-3)</p>	Nimsi
	16.00		<p>Memberikan terapi obat Ondacentron 4 mg IV dan Furosemide 20 mg IV</p> <p>Hasil : pasien mengatakan mual berkurang, tidak ada produksi urine, tidak terpasang kateter, Tidak ada distensi kandung kemih</p>	Nimsi
	17.00	I	<p>Memberikan posisi posisi nyaman semi fowler ke pasien</p> <p>Hasil : Pasien mengatakan sesak agak berkurang dengan</p>	Nimsi

			posisi semi fowler	
	18.00	III	Memantau pola makan pasien Hasil : Pasien mengatakan mual berkurang, menghabiskan setengah porsi makan	Nimsi
	19.00	II	Memberikan Ice Cubes 2 tubes Hasil : Pasien mengatakan rasa haus ringan (VAS 1-3)	Nimsi
	20.00		Memonitor TTV Hasil : TD: 140/80 mmHg N : 86 x/mnt RR: 23 x/mnt S : 36.0	Nimsi

**Tabel 3.8 EVALUASI KEPERAWATAN**

Tanggal	Evaluasi	Paraf
Rabu, 3/5/23	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan masih sesak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak sesak, tampak menggunakan otot bantu diafragma</li> <li>• Ronkhi (+) di kedua lapang paru</li> <li>• Frekuensi napas: 32 x/mnt</li> <li>• Napas dalam dan cepat</li> </ul> <p>A: Diagnosa belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen Jalan napas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>• Monitor Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>• Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>• Berikan oksigen</li> <li>• bunyi napas tambahan ( ronkhi)</li> </ul> <p>Pemantauan respirasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor pola napas ( takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, chyne-stokes, biot, ataksik)</li> <li>• Auskultasi bunyi napas</li> <li>• Monitor saturasi oksigen</li> <li>• Monitor hasil x-ray thorax</li> </ul>	Mei & Nimsi

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul> <p>Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>	
	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan masih sesak, masih bengkak di kedua tungkai dan tangan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak sesak</li> <li>• pitting edema kedua tungkai dan lengan masih ada (+2)</li> <li>• Intake 1x24 jam : 400 ml ( minum) + Ice cubes 5 cubes (25 ml) + 300 ml (Obat-obatan melalui infus), Output 1x 24 jam : 0 cc ( Urine) + IWL : 400 cc, <b>Balance</b> cairan 1x24 jam : 725 ml-400 ml : (+) 325 ml</li> <li>• TD: 160/82 mmHg, N : 99 x/mnt</li> </ul> <p>A: Diagnosa belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p><b>Manajamen hipervolemia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis, dipsnea, edema)</li> <li>• Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Monitor status hemodinamik (mis, frekuensi jantung, TD)</li> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> <li>• Monitor efek samping diuretik (mid,</li> </ul>	

	<p>ortostatisk hipervolemia, hipokalemia, hiponatrium)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>• Batasi asupan cairan dan jarang, pemberian <i>ice cube</i> sesuai kebutuhan pasien</li> </ul> <p>Ajarkan cara membatasi cairan</p>	
	<p>Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>S: Pasien mengatakan mual berkurang, namun belum menghabiskan 1 porsi makan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien masih mual</li> <li>• Tampak pasien menghabiskan setengah porsi makannya</li> <li>• Membrane mukosa kering</li> </ul> <p>A: Diagnosa belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen mual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor mual</li> <li>• Monitor mual</li> <li>• Berikan makanan dalam jumlah kecil</li> </ul> <p>Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p>	
Kamis, 4/5/23	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	

	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan sesak berkurang</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sesak berkurang, otot bantu napas tidak ada</li> <li>• Ronkhi (+) berkurang di kedua lapang paru</li> <li>• Frekuensi napas: 28 x/mnt</li> <li>• Kedalaman napas: normal</li> </ul> <p>A: Diagnosa belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen Jalan napas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>• Monitor bunyi napas tambahan (ronkhi)</li> <li>• Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>• Posisikan semi fowler atau fowler</li> <li>• Berikan oksigen</li> </ul> <p>Pemantauan respirasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor pola napas ( takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kusmaul, chyne-stokes, biot, ataksik)</li> <li>• Auskultasi bunyi napas</li> <li>• Monitor saturasi oksigen</li> <li>• Monitor hasil x-ray thorax</li> <li>• Dokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>• Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> </ul>	<p>Mei &amp; Nimsi</p>
--	--	----------------------------

	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan sesak berkurang, masih bengkak di kedua tungkai dan tangan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak sesak berkurang</li> <li>• pitting edema kedua tungkai dan lengan masih ada (+2)</li> <li>• Intake 1x24 jam : 400 ml ( minum) + Ice cubes 10 cubes (50 ml) + 300 ml (Obat-obatan melalui infus), Output 1x 24 jam : 0 cc ( Urine) + IWL : 400 cc, <b>Balance</b> cairan 1x24 jam : 750 ml-400 ml : (+) 350 ml</li> <li>• TD: 150/90 mmHg, N : 98 x/mnt, RR: 28 x/mnt</li> </ul> <p>A: Diagnosa belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p><b>Manajamen hipervolemia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis, dipsnea, edema)</li> <li>• Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Monitor status hemodinamik (mis, frekuensi jantung, TD)</li> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> <li>• Monitor efek samping diuretik (mid, ortostatik hipervolemia, hipo kalemia, hiponatrium)</li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>• Batasi asupan cairan dan jarang, pemberian <i>ice cube</i> sesuai kebutuhan pasien</li> </ul> <p>Ajarkan cara membatasi cairan</p>	
	<p>Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>S: Pasien mengatakan mual berkurang, namun belum menghabiskan 1 porsi makan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien masih mual</li> <li>• Tampak pasien menghabiskan 10 sendok makanannya</li> </ul> <p>A: Diagnosa belum terasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen mual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor mual</li> <li>• Monitor mual</li> <li>• Berikan makanan dalam jumlah kecil</li> </ul> <p>Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p>	
Jumat, 5/5/23	<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan sesak berkurang, masih bengkak di kedua tungkai dan</li> </ul>	Nimsi

