



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH :

**MEGAWATI (NS2114901100)
MELANIA AGNES (NS2114901101)**

**PROGRAM PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH :

**MEGAWATI (NS2114901100)
MELANIA AGNES (NS2114901101)**

**PROGRAM PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : 1. Megawati (NS2114901100)

2. Melania Agnes (NS2114901101)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2022

Yang menyatakan,


Megawati


Melania Agnes

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

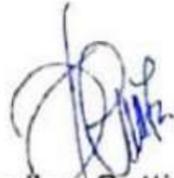
Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Megawati (NS2114901100)
2. Melania Agnes (NS2114901101)

Disetujui Oleh:

Pembimbing I



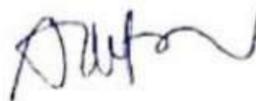
(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep.) (Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes)
NIDN : 0904078805

Pembimbing II



NIDN : 0925117501

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



(Fransiska Anita E. R. S., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB)
NIDN : 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Megawati (NS2114901100)
2. Melania Agnes (NS2114901101)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan
Gagal Ginjal Kronik (GGK) di Ruang ICU Rumah Sakit
Stella Maris Makassar

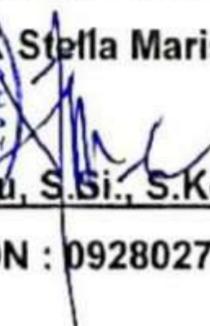
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep ()
Pembimbing 2 : Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes ()
Penguji 1 : Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes ()
Penguji 2 : Serlina Sandi, Ns., M.Kep ()

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 06 Juli 2022

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar
(Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes)
NIDN : 0928027101

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Megawati (NS2114901100)

: Melania Agnes (NS2114901101)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2022

Yang menyatakan,


Megawati


Melania Agnes

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Adapun penulisan karya ilmiah akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir untuk memperoleh gelar Profesi Ners pada Program Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar sekaligus sebagai Penguji I yang bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan saran dan arahan dalam karya ilmiah akhir kami.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep, Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi.

5. Mery Sambo, Ns., M.Kep selaku Ketua Prodi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners.
6. Dr. Teoroci Luisa Nunuhitu, M. Kes selaku Direktur RS Stella Maris Makassar dan Alfirada, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Wakil Direktur Keperawatan RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan praktik klinik di RS Stella Maris.
7. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah membagi waktu, tenaga, pikiran, emosi, dan dukungan dalam proses pembimbingan mulai dari tahap awal penyusunan karya ilmiah akhir ini hingga selesai.
8. Rosmina Situngkir, SKM., Ns., M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah membagi waktu, tenaga, pikiran, emosi, dan dukungan dalam proses pembimbingan mulai dari tahap awal penyusunan karya ilmiah akhir ini hingga selesai.
9. Serlina Sandi, Ns., M.Kep selaku penguji II yang bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan saran serta arahan dalam karya ilmiah akhir kami
10. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
11. Teristimewa orang tua dan saudara/i, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
12. Tn "T" dan keluarga yang telah meluangkan waktu dan bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
13. Seluruh rekan-rekan Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2021 yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu, yang telah bekerja sama selama mengikuti praktik lapangan maupun dalam memberikan kritik dan sarannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah ini masih banyak terdapat kekurangan untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran

untuk kesempurnaan karya ilmiah ini. Akhir kata, kami berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya ilmiah akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu selanjutnya, terutama bagi pembaca serta masyarakat pada umumnya.

Makassar, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan	4
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi dan Fisiologi.....	8
3. Etiologi	15
4. Patofisiologi.....	18
5. Klasifikasi.....	20

6. Manifestasi Klinik	21
7. Tes Diagnostik.....	23
8. Penatalaksanaan Medis.....	24
9. Komplikasi	29
B. Konsep Dasar Keperawatan	30
1. Pengkajian primer	30
2. Pengkajian sekunder.....	32
3. Diagnosis Keperawatan	34
4. Luaran dan Perencanaan Keperawatan.....	35
5. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	45
6. Pathway	46
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	52
B. Pengkajian primer.....	54
C. Diagnosa keperawatan primer	56
D. Pengkajian Sekunder	59
E. Diagnosa Keperawatan sekunder	76
F. Perencanaan Keperawatan.....	82
G. Implementasi Keperawatan & Evaluasi	89
H. Daftar Obat	130
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Askep	133
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	143
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	148
B. Saran.....	150
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Luaran dan Intervensi Keperawatan.....	35
Tabel 3.1 Luaran dan Intervensi Keperawatan.....	82
Tabel 3.1 Pengkajian Primer	56
Tabel 3.2 Laboratorium Darah Rutin.....	74
Tabel 3.3 Pemeriksaan Serum Ureum.....	75
Tabel 3.4 Pemeriksaan Kimia Darah	76
Tabel 3.5 Pemeriksaan BUN.....	76
Tabel 3.6 Prinsip-prinsip Tindakan dan Rasional	77
Tabel 3.7 Analisa Data	80
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan	82
Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	89
Tabel 4.1 Analisis <i>Evidence Based Nursing</i>	145

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Struktur Ginjal.....	8
---------------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsul Pembimbing

Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan epidemiologi selama beberapa tahun terakhir menunjukkan bahwa prevalensi penderita penyakit Gagal Ginjal Kronis (GGK) populasinya meningkat (Wakhid et al., 2018). Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan gangguan fungsi ginjal dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit serta kehilangan daya dalam proses metabolisme yang dapat menyebabkan terjadinya uremia karna penumpukan zat-zat yang tidak bisa dikeluarkan dari tubuh oleh ginjal yang mengarah pada kerusakan jaringan ginjal yang progresif dan *irreversibel* (Kamil, 2018).

Prevalensi diseluruh dunia menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2017) mengemukakan bahwa angka kejadian GGK di seluruh dunia pada tahun 2015 mencapai 10% dari populasi, sementara itu pasien GGK yang menjalani hemodialisis (HD) diperkirakan mencapai 1,5 juta orang di seluruh dunia. Angka kejadiannya diperkirakan meningkat 8% setiap tahunnya. GGK menempati penyakit kronis dengan angka kematian tertinggi ke-20 di dunia. Berdasarkan *National Chronic Kidney Disease Fact Sheet* (2017) di Amerika Serikat, terdapat 30 juta orang dewasa (15%) memiliki penyakit GGK (Putri et al., 2020).

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi GGK berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia sebesar 3,8%. Prevalensi paling tertinggi sebesar 6,4% berada pada Provinsi Kalimantan Utara sedangkan prevalensi terendah sebesar 1,8% berada pada Provinsi Sulawesi Barat serta Provinsi Sulawesi Selatan sebesar 3,5%, Sulawesi Utara sebesar 3%, dan Sulawesi Tengah 4,4% (Pelupessy et al., 2021).

Penderita GGK pada stadium tahap akhir memerlukan terapi untuk dapat menggantikan fungsi ginjal sehingga kehidupan dapat dipertahankan. Adapun salah satu terapinya adalah dengan tindakan hemodialisis (HD). Hemodialisis merupakan tindakan atau usaha untuk membersihkan darah dari bahan beracun yang tidak dapat dikeluarkan dari dalam tubuh melalui ginjal.

Data dari *Indonesian Renal Registry* (IRR) menyebutkan bahwa dari 249 renal unit yang melaporkan bahwa tercatat 30.554 pasien yang aktif menjalani hemodialisa (Intan Saraswati et al., 2019). *Indonesian Renal Registry* (IRR) juga mencatat di Indonesia ada \pm 20.000 penderita GGK yang menjalani terapi hemodialisis, dan pada tahun 2016 mengalami peningkatan sebanyak 25.000 pasien, serta kemungkinan masih ada 20.000 pasien GGK lainnya yang belum mendapatkan akses untuk berobat (Puspanegara, 2019).

Pasien yang menderita GGK, khususnya yang pertama kali terdiagnosis biasanya datang dengan keluhan sesak napas dan bengkak baik pada palpebra dan tungkai serta terjadi penumpukan cairan pada rongga peritoneum. Hal ini disebabkan karena ketidaktahuan akan pembatasan cairan yang harus dijalani.

Pasien GGK yang telah terdiagnosis lama dan menjalani pengobatan hemodialisis dalam jangka waktu yang panjang mengalami berbagai masalah seperti masalah finansial, kesulitan untuk bekerja, sulit tidur, kehilangan nafsu makan, sering merasa bosan, dorongan seksual yang menurun, depresi, ketakutan menghadapi kematian serta gaya hidup yang mengalami banyak perubahan yang mempengaruhi semangat hidup serta kualitas hidup penderita (Amidos et al., 2021).

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 asites yang mengakibatkan pasien sesak napas, pasien perlu diberikan perawatan yang intensif di ruang ICU sampai kondisi pasien stabil.

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

Kurniawati et al., (2018) mengungkapkan bahwa salah satu cara yang dapat dilakukan dalam mengurangi rasa haus dan meminimalisir terjadinya peningkatan berat badan GGK adalah dengan terapi *ice cube's* (mengulum es batu). Terapi ini dianggap lebih efektif karna mampu mengurangi rasa haus dan memberikan rasa segar di tenggorokan dalam waktu yang cukup lama sehingga batasan cairan harian penderita tetap terkontrol.

Berdasarkan fenomena tersebut, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Ilmiah Akhir (KIA) yang berjudul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar" sebagai salah satu pemenuhan tugas akhir.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang menderita Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Memberi gambaran bagi tenaga kesehatan mengenai perjalanan penyakit dari Gagal Ginjal Kronik (GGK) serta akibat yang dapat ditimbulkan jika tidak segera ditangani dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang dirawat di RS.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Memperluas wawasan serta memberikan pembelajaran tersendiri dalam berdiskusi bersama serta pengalaman dalam merawat dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) dan menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) dalam proses keperawatan yang diberikan kepada pasien.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai sumber pembelajaran bagi mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris

Makassar dalam memperluas wawasan serta menambah ilmu pengetahuan.

D. Metode Penulisan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Gagal Ginjal Kronik(GGK) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus, sebagai berikut:

1. Studi Pustaka

- a. Data lebih banyak diperoleh dari referensi yang berkaitan dengan masalah Gagal Ginjal Kronik yang diangkat oleh penulis.
- b. Memperoleh refensi dari internet

2. Studi kasus

Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, analisa data, penetapan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien. Data yang didapatkan melalui beberapa cara, yaitu :

a. Wawancara

Dengan mengkaji dan menggali permasalahan yang dialami pasien dan keluarga serta berbagai pihak yang mengetahui kondisi pasien yang dilakukan dengan proses tanya jawab.

b. Observasi

Dengan melakukan pengamatan langsung kepada pasien dengan mengikuti berbagai tindakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung kepada pasien, mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

d. Dokumentasi

Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun mulai dari Bab I sampai Bab V, dimana Bab I Pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

Bab II Tinjauan Pustaka. Bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medis dan komplikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *discharge planning* (perencanaan pulang) dan *patoflowdiagram*.

Pada Bab III Tinjauan Kasus, terdiri dari pengamatan kasus pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Pada Bab IV Pembahasan Kasus, yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan fakta dari kasus-kasus kelolaan yang dikemukakan di bab III.

Bab V membahas tentang simpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

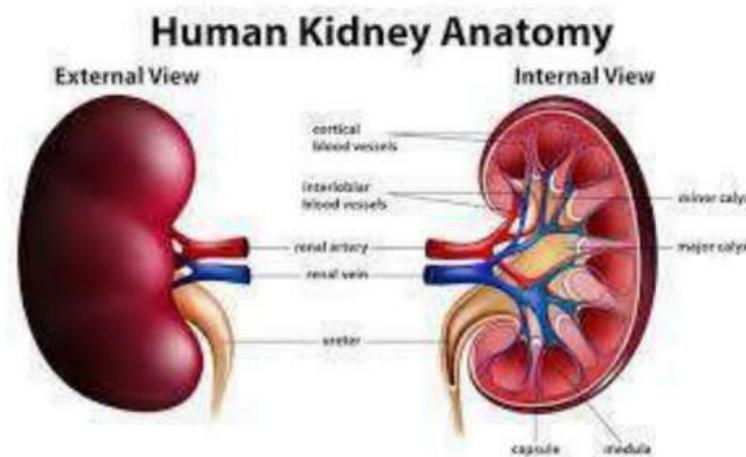
Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana tubuh mengalami kegagalan untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan elektrolit, sehingga menyebabkan uremia (Haksara & Rahmanti, 2021).

Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan kegagalan fungsi ginjal (unit nefron) yang berlangsung lama dan menetap yang mengakibatkan penumpukan sisa metabolik (toksik uremik) sehingga ginjal tidak dapat memenuhi kebutuhan dan menimbulkan gejala tertentu (Wicaksono & Anggarini, 2019).

Menurut Faizah & Sulastri (2020) mengemukakan bahwa Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah salah satu masalah kesehatan yaitu kerusakan ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun produksi darah, yang ditandai dengan adanya protein dalam urine dan terjadi penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) atau *Glomerulus Filtration Rate* (GFR).

Menurut pendapat para ahli di atas, maka penulis menyimpulkan bahwa Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah kerusakan atau kegagalan ginjal dalam menjalankan fungsinya sehingga tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan elektrolit sehingga terjadi penimbunan sampah sisa metabolisme dalam tubuh yang menimbulkan gejala seperti retensi air dan natrium di dalam tubuh.

2. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.1

Struktur Ginjal

Ginjal merupakan organ retroperitoneal (diluar selaput perut) antara vertebra lumbal 1 dan 4, yang berjumlah 2 buah. Ginjal terletak disebelah kanan dan kiri tulang punggung. Tiap ginjal terdiri dari korteks dan medulla. Daerah medulla penuh dengan percabangan koligens. Bagian ginjal yaitu nefron, merupakan unit dari struktur ginjal yang berjumlah kurang lebih satu juta nefron. Nefron terdiri atas glomerulus, tubulus proksimal konvulta, ansa henle dan tubulus distal konvulta, duktus koligen medulla (Padila, 2016).

a. Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari dua bagian, yaitu :

- 1) Bagian dalam (internal) medulla : substansi medularis terdiri dari piramid renalis jumlahnya antara 8-12 buah yang mempunyai basis sepanjang ginjal, sedangkan apeksnya menghadap sinus renalis.
- 2) Bagian luar (eksternal) korteks. Substansikorkalis berwarna coklat merah, konsisten lunak dan bergranula. Substansi ini tepat di bawah tunik fibrosa, melengkung sepanjang basis piramid yang berdekatan

dengan sinus renalis, bagian dalam di antara piramid dinamakan columna renalis.

b. Pembungkus Ginjal

Ginjal dibungkus oleh suatu massa jaringan lemak yang disebut kapsul adipose. Bagian yang paling tebal terdapat pada tepi ginjal yang memanjang melalui hilus renalis. Ginjal dan kapsul adipose ditutup oleh suatu lamina khusus dari fascia profunda dan stratum fascia subserosa internus. Fascia subserosa terpecah menjadi dua bagian yaitu lamella anterior (fascia prerenalis) dan lamella posterior (fascia retrorenalis) (Padila, 2016).

c. Nefron

Nefron adalah massa tubulus mikroskopis ginjal yang merupakan satuan fungsional ginjal. Nefron menyerang darah dan mengontrol komposisinya. Setiap nefron berawal dari berkas kapiler yang terdiri dari :

- 1) Glomerulus, merupakan gulungan atau anyaman kapiler yang terletak di dalam kapsul bowmen (ujung buntu tubulus ginjal yang bentuknya seperti kapsul cekung menutupi glomerulus yang saling melilitkan diri) yang menerima darah dari anterior aferan dan meneruskan darah ke sistem vena melalui anterior aferan. Natrium secara bebas difiltrasi dalam glomerulus sesuai dengan konsentrasi dalam plasma. Kalium juga masih difiltrasi secara bebas.
- 2) Tubulus Proksimal Konvulta, tubulus ginjal yang langsung berhubungan dengan kapsul bowmen dengan panjang 15 mm dengan diameter 55 mm. Bentuknya berkelok-kelok menjalar dari korteks ke bagian medulla dan kembali ke korteks. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi diabsorpsi secara isotonic bersama klorida

dan melibatkan transportasi aktif natrium. Peningkatan absorpsi natrium akan mengurangi pengeluaran air dan natrium. Hal ini dapat mengganggu pengenceran dan pemekatan urin yang normal. Kalium direabsorpsi lebih dari 70%, kemungkinan dengan mekanisme transportasi aktif akan terpisah dari reabsorpsi natrium.

- 3) Ansa Henle, bentuknya lurus dan tebal, diteruskan ke segmen tipis dan selanjutnya ke segmen tebal, panjangnya 12 mm, total panjang ansa henle 2-14 mm. Reabsorpsi klorida dan natrium di pars ascendens penting untuk pemekatan urin karena membantu mempertahankan integritas gradien konsentrasi medulla. Kalium terfiltrasi sekitar 20-25% diabsorpsi pada pars ascendens lengkung henle proses pasti terjadi karena gradien elektrokimia yang timbul sebagai akibat dari reabsorpsi aktif klorida pada segmen nefron ini.
- 4) Tubulus Distal Konvulta, bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok dan jauh letaknya dari kapsul bowmen, panjangnya 5 mm yang masing-masing nefron bermuara ke duktus koligen yang panjangnya 20 mm. Panjang nefron keseluruhan ditambah dengan duktus koligen 45-65 mm. Fungsi dari tubulus kontortus distal adalah untuk melakukan proses augmentasi atau penambahan zat yang tidak berguna atau berlebihan sehingga urine menjadi pekat dan siap untuk dikeluarkan dari tubuh.
- 5) Duktus koligen medulla, buka merupakan saluran metabolik tidak aktif, tetapi pengaturan secara halus ekskresi natrium urin terjadi di sini dengan aldosterone yang paling berperan terhadap reabsorpsi natrium. Duktus ini memiliki kemampuan mereabsorpsi dan

mendekresikan kalium. Ekskresi aktif kalium diperlihatkan pada duktus koligen kortikal dan dikendalikan oleh aldosterone. Reabsorpsi aktif kalium natrium murni terjadi dalam duktus koligen medulla (Padila, 2016).

d. Pembuluh Darah Ginjal

Ginjal merupakan organ yang sangat kaya akan pembuluh darah dan mampu menerima 20% curah jantung dalam keadaan istirahat. Ginjal mendapat suplai darah arteri dan aorta abdominal. Arteri renalis bercabang kemudian membentuk arteri lobaris yang memberi suplai darah pada piramid. Arteri lobaris ini kembali bercabang agar darah dapat bergerak dengan efisien melalui setiap nefron. Darah masuk ke dalam glomerulus melalui arteriol aferen dan keluar melalui arteri aferen. Kemudian darah mengalir melalui kapiler peritubular yang mengelilingi tubula nefron dan akhirnya darah dalam kapiler peritubular masuk ke dalam venula dan darah dikembalikan ke dalam system sirkulasi melalui sistem vena ginjal (Syaifuddin, 2016).

Ginjal memiliki 2 fungsi yaitu fungsi ekskresi dan fungsi non-ekskresi. Selain itu ginjal juga berperan dalam pembentukan urine, pengaturan hormone terhadap fisiologi ginjal, keseimbangan asam basa ginjal dan pengaturan cairan.

a. Fungsi Ginjal

Ginjal memiliki 2 fungsi, yaitu :

1) Fungsi Ekskresi

- (a) Mempertahankan osmolaritas plasma sekitar 285 miliosmol dengan mengubah-ubah ekskresi air.
- (b) Mempertahakan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam batas normal.

- (c) Memperahankan pH plasma sekita 7,4 dengan megeluarkan kelebihan ion H^+ dan membentuk kembali HCO_3 .
- (d) Mengekskresikan produk akhir nitrogen dari metabolisme protein terutama urea, asam urat dan kreatinin.

2) Fungsi Non-Ekskresi

- (a) Menghasilkan renin, penting untuk pengaturan tekanan darah.
- (b) Menghasilkan eritropoetin, faktor penting dalam stimulasi produksi sel darah merah oleh sum-sum tulang belakang.
- (c) Metabolism vitamin D menjadi bentuk aktifnya.
- (d) Degradasi insulin.
- (e) Menghasilkan prostaglandin (Syaifuddin, 2016).

b. Proses Pembentukan Urine

Ada 3 tahap dalam pembentukan urine yaitu sebagai berikut :

1) Proses Filtrasi (Penyaringan)

Proses filtrasi terjadi di glomerulus. Proses ini terjadi karena permukaan aferen sehingga terjadi peyerapan darah lebih. Setiap menit kira-kira 1.200 ml darah, terdiri dari 450 ml sel darah dan 660 ml plasma masuk ke dalam kapiler glomerulus. Untuk proses filtrasi diperlukan tekanan untuk mendapatkan hasil akhir.

Tekanan hidrostatik cairan di dalam kapsula bowmen kira-kira 5 mmHg. Tekanan osmotik koloid protein kira-kira 30 mmHg yang cenderung menarik air dan garam ke dalam pembuluh kapiler.

Tekanan akhir menyebabkan filtrasi dikurangi tekanan yang melawan filtrasi sama dengan filtrasi aktif ($50-30 +5 \text{ mmHg} = 25 \text{ mmHg}$). Kira-kira 120 ml plasma difiltrasi setiap menit. Pada glomerulus membran filtrasi hanya dapat dilalui oleh plasma, garam, glukosa dan molekul kecil lainnya. Sel darah dan plasma teratur besar untuk difiltrasi dengan cara ini.

2) Proses Reabsorpsi (Penyerapan Kembali)

Proses ini terjadi penyerapan kembali sebagian besar bahan-bahan yang masih berguna oleh tubuh diantaranya adalah glukosa, natrium, klorida, fosfat dan ion bikarbonat. Proses tersebut terjadi secara pasif yang dikenal sebagai obligator reabsorpsi terjadi pada tubulus atas. Sedangkan pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi penyerapan kembali ke dalam tubulus bagian bawah. Penyerapannya terjadi secara aktif dikenal dengan reabsorpsi fluktuatif dan sisinya dialirkan pada papila renal. Hormon yang dapat ikut berperan dalam proses reabsorpsi adalah *Anti Diuretic Hormone* (ADH).

3) Proses Sekresi (Pengeluaran)

Tubulus ginjal dapat mensekresi atau menambah zat-zat ke dalam cairan filtrasi selama metabolisme sel-sel membentuk asam dalam jumlah besar. Namun pH darah dan cairan tubuh dapat dipertahankan sekitar 7,4 (alkalis). Sel tubuh membentuk amoniak yang bersenyawa dengan asam kemudian disekresi sebagai ammonium agar pH darah dan cairan tubuh tetap alkalis (Handayani & Rahmayati, 2018).

