



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

WINDA FEBRIYANTI RAMPA (NS2114901160)

YANTI (NS2114901161)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**



KARYA ILMIAH AKHIR

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

OLEH:

WINDA FEBRIYANTI RAMPA (NS2114901160)

YANTI (NS2114901161)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2022**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Winda Febriyanti Rampa (NS2114901160)

2. Yanti (NS2114901161)

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

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

Makassar, 13 Juli 2022

yang menyatakan,

Winda Febriyanti Rampa

Yanti

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

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

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Winda Febriyanti Rampa / NS2114901160

2. Yanti / NS2114901161

Disetujui oleh

Pembimbing 1

Pembimbing 2

(Sr. Anita Sampe, SJMJ.,Ns.,MAN)

(Yunita Gabriela Madu, Ns.,M.Kep)

NIDN: 0917107402

NIDN: 0914069101

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik

STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Winda febriyanti rampa (NIM: NS2114901106)
2. Yanti (NIM: NS2114901111)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di Ruang St Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Sr. Anita Sampe, SJMJ.,Ns.,MAN ()
Pembimbing 2 : Yunita Gabriela Madu, Ns.,M.Kep ()
Penguji 1 : Matilda Martha Paseno, Ns.,M.Kes ()
Penguji 2 : Kristia Novia, Ns.,M.Kep ()

Di tetapkan di :

Tanggal : 13 Juli 2022

Mengetahui,
Ketua STIK Stella Maris Makassar

Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns, M.Kes

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Winda Febriyanti Rampa (NS2114901160)

Yanti (NS2114901161)

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, 13 Juli 2022

Yang menyatakan

Winda Febriyanti Rampa

Yanti

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul: “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di ruang St Bernadeth Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

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

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

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

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

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

4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni Dan Inovasi STIK Stella Maris.
5. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris.
6. Sr. Anita Sampe,SJMJ.,Ns.,MAN selaku pembimbing I dan Yunita Gabriela Madu, Ns.,M.Kep selaku pembimbing II yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh Staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahannya selama menempuh pendidikan.
8. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Winda Febriyanti Rampa (Seprianus Rampa dan Alm. Fransiska Kambolong), serta keluarga, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Yanti (Andarias dan Asyani), serta keluarga, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
10. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Sukses buat kita semua.

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

Makassar, 13 Juli 2022

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Halaman Daftar Gambar	xi
Halaman Daftar Lampiran	xii
Halaman Daftar Tabel	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penulisan	5
1. Bagi Rumah Sakit	5
2. Bagi Profesi Keperawatan	5
3. Bagi Institusi Pendidikan	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	9
1. Pengertian	9
2. Anatomi dan Fisiologi	10
3. Etiologi	15
4. Patofisiologi	18
5. Klasifikasi	20
6. Manifestasi Klinik	22
7. Pemeriksaan Diagnostik	24
8. Penatalaksanaan Medis	24
9. Komplikasi	25
B. Konsep Dasar Keperawatan	27
1. Pengkajian Keperawatan	27
2. Diagnosis Keperawatan	29
3. Intervensi Keperawatan	29

4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)	34
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	39
B. Pengkajian.....	40
C. Diagnosis Keperawatan	62
D. Perencanaan Keperawatan	63
E. Implementasi Keperawatan	65
F. Evaluasi Keperawatan	72
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	82
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	87
BAB V KESIMPULAN	
A. Simpulan	91
B. Saran	92
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi ginjal	10
----------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran1 : Daftar Riwayat Hidup	90
Lampiran2 : Lembar Konsultasi Bimbingan Karya Ilmiah Akhir	95

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik	20
Tabel 3. 1 Tabel Pemeriksaan Hematologi	58
Tabel 3. 2 Tabel Pemeriksaan Laboratorium	59
Table 3. 3 Tabel Identifikasi Masalah	60
Tabel 3. 4 Tabel Diagnosis Keperawatan	62
Tabel 3. 5 Tabel Perencanaan Keperawatan	63
Tabel 3. 6 Tabel Implementasi Keperawatan	65
Tabel 3. 7 Tabel Evaluasi Keperawatan	72

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Penyebab gagal ginjal kronik yang dari tahun ke tahun semakin meningkat dapat disebabkan oleh kondisi klinis dari ginjal sendiri dan dari luar ginjal. Penyakit dari ginjal seperti penyakit pada saringan (glomerulus) infeksi kuman, batu ginjal. Sedangkan penyakit dari luar ginjal seperti penyakit diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi, infeksi di badan: *Tuberculosis*, sifilis, malaria, hepatitis, obat-obatan (Muttaqin, 2018). Penyakit ginjal kronik tidak hanya akan menyebabkan gagal ginjal, tetapi juga menyebabkan komplikasi kardiovaskular, keracunan obat, infeksi, gangguan kognitif dan gangguan metabolik dan endokrin seperti anemia, renal osteodistrofi, osteitis fibrosa cysta dan osteomalasia. yang dapat dilakukan yaitu hemodialysis. Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), dan pencangkokan (Transplantasi) ginjal. Terapi pengganti yang paling banyak digunakan di Indonesia adalah hemodialysis, ada pun di katakan hemodialisis adalah suatu bentuk terapi dengan menggunakan mesin dialyzer sebagai bentuk pengganti fungsi ginjal untuk sementara waktu, di mana tujuan hemodialisis adalah untuk mengeluarkan sisa metabolisme, protein,

gangguan keseimbangan air dan elektrolit antara kompartemen larutan dialisat melalui membrane (selaput tipis) semipermeabel yang berfungsi sebagai ginjal buatan atau biasa disebut dialyzer Hemodialisis (HD) dilakukan 2-3 kali seminggu, dengan rentang waktu tiap tindakan hemodialisis adalah 4-5 jam setiap kali terapi dilakukan (Djarwoto, 2018).

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

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2018 prevalensi penyakit GIK di Indonesia sebanyak 499.800 orang (2%), prevalensi tertinggi di Maluku dengan jumlah 4351 orang (0,47%) mengalami penyakit GIK (Riskesmas, 2018). Berdasarkan Riskesmas tahun 2013 prevalensi GIK sebesar 0,2% prevalensi tertinggi di Sulawesi Tengah sebesar 0,5% (Tandi et al, 2014). Berdasarkan *Indonesian Renal Registry* (IRR) pada tahun 2015 menunjukkan bahwa di Indonesia, jumlah pasien GIK yang mendaftar ke unit HD terus meningkat 10% setiap tahunnya. Prevalensi GIK diperkirakan mencapai 400 per 1 juta penduduk dan prevalensi pasien GIK yang menjalani HD mencapai 15.424 pada tahun 2015 (IRR, 2015). Berdasarkan IRR tahun 2016, sebanyak 98% penderita GIK menjalani terapi HD dan 2% menjalani terapi Peritoneal Dialisis. Berdasarkan data IRR tahun

2017 pasien GGK yang menjalani HD meningkat menjadi 77.892 pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Annisa (2020) tentang pemberian terapi *ice cube's* memiliki pengaruh terhadap penurunan rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik. Terapi *ice cube's* merupakan salah satu cara untuk mengurangi rasa haus dan meminimalisir terjadinya peningkatan berat badan dengan terapi *ice cube's* untuk membantu untuk mengurangi rasa haus dan menyegarkan tenggorokan pasien yang menghisap slimber ice dapat menurunkan intensitas rasa haus menjadi haus ringan atau bahkan tidak merasa haus serta dapat meminimalkan resiko kelebihan cairan. Peran perawat, fenomena tindakan keperawatan yang dilakukan perawat dengan pemberian intervensi pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik, dapat dilakukan perawat dengan baik di ruangan. Sehingga pasien tidak mengalami kelebihan cairan.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk mengangkat KIA yang berjudul "Asuhan keperawatan dengan gangguan system perkemihan "Gagal Ginjal Kronik" di ruangan perawatan St Bernadeth II, di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik di ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Sella Maris Makassar.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makasssar
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di ruang St. Bernadeth Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik dan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence Based Nursing* (EBN) di ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di ruang perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai pedoman atau acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat khususnya mereka yang menderita penyakit Gagal ginjal kronik

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai acuan dalam meningkatkan kinerja profesi keperawatan dalam mengatasi masalah keperawatan pola keseimbangan cairan yang mengalami gagal ginjal kronik, baik dalam hal pencegahan maupun menanggulangi masalah keperawatan yang telah terjadi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

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

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah

1. Studi Kepustakaan

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

2. Studi Kasus

Dalam studi kasus dengan melakukan pengamatan langsung meliputi pengkajian keperawatan, penyusunan diagnose keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, mengimplentasikan tindakan keperawatan yang telah di rencanakan serta mengevaluasi tindakan keperawatan pada

pasien dengan gagal ginjal kronik di ruang Sta. Bernadeth II RS Stella Maris Makassar. Data-data pendukung lainnya di dapatkan dengan hasil wawancara langsung dengan keluarga pasien dan diskusi dengan perawat yang bertugas di ruang perawatan Sta. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

E. Sistematika Penulisan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

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

Menurut (Harrison, 2013) Gagal ginjal kronik merupakan suatu masalah kesehatan yang penting, mengingat selain prevalensi dan angka kejadiannya semakin meningkat juga pengobatan pengganti ginjal yang harus dialami oleh penderita gagal ginjal merupakan pengobatan yang mahal, butuh waktu dan kesabaran yang harus ditanggung oleh penderita gagal ginjal dan keluarganya.

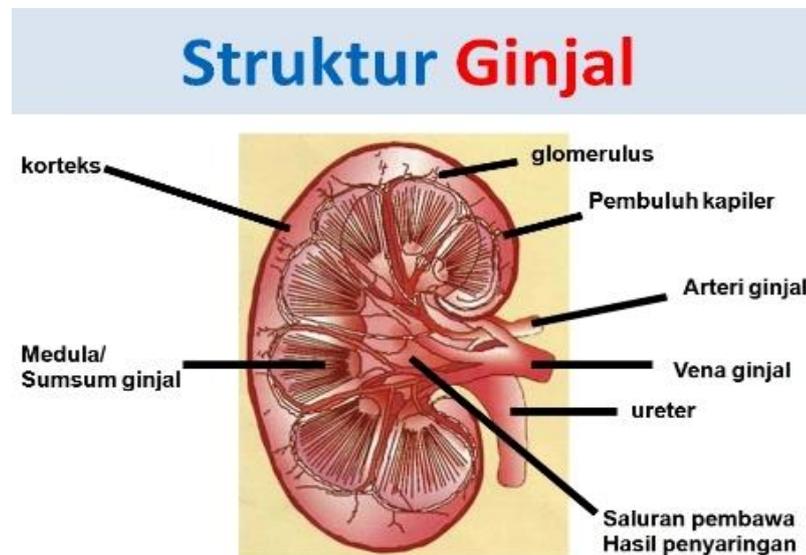
Mulyanti (2019) mengatakan gagal ginjal kronis adalah kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan azotemia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah).

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

2. Anatomi dan Fisiologi.

a. Anatomi Ginjal

Ginjal adalah dua buah organ berbentuk menyerupai kacang merah yang berada di kedua sisi tubuh bagian belakang atas, tepatnya dibawah tulang rusuk manusia. Ginjal sering disebut bawah pinggang. Bentuknya seperti kacang dan letaknya di sebelah belakang rongga perut, kanan kiri dari tulang punggung. Ginjal kiri letaknya lebih tinggi dari ginjal kanan, berwarna merah keunguan. Setiap ginjal panjangnya 12-13 cm dan tebalnya 1,5-2,5 cm. Pada orang dewasa beratnya kira-kira 140 gram. Pembuluh-pembuluh ginjal semuanya masuk dan keluar pada hilus (sisi dalam). Di atas setiap ginjal menjulang sebuah kelenjar suprarenalis (Irianto., 2017).



Gambar 2.1 Anatomi Ginjal (Irianto., 2017)

Struktur ginjal dilengkapi selaput membungkusnya dan membentuk pembungkus yang halus. Di dalamnya terdapat struktur-struktur ginjal. Terdiri 7 atas bagian korteks dari sebelah luar dan bagian medula di sebelah

dalam. Bagian medula ini tersusun atas 15 sampai 16 massa berbentuk piramida yang disebut piramis ginjal. Puncak-puncaknya langsung mengarah ke hilus dan berakhir di kalises. Kalises ini menghubungkannya dengan pelvis ginjal (Irianto., 2017).

Ginjal dibungkus oleh jaringan fibrous tipis dan mengkilat yang disebut kapsula fibrosa (true capsule) ginjal melekat pada parenkim ginjal. Di luar kapsul fibrosa terdapat jaringan lemak yang bagian luarnya dibatasi oleh fascia gerota. Diantara kapsula fibrosa ginjal dengan kapsul gerota terdapat rongga perirenal. Di sebelah kranial ginjal terdapat kelenjar anak ginjal atau glandula adrenal atau disebut juga kelenjar suprarenal yang berwarna kuning. Di sebelah posterior, ginjal dilindungi oleh berbagai otot punggung yang tebal serta tulang rusuk ke XI dan XII, sedangkan disebelah anterior dilindungi oleh organ intraperitoneal. Ginjal kanan dikelilingi oleh hati, kolon, dan duodenum, sedangkan ginjal kiri dikelilingi oleh limpa, lambung, pankreas, jejunum, dan kolon (Basuki, 2016).

b. Fisiologi Ginjal

Mekanisme utama nefron adalah untuk membersihkan atau menjernihkan plasma darah dari zat-zat yang tidak dikehendaki tubuh melalui penyaringan/difiltrasi di glomerulus dan zat-zat yang dikehendaki tubuh direabsorpsi di tubulus. Sedangkan mekanisme kedua nefron adalah dengan sekresi (prostaglandin oleh sel dinding duktus koligentes dan prostasiklin oleh arterioli dan glomerulus). Beberapa fungsi ginjal adalah sebagai berikut (Syaifuddin, 2016).

- 1) Mengatur volume air (cairan) dalam tubuh
Kelebihan air dalam tubuh akan diekskresikan oleh

ginjal sebagai urin yang encer dalam jumlah besar. Kekurangan air (kelebihan keringat) menyebabkan urin yang diekskresikan jumlahnya berkurang dan konsentrasinya lebih pekat sehingga susunan dan volume cairan tubuh dapat dipertahankan relatif normal.