	<p>tangan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak sesak berkurang</li> <li>• pitting edema kedua tungkai dan lengan masih ada (+1)</li> <li>• Intake 1x24 jam : 400 ml ( minum) + Ice cubes 10 cubes (50 ml) + 300 ml (Obat-obatan melalui infus), Output 1x 24 jam : 0 cc ( Urine) + IWL : 400 cc, <b>Balance</b> cairan 1x24 jam : 750 ml-400 ml : (+) 350 ml</li> <li>• TD: 145/80 mmHg, N : 86 x/mnt, RR: 23 x/mnt</li> </ul> <p>A: Diagnosa belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p><b>Manajamen hipervolemia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis, dipsnea, edema)</li> <li>• Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Monitor status hemodinamik (mis, frekuensi jantung, TD)</li> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> <li>• Monitor efek samping diuretik (mid, ortostatisk hipervolemia, hipokalemia, hiponatrium)</li> <li>• Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>• Batasi asupan cairan dan jarang, pemberian <i>ice cube</i> sesuai</li> </ul>	
--	--	--

	<p>kebutuhan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan cara membatasi cairan</li> </ul>	
	<p>Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>S: Pasien mengatakan mual berkurang, namun belum menghabiskan 1 porsi makan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien masih mual</li> <li>• Tampak pasien menghabiskan setengah porsi makannya</li> </ul> <p>A: Diagnosa belum terasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Manajemen mual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor mual</li> <li>• Monitor mual</li> <li>• Berikan makanan dalam jumlah kecil</li> <li>• Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</li> </ul>	Nimsi

## DAFTAR OBAT

### 1. Furosemide

- a. Klasifikasi / golongan obat : deuretik
- b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 40 mg
- c. Cara pemberian obat : Intravena
- d. Mekanisme kerja dan fungsi obat : furosemide menghambat penyerapan kembali penyerapan kembali natrium dan kalium, di lengkung henle ginjal dan mengeluarkannya dari dalam tubuh melalui peningkatan output urine dan furosemide sebagai obat untuk mengatasi edema.
- e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : obat ini diberikan pada pasien yang mengalami edema.
- f. Kontra indikasi : pasien memiliki yang mengalami riwayat alergi terhadap farsis (furosemide, obat ini digunakan untuk anemia)
- g. Efek samping obat : mulut terasa kering, sensitive terhadap cahaya matahari dan pusing.

### 2. Amlodipine

- a. Klasifikasi / golongan obat : antagonis kalsium/obat resep
- b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 10 mg 1 x 1
- c. Cara pemberian obat : Oral
- d. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Amlodipine bekerja dengan cara melemaskan dinding dan melemaskan diameter pembuluh darah. Efeknya akan memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah pada pembuluh darah. Obat ini juga menghalangi kadar kalsium yang masuk kedalam sel otot halus di dinding pembuluh darah jantung. Kalsium akan membuat otot dinding pembeku darah berkontraksi. Dengan adanya hambatan kalsium yang masuk, dinding pembuluh darah akan menjadi lemas.

Amlodipine berfungsi untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi. Dengan menurunkan tekanan darah, obat ini membantu mencegah serangan stroke, serangan jantung dan penyakit ginjal.

e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien mengalami hipertensi atau tekanan darah tinggi.

f. Kontra indikasi :

1) Pasien yang memiliki riwayat hipersensitifitas atau reaksi alergi yang berlebihan bersifat patologis yang di timbulkan oleh sistem imun tubuh yang menimbulkan beberapa gejala yang tidak diinginkan terhadap amlodipine atau komponen terhadap penghambat kalsium lain.

2) Hipotensi ( tekanan darah rendah )

g. Efek samping obat :

1) Merasa lelah atau pusing

2) Jantung berdegup kencang

3) Merasa mual dan tidak nyaman pada perut

4) Pergelangan kaki membengkak

5) Rasa panans dan kegerahan

6) Nyeri dada

7) Lemas

8) Sesak

9) BAB hitam

### 3. Candesartan

a. Klasifikasi / golongan obat : Angiotensin Reseptor Bloker

b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 16 mg 1 x 1

c. Cara pemberian obat : Oral

d. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Obat ini bekerja dengan cara menghambat pengikatan angiotensin II ke reseptor AT1 pada jaringan tubuh. Hal ini mengakibatkan pelebaran pembuluh darah sehingga aliran darah lancar dan tekanan darah akan menurun.

e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :

Terapi Anti hipertensi diberikan pada pasien gagal ginjal kronik untuk menurunkan tekanan darah akibat hemodialisis atau penumpukan cairan yang tidak terkontrol.

f. Kontra indikasi :

- 1) Pasien yang hipersensitif terhadap obat golongan ARB.
- 2) Pasien dengan gangguan hati yang berat
- 3) Wanita hamil dan menyusul

g. Efek samping obat :

- 1) Nyeri kepala
- 2) Pusing
- 3) Ruam pada kulit
- 4) Mual
- 5) Lemas
- 6) Nyeri dada
- 7) Detak jantung tidak teratur

#### 4. Nephrosteril

a. Klasifikasi / golongan obat : Obat Keras

b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 250 ml 3 x 1

c. Cara pemberian obat : IV

d. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Sebagai pasokan atau asupan asam amino yang seimbang pada ginjal akut dan kronik misalnya malnutrisi, rendahnya kadar protein dalam darah.