Komposisi urine :

- a) Air (96%)
- b) Larutan (4%), yaitu :
 - (1) Larutan Organik : urea, ammonia, kreatinin, asam urat. Urea merupakan larutan organik terbesar.
 - (2) Larutan Non-Organik : natrium (sodium), klorida, kalium, sulfat, magnesium, fosfor. Natrium merupakan garam non-organik yang paling banyak (Wijaya & Putri, 2016).
- c. Pengaturan Hormon Terhadap Fisiologi Ginjal

Pengaturan akhir dari urine diatur oleh 3 jenis hormon yaitu osmoreseptor pada hipotalamus sangat sensitive terhadap osmolaritas serum. Selama dehidrasi osmolaritas serum meningkat. Osmoreseptor ini merangsang permeabilitas sel tubulus koligens terhadap air. Hormon lain yang mempengaruhi konsentrasi urin adalah renin. Bila laju filtrasi glomerulus (LFG) turun karena dehidrasi atau kehilangan darah sehingga kadar natrium dibawah normal maka ginjal akan dirangsang untuk mensekresi renin. Renin mengubah angiotensin yang disekresi hati menjadi angiotensin I. Sel kapiler paru-paru selanjutnya mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Angiotensin II mengontriksi otot polos disekeliling arteriol. Hal ini meningkatkan tekanan darah dan selanjutnya meningkatkan LFG. Angiotensin juga merangsang sekresi hormon aldosteron yang mempengaruhi osmolaritas urin. Korteks adrenal jika dirangsang oleh angiotensin II akan mensekresi aldosteron yang dapat meningkatkan reabsorpsi air di ginjal, meningkatkan tekanan darah dan menurunkan osmolaritas serum.

d. Keseimbangan Asam Basa Ginjal

Keseimbangan asam basa adalah suatu keadaan dimana konsentrasi ion hidrogen yang diproduksi setara dengan konsentrasi ion hidrogen yang dikeluarkan oleh sel. Agar sel dapat berfungsi normal, perlu juga dipertahankan pH normal antara 7,35-7,45 untuk darah arteri. Keseimbangan ini dapat dicapai dengan mempertahankan rasio darah bikarbonat dan karbondioksida. Keseimbangan asam basa dalam tubuh manusia diatur oleh 2 sistem yaitu paru-paru dan ginjal. Ginjal dan paru-paru bekerja dengan menyesuaikan jumlah karbondioksida dalam darah. Ginjal mensekresikan atau menahan bikarbonat dan ion hidrogen sebagai respon terhadap pH darah.

e. Pengaturan Keseimbangan Cairan

Konsentrasi osmol solute cairan tubuh orang normal sangat konstan meskipun fluktuasi asupan ekskresi air dan solute cukup besar. Cairan yang banyak diminum menyebabkan cairan tubuh menjadi encer. Urin menjadi encer dan kelebihan air akan diekskresikan dengan cepat. Sebaliknya, pada waktu tubuh kehilangan air dan asupan solute berlebihan menyebabkan cairan tubuh menjadi pekat, maka urine akan sangat pekat sehingga solute banyak terbuang dalam air. Air yang dipertahankan cenderung mengembalikan cairan tubuh kembali pada konsentrasi solute yang normal (Padila, 2016).

3. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya penyakit Gagal Ginjal Kronik adalah sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi

Usia

Fungsi renal dan traktus urinarius akan berubah bersamaan dengan penambahan usia. Lansia yang berumur antara 55-65 tahun merupakan kelompok yang berkembang cepat untuk mengalami penyakit renal tahap akhir.

b. Faktor Presipitasi

1) Glomerulus Nefritis Kronik

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

2) Penyakit Ginjal Polikistik

Penyakit ini merupakan penyakit yang bersifat genetik di mana terjadi kelainan yaitu terbentuknya kista pada kedua ginjal yang berkembang secara progresif sehingga menyebabkan kerusakan ginjal.

3) Batu Ginjal

Batu ginjal adalah penyakit yang terjadi akibat adanya sumbatan di sepanjang saluran kemih akibat terbentuknya semacam batu yang terdiri dari 80% kalsium dan beberapa bahan lainnya. Ukuran batu ginjal hanya sebesar butiran pasir sampai ada yang sebesar bola golf.

4) Pielonefritis Kronis dan Nefritis Interdtisial

Penyakit ini terjadi ditandai dengan mulai hilangnya progresifitas nefron akibat inflamasi kronik dan terbentuknya jaringan parut. Ketika terjadi kerusakan nefron maka nefron tidak dapat berfungsi sebagai regulator zat terlarut dalam tubuh sehingga tidak dapat menyaring darah, kemudian mereabsorpsi cairan dan molekul yang masih diperlukan oleh tubuh sehingga terjadi gagal ginjal.

5) Diabetes Melitus

Pada Diabetes Melitus terjadi hipoksia akibat dari diabetes yang dialami jangka panjang sehingga glomerulus dan sebagian besar kapiler lainnya menebal dan akan terbentuklah lesi-lesi sklerotik noduler di glomerulus sehingga semakin menghambat aliran darah. Penurunan aliran darah dapat menyebabkan hipertrofi ginjal. Hal ini juga terjadi sebagai akibat dari peningkatan kerja ginjal untuk menyerap ulang glukosa.

6) Medikasi (Agen Toxic)

Penggunaan agen-agen toksik dapat menyebabkan insufisiensi renal penggunaan analgesic kronik, terutama jika disertai NSAID menyebabkan nefritis interstitial dan nekrosis papiler.

7) Hipertensi

Sistem saraf merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokontriksi. Korteks adrenal

mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, sehingga terjadi atrofi.

8) Infeksi Saluran Kemih

Adanya infeksi pada saluran kemih yang menyebabkan terjadi refluks kedalam retrovesikal sehingga urin balik mengalir kembali ke dalam ureter yang menyebabkan kerentanan infeksi pada ginjal.

9) Gaya Hidup

Hal-hal yang merupakan faktor penyebab terjadinya Gagal Ginjal Kronik adalah gaya hidup, seperti peningkatan berat badan, mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak kolesterol, kurang berolahraga dan kebiasaan merokok.

10) Lingkungan

Lingkungan dan agen berbahaya yang mempengaruhi Gagal Ginjal Kronik mencakup timah, kadmium, merkuri dan kromium (Mutaqqin, 2017).

4. Patifisiologi

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

Nefron yang berfungsi sebagai penyaring akan mengalami penurunan fungsi akibat dari penumpukan sampah dalam darah sehingga terjadi gangguan pada klirens renal, sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang menyebabkan

penurunan klirens substansi darah yang seharusnya diberishkan oleh ginjal. Suplai cairan mulai berkurang, dan fungsi nefron semakin menurun sehingga mengakibatkan gangguan ginjal secara *irreversible*.

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

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

Asidosis juga dapat terjadi karena semakin berkembangnya penyakit renal. Terjadi asidosis metabolik seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresikan muatan asam (H^+) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam, terutama akibat ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mensekresi amonia (NH_3)

dan mengabsorpsi natrium bikarbonat (HCO_3) penurunan ekskresi dan asam organik lain yang terjadi.

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

Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat. Abnormalitas utama yang lain pada GGK adalah gangguan metabolisme kalsium dan fosfat. Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan saling timbal balik, jika salah satunya meningkat, yang lain akan turun. Dengan menurunnya filtrasi melalui glomerulus ginjal, terdapat peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar serum kalsium. Penurunan kadar kalsium serum, menyebabkan sekresi parathormon dan kelenjar paratiroid. Namun demikian, pada gagal ginjal tubuh tidak berespon secara normal, terhadap peningkatan sekresi parathormon dan akibatnya kalsium ditulang menurun, menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang (pruritus, kulit kering, kulit berisik). Selain itu, metabolisme aktif vitamin D (1,25-dehidrokoliklsiferol) yang secara normal di ginjal akan menurun seiring dengan berkembangnya gagal ginjal (Padila, 2016).

Ada beberapa stadium dalam gangguan fungsi ginjal antara lain:

- a. Stadium I atau Penurunan Cadangan Ginjal

Selama stadium ini terjadi daya cadang ginjal (*renal reserve*). Pada keadaan ini basal LFG masih normal atau malah terjadi peningkatan. Kemudian secara perlahan tapi pasti terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Nilai GFR pada stadium ini >90 ml/menit.

- b. Stadium II atau Kerusakan Ginjal dengan GFR menurun ringan (60-89 ml/menit)

Pada stadium ini pasien belum menunjukkan keluhan (asimtomatik) tetapi sudah terjadi peningkatan urea dan kreatinin serum.

- c. Stadium III atau Kerusakan Ginjal dengan GFR sedang (30-59 ml/menit)

Pada stadium ini terjadi kerusakan ginjal dengan GFR sedang atau 30-59 ml/menit dimana mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada GFR <30 ml/menit pasien memperlihatkan uremi yang nyata seperti : anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus dan mual muntah. Pasien juga terkena infeksi seperti ISK, infeksi saluran napas, infeksi saluran pencernaan.

- d. Stadium IV atau Kerusakan Ginjal dengan GFR menurun berat (16-29 ml/menit)

Pada stadium ini akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius.

- e. Stadium V atau Gagal Ginjal (<15 ml/menit)

Pada stadium ini pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (*replacement therapy*) antara lain : dialisis dan transplantasi ginjal (Suharyanto & Majid, 2015).

5. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala klinis yang dapat muncul pada gagal ginjal kronik, yaitu :

a. Gangguan Kardiovaskuler

Biasanya terjadi hipertensi, gagal jantung kongestif, pitting edema, edema periorbital, pembesaran vena leher, dan *friction rub* pericardial, pericarditis, takikardi, aritmia dan hipovolemia.

b. Gangguan Gastrointestinal

Biasanya terjadi anoreksia, cegukan, diare, konstipasi, mual, muntah, nafas bau amoniak, mulut kering, perdarahan gastrointestinal dan distensi abdomen.

c. Gangguan Neurologi

Biasanya terjadi perubahan tingkat kesadaran (letargi, stupor, bingung, dan koma), tidak mampu berkonsentrasi, kejang, tidur terganggu.

d. Gangguan Pernapasan

Biasanya terjadi takipnea, sputum yang lengket, suhu tubuh meingkat, edema paru, *dispnea* dan pneumonitis.

e. Gangguan Perkemihan

Biasanya terjadi proteinuria, nokturia, polyuria, oliguria, urin pekat dan berbusa.

f. Gangguan Muskuloskeletal

Biasanya terjadi *restless leg syndrome* (pegal pada kaki sehingga selalu digerakkan), *burning feet syndrome* (rasa kesemutan dan terbakar, terutama ditelapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas).

g. Gangguan Integumen

Biasanya terjadi pruritis, kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-

gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh, ekimosis serta rambut tipis dan kasar.

h. Gangguan Endokrin

Biasanya terjadi gangguan seksual: libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan amenore. Gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D.

i. Gangguan Cairan Elektrolit dan Keseimbangan Asam Basa
biasanya terjadi retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia dan hipokalsemia.

j. Gangguan Hematologi

Biasanya terjadi anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritropoetin, sehingga rangsangan eritropoesis pada sum-sum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam susunan uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopenia.

k. Gangguan Reproduksi

Biasanya terjadi amenore dan atrofi testekuler (Wijaya & Putri, 2016).

6. Tes Diagnostik

Dalam menentukan diagnosa GJK, maka dilakukan pemeriksaan diagnostik, antara lain :

a. Uji klirens kreatinin

Uji ini dilakukan dengan tes bersihan kreatinin, cukup mengumpulkan spesimen urine 24 jam dan satu spesimen darah diambil dalam waktu 24 jam yang sama. Pada penyakit GJK, nilai GFR turun di bawah nilai normal sebesar 125 ml/menit.

b. Kreatinin Serum

Pada pemeriksaan kreatinin serum akan terlihat peningkatan kadar kreatinin serum. Kreatinin serum pria normalnya : 0,85-1,5 mg/100 ml sedangkan wanita normalnya : 0,7-1,25 mg/100 ml.

c. Pemeriksaan BUN (*Blood Ureum Nitrogen*)

Konsentrasi BUN normal biasanya antara 10-20 mg/100L. Kedua zat tersebut merupakan hasil akhir nitrogen dari metabolisme protein yang normal yang diekskresikan dalam urin. Bila GFR turun seperti pada insufisiensi ginjal, kadar kreatinin dan BUN plasma meningkat, keadaan ini dikenal sebagai azotemia (zat nitrogen dalam darah).

d. Pemeriksaan USG

Pada GGK, biasanya dilakukan USG untuk menentukan ukuran ginjal dan adanya massa, kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas.

e. EKG

Mungkin abnormal karena biasanya menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa (Padila, 2016).

7. Penatalaksanaan Medis

Pengobatan GGK dapat dilakukan dengan tindakan konservatif dan dialisis atau transplantasi ginjal.

a. Tindakan Konservatif

Tujuan dalam pengobatan tahap ini adalah untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif. Pengobatan :

1) Pengaturan Diet Protein, Kalium, Natrium dan Cairan

a) Pembatasan Protein

Pembatasan protein tidak hanya mengurangi kadar BUN, tetapi juga mengurangi asupan kalium dan fosfat, serta mengurangi produksi ion hidrogen yang berasal dari protein (contoh makanan yang mengandung protein tinggi : telur, susu, daging unggas, ikan kering, hati, kacang-kacangan).

b) Diet Rendah Kalium

Hiperkalemia biasanya merupakan masalah pada GJK. Asupan kalium dikurangi. Diet yang dianjurkan adalah 40-80 mEq/hari.

c) Diet Rendah Natrium

Diet natrium yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari (1-2 g). Asupan natrium yang terlalu longgar dapat mengakibatkan retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif.

d) Pengaturan Cairan

Cairan yang diminum penderita GJK tahap lanjut harus diawasi secara ketat. Parameter yang tepat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah pengukuran berat badan harian yaitu jumlah urin yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir \pm 500 ml. Asupan yang bebas dapat menyebabkan beban sirkulasi menjadi berlebih dan terjadi edema. Sedangkan asupan yang terlalu rendah mengakibatkan dehidrasi, hipotensi dan gangguan fungsi ginjal (Suharyanto & Majid, 2015).

2) Pencegahan dan Pengobatan Komplikas

a) Hipertensi

Hipertensi dapat dikontrol dengan pembatasan natrium dan cairan. Pemberian obat Antihipertensi : *metidopa (aldomet)*, *propranolol (catapres)* dan pemberian diuretic : *furosemide (Lasix)*.

b) Hiperkalemia

Hiperkalemia merupakan komplikasi yang paling serius, karena bila K^+ serum mencapai sekitar 7 mEq/L, maka dapat mengakibatkan aritmia dan juga henti jantung. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena, yang akan memasukkan K^+ ke dalam sel, atau dengan pemberian Kalsium Glukonat 10%.

c) Anemia

Anemia pada GGK diakibatkan oleh penurunan sekresi eritropoetin oleh ginjal. Pengobatannya adalah pemberian hormon eritropoetin, pemberian vitamin, dan asam folat, besi serta pemberian transfusi darah.

d) Asidosis

Asidosis ginjal biasanya tidak diobati kecuali HCO_3 plasma turun di bawah 15 mEq/L. Bila asidosis berat akan dikoreksi dengan pemberian Na HCO_3 (natrium Bikarbonat) parenteral.

e) Diet Rendah Fosfat

Diet rendah fosfat dengan pemberian gel yang dapat meningkatkan fosfat dalam usus. Gel tersebut harus dimakan bersama dengan makanan.

f) Hiperurisemia

Obat pilihan untuk mengobati hiperurisemia pada penyakit GJK adalah pemberian *allopurinol*. Obat ini mengurangi kadar asam urat dengan menghambat biosintesis sebagian asam urat total yang dihasilkan tubuh.

b. Dialisis

Dialisis diadakan apabila kadar kreatinin serum biasanya diatas 6 mg/100 ml pada laki-laki atau diatas 4 mg/100 ml pada wanita dan GFR < 60 ml/menit.

Dialisis dibagi menjadi 2, yaitu :

1) Hemodialisis

Hemodialisis adalah salah satu terapi dialisis yang dilakukan diluar tubuh. Proses filtrasinya dilakukan oleh mesin dialisis dan alat penyaring khusus yang disebut ginjal buatan (dializer) yang nantinya bekerja untuk membersihkan darah dalam tubuh. Agar darah dapat mengalir ke ginjal, penderita dipasangkan jalur masuk (akses vaskuler) pada pembuluh darahnya, yaitu :

a) Fistula Arteriovenous (Cimino)

Fistula arteriovenous (AV fistula) atau cimino adalah jala masuk yang dibuat oleh ahli bedah vaskular, dari arteri ke vena. Arteri bertugas membawa darah dari jantung ke tubuh, sedangkan vena mengedarkan darah dari tubuh kembali ke jantung. Pada kondisi ini, dokter biasanya membuat koneksi dari arteri menuju vena dan ditempatkan di bagian lengan bawah atau lengan atas penderita. Jika vena

membesar, maka jalur masuk untuk proses hemodialisis pun lebih mudah.

b) Graft Arteriovenous

Graft arteriovenous (AV graft) adalah tabung plastic melingkar yang bertugas menghubungkan arteri ke vena. Berbeda dengan AV fistul, AV graft justru lebih rentan terhadap infeksi dan pembekuan darah. Jika hal ini terjadi, gumpalan darah dapat memblokir aliran darah melalui pembuluh darah yang rusak.

c) Kateter Vena

Kateter vena merupakan pipa yang dimasukkan ke dalam pembuluh darah di leher, dada atau kaki dekat pangkal paha. Akses vaskuler ini biasanya hanya dilakukan untuk hemodialisis jangka pendek. Pipa ini biasanya dibagi dalam dua tabung yang keluar dari tubuh. Keduanya mempunyai bagian atas yang berperan sebagai jalur yang membawa darah dari tubuh ke dializer dan begitu juga sebaliknya.

2) Dialisis Peritoneal

Akhir-akhir ini sudah populer *continuous ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD) dipusat ginjal di luar negeri dan di Indonesia. Indikasi medik CAPD yaitu pasien anak-anak dan orang tua (umur >65 tahun), pasien-pasien yang telah menderita penyakit sistem kardiovaskuler, pasien-pasien yang cenderung akan mengalami perdarahan bila dilakukan hemodialisis, kesulitan pembuatan AV shunting, pasien dengan stroke, pasien GGT (gagal ginjal terminal) dengan

residual urine masih cukup, dan pasien nefropati diabetik disertai *co-morbidity* dan *co-mortality*. Indikasi non-medik, yaitu keinginan pasien sendiri (mandiri) dan di daerah yang jauh dari pusat ginjal.

c. Transplantasi Ginjal

Transplantasi ginjal merupakan terapi pengganti ginjal (anatomi dan faal). Pertimbangan program transplantasi ginjal yaitu :

- 1) Cangkok ginjal (*kidney transplant*) dapat mengambil alih seluruh fungsi ginjal, sedangkan hemodialisis hanya mengambil alih 70% fungsi ginjal alamiah.
- 2) Kualitas hidup kembali normal.
- 3) Masa hidup (survival rate) lebih lama.
- 4) Komplikasi (biasanya dapat diantisipasi) terutama berhubungan dengan obat immunosupresif untuk mencegah reaksi penolakan.
- 5) Biaya lebih murah dan dapat diatasi (Suharyanto & Majid, 2015).

8. Komplikasi

Adapun komplikasi yang dapat timbul dari penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut :

a. Hiperkalemia

Hiperkalemia terjadi akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebih.

b. Perikarditis timbul akibat efusi perikardial dan temponade jantung akibat retensi. Produksi sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.

c. Hipertensi

Akibat adanya retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistemn renin-angiotensi-aldosteron.

d. Penyakit kardiovaskuler

Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid, intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertropi ventrikel kiri).

e. Disfungsi Seksual

Dengan gangguan sirkulasi pada ginjal, maka libido sering mengalami penurunan dan terjadi impotensi pada pria. Pada wanita, dapat terjadi hiperprolaktinemia.

f. Anemia

Anemia timbul akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah hemodialisa.

g. Asam Urat

Organ ginjal berperan penting untuk membantu mengeluarkan zat toksik, produk limbah (seperti asam urat), dan urin dari dalam tubuh. Apabila ginjal rusak, maka kemampuan tubuh untuk menyaring zat-zat buangan jadi menurun.

h. Penyakit Tulang

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan penurunan kepadatan mineral tulang, sehingga tulang menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur patologis (Padila, 2016).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian Primer

Mengkaji B1-B6 pada pasien, yaitu :

1) B1 (Breath)

Pada pasien dengan GGK di dapatkan sesak napas, adanya penggunaan otot bantu napas, pernapasan kusmaul, adanya penggunaan alat bantu napas.

2) B2 (Blood)

Pada pasien dengan GGK berat di dapatkan adanya *function rub* yang merupakan tanda khas efusi perikardial. Didapatkan tanda gagal jantung kongestif, tekanan darah meningkat, akral dingin, CRT>3 detik, palpitasi, nyeri dada/angina dan sesak nafas, gangguan irama jantung, edema, penurunan perfusi perifer sekunder dan penurunan curah jantung akibat hiperkalemia, gangguan konduksi elektrik otot ventrikel, peningkatan JVP, kelelahan, insomnia.

3) B3 (Brain)

Didapatkan penurunan kesadaran, disfungsi serebral (perubahan proses pikir dan disorientasi), kejang, adanya neuropati perifer, *burning feet perifer*, *restless leg syndrome*, kram otot dan nyeri otot.

4) B4 (Bladder)

Penurunan urine output <400 cc/hari, terdapat kesulitan saat BAK, BAK tidak tuntas, terpasang kateter.

5) B5 (Bowel)

Didapatkan adanya mual dan muntah, anoreksia, diare, bau mulut amonia, konstipasi, ulkus saluran cerna, penurunan nafsu makan.

6) B6 (Bone)

Didapatkan adanya nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, nyeri kaki, kulit gatal, pruritis, demam, *petekie*, area ekimosis pada kulit, fraktur tulang, defisit fosfat pada kulit, keterbatasan gerak sendi, *uremic frost* (Mutaqqin, 2017).

b. Pengkajian Sekunder

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Data Subjektif : Riwayat penyakit yang pernah di alami, Riwayat penyakit keluarga, terpajang pada toksin, penyakit polikistik nefritis.

Data Objektiv : Merokok

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Data Subjektif :

Peningkatan berat badan dengan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), anoreksia, nyeri ulu hati, mual dan muntah, mulut bau amoniak

Data Objektiv : Distensi abdomen/asites, pembesaran hati (tahap akhir), perubahan turgor kulit/kelembaban, edema, ulserasi gusi, perdarahan gusi/lidah, penurunan otot, penurunan lemak subkutan, lemas (tampak tidak bertenaga).

3) Pola Eliminasi

Data Subjektif :

Berkemih tidak tuntas, oliguria, anuria (gagal ginjal akut).

Data Objektiv :

Abdomen kembung, diare atau konstipasi.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Data Subjektif : nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki (memburuk pada malam hari), perilaku berhati-hati/distraksi, gelisah.

Data Objektif :

Nafas pendek, batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak, takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi/kedalaman (pernapasan kussmaul). Batuk produktif dengan sputum merah muda encer (edema paru).

5) Pola Tidur dan Istirahat

Data Subjektif : gangguan tidur (insomnia), *dispnea nocturnal proksimal*.

Data Objektif : gelisah atau somnolen.

6) Pola Persepsi Kognitif

Data Subjektif : sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot.

Data Objektif : gangguan status mental, penurunan lapang penglihatan, kehilangan memori, tingkat kesadaran menurun.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data Subjektif : harga diri rendah, perasaan tidak berdaya.

Data Objektif : sering marah-marah, cemas.

8) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

Data Subjektif : kesulitan menentukan kondisi (tidak mampu bekerja), mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

Data Objektif : Lemas, penampilan tak bertenaga, murung, suka menyendiri.

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data Subjektif : Penurunan libido, amenorea.

Data Objektif : Infertilitas.

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

Data Subjektif : hubungan perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan

Data Objektif : lemah, murung, gelisah, menyendiri, mudah tersinggung, marah-maraha, sensitif.

11) Pola Nilai dan Kepercayaan

Data Subjektif : Penolakan, tidak menerima keadaannya, marah kepada Tuhan.

Data Objektif : berdoa (Suharyanto & Majid, 2015)

2. Diagnosis Keperawatan

- a) Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas.
- b) Hypervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium.
- c) Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas.
- d) Perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikemia, penurunan konsentrasi haemoglobin, peningkatan tekanan darah, kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis: Diabetes Melitus).
- e) Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan, faktor psikologis (kengganana untuk makan), ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.