- 2) Mengatur keseimbangan osmotik dan keseimbangan ion Fungsi ini terjadi dalam plasma bila terdapat pemasukan dan pengeluaran yang abnormal dari ion-ion. Akibat pemasukan garam yang berlebihan atau penyakit perdarahan, diare, dan muntah-muntah, ginjal akan meningkatkan ekskresi ion-ion yang penting misalnya Na, K, Cl, Ca, dan fosfat.
- 3) Mengatur keseimbangan asam basa cairan tubuh Tergantung pada apa yang dimakan, campuran makan (mixed diet) akan menghasilkan urin yang bersifat agak asam, pH kurang dari enam. Hal ini disebabkan oleh hasil akhir metabolisme protein. Apabila banyak makan sayur-sayuran, urin akan bersifat basa, pH urin bervariasi antara 4,8 sampai 8,2. Ginjal mengekskresikan urin sesuai dengan perubahan pH darah.
- 4) Ekskresi sisa-sisa hasil metabolisme (ureum, kreatinin, dan asam urat) Nitrogen nonprotein meliputi urea, kreatinin, dan asam urat. Nitrogen dan urea dalam darah merupakan hasil metabolisme protein. Jumlah ureum yang difiltrasi tergantung pada asupan protein. Kreatinin merupakan hasil akhir metabolisme otot yang dilepaskan dari otot dengan kecepatan yang hampir

konstan dan diekskresi dalam urin dengan kecepatan yang sama. Peningkatan kadar ureum dan kreatinin yang meningkat disebut azotemia (zat nitrogen 9 dalam darah). Sekitar 75% asam urat diekskresikan oleh ginjal, sehingga jika terjadi peningkatan konsentrasi asam urat serum akan membentuk kristalkristal penyumbat pada ginjal yang dapat menyebabkan gagal ginjal akut atau kronik.

- 5) Fungsi hormonal dan metabolisme Ginjal mengekskresikan hormon renin yang mempunyai peranan penting dalam mengatur tekanan darah. Disamping itu ginjal juga membentuk hormon dihidroksi kolekalsiferol (vitamin D aktif) yang diperlukan untuk absorpsi ion kalsium di usus.
- 6) Pengeluaran zat beracun Ginjal mengeluarkan polutan, zat tambahan makanan, obat-obatan, atau zat kimia asing lain dari tubuh.
- 7) Proses pembentukan urine terdiri dari tiga tahap, yaitu
 - a) Filtrasi

Proses pembentukan urine yang satu ini dilakukan dengan bantuan dari ginjal. Setiap ginjal mempunyai sekitar satu nefron, yaitu tempat pembentukan urine. Pada waktu tertentu sekitar 20 persen dari darah akan melewati ginjal untuk di saring. Hal ini dilakukan agar tubuh dapat menghilangkan zat-zat sisa metabolisme, (limbah) dan menjaga keseimbangan cairan, pH darah, dan kadar darah. Proses penyaringan darah pun dimulai di

ginjal, Darah yang mengandung zat sisa metabolisme akan disaring karena dapat menjadi racun untuk tubuh. Tahapan ini terjadi di badan malphigi yang terdiri dari glomerulus dan kapsul Bowman. Glomerulus bertugas menyaring air, garam, glukosa, asam amino, urea, dan limbah lainnya agar dapat melewati kapsul Bowman. Hasil penyaringan ini kemudian disebut sebagai urine primer. Urine primer termasuk urea di dalamnya merupakan hasil dari amonia yang sudah terakumulasi. Hal ini terjadi ketika hati memproses asam amino dan disaring oleh glomerulus.

b) Reabsorpsi

Setelah filtrasi, proses pembentukan urine selanjutnya adalah reabsorpsi, yakni penyaringan ulang. Sekitar 43 galon cairan melewati proses filtrasi. Namun, sebagian besar akan diserap kembali sebelum dikeluarkan dari tubuh. Penyerapan cairan tersebut dilakukan di tubulus proksimal nefron, tubulus distal, dan tubulus pengumpul. Air, glukosa, asam amino, natrium dan nutrisi lainnya diserap kembali ke aliran darah di kapiler yang mengelilingi tubulus. Setelah itu, air bergerak melalui proses osmosis, yaitu pergerakan air dari area yang terkonsentrasi tinggi ke konsentrasi lebih rendah. Hasil dari proses ini adalah urine sekunder. Pada umumnya, semua glukosa akan diserap kembali. Namun, hal ini tidak berlaku pada penyandang diabetes karena glukosa

berlebih akan tetap dalam filtrat. Setelah proses reabsorpsi berlangsung terbentuklah urin sekunder. Jika zat-zat yang dibutuhkan oleh tubuh diserap kembali, dibawa kemana ya zat-zat yang tidak diperlukan oleh tubuh Nah, zat-zat ini akan disekresikan pada tahap augmentasi.

c) Augmentasi

Augmentasi merupakan tahap terakhir dari proses pembentukan urin pada tubuh manusia. Jadi, seperti yang disebutkan di atas, zat-zat yang tidak diperlukan oleh tubuh akan disekresikan, di sinilah tempatnya. Augmentasi terjadi di tubulus kontortus distal dan tubulus kolektivus (pengumpul) sebagai tempat penyimpanan urin untuk sementara. Di tahap ini masih terjadi penyerapan kembali pada air, garam NaCl dan urea sehingga terbentuk urin sebenarnya yang harus dibuang oleh tubuh. (OL-13)

3. Etiologi

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

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

Laki-laki mempunyai risiko lebih besar mengalami GGK. Data GGK di Indonesia (IRR) dan di Australia menunjukkan bahwa risiko GGK pada laki-laki lebih besar dibandingkan dengan wanita. Jumlah pasien laki-laki setiap tahun lebih besar dibanding perempuan. Hal ini disebabkan karena pengaruh gaya pola hidup terbiasa dengan merokok, karena pada rokok terdapat zat nikotin yang dapat menyebabkan masalah dalam tubuh pengurangan zat antioksidan sehingga terjadi peningkatan produksi LDL atau seringkali disebut kolesterol jahat karena dapat menempel di dinding pembuluh darah dan mempersempit rongga pembuluh darah, Menyebabkan arterosklerosis terjadi penurunan fungsi ginjal.

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

- a. Glomerulonefritis adalah inflamasi nefron, terutama pada glomerulus sering kali terjadi akibat respon imun terhadap

toksin bakteri tertentu (kelompok streptokokus beta A) infeksi streptokokus mengakibatkan peningkatan kekebalan tubuh yang berlebihan, sehingga terjadi peradangan ginjal yang membuat penurunan fungsi ginjal dan mengakibatkan penyakit gagal ginjal

- b. Diabetes mellitus merupakan faktor resiko terjadinya gangguan fungsi ginjal Hal ini dikarenakan kadar gula dalam darah yang tinggi akan mempengaruhi struktur ginjal, merusak pembuluh darah halus di ginjal (glomerulosklerosis noduler dan difus). Kerusakan pembuluh darah menimbulkan kerusakan glomerulus yang berfungsi sebagai penyaring darah sehingga terjadi penurunan fungsi ginjal pada tubuh.
- c. Hipertensi merupakan faktor dominan penyebab penyakit ginjal kronik Hipertensi adalah tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan tekanan darah diastolik > 90 mmHg, pembuluh darah akan mengalami vasokonstriksi dan terjadi obstruksi pada pembuluh darah (Hall, 2018). Obstruksi yang terjadi pada arteri dan arteriol ini akan menyebabkan kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga nefron mengalami kerusakan, yang menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronik.
- d. Ginjal polikistik, pada keadaan ini dapat ditemukan kista-kista yang tersebar di kedua ginjal, baik di korteks maupun di medula. Selain oleh karena kelainan genetik, kista dapat disebabkan oleh berbagai keadaan atau penyakit. Jadi ginjal polikistik merupakan kelainan genetik yang paling sering didapatkan sehingga terjadi penurunan GFR gangguan fungsi ginjal terjadi berlangsung lama (kronis) yang menyebabkan kerusakan ginjal.

4. Patofisiologi.

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

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

Pada kondisi terjadinya CKD ginjal akan melakukan adaptasi dengan meningkatkan GFR pada nefron normal yang tersisa dengan proses yang disebut adaptasi hiperfiltrasi. Akibatnya pasien CKD stadium ringan akan memiliki nilai 14 konsentrasi serum kreatinin normal atau mendekati normal. Pada CKD

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

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

Menurut (Widayati, 2017) patofisiologi Gagal Ginjal

Kronik antara lain :

1. Penurunan GFR

Penurunan GFR bisa dilihat dengan cara didapatkannya urine 24 jam untuk pemeriksaan klirens kreatinin. Oleh karena itu, akibat dari penurunan GFR, maka klirens kreatinin akan mengalami penurunan, sehingga membuat kreatinin mengalami peningkatan serta nitrogen urea darah (BUN) juga mengalami peningkatan.

2. Gangguan Klirens Renal

Pada penyakit gagal ginjal banyak masalah yang muncul sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli, yang mengakibatkan penurunan klirens (substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal).

3. Retensi Cairan dan Natrium

Untuk mengencerkan urine secara normal, ginjal kehilangan kemampuannya. Karena terjadi penahanan cairan serta natrium, sehingga resiko terjadinya edema, hipertensi dan gagal jantung kongestif mengalami peningkatan.

5. Klasifikasi

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

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

Stadium	Laju Filtrasi Glomerulus	Deskripsi & Manifestasi
Stadium 1	>90 ml/menit/1,73m ²	Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat. Asimtomatik, BUN serta kreatinin normal.
Stadium 2	60-89 ml/menit/1,73m ²	Penurunan ringan GFR. Asimtomatik,

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

Rumus untuk menghitung laju filtrasi glomerulus :

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

$\frac{\text{Serum kreatinin (mg/dl)} \times 1,440}{\text{Serum kreatinin (mg/dl)}}$

Normal (20-50 tahun)

Laki-laki : 97-137 ml/men/1,73 m² atau 0,93-1,32 ml/ see/ m²

zu

Wanita : 88-128 ml/men/1,73 m² atau 0,85-1,23 ml/see/m² zu

6. Manifestasi Klinik

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

- a. Ginjal dan gastrointestinal sebagai akibat dari hiponatremi maka timbul hipotensi, mulut kering, penurunan turgor kulit, kelemahan, fatigue, dan mual. Kemudian terjadi penurunan kesadaran (somnolen) dan nyeri kepala yang hebat. Dampak dari peningkatan kalium adalah peningkatan iritabilitas otot dan akhirnya otot mengalami kelemahan. Kelebihan cairan yang tidak terkompensasi akan mengakibatkan asidosis metabolik. Tanda paling khas adalah terjadinya penurunan urine output dengan sedimentasi yang tinggi.
- b. Kardiovaskuler Biasanya terjadi hipertensi, aritmia, kardiomyopati, uremic pericarditis, effusi perikardial (kemungkinan bisa terjadi tamponade jantung, gagal jantung, edema periorbital dan edema perifer).
- c. Respiratory System Biasanya terjadi edema pulmonal, nyeri pleura, friction rub dan effusi pleura, crackles, sputum yang kental, uremic pleuritis dan uremic lung, dan sesak napas.

- d. Gastrointestinal Biasanya menunjukkan adanya inflamasi dan ulserasi pada mukosa gastrointestinal karena stomatitis, ulserasi dan pendarahan gusi, dan kemungkinan juga disertai parotitis, esofagitis, gastritis, ulseratif duodenal, lesi pada usus halus/usus besar, colitis, dan pankreatitis. Kejadian sekunder biasanya mengikuti seperti anoreksia, mual dan muntah.
- e. Integumen Kulit pucat, kekuning-kuningan, kecoklatan, kering dan ada skalp. Selain itu, biasanya juga menunjukkan adanya purpura, ekimosis, petechiae, dan timbunan urea pada kulit.
- f. Neurologis Biasanya ditunjukkan dengan adanya neuropathy perifer, nyeri gatal pada lengan dan kaki. Selain itu, juga adanya kram pada otot dan refleks kedutan, daya memori menurun, apatis, rasa kantuk meningkat, iritabilitas, pusing, koma dan kejang. Dari hasil EEG menunjukkan adanya perubahan metabolik encephalopathy.
- g. Endokrin 17 Bisa terjadi infertilitas dan penurunan libido, amenorrhea dan gangguan siklus menstruasi pada wanita, impoten, penurunan sekresi sperma, peningkatan sekresi aldosteron, dan kerusakan metabolisme karbohidrat.
- h. Hematopoietic Terjadi anemia, penurunan waktu hidup sel darah merah, trombositopenia (dampak dari dialysis), dan kerusakan platelet. Biasanya masalah yang serius pada sistem hematologi ditunjukkan dengan adanya perdarahan (*purpura, ekimosis, dan petechiae*).
- i. Muskuloskeletal Nyeri pada sendi dan tulang, demineralisasi tulang, fraktur patologis, dan kalsifikasi (otak, mata, gusi, sendi, miokard) (Putri et al., 2020).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan GJK menurut Widayati (2017) dilakukan sebagai berikut :

a. Konservatif

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

b. Dialysis

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

8. Pemeriksaan Diagnostik

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

a. Hemoglobin

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

b. Albumin

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

c. Nitrogen Urea Darah (BUN)

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

d. Kreatinin (Serum)

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

e. Klirens Kreatinin

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

f. CT Scan Ginjal

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

g. GFR terukur (estimated GFR, eGFR)

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

9. Komplikasi

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

a. Hiperkalemi

Terjadi karena adanya penurunan katabolisme, ekskresi, asidosis metabolik serta masukan diit yang berlebihan.

b. Perikarditis

Terjadi karena adanya efusi pericarditis serta tamponade jantung yang mengakibatkan retensi produksi sampah uremik serta dialysis tidak adekuat.

c. Hipertensi

Terjadi karena adanya retensi cairan dalam natrium dan malfungsi sistem renin angiotensin, serta aldosteron.

d. Anemia

Terjadi karena adanya penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, hingga perdarahan gastrointestinal akibat dari iritasi.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian 11 Pola Gordon