e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk memberikan pasokan dan asam amino yang seimbang.

f. Kontra indikasi

Pasien dengan gangguan metabolisme asam amino, gangguan hati stadium lanjut, insufisiensi jantung yang berat hiperhidrasi, hipokalemia, hiponatresmia.

g. Efek samping obat

1) Mual

2) Kedinginan

3) Muntah

4) Reaksi alergi pada kulit

5) Ruam kulit

6) Ketidak nyamanan dada

7) Jantung berdebar

8) Peningkatan SGOT (serum glutamic transaminase) dan SGPT (serum glutamic pyruvic transaminase)

**5. Ondansentron**

a. Klasifikasi / golongan obat : Obat golongan antimietik

b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 4 mg 3 x 1

c. Cara pemberian obat : IV

d. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Ondansentron termasuk antiemetik golongan serotonin 5-HT<sub>3</sub> antagonis reseptor yang bekerja dengan cara menghambat reseptor serotonin di saluran cerna dan sistem persarafan pusat, senyawa kimia alami yang merangsang timbulnya mual dan muntah.

e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :

Untuk mengatasi mual dan muntah

f. Kontra indikasi :

Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan kondisi hipersensitifitas terhadap obat ini dan penggunaannya bersama obat apomorphin dan ondansentrone karena dapat menimbulkan hipotensi dan penurunan kesadaran.

g. Efek samping obat :

Beberapa efek samping yang umumnya muncul setelah pemberian ondansentron di antaranya: sakit kepala, diare, konstipasi, pusing dan mengantuk. Ondansentron dapat memberikan reaksi yang berbeda pada setiap orang. Beberapa orang dapat mengalami efek samping serius setelah pemberian ondansentron atau dikenal dengan sindrom serotonin.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

Dalam bab ini, penulis membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang diberikan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Ny. "L" dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ICU RS Stella Maris Makassar yang meliputi : pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

#### **A. Pembahasan Asuhan Keperawatan**

##### **1. Pengkajian keperawatan kritis**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan yang dilakukan di Rumah Sakit. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada kasus Ny. L berusia 69 tahun meliputi pengkajian langsung pada pasien dan keluarga, yang selanjutnya dilakukan pengumpulan data berdasarkan hasil pengkajian dan data dari status pasien, pengkajian dalam keperawatan kritis terbagi atas dua yaitu:

##### **a. Pengkajian primer**

###### **1) B1 (*Breath*)**

Pada teori pengkajian *breath* didapatkan Sesak nafas, apnea, takipnea. Klien terlihat sesak, frekuensi napas melebihi batas normal dan mengeluh sesak napas seperti tercekik. Sesak napas terjadi akibat pengerahan tenaga dan disebabkan oleh kenaikan tekanan akhir diastolik ventrikel kiri yang meningkatkan tekanan vena pulmonalis. Hal ini terjadi karena terdapat kegagalan peningkatan curah darah oleh ventrikel kiri pada saat melakukan kegiatan fisik

biasanya dapat timbul pada saat istirahat. Sedangkan hasil pengkajian pada kasus didapatkan pasien sesak napas dengan cepat dan dangkal, menggunakan otot diafragma sebagai otot bantu napas, terdengar suara napas tambahan yaitu ronkhi, tidak ada batuk namun menggunakan alat bantu napas oksigen NRM 15 lpm.

2) B2 (*Blood*)

Pada teori pengkajian *blood* didapatkan Denyut nadi lemah, nadi cepat, teratur/tidak teratur, gambaran EKG Sinus Takikardi, Aritmia, Suara Jantung tambahan. Tekanan darah sukar/tidak dapat diukur/normal, Saturasi oksigen bisa menurun <90%. Sedangkan hasil pengkajian pada kasus didapatkan data suara jantung tunggal, irama regular dengan sinus takhikardia, CRT  $\leq 3$  detik, JVP normal, CVP tidak ada, namun terdapat edema di kedua tungkai dan tangan dengan pitting edema grade +2.

3) B3 (*Brain*)

Pada teori pengkajian *brain* didapatkan terjadi Menurunnya atau hilangnya kesadaran, gelisah, disorientasi waktu, tempat dan orang. Sedangkan hasil pengkajian pada kasus didapatkan data tingkat kesadaran pasien kulturalitatif composmentis, kuantitatif E4M6V5, reaksi pupil isokor, reflex patologis tidak ada.

4) B4 (*Bledder*)

Pada teori pengkajian *bledder* didapatkan Produksi urine menurun, warna urine lebih pekat dari biasanya, oliguria, anuria.

Sedangkan hasil pengkajian pada kasus didapatkan data pasien ingin BAK namun tidak ada produksi urin dari tanggal 2-4 Mei 2023, dan pasien tidak terpasang kateter

5) B5 (*Bowel*)

Pada teori bowel didapatkan mulut kering, penurunan turgor kulit, mual dan muntah, kelemahan, stomatitis, ulserasi dan perdarahan gusi. Sedangkan hasil pengkajian pada kasus didapatkan data mukosa bibir kering dan mual

6) B6 (*Bone*)

Pada teori didapatkan kulit pucat, kekuning-kuningan kecoklatan, kering, nyeri pada sendi dan tulang, fraktur patologis. Sedangkan hasil pengkajian pada kasus didapatkan data turgor kulit jelek dan kering, akral dingin.

c. Pengkajian sekunder

Pola yang bermasalah pada pengkajian sekunder yaitu :

Pola 1, Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, berdasarkan hasil pengkajian : tampak sesak, Keluarga pasien mengatakan pasien melakukan pencucian darah 3x seminggu namun 1x jadwal sebelumnya (jumat) tidak dilakukan pencucian darah karena pasien lemas dan saat di masuk ICU pasien juga batal dilakukan cuci darah karena kesakitan diarea perutnya.