3. Luaran dan Intervensi Keperawatan

Adapun luaran dan intervensi keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD), (PPNI, 2017):

SDKI	SLKI	SIKI
Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka pola napas membaik dengan kriteria hasil : 1. <i>Dispnea</i> menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Frekuensi napas membaik dengan frekuensi 16-24 x/menit.	Manajemen jalan napas : Observasi : 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Rasional : Mengetahui pola napas pasien (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Rasional : Mengetahui adanya bunyi napas tambahan masih ada atau tidak 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Rasional : Mengetahui karakteristik sputum pasien dan bahan evaluasi Terapeutik : 1. Posisikan semi-fowler atau fowler Rasional : Mempertahankan kenyamanan,

		<p>meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigenasi</p> <p>2. Berikan oksigenasi, jika perlu</p> <p>Rasional : Membantu menyuplai kebutuhan oksigen pada pasien</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>1. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Rasional : Membantu dan mengajarkan pasien untuk batuk secara mandiri dengan tujuan agar jalan napas bersih serta memberikan efek kelegaan pada saluran napas serta menghindari adanya penularan kepada orang lain.</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p> <p>Rasional : Untuk mengencerkan dahak pasien</p>
Hypervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka Staus Cairan Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat, 2. Turgor kulit meningkat, 3. Output urine meningkat, 4. Dispnea menurun, 	<p>Manajemen hypervolemia</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan).

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Proximal nocturnal dispnea menurun, 6. Edema menurun, 7. Keluhan haus menurun, 8. Frekuensi nadi membaik, 9. Tekanan darah membaik 10. Membrane mukosa membaik, 11. Kadar Hb membaik, 12. Berat badan membaik. 	<p>Rasional : Mengetahui adanya tanda dan gejala hipervolemi pada pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi penyebab hypervolemia Rasional : Mengetahui penyebab hipervolemi pada pasien 3. Monitor intake dan output cairan Rasional : Mengetahui keseimbangan cairan pada pasien 4. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin) Rasional : Mengetahui adanya tanda hemokonsentrasi pada pasien 5. Monitor efek samping diuretic (mis.hpotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) Rasional : Mengetahui adanya efk samping diuretic pada pasien <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari di waktu yang sama Rasional :
--	--	---

		<p>Mengetahui adanya penambahan atau pengurangan berat badan pasien dalam waktu yang cepat</p> <p>2. Batasi asupan cairan dan garam Rasional : Mengurangi asupan cairan dan garam agar keseimbangan cairan kembali normal</p> <p>3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Rasional : Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru dan memaksimalkan oksigenasi pasien</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>1. Ajarkan cara membatasi cairan Rasional : Agar pasien dapat mengontrol intake dan output cairan secara mandiri</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian diuretic Rasional : Membantu mengeluarkan kelebihan garam dan air dalam tubuh melalui urine.</p>
Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen,	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka Toleransi Aktivitas Meningkat dengan kriteria hasil :	<p>Manajemen energy</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang</p>

<p>tirah baring, kelemahan, imobilitas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saturasi oksigen membaik, 2. Kekuatan tubuh bagian atas membaik, 3. Kekuatan tubuh bagian bawah membaik, 4. Keluhan lelah menurun, 5. Perasaan lemah menurun. 	<p>mengalibatkan kelemahan</p> <p>Rasional : Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional <p>Rasional : Untuk mengetahui mekanisme koping pasien</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan) <p>Rasional : Memberikan rasa aman dan nyaman pada klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Fasilitasi duduk di tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Rasional : Mengurangi resiko jatuh/sakit pada klien.</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring <p>Rasional : Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energy kembali</p>
--	--	---

		<p><i>Kolaborasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. <p>Rasional : Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energy klien.</p>
<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikmia, penurunan konsentrasi haemoglobin, peningkatan tekanan darah, kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis: diabetes mellitus)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka Perfusi Perifer Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warna kulit pucat menurun, 2. Edema perifer menurun, 3. Akral membaik, 4. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan sirkulasi</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (misa.nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) <p>Rasional : Mengetahui kemungkinan adanya gangguan pada perfusi perifer</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi mis.diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolestrol) <p>Rasional : Mengetahui apa saja yang menjadi factor resiko pencetus dari masalah yang ada di pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <p>Rasional : Mengetahui adanya masalah atau gangguan yang terjadi pada bagian perifer tubuh.</p>

		<p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi <p>Rasional : Mencegah kekurangan/perubahan sirkulasi perifer</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan hidrasi <p>Rasional : Tetap menjaga keseimbangan cairan tubuh dan membantu mengatasi masalah pada pasien</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis.rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) <p>Rasional : Membantu mengatasi masalah pada pasien.</p> <p><i>Kolaborasi : -</i></p>
Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan, faktor psikologis (kenggaan untuk makan), ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka Status Nutrisi Membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> Porsi makan yang dihabiskan meningkat Berat badan membaik Nafsu makan membaik Bising usus membaik 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi status nutrisi <p>Rasional : Mengidentifikasi status nutrisi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi makanan yang disukai <p>Rasional :</p>

	<p>5. Membrane mukosa membaik</p>	<p>Membantu ahli gizi untuk menentukan menu makanan yang akan diberikan sesuai dengan yang disukai pasien.</p> <p>3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>Rasional : Mengetahui tingkat kebutuhan kalori yang dibutuhkan oleh pasien</p> <p>4. Identifikasi perlunya menggunakan selang nasogastric</p> <p>Rasional : Mengetahui apakah pasien di indikasikan untuk pemasangan selang nasogastric dalam membatu memenuhi kebutuhannya.</p> <p>5. Monitor asupan makanan</p> <p>Rasional : Mengetahui seberapa banyak asupan makanan pada pasien dan apakah kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi.</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>1. Sajikan makanan secara menarik dengan suhu yang sesuai</p> <p>Rasional : Memberikan daya tarik bagi pasien untuk mengkonsumsi makan yang disediakan.</p>
--	-----------------------------------	---

		<p>2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>Rasional : Membantu menangani masalah konstipasi pada pasien</p> <p>3. Berikan suplemen makan, jika perlu</p> <p>Rasional : Membantu menambah nafsu makan pada pasien</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>Rasional : Memberikan rasa nyaman kepada pasien saat makan</p> <p>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Rasional : Agar pasien mampu menjalankan diet yang dianjurkan dan dapat mengatur pola makandengan menu yang dianjurkan secara mandiri</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p> <p>Rasional : Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan tetap memperhatikan indikasi</p>
--	--	--

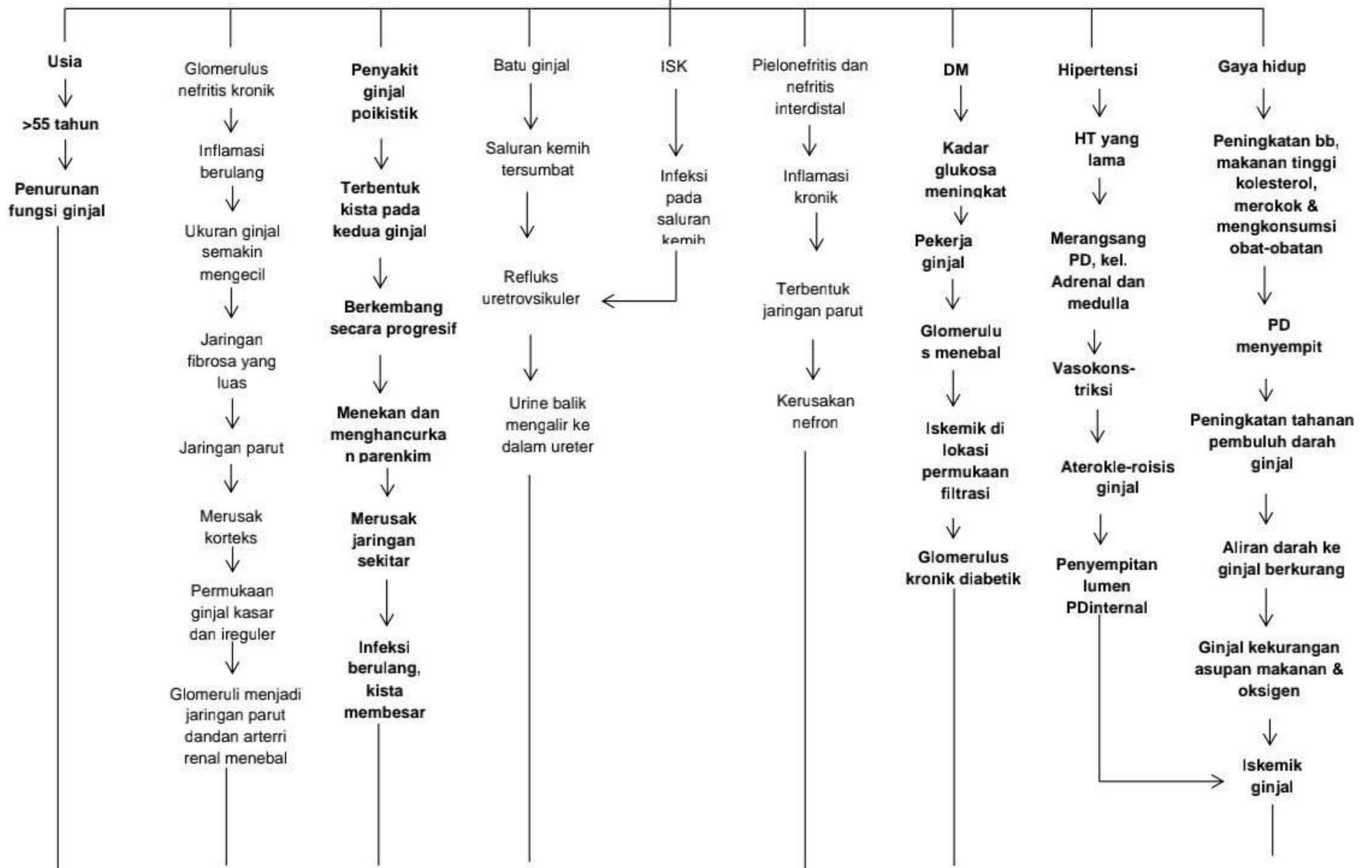
		dan kontra indikasi yang ada secara mandiri.
--	--	--

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

Adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, yaitu :

- a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit GGK, misalnya mual, muntah, pengeluaran haluaran utin, napas berbau amoniak.
- b. Menganjurkan pasien dalam mengurangi aktivitas yang berlebihan, yang dapat menguras tenaga dan mengeluarkan banyak keringat.
- c. Menganjurkan kepada keluarga untuk memantau pemberian cairan yang diberikan pada pasien. Sehari sekitar ± 500 cc/24 jam.
- d. Menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk patuh terhadap nutrisi yang direkomendasikan oleh ahli gizi. Menganjurkan pasien untuk mengurangi makanan yang mengandung banyak garam dan bahan pengawet, menghindari makanan yang merangsang, seperti makanan yang pedas dan bersantan dan menghindari makanan yang mengandung minyak, misalnya gorengan.
- e. Menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan cuci darah atau hemodialisis sesuai dengan waktu yang ditentukan.
- f. Menganjurkan pasien untuk *check up* setiap bulan (Oktaviani, 2017).

ETIOLOGI





↓
Penurunan fungsi ginjal progresif

↓
Stadium V penurunan GFR <15%

→ **Hemodialisis (HD)**

BI

B2

Penumpukan sampah metabolik
 ↓
 ureum menumpuk di rongga paru dan pleura
 ↓
 Gangguan proses difusi
 ↓
 Pertukaran O₂ & CO₂ di alveolus

Kemampuan ginjal mensekresi H⁺ & NH₃ menurun
 ↓
 Mengabsorpsi natrium bikarbonat (HCO₃)
 ↓
 Sekresi asam menurun
 ↓
 PACO₂ meningkat
 ↓
 Asidosis metabolik

UREMIA

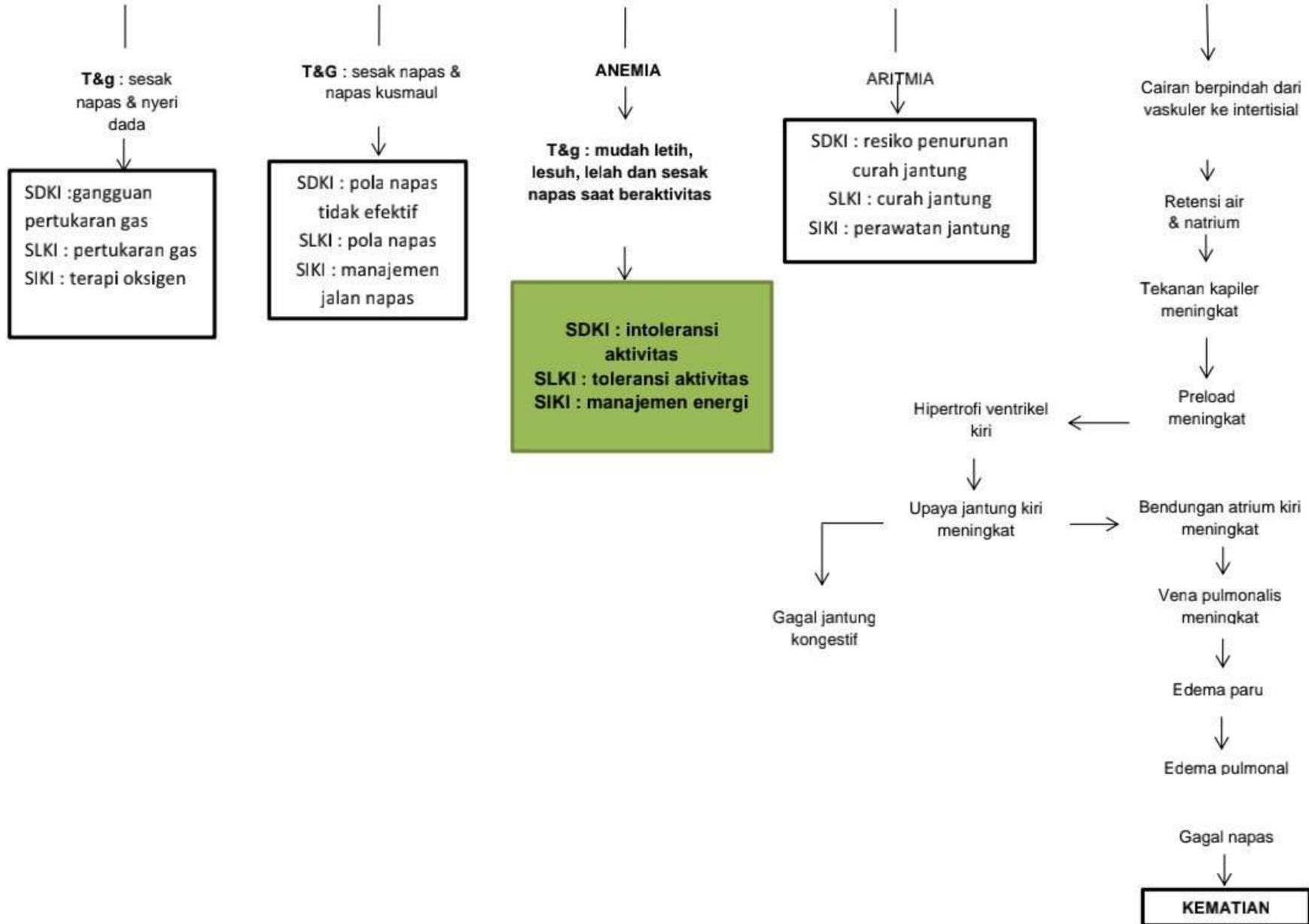
↓
Menginaktifkan eritropoetin
 ↓
Produksi eritropoetin menurun
 ↓
Masa hidup eritrosit berkurang & jumlah eritrosit menurun
 ↓
Produksi hb menurun

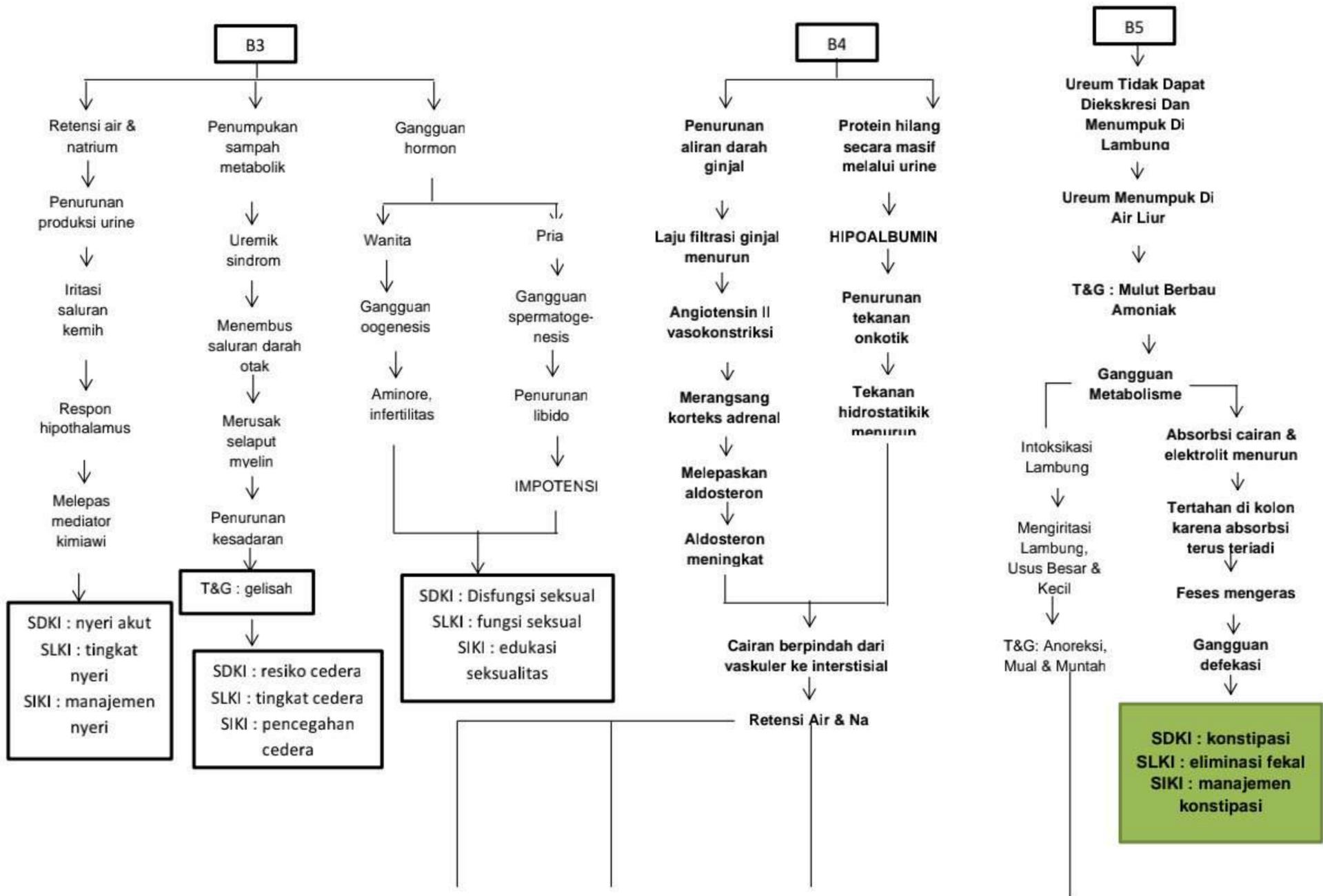
GFR menurun

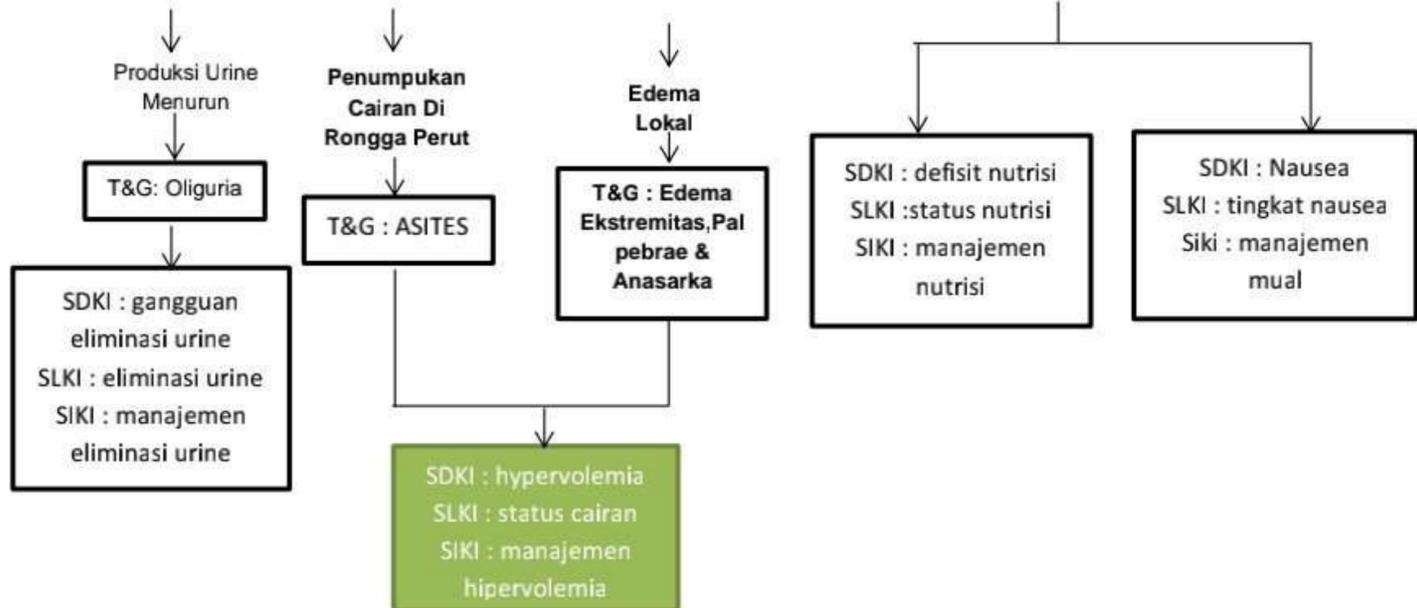
↓
 Ginjal tidak mampu membuang kalium melalui urine
 ↓
 Kalium meningkat
 ↓
HIPERKALEMIA
 ↓
 Gangguan penghantaran kelistrikan jantung

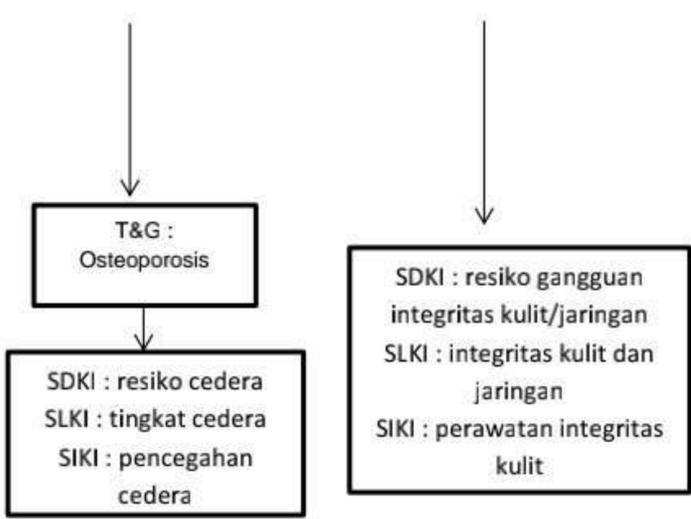
hilangnya protein melalui urine secara masif

↓
HIPOALBUMIN
 ↓
 Penurunan tekanan onkotik plasma
 ↓
 Peningkatan tekanan hidrostatik









BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien dengan inisial Tn .T umur 77 tahun berjenis kelamin laki-laki dengan diagnose medis Gagal Ginjal Kronik. Keluarga pasien mengatakan saat di rumah pasien sesak, lemas serta malas makan. Pada tanggal 09 Juni 2022, sesak yang dialami pasien makin memberat sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke Instalasi Gawat Darurat (IGD). Saat dilakukan pengkajian di IGD didapatkan hasil : keluhan sesak napas, lemas, tidak nafsu makan, nyeri ulu hati, mual dan muntah sejak pagi sebelum masuk rumah sakit, observasi TTV: TD : 146/74mmHg, N : 100 x/menit, S : 36,8° C dan P : 26 x/menit sehingga dokter memutuskan agar pasien dirawat di ruang perawatan Bernadeth III. Pada tanggal 10 Juni 2022, keadaan pasien tiba-tiba memburuk, pasien mengalami sesak napas yang berat dan tekanan darah tidak stabil sehingga dokter memutuskan untuk memindahkan pasien ke ruangan ICU. Tanggal 11 Juni 2022, di lakukan pengkajian, didapatkan hasil keasadaran pasien tampak composmentis, tampak pasien sesak napas dan lemas, tampak edema pada kedua palpebra pasien, tampak pasien asites, tampak turgor kulit pasien kering, teraba kulit pasien kering dan tidak elastis, terdengar redup pada abdomen pasien, pasien mengatakan sudah tidak BAB sejak 2 minggu sebelum masuk RS, TD: 150/100 mmHg, N: 109 x/menit, S: 37°C, P: 28 x/menit, SpO₂: 96%. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus sejak 3 tahun yang lalu. Pasien mengatakn mengkonsumsi obat antihipertensi yaitu *amlodipine 10 mg* dan obat *metformin 500 mg* secara teratur. Pemeriksaan USG Abdomen dan Pelvis: *Polycystic Kidney Disease (PKD)*, *Cystitis* dan *Mild Ascites*, EKG: Sinus Aritmia, Ureum : 411.7 mg/dL, Natrium : 109 mmol/L, Chlorida : 63

mmol/L, Creatinine : 7.97 mg/dL, Asam Urat : 9.32 mg/dL, WBC: 10.44 $10^3/uL$, RBC : 2.35 $10^6/uL$, HGB : 6.9 g/dL, HCT 18.2 %.