- a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
 - 1) Data subjektif
Riwayat kesehatan keluarga, stroke, hipertensi, riwayat pekerjaan seperti jenis pekerjaan,
 - 2) Data objektif
Tampak lemas, tekanan darah meningkat.
- b. Pola nutrisi dan metabolik
 - 1) Data subjektif
Malaise, nafsu makan menurun.
 - 2) Data objektif
Kulit kering dan berkeringat
- c. Pola tidur dan istirahat
 - 1) Data subjektif
Keletihan, sesak, susah tidur dan sering terbangun
 - 2) Data objektif
Sesak dan lemas
- d. Pola eliminasi
 - 1) Data subjektif
BAB lancar, BAK tidak lancar, berkeringat banyak
 - 2) Data objektif
Banyak berkeringat
- e. Pola aktivitas dan latihan
 - 1) Data subjektif
Kelelahan, aktivitas di bantu dan menurun
 - 2) Data objektif
Kelelahan aktivitas menurun
- f. Pola persepsi kognitif
 - 1) Data subjektif
Pendengaran baik dan penglihatan baik

- 2) Data objektif
Pendengaran baik dan penglihatan baik, nervus masih berfungsi dengan baik.
- g. Pola persepsi dan konsep diri
 - 1) Data subjektif
Merasa sedih dan merasa tidak berguna
 - 2) Data objektif
Kurang semangat dan putus asa
- h. Pola peran dan hubungan sesama
 - 1) Data subjektif
Menarik diri
 - 2) Data objektif
Menarik diri
- i. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress
 - 1) Data subjektif
Cemas, sedih dan putus asa
 - 2) Data objektif
Ekspresi cemas dan sedih
- j. Pola reproduksi dan seksual
 - 1) Data subjektif
Kelemahan umum, masalah seksualitas yang berhubungan dengan penyakit
 - 2) Data objektif
Perilaku distal
- k. Pola system nilai kepercayaan
 - 1) Data subjektif
Tekanan spiritual yang dialami sehubungan dengan penyakit
 - 2) Data objektif
Jarang melakukan ibadah, alat ibadah tersedia (Carpenito & Lynda 2015); (SLKI, 2018)

2. **Diagnosis keperawatan**

Menurut Carpenito dan Lynda (2015), diagnosa keperawatan untuk gagal ginjal yaitu

- a. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan mekanisme regulasi (D.0022)
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D.0005)
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (D.0019)
- e. Risiko gangguan integritas kulit berhubungan faktor mekanis (D.0139) (SDKI, 2018)

3. **Perencanaan keperawatan**

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

- a. Diagnosa 1 : Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan mekanisme regulasi
 - 1) SLKI : Keseimbangan cairan dapat menurun dengan kriteria hasil:
 - a) Asupan cairan menurun
 - b) Keluaran urine menurun
 - c) Kelembapan membrane mukosa meningkat
 - d) Edema menurun
 - e) Dehidrasi menurun
 - f) Tekanan darah membaik
 - g) Denyut nadi radial membaik
 - h) Tekanan arteri rata-rata membaik
 - i) Membrane mukosa membaik

2) SIKI : Manajemen Hipervolemia

a) Observasi

(1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis ortopnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)

Rasional : peninggian menunjukkan hipervolemia.

Kaji bunyi jantung dan napas, perhatikan s3 dan/atau gemerick, ronli, kelebihan cairan berpotensi gagal jantung kongsetif (GJK/edema paru).

(2) Monitor intake dan output cairan

Rasional : pada kebanyakan kasus jumlah aliran harus sama atau lebih dari jumlah yang dimasukan, keseimbangan positif menunjukkan kebutuhan evaluasi lebih lanjut .

b) Terapeutik

Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama.

Rasional : seri berat badan adalah indikator akurat status volume cairan. Keseimbangan cairan positif dengan peningkatan berat badan menunjukkan retensi cairan

b Diagnosa 2 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

1) SLKI : Toleransi aktivitas dapat meningkat dengan kriteria hasil :

- a) Frekuensi nadi meningkat
- b) Frekuensi nadi meningkat
- c) Keluhan Lelah menurun
- d) Dispnea saat aktivitas menurun

- 2) SIKI : Terapi aktivitas
 - a) Observasi
 - Identifikasi defisit tingkat aktivitas
 - Rasional : mempengaruhi pilihan intervensi
 - b) Terapeutik
 - Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengkomodasi aktivitas yang di pilih.
 - Rasional : menurunkan kebosanan , meningkatkan relaksasi

- c. Diagnosa 3 : Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis
 - 1) SLKI : Status nutrisi dapat membaik dengan kriteria hasil :
 - a) Porsi makanan yang di habiskan cukup membaik
 - b) Frekuensi makan cukup membaik
 - c) Nafsu makan meningkat
 - d) Membran mukosa membaik
 - 2) SIKI : Manajemen nutrisi
 - a) Observasi
 - Identifikasi status nutrisi
 - Rasional : mengidentifikasi kekurangan nutrisi/kebutuhan terapi
 - b) Terapeutik
 - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
 - Rasional : menurunkan ketidaknyamanan stomatitis oral dan rasa tak disukai dalam mulut, yang mempengaruhi masukan makanan
 - c) Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenisnurien yang di butuhkan, jika perlu

Rasional :berguna untuk program diet individu untuk memenuhi kebutuhan budaya/pola hidup meningkatkan kerjasama pasien

d. Diagnosa 4 : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

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

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

2) SIKI : Manajemen jalan napas

a) Observasi

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

Rasional : takipnea, dispnea, napas pendek dan napas dangkal selama dialysis diduga tekanan diafragma dari distensi rongga peritoneal atau mungkin menunjukkan terjadinya komplikasi

(2) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

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

b) Terapeutik

Posisikan semi-fowler atau fowler

Rasional : memudahkan ekspansi dada/ventilasi dan mobilisasi secret

c) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik

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

e. Diagnosa 5 : Risiko gangguan integritas kulit berhubungan faktor mekanis

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

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

2) SIKI : Perawatan integritas kulit

a) Observasi

(1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstram, penurunan mobilitas)

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

b) Terapeutik

Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

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

c) Edukasi

Anjurkan menggunakan pelembab (mis, lotion, serum)

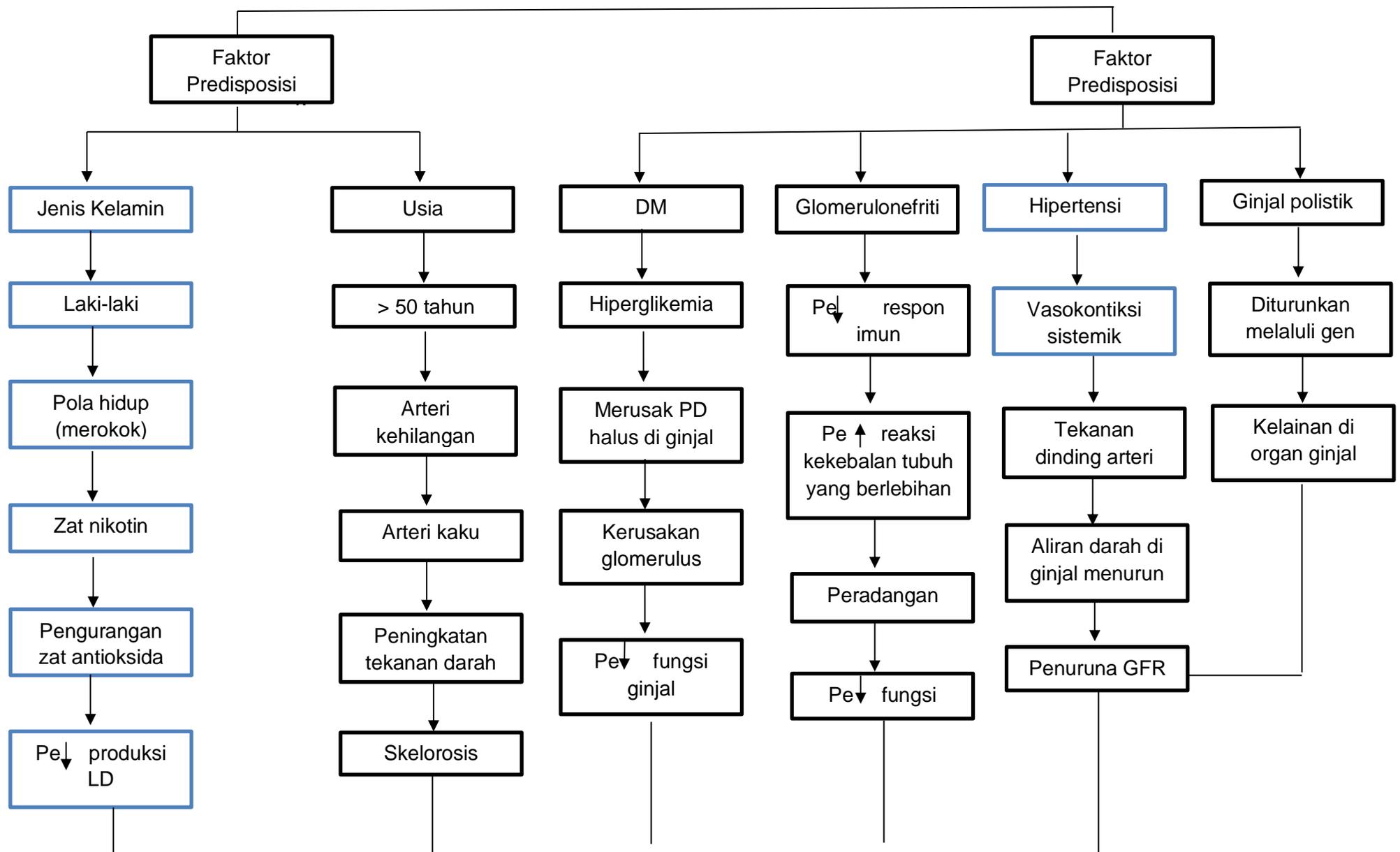
Rasional : soda kue, mandi dengan tepung menurunkan gatal dan mengurangi pengeringan daripada sabun, lesion dan salep mungkin diinginkan untuk menghilangkan kering, robekan kulit (Carpenito & Lynda 2015); (SIKI, 2018)