Pola 2, Pola nutrisi dan metabolik, berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data : pasien kesulitan makan karena jika ingin makan pasien merasa tidak nafsu makan dan mual.

Pola 3, pola eliminasi, berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data pasien tidak berkemih dari pukul 22.00 sampai saat pengkajian 16.00 besoknya

2. Diagnosis keperawatan

Pada kasus, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai dengan SDKI, yaitu:

- a) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu tampak pasien sesak, RR: 38x/mnt, tampak pernapasan cepat dan dangkal, tampak menggunakan otot bantu pernapasan (diagfragma), ronkhi di kedua lapang paru dan hasil foto thorax: efusi pleura bilateral.

Pada gagal ginjal kronik, fungsi ginjal menurun secara drastis yang berasal dari nefron. Perjalanan dari gagal ginjal kronis membawa dampak yang sistemik terhadap seluruh sistem tubuh dan sering mengakibatkan komplikasi diantaranya pada sistem respirasi dimana terjadinya efusi pleura karena retensi cairan, serta sesak napas (Putri et al., 2020)

- b) Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data bahwa pasien sesak, tampak pitting edema di kedua tangan dan tungkai +2, hasil Balance 24 jam (+) 400 ml, Menurut Bayhakki (2016), pathogenesis gagal ginjal kronik melibatkan penurunan dan kerusakan nefron yang diikuti dengan kehilangan fungsi ginjal yang prgresif. Retensi cairan dan natrium terjadi krena 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

- c) Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan mencerna makanan

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data pasien kesulitan makan karena jika ingin makan pasien merasa tidak nafsu makan dan mual

Pada kondisi terjadinya GGK ginjal akan melakukan adaptasi dengan meningkatkan GFR pada nefron normal yang tersisa dengan proses yang disebut adaptasi hiperfiltrasi. Pada GFR sebesar 30 % maka akan menyerang sistem gastrointestinal dimana saat terjadi inflamasi dan ulserasi pada dinding gastrointestinal sehingga terjadi anoreksia, mual, dan muntah. (Putri et al., 2020)

Diagnosa pada teori yang tidak diangkat pada kasus, adalah :

- a) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Alasan penulis tidak mengambil diagnosa ini karena data yang ditemukan belum cukup mendukung dan tidak bisa melakukan aktivitasnya sendiri karena sesak

- b) Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kekurangan atau kelebihan volume cairan

Alasan penulis tidak mengambil diagnosa ini karena tidak ada data yang mendukung untuk diagnosa ini, kondisi kulit baik dan tidak ada pitting edema yang ditemukan belum menyebabkan kerusakan jaringan kulit.

### 3. Intervensi keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan menentukan masalah keperawatan yang diangkat, maka penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosa keperawatan memfokuskan intervensi sesuai kondisi pasien.

- a) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tindakan yang dilakukan pada pasien yaitu : Observasi : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor

bunyi napas tambahan ( ronkhi), Terapeutik : pertahankan kepatenan jalan napas, posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigen

b) Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Tindakan yang dilakukan pada pasien yaitu : Observasi : Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis, dispnea, edema), Identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik (mis, frekuensi jantung, TD), monitor intake dan output cairan, Monitor peningkatan onkotik plasma (mis, kadar protein dan albumin meningkat), monitor efek samping diuretik (mis, ortostatik hipervolemia, hipokalemia, hiponatrium), Terapeutik: Batasi asupan cairan dan jarang, pemberian *ice cube's* sesuai kebutuhan pasien, Edukasi : Ajarkan cara membatasi cairan dengan memberi edukasi cara mengulum es batu agar dapat dilakukan sendiri khususnya di rumah, Kolaborasi : berikan obat diuretik yaitu furosemide 1 amp

Salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnose ini yaitu terapi *ice cube's* atau kulum es batu. Tindakan ini bertujuan untuk mengurangi rasa haus pada pasien dan tetap mematuhi pembatasan cairan yang dijalankan oleh pasien. Mengulum es batu efektif untuk meredakan rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik karena air es yang mencair dan rasa dingin dari es dapat menyegarkan mulut dan tenggorokan sehingga perasaan haus berkurang. Namun jumlah cairan dalam es batu yang dikulum oleh pasien harus dipertimbangkan, dimana dalam 1 balok atau kotak es batu berisi 5 cc air dan diberikan kepada pasien maksimal 10 kali dalam sehari (Dasuki, 2018)

c) Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Tindakan yang dilakukan pada pasien yaitu : Observasi : Identifikasi faktor mual, monitor mual, Terapeutik : Berikan

makanan dalam jumlah kecil, Edukasi : Anjurkan posisi duduk, jika mampu, Kolaborasi : pemberian antiemetik, jika perlu

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. L, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun. Penulis menemukan hambatan dalam pelaksanaan batasan cairan pasien dimana suami pasien sering memberikan minum melewati lupa jumlah batasan cairan yang telah ditetapkan, dan kesulitan pemantauan output karena tidak dilakukan pemasangan keteter walaupun sudah di kolaborasikan dengan dokter

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 3-5 Mei 2023 pada Ny. L merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam:

- a) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan sesak berkurang, pada hari perawatan ketiga belum teratasi, dimana pasien mengatakan sesak berkurang, otot bantu napas sudah tidak ada, namun masih menggunakan oksigen NC 3 lpm
- b) Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan edema, pada hari perawatan ketiga belum teratasi. Hal ini terjadi karena pasien dan keluarga tidak memenuhi anjuran batasan cairan yang diberikan karena suami pasien sering memberikan minum melewati jumlah batasan cairan yang telah ditetapkan sehingga edema tungkai dan tangan belum teratasi

Setelah diberikan terapi ice cube's pasien mengatakan merasa segar pada tenggorokannya serta rasa hausnya tertangani. Penulis juga melakukan penilaian rasa haus menggunakan

*Visual Analog Scale (VAS)* dengan skala pengukuran 1-10. Dari hasil penilaian menggunakan VAS didapatkan hasil bahwa pasien berada pada rentang haus sedang yaitu 6.