Dari hasil pengkajian penulis mengangkat diagnosis keperawatan Hipervolemi berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan serta Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat. Intervensi yang diberikan untuk diagnosis keperawatan Hipervolemi yaitu Manajemen Hipervolemia khususnya pembatasan cairan pasien, Manajemen Elektrolit dan Perawatan Dialisis; Intervensi yang diberikan untuk diagnosis Intoleransi Aktivitas, yaitu Manajemen Energi dan Manajemen Nutrisi; Sedangkan intervensi yang diberikan untuk diagnosis Konstipasi adalah Manajemen Konstipasi. Dari hasil implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dapat dilakukan evaluasi dengan hasil Hipervolemia pada pasien belum teratasi, Intoleransi Aktivitas pada pasien belum teratasi serta Konstipasi pada pasien belum teratasi.

B. Pengkajian Primer

Breath (B1)	Pergerakan Dada	Tampak pergerakan dada simetris antara kiri dan kanan Tampak tidak ada kelainan bentuk dinding dada
	Pemakaian otot bantu pernapasan	Tampak tidak ada penggunaan otot bantu napas
	Palpasi	Vocal premitus teraba sama antara kiri dan kanan Nyeri tekan : Tidak ada Krepitasi : Tidak ada
	Perkusi	Terdengar sonor di kedua lapang paru
	Suara nafas	Terdengar Vesikuler di kedua lapang paru
	Batuk	Tidak Ada
	Sputum	Tidak ada
	Alat bantu napas	Ada Tampak pasien terpasang O ₂ Nasal Kanul 4 liter/menit
	Lain – lain	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi pernapasan: 28x/menit • SPO₂ : 96%
Blood (B2)	Suara jantung	Bunyi jantung I dan II terdengar tunggal.
	Irama jantung	Ireguler
	CRT	> 3 detik
	JPV	Meningkat (5+3 cmH ₂ O)
	CVP	Tidak ada
	Edema	Ada Tampak edema pada kedua palpebra pasien
	EKG	Sinus aritmia
	Lain – lain	<ul style="list-style-type: none"> • Observasi TTV: TD : 150/100 mmHg, N : 109 x/m S : 37,1°C P : 28 x/m • MAP : 100 mmHg
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	Kualitatif : Composmentis Kuantitatif : M6V5E4
	Reaksi pupil : - Kanan	Ada: tampak reflex pupil mengecil saat diberikan cahaya (isokor) Ada: tampak reflex pupil mengecil

	- Kiri	saat diberikan cahaya (isokor)
	Refleks fisiologis	Ada : Tricep positif, Bicep positif, Patella positif, Achilles positif
	Refleks patologis	Refleks babinsky negative
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	-
Bladder (B4)	Urin	Jumlah : 250 cc/7 jam Warna : kuning jernih
	Kateter	Ada Jenis : Kondom kateter
	Kesulitan BAK	Tidak ada
	Lain – lain	<ul style="list-style-type: none"> • Natrium 109 mmol/L, Chlorida 63 mmol/L • Ureum : 411,7 mg/dL, Creatinine : 7,97 mg/dL, Asam Urat : 9,32 mg/dL • Hasil USG Abdomen : <i>Polycystic Kidney Disease Cystitis</i>
Bowel (B5)	Mukosa bibir	Tampak mukosa bibir pasien kering
	Lidah	Tampak lidah pasien kotor
	Keadaan gigi	Tampak gigi tidak lengkap
	Nyeri telan	Tidak ada nyeri telan
	Abdomen	Tidak distensi
	Peristaltik usus	Menurun Nilai : 3 x/mnt
	Mual	Tidak ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematemesis	Tidak ada
	Melena	Tidak ada
	Terpasang NGT	Tidak ada
	Terpasang Colostomi Bag	Tidak ada
	Diare	Tidak ada
	Konstipasi	Ya Sejak : ± 2 minggu sebelum masuk rumah sakit
Asites	Ya, pasien tampak asites	
Lain – lain	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil USG Abdomen : <i>Mild Ascites</i> 	
Bone (B6)	Turgor	Tampak turgor kulit pasien menurun Teraba kulit pasien kering dan tidak

		elastis
	Perdarahan kulit	Tidak ada perdarahan kulit
	Icterus	Tidak ada icterus
	Akral	Akral pasien teraba hangat
	Pergerakan sendi	Tampak pergerakan sendi pasien bebas
	Fraktur	Tampak tidak ada fraktur
	Luka	Tampak tidak ada luka
	Lain-lainn	-

C. Diagnosis Keperawatan Primer

1. B1: -
2. B2: -
3. B3: -
4. B4 : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan *dispnea*, edema, JVP meningkat.
5. B5 : Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltik usus menurun.
6. B6: -

D. Tindakan Keperawatan Yang Dilakukan

1. B1 : -
2. B2 : -
3. B3 : -
4. B4 :
 - a) Melakukan pemberian cairan Nacl 0.3 % dan Nacl 0.9% 10 tpm
 Hasil : Tampak pasien terpasang cairan Nacl 0.3% dan Nacl0.9% 10 tpm pada tangan sebelah kanan pasien.
 - b) Memonitor intake dan output cairan pasien
 Hasil : Tampak pasien diberikan Nacl 0.3% dan nacl 0.9% masing-masing 250 cc, dan air putih 300 cc.

Tampak urine pasien 250 cc/7 jam.

c) Memberikan O₂ nasal kanul 4 liter/menit

Hasil : tampak pasien terpasang O₂ nasal kanul 4 liter/menit.

d) Memonitoring adanya *dispnea* pada pasien

Hasil : Tampak pasien *dispnea* dengan frekuensi napas 28 x/menit.

e) Berlokaborasi melakukan pemberian obat diuretic

Hasil : Pasien diberikan furosemide 1 ampul/24 jam.

5. B5 :

a) Mengobsevasi peristaltik usus pasien

Hasil : Terdengar peristaltik usus pasien 3x/menit

b) Melakukan pemberian *fleet enema* kepada pasien

Hasil : Tampak pasien diberikan *fleet enema* 1 tube/hari.

6. B6 : -

E. Evaluasi Hasil Tindakan

1. B1: -

2. B2 :

3. B3 : -

4. B4 :

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan *dispnea*, edema, JVP meningkat.

Subjektif :

Keluarga pasien mengatakan palpebra pasien membengkak

Keluarga pasien mengatakan perut pasien masih membesar

Pasien mengatakan masih merasa sesak dan sulit bernapas

Objektif :

Tampak pasien sesak napas, dengan frekuensi pernapasan 26x/menit

Tampak kedua palpebra pasien edema

Tampak pasien asites

Hasi balance cairan pasien :

CM : Nacl 0.3%	: 250 cc
Nacl 0.9%	: 250 cc
Minum	: 300 cc +
	800 cc
CK : Urine	: 250
IWL	: 337/7 jam
BC : CM-(CK+IWL)	
	: 800 cc – (250 cc + 337 cc)
	: 800 cc – 587 cc
	: +213 cc.

Assessment :

Masalah belum teratasi

Plan :

Lanjutkan ntervensi

5. B5 :

Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltik usus menurun.

Subjektif :

Keluarga pasien mengatakan pasien belum buang air besar \pm 2 minggu sebelum masuk RS.

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak suka makan sayur.

Objektif :

Tampak pasien belum BAB sejak masuk ICU.

Assessment :

Masalah belum teratasi

Plan :

Lanjutkan intervensi

6. B6 : -

F. Pengkajian Sekunder

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Pasien mengatakan dirinya merasa bahwa kesehatan adalah hal yang sangat penting sehingga apabila dirinya sakit maka akan meminum obat dan akan segera ke pelayanan kesehatan. Pasien mengatakan dirinya memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan rutin minum obat *amlodipine 10 mg* 1 kali sehari. Pasien juga mengatakan dirinya memiliki riwayat Diabetes Melitus sejak 3 tahun yang lalu dan rutin mengkonsumsi obat diabetes yaitu *metformin 500 mg* 1 kali sehari. Pasien mengatakan apabila obatnya habis, maka pasien akan langsung ke dokter. Pasien juga mengatakan bahwa dirinya rutin mengkonsumsi vitamin dan obat cina setiap hari.

b) Riwayat penyakit saat ini

1) Keluhan utama : Sesak Napas

2) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan saat di rumah pasien merasa sesak, lemas dan tidak nafsu makan. Keluarga pasien mengatakan keadaan pasien makin memburuk sehingga pasien dan keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke IGD. Saat dilakukan pengkajian di IGD didapatkan hasil : keluhan sesak napas, lemas, tidak nafsu makan, nyeri ulu hati, mual dan muntah sejak pagi sebelum masuk rumah sakit, observasi TTV: TD : 146/74mmHg. N : 100 x/menit, S : 36,8° C dan P : 26 x/menit sehingga pasien dirawat di ruang perawatan Bernadeth III. Pada tanggal 10 Juni 2022, keadaan pasien tiba-tiba memburuk, pasien mengalami sesak napas yang berat dan tekanan darah tidak stabil sehingga

dokter memutuskan untuk memindahkan pasien ke ruangan ICU. Tanggal 11 Juni 2022, di lakukan pengkajian, didapatkan hasil keasadaran pasien tampak composmentis, tampak pasien sesak napas dan lemas, tampak edema pada kedua palpebra pasien, tampak pasien asites, tampak turgor kulit pasien kering, teraba kulit pasien kering dan tidak elastis, terdengar redup pada abdomen pasien, TD: 150/100 mmHg, N: 109 x/menit, S: 37°C, P: 28 x/menit, SpO₂: 96%, terpasang O₂ nasal kanul 4 ltr/menit, IVFD NaCl 0.3% dan NaCl 0.9% 10 tpm, terpasang kateter dengan urin 250 cc.

3) Riwayat Penyakit yang Pernah Dialami :

Pasien mengatakan menderita hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan diabetes melitus sejak 3 tahun yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien mengkonsumsi obat Antihipertensi, obat DM dan obat Cina serta vitamin.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga :

Keluarga pasien mengatakan ibu dari pasien menderita penyakit hipertensi dan DM.

5) Pemeriksaan Fisik :

(a) Kebersihan Rambut : Tampak rambut pasien berwarna hitam dan agak beruban, tampak sedikit berminyak.

(b) Kulit Kepala : Tampak kulit kepala pasien sedikit berminyak, tidak ada lesi dan ketombe.

(c) Hygiene Rongga Mulut : Tampak rongga mulut pasien agak kotor, tidak ada bau, tidak ada sisa makanan, tidak ada sariawan, lidah tampak kotor dan ada gigi yang tanggal.

(d) Kebersihan Genitalia : Genitalia pasien tampak sedikit kotor, tampak terpasang kondom kateter.

(e) Kebersihan Anus : Tampak bersih, tidak ada benjolan atau peradangan.

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien malas makan makanan yang diolah atau di masak di rumah dan lebih sering makan di warung atau restoran. Keluarga pasien mengatakan pasien kurang lebih hanya makan 2 kali sehari. Pasien mengatakan ia tidak suka makan sayur dan lebih suka mengonsumsi makanan dengan olahan daging seperti coto dan pallubasa. Pasien mengatakan dirinya jarang minum air putih dan kurang lebih hanya 3 gelas air putih yang dikonsumsi dalam sehari. Pasien mengatakan lebih suka minum susu 2-3 gelas susu setiap hari.

b) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya makan makanan dari rumah sakit seperti bubur, sayur dan ikan serta mengonsumsi air putih 3 gelas setiap hari karena asupan cairannya dibatasi. Pasien mengatakan malas makan karena tidak suka makanan di rumah sakit. Pasien mengatakan dirinya tidak mengalami penurunan berat badan. Pasien mengatakan dirinya selalu merasa haus.

c) Observasi

Tampak pasien tidak nafsu makan. Tampak pasien hanya mengonsumsi 3 sendok bubur yang disediakan.

Tampak pasien tidak mau makan sayur yang disediakan.

Tampak pasien di berikan pembatasan cairan : infus maksimal 1000 cc dan cairan oral maksimal 500 cc per hari.

Tampak pasien selalu mengeluh haus dan ingin minum.

d) Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan rambut : Tampak bersih, tampak rambut pasien pirang dan beruban, tampak sedikit berminyak
- 2) Hidrasi kulit : Hidrasi kulit kembali >3 detik.
- 3) Palpebra/conjungtiva : Tampak palpebra pasien edema/tampak conjungtiva pasien anemis
- 4) Sclera : Tampak tidak ikterik
- 5) Hidung : Rongga hidung tampak bersih, tampak septum simetris kiri dan kanan
- 6) Rongga mulut : Rongga mulut tampak kotor, tidak ada peradangan
- 7) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
- 8) Gigi : Tampak tidak lengkap, ada gigi yang tanggal
- 9) Gigi palsu : Tampak pasien tidak menggunakan gigi palsu
- 10) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien tidak mampu mengunyah keras
- 11) Lidah : Tampak kotor dan berwarna putih
- 12) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
- 13) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
- 14) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
- 15) Abdomen
 - (a) Inspeksi :
Tampak perut pasien membesar dan mengkilat
Tampak pasien asites
 - (b) Auskultasi :
Terdengar peristaltik usus 3x/menit
 - (c) Palpasi :
Teraba tidak ada nyeri

(d) Perkusi :

Terdengar bunyi timpani di area tengah abdomen pasien dan terdengar bunyi redup di area bawah kiri dan kanan abdomen pasien ketika pasien terlentang. Ketika pasien dimiringkan, terdengar bunyi timpani di area abdomen kiri/kanan bagian atas dan terdengar bunyi redup pada area tengah abdomen pasien.

16) Kulit :

(a) Edema : Tampak edema pada kedua palpebra pasien

(b) Ikterik : Tampak tidak ada ikterik

(c) Tanda-tanda peradangan : Tampak tidak ada tanda-tanda peradangan

17) Lesi : Tampak tidak ada lesi.

3. Pola Eliminasi

a) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering terbangun untuk buang air kecil di malam hari. Pasien mengatakan saat berkemih urinnya hanya sedikit. Pasien mengatakan tidak merasa nyeri saat berkemih. Keluarga pasien mengatakan buang air besar pasien lancar dengan frekuensi 1 kali sehari.

b) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien belum buang air besar. Keluarga pasien mengatakan pasien masih sering terbangun malam hari karena ingin berkemih namun sudah bisa berkemih secara langsung tanpa harus ke kamar mandi karena sudah terpasang kateter.

c) Observasi :

Tampak pasien terpasang cateter dengan jenis kondom cateter dengan jumlah urine 250 cc/7 jam berwarna kuning jernih.

d) Pemeriksaan Fisik :

- | | |
|--------------------------|--|
| 1) Peristaltik Usus | : Terdengar peristaltik usus
3x/menit |
| 2) Palpasi Kandung Kemih | : Teraba kandung kemih
pasien kosong |
| 3) Nyeri Ketuk Ginjal | : Ada nyeri ketuk ginjal. |
| 4) Mulut Uretra | : Tampak tidak ada
peradangan |
| 5) Anus | : |
| (a) Peradangan | : Tidak ada peradangan |
| (b) Hemoroid | : Tidak ada hemoroid |
| (c) Fistula | : Tidak ada fistula |

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a) Keadaan Sebelum Sakit :

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien bekerja sebagai. Keluarga mengatakan saat ini pasien sudah pensiun dari pekerjaannya. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien mampu melakukan aktivitasnya sehari-hari secara mandiri. Keluarga pasien mengatakan pasien malas berolahraga. Pasien mengatakan memiliki kebiasaan menonton TV atau berjalan-jalan ke mall saat memiliki waktu luang.

b) Keadaan Sejak Sakit :

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien hanya terbaring lemah tempat tidur. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien

mengatakan merasa lemas dan sulit untuk duduk dan berjalan sendiri. Pasien mengatakan saat ini hanya mampu untuk berbaring di tempat tidur.

c) Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur.

Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

1) Aktivitas harian :

Makan : 2

Mandi : 2

Pakaian : 2

Kerapihan : 2

Buang air besar : 3

Buang air kecil : 1

Mobilisasi di tempat tidur : 2

0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan orang
3 : Bantuan alat dan orang

2) Postur Tubuh : Tidak terkaji karena pasien terbaring lemah di tempat tidur

3) Gaya Jalan : Tidak terkaji karena pasien terbaring lemah di tempat tidur

4) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada anggota gerak yang cacat

5) Fiksasi : Tampak tidak ada fiksasi

6) Tracheostomi : Tampak tidak terpasang tracheostomi

d) Pemeriksaan Fisik

1) Tekanan darah :

Berbaring : 150/100 mmHg

Duduk : Tidak dikaji

Berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : Pasien tidak mengalami hipotensi ortostatik

- 2) HR : 111 x/menit
- 3) Kulit :
Keringat Dingin : Pasien tampak tidak berkeringat dan akral pasien teraba hangat
Basah : Tampak kulit pasien tidak basah.
Teraba kulit pasien tidak basah.
- 4) JVP : 5+3 cmH₂O
Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung tidak memadai
- 5) Perfusi Pembuluh Kapiler Kuku : CRT kembali > 3 detik
- 6) Thorax dan Pernapasan :
 - (a) Inspeksi
Bentuk Thoraks : Tampak simetris antara kiri dan kanan
Retraksi Interkostal : Tidak ada
Sianosis : Tampak sianosis pada jari-jari pasien
Stridor : Tidak tampak stridor
 - (b) Palpasi
Vocal Premitus : Getaran teraba sama antara kiri dan kanan
Krepitasi : Tidak teraba adanya krepitasi
 - (c) Perkusi : Terdengar bunyi sonor
 - (d) Auskultasi
Suara Napas : Terdengar suara napas vesikuler
Suara Ucapan : Terdengar suara ucapan baik
Suara Tambahan : Tidak terdengar adanya suara tambahan
- 7) Jantung :
 - (a) Inspeksi

Ictus Cordis : Tidak tampak denyut jantung

(b) Palpasi

Ictus Cordis : Teraba 111 x/menit

(c) Perkusi

Batas atas jantung :

ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung :

ICS 5 linea medio clavicularis sinistra

Batas kanan jantung :

ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung :

ICS 5 linea medio axilaris anterior sinistra

(d) Auskultasi

Bunyi jantung II A : Terdengar bunyi tunggal di ICS
3 linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Terdengar bunyi tunggal di ICS
3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Terdengar bunyi tunggal di ICS
4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Terdengar bunyi tunggal di ICS
5 linea midclavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar
bunyi gallop

Murmur : Tidak terdengar bunyi murmur

Bruit :

Aorta : Tidak ada

A.renalis : Tidak ada

A.femoralis : Tidak ada

8) Lengan dan Tungkai :

(a) Atrofi Otot : Tampak tidak ada atrofi otot

(b) Rentang Gerak :

Kaku sendi : Pasien mengatakan kaku pada semua persendiannya

Nyeri sendi : Pasien mengatakan tidak ada nyeri sendi

Fraktur : Tampak tidak ada fraktur

Parese : Tampak tidak ada parese

Paralisis : Tampak tidak ada paralisis

(c) Uji Kekuatan Otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

(d) Refleks Fisiologis :

Biceps : Positif

Triceps : Positif

Patella : Positif

Aciles : Positif

(e) Refleks Patologis :

Babinski, Kiri : Negatif

Kanan: Negatif

(f) Clubbing Fingers : Tampak tidak ada *clubbing fingers*

(g) Varises Tungkai : Tampak tidak ada varises tungkai

9) Columna Vertebralis :

(a) Inspeksi : Tidak terkaji karena pasien dalam keadaan berbaring

(b) Palpasi : Tidak terkaji

(c) Kaku Kuduk : Tidak terdapat kaku kuduk

5. Pola Tidur dan Istirahat

a) Keadaan sebelum Sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit tidur pasien tidak teratur. Keluarga mengatakan pasien sering terbangun di malam hari untuk berkemih. Pasien mengatakan sering tidur pukul 22.00 WITA dan selalu terbangun pukul 04.00 WITA untuk berkemih. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang tidur siang.

b) Keadaan Sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien sulit tidur karena gelisah dan merasa tidak nyaman dengan kateter yang digunakannya. Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri pada tangan sebelah kanannya karena bengkak saat diinfus.

c) Observasi

Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur.

Ekspresi wajah mengantuk : Tampak ekspresi wajah pasien mengantuk

Banyak menguap : Tampak pasien tidak banyak menguap

Palpebra inferior berwarna gelap : Tampak palpebra inferior pasien berwarna gelap

6. Pola Persepsi Kognitif

a) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien mengalami gangguan pada pendengaran namun tidak mengalami gangguan pada

penglihatan. Keluarga pasien mengatakan jika pasien mengalami sakit ringan seperti sakit kepala biasanya pasien minum obat cina. Keluarga pasien juga mengatakan apabila merasakan sakit maka akan langsung mengatakan kepada istri atau anaknya.

b) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan pasien sejak sakit pasien sering mengeluh tentang penyakitnya. Keluarga pasien mengatakan mengeluh nyeri pada tangan kanan karenan bengkak saat diinfus dan mengeluh haus. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien menjadi lebih gelisah dengan infus yang terpasang di kaki kiri pasien dan gelisah dengan kateter pasien.

c) Observasi

Tampak pasien sulit untuk mendengarkan kata-kata yang diucapkan oleh perawat. Tampak pasien gelisah dengan kateter yang terpasang dan infus yang terpasang.

d) Pemeriksaan Fisik

- 1) Penglihatan :
 - Kornea : Tampak kornea tidak jernih
 - Pupil : Tampak pupil isokor
 - Lensa mata : Tampak lensa mata tidak jernih
 - TIO : Teraba sama antara kiri dan kaan
- 2) Pendengaran :
 - Pina : Tampak simetris
 - Kanalis : Tampak tidak ada serumen
 - Membran Timpani : Tampak ada sedikit pantulan cahaya politzer
- 3) Pengenalan rasa pada lengan dan tungkai : Tampak ada respon ketika diberikan rangsangan nyeri

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

a) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien selalu merasa bangga dengan dirinya. Keluarga pasien mengatakan pasien adalah pribadi yang selalu bersemangat dan selalu bertanya tentang hal-hal baru.

b) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan pasien sejak sakit pasien kurang bersemangat, namun selalu menanyakan tentang hal-hal baru ke dokter atau perawat, terutama keadaannya.