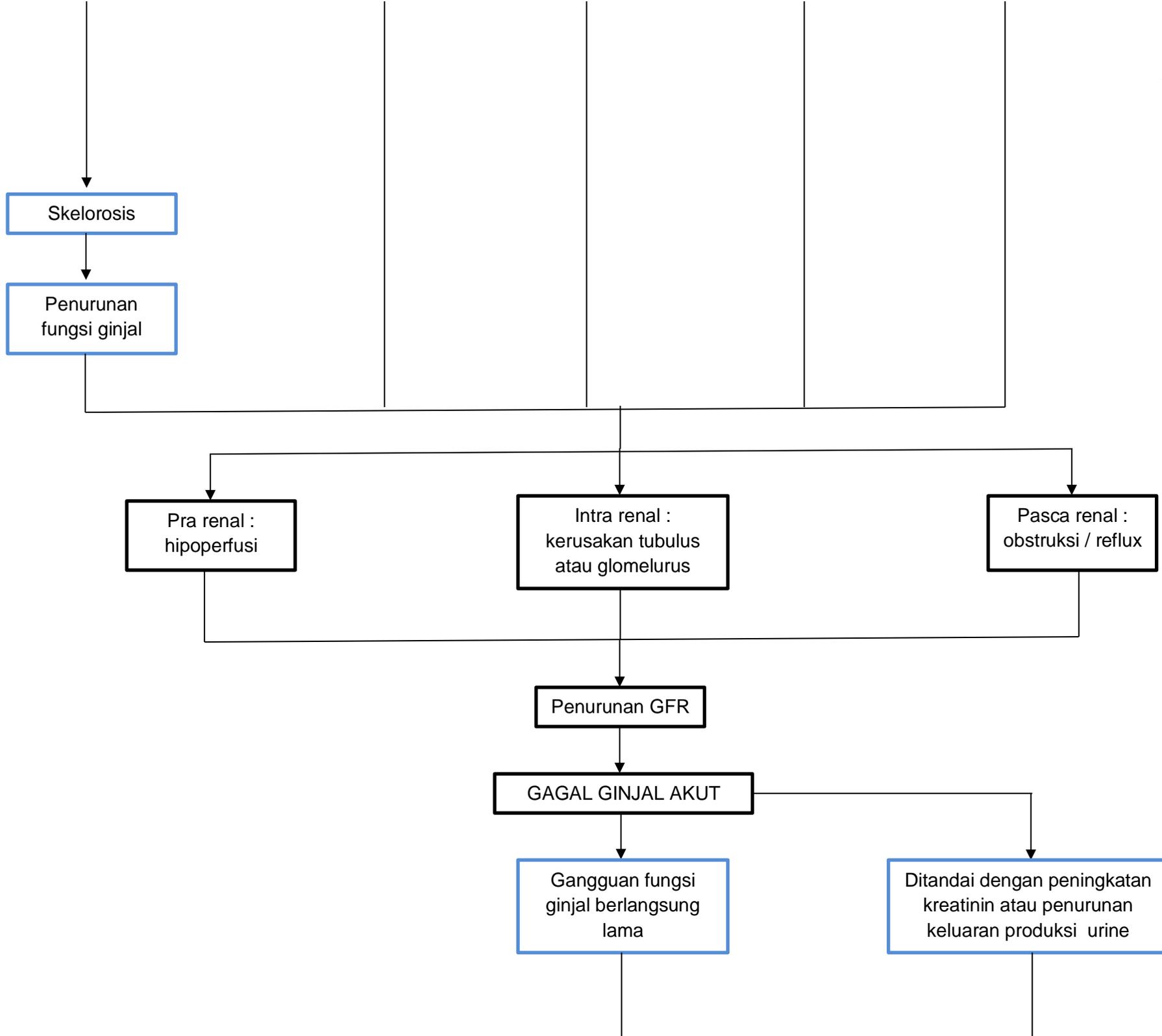
4. Perencanaan pulang

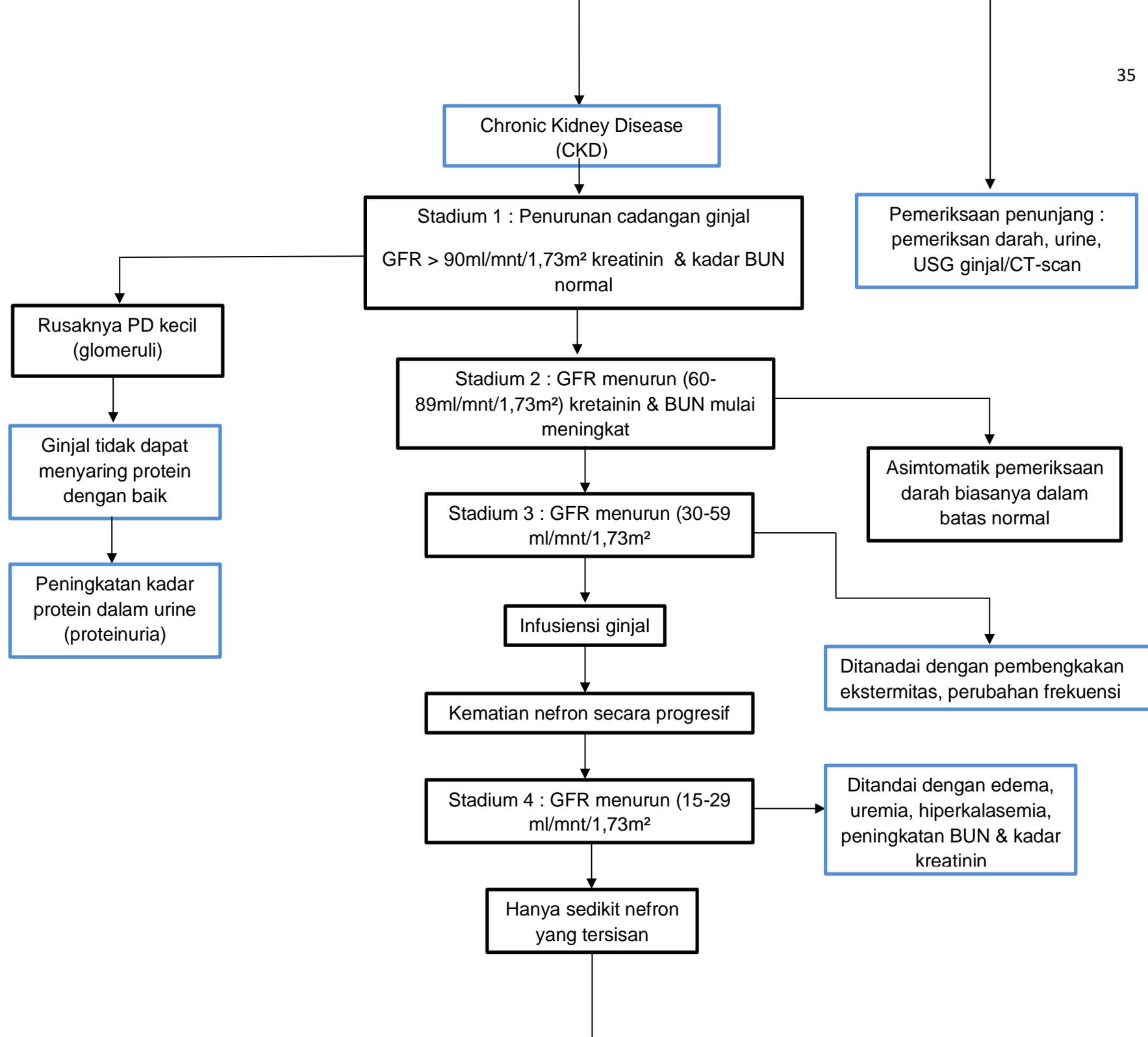
Menurut Isroin (2019) adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut :

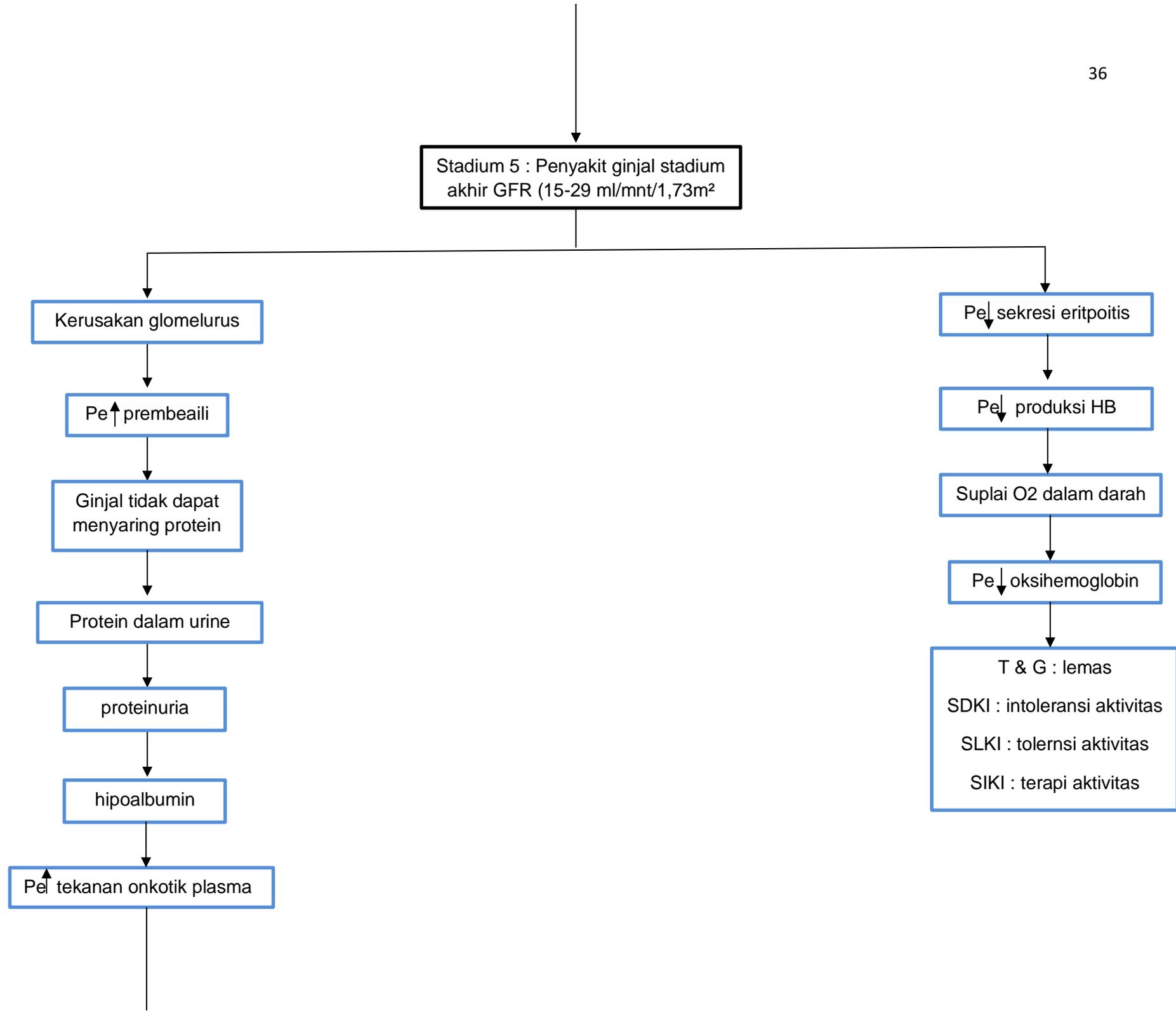
- a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenal tanda dan gejala perburukkan penyakit Gagal Ginjal Kronik. Misalnya : mual dan muntah, pengeluaran urine, nafas berbau amoniak.
- b. Obat : beritahu pasien dan keluarga tentang nama obat, dosis, waktu pemberian, jangan mengkonsumsi obat – obatan tradisional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

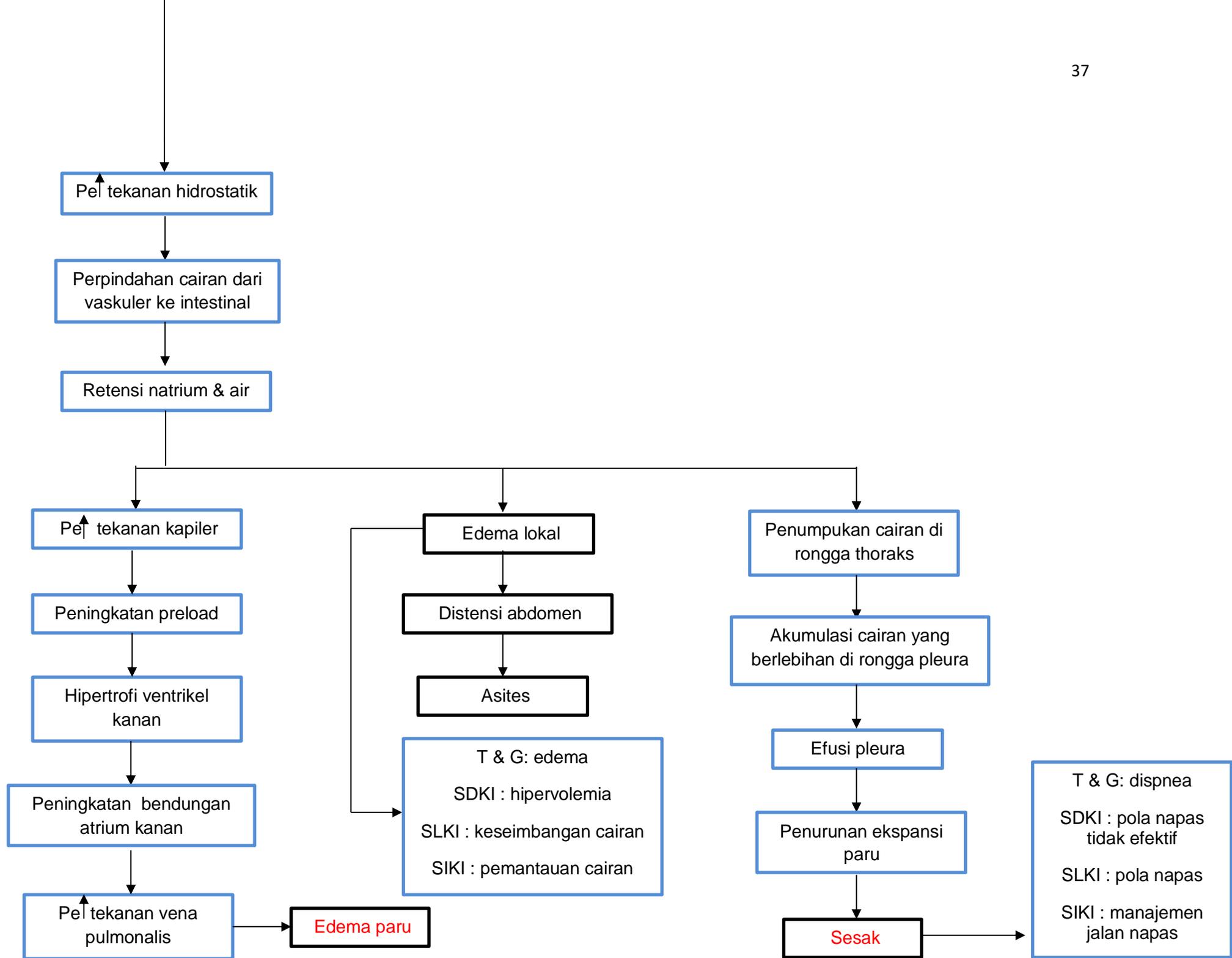
ETIOLOGI











BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Tn. R.A usia 60 tahun hari perawatan ke dua dengan diagnosis medis Gagal ginjal kronik. Pasien dibawa oleh keluarga di RS Stella Maris Makassar pada hari Rabu, 15 Juni 2022 pukul 15.00 WITA dengan sesak, disertai lemah badan terasa lemas, GCS 15 composmentis (M6V53E4), terpasang nasal kanul 5 Liter. Ketika tiba di RS, dilakukan pemeriksaan laboratorium dan fotothorax dada dengan hasil edema paru, RBC 3.69, HGB 10.7, PDW 15.5, P-LCR 25.8, NEUT# 7.12, EO# 0.42.

Pada saat pengkajian ditemukan data pasien mengatakan sesak napas, bengkak pada kaki sebelah kanan serta merasa lemah pada seluruh badan. Pasien mempunyai riwayat stroke sehingga ekstermitas seblah kanan mengalami kelemahan sejak 2010 sehingga ADL pasien dibantu keluarga/perawat. Keluarga pasien mengatakan pasien belum mampu berdiri sendiri, duduk masih memerlukan bantuan. Hasil observasi didapatkan tampak pasien mengalami parase ekstremitas kanan, kekuatan otot dan rentang gerak menurun, ADL dibantu perawat dan keluarga, tampak terpasang *three way stopcock* pada tangan sebelah kanan. Saat ini pasien mendapatkan terapi cpg 75mg 1x1/oral, aspilet 1x1/oral, sisvastatin 20mg 1x1/oral, furosemide 2 amp/IV, allopurinol 300mg 1x1/oral.

B. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Winda Febriyanti Rampa dan Yanti
 NIM: NS2114901160 dan NS2114901161

Unit : Bernadeth 2

Autoanamnese: ✓

Kamar: 321 bed 1

Alloanamnese : ✓

Tanggal masuk RS : Rabu, 15 Juni 2022

Tanggal pengkajian : Jumat, 17 Juni 2022

I. IDENTIFIKASI

a. Pasien

Nama initial : Tn. R.A
 Umur : 60 tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Status perkawinan : Menikah
 Jumlah anak : 3
 Agama/ suku : Islam/Bugis
 Warga negara : Indonesia
 Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Tidak bekerja
 Alamat rumah : Jalan Pelita Raya No.03

b. Penanggung Jawab

Nama : Ny. S
 Umur : 50 tahun
 Alamat : Jalan Pelita Raya No.03
 Hubungan dengan pasien : Istri

c. Data Medik

Diagnosa medik
 Saat masuk : CKD

Saat pengkajian : CKD + CAD

II. KEADAAN UMUM

a. Keadaan Umum

Pasien tampak sakit ringan/ **sedang** / berat / tidak tampak sakit
 Alasan: pasien tampak terbaring lemah dan ADL dibantu oleh keluarga, tampak pasien sesak terpasang nasal kanul 5 Liter, tampak terpasang conekta di tangan sebelah kanan dan CDL pada paha sebelah kanan.

b. Tanda-tanda Vital

1. Kesadaran (kualitatif): kesadaran penuh
2. Skala koma Glasgow (kuantitatif)
 - a. Respon motorik : 6
 - b. Respon bicara : 5
 - c. Respon membuka mata : 4

Jumlah:	15
---------	----

Kesimpulan: compos mentis

3. Tekanan darah : 140/ 80 mmHg

MAP : 105 mmHg

Kesimpulan : perfusi darah ke ginjal tidak memadai

Nilai normal MAP : 70-99 mmHg

(Wiliam dan Wilkins, 2010)

Suhu : 36,6 °C di axilla

4. Pernapasan: 28 x/menit

Irama : teratur

Jenis : dada

5. Nadi : 89 x/menit

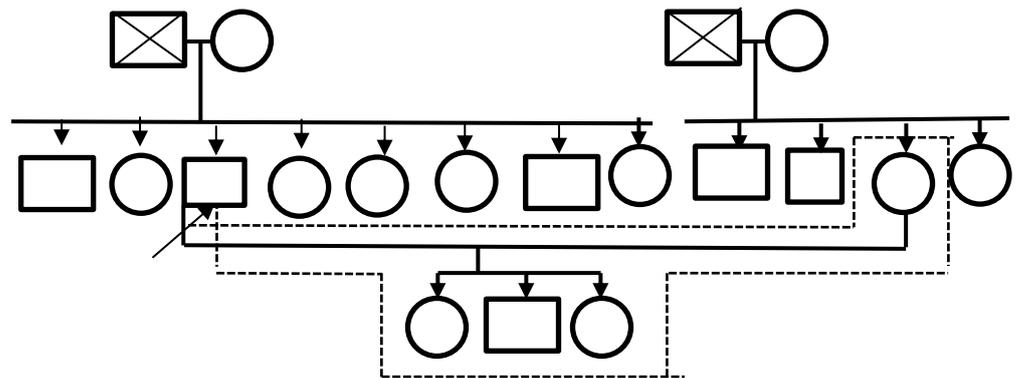
Irama : teratur, kuat

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 30 cm
2. Tinggi badan : 165 cm

3. Berat badan : 60kg
 4. IMT (Indeks Massa Tubuh) : 22,5 cm/m²
- Kesimpulan : berat badan dalam rentang normal.

d. **Genogram**



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Laki-laki sudah meninggal
-  : Perempuan sudah meninggal
-  : Pasien
-  : Tinggal serumah

Kesimpulan :

Pasien mengatakan anak ketiga dari tujuh bersaudara. Pasien mengatakan dalam keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan jantung. Ayah pasien meninggal karena jantung pada tahun 2007.

III. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sehat dan menjaga kesehatan itu adalah hal yang penting. Tetapi walaupun pasien tahu

kesehatan itu penting tetapi ia tidak pernah menjaga kesehatannya, tidak pernah berolahraga, suka makan daging-daging dan tidak rutin meminum obat hipertensi yang diberikan. Pasien mengatakan pernah merokok saat masih duduk dibangku SMP tetapi berhenti saat menikah. Keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak pernah mau memeriksakan keadaannya di layanan kesehatan. Pasien mengatakan pernah mengalami stroke ringan pada tahun 2010, dari situ pasien mulai mengalami kelemahan tangan sebelah kanan.

2. Riwayat penyakit saat ini
 - a. Keluhan utama: pasien mengatakan sesak dan bengkak pada kaki sebelah kanan
 - b. Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan sesak dirasakan sejak 2 hari yang lalu, tetapi dibiarkan begitu saja oleh pasien dan memilih untuk istirahat saja dirumah berharap saat bangun nanti sesaknya dapat berkurang.

Keesokan harinya saat pasien hendak berdiri dari tempat tidur pasien sudah lemas dan sesak, kemudian istrinya langsung membawa pasien ke IGD Stella Maris Makassar (15 Juni 2022). Keluarga mengatakan dalam perjalanan menuju rumah sakit pasien terlihat keringat dan napas yang cepat. Saat pengkajian pasien mengatakan sesak napas, badan terasa lemah, urine hanya sedikit dan bengkak pada kaki sebelah kanan.
 - c. Riwayat penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah dirawat di RS Stella Maris Makassar karena tekanan darah tinggi pada tahun 2010 pasien masuk kembali ke

RS dengan stroke ringan yang menyebabkan tangan sebelah kanan menjadi lemah.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan jantung. Ayah pasien meninggal karena jantung pada tahun 2010 dan kakak pasien mempunyai penyakit jantung.

e. Pemeriksaan fisik

1) Kebersihan rambut

Rambut tampak bersih, tidak berminyak, bercampur uban dan tidak berbau.

2) Kulit kepala

Tampak bersih, tidak ada luka/lesi atau jamur, tidak terdapat adanya benjolan/tumor/massa.

3) Kebersihan kulit

Tampak kulit bersih, tidak tampak luka atau bekas luka.

4) *Hygiene* rongga mulut

Rongga mulut tampak kotor, tidak ada peradangan, tetapi rongga mulut berbau, dan tampak bibir pasien berwarna hitam.

5) Kebersihan genitalia : Tidak dilakukan pengkajian

6) Kebersihan anus : Tidak dilakukan pengkajian

b. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit, makan dengan baik, frekuensi makan tiga kali sehari dengan porsi makan sayur, ikan, tahu tempe dan buah jika ada. Pasien mengatakan senang makan dan tidak memilih-milih

makanan. Pasien mengatakan biasanya minum dalam sehari \pm 3 gelas (600 CC) dalam sehari.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit kurang nafsu makan selama di rawat di RS dan hanya menghabiskan setengah porsi setiap makan, karena kurang menyukai makanan dari RS. Pasien mengatakan minum air putih 2-3 gelas (600cc) dalam sehari, anjuran dari dokter minum air putih 1.500cc dalam 24 jam.

3. Observasi

Tampak pasien tidak selera makan, hanya menghabiskan setengah porsi yang disediakan.

4. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan rambut

Tampak rambut pasien beruban secara merata

b. Hidrasi kulit

Turgor kulit lembab dan elastis, finger print kembali dalam < 3 detik.

c. Palpebra/conjungtiva

Palpebra tidak edema dan konjungtiva tidak anemis.

d. Sclera

Tidak tampak sklera ikterik.

e. Hidung

Septum hidung tampak lurus, tampak tidak ada lesi, tidak tampak sekret, fungsi penciuman pasien baik, pasien dapat membedakan aroma minyak kayu putih dan balsam yang diberikan.

f. Rongga mulut

Tampak rongga mulut kotor, berbau, tampak tidak terdapat radang dan tidak tampak apthae.

g. Gusi, gigi dan gigi palsu

Tampak tidak ada peradangan pada gusi, tampak 2 gigi depan pasien sudah ompong, tampak ada 1 gigi geraham belakang lubang, tampak adanya sisa makanan disela-sela gigi, tidak terdapat penggunaan gigi palsu pada pasien.

- h. Kemampuan mengunyah keras
Pasien tampak dapat mengunyah, tetapi tidak dapat mengunyah makanan keras seperti buah apel dan daging yang diberikan.
- i. Lidah
Lidah pasien tampak kotor, berwarna putih, tidak tampak peradangan.
- j. Pharing: tidak ada peradangan
- k. Kelenjar getah bening: tidak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening.
- l. Kelenjar parotis : tidak teraba adanya pembesaran.
- m. Abdomen
 - 1) Inspeksi
Abdomen tampak buncit, umbilicus tidak menonjol, tidak tampak lesi, tidak tampak massa/benjolan .
 - 2) Auskultasi: bising usus 18 x/menit.
 - 3) Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat massa atau benjolan dan tidak ada pembesaran hepar/lien.
 - 4) Perkusi: tympani
- n. Kulit
 - 1) Edema: Positif
 - 2) Ikterik: Negatif
 - 3) Tanda-tanda radang: tidak tampak adanya tanda peradangan

o. Lesi: tampak tidak ada lesi

c. POLA ELIMINASI

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB lancar, biasanya BAB satu kali sehari pada pagi hari dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan dan selama ini tidak ada keluhan terkait BAB.

Pasien mengatakan BAK dalam sehari 5-6 kali sehari tetapi hanya sedikit yang keluar dan berwarna kuning keruh.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit sudah 2 hari tidak BAB tetapi tidak merasa kembung dan sakit perut. Pasien mengatakan buang air kecil lancar tetapi urine yang keluar hanya sedikit dan berwarna kuning keruh.

3. Observasi

Sejak masuk rumah sakit pasien belum BAB , tampak urine dalam pispot sekitar 500cc.

4. Pemeriksaan fisik

- a. Peristaltik usus: 18 x/menit
- b. Palpasi kandung kemih: kosong
- c. Nyeri ketuk ginjal: negatif (tidak adanya nyeri ketuk)
- d. Mulut uretra: tidak dikaji
- e. Anus:
 - 1) Peradangan : tidak dikaji
 - 2) Hemoroid : tidak dikaji
 - 3) Fistula : tidak dikaji

d. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit dapat beraktivitas, walaupun badan sebelah kanan sudah tidak bisa digerakkan. Sehari-hari pasien dirumah menggunakan alat bantu jalan untuk berjalan di dalam rumah dan sekitar depan rumah.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak dapat beraktivitas karena badan terasa lemah, tangan kanan tidak mampu memegang sesuatu. Lemah dirasakan pada sisi kanan. Pasien juga mengatakan sesak jika terlalu beraktivitas banyak.

3. Observasi

Pasien tampak lemas, sisi tubuh sebelah kanan lemah, ADL pasien dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak tidak bisa beraktivitas mandiri, rentang gerak menurun, ekstermitas kiri pasif dan kekuatan otot menurun.

a. Aktivitas harian :

- | | |
|--------------------|-----|
| 1) Makan | : 2 |
| 2) Mandi | : 2 |
| 3) Pakaian | : 2 |
| 4) Kerapihan | : 2 |
| 5) Buang air besar | : 2 |
| 6) Buang air kecil | : 2 |

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

- 7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

b. Postur tubuh: tampak tidak seimbang saat pasien duduk sehingga memerlukan bantuan, postur tubuh tampak miring kiri.

c. Gaya jalan : tidak dikaji

d. Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e. Fiksasi : tidak ada

- f. Tracheostomi : tidak ada
2. Pemeriksaan fisik
- a) Tekanan darah
Berbaring : 140/80 mmHg
 - b) HR : 89 x/menit
 - c) Kulit :
Keringat dingin : tidak ada
Basah : tidak ada
 - d) JVP : 5-2 cmH₂O
Kesimpulan : tidak tampak pembesaran/peningkatan JVP.
 - e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : CRT < 3 detik
 - f) Thorax dan pernapasan
 - 1) Inspeksi:
Bentuk thorax: simetris
Retraksi interkostal : tidak ada
Sianosis : tidak ada / tidak terjadi
Stridor : tidak ada
 - 2) Palpasi
Vocal premitus: teraba sama getaran dinding kiri dan kanan pasien
Krepitasi : tidak teraba adanya krepitasi
 - 3) Perkusi : Sonor
Lokasi : dinding dada
 - 4) Auskultasi :
Suara napas : vesikuler
Suara ucapan : getaran kiri dan kanan sama
Suara tambahan : mengi
 - g) Jantung
 - 1) Inspeksi
Ictus cordis : tidak tampak

- 2) Palpasi
Ictus cordis : teraba pada ICS 5
- 3) Perkusi
Batas atas jantung : ICS linea sternalis kanan
Batas bawah jantung: antara ICS 5 dan 6 midclavicularis
Batas kanan jantung : linea midclavicularis dextra
Batas kiri jantung : linea midclavicularis sinistra
- 4) Auskultasi :
Bunyi jantung II A : tunggal
Bunyi jantung II P : tunggal
Bunyi jantung I T : tunggal
Bunyi jantung I M : tunggal
Bunyi jantung III irama gallop : tidak terdengar
Murmur : tidak ada
Bruit : Aorta : tidak ada
A.Renalis : tidak ada
A. Femoralis : tidak ada

h) Lengan dan tungkai

- 1) Atrofi otot : Tidak terjadi atrofi otot.
- 2) Rentang gerak : aktif pada ekstermitas kanan dan pasif pada ekstermitas kiri.
- 3) Kaku sendi : pasien mengatakan tidak ada kaku sendi tapi terkadang merasa kebas.
- 4) Nyeri sendi : tidak ada
- 5) Fraktur : tidak ada
- 6) Parese : ekstermitas kiri atas dan kiri bawah.

- 7) Paralisis : tampak tidak ada
 8) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	4	5
Kaki	4	5

Keterangan :

- a) Nilai 5 kekuatan penuh
 - b) Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain
 - c) Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan\
 - d) Nilai 2: mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh
 - e) Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan
 - f) Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak
- 9) Refleks fisiologi
- a) Ekstremitas atas
 - Kiri: bisep, trisep (+)
 - Kanan: bisep, trisep (+)
 - b) Ekstremitas bawah: patella dan chiles (tidak dilakukan pengkajian)
- 10) Refleks patologi: kaku kuduk (-), meningeal sign (-), brudzinski (-)
- Babinski, Kiri : Negatif
 Kanan : Negatif
- 11) Clubing jari-jari : tidak ada
 - 12) Varises tungkai : tidak ada
 - 13) Columna vetebralis : tidak dikaji

14) Palpasi : tidak ada nyeri, tidak terdapat adanya lesi

15) Kaku kuduk : tidak terdapat kaku kuduk

e. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pola tidurnya baik, tidur malam \pm 8 jam dari jam 23.00-05.00 WITA, istirahat siang \pm 1 jam, pasien juga mengatakan jika kesulitan tidur biasanya ia memutar musik untuk membantu tidurnya.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien susah tidur saat malam hari, biasanya tidur jam 01:00-06:00 dan saat siang hari pasien lebih banyak tidur siang \pm 4 jam. Keluarga mengatakan sering terjaga saat malam hari karena pasien yang susah tidur.

3. Observasi

Pasien tampak terbaring ditempat tidur, tampak ada tanda-tanda pasien kurang tidur

Ekspresi wajah mengantuk : positif

a) Banyak menguap : positif

b) Palpebra inferior berwarna gelap : negative

f. POLA PERSEPSI KOGNITIF

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak memiliki gangguan pendengaran/penglihatan dan penciuman, selain itu keluarga juga mengatakan fungsi daya ingat dan keseimbangan pasien baik dan tidak ada masalah, tidak memiliki kesulitan dalam mempelajari sesuatu atau adanya masalah dalam proses berpikir.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit fungsi pendengaran, penglihatan, penciuman pasien baik dan tidak ada masalah tetapi saat dibawa ke IGD pasien tidak bisa bicara dan hanya geleng-geleng kepala. Ketika sudah berada di ruang perawatan pasien pelan-pelan sudah bisa diajak bicara.