- c) Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor risiko ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan mual berkurang, namun hanya menghabiskan setengah porsi makanannya sampai hari ketiga belum teratasi karena pasien masih merasa mual jika makan banyak.

## **Pembahasan Penerapan EBN (Evidence Based Nursing )**

### 1. Judul EBN

Pemberian terapi selimber ice cube untuk mengurangi intensitas rasa haus pada pasien dengan gagal ginjal kronik (Dasuki & Basok, 2018).

Diagnosis Keperawatan : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Luaran yang diharapkan: Asupan cairan cukup meningkat, output cairan cukup meningkat, edema cukup menurun, tekanan darah cukup membaik, frekuensi nadi cukup membaik.

Intervensi otoritas yang mengacu pada EBN: monitor intake dan output cairan

#### 1) Pengertian tindakan

Terapi *Ice cubes* merupakan intervensi yang dapat diterapkan untuk mengatasi masalah rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik dengan melakukan terapi selimber ice cube' memberikan perasaan menyegarkan dari pada minum air mineral sedikit-sedikit. Terapi ice cube's juga merupakan tindakan yang efektif untuk mengatasi kelebihan volume cairan dan merupakan tindakan sangat mudah bagi pasien untuk dilakukan .

#### 2) Tujuan/rasional EBN

Pemberian terapi *Ice cubes* pada pasien gagal ginjal kronik bertujuan untuk membantu dalam mengurangi rasa haus dan menyegarkan tenggorokan. Terapi *ice cubes* dilakukan dengan cara mengulung es batu, dimana es batu bisa memberikan perasaan lebih segar di banding minum air mineral sedikit-sedikit. Terapi *Ice cubes* dapat membuat mukosa mulut menjadi lebih lembab sesudah mencair, sehingga menyebabkan mulut tidak kering. Es batu memberikan sensasi dingin saat mencair didalam mulut sehingga perasaan haus dapat berkurang dan di harapkan pasien dapat mematuhi pembatasan cairan agar tidak terjadi peningkatan berat badan.

Tabel 4.1 PICOT. 1. Pemberian terapi *slimber ice cube* untuk mengurangi intensitas rasa haus pada pasien dengan gagal ginjal kronik (Dasuki & Basok,2018)

NO	PICOT	PENJELASAN
1	PROBLEM	Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme keseimbangan cairan dan elektrolit
2	INTERVENTION	Kelompok intervensi diberikan perlakuan menghisap slimber ice yang telah disediakan dengan volume 30 ml tiap pasien selama proses dialisis berlangsung dalam 1(satu) sesi. Sebelum diberikan perlakuan, terlebih dahulu dilakukan pendekatan dan penjelasan kepada pasien cara menghisap slimber ice serta diberikan pre-test. Kelompok kontrol diberikan penyuluhan kesehatan tentang cara pembatasan cairan serta manajemen rasa haus secara berkelompok pada setiap jadwal pertemuan hemodialisa.
3	COMPARATION	Pada penelitian ini dilakukan perbandingan hasil pre-test dan post-test melakukan terapi slimber ice dan membandingkan penurunan intensitas rasa haus pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Cara mengukur intensitas rasa haus pasien dengan menggunakan <i>Visual</i>

		<i>Analog Scale</i> (VAS), skor VAS di klasifikasikan menjadi , haus ringan (1-3), haus sedang(4-6), haus berat(7-10).
4	OUTCOME	Hasil penelitian menunjukkan penurunan intensitas rasa haus baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, hal ini dikarenakan kelompok kontrol telah diberikan pendidikan kesehatan terkait pengontrolan rasa haus selama proses hemodialisis sehingga terjadi penurunan rasa haus. Namun hasil penelitian hasil intervensi dengan menghisap selimber ice memiliki signifikansi lebih tinggi karena menurunkan intensitas rasa haus menjadi haus ringan bahkan tidak merasa haus serta meminimalkan resiko kelebihan cairan dengan jumlah slimber ice yang telah terukur volumenya.
5	TIME	Kelompok intervensi diberikan perlakuan menghisap slimber ice yang telah disediakan dengan volume 30 ml tiap pasien selama proses dialisis berlangsung dalam 1(satu) sesi.

1. Pengaruh Terapi Ice Cube's Sebagai Evidence Based Nursing Untuk Mengurangi Rasa Haus Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa (Annisa Nurul Fajri.,2020).

Diagnosa Keperawatan : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Luaran yang diharapkan: Asupan cairan cukup meningkat , output cairan cukup meningkat, edema cukup menurun, tekanan darah cukup membaik, frekuensi nadi cukup membaik.

Intervensi orioritas yang mengacu pada EBN: monitor intake dan output cairan.

1) . Pengertian tindakan

Pasien dengan gagal ginjal kronik harus menjaga dan harus membatasi intake cairan untuk mencegah terjadinya kelebihan cairan dalam tubuh. Pembatasan cairan menjadikan penurunan intake per oral ini akan menyebabkan mulut kering dan lidah jarang teraliri air dan keadaan ini yang memicu kuluhan haus.

2) Tujuan / Rasional EBN

Pemberian terapi Ice Cube'spada pasien gagal ginjal kronik yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi ice cube's untuk mengurangi rasa haus pada pasien yang menjalani hemodialisa di RSUD Pandan Arang Boyolali.

Tabel 4.2 PICOT. 2. Pengaruh Terapi Ice Cube's Sebagai Evidence Based Nursing Untuk Mengurangi Rasa Haus Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa (Annisa Nurul Fajri.,2020).