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sering merasa tidak bisa kembali seperti dulu untuk melakukan aktivitas karena sekarang hanya berbaring lemah di tempat tidur.

c) Observasi

Tampak keluarga pasien selalu memberikan semangat kepada pasien.

Tampak pasien selalu bertanya tentang keadaannya.

d) Pemeriksaan Fisik

- 1) Kelainan bawaan yang nyata : Tampak tidak ada kelainan bawaan.
- 2) Bentuk/postur tubuh : Tidak terkaji.
- 3) Kulit : Teraba kulit dan telapak tangan hangat.

8. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

a) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama dengan istri dan asisten rumah tangganya. Keluarga pasien mengatakan terjalin hubungan yang baik antar anggota keluarga pasien

walaupun sudah tidak tinggal bersama dengan anak dan cucunya. Keluarga pasien mengatakan di keluarganya pasien berperan sebagai kepala keluarga. Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan orang-orang di sekitarnya baik, pasien sering mengikuti kegiatan doa keagamaan di gerejanya.

b) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien masih menjalin hubungan yang baik dengan keluarga dan kerabat di sekitarnya. Keluarga mengatakan walaupun berada di rumah sakit namun selalu menjalin relasi atau hubungan dengan keluarga dan teman-temannya melalui telepon. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak aktif lagi pada kegiatan kerohanian di gerejanya karena kondisinya sekarang yang hanya berbaring di tempat tidur.

c) Observasi

Tampak keluarga pasien bergantian menjaga pasien. Tampak pasien dikunjungi oleh keluarga dan kerabatnya. Tampak pasien sering melakukan komunikasi dengan keluarga dan kerabat melalui telepon dan *video call*.

9. Pola Reproduksi dan Seksualitas

a) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah pria sekaligus ayah dan kakek dari anak dan cucunya.

b) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan selama sakit tidak mengalami penyimpangan seksualitas.

c) Observasi : -

10. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

a) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien hidup dengan normal, tidak ada beban, santai dalam menjalani kehidupannya. Keluarga pasien mengatakan jika pasien memiliki masalah maka pasien memilih berceita dengan istrinya atau mengajak cucunya untuk berjalan-jalan ke mall.

b) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa khawatir dan tidak tenang dengan keadaannya karena pasien baru pertama kali di rawat di ruang ICU.

Keluarga pasien mengatakan pasien selalu bertanya tentang keadaannya.

c) Observasi

Tampak pasien sering menanyakan keadaannya. Tampak pasien kurang bersemangat.

11. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

a) Keadaan Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien dan keluarganya menganut agama Katolik. Keluarga pasien mengatakan pasien rajin mengikuti kegiatan keagamaan di gerejanya dan rajin untuk beribadah.

b) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit pasien sudah tidak pernah lagi mengikuti kegiatan – kegiatan di gerejan karena kondisi yang kurang memungkinkan.

Keluarga pasien mengatakan pasien hanya melaksanakan doa di tempat tidur karena tidak bisa untuk beribadah ke gereja.

c) Observasi

Tampak pasien berdoa di tempat tidur. Tampak pasien mengenakan kalung Rosario.

G. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah Lengkap

Tanggal 09 Juni 2022

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Keterangan
WBC	10.44	4.60 – 10.20	10 ³ /uL	H
RBC	2.35	4.00 – 6.10	10 ⁶ /uL	L
HGB	6.9	12.2 – 18.1	g/dL	L
HCT	18.2	37.0 – 53.7	%	L
MCV	77.4	80.0 97.0	fL	L
MCH	29.4	26.0 – 31.2	pg	
MCHC	37.9	31.8 – 35.4	g/dL	
PLT	209	150 – 450	10 ³ /uL	
RDW-SD	39.0	37.0 – 54.0	fL	
RDW-CV	13.4	11.5 – 14.5	%	
PDW	7.2	9.0 – 13.0	fL	
MPV	8.0	7.2 – 11.1	fL	
PLC-R	8.8	15.0 – 25.0	%	
PCT	0.17	0.17 – 0.35	%	
NEUTH#	9.66	1.50 – 7.00	10 ³ /uL	H
LYMPH#	0.32	1.00 – 3.70	10 ³ /uL	L
MONO#	0.43	0.00 – 0.70	10 ³ /uL	
EO#	0.03	0.00 0.40	10 ³ /uL	
BASO#	0.00	0.00 – 0.10	10 ³ /uL	
IG#	0.06	0.00 – 7.00	10 ³ /uL	
NEUT%	92.5	37.0 – 80.0	%	H
LYMPH%	3.1	10.0 – 50.0	%	L
MONO%	4.1	0.0 – 14.0	%	
EO%	0.3	0.0 – 1.0	%	
BASO%	0.0	0.0 – 1.0	%	
Ig%	0.6	0.0 – 72.0		

Tanggal 13 Juni 2022

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Keterangan
WBC	10.63	4.60 – 10.20	10 ³ /uL	H
RBC	3.10	4.00 – 6.10	10 ⁶ /uL	L
HGB	9.1	12.2 – 18.1	g/dL	L
HCT	25.7	37.0 – 53.7	%	L
MCV	82.9	80.0 97.0	fL	
MCH	29.4	26.0 – 31.2	pg	
MCHC	35.4	31.8 – 35.4	g/dL	
PLT	205	150 – 450	10 ³ /uL	
RDW-SD	41.7	37.0 – 54.0	fL	
RDW-CV	13.6	11.5 – 14.5	%	
PDW	7.5	9.0 – 13.0	fL	L
MPV	8.4	7.2 – 11.1	fL	
PLC-R	11.6	15.0 – 25.0	%	
PCT	9.36	0.17 – 0.35	%	H
NEUTH#	0.30	1.50 – 7.00	10 ³ /uL	L
LYMPH#	0.96	1.00 – 3.70	10 ³ /uL	H
MONO#	0.00	0.00 – 0.70	10 ³ /uL	
EO#	0.01	0.00 0.40	10 ³ /uL	
BASO#	0.05	0.00 – 0.10	10 ³ /uL	
IG#	88.1	0.00 – 7.00	10 ³ /uL	H
NEUT%	2.8	37.0 – 80.0	%	L
LYMPH%	9.0	10.0 – 50.0	%	
MONO%	0.0	0.0 – 14.0	%	
EO%	0.1	0.0 – 1.0	%	
BASO%	0.0	0.0 – 1.0	%	
Ig%	0.5	0.0 – 72.0		

2. Pemeriksaan Serum Ureum

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
Ureum	411.7	10-50	mg/dL		H

3. Pemeriksaan Kimia Darah

Tanggal 10 Juni 2022

Test/Jenis	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
PePolymeriksaan				
Kimia Darah				

Elektrolit Natrium, Kalium, Chlorida				
NATRIUM	109	136-145	mmol/L	L
KALIUM	3.7	3.4-4.5	mmol/L	
CHLORIDA	63	100-108	mmol/L	L

Tanggal 13 Juni 2022

Test/Jenis	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
PePolymeriksaan				
Kimia Darah				
Elektrolit Natrium, Kalium, Chlorida				
NATRIUM	145	136-145	mmol/L	
KALIUM	2.8	3.4-4.5	mmol/L	L
CHLORIDA	107	100-108	mmol/L	

4. Pemeriksaan BUN

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
SGPT	18	<41	U/L		
CREATININE	7.97	<1.4	mg/dL		H
ASAM URAT	9.32	3.4-7	mg/dL		H

5. Pemeriksaan EKG

Hasil : Sinus Aritmia

6. Pemeriksaan USG Abdomen dan Pelvis

Hasil :

- a) *Polycystic Kidney Disease*
- b) *Cystitis*
- c) *Mild ascites*

H. Diagnosa Keperawatan Sekunder

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah.

I. Prinsip-Prinsip Tindakan

PRINSIP DAN TINDAKAN	RASIONAL
Tindakan pemberian oksigenasi 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan	Untuk mencegah penyebaran mikroorganisme sehingga

<p>2. Mengucapkan salam kepada pasien</p> <p>3. Menvalidasi identitas pasien</p> <p>4. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan</p> <p>5. Mengatur posisi semi fowler kepada pasien</p> <p>6. Menghubungkan selang O₂ dengan flowmeter pada tabung O₂ sentral</p> <p>7. Membuka flowmeter, mencoba pada punggung tangan lalu ditutup kembali.</p> <p>8. Memasang nasal kanul pada hidung pasien</p> <p>9. Membuka flometer kembali dan mengatur kebutuhan oksigenasi sesuai intruksi</p> <p>Tindakan pemberian posisi semi fowler:</p> <p>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</p> <p>2. Menvalidasi identitas pasien</p>	<p>mengurangi penyebaran bakteri maupun penularan penyakit</p> <p>- Agar terbangun hubungan saling percaya antara pasien dan perawat.</p> <p>- Agar tidak terjadi kesalahpahaman yang akan diberikan tindakan, dilakukan sesuai dengan identitas pasien yang dituju</p> <p>- Agar pasien dan keluarga mengetahui tindakan dan fungsi dari pemasangan oksigenasi ini</p> <p>- Agar memberikan pasien posisi senyaman mungkin serta meningkatkan ekspansi paru pada pasien.</p> <p>- Memberikan jalur O₂ langsung ke pasien</p> <p>- Memastikan bahwa oksigen sudah benar-benar mengalir di dalam selang nasal kanul sebelum di berikan kepada pasien.</p> <p>- Memberikan jalur pemberian oksigen langsung kepada pasien</p> <p>- Agar memberikan efek yang maksimal kepada pasien.</p> <p>- Mencegah penularan mikroorganisme antara perawat dan pasien</p> <p>- Agar tidak terjadi kesalahpahaman yang akan diberikan tindakan, dilakukan sesuai dengan identitas pasien yang dituju</p>
---	--

<p>3. Tinggikan kepala tempat tidur 45°</p> <p>Tindakan Pemberian Cairan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci Tangan 2. Menvalidasi identitas pasien 3. Menghubungkan cairan infus dengan infus set yang terpasang pada pasien <p>Tindakan Pemberian Kulum Es Batu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci Tangan 2. Menvalidasi identitas pasien 3. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan 4. Mengajarkan dan menjelaskan kepada pasien dan keluarga cara dan waktu kulum es batu 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar mengurangi tekanan dari perut dan diafragma sehingga membuat oksigendalam paru-parumeningkat sehingga memperingan kesukaran untuk bernapas. - Mencegah penularan mikroorganism antara perawat dan pasien - Agar tidak terjadi kesalahpahaman yang akan diberikan tindakan, dilakukan sesuai dengan identitas pasien yang dituju - Memberikan jalan masuk ke dalam pembuluh darah pasien sesuai intruksi dokter agar memberikan efek penyembuhan yang maksimal. - Mencegah penularan mikroorganism antara perawat dan pasien - Agar tidak terjadi kesalahpahaman yang akan diberikan tindakan, dilakukan sesuai dengan identitas pasien yang dituju - Agar pasien dan keluarga mengetahui tindakan dan fungsi dari pemasangan oksigenasi ini - Agar pasien dan keluarga daoa melakukan kulum es batu secara mandiri untuk menangani rasa haus dengan tetap mengontrol saupan cairan pada pasien.
---	---

J. Monitor Klien

1. DS :

- a) Keluarga pasien mengatakan pasien masih agak sesak.
- b) Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mulai tenang dan tidak terlalu gelisah.
- c) Keluarga pasien mengatakan pasien masih lemas.
- d) Keluarga pasien mengatakan pasien masih sering mengeluh haus dan meminta minum
- e) Pasien mengatakan merasa segar saat mengulum batu es

2. DO :

- a) Tampak pasien terpasang o2 nasal kanul 4L/menit
- b) Tampak pernapasan pasien 24 x/menit
- c) Tampak pasien berbaring lemas di tempat tidur
- d) Tampak edema pada kedua palpebral pasien
- e) Tampak pasien asites
- f) Tampak pasien masih mengeluh haus dan meminta minum
- g) Tampak keluarga pasien memberikan es batu kepada pasien untuk di kulum

K. Evaluasi Diri

- 1. Hati-hati
- 2. Kerjasama
- 3. Teliti
- 4. Tenang
- 5. Sabar
- 6. Peka

ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
Data Subjektif :	Gangguan	Hipervolemia

<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan palpebra pasien membengkak 2. Keluarga pasien mengatakan perut pasien membesar 3. Pasien mengatakan selalu merasa haus dan ingin minum 4. Keluarga pasien mengatakan pasien gelisah karena sesak yang dirasakannya. <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak palpebra pasien membengkak 2. Tampak pasien gelisah 3. Tampak perut pasien asites 4. Tampak pasien sesak (dispnea) 5. Tampak mukosa bibir pasien kering 6. Teraba kulit pasien kering dan tidak elastis 7. Hasil USG Abdomen dan Pelvis : <i>Polycystic Kidney Disease</i> <i>Cystitis</i> <i>Mild Ascites</i> 8. Hasil observasi TTV : TD :150/100 mmHg N : 109x/menit S : 37,1° C P : 28x/menit SpO2 : 96% 9. Tampak urine pasien 250 cc/7 jam. 	mekanisme regulasi	
<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur. 2. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat 3. Pasien mengatakan merasa lemas dan sulit duduk serta berjalan sendiri 4. Pasien mengatakan saat ini hanya mampu untuk berbaring di tempat tidur. <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien berbaring lemas di tempat tidur 2. Tampak semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarga 	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

<p>3. Aktiviast Fisik :</p> <p>Makan : 2</p> <p>Mandi : 2</p> <p>Pakaian : 2</p> <p>Kerapihan : 2</p> <p>BAK : 3</p> <p>BAB : 1</p> <p>Mobilisasi di tempat tidur : 2</p> <p>4. Hasil HGB pasien 6.9 g/dL.</p>		
<p>Data Subjektif :</p> <p>1. Keluarga pasien mengatakan pasien belum buang air besar ±2 minggu sebelum masuk RS.</p> <p>2. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak suka makan sayur.</p> <p>3. Pasien mengatakan sulit untuk buang air besar</p> <p>Data Objektif :</p> <p>1. Terdengar peristaltic usus pasien menurun (3x/menit).</p> <p>2. Teraba distensi pada abdomen pasien.</p>	Ketidacukupan asupan serat	Konstipasi

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

<p>Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema, JVP meningkat.</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan palpebra pasien membesar 2. Keluarga pasien mengatakan perut pasien membesar 3. Pasien mengatakan selalu merasa haus dan ingin minum 4. Keluarga pasien mengatakan pasien gelisah karena sesak yang dirasakannya. <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak palpebra pasien membesar 2. Tampak pasien gelisah 3. Tampak perut pasien asites 4. Tampak 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan sedang 2. Haluaran urine meningkat 3. Kelembaban mukosa meningkat 4. Edema cukup menurun 5. Asites cukup menurun 6. Turgor kulit membaik <p>Status Cairan Membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Dispnea</i> menurun dengan frekuensi pernapasan 16-22 x/menit. 2. Keluhan haus menurun 	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia Rasional : Mengetahui adanya tanda dan gejala hipervolemia pada pasien 2. Identifikasi penyebab hipervolemia Rasional : Mengetahui penyebab hipervolemia pada pasien 3. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan Rasional : Mengetahui keseimbangan cairan pada pasien <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi asupan cairan pasien (cairan oral maksimal 400 cc/24 jam, cairan intravena 1.000 cc/24 jam). 2. Berikan terapi kulum es batu 10 cc maksimal 10 kali dalam sehari. Rasional : Mengurangi asupan cairan dan garam untuk menjaga keseimbangan cairan pasien 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Rasional : Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru dan memaksimalkan oksigenasi pada pasien. <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara membatasi cairan per hari yaitu cairan oral (susu dan air putih 400
--	--	---

<p>pasien sesak (dispnea)</p> <p>5. Tampak mukosa bibir pasien kering</p> <p>6. Teraba kulit pasien kering dan tidak elastis</p> <p>7. Hasil USG Abdomen dan Pelvis : <i>Polycystic Kidney Disease</i> <i>Cystitis</i> <i>Mild Ascites</i></p> <p>8. Hasil observasi TTV : TD :150/100 mmHg N : 109x/menit S : 37,1° C P : 28x/menit SpO2 : 96%</p> <p>9. Tampak urine pasien 250 cc/7 jam.</p>		<p>cc/hari serta es batu untuk dikulum saat pasien merasa haus maksimal 100 cc/hari).</p> <p>Rasional : Agar pasien dapat mengontrol intake dan output cairan secara mandiri</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian diuretic (furosemide 1 ampul/24 jam)</p> <p>Rasional : Membantu mengeluarkan kelebihan garam dan air dari dalam tubuh pasien melalui urine.</p> <p>Manajemen Eektrolit</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>1. Monitor kadar elektrolit</p> <p>Rasional : Memantau dan memonitor keseimbangan elektrolit pasien.</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <p>1. Berikan cairan (Nacl 0.3% dan Nacl 0.9%, KCL).</p> <p>Rasional : Membantu mengembalikan keseimbangan elektrolit pasien.</p> <p>Perawatan Dialisis</p> <p><i>Observasi:</i></p> <p>1. Identifikasi gejala-gejala dan tanda-tanda kebutuhan dialysis (mis.pemeriksaan fisik,laboratorium, pemeriksaan penunjang lainnya).</p> <p>Rasional : Mengetahui tanda dan</p>
---	--	---

		<p>gejala indikasi pemberian terpai dialysis.</p> <p>2. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang dialysis.</p> <p>Rasional : Mengetahui dan menggali bagaimana pemahan keluarga dan pasien tentang terapi dialysis.</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>1. Berikan kesempatan untuk memutuskan pilihan terapi dialysis</p> <p>Rasional : Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk mendiskusikan tindakan dialysis yang akan diberikan kepada pasien.</p> <p>2. Dampingi pasien dan keluarga dalam proses pengambilan keputusan</p> <p>Rasional : Mendampingi keluarga dan pasien dalam pengambilan keputusan dan memberikan saran atau informasi tentang terapi dialysis.</p> <p>3. Monitor keefektifan terapi dialysis</p> <p>Rasional : Memonitor keefektifan tindakan dialysis yang telah dilakukan oleh pasien.</p>
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah. Data Subjektif :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kekuatan tubuh bagian	Manajemen Energi <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Rasional : Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan. 2. Monitor pola dan jam tidur

<p>1. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur.</p> <p>2. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>3. Pasien mengatakan merasa lemas dan sulit duduk serta berjalan sendiri</p> <p>4. Pasien mengatakan saat ini hanya mampu untuk berbaring di tempat tidur.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>1. Tampak pasien berbaring lemas di tempat tidur</p> <p>2. Tampak semua aktivitas pasien di</p>	<p>atas dan bawah meningkat</p> <p>3. Keluhan lelah menurun</p> <p>4. Perasaan lemas menurun.</p> <p>5. Nilai HGB membaik.</p>	<p>Rasional : Menghindari kelelahan akibat kurang istirahat.</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>Rasional : Memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien.</p> <p>2. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>Rasional : Memberikan rasa nyaman kepada pasien.</p> <p><i>Edukasi:</i></p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>Rasional : Memberikan istirahat yang lebih kepada pasien dan mengurangi aktivitas sehingga dapat memulihkan kembali energy.</p> <p><i>Kolaborasi:</i></p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</p> <p>Rasional : Pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energy klien.</p> <p>Manajemen Nutrisi</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>1. Identifikasi status nutrisi</p> <p>Rasional : Mengidentifikasi perkembangan status</p>
--	--	--

<p>bantu oleh keluarga</p> <p>3. Aktiviast</p> <p>Fisik :</p> <p>Makan : 2</p> <p>Mandi : 2</p> <p>Pakaian : 2</p> <p>Kerapihan : 2</p> <p>BAK : 3</p> <p>BAB : 1</p> <p>Mobilisasi di tempat tidur : 2</p> <p>Hasil HGB pasien 6.9 g/dL.</p>		<p>nutrisi pasien</p> <p>2. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>Rasional : Membantu ahli gizi untuk menentukan menu makanan yang akan diberikan sesuai dengan yang disukai pasien dan sesuai diet pasien</p> <p>3. Monitor asupan makanan</p> <p>Rasional : Memonitor apakah status nutrisi pasien terpenuhi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>Rasional : Memberikan daya tarik bagi pasien untuk mengkonsumsi makan yang disediakan.</p> <p>2. Berikan suplemen makan, jika perlu</p> <p>Rasional : Membantu menambah nafsu makan pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1. Anjurkan diet yang diprogramkan</p> <p>Rasional : Mengajarkan pasien cara mengatur pola makannya</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu</p>
---	--	--

		<p>Rasional : Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk memenuhi asupan nutrisi dan mengatur diet pasien</p> <p>2. Kolaborasi pemberian produk darah.</p>
<p>Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun, distensi abdomen.</p> <p>Data Subjektif :</p> <p>1. Keluarga pasien mengatakan pasien belum buang air besar ± 2 minggu sebelum masuk RS.</p> <p>2. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak suka makan sayur.</p> <p>3. Pasien mengatakan sulit untuk buang air besar</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun</p> <p>2. Peristalik usus meningkat</p> <p>3. Frekuensi defekasi membaik (1-2x/hari).</p>	<p>Manajemen Konstipasi</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Periksa tanda dan gejala konstipasi</p> <p>Rasional : Mengetahui tanda dan gejala konstipasi pada pasien.</p> <p>2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses</p> <p>Rasional : Mengetahui apakah aktivitas usus normal atau tidak.</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Anjurkan diet tinggi serat</p> <p>Rasional : Membantu untuk mengatasi konstipasi yang dialami pasien.</p> <p>2. Berikan enema atau irigasi</p> <p>Rasional : Membantu mengatasi konstipasi yang dialami pasien.</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan peningkatan asupan cairan, <i>jika tidak ada kontra indikasi</i></p> <p>Rasional : Agar pasien mampu melakukan defekasi secara mandiri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi penggunaan</p>

<p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdengar peristaltic usus pasien menurun (3x/menit). 2. Teraba distensi pada abdomen pasien. 		<p>obat pencahar, <i>jika perlu</i></p> <p>Rasional : Membantu pasien untuk mengatasi konstipasi yang dialami.</p>
--	--	---

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal	Diagnosa	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
--------------	----------	-------	--------------------------	--------------

Minggu, 12 Juni 2022 (Shift Pagi)	I, II, III	08.00	Memonitor tanda tanda vital : H :TD: 130/80 mmHg N : 110 x/menit S : 36,4°C P: 24 x/menit	
	II	08.15	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya Hasil : Membantu pasien mandi dan berpakaian Tampak pasien bersih dan rapih	
	I	08.30	Memonitor intake dan melakukan pemberian cairan oral kepada pasien Menganjurkan diet yang diprogramkan Hasil : Tampak pasien diberikan susu nephrisol 100 cc + air putih 20 cc	
	I	08.30	Mengajarkan kepada pasien dan keluarga cara mengatasi haus dan membatasi cairan pasien Hasil : Mengajarkan kepada pasien cara mengatasi haus dan membatasi cairan dengan mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc. Tampak pasien dan keluarga mendengarkan penjelasan yang diberikan	
	I, II	08.40	Membantu pasien mengatasi rasa haus dengan mengulum es batu Hasil : Tampak pasien mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc air. Pasien mengatakan merasa segar setelah mengulum es batu.	
	III	09.00	Memeriksa pergerakan usus (peristaltic usus) pasien Hasil : Terdengar peristaltik usus pasien 4 x/menit	
	II	09.10	Mengidentifikasi makanan yang disukai pasien	