3. Observasi

Pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran, penglihatan ataupun penciuman. Ketika diajak ngobrol dan diberi pertanyaan pasien dapat menjawab dengan baik dan sangat antusias diajak untuk bercerita.

4. Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

- 1) Kornea : jernih
- 2) Pupil : isokor
- 3) Lensa mata : jernih
- 4) Tekanan intra okuler (TIO) : teraba sama kenyal mata kiri dan kanan.

b) Pendengaran

- 1) Pina : tampak simetris kanan dan kiri, serta tidak tampak adanya luka atau lesi.
- 2) Kanalis : tampak bersih, tidak tampak adanya serumen.
- 3) Membran timpani : reflek cahaya politser (+)

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai:

Pasien dapat mengenali rasa yang diberikan dengan dilakukan pemeriksaan dengan mencubit ekstremitas pasien, tetapi pasien mengatakan merasa kebas pada daerah ekstremitas kiri.

g. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan merupakan seorang ayah dari tiga orang anak, merupakan kepala keluarga yang sehari-harinya hanya dirumah. Pasien mengatakan setelah pensiun dia sudah tidak bekerja lagi, tetapi saat itu pasien masih ingin bekerja karena merasa bosan jika berada di rumah. Pada tahun 2010 pasien terkena stroke yang mengakibatkan tubuh sebelah kanan terasa lemah. Sejak saat itu istrinya yang mulai bekerja disebuah kantor.

Pasien mengatakan sejak saat itu ia merasa malu dan menganggap dirinya sudah tidak berguna lagi karena hanya menghabiskan waktu dirumah.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa tidak bisa berbuat apa-apa, ia merasa sedih karena hanya sendirian di kamar perawatan dikarenakan istrinya yang setiap hari bekerja dan hanya hari minggu istrinya libur sedangkan anak-anaknya semua bersekolah.

3. Observasi

Tampak kontak mata pasien perhatian penuh, suara jelas dan dapat dimengerti tampak keluarga dan pasien inisiatif ingin mengetahui terkait keadaan dan pengobatan yang tepat, antusias untuk melakukan perbaikan terhadap kesehatannya, memilih penerapan tujuan untuk perbaikan kesehatan dan keluarga tampak banyak bertanya terkait keadaan pasien.

a) Kontak mata : perhatian penuh

b) Rentang perhatian : baik

c) Suara dan cara bicara : jelas dan nyambung

d) Postur tubuh : tampak postur tubuh pasien tidak seimbang ketika duduk

4. Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak terdapat kelainan bawaan

b) Bentuk/postur tubuh : postur tubuh tampak tidak seimbang ketika pasien duduk

c) Kulit : tampak tidak ada lesi, tidak ada bekas luka atau peradangan

h. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien tinggal bersama keluarga dengan hidup rukun, memiliki hubungan yang baik dengan anak, istri, keluarga serta lingkungan. dilingkungan tempat tinggal.

2. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit semua anggota keluarga sangat cemas terhadap kondisi pasien, begitupun dengan lingkungan tempat tinggal pasien hubungan dengan keluarga tetap baik, tetapi sejak sakit peran pasien terbatas dikeluarganya, ditempat kerja bahkan lingkungan tempat tinggal

3. Observasi

Pasien tampak memiliki hubungan baik dengan keluarga, teman dan lingkungan, tampak keluarga dan teman pasien mengunjungi pasien dirumah sakit, komunikasi pasien baik dengan pasien lainnya dalam ruang rawat.

i. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia merupakan seorang ayah dari 3 orang, pasien berusia 60 tahun dan tidak memiliki keluhan apapun terkait reproduksinya.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah atau keluhan terkait reproduksinya.

3. Observasi

Tidak ada perilaku pasien yang tampak menyimpang terkait reproduksi atau seksualitas.

4. Pemeriksaan fisik genitalia: tidak dikaji

J. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum masuk rumah sakit biasanya keluarga dan pasien menghabiskan waktu luang untuk jalan bersama keluarganya, jalan-jalan seperti kerumah orang tua atau saudara, jika pasien atau dalam rumah tangga mempunyai masalah biasanya pasien dan istri berkomunikasi untuk mencari jalan keluar dari masalah dan istri mengatakan pengambilan keputusan dalam rumah tangga biasanya dilakukan secara bersama, namun terkadang pasien mengambil keputusan sebagai kepala rumah tangga.

2. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan selama sakit pasien hanya berharap semoga bisa cepat keluar dari rumah sakit karena ia merasa bosan dan sunyi karena tidak ada penjaga

3. Observasi

Keluarga tampak kolaboratif dalam merawat pasien, sering memutarakan bacaan Alquran untuk menenangkan pikiran, tampak istri sering memberikan motivasi pada pasien.

j. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan meyakini kepercayaan agama Islam, pasien menjalankan sholat 5 waktu setiap harinya meskipun hanya di tempat tidur ataupun di kursi roda.

2. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak pasien sakit, tetap menjalankan sholat 5 waktu meskipun dalam keadaan berbaring di tempat tidur.

3. Observasi

Pasien tampak sering sholat, dan mendengarkan bacaan-bacaan Alquran yang diputar lewat hp.

IV. UJI SARAF KRANIAL

a. N I *Olfactorius*

Pasien dapat membedakan bau-bauan seperti bau minyak kayu putih dan balsam.

b. N II *Opticus*

Pasien dapat membaca dengan jarak ± 30 cm

c. N III, IV, VI *Oculomotorius, Trochlearis, Abducens*

Pergerakan bola mata tampak kesegala arah, refleks cahaya politzer (+), pupil isokor

d. N V *Trigeminus*

Sensorik : pasien dapat merasakan goresan tisu yang diberikan pada pipi, dahi dan dagu

Motorik : pasien dapat mengigit tapi tidak dapat menggigit makanan keras seperti buah apel dan daging yang diberikan

e. N VII *Fasciallis*

Sensorik : pasien dapat membedakan rasa manis, asin, dan pahit

Motorik : pasien dapat tersenyum, pasien dapat bersiul, dapat mengerutkan dahi, dan dapat mendorong pipi menggunakan lidah

f. N VIII *Vestibulo-acusticus*

Vestibularis : pasien tidak dapat berdiri karena merasa lemah

Akustikus : lemah pada sisi tubuh sebelah kanan, tampak tidak seimbang saat duduk

g. N IX *Glossopharyngeus* : Pasien dapat menelan dengan baik

h. N X *Vagus* : tampak uvula berada ditengah

i. N XI *Accessorius* : pasien dapat mengangkat bahu kiri/kanan

j. N XII *Hypoglossus* : pasien dapat menjulurkan lidah

V. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan Hematologi (07 Juni 2022)

Parameter			Nilai Rujukan	
WBC	8.92		$10^3/uL$	4.60 – 10.20
RBC	3.69		$10^6/uL$	4.70 – 6.10
HGB	10.7		g/dL	14.1 – 18.1
HCT	32.4		%	43.5 – 53.7
MCV	87.8		fL	80.0 – 97.0
MCH	29.0		Pg	27.0 – 31.2
MCHC	33.0		g/dL	31.8 – 35.4
PLT	109		$10^3/uL$	150 – 450
RDW-SD	50.4		fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	12.1		%	11.5 – 14.5
PDW	15.5	-	fL	9.0 – 13.0

MPV	11.4		fL	7.2 – 11.1
P-LCR	10.1	-	%	15.0 – 25.0
PCT	2.58		%	0.17 – 0.35
NEUT#	0.19		10 ³ /uL	1.50 – 7.00
LYMPH#	17.2		10 ³ /uL	1.00 – 3.70
MONO#	1.06		10 ³ /uL	0.00 – 0.70m
EO#	1.54	+	10 ³ /uL	0.00 – 0.40
BASO#	0.42		10 ³ /uL	0.00 - 0.10
IG#	0.02		10 ³ /uL	0.00-7.00
NEUTH%	79.8		%	37.0 – 80.0
LYMPH%	20.3		%	10.0 – 50.0
MONO%	3.9		%	0.0 – 14.0
EO%	11.9		%	0.0 – 1.0
BASO%	0.8		%	0.0 – 1.0
IG%	0.2		%	0.0 – 72.0

2. Pemeriksaan Thorax (16 Juni 2022)

Hasil :

Edema paru

3. Pemeriksaan Laboratorium (15 juni 2022)

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Ket
Creatinine	0.83	< 1.4	mg/dL	
Ureum	189.1	10.50	mg/dL	

4. Terapi Obat

Furosemide 2 amp/ 8 jam

Cpg 75mg 1x1/ oral

Aspilet 80mg 1x1/ oral

Simvastatin 20mg 1x1/ oral

Allopurinal 300mg 1x1/ ora

ANALISA DATA

Nama/umur : Tn. R.A / 60 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth 2 / 521 bed 2

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak dialami sejak 2 hari yang lalu dan bertambah saat sebelum dibawa ke RS <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak KU pasien lemah 2. Tampak pasien sesak 3. Tampak terpasang nasal kanul 5 Liter 4. Tampak posisi pasien semifowler 45° 5. Tampak pasien menggunakan otot bantu napas 6. Tanda-tanda vital sign: <ul style="list-style-type: none"> -Tekanan darah :140/80 mmHG -Nadi : 89*/menit -pernapasan : 28*/menit 6. Hasil foto thorax : edema paru 	<p>Hiperventilasi Paru</p>	<p>Pola napas tidak efektif</p>
2.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah 2. Pasien mengatakan sesak napas 3. Pasien mengatakan minum air ± 2-3 (600 cc) gelas dalam sehari 4. Pasien mengatakan urine hanya sedikit <p>Data Objektif :</p>	<p>Gangguan Mekanisme Regulasi</p>	<p>Hipervolemia</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Jumlah urine 400 cc/ 18 jam 3. Turgor kulit tidak elastis 4. Pasien diet rendah garam cukup protein 5. Tampak edema pada kaki sebelah kanan dengan kedalaman 4 mm 						
3.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah 2. Pasien mengatakan tidak dapat berdiri karena lemah pada sisi tubuh sebelah kiri 3. Pasien mengatakan ekstermitas bawah lemah sehingga tidak dapat menjadi tumpuan untuk mendorong tubuh pasien 4. Keluarga mengatakan ADL pasien dibantu / dipantau 5. Keluarga pasien mengatakan jika pasien duduk posisi tubuh pasien tidak seimbang <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien tampak lemah 3. Kekuatan otot pasien tampak menurun <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. Rentang gerak pasien tampak menurun 4. Pasien tidak dapat beraktivitas secara mandiri 5. Aktifitas dan latihan pasien tampak dibantu keluarga dan perawat 	4	5	4	5	Gangguan Neuronuskular	Gangguan Mobilitas Fisik
4	5						
4	5						

C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn. R.A / 60 tahun
Ruang/kamar : Bernadeth 2 / 521 bed 2

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN
I	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)
II	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi paru (D.0005)
III	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)

D. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn. R.A / 60 tahun
 Ruang/kamar : Bernadeth 2 / 521 bed 2

Tanggal	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI) Meliputi: tindakan observasi, terapeutik, kolaborasi, edukasi
17 Juni 2022	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 14 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kelembaban membran mukosa cukup meningkat 2. Asupan cairan cukup menurun	Manajemen hipervolemia (1.04154) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipervolemia 2. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 3. Monitor intake dan output cairan Edukasi 1. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi Kolaborasi pemberian diuretic
	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi paru (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 14 jam diharapkan ventilasi menjadi adekuat dan membaik dengan kriteria hasil : 1. Ventilasi semenit	Manajemen Jalan Napas (1.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas) Terapeutik 1. Posisikan semi-fowler 45°C

		membaik 2. Tekanan ekspirasi dan tekanan inspirasi membaik 3. Frekuensi napas membaik	2. Berikan oksigen Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgesic
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 14 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (1.05173) Obsevasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Terapeutik 1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari Tanggal	Waktu	Dx	Implentasi	Nama
Sabtu 19 juni 2022 Dinas Pagi	09 : 10	I	Mengobservasi H/: TD : 145 / 80 mmHg N : 80 x / menit P : 27 x / menit S : 36,4° C	Yanti
	09 : 25	I	Mengobsevasi KU pasien dan ada tidaknya edema, serta tingkat kesadaran pasien H/: KU pasien lemah, tampak adanya edema pada kaki sebelah kanan, tingkat kesadaran compos mentis.	Yanti
	09 : 45	II	Memberikan posisi semi-fowler H/: pasien di berikan posisi semi-fowler dan pasien terpasang nasal kanul 5 liter.	Yanti
	10 : 20	II	Pemberian obat H/: furosemide 1 amp 8 jam / Iv Nitrocaf 2 x 1	Yanti
	11 : 00	III	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya H/ : Pasien mengatakan tidak merasa nyeri	Yanti
	12 : 00	II	Menganjurkan tirah baring dengan posisi fowler H/: agar pasien bisa beristirahat dengan nyaman dan tidak merasa sesak.	Yanti
	13 : 10	I	Menganjarkan cara membatasi cairan H/: pasien di berikan 1 botol aqua air yang berisi 15000 cc	Yanti
	13: 30	II	Melakukan terapi pemberian <i>Ice Cube</i>	Yanti

Dinas Siang	14 : 00	II	Mengobservasi pola napas, mencatat frekuensi pernafasan H/ : Pola napas cepat, frekuensi pernafasan 28x/menit	Winda
	15 : 00	I	Mengobservasi KU pasien, ada tidaknya edema, tingkat kesadaran H/: KU pasien lemah, tampak adanya edema pada kaki sebelah kanan dengan kedalaman 4mm, tampak pasien sadar penuh	Winda
	15 : 30	II	Memberikan posisi semifowler 45° H/: Pasien diberikan posisi semifowler dan terpasang nasal kanul 5 Liter	Winda
	17 : 00	III	Megidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H/: Pasien tidak mampu menggerakkan sisi tubuh bagian kanannya	Winda
	18 : 00	I, II,	Pemberian obat H/: Furosemide 1 amp/IV	Winda
	18 : 20	I, II, III	Observasi TTV H/: TD : 155/89 mmHg N : 86x/ menit P : 26 x/ menit S : 36,8°C	Winda
		II	Melakukan balance cairan IWL 15X60 = 900 CM Pagi Air putih = 400 cc, Teh = 200 cc Siang Air putih = 450 cc = 1.050cc CK = Pagi 300 cc Siang 200 cc = 500 cc CM – (CK+IWL) 1.050 (500 + 900) = 1.400 - 1.050 = 350 cc Asupan cairan kurang dari kebutuhan.	