No	PICOT	PENJELASAN
1	PROBLEM	Terdapat 20 pasien yang menjalani hemodialisa, didapatkan bahwa satu orang mengeluh sangat haus, 11 orang mengeluh hampir sering haus, dan 8

		orang kadang-kadang haus. Ada 16 pasien mengatakan jika terasa haus langsung minum tanpa mengingat takaran minum dalam 24 jam, 4 pasien yang lain mengatakan kadang - kadang mencoba mengemut es batu jika terasa haus.
2	INTERVENSI	Melakukan terapi <i>ice cube's</i> yaitu dengan mengulum es batu karena dapat memberikan perasaan lebih segar daripada minum air mineral sedikit-sedikit. Menghisap es batu dalam sehari maksimal 10 kubus dalam satu kubus terdapat 5ml yang bisa dilakukan maksimal 3-4 kali dalam sehari.
3	COPRASION	Terapi <i>ice cube's</i> dilakukan pada 10 pasien dan 10 pasien tidak dilakukan terapi <i>ice cube's</i> yang menjalani hemodialisa. Kriteria inklusi: pasien yang menjalani hemodialisa 2 kali dalam seminggu.
4	OUTCOME	Hasil evidance based nursing menunjukkan penurunan intensitas rasa haus baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, hal ini dikarenakan kelompok kontrol telah diberikan pendidikan kesehatan terkait pengontrolan rasa haus selama proses hemodialisa sehingga terjadi penurunan

		<p>rasa haus. Namun hasil penelitian dari kelompok intervensi dengan terapi <i>ice cube's</i> memiliki signifikan yang lebih tinggi karena menurunkan rasa haus dari kadang-kadang haus dengan skor batas tinggi menjadi kadang-kadang haus dengan skor batas rendah bahkan hampir tidak haus serta meminimalkan resiko terjadinya penumpukan cairan.</p>
5	TIME	<p>Lama waktu dapat menahan rasa haus pada kelompok mengulum es rerata 93 menit, pada kelompok kumur air matang rerata 55 menit, pada kelompok berkumur dengan obat kumur rerata 76.5 menit.</p>

### Terapi *Ice Cubes*

#### 3) Pengertian tindakan

Terapi *ice cubes* yaitu cara untuk mengatasi rasa haus dan menyegarkan tenggorokan akibat pembatasan cairan serta menurunkan resiko pembengkakan. (Annisa et al.,2020)

#### 4) Tujuan/rasional EBN

Pemberian terapi *ice cubes* pada pasien gagal ginjal kronik bertujuan untuk membantu dalam mengurangi rasa haus dan menyegarkan tenggorokan. Terapi *ice cubes* dilakukan dengan cara mengulum es batu, dimana es batu bisa memberikan perasaan lebih segar di banding minum air mineral sedikit-sedikit. Terapi *ice cubes* dapat membuat mukosa mulut menjadi lebih lembab sesudah mencair, sehingga menyebabkan mulut tidak kering. Es batu memberikan sensasi dingin saat mencair didalam mulut sehingga perasaan haus

dapat berkurang dan di harapkan pasien dapat mematuhi pembatasan cairan agar tidak terjadi peningkatan berat badan.

5) PICOT EBN

a) Pengaruh menghisap *slimber ice* terhadap intensitas rasa haus pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa (Dasuki et al., 2018)

b) Pengaruh terapi *ice cubes* sebagai evidence based nursing untuk mengurangi rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik (Anisa et al., 2020)

1) *Problem*

Masalah yang di alami pasien yaitu bengkak pada tangan , urine hanya sedikit dan sesak napas.

2) *Intervention*

Prosedur kerja terapi *ice cubes* adalah sebagai berikut:

(a) Ambil potongan es batu

(b) Masukkan es batu kedalam mulut dan mengulumnya sampai mencair di mulut maksimal diberikan sebanyak 10 kubus dalam sehari dan dalam satu kubus terdapat 5 ml air.

(c) Cara ini bisa dilakukan 3-4 kali sehari. (Annisa et al., 2020)

3) *Comparison*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Annisa et al., 2020), bahwa pemberian terapi *ice cubes* dapat memberikan perasaan yang menyengarkan, serta membantu mengatasi rasa haus pasien disebabkan kondisi mulut yang dingin dapat membuat rasa haus menjadi berkurang, dan dapat membasahi kelenjar ludah dan korongkongan sehingga akan menyebabkan *osmoreseptor* menyampaikan ke hipotalamus bahwa cairan tubuh sudah terpenuhi, dan feedback dari kondisi tersebut menyebabkan rasa haus berkurang. Penelitian diatas memberikan dampak dan hasil sesuai dengan apa yang

di harapkan perawat untuk membatasi cairan pada pasien, sehingga mengurangi edema.

4) *Outcome*

Setelah dilakukan intervensi terapi *ice cube* kepada Ny.L di dapatkan pemberian terapi *ice cube* efektif untuk mengurangi rasa haus dan menyengarkan tenggorokan, dibuktikan dengan SLKI :

Keseimbangan cairan

- (a) Kelembaban membrane mukosa cukup meningkat
- (b) Edema cukup menurun.