		Hasil : Tampak pasien menyukai buah apel dan jeruk	
I,II, III	10.00	Memonitor tanda-tanda vital H: TD: 140/70 mmHg N : 113 x/menit S : 36° C P : 26 x/menit	
I	10.10	Memonitor tanda dan gejala hipervolemi Hasil : Tampak edema pada kedua palpebral pasien Pasien tampak asites.	
I	10.10	Berkolaborasi melakukan pemberian obat kepada pasien Hasil : Tampak pasien diberikan obat nephrosteril 250 ml/24 jam.	
I	10.20	Meninggikan posisi kepala tempat tidur 30-40° Menganjurkan pasien untuk tirah baring Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	
I	10.45	Memeriksa pergerakan usus (peristaltic usus) pasien Hasil : Terdengar peristaltik usus pasien 4 x/menit	
I, II	11.00	Membantu pasien mengatasi rasa haus dengan mengulum es batu Hasil : Tampak pasien mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc air. Pasien mengatakan merasa segar setelah mengulum es batu.	
II	11.00	Melakukan pemberian cairan intravena kepada pasien Hasil : Pasien di berikan Nacl 0.3% botol pertama dan Nacl 0.9% 10 tpm	

	I	11.40	Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Hasil : Pasien mengatakan kurang menyukai makanan yang diberikan dari RS	
	II	12.00	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya Memonitor asupan makanan Hasil : Memberikan makan kepada pasien Hasil : Tampak pasien mengkonsumsi makanan yang disediakan Tampak pasien tidak menghabiskan makanan yang diberikan Tampak pasien diberikan air putih 20 cc.	
	I,II,III	12.30	Memonitor tanda-tanda vital : TD : 130/80 mmHg N : 116 x/menit S : 36° C P : 24 x/menit	
	I,II	12.35	Memonitor saturasi oksigen dan keluhan pada pasien Hasil : Tampak saturasi oksigen pasien 98% Pasien mengatakan masih merasa lemas	
	I	13.00	Memonitor intake dan melakukan pemberian cairan oral kepada pasien Menganjurkan diet yang diprogramkan Hasil : Tampak pasien diberikan susu nephrol 100 cc + air putih 20 cc	
	I,II	13.30	Membantu pasien mengatasi rasa haus dengan mengulum es batu Hasil :	

			Tampak pasien mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc air. Pasien mengatakan merasa segar setelah mengulum es batu.	
	I	14.00	Memonitor intake dan output cairan pasien Hasil : Intake : -Nacl 0.3%/ 3 jam : 90 cc -Nacl 0.9%/3 jam : 90 cc -Es batu : 30 cc -Minum + Makan : 80 cc -Susu : 200 cc -Obat : 250 cc Output : -Urine : 100 cc	
	I	14.10	Balance cairan pasien/7 jam CM : 740 cc CK : 100 cc BC = CM-(CK+IWL) = 740 -(100+337) = 740- 437 =+303	

Hari/Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Nama Perawat
Minggu, 12	I	Hypervolemia b/d gangguann mekanisme	

<p>Juni 2022 (14.00 WITA)</p>		<p>regulasi ditandai dengan dyspnea, edema dan JVP meningkat.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan ia masih sering merasa haus 2. Pasien mengatakan perutnya masih membesar 3. Pasien mengatakan masih merasa sesak <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien sedikit 2. Tampak mukosa bibir pasien agak kering 3. Tampak palpebrae pasien bengkak 4. Tampak perut pasien asites 5. Balance cairan pasien/24 jam <p>Hasil : Positif</p> <p>Assesment : Hipervolemia belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	<p>II</p>	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mampu untuk duduk sendiri 2. Pasien mengatakan merasa lemas <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien dibantu saat untuk melakukan aktivitasnya 2. Tampak pasien lemas 3. Tampak pasien makan dibantu keluarga dan perawat <p>Assesment : Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	<p>III</p>	<p>Konstipasi b/d ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi <2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun</p> <p>Subjektif :</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien belum BSB sejak pagi 2. Pasien mengatakan merasa sulit untuk melakukan defekasi <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdengar peristaltic usus pasien 4x/menit. <p>Asessment :</p> <p>Kostipasi belum teratasi</p> <p>Plan :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	---	--

Hari/Tanggal	Diagnosa	Waktu	Implementasi	Nama Perawat
Minggu, 12	I	14.20	Mengantar pasien ke ruangan	

Juni 2022 (Shift Siang dan Shift Malam)			operasi untuk pemasangan CDL Pada saat diruang OK, pasien diberika cairan Nacl 0.9% 50 cc	
	I	14.40	Menjemput pasien dari ruang operasi Melakukan pemberian cairan intravena kepada pasien Hasil : Pasien di berikan Nacl 0.3% botol pertama 10 tpm	
	I,II,II	16.00	Mengobservasi tanda-tanda vital : H: TD : 140/90 mmHg N : 115 x/menit S : 36,2°C P : 24 x/menit	
	I,II	16.05	Membantu pasien mengatasi rasa haus dengan mengulum es batu Hasil : Tampak pasien mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc air. Pasien mengatakan merasa segar setelah mengulum es batu.	
	III	16.30	Memeriksa pergerakan usus (peristaltic usus) pasien Hasil : Terdengar peristaltik usus pasien 6x/menit	
	II	16.40	Mengidentifikasi makanan yang disukai Hasil : Keluarga pasien mengatakan selama di RS pasien diberikan buah apel	
	II	17.00	Mengkaji keluhan pasien dan menganjurkan pasien untuk beristirahat Hasil : Pasien mengatakan masih lemas Tampak pasien berbaring dan beristirahat di tempat tidurnya	
	II	17.15	Menyajikan makanan yang	

		secara menarik dan suhu yang sesuai Hasil Pasien mengatakan kurang menyukai makanan yang diberikan dari RS	
II	18.00	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya Memonitor asupan makanan Hasil : Memberikan makan kepada pasien Pasien tampak memakan $\frac{1}{4}$ porsi makanan yang disediakan Pasien tampak tidak nafsu makan Tampak pasien diberikan air putih 20 cc.	
I,II	19.00	Meninggikan kepala tempat tidur pasien 30-40° Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	
I	19.10	Berkolaborasi melakukan pemberian obat kepada pasien Hasil : Tampak pasien diberikan diuretik furosemide 2 cc/24 jam	
I,II,III	20.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 153/84 mmHg N : 119 x/menit S : 36°C P : 24 x/menit	
II	20.10	Menganjurkan tirah baring kepada pasien Hasil : Tampak pasien beristirahat	
I	20.30	Memonitor intake dan melakukan pemberian cairan oral kepada pasien Menganjurkan diet yang diprogramkan Hasil :	

			Tampak pasien diberikan susu nephrisol 100 cc + air putih 20 cc	
	I,II	21.00	Membantu pasien mengatasi rasa haus dengan mengulum es batu Hasil : Tampak pasien mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc air. Pasien mengatakan merasa segar setelah mengulum es batu.	
	I	21.10	Memonitor intake dan output cairan pasien H: Intake : -Nacl 0.3%/ 3 jam : 180 cc -Nacl 0.9%/3 jam : 500 cc -Es batu : 20 cc -Minum + Makan : 60 cc -Susu : 100 cc -Obat : 2 cc Output : -Urine : 160 cc	
	I	21.15	Balance cairan pasien CM : 862 cc CK : 160 cc BC = CM-(CK+IWL) = 862 -(160+337) = 862-497 =+365	
	I,II,III	22.00	Mengobservasi TTV pasien H: TD : 140/90 mmHg N : 115 x/menit S : 36,2°C P : 25 x/menit	
	III	22.15	Melakukan pemberian fleet enema kepada pasien Hasil : Tampak pasien buang air besar setelah diberikan fleet enema dengan konsistensi cair ±60 cc	
	III	22.30	Memeriksa pergerakan usus (peristaltic usus) pasien Hasil : Terdengar peristaltik usus	

			pasien 5 x/menit	
	I,II	22.50	Memberikan posisi semi-fowler kepada pasien Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	
	I	23.00	Melakukan transfuse darah kepada pasien Hasil : Tampak pasien diberikan cairan Nacl 100 cc sebelum dan sesudah transfuse dilakukan Terpasang transfuse darah di tangan sebelah kanan pasien Tampak pasien diberikan transfuse darah golongan darah O 1 bag	
	I,II,III	00.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 153/84 mmHg N : 119 x/menit S : 36°C P : 24 x/menit	
	II	00.10	Menganjurkan tirah baring kepada pasien Hasil : Tampak pasien beristirahat	
		00.20	Melakukan pemberian obat kepada pasien Hasil : Omeprazole 1 flacon/12 jam	
	I,II,III	05.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 140/90 mmHg N : 110 x/menit S : 36°C P : 28 x/menit	
	I,II,III	06.00	Memonitor intake dan melakukan pemberian cairan oral kepada pasien Menganjurkan diet yang diprogramkan Hasil : Tampak pasien diberikan susu nephrosol 100 cc + air putih 20 cc	

	I	06.30	Memonitor asupan makanan Hasil Tampak pasien hanya menghabiskan beberapa sendok dari makanannya	
	I	07.00	Memonitor intake dan output cairan pasien Hasil : Intake : -Nacl 0.3%/ : 230 cc -Nacl 0.9 % : 200 cc -Minum + Makan : 20 cc -Susu : 100 cc -Obat : 10 cc Output : -Urine : 150 cc -Feses : 60 cc	
	I	07.10	Balance cairan pasien/7jam Hasil : CM : 560 cc CK : 210 cc IWL : 337 BC = CM - (CK+IWL) = 560 - (210+337) = 560 - 547 = +13 cc.	
	I	07.30	Balance cairan pasien/24 jam Hasil : CM = 2.122 cc CK = 470 cc IWL= 1.155 BC = CM - (CK+IWL) = 2.122 - (470+1.155) =2.122 - 1.625 =+497 cc	

Hari/Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Nama Perawat
--------------	----------	----------	--------------

Minggu, 12 Juni 2022 (21.00 WITA)	I	<p>Hypervolemia b/d gangguann mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema dan JVP meningkat.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan ia masih merasa haus 2. Pasien mengatakan perutnya masih membesar 3. Pasien mengatakan masih merasa sesak <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien sedikit 2. Tampak mukosa bibir pasien agak kering 3. Tampak palpebrae pasien bengkak 4. Tampak perut pasien asites 5. Tampak pernapasan pasien 26x/menit 6. Balance cairan pasien/24 jam <p>Hasil : Positif</p> <p>Asessment : Hipervolemia belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mampu untuk duduk sendiri 2. Pasien mengatakan merasa lemas <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien dibantu untuk melakukan aktivitasnya 2. Tampak pasien lemas 3. Tampak pasien dibantu untuk makan <p>Asessment : Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>Konstipasi b/d ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi <2 kali</p>	

		<p>seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun, distensi abdomen</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan saat tidak diberikan fleet enema pasien tidak bisa BAB sendiri 2. Pasien mengatakan merasa sulit untuk melakukan defekasi <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdengar peristaltic usus pasien 6x/menit <p>Asessment :</p> <p>Kostipasi belum teratasi</p> <p>Plan :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--	--

Hari/Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Nama Perawat
Senin, 13 Juni 2022 (07.00 WITA).	I	<p>Hypervolemia b/d gangguann mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema dan JVP meningkat.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan ia masih haus 2. Pasien mengatakan perutnya masih membesar 3. Pasien mengatakan masih merasa agak sesak 4. Pasien mengatakan merasa segar setelah diberikan terapi ice cubes <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien sedikit 2. Tampak mukosa bibir pasien agak kering 3. Tampak palpebrae pasien bengkak 4. Tampak perut pasien asites 5. Tampak pernapasan pasien 26x/menit 6. Balance cairan pasien/24 jam <p>Hasil :</p> <p>Positif</p> <p>Asessment :</p>	

		Hipervolmia belum teratasi Plan : Lanjutkan intervensi	
	II	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah Subjektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mampu untuk duduk sendiri 2. Pasien mengatakan merasa lemas Objektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien dibantu saat untuk melakukan aktivitasnya 2. Tampak pasien lemas 3. Tampak pasien dibantu mengangiti pempers saat sudah diberikan fleet enema. Asessment : Intoleransi aktivitas belum teratasi Plan : Lanjutkan intervensi	
	III	Konstipasi b/d ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi <2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun, distensi abdomen Subjektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah BAB setelah diberikan fleet enema 2. Keluarga pasien mengatakan saat tidak diberikan fleet enema pasien tidak bias BAB sendiri 3. Pasien mengatakan merasa sulit untuk melakukan defekasi Objektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien buang air besar setelah diberikan fleet enema 2. Terdengar peristaltic usus pasien 5x/menit detik 3. Teraba distensi pada abdomen pasien 4. Tampak pasien BAB setelah diberikan fleet enema dengan 	

		konsistensi feses cair ±60 cc. Assesment : Kostipasi belum teratasi Plan : Lanjutkan intervensi	
--	--	---	--

Hari/Tanggal	Diagnosa	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama
--------------	----------	-------	--------------------------	------

				Perawat
Senin, 13 Juni 2022 (Shift pagi)	II	07.30	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya Memonitor asupan makanan Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ makanan dari porsi makan yang disediakan - Tampak pasien hanya menghabiskan kuah sayur yang di berikan - Tampak pasien tidak memakan sayur yang diberikan - Tampak pasien diberikan 20 cc air putih. 	
	I,II,III	08.00	Memonitor tanda-tanda vital H: TD: 161/89 mmHg N: 116 x/menit S : 36,2° C P: 24x/menit SpO2 : 98%	
	I,II	08.30	Meninggikan kepala tempat tidur pasien 30-40° Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	
	I	09.00	Berkolaborasi dalam pemberian cairan intravena Hasil : Tampak pasien diberikan cairan NaCl 0.3 % botol kedua 10 tpm	
	I,II, III	10.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 158/98 mmHg N: 120 x/menit S : 36,5°C P : 22 x/ menit	
	I	10.10	Berkolaborasi melakukan pemberian obat kepada pasien Hasil : Tampak pasien diberikan obat neprosteril 250 cc/24 jam	

	I,II	10.50	Membantu pasien mengatasi rasa haus dengan mengulum es batu Hasil : Tampak pasien mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc air. Pasien mengatakan merasa segar setelah mengulum es batu.	
	I	11.10	Memonitor intake dan melakukan pemberian cairan oral kepada pasien Menganjurkan diet yang di programkan Hasil : Tampak pasien diberikan susu nephrisol 100 cc + air putih 20 cc	
	III	11.50	Mendengarkan pergerakan usus pasien Hasil : Terdengar peristaltic usus pasien 5x/menit.	
	I,II,III	12.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 155/94 mmHg N: 104 x/menit S : 36,3°C P : 26 x/ menit	
	II	12.10	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan Hasil : Tampak pasien hanya menghabiskan ½ makanan dari porsi makan yang dsediakan Tampak pasien hanya menghabiskan kuah sayur yang di berikan Tampak pasien diberikan 20 cc air putih.	
	I	12.30	Mengantar pasien ke HD	
	I	14.00	Memonitor intake dan output cairan Intake : -Nacl 0.3% : 150 cc -Makan +Minum : 90 cc -Obat : 250 cc	

			-Es batu : 10 cc -Susu : 100 cc Output : -Urine : 200 cc	
	I	14.20	Balance Cairan Pasien : Hasil : CM : 600 cc CK : 200 cc IWL : 337 BC = CM- (CK+IWL) = 600 – (200+337) = 600 – 537 = +63 cc.	

Hari/Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Nama Perawat
Senin, 13 Juni 2022 (14.30 WITA)	I	<p>Hypervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema dan JVP meningkat.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan ia masih merasa haus 2. Keluarga pasien mengatakan perut pasien masih membesar 3. Pasien mengatakan masih merasa sesak 4. Pasien mengatakan segar setelah diberikan es batu untuk dikulum <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien sedikit 2. Tampak palpebrae pasien bengkak 3. Tampak perut pasien asites 4. Tampak pernapasan pasien 26x/menit 5. Balance cairan pasien <p>Hasil : Positif</p> <p>Assesment : Hipervolemia belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mampu untuk duduk sendiri 2. Pasien mengatakan merasa lemas 3. Keluarga pasien mengatakan pasien dibantu saat ingin makan dan minum <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien dibantu untuk melakukan aktivitasnya 2. Tampak pasien lemas 3. Tampak pasien dibantu untuk makan 4. Tampak pasien berbaring di tempat 	

		<p>tidur</p> <p>Assesment :</p> <p>Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>Plan :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>Konstipasi b/d ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi <2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun, distensi abdomen</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Pasien mengatakan belum buang air besar sejak pagi</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Terdengar peristaltic usus pasien 5x/menit detik</p> <p>Assesment :</p> <p>Konstipasi belum teratasi</p> <p>Plan :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	

Hari/Tanggal	Diagnosa	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Senin, 13 Juni 2022 (Shift Siang dan Shift Malam)	I	15.30	Menjemput pasien dari ruang HD (pasien selesai HD)	
	I,II	15.40	Meninggikan kepala tempat tidur pasien 30-40° dan menganjurkan pasien untuk beristirahat Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	
	I,II,III	16.00	Memonitor tanda-tanda vital TD : 149/85 mmHg N: 112 x/menit S : 365°C P : 26 x/ menit	
	I,II	16.10	Membantu pasien mengatasi rasa haus dengan mengulum es batu Hasil : Tampak pasien mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc air. Pasien mengatakan merasa segar setelah mengulum es batu.	
	III	16.30	Mengedukasi pasien dan keluarga untuk mengonsumsi makan tinggi serat yang disukai oleh pasien	
	I,II,III	18.00	Memonitor tanda-tanda vital TD : 140/80 mmHg N: 115x/menit S : 365°C P : 24 x/ menit	
	I	19.00	Berkolaborasi melakukan pemberian obat kepada pasien Hasil : Tampak pasien diberikan obat diuretic yaitu furosemide 2 cc/24 jam	
	I	19.25	Memonitor intake dan melakukan pemberian cairan oral kepada pasien Menganjurkan diet yang diprogramkan	

		Hasil : Tampak pasien diberikan susu nephrisol 100 cc + air putih 20 cc	
I,II,III	20.00	Memonitor tanda-tanda vital TD : 155/94 mmHg N: 112 x/menit S : 36,5°C P : 24 x/ menit	
III	20.15	Mendengarkan pergerakan usus pasien Hasil : Terdengar peristaltic usus pasien 7x/menit	
II	20.30	Memposisikan pasien semi fowler Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan.	
I,II	21.00	Membantu pasien mengatasi rasa haus dengan mengulum es batu Hasil : Tampak pasien mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc air. Pasien mengatakan merasa segar setelah mengulum es batu.	
I	21.10	Memonitor intake dan output cairan Intake : -Nacl 0.3% : 210 cc -Makan +Minum : 60 cc -Obat : 2 cc -Es batu : 20 cc -Susu : 100 cc Output : -Urine : 230 cc	
I	21.30	Balance Cairan Pasien : Hasil : CM : 392 cc CK : 230cc IWL : 337 BC = CM- (CK+IWL) = 392 – (230+337) = 392 – 567 = -175 cc.	

	I,II,III	22.00	Memonitor tanda-tanda vital H: TD: 145/100 mmHg N: 114 x/menit S : 36,8° C P: 22x/menit SpO2 : 97%	
	II	22.30	Memberikan posisi semi-fowler kepada pasien Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	
	I	23.00	Melakukan transfuse darah kepada pasien Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien diberikan cairan Nacl 0.9% 100 cc sebelum dan sesudah transfuse dilakukan - Terpasang transfuse darah di tangan sebelah kanan pasien - Tampak pasien diberikan transfuse darah golongan darah O 1 bag 	
	I,II,III	00.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 158/98 mmHg N: 120 x/menit S : 36,5°C P : 20 x/ menit	
	I,II,III	04.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 155/94 mmHg N: 104 x/menit S : 36,3°C P : 24 x/ menit	
		05.00	Berkolaborasi melakukan pemberian obat kepada pasien Hasil : Omeprazole 1 gr/12 jam Cefotaxime 1 gr/12 jam	

	III	06.00	Memberikan fleet enema kepada pasien Hasil : Tampak pasien buang air besar setelah diberikan fleet enema dengan konsistensi cair \pm 60 cc	
	I	07.00	Memonitor Intake dan Output Cairan pasien Intake : Nacl 0.3 % : 140 cc Nacl 0.9% : 200 cc Obat : 20 cc Output : -Urine : 150 -Feses : 60 cc	
	I	07.20	Balance cairan pasien Hasil : CM : 360 cc CK : 210 cc IWL : 337 BC = CM- (CK+IWL) = 360 – (210+337) = 360 – 547 = -187 cc.	
	I	07.35	Balance cairan pasien/24 jam Hasil : CM = 1.352 cc CK = 640 cc IWL = 1.155 BC = CM-(CK+IWL) = 1.352 –(640+1.155) = 1.352 – 1.795 = -443 cc	

Hari/Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Nama Perawat
Senin, 13 Juni 2022 (21.00 WITA)	I	<p>Hypervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema dan JVP meningkat.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan perut pasien masih membesar 2. Pasien mengatakan masih merasa sesak 3. Pasien mengatakan segar setelah diberikan es batu untuk dikulum 4. Pasien mengatakan hausnya berkurang setelah diberikan es batu untuk di kulum <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien sedikit 2. Tampak palpebrae pasien bengkak 3. Tampak perut pasien asites 4. Tampak pernapasan pasien 26x/menit 5. Balance cairan pasien <p>Hasil : Negatif</p> <p>Assessment : Hipervolemia belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mampu untuk duduk sendiri 2. Pasien mengatakan merasa lemas 3. Keluarga pasien mengatakan pasien dibantu saat ingin makan 	

		<p>dan minum</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien dibantu untuk melakukan aktivitasnya 2. Tampak pasien lemas 3. Tampak pasien dibantu untuk makan 4. Tampak pasien berbaring di tempat tidur 5. Hasil pemeriksaan lab HGB pasien 9.1 g/dL <p>Assesment :</p> <p>Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>Plan :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>Konstipasi b/d ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi <2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun, distensi abdomen</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan belum buang air besar sejak pagi <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Terdengar peristaltic usus pasien 7x/menit <p>Assesment :</p> <p>Konstipasi belum teratasi</p> <p>Plan :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	

Hari/Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Nama Perawat
Selasa, 14 Juni 2022 (07.00 WITA)	I	<p>Hypervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema dan JVP meningkat.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa sesak 2. Pasien mengatakan segar setelah diberikan es batu untuk dikulum <p>Objektif :</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien sedikit 2. Tampak palpebrae pasien bengkak 3. Tampak perut pasien asites 4. Tampak pernapasan pasien 24x/menit 5. Balance cairan pasien <p>Hasil : Negatif</p> <p>Asessment : Hipervolemia belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mampu untuk duduk sendiri 2. Pasien mengatakan merasa lemas 3. Keluarga pasien mengatakan pasien dibantu saat ingin makan dan minum <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien dibantu untuk melakukan aktivitasnya 2. Tampak pasien lemas 3. Tampak pasien dibantu untuk makan 4. Tampak pasien berbaring di tempat tidur <p>Asessment : Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>Konstipasi b/d ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi <2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun, distensi abdomen</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah buang air setelah diberikan fleet enema 2. Pasien mengatakan hanya mampu buang ar setelah diberikan fleet 	

		<p>enema</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tampak pasien diberikan terapi fleet enema2. Tampak pasien buang air setelah diberikan fleet enema dengan konsistensi cair ± 60 cc <p>Assesment :</p> <p>Kostipasi belum teratasi</p> <p>Plan :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	---	--