Minggu, 20 juni 2022	08 : 00	II	Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) H/: pasien bernapas dengan dada, frekuensi pernapasan 28x/menit	Winda
Dinas Pagi	08:20	I	Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, jvp, suara napas tambahan) H/: pasien tampak terpasang nasal kanul 5 liter, suara napas tambahan, tampak edema pada kaki sebelah kanan dengan kedalaman 4 mm	Winda
	09:00	II	Memposisikan pasien dengan semifowler 40° H/ : Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	Winda
	10:00	I	Mengkaji edema dan turgor kulit H/ : Tampak edema pada kaki sebelah kanan dengan kedalaman 4 mm dan turgor kulit tidak elastis	Winda
	11:00	I, II, III	Memonitor vital sign dan keadaan umum H/ : - Kesadaran composmentis Tekanan darah : 150/89 mmHg Nadi : 100x/menit Pernapasan : 28x/menit Suhu : 36,8°C	Winda
	12: 00	II	Pemberian obat H/ : Furosemide 2 amp/IV	Winda
	13:00	II	Pemberian terapi <i>Ice Cube</i>	Winda
Dinas Siang	14:45	II	Memposisikan pasien dengan semifowler H/ : Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler (40°)	Yanti
	15:00	II	Memonitor pola napas pasien H/ : Pasien bernapas dengan dada, frekuensi pernapasan 28x/menit	Yanti

	16:00	I,II, III	Mengobesrvasi tanda-tanda vital H/ : Tekana darah : 148/90 mmHg Nadi : 95x/menit Pernapasan : 28x/menit Suhu : 36,8°C	Yanti
	17:00	III	Memonitor tingkat kemandirian H/ : Tampak aktifitas pasien dibantu keluarga dan perawat	Yanti
	18:00	II	Mengobservasi KU pasien H / : Pasien mengatakan masih merasa lemas dan sesak	Yanti
	19:00	I	Mempertahankan intake dan output yang akurat H / : Pasien diberikan takaran minum air 1.500 cc dalam 24 jam. Pagi hari minum air 500cc Siang 600cc total =1.100cc	Yanti
	20:00	II	Menghitung balance cairan IWL 15X60= 900 CM Pagi Air putih = 400 cc, Teh = 100 Siang Air putih = 400cc, Teh = 200 cc CK Pagi 350 cc Siang 400cc CM – (CK + IWL) 1.100 – (750+900) = 1.650 – 1.100 = 550 Asupan cairan kurang dari kebutuhan.	Yanti
Senin 21 juni 2022	09:00	I,II, III	Mengobservasi tanda-tanda vital H / : Tekanan dara : 160/80mmHg Nadi : 98x/menit Pernapasan : 27x/menit Suhu : 36,6°C	Yanti
Dinas Pagi	09: 20	II	Mengobservasi pola napas dan mencatat frekuensi pempasan H / : Tampak pasien sesak, pernapasan 27x/menit terpasang nasal kanul 4 Liter	Yanti
	10:00	II	Memberikan posisi yang nyaman yaitu posisi setengah duduk (40°)	Yanti

			H / : Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi setengah duduk	
	10:30	I	Mengobservasi Ku pasien, adanya edema, keluhan pasien H / : Kesadaran compos mentis, tampak edema pada kaki seblah kanan dengan kedalaman 44mm dan pasien masih mengeluh sesak	Yanti
	11:00	I,II, III	Pemberian obat H / : CPG 1X1/oral Aspilet 1x1/oral	Yanti
	12:00	I	Memantau dan mencatat input dan output cairan H / : Input = 2 gelas (400cc) Input = 250cc Output = 350 cc	Yanti
	13:00	III	Memonitor tingkat kemandirian H / : Tampak aktifitas pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat	Yanti
	13:30	I	Pemberian terapi <i>Ice Cube</i>	Yanti
Dinas Siang	14:20	II	Mengobservasi pola napas, mencatat frekuensi pernapasan H / : Pola napas tidak teratur dengan frekuensi pernapasan 28x/menit	Winda
	14:40	I	Mengobservasi Ku pasien, ada tidaknya edema H / : Tampak edema menurun (2mm), pasien tampak lemah	Winda
	15:10	II	Memberikan posisi semifowler H / : Tampak pasien nyaman diberikan posisi setengah duduk (40°)	Winda
	15:30	III	Menfasilitasi kemandirian pasien dan bantu jika pasien tidak mampu H / : Tampak pasien dibantu untuk duduk	Winda

			ketika makan, dan didampingi saat makan karena pasien tidak mampu duduk seimbang	
	16:00	I,II II	Mengobservasi tanda-tanda vital H / : Tekanan darah : 140/90 mmHg Nadi : 89x/menit Pernapasan : 28x/menit Suhu : 36,4°C	Winda
	18:00	II	Pemberian obat Furosemide 2 amp/ IV	Winda
	18:30	I	Memantau input dan output cairan H / : Input = 600cc Output = 250cc	Winda
	20:00	I	Melakukan balance cairan H / : IWL 15 X 60 =900 CM Pagi Air putih = 250cc, Teh = 200 cc. Siang Air putih = 400 cc, Teh = 200 cc. CK Pagi Air putih = 250cc Siang Air putih = 250cc CM – (CK + IWL) $1.050 - (500 + 900)$ $= 1.400 - 1.050$ $=350$ Asupan cairan kurang dari kebutuhan.	Winda

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn. R / 60 Tahun

Ruangan : Bernadeth II, Kamar 521 bed 1

Hari / Tanggal	DP	Evaluasi SOAP	Nama
Sabtu, 18 Juni 2022	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih lemah - Pasien mengatakan kencingnya sedikit dan berwarna kuning keruh - Pasien mengatakan bengkak pada kaki sebelah kanan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemas - Tampak urine sedikit dan berwarna kuning keruh - Tampak edema pada kaki sebelah kanan dengan kedalaman 4 mm <p>A : Masalah Keperawatan hipervolemia belum teratasi dengan kriteria hasil.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelembaban membran mukosa cukup meningkat - Asupan makanan cukup meningkat <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
	II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sesak napas - Pasien mengatakan masih lemas 	

	III	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien masih sesak - Pernapasan = 28x/menit - Tampak pasien terpasang nasal kanul 5 Liter <p>A : Masalah Keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi dengan kriteria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventilasi semenit membaik - Tekanan enspirasi dan tekanan inspirasi membaik - Penggunaan otot bantu nafas menurun - Frekuensi nafas membaik <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kanannya - Pasien mengatakan merasa lemah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien berbaring - Tampak tubuh sebelah kanan tidak bisa di gerakkan - Kekuatan otot <div style="text-align: center;"> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Kanan</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">Kiri</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td></td> </tr> </table> </div>	Kanan		Kiri	4	5		4	5		
Kanan		Kiri										
4	5											
4	5											

		<p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
Minggu, 19 Juni 2022	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki bengkak pada kaki sebelah kanan - Pasien mengatakan urine sedikit dan berwarna kuning keruh <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema pada kaki sebelah kanan dengan kedalaman 4 mm - Tampak urine berwarna kuning keruh dan produksinya 250 cc <p>A : MasalahKeperawatan hipervolemia belum teratasi dengan kriteria hasil.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelembaban membran mukosa cukup meningkat - Asupan makanan cukup meningkat 	
	II	<p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak - Pasien mengatakan lemas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien sesak - Terpasang nasal kanul 5 Liter 	

	III	<ul style="list-style-type: none"> - Pernapasan 28x/menit - Nadi : 100x/menit <p>A : Masalah Keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi dengan kriteria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventilasi semenit membaik - Tekanan enspirasi dan tekanan inspirasi membaik - Penggunaan otot bantu nafas menurun - Frekuensi nafas membaik <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan ekstermitas kanannya sama sekali - Pasien mengatakan tidak bisa mandi sendiri dan beberapa aktivitas lainnya perlu di bantu Perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak gerakan terbatas - Tampak badan sebelah kanan lemah - Tampak pasien di bantu untuk duduk, ketika mau makan dan didampingi saat makan karena pasien tidak mampu seimbang <p>A : Masalah keperawatan</p>	
--	-----	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pernapasan 26x/menit - Tampak terpasang nasal kanul 4 Liter <p>A : Masalah Keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi dengan kriteria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventilasi semenit membaik - Tekanan enspirasi dan tekanan inspirasi membaik - Penggunaan otot bantu nafas menurun - Frekuensi nafas membaik 	
	III	<p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum mampu mengerakkan sisi tubuh bagian kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	

DAFTAR OBAT

1. Furosemide
 - a. Klasifikasi / golongan obat : deuretik
 - b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 20-40 mg
 - c. Cara pemberian obat : intravena
 - d. Mekanisme kerja dan fungsi obat : furosemide menghambat penyerapan kembali penyerapan kembali natrium dan kalium, di lengkung henle ginjal dan mengeluarkannya dari dalam tubuh melalui peningkatan output urine dan furosemide sebagai obat untuk mengatasi edema.
 - e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : obat ini diberikan pada pasien yang mengalami edema
 - f. Kontra indikasi : pasien memiliki yang mengalami riwayat alergi terhadap farsiss (furosemide, obat ini digunakan untuk anemia)
 - g. Efek samping obat : mulut terasa kering, sensitive terhadap cahaya matahari dan pusing.

2. Aspilet
 - a. Klasifikasi / golongan obat : antiplatelet
 - b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 80 mg 1 x 1
 - c. Cara pemberian obat : Oral
 - d. Mekanisme kerja dan fungsi obat : kerja obat ini adalah terkait dengan penghambatan aktivitas COX-1, yang berperan untuk metabolisme enzim utama dari asam arakidonat yang merupakan precursor prostaglandin yang memainkan peran utama dalam pathogenesis peradangan.
 - e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mengencerkan darah dan mencegah pengumpulan di pembuluh darah

- f. Kontra indikasi : tidak bisa di berikan kepada anak di bawa umur 16 tahun, obat aspilet juga tidak berlaku pada ibu hamil.
 - g. Efek samping obat : Sakit perut, mual, muntah, sakit kepala, mengantuk dan ruam kulit, urine dan feses berwarna gelap
3. Cpg
- a. Klasifikasi / golongan obat : Theinopyridine
 - b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 75 mg 1 x 1
 - c. Cara pemberian obat : Oral
 - d. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Cpg bekerja dengan menghalangi platelet yang saling menempel dan mencegah mereka dari pembentukan gumpalan berbahaya. Cpg membantu menjaga darah mengalir secara lancar dalam tubuh.
 - e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Digunakan untuk membantu mencegah serangan jantung dan stroke.
 - f. Kontra indikasi : Penguannya oleh orang dengan kondisi kesehatan tertentu seperti, orang dengan riwayat hipersensivitas terhadap penurunan kandungan clopidogrel yaitu penderita tukak lambung dan gangguan fungsi hati.
 - g. Efek samping obat : sakit kepala, pusing, ruam, insomnia, gangguan gastrointestinal (seperti sembelit dan muntah)
4. Simvastatin
- a. Klasifikasi / golongan obat : statin
 - b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 20 mg 1 x 1
 - c. Cara pemberian obat : Oral
 - d. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Obat ini bekerja dengan cara menghambat kerja enzim yang dibutuhkan untuk membentuk kolesterol. Dengan begitu jumlah kolesterol yang di produksi tubuh akan berkurang.

- e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk menurunkan kadar kolesterol jahat
- f. Kontra indikasi : adanya riwayat sensitivitas terhadap produk simvastatin dan pasien yang sedang hamil dan menyusui.
- g. Efek samping obat : Konstipasi, hidung tersumbat, bersin atau sakit tenggorokan, mual, sakit perut dan sakit kepala

5. Allopurinol

- a. Klasifikasi / golongan obat : xanthine-oxidase
- b. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 300 mg 1 x 1
- c. Cara pemberian obat : Oral
- d. Mekanisme kerja dan fungsi obat : bekerja dengan cara menghambat enzim xanthine-oksidas sehingga menghambat pembentukan asam urat dan juga menghambat sintesis purine
- e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk menurunkan kadar asam urat
- f. Kontra indikasi : produk ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan kondisi hypersensitive terhadap allopurinol
- g. Efek samping obat : gangguan kulit, dan jaringan subkutan, mual muntah, diareh, sakit perut dan sakit kepala.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan ASKEP

Pada bab ini, secara singkat penulis menguraikan tentang kesenjangan-kesenjangan antara teoritis dan tinjauan kasus yang di temui pada pasien Tn. R. di Bernadeth 2 rumah sakit stella maris Makassar pada tanggal 15-20 Juni 2022 dengan melakukan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implemtasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Dari pengkajian yang dilakukan pada Tn.R. di dapatkan data yaitu keluarga pasien mengatakan pasien di bawah ke rumah sakit pada tanggal 15 Juni 2022 pukul 15: 00 WITA. Dengan sesak nafas, badan terasa lemas di sertasi bengkak pada kaki sebelah kanan.

Saat pengkajian pada tanggal 16 Juni 2022 di temukan pasien mengatakan sesak nafas, badan terasa lemah dan bengkak pada kaki sebelah kanan.

Hasil observasi pasien tampak penuh, GCS 15, pasien tampak sesak nafas, lemah ekstermitas kanan kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, tidak dapat duduk sendiri di tempat tidur sehingga membutuhkan bantuan, ADL pasien tampak di bantu keluarga dan perawatan. Pemeriksaan fisik didapatkan nilai kekuatan otot ekstermitas kanan atas dan bawah 4, observasi tanda vital TD: 140/80 mmHg, N: 89 x/menit, S: 36.6°C, P: 28x/menit, MAP : 105 mmHg (perfusi darah ke ginjal tidak memadai), terpasang conecta terpasang nasal kanul 5 liter dan hasil pemeriksaan foto thorax dada di dapatkan edema paru dan pemeriksaan laboratorium cretatinine 0,83, ureum 189, mg /DI

Pada saat pengkajian ditemukan bahwa pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit keturunan jantung, suka mengkonsumsi makanan berlemak, tidak menyukai makanan yang direbus, tidak pernah berolahraga, ketika sakit tidak pernah memeriksakan diri di fasilitas pelayanan kesehatan.