## 6. Kesimpulan PICOT

Dari analisis dua jurnal mengenai pemberian intervensi mengulum es batu pada pasien dengan gagal ginjal kronik didapatkan bahwa pemberian terapi mengulum es batu efektif dalam mengatasi rasa haus dibandingkan dengan terapi yang lain seperti mengunyah permen karet dan berkumur dengan obat kumur. Mengulum es batu efektif untuk meredakan rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik karena air es yang mencair pada kelenjar lidah dan rasa dingin dari es dapat menyegarkan mulut dan tenggorokan sehingga perasaan haus berkurang. Namun jumlah cairan dalam es batu yang dikulum oleh pasien harus dipertimbangkan, dimana dalam satu balok atau satu kubus es batu berisi 5ml air dan diberikan kepada pasien maksimal 3-4 kali dalam sehari, sehingga rasa haus pada pasien dapat teratasi dan intake cairan pada pasien tetap terpantau dengan baik.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan pengkajian data, tinjauan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan pada Ny.L dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK), di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian: dari hasil yang didapatkan dari Ny.L berusia 69 tahun faktor terjadinya GGK yaitu memiliki penyakit hipertensi selama  $\pm$  5 tahun terakhir. Saat pengkajian didapatkan edema pada kedua tangan, pasien tampak gelisah, CRT kembali dalam  $\leq$  3 detik, tampak pasien sesak 38x/menit, tampak sesak pasien meningkat ketika banyak bergerak, terpasang NRM 15L/menit, SPO2: 98%, tekanan darah 182/98 mmHg, ureum:64,9 mg/dl (10-50 mg/dl), Kreatinin: 5,40 mg/dl (<1,1 mg/dl), Albumin: 3,62 g/dl (3,5-5g/dl), hasil foto thorax: efusi pleura bilateral, EKG: Sinus Takikardia.
2. Diagnosa Keperawatan yang ditemukan pada Ny.L dengan GGK, yaitu: pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan.
3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis: meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Intervensi untuk masalah pola napas tidak efektif yaitu manajemen jalan napas, dan manajemen hipervolemia untuk intervensi

hipervolemia sedangkan intervensi risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan yaitu manajemen muntah.

4. Implementasi keperawatan : setelah perawatan selama 3 hari yang di bantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan dan hasil : evaluasi tidak ada diagnosis yang teratasi yaitu pola nafas tidak efektif, hipervolemia, intoleransi aktivitas karena perawat karena perawatan GGK membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap di lanjutkan oleh perawat ruangan.
6. Penerapan EBN pada pasien Ny.L dengan Gagal Ginjal Kronik yaitu tentang memberikan terapi es batu tujuannya untuk mempertahankan pemenuhan cairan pada pasien Ny.L saat menjalani hemodialisis.

## **B. SARAN**

Penulis menyampaikan saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang di tunjukan.

### **1. Bagi Rumah Sakit**

Di harapkan pihak rumah sakit khususnya ruang perawatan ICU pentingnya monitor secara ketat penanganan pasien gagal ginjal kronik.

### **2. Bagi Profesi Keperawatan**

- a. Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan memberi hasil yang baik dan memberi kepuasan tersendiri bagi pasien, keluarga dan perawat itu sendiri.
- b. Hendaknya selalu memperhatikan tindakan yang perlu dan sangat penting dalam melakukan perawatan pada pasien dengan

GGK khususnya memperhatikan SOP pembatasan cairan dengan gelas takar agar pasien mampu melakukan pembatasan cairan oral secara mandiri.

c. Hendaknya dapat menerapkan *Evidence Based Nursing* dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien baik di ruang ICU maupun di ruang perawatan lainnya.

### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat menjadikan hasil asuhan keperawatan ini sebagai sumber untuk penyusunan karya ilmiah berikutnya

Bagi institusi pendidikan juga diharapkan untuk menambah sumber pembelajaran untuk membantu dalam penyusunan karya ilmiah berikutnya.

### 4. Bagi Mahasiswa/l

Bagi mahasiswa/l untuk lebih meningkatkan intervensi serta pelaksanaan yang tepat bagi pasien sesuai dengan teori yang di dapatkan di bangku perkuliahan demi membantu meningkatkan kesehatan pasien serta diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan.

## RIWAYAT HIDUP

### 1. Identitas Pribadi

Nama : MEIDYAWATI  
Tempat/Tanggal Lahir : Sungguminasa, 21 Mei 1990  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Bontocinde desa panakkukang

### 2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Ahmad/Kamariah  
Agama : Islam  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Bontocinde desa Panakkukang

### 3. Pendidikan Yang Telah Di tempuh :

SDN Bontocinde : 1995 - 2001  
SMPN 1 Palangga : 2001 - 2004  
SMA Neg 1 Sungguminasa : 2004 -2007  
POLTEKKES KEMENKES MAKASSAR : 2007- 2010  
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2020 - 2022

## RIWAYAT HIDUP

### 1. Identitas Pribadi

Nama : NIMSIANI TANDUNGAN  
Tempat/Tanggal Lahir : Balikpapan, 18 - September - 1996  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Protestan  
Alamat : GERSIK, RT 09 RW 02 Penajam Paser Utara

### 2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : PETRUS.A.T. / EUNIKO .P.  
Agama : Protestan  
Pekerjaan : Swasta  
Alamat : GERSIK, RT 09 RW 02 Penajam Paser Utara

### 3. Pendidikan Yang Telah Di tempuh

TK Darma Husada : 2001 - 2002  
SDN 029 Penajam : 2003 - 2009  
SMPN Dharma : 2009 - 2012  
SMK Kesehatan : 2012 - 2014  
S1 STIK Stella Maris Makassar: 2015 - 2020

# LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG (ICU ) RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Nama : 1. Meidyawati (NS2214901108)

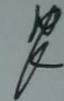
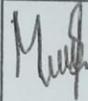
2. Nimsiani Tandungan (NS2214901120)

Pembimbing : 1. Mery Solon, Ns., M.Kes

3. Rosmina Situngkir, Ns.,M.Kes

NO	HARI TANGGAL	MATERI KONSUL	TANDA TANGAN			
			MAHASISWA		PEMBIMBING	
			I	II	I	II
1	21 april 2023	Mengajukan Kasus “ Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang ICU Rs Stella Maris Makassar (ACC)				
2	15 Mei	BAB III dan BAB IV -Tambahkan				