Hari/Tanggal	Diagnosa	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Selasa, 14 Juni 2022 (Shift Pagi)	II	07.30	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya - Memonitor asupan makanan Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien mandi dan menjaga kebersihan - Membantu pasien makan - Tampak pasien menghabiskan ½ porsi makan - Tampak pasien di berikan air putih 20 cc 	
	I,II,III	08.30	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 168/108 mmHg N: 126 x/menit S : 36,5°C P : 26 x/ menit SpO2 pasien : 97 %	
	I,II,III	10.00	Berkolaborasi dalam pemberian cairan IV Hasil : Tampak pasien diberikan cairan NaCl 0,3 % botol ketiga 10 tpm	
		09.30	Mengikuti visite dokter Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Menginstruksikan pemberian pemberian KCL 50 mL dalam Nacl 0.9% 250 cc 10 tpm - Pasien boleh minum susu nephrosol 4X1 - Nephrosteril 250 cc/12 jam - Omeprazole 1 gr/12 jam 	
	I	10.00	Berkolaborasi pemberian cairan intravena Hasil : Tampak pasien diberikan cairan NaCl 0.9 % 250 cc + KCL 50 mL 10 tpm	
	I,II,III	10.20	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 142/75 mmHg N : 120 x/menit	

			S : 365°C P : 24 x/ menit	
		10.30	Berkolaborasi melakukan pemberian obat kepada pasien Hasil : Pasien diberikan obat nephrosteril 250 cc	
	II	10.40	Memberikan posisi semi fowler kepada pasien Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	
	I	11.00	Membantu pasien mengatasi rasa haus dengan mengulum es batu Hasil : Tampak pasien mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc air. Pasien mengatakan merasa segar setelah mengulum es batu.	
	I,II,III	12.00	Memonitor tekanan darah H : TD : 154/90 mmHg N: 118 x/menit S : 36°C P : 24 x/ menit	
	II	12.10	Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Hasil Pasien mengatakan kurang menyukai makanan dari RS	
	II	12.20	Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya Memonitor asupan makanan Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan makan kepada pasien - Tampak pasien hanya memakan 1/2 porsi makan yang di berikan - Tampak pasien tidak mau mengkonsumsi sayur dan hanya mengkonsumsi kuah sup yang disediakan - Tampak pasien di berikan 	

			air putih 20 cc	
I	13.00	- Memonitor intake dan melakukan pemberian cairan oral kepada pasien - Menganjurkan diet yang diprogramkan Hasil : Tampak pasien diberikan susu nephrisol 150 cc + air putih 20 cc		
I	13.30	Memonitor intake dan output cairan Hasil : Intake : -Nacl 0.3 % : 150 cc -Makan + Minum : 105 cc - Nacl 0.9% + KCL : 120 cc -Obat : 250 cc -Es batu : 10 cc -Susu : 150 cc Output: Urine : 200 cc		
III	13.40	Mendengarkan pergerakan usus pasien Hasil : Terdengar peristaltic usus pasien 4x/menit		
I	14.00	Balance cairan pasien Hasil : CM : 785 cc CK : 200 cc IWL : 337 BC = CM- (CK+IWL) = 785 – (200+337) = 785 – 537 = +248 cc		

Hari/Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Nama Perawat
Selasa,14 Juni 2022 (14.00 WITA)	I	<p>Hypervolemia b/d gangguann mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema dan JVP meningkat.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa sesak 2. Pasien mengatakan segar setelah diberikan es batu untuk dikulum 3. Keluarga pasien mengatakan palpebral pasien semakin membengkak <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien sedikit 2. Tampak palpebrae pasien bengkak 3. Tampak perut pasien asites 4. Tampak pernapasan pasien 26x/menit 5. Balance cairan pasien <p>Hasil : Positif</p> <p>Asessment : Hipervolmia belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mampu untuk duduk sendiri 2. Pasien mengatakan merasa lemas 3. Keluarga pasien mengatakan pasien dibanu saat ingin makan dan minum <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien dibantu untuk melakukan aktivitasnya 2. Tampak pasien lemas 3. Tampak pasien dibantu untuk makan 4. Tampak pasien berbaring di tempat tidur 	

		<p>Assessment : Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>Konstipasi b/d ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi <2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun, distensi abdomen</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan belum buang air sejak pagi 2. Pasien mengatakan hanya mampu buang air setelah diberikan fleet enema <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Terdengar peristaltic usus pasien 4x/menit <p>Assessment : Kostipasi belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	

Hari/Tanggal	Diagnosa	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama Perawat
Selasa, 14 Juni 2022 (Shift Siang dan Malam)	III	15.00	Memberikan makanan tinggi serat kepada pasien Hasil : Tampak pasien diberikan 2 potong papaya	
	II	15.30	Memberikan posisi semi-fowler kepada psasien Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang di berikan	
	I,II,III	16.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 150/80 mmHg N : 126 x/menit S : 36.9°C P : 26 x/ menit	
	I,II	16.30	Membantu pasien mengatasi rasa haus dengan mengulum es batu Hasil : Tampak pasien mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc air. Pasien mengatakan merasa segar setelah mengulum es batu	
	III	16.50	Mendengarkan pergerakan usus pasien Hasil : Terdengar peristaltic usus pasien 5x/menit	
		17.00	Berkolaborasi melakukan pemberian obat kepada pasien Hasil : Omeprazole 1 gr/12 jam Cefotaxime 1 gr/12 jam	
	I,II,III	18.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 154/90 mmHg N : 120 x/menit S : 36.4°C P : 22 x/ menit	

	II	18.30	Berkolaborasi melakukan pemberian oba kepada pasien Hasil : Tampak pasien diberikan obat diuretic furosemide 1 ampul/24 jam	
	I	20.00	Memonitor intake dan melakukan pemberian cairan oral kepada pasien Menganjurkan diet yang diprogram Hasil : Tampak pasien diberikan susu nephrisol 150 cc + air putih 20 cc	
	I,II	21.00	Membantu pasien mengatasi rasa haus dengan mengulum es batu Hasil : Tampak pasien mengulum 1 kotak es batu berisi 10 cc air. Pasien mengatakan merasa segar setelah mengulum es batu.	
	I	21.20	Memonitor input dan output cairan Hasil : Intake : -Nacl 0.3 % : 210 cc -Makan + Minum : 60 cc - Nacl 0.9% + KCL : 180 cc -Obat : 22 cc -Es batu : 10 cc -Susu : 150 cc Output: Urine : 180 cc	
	I	21.30	Balance cairan pasien Hasil : CM : 632 cc CK : 180 cc IWL : 337 BC = CM- (CK+IWL) = 632 – (180+337) = 632 – 517 = +115 cc.	
	I,II,III	22.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 160/100 mmHg N: 120 x/menit	

			S : 36,8°C P : 24 x/ menit	
	II	22.10	Memonitor saturasi oksigen pasien Hasil : Tampak SpO2 pasien : 97 %	
	I,II,III	00.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 145/80 mmHg N : 1201 x/menit S : 36,5°C P : 19 x/ menit	
	II	00.20	Melakukan pemberian posisi semi-fowler kepada pasien dan menganjurkan pasien untuk beristiraha Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi yang di berikan	
	I,II,III	04.00	Memonitor tanda-tanda vital H : TD : 154/90 mmHg N: 118 x/menit S : 36°C P :24 x/ menit	
		04.10	Berkolaborasi melakukan pemberian obat kepada pasien Hasil : Omeprazole 1 gram/12 jam Cefotaxime 1 gram/ 12 jam	
	III	05.35	Memberikan fleet enema kepada pasien Hasil : Tampak pasien buang air besar setelah di berikan fleet enema dengan konsistensi sedikit padat ±80 cc.	
	III	05.55	Menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk konsumsi sayur dan buah yang disukai	

	II	07.05	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien memenuhi kebutuhannya - Memonitor asupan makanan <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien dalam memenuhi asupan nutrisi - Tampak pasien hanya memakan $\frac{1}{2}$ dari porsi makan yang di berikan - Tampak pasien tidak mau mengkonsumsi sayur hanya mengkonsumsi kuah sup yang sediakan - Tampak pasien diberikan air putih 20 cc 	
	I	07.30	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil :</p> <p>Intake : -Nacl 0.3% : 140 cc -Makan + Minum : 45 cc -Obat : 20 cc</p> <p>Output : -Urine : 170 cc -Feses : 80 cc</p>	
	I	07.40	<p>Balance Cairan Pasien</p> <p>Hasil :</p> <p>CM : 205 cc CK : 250 cc IWL : 337</p> <p>BC = CM- (CK+IWL) = 205 – (250+337) = 205 – 587 = -382 cc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk tetap mematuhi pembatasan cairan yang diberikan 	
	I	07.55	<p>Balance cairan pasien/24 jam</p> <p>Hasil :</p> <p>CM = 1.622 cc CK = 630 cc IWL = 1.155</p> <p>BC = CM – (CK+IWL)</p>	

			$= 1.622 - (630 + 1.155)$ $= 1.622 - 1.785$ $= -163 \text{ cc.}$	
--	--	--	--	--

Hari/Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Nama Perawat
Selasa,14 Juni 2022 (21.00 WITA)	I	<p>Hypervolemia b/d gangguann mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema dan JVP meningkat.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa sesak 2. Pasien mengatakan segar setelah diberikan es batu untuk dikulum 3. Pasien mengatakan rasa hausnya sudah berkurang <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien sedikit 2. Tampak palpebrae pasien bengkak 3. Tampak perut pasien asites 4. Tampak pernapasan pasien 24x/menit 5. Balance cairan pasien <p>Hasil : Negatif</p> <p>Asessment : Hipervolmia belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mampu untuk melakukan aktivitasnya sendiri 2. Pasien mengatakan merasa lemas 3. Keluarga pasien mengatakan pasien dibantu saat ingin makan dan minum <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien dibantu untuk melakukan aktivitasnya 2. Tampak pasien lemas 3. Tampak pasien dibantu untuk makan 4. Tampak pasien berbaring di tempat tidur 	

		<p>Assessment : Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>Konstipasi b/d ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi <2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun, distensi abdomen</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan belum BAB sejak pagi 2. Pasien mengatakan hanya mampu buang ar setelah diberikan fleet enema <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdengar peristaltic usus pasien 5x/menit <p>Assessment : Kostipasi belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	

Hari/Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Nama Perawat
Rabu,15 Juni 2022 (07.00 WITA)	I	<p>Hypervolemia b/d gangguann mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema dan JVP meningkat.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa sesak <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien sedikit 2. Tampak palpebrae pasien bengkak 3. Tampak perut pasien asites 4. Tampak pernapasan pasien 26x/menit 5. Balance cairan pasien <p>Hasil : Negatif</p> <p>Assessment : Hipervolmia belum teratasi</p>	

		Plan : Lanjutkan intervensi	
	II	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mampu beraktivitas 2. Pasien mengatakan merasa lemas 3. Keluarga pasien mengatakan pasien dibantu saat ingin makan dan minum <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien dibantu untuk melakukan aktivitasnya 2. Tampak pasien lemas 3. Tampak pasien dibantu untuk makan 4. Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur 5. Tampak pasien dibantu saat mengganti pempersnya <p>Assesment : Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>Plan : Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>Konstipasi b/d ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi <2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun, distensi abdomen</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah buang air setelah diberikan fleet enema 2. Pasien mengatakan hanya mampu buang ar setelah diberikan fleet enema <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Terdengar peristaltic usus pasien 5x/menit 3. Tampak pasien diberikan terapi fleet enema 4. Tampak pasien buang air setelah diberikan fleet enema dengan 	

		konsistensi cair ±80 cc Assesment : Kostipasi belum teratasi Plan : Lanjutkan intervensi	
--	--	--	--

DAFTAR OBAT

A. Omeprazole

1. Defenisi :

Omeprazole adalah obat yang termasuk dalam golongan proton pump inhibitor (PPI) yang bekerja sebagai penghambat asam lambung dan farmakokinetiknya yang bekerja dengan cara mengaktifkan proton dan merangsang sistem pada pompa asam lambung, sehingga terjadi penekanan sekresi asam lambung.

2. Tujuan :

Menekan produksi asam lambung

3. Indikasi :

Pasien dengan tukak lambung dan duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, sindrom Zollinger-Ellison

4. Kontra Indikasi :

Pada ibu hamil dan menyusui

5. Efek Samping :

Gatal-gatal, sesak napas, pembengkakan pada wajah, demam, mual muntah, sakit kepala, jantung berdebar, impotensi dan stomatitis.

B. Cefotaxime

1. Defenisi :

Cefotaxime adalah obat antibiotik sefalosporin untuk mengobati berbagai penyakit infeksi bakteri yang bekerja dengan cara membunuh bakteri dan menghambat pertumbuhannya. Selain mencegah infeksi bakteri, obat ini juga dapat mencegah infeksi pada luka operasi.

2. Tujuan :

Membunuh bakteri dan mencegah bertumbuhnya bakteri dalam tubuh serta mencegah infeksi pada luka operasi.

3. Indikasi :
pneumonia, infeksi saluran kemih, kencing nanah, meningitis, peritonitis, atau osteomielitis (infeksi pada tulang).
4. Efek Samping :
Nyeri atau bengkak pada area suntik, diare, mual muntah dan jantung berdebar.

C. Furosemide

1. Defenisi :
Furosemide adalah obat untuk mengatasi penumpukan cairan di dalam tubuh dan termasuk dalam golongan diuretic yang dapat juga mengatasi tekanan darah tinggi (hipertensi). Obat ini juga bekerja dengan cara menghalangi penyerapan natrium di dalam sel-sel tubulus ginjal
2. Tujuan :
Mengatasi penumpukan cairan di dalam tubuh dan dapat mengatasi tekanan darah tinggi (hipertensi).
3. Indikasi :
Gagal jantung, sirosis, edema paru, hipertensi dan penyakit ginjal
4. Efek Samping :
Sakit kepala, mual, muntah, diare, konstipasi dan penglihatan buram

D. KCL (Kalium Chlorida)

1. Defenisi :
Kalium adalah suplemen mineral untuk mengatasi hipokalemia atau defisiensi kalium. Kalium berperan penting dalam menjaga kesehatan jantung, ginjal, saraf, mengatur keseimbangan cairan tubuh dan kontraksi otot
2. Tujuan :
Mengatasi hipokalemia atau defisiensi kalium

3. Efek samping :

Mual, muntah, diare, nyeri dada, haus terus menerus, badan terasa lemas dan irama jantung tidak teratur.

E. Nephrosteril

1. Defenisi :

Nephrosteril digunakan sebagai pasokan atau asupan asam amino yang seimbang pada penderita gagal ginjal akut/kronik

2. Indikasi :

Penderita gagal ginjal akut/kronis

3. Kontra Indikasi :

Gangguan hati, insufisiensi jantung berat, hiperhidrasi, hypokalemia dan hiponatremia

4. Efek Samping :

Mual, muntah, ruam pada kulit, jantung berdebar, demam, sakit kepala

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini, penulis membahas mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang dilakukan selama 3 hari, dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dengan kasus nyata pada Tn. "T" dengan *Chronic Kindey Disease (CKD)* di ruang ICU RS Stella Maris Makassar.

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data-data diperoleh melalui wawancara langsung kepada keluarga pasien, hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung yaitu pemeriksaan *Blood Urea Nitrogen (BUN)* dan serum kreatinin. Dari pengkajian yang dilakukan pada Tn. T diketahui bahwa tanggal 11 Juni 2022 di lakukan pengkajian fisik pada pasien dan didapatkan hasil TD: 150/100 mmHg, N: 109 x/menit, S: 37°C, P: 28 x/menit, SpO₂: 96%, terpasang kateter kondom, IVFD NaCl 0,3% dan NaCl 0,9% 10 tpm, O₂ nasal kanul 4 liter/menit, kesadaran pasien composmentis, tampak pasien *dispnea* dan tampak pasien lemas. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan memiliki riwayat penyakit diabetes melitus sejak 3 tahun yang lalu. Pasien mengatakan mengkonsumsi obat anti hipertensi yaitu *amlodipine 10 mg* dan obat *metformin 500 mg* secara teratur. Pemeriksaan USG Abdomen dan Pelvis: *Polycystic Kidney Disease (PKD)*, *Cystitis* dan *Mild Ascites*, EKG: Sinus Aritmia, Ureum : 411,7 mg/dL, Natrium : 109 mmol/L, Chlorida : 63 mmol/L, Creatinine : 7,97 mg/dL, Asam

Urat : 9,32 mg/dL, WBC: 10,44 $10^3/uL$, RBC : 2,35 $10^6/uL$, HGB : 6,9 g/dL, HCT 18,2 %.

Berdasarkan teori tanda dan gejala yang paling sering muncul pada pasien CKD adalah hipertensi, edema, asites, JVP meningkat, takikardi, aritmia, anoreksia, mual dan muntah, diare, konstipasi, *dispnea*, oliguria dan anemia.

Keluhan utama yang muncul pada Tn. T yaitu *dispnea*. *Dispnea* ini terjadi karena adanya kerusakan nefron sehingga terjadi penurunan *Glomerular Filtration Rate (GFR)* yang menyebabkan penimbunan sampah metabolik yang membuat ureum menumpuk pada rongga paru-paru dan pleura. Hal ini menyebabkan terjadinya gangguan proses difusi yaitu pertukaran O_2 dan CO_2 di alveolus. Adanya gangguan proses difusi ini menyebabkan timbulnya tanda dan gejala seperti sesak napas (Suardika, 2021).

Tanda dan gejala lain yang juga di temukan pada pasien yaitu edema palpebrae, asites dan JVP meningkat. Edema palpebrae adalah pembengkakan yang terjadi pada sekitar mata pasien khususnya palpebra, sedangkan asites adalah pembengkakan pada perut yang disebabkan karena akumulasi cairan yang menumpuk pada rongga peritoneal di abdomen. Kedua hal ini terjadi karena adanya kerusakan fungsi ginjal yang menyebabkan glomerulus rusak sehingga terjadi peningkatan permeabilitas kapiler yang menyebabkan loss protein dan terjadi hipoalbumin. Dengan adanya hipoalbumin maka meurunkan tekanan onkotik sehingga terjadi retensi natrium dan air yang menyebabkan adanya perpindahan cairan dari intravaskuler ke interstitial, di mana sifat cairan yaitu mencari tempat yang berongga sehingga terjadi edema pada palpebrae dan asites. Dengan adanya asites maka mendorong diafragma sehingga mengganggu ekspansi dan menyebabkan

sesak napas serta peningkatan JVP pada pasien. Hal ini terjadi karena adanya retensi natrium dan air yang menyebabkan adanya perpindahan cairan dari intravaskuler ke interstitial, contohnya ke rongga perikardium yang menyebabkan tekanan pada jantung sehingga jantung sulit untuk memompa darah dan terjadi bendungan mengakibatkan peningkatan pada vena jugularis (Padila, 2016).

Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor resiko yang dapat mengakibatkan gagal ginjal kronik, antara lain : glomerulus nefritis kronik, penyakit ginjal polikistik, batu ginjal, pielonefritis kronis dan nefritis interstisial, infeksi saluran kemih, gaya hidup (peningkatan berat badan/obesitas, merokok, kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan berlebih), diabetes melitus dan hipertensi (Mutaqqin, 2017).

Pada kasus, penulis berasumsi bahwa faktor yang menyebabkan Tn. T mengalami gagal ginjal kronik yaitu riwayat hipertensi dan diabetes melitus, adanya penyakit ginjal polikistik serta kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran selang lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung lama akan menyebabkan pembuluh darah khususnya pembuluh darah renalis mengalami vasokonstriksi sehingga aliran darah yang membawa pasokan oksigen dan nutrisi menjadi berkurang serta vasokonstriksi juga dapat menyebabkan iskemik ginjal. Karena kurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke ginjal dan terjadi iskemik ginjal maka proses filtrasi di glomerulus menjadi terhambat dan dapat menyebabkan ketidaknormalan kadar natrium dan kreatinin (Cahyo et al., 2020). Hal ini ditandai dengan kurangnya natrium

pada pasien yaitu 109 mmol/L dan tingginya kadar kreatinin pasien yaitu 7.97 mg/dL.

Faktor lain yang menyebabkan gagal ginjal kronik pada pasien yaitu adanya riwayat Diabetes Melitus (DM) pada pasien. DM adalah suatu penyakit kelompok metabolik dengan karakteristik penyakit hiperglikemi atau peningkatan glukosa yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, gangguan kerja insulin atau keduanya, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah. Glukosa yang tinggi menyebabkan timbulnya glikosuria dan menyebabkan timbulnya diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (poliuri) serta timbul rasa haus (polidipsi). Karena hilangnya glukosa bersama urine, maka akan terjadi keseimbangan nutrisi negatif sehingga berat badan berkurang dan timbulnya rasa lapar (polidipsi), mengantuk serta timbul rasa lelah dan lemas (Tandiayuk, 2017). Selain itu, tingginya kadar glukosa menyebabkan terjadinya glikosilasi protein membrane basalis, dan terjadi pula penumpukan zat serupa glikoprotein membrane basalis pada mesangium sehingga kapiler-kaplier glomerulus akan tersesak dan aliran darah terganggu yang menyebabkan glomerulosklerosis dan hipertrofi nefron yang akan menimbulkan nefropati diabetik. Jika tidak terkontrol, maka nefropati diabetik akan berkembang menjadi proteinuria secara klinis dan berlanjut dengan penurunan laju filtrasi glomerulus dan berakhir dengan keadaan gagal ginjal (Rivandi & Yonata, 2016).

Selain itu, adanya penyakit ginjal polikistik, yaitu terbentuknya kista pada kedua ginjal yang menekan dan menghancurkan parenkim ginjal sehingga terjadi kerusakan dan terjadi penurunan fungsi ginjal secara progresif. Akibat dari

adanya kerusakan ginjal secara progresif menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronik (Mutaqqin, 2017).

Adanya kebiasaan mengonsumsi obat-obatana juga dapat berpengaruh terhadap kejadian gagal ginjal kronik, dimana dapat terjadi penyempitan pada pembuluh darah dan terjadi tahanan pada pembuluh darah ginjal sehingga darah ke ginjal menjadi berkurang dan terjadi iskemik ginjal (Mutaqqin, 2017).

2. Diagnosis Keperawatan

Pada kasus, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai dengan SDKI dan telah memenuhi 80% dari tanda mayor dan minor, yaitu:

- a) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan *dispnea*, edema dan JVP meningkat.

Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa prioritas karena di dapatkan data-data dari pasien yaitu adanya edema pada kedua palpebra pasien dan adanya asites pada abdomen pasien sehingga menyebabkan pasien sesak napas, hasil pemeriksaan USG Abdomen dan Pelvis, yaitu adanya *Polycystic Kidney Disease* dan *Mild Ascites*. Adanya penyakit *Polycystic Kidney Disease* ini menyebabkan kerusakan pada ginjal yang menyebabkan terjadi gangguan mekanisme regulasi di ginjal. Hal ini ditandai dengan kurangnya produksi urine pada Tn.T yaitu 250 cc/7 jam sehingga urine tertahan di dalam tubuh dan menyebabkan edema atau asites (Mutaqqin, 2017).

- b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah dan merasa lemah.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data bahwa pasien selalu mengeluh lemas dan lelah serta sulit beraktivitas, pasien hanya mampu berbaring di tempat tidur dan sulit untuk duduk apalagi berjalan, semua aktivitas dan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Hasil pemeriksaan lab pada pasien juga didapatkan hasil HGB : 6.9 g/dL yang menandakan bahwa pasien mengalami Anemia. Adanya anemia disebabkan karena penumpukan ureum di dalam darah sehingga menginaktifkan eritropoetin dan mempengaruhi masa hidup dan jumlah eritrosit sehingga menyebabkan produksi hemoglobin menurun. Dengan menurunnya jumlah hemoglobin sehingga peredaran oksigen dari paru-paru ke seluruh jaringan tubuh menurun dan menyebabkan jaringan kekurangan energi dan akan timbul keluhan lemas dan lelah serta sulit untuk beraktivitas (Suharyanto & Majid, 2015). Selain itu, karena adanya gangguan pada ginjal akibat dari glukosa yang tinggi mengakibatkan timbulnya glikosuria sehingga terjadi diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (poliuri) sehingga glukosa hilang bersama urine, maka akan terjadi keseimbangan nutrisi negatif dan memicu timbulnya rasa lelah dan lemas (Tandiayuk, 2017).

- c) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit dan peristaltik usus menurun.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan data bahwa pasien sudah tidak buang air besar sejak 2 minggu terakhir serta pasien tidak suka mengonsumsi sayur-sayuran, terdengar peristaltik usus pasien 3x/menit.

Konstipasi terjadi akibat adanya gangguan metabolisme yang disebabkan karena adanya penumpukan ureum sehingga absorpsi cairan dan elektrolit menurun yang menyebabkan adanya tahanan di kolon kemudian feses mengeras dan terjadi gangguan defekasi (Mutaqqin, 2017).

Diagnosa pada teori yang tidak diangkat pada kasus, adalah :

- a) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (mis.kelemahan otot pernapasan), penurunan energi, posisi tubuh menghambat ekspansi paru.

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena intervensi yang diberikan pada disgnosa ini sudah ada dan tercantum dalam intervensi yang ada pada diagnosa hipervolemi untuk mengatasi pola napas pasien.

- b) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, penurunan konsentrasi hemoglobin, peningkatan tekanan darah, kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis.diabetes melitus)

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tanda dan gejala yang muncul di pasien belum mendukung serta intervensi untuk penanganan diagnosa ini sudah tercantum dalam intervensi yang ada dalam diagnose hipervolemi.

- c) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, factor psikologi (keengganan untuk makan), ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient.

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena data yang diemukan belum cukup mendukung, hanya di dapatkan data bahwa pasien tidak nafsu makan namun tidak mengalami penurunan berat badan.

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) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema, JVP meningkat.

Tindakan yang dilakukan pada pasien yaitu :
Observasi : periksa tanda dan gejala hipervolemi yang timbul (adanya edema palpebra dan asites, sesak napas), identifikasi penyebab hipervolemi, monitor intake dan output cairan, monitor kadar elektrolit, dan identifikasi gejala-gejala dan tanda-tanda kebutuhan dialysis; Terapeutik : batasi asupan cairan pasien dengan cara memberikan terapi kulum es batu (*ice cube's*) sebanyak 10 ml/kotak, dampingi pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan untuk terapi dialysis; Edukasi : ajarkan cara membatasi asupan cairan dengan memberi edukasi cara mengulum es batu agar dapat dilakukan sendiri khususnya di rumah; Kolaborasi : berikan obat diuretik yaitu furosemide 1 ampul/24 jam.

Salah satu tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnose ini yaitu terapi *ice cube's* atau kulum es batu. Tindakan ini bertujuan untuk menangani 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, di mana di dalam 1 balok atau kotak es batu berisi 10 cc air dan di berikan kepada pasien maksimal 10 kali dalam sehari (Fida' Husain & Ika Silvitasari, 2020).

- b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah

Tindakan yang dilakukan pada pasien yaitu :
Observasi : mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (anemia), monior hasil laboratorium ;
Terapeutik : sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus;
Edukasi : Anjurkan tirah baring;
Kolaborasi : kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan (diberikan susu nephrisol 3x100 cc).

- c) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltik usus menurun

Tindakan yang dilakukan pada pasien yaitu :
Observasi : periksa tanda dan gejala konstipasi (pasien tidak buang air besar 2 minggu terakhir), periksa pergerakan usus (peristaltik usus menurun, 3x/menit);
Terapeutik : anjurkan diet tinggi serat (edukasi makan buah dan sayur seperti wortel dan apel serta pepaya);
Kolaborasi: kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu (diberikan terapi fleet enema).

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn.T, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun. Penulis menemukan hambatan dalam pelaksanaan terapi batasan cairan pada pasien, di mana pasien selalu meminta minum dan keluarga pasien khususnya istri pasien sering memberikan minum secara sembunyi-sembunyi kepada pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 12-14 Juni 2022 pada Tn.T merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam :

- a) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema, JVP meningkat, sampai hari ketiga perawatan belum teratasi. Hal ini terjadi karena pasien dan keluarga pasien tidak mematuhi anjuran batasan cairan yang di berikan karena keluarga pasien sering memberikan minum kepada pasien sembunyi-sembunyi sehingga edema pada kedua palpebra dan asites pada pasien belum tertangani yang mengakibatkan pasien masih terus merasa sesak.

Setelah diberikan terapi *ice cube's* pasien mengatakan merasa segar pada tenggorokkanya serta rasa hausnya tertangani. Penulis juga melakukan penialain rasa haus dengan menggunakan *Visual Analogue Scale (VAS)* dengan skala pengukuran 0-10. Dari hasil penialain menggunakan VAS didapatkan hasil bahwa pasin berada pada rentang haus sedang atau antara nilai 4-6 dan rata-rata pasien memilih angka 5.

- b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah, sampai pada hari perawatan ke tiga belum tertasi, di mana pasien masih merasa lelah dan lemas, tampak pasien hanya berbaring di tempat tidur dan semua aktivitas seta kebutuhan pasien hanya di bantu oleh keluarga dan perawat. Hasil pemeriksaan HGB pasien hari kedua 9.1 g/dL.
- c) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltik usus menurun, sampai pada hari perawatan ke tiga belum teratasi, karena pasien sulit untuk buang air besar secara mandiri dan hanya buang air besar apabila diberikan fleet enema.

B. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing

1. Judul EBN :

Pengaruh Terapi Ice Cube's sebagai Evindence Based Nursing untuk Mengurangi Rasa Haus pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis.

2. Diagnosis Keperawatan :

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan dyspnea, edema, JVP meningkat.

3. Intervensi Keperawatan mengacu pada EBN :

Manajemen Hipervolemi pada bagian Terapeutik yaitu Pembatasan Asupan Cairan.

4. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :

a) Pengertian tindakan :

Terapi ice cube's adalah tindakan yang dilakukan dengan cara memberikan 1 balok es batu yang berisi 10 cc air yang dapat dilakukan maksimal 10 kali dalam sehari untuk

dikulum dengan tujuan mengurangi rasa haus dan tetap membatasi cairan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.

b) Tujuan/rasional EBN pada kasus askep

Untuk membantu pasien dalam mengatasi rasa haus dan memberikan rasa segar kepada pasien serta tetap memberikan asupan cairan oral namun tetap dalam batasan yang diindikasikan/diinstruksikan.

c) PICOT EBN (*problem, intervention, comparison, outcome, Time*)

Rubrik	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Judul	Pengaruh Terapi Ice Cube's sebagai Evidence Based Nursing untuk Mengurangi Rasa Haus pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis	Pengaruh Terapi Ice Cube's Terhadap Penurunan Rasa Haus pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Sembiring	Manajemen Keperawatan Mengurangi Rasa Haus pada Pasien dengan <i>Chronic Kidney Disease</i> : <i>Literature Review</i>
P	Responden sebanyak 20 pasien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali.	Responden sebanyak 18 responden dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD Sembiring.	Pada jurnal ini tidak melibatkan responden, namun menggunakan 8 artikel pendukung dengan intervensi mengulum es batu, mengunyah permen karet dan berkumur obat kumur dengan batasan tahun artikel 2009-2019.
I	Pada penelitian ini peneliti memberikan intervensi dengan cara membagi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol, yaitu 10 pasien kelompok intervensi yang diberikan terapi ice cube's dan 10 pasien kelompok control yang tidak diberikan terapi ice cube's.	Pada penelitian ini peneliti memberikan intervensi dengan desain pre experiment dan menggunakan one group pretest posttest di mana menilai rasa haus pasien sebelum di berikan terapi ice cube's dan setelah diberikan terapi ice cube's dengan tetap memperhatikan batasan cairan oral pasien.	Pada penelitian ini peneliti tidak menggunakan intervensi namun hanya menganalisa 8 artikel sesuai dengan kriteria.
C	Pembandingan pada jurnal ini yaitu kelompok control yang tidak diberikan terapi ice cube's.	Penelitian ini tidak menggunakan tindakan pembandingan karena peneliti hanya menggunakan desain pre experiment dengan melakukan pre	Penelitian ini tidak menggunakan tindakan pembandingan namun hanya membandingkan intervensi dari 8 jurnal yang dianalisa.

		dan post test.	
O	Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat di simpulkan bahwa tindakan terapi ice cube's lebih berpengaruh terhadap penurunan rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis serta tetap mengontrol asupan cairan dibandingkan dengan pasien tidak derikan terapi ice cube's.	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan tindakan pemberian ice cube's pada pasien dengan gagal ginjal kronik berpengaruh terhadap penurunan rasa haus pada pasien dan tetap memperhatikan batasan cairan pada pasien.	Berdasarkan hasil analisa dapat disimpulkan baha penurunan rasa haus pada pasien dengan gagal ginjal kronik paling efektif dilakukan dengan mengulum es batu. Dari hasil analisa didapatkan bahwa terapi ice cube's atau mengulum es batu dapat menahan haus 93 menit, sedangkan berkumur dengan obar kumur memiliki waktu 67 menit dan mengunyah permen karet seama 53 menit.
T	Penelitian ini dilakukan pada tanggal 06 Desember 2019-15 Januari 2020.	Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni 2021.	Penelitian ini dilakukan pada tahun 2020.

5. Kesimpulan PICOT

Dari hasil analisa tiga 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 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, di mana di dalam 1 balok atau kotak es batu berisi 10 cc air dan di berikan kepada pasien maksimal 10 kali dalam sehari, sehingga rasa haus pada pasien dapat teratasi dan intake cairan pada pasien tetap terpantau dengan baik (Fida' Husain & Ika Silvitasari, 2020).

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus di lapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Tn.T dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ruang ICU di RS Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Dari pengkajian yang dilakukan pada Tn. T didapatkan hasil TD: 150/100 mmHg, N: 109 x/menit, S: 37°C, P: 28 x/menit, SpO₂: 96%, terpasang kateter kondom, IVFD NaCl 0.3% dan NaCl 0.9% 10 tpm, O₂ nasal kanul 4 liter/menit, kesadaran pasien composmentis, tampak pasien *dispnea*, tampak pasien lemas. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu dan memiliki riwayat penyakit diabetes melitus sejak 3 tahun yang lalu. Pasien mengatakan mengkonsumsi obat anti hipertensi yaitu *amlodipine* 10 mg dan obat *metformin* 500 mg secara teratur. Pemeriksaan USG Abdomen dan Pelvis: *Polycystic Kidney Disease (PKD)*, *Cystitis* dan *Mild Ascites*, EKG: Sinus Aritmia, Ureum : 411.7 mg/dL, Natrium : 109 mmol/L, Chlorida : 63 mmol/L, Creatinine : 7.97 mg/dL, Asam Urat : 9.32 mg/dL, WBC: 10.44 10³/uL, RBC : 2.35 10⁶/uL, HGB : 6.9 g/dL, HCT 18.2 %.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn.T yaitu :

- a) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan *dyspnea*, edema, JVP meningkat;

- b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa lemah;
- c) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat ditandai dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltik usus menurun, distensi abdomen.

3. Intervensi Keperawatan

Dari rencana keperawatan yang telah penulis susun, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis, meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan serta didukung sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit.

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn.T, penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun. Penulis menemukan hambatan dalam pelaksanaan terapi batasan cairan pada pasien, di mana pasien selalu meminta minum dan keluarga pasien khususnya istri pasien sering memberikan minum secara sembunyi-sembunyi kepada pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Dari hasil implementasi yang dilakukan pada Tn.T selama 3x24 jam didapatkan :

- a) Hipervolemia belum teratasi.
- b) Intoleransi belum teratasi.
- c) Konstipasi belum teratasi.

6. Dokumentasi

Telah dilakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada Tn.T dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasi serta evaluasi selama 3 hari dengan kerjasama yang baik dan bantuan dari perawat ruangan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan :

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Piha RS diharapkan selalu memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat kontinyu melakukan edukasi keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik selama menjalani perawatan di RS, sehingga pada waktu pulang ke rumah, pasien bisa melaksanakan apa yang telah didapatkan pada saat diberikan edukasi di RS.

2. Bagi Perawat

- a. Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan memberikan hasil yang baik dan memberikan 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 menyediakan 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/i

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

DAFTAR PUSTAKA

- Amidos, J., Sari, U., & Indonesia, M. (2021). *Self-Concept Correlated with the Incidence of Depression in Hemodialysis Patients*. September. <https://doi.org/10.32419/jppni.v5i3.240>
- Cahyo, V. D., Nursanto, D., Risanti, E. D., & Dewi, L. M. (2020). Hubungan Hipertensi dan Usia Terhadap Kejadian Kasus Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr.Harjono S. Ponorogo. *Jurnal Keperawatan*.
- Faizah, M. U., & Sulastri. (2020). Efek samping Tindakan Hemodialisis Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) dengan Aloe Vera Gel. *Encephale*, 53(1), 59–65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.03.001>
- Fida' Husain, & Ika Silvitasari. (2020). Management Keperawatan Mengurangi Rasa Haus Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Disease : Literature Review. *Infokes: Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan*, 10(2), 28–33. <https://doi.org/10.47701/infokes.v10i2.1030>
- Haksara, E., & Rahmanti, A. (2021). *Jurnal Keperawatan Sisthana Efektifitas Pengaturan Quick Of Blood (Qb) Terhadap Rasio Reduksi Ureum Plasma Pada Pasien Ckd Yang Menjalani Hemodialisis Di Rst Dr. Soedjono Magelang The Effectiveness Of Administration Of Quick Of Blood (Qb) On The Ratio Of*. 6(1).
- Handayani, R. S., & Rahmayati, E. (2018). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan*, IX(2), 238–245. <https://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JKEP/article/view/363>
- Intan Saraswati, N. L. G., Sri Antari, N. L. Y., & Suwartini, N. L. G. (2019). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Chronic Kidney Disease Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 10(1), 45–53. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v10i1.84>

- Kamil, I. dkk. (2018). Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Ulin Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan*. 2 (9). Pp: 366-377. *Dinamika Kesehatan*, 9(2), 366–377.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Ginjal Kronik*.
- Kurniawati, D. P., Widyawati, I. Y., & Mariyanti, H. (2014). Edukasi dalam meningkatkan kepatuhan. *FIK Universitas Airlangga*, 1–7.
- Mutaqqin, A. (2017). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika.
- Oktaviani, M. L. (2017). *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di Irna Non-Bedah Penyakit Dalam Wanita RSUP Dr.M.Djamil Padang*. 20–21.
- Padila. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- Pelupessy, T. E., Kusadhiani, I., & Latuconsina, V. Z. (2021). *Molucca Medica ISSN 1979-6358 (print) ISSN 25970246X (online) Artikel Penelitian Hubungan Nilai Estimasi Laju Filtrasi Glomerulus Dengan Kadar Asam Urat Serum Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Non Dialisis Fakultas Kedokteran Universitas Pattimura Co. 14(January 2019)*.
- Puspanegara, A. (2019). Pengaruh Usia Terhadap Hubungan Mekanisme Koping Dengan Kecemasan Ketika Menjalani Terapi Hemodialisa Bagi Para Penderita Gagal Ginjal Kronik Di Kabupaten Kuningan Jawa Barat. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 10(2), 685–788.
- 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.
- Rivandi, J., & Yonata, A. (2016). Hubungan Diabetes Melitus dengan Kejadian Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Keperawatan*, 4, 9.

- Suardika, I. N. (2021). Asuhan Keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Diseases (Ckd) Di Ruang Igd Rsud Karangasem. *Diploma Thesis, Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan 2021*.
- Suharyanto, & Majid. (2015). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Trans Info Media.
- Syaifuddin, H. (2016). *Anatomi Fisiologi : Kurikulum Berbasis Kompetensi Untuk Keperawatan Edisi 4* (EGC (ed.); 4th ed.).
- Tandiayuk, G. (2017). Hubungan Antara Diabetes Melitus dengan Gagal Ginjal Kronik pada Pasien yang Dirawat di RS Wahidin Sudirohusodo Periode 1 Januari-30 Juni 2016. *Jurnal Keperawatan*.
- Wakhid, A., Wijayanti, E. L., & Kidney, C. (2018). *HASIL DAN PEMBAHASAN Analisa Univariat*. 5(2), 56–63.
- Wijaya, S. A., & Putri, M. Y. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah* (1st ed.). Nuha Medika.

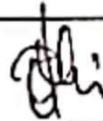
LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING 1

Nama Mahasiswa : Megawati (NS2114901100)

Melania Agnes (NS2114901101)

Nama Pembimbing : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep

Judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien *Chronic Kidney Disease*
(CKD) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Sabtu, 11/06/2022	Lapor Kasus			
Jumat, 17/06/2022	Konsultasi BAB III a. Melengkapi dan memperbaiki data pengkajian b. Memperhatikan diagnose yang diangkat c. Memperhatikan penulisan tindakan keperawatan yang dilakukan d. Memperhatikan balance cairan pada pasien e. Memperbaiki intervensi dan implementasi keperawatan			
Senin, 27/06/2022	Konsultasi revisi BAB III a. Sesuaikan data, SLKI dan Evaluasi b. Perhatikan data-data pada pengkajian c. Perhatikan penulisan analisa data disesuaikan dengan SDKI d. Tambahkan data subjektif dan objektif pada kolom diagnose keperawatan pada tanel intervensi keperawatan. Lanjut BAB IV			

<p>Senin, 27/06/2022</p>	<p>Konsultasi revisi BAB III dan Konsultasi BAB IV</p> <ol style="list-style-type: none"> Memperbaiki penulisan ada bagian ilustrasi kasusk Memperbaiki penulisan hasil pemeriksaan suara jantung. Menghapus diagnosa penurunan curah jantung Memperbaiki intervensi dan implementasi keperawatan 	<p>oli</p>	<p>Muf</p>	
<p>Rabu, 29/06/2022</p>	<p>Konsultasi revisi BAB III dan Konsultasi BAB IV</p> <ol style="list-style-type: none"> Perhatikan dan lengkapi BAB II Memperbaiki intervensi Memperhatikan dan memperbaiki kata-kata pada implementasi Lanjut BAB V 	<p>oli</p>	<p>Muf</p>	
<p>Kamis, 30/06/2022</p>	<p>Konsultasi revisi BAB III dan Konsultasi BAB IV</p> <ol style="list-style-type: none"> Memperbaiki format penulisan implementasi dan evaluasi keperawatan Perhatikan penulisan Lebih memperdalam analisa pada BAB IV Perhatikan sumber Jelaskan hambatan apa yang didapatkan saat melakukan implementasi keperawaan Perbaikin penulisan PICOT <i>Evidence Based Nursing</i> Penulisan evaluasi tidak usah di jelaskan di BAB V karena sudah di jelaskan di BAB IV Pada bagia saran tambahkan apa perawatan yang belum dilakukan atau belum ada di ruang ICU atau ruang perawatan. 	<p>oli</p>	<p>Muf</p>	

<p>Jumat, 01/07/2022</p>	<p>Konsultasi hasil revisi BAB III, IV, V</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perhatikan <i>typo</i> penulisan b. Memperdalam penjelasan EBN menyangkut diagnose yang ditangani c. Memperbaiki penulisan pada pembahasan keluhan, tanda dan gejala serta penyebab d. Memperbaiki penulisan diagnose e. Tambahkan saran bagi perawat untuk menerapkan EBN ice cubes untuk mengatasi rasa haus dan memantau intake cairan pada pasien CKD f. Memperbaiki penulisan format PICOT 	<p><i>oli</i></p>	<p><i>Muf</i></p>	<p><i>Rizki</i></p>
------------------------------	---	-------------------	-------------------	---------------------

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING 2

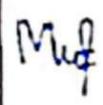
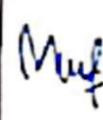
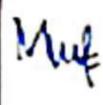
Nama Mahasiswa : Megawati (NS2114901100)

Melania Agnes (NS2114901101)

Nama Pembimbing : Rosmina Siungkir, SKM., Ns., M.Kes

Judul "Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
		Pembimbing	Penulis	
			I	II
Senin, 27/06/2022	<p>Konsultasi BAB I dan II serta pathway</p> <p>a. Menghapus kalimat-kalimat yang tidak sesuai di BAB I</p> <p>b. Memperhatikan urutan dan sinkronisasi kalit per kalimat</p> <p>c. Menambahkan penjelasan mengenai upaya yang dilakukan perawat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien CKD</p> <p>d. Memperhatikan penulisan sumber</p> <p>e. Menghapus penjelasan mengenai system perkemihan yang lain dan berfokus pada anatomi fisiologi ginjal</p> <p>f. Mengganti gambar ginjal</p> <p>g. Memperhatikan penulisan nomor</p> <p>h. Memperbaiki pengkajian B1-B6</p> <p>i. Memperhatikan penulisan diagnosa, luaran dan intervensi yang disesuaikan dengan SDKI, SLKI adan SIKI</p>			

	j. Memperbaiki penulisan pathway			
Selasa, 28/06/2022	Konsultasi revisi BAB I, II, dan pathway a. Memperbaiki kalimat pada bagian akhir agar lebih jelas mengenai upaya yang dilakukan perawat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien CKD b. Memperbaiki tujuan umum			
Senin, 27/06/2022	Konsultasi revisi BAB I, II, dan pathway a. Memperbaiki format sitasi b. Memperbaiki pathway			
Selasa, 28/06/2022	Konsultasi revisi BAB I, II, dan pathway a. Menggunakan buku Doenges dalam penulisan rasional tindakan b. Memperbaiki penulisan daftar pustaka c. Ganti gambar ginjal d. Mempersingkat penjelasan pada bagian anatomi fisiologi e. Mengganti kata "potensial" menjadi "actual" pada bagian diagnose f. Memperhatikan penulisan luaran dan intervensi			
Rabu, 29/06/2022	Konsultasi revisi BAB I, II a. Memperbaiki dan memperjelas pada bagian akhir tentang upaya perawat untuk meningkatkan kualitas hidup penderita CKD			
Kamis, 30/06/2022	Konsultasi revisi BAB I, II a. Memperbaiki dan memperjelas pada bagian akhir tentang upaya perawat untuk			

	meningkatkan kualitas hidup penderita CKD b. Menambahkan penjelasan keluhan pasien yang baru terdiagnosis CKD			
Jumat, 01/07/2022	ACC	<i>Risa</i>	<i>Muf</i>	<i>Yusuf</i>

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Megawati
Tempat/Tanggal Lahir : Messawa, 03 Juni 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Datu Museng No. 22

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Agus Mustapa/Christina Tekkay
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Pensiunan/Ibu Rumah Tangga
Alamat : Kel. Messawa, Kec. Messawa, Kab.Mamasa,
Provinsi Sulawesi Barat

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 001 Messawa : Tahun 2005-2011
SMPS Katolik Messawa : Tahun 2011-2014
SMAS Katolik Messawa : Tahun 2014-2017
STIK Stella Maris : Tahun 2017-2022

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Melania Agnes
Tempat/Tanggal Lahir : Mamasa, 31 Desember 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Maipa No. 19

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Dominggus Tholan/Martha
Agama : Katolik
Pekerjaan : Petani/Ibu Rumah tangga
Alamat : Pena, Kec.Balla, Kab.Mamasa, Provinsi Sulawesi Barat

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 002 Balla : Tahun 2005-2011
SMP 001 Balla : Tahun 2011-2014
SMAS Katolik Rantepao : Tahun 2014-2017
STIK Stella Maris : Tahun 2017-2022