	2023	<p>fisioterapi dada (manajemen jalan napas).</p> <p>- Tambahkan pembahasan perbandingan antara teori dan kasus dari tindakan EBN yang dilakukan ke pasien</p>		<i>[Signature]</i>			<i>[Signature]</i>
3	31 Mei 2023	<p>BAB I dan II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki bab I dan bab II</li> <li>- Faktor pencetus pasien terkena GGK diberi warna</li> </ul> <p>Tambahkan latar belakang</p>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>
4	2 Juni 2023	<p>BAB II dan IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan untuk apa pasien diberikan ice cube's</li> <li>- Tambahkan jumlah pasien GGK di ruang HD dari tahun 2022</li> <li>- Tambahkan masalah keperawatan apa yang muncul pada pasien</li> </ul> <p>Tambahkan rasional pada diagnose teori</p>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>
5	3 Juni 2023	<p>BAB IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan apakah ada kesenjangan antara kasus dan teori dari</li> </ul>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>

		<p>EBN yang diberikan ke pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan diagnosa yang tidak di angkat pada pasien apaalasan tidak di masukkan</li> </ul> <p>Tambahkan penjelasan untuk apa pasien diberikan terapi tersebut</p>				
6	10 Juni 2023	<p>BAB I dan II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsul bab I, bab II dan pathway ACC bab I, bab II</li> </ul>				

## DAFTAR PUSTAKA

- Amidos, J., Sari, U., & Indonesia, M. (2021). *Self-Concept Correlated with the incidence of Depression in Hemodialysis Ppatients. September.* <https://doi.org/10.32419/jppni.v5i3.240>
- Adriani, M. &. (2017). konsep penyakit gagal ginjal. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 7(1), 1–33. <https://www.bertelsmann-stiftung.dBasuki>. (2016). Keperawatan medical bedah: system perkemihan. *Rapha Publishing*.
- Bayhakki. (2016). *Patofisiology Chronic Kidney Disease*. 6–21.
- Dewi, F. (2019). Journal of Ginjal Kronis Information. *Kesehatan*, 53(9), 1689–1699. <http://eprints.poltekkesjogjas.ac.id/1090/3/Chapter1.pdf>
- Djarwoto. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisis di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. *Jakarta: EGC*.
- Hall, G. &. (2018). Anatomi dan Fisiologi Ginjal pada Manusia, Penyakit- Penyakit Ginjal. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., *yyp2i*, 21–66.
- Harrison. (2013). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. *Departemen Ilmu Penyakit*.
- Irianto. (2017). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. *Buku Kedokteran EGC*.
- isroin. (2019). Asuhan Keperawatan Pasien Chronic Kidney Disease (GGK) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman: Ansietas. *Jurnal Keperawatan*.
- Melinah Hidayat. (2018). Asuhan keperawatan pada klien gagal ginjal kronik. *World Development*, 1(1), 1–15.

<http://www.fao.org/3/I8739EN/i8739en>.

Muhiti, W. &. (2019). Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. *Jakarta: EGC*.

Mulyanti, D. &. (2019). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. *Jakarta: EGC*.

Muttaqin. (2018). Enhancement of Solubilization and Bioavailability of Poorly Soluble Drugs by Physical and Chemical Modifications: A Recent Review. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*.

Permata, N. (2021). Asuhan Keperawatan pada pasien cronic kidney disease. *Jurnal Keperawatan*, 9(2), 1. <https://doi.org/10.35790/jkp.v9i2.36775>

Prabowo & Pranata. (2018). Buku ajar keperawatan sistem perkemihan. *Nuha Medika*.

Price, Sylvia Anderson, W. L. (2021). Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. *EGC*.

Priscililla & Lemone. (2016). Asuhan Keperawatan Pada Gagal Ginjal Kronik. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Putri, E., Alini, & Indrawati. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga dan Kebutuhan Spiritual Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalani Terapi Hemodialisis Di RSUD Bangkinang. *JURNAL NERS Research & Learning in Nursing Science*, 4(23), 47–55. [file:///C:/Users/G40/Downloads/1113-Article Text-2489-1-10-20201104 \(1\).pdf](file:///C:/Users/G40/Downloads/1113-Article%20Text-2489-1-10-20201104%20(1).pdf)

Smeltzer, S., & Bare, S. (2016). Keperawatan Medikal Bedah. *Buku*

*Kedokteran EGC.*

Suwitra. (2016). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam jilid I. Edisi IV. *Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit.*

Syaifuddin. (2016). Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan; *Jakarta: TIM.*

Widayati, N. &. (2017). *Buku Panduan Mengenal Penyakit Ginjal Kronis dan perawatannya.*

[http://eprints.undip.ac.id/81430/1/Buku\\_Panduan\\_Mengenal\\_Penyakit\\_Ginjal\\_Kronis\\_dan\\_Perawatannya\\_Henni\\_Kusuma%2C\\_Suhartini%2C\\_Untung\\_Sujianto%2C\\_Chandra\\_Bagus\\_Ropiyanto%2C\\_Wahyu\\_Hidayati.pdf](http://eprints.undip.ac.id/81430/1/Buku_Panduan_Mengenal_Penyakit_Ginjal_Kronis_dan_Perawatannya_Henni_Kusuma%2C_Suhartini%2C_Untung_Sujianto%2C_Chandra_Bagus_Ropiyanto%2C_Wahyu_Hidayati.pdf)

Bellasari, D (2020). hubungan lama mwnjalani hemodialisis dengan kualitas hiduppasien gagal ginjal kronik di RSUD kota Madiun, 1(2),6-11, <http://repository,stikes-bhm,ac.id/id/eprint/770>