Dari tinjauan pustaka penyebab gagal ginjal kronik, yaitu jenis kelamin, usia, diabetes mellitus, glomerulonephritis, hipertensi, ginjal polistik (Mailani & Andriani, 2017).

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 2010. Hal ini sejalan dengan faktor terjadinya gagal ginjal kronik pada teori salah satunya ialah penyakit hipertensi. Hipertensi terjadi karena tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol sehingga nefron yang menyaring darah tidak menerima oksigen dan nutrisi yang mereka butuhkan untuk berfungsi dengan baik.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan pada Tn. "R" yaitu :

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi paru.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapatkan data yang mendukung dimana pasien mengatakan merasa sesak, apalagi jika melakukan pergerakan atau aktivitas. Pasien mengatakan selalu berbaring dengan posisi bagian kepala di tinggikan agar ia merasa nyaman.

b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapatkan data yang mendukung dimana terdapat edema pada kaki sebelah kanan dengan kedalaman 4 mm,

pasien mengatakan urine yang keluar sedikit dan berwarna kuning keruh, pasien juga mengatakan minum air \pm 4 gelas (800 cc) dari pembatasan cairan yang di berikan dokter.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapatkan data yang mendukung dimana pasien mengatakan lemah pada badan sebelah kanan, sesak saat melakukan aktivitas, tampak ADL pasien dibantu oleh keluarga atau perawat yang sedang bertugas.

Bila di dibandingkan dengan diagnosa keperawatan yang ada pada teori, ada 2 diagnosa yang tidak ditemukan pada kasus yaitu :

1) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada kasus tidak di temukan data bahwa pasien memiliki masalah seperti mual, muntah, penurunan nafsu makan, tidak di temukan penurunan berat badan pada pasien, serta IMT pasien juga dalam batas normal yaitu $22,5 \text{ kg/m}^2$, kesimpulan : berat badan normal.

2) Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis

Alasan penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada kasus tidak di temukan data bahwa pasien memiliki masalah seperti gatal-gatal pada seluruh badan, serta bekas luka pada tubuh yang membuat perubahan warna kulit tubuh.

3. Perencanaan Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan

suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang ditemukan. Perencanaan yang disusun oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi paru pada rencana keperawatan (SIKI) manajemen jalan napas. Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : Observasi (Monitor jalan napas, monitor suara napas tambahan (mis. *Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering*) Teraupetik (Posisikan semifowler atau fowler 40°, berikan oksigen) Kolaborasi (Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik)
- b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi pada rencana keperawatan (SIKI) manajemen hipervolemia. Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : Observasi (Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan, periksa tanda dan gejala hipervolemia, monitor intake dan output cairan) Edukasi (Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, ajarkan cara membatasi cairan) Kolaborasi (Kolaborasi pemberian diuretik)
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan pada rencana keperawatan (SIKI) manajemen energi. Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : Observasi (Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan) Teraupetik (sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) Edukasi (Anjurkan tirah baring).

4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. R.A, penulis melakukan beberapa implementasi keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Pemberian fokus implementasi pada pasien yaitu memberikan terapi *Ice cube*.

Pemberian terapi *Ice cube* dilakukan untuk membuat mukosa dalam mulut lembab, mengurangi intensitas haus dan menyegarkan. Implementasi *Ice cube* mulai pada hari kedua implementasi sesudah dilakukannya pendidikan kesehatan (penkes) dan setelah pasien menjalani hemodialisis.

Terapi *Ice' Cube* dilakukan untuk membuat pasien dapat mengurangi asupan cairan yang dibatasi seperti minum air agar tidak menyebabkan pasien mengalami kelebihan cairan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Pada tahap ini, penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan yang diberikan pada pasien. Dari 3 diagnosa yang diangkat penulis, satu diagnosa masalahnya telah teratasi sebagian dan dua diagnosa lainnya yang masalahnya belum teratasi selama tiga hari perawatan.

a. Diagnosa keperawatan I : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi paru

Hasil evaluasi : Masalah ini belum teratasi karena pasien mengatakan masih sesak napas

- b. Diagnosa keperawatan II : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
 Hasil evaluasi : masalah dapat teratasi sebagian dengan alasan pasien sudah mengetahui takaran asupan air minum yang dianjurkan, pasien mengatakan akan mengikuti edukasi yang sudah diberikan kepadanya.
- c. Diagnosa keperawatan II : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
 Hasil evaluasi : Masalah ini dapat teratasi sebagian dengan alasan pasien akan melakukan latihan-latihan yang sudah di ajarkan saat dirumah nanti, pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang.

B. Pembahasan penerapan EBN

1. Judul EBN
 - a. Terapi *Ice Cubes*
 - 1) Pengaruh Terapi *Ice Cubes* Terhadap Penurunan Rasa Haus Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik (Meta et al., 2021)
 - 2) Pengaruh Terapi *Ice Cubes* Sebagai Evidence Based Nursing Untuk Mengurangi Rasa Haus Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik (Anisa et al., 2020)
2. Diagnosa keperawatan
 Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
3. Luaran yang di harapkan (SLKI)
 Keseimbangan Cairan
 - a. Kelembapan membrane mukosa cukup meningkat
 - b. Edema cukup menurun
4. Intervensi Keperawatan (SIKI)
 Edukasi :
 - a. Ajarkan cara membatasi cairan

- b. Kolaborasi pemberian diuretik
5. Pembahasan tindakan keperawatan

a. Terapi *Ice Cubes*

1) Pengertian tindakan

Terapi *Ice cubes* yaitu cara untuk mengatasi rasa haus dan menyegarkan tenggorokan akibat pembatasan cairan serta menurunkan resiko pembengkakan. (Meta et al., 2021)

2) Tujuan/rasional EBN

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

3) PICOT EBN

- a) Pengaruh terapi *ice cubes* terhadap penurunan rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik (Meta et al., 2021)
- b) Pengaruh terapi *ice cubes* sebagai evidence based nursing untuk mengurangi rada haus pada pasien gagal ginjal kronik (Anisa et al., 2020)

1) *Problem*

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

2) *Intervention*

Prosedur kerja terapi *ice cubes* adalah sebagai berikut

- (a) Ambil potongan es batu
- (b) Masukkan es batu kedalam mulut dan mengulungnya sampai mencahir di mulut maksimal di berikan sebanyak 10 kubus dalam sehari dan dalam satu kubus terdapat 5 ml air.
- (c) Cara ini bisa dilakukan 3-4 kali sehari. (Meta et al., 2021)

3) *Comparison*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Meta et al., 2021), bahwa pemberian terapi *ice cubes* dapat memberikan perasaan yang menyengarkan, serta membantu mengatasi rasa haus pasien disebabkan kondisi mulut yang dingin dapat membuat rasa haus menjadi berkurang, dan dapat membasahi korongkongan sehingga akan menyebabkan *osmoreseptor* menyampaikan ke hipotalamus bahawa cairan tubuh sudah terpenuhi, dan feedback dari kondisi tersebut menyebabkan rasa haus berkurang.

Penelitian diatas memberikan dampak dan hasil sesuai dengan apa yang di harpkan perawat untuk membatasi cairan pada pasien, sehingga mengurangi edema.

4) *Outcome*

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

Keseimbangan cairan

(a) Kelembaban membrane mukosa cukup meningkat

(b) Edema cukup menurun.

5) *Time*

Intervensi terapi *ice cube* dilakukan selama 2 hari setiap pasien selesai melakukan hemodialisis.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan pengkajian data, tinjauan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Gagal Ginjal Kronik (CKD), di ruang perawatan Sta Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian: dari hasil yang didapatkan dari Tn.R faktor terjadinya CKD yaitu memiliki riwayat hipertensi 15 tahun yang lalu, stroke 10 tahun yang lalu dan kolesterol, serta faktor usia lanjut 60 tahun, data yang ditemukan udem pada kaki sebelah kanan, dan sesak dengan frekuensi napas 28 x/menit terpasang nasal kanul 5 liter dan lemas pada tubuh serta pasien sulit untuk melakukan aktivitas karena mengeluh sesak napas.
2. Diagnosa Keperawatan yang ditemukan pada Tn.R dengan CKD, yaitu: hipervolemia berhubungan dengan kelebihan mekanisme regulasi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis: meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Intervensi untuk masalah pola napas tidak efektif yaitu manajemen jalan napas, dan manajemen hipervolemia untuk intervensi hipervolemia sedangkan intervensi intoleransi aktivitas yaitu manajemen energi.
4. Implementasi keperawatan : setelah perawatan selama 3 hari yang di bantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik

5. Evaluasi keperawatan dan hasil : evaluasi tidak ada diagnosa yang teratasi yaitu pola nafas tidak efektif, hipervolemia, intoleransi aktivitas karena perawat karena perawatan CKD membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap di lanjutkan oleh perawat ruangan.
6. Penerapan EBN pada pasien Tn. R dengan CKD yaitu tentang memberikan terapi es batu tujuannya untuk mempertahankan pemenuhan cairan pada pasien Tn. R

B. SARAN

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

1. Bagi Rumah Sakit

Di harapkan pihak rumah sakit khususnya ruang perawatan St, Bernadeth II pentingnnya monitor secara ketat penanganan pasien gagal ginjal kronik.

4. Bagi Profesi Keperawatan

Untuk perawat di harapkan agar memantau perkembangan pasien sebagai gambaran pasien dengan gagal ginjal kronik.

5. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil karya Ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi institusi pendidikan khususnya bagi bidang keperawatan dan dapat dijadikan salah satu pelajaran khususnya dalam tindakan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama : Winda Febriyanti Rampa
Tempat/Tanggal Lahir : Wowondula, 22 Februari 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Kowilham III Lrg 9 No.39

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Seprianus Rampa /Alm. FransiskaKambolong
Agama : Katolik
Pekerjaan : Karyawan Swasta/IRT
Alamat : Jl. Gunung Batu Putih No 03 Wowondula

3. Pendidikan Yang Telah Di tempuh

TK Darmawati : 2004-2005
SDN 264 Wowondula : 2005-2011
SMPN 1 Towuti : 2011-2014
SMA Yps Sorowako : 2014-2017
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2017-2021

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama : Yanti
Tempat/Tanggal Lahir : Pongko, 06 Juni 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Datu Museng No. 22

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Andarias /Asyani
Agama : Katolik
Pekerjaan : Petani/IRT
Alamat : Jl. Pongko

Pendidikan Yang Telah Di tempuh

SDN 494 Pongko : 2005-2011
SMPN 3 Lamasi : 2011-2014
SMAN 2 Sabbang : 2014-2017
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2017-2021

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TUGAS AKHIR

Nama : Winda Febriyanti Rampa (NS2114901160)

Yanti (NS2114901061)

Pembimbing : Sr. Sr.Anita Sampe, SJMJ, Ns., MAN

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	27 Juni 2022	BAB III - Perbaikan pengkajian			
2.	29 Juni 2022	BAB III - Perbaikan pengkajian sesuaikan dengan kondisi pasien, intervensi hanya yang dilakukan ke pasien - Perbaikan implementasi			
3.	30 Juni 2022	BAB III - Perbaikan penulisan - Perhatikan kembali implementasi dan evaluasi dibuat perhari			

5.	1 Juli 2022	BAB IV dan V - Perbaiki PICOT - Perbaiki penulisan			
6.	9 Juli 2022	BAB IV dan V - Perbaiki PICOT - Perhatikan pengulangan kata - Tambahkan pembahasan pada bab IV			
7.	11 Juli 2022	BAB IV dan V - ACC bab V - Perbaiki penulisan dan pengulangan kata			
8.	12 Juli 2022	BAB III, IV dan V -Perhatikan kembali penulisan -Persingkat lagi bab I,II,III,IV dan V -ACC bab III,IV dan V			

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TUGAS AKHIR

Nama : Winda Febriyanti Rampa (NS2114901160)

Yanti (NS2114901061)

Pembimbing : Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
				I	II
1.	29 Juni 2022	BAB I dan II - Perbaikan bab I tambahkan prevalensi, pengertian - Perbaikan bab II pembahasan			
3.	30 Juni 2022	BAB I dan II - Perbaikan bab I dan bab II - Tambahkan referensi - Tambahkan latar belakang			
4.	1 Juli 2022	BAB I dan II - Perbaikan bab I dan bab II - Tambahkan referensi - Tambahkan latar belakang - Tambahkan rasional pada diagnose teori			

5.	4 Juli 2022	BAB I dan II - Perbaiki bab I dan bab II - Tambahkan referensi - Tambahkan latar belakang - Perbaiki pathway			
6.	06 Juli 2022	BAB I dan II - Konsul bab I, bab II dan pathway - ACC bab I, bab II			

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, M. &. (2017). konsep penyakit gagal ginjal. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 7(1), 1–33. <https://www.bertelsmann-stiftung.de>Basuki. (2016). Keperawatan medical bedah: system perkemihan. *Rapha Publishing*.
- Bayhakki. (2016). *Patofisiology Chronic Kidney Disease*. 6–21.
- Dewi, F. (2019). Journal of Ginjal Kronis Information. *Kesehatan*, 53(9), 1689–1699. <http://eprints.poltekkesjogjas.ac.id/1090/3/Chapter1.pdf>
- Djarwoto. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisis di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. *Jakarta: EGC*.
- Hall, G. &. (2018). Anatomi dan Fisiologi Ginjal pada Manusia, Penyakit- Penyakit Ginjal. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., *yyp2i*, 21–66.
- Harrison. (2013). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. *Departemen Ilmu Penyakit*.
- Irianto. (2017). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. *Buku Kedokteran EGC*.
- isroin. (2019). Asuhan Keperawatan Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman: Ansietas. *Jurnal Keperawatan*.
- Melinah Hidayat. (2018). Asuhan keperawatan pada klien gagal ginjal kronik. *World Development*, 1(1), 1–15. <http://www.fao.org/3/l8739EN/i8739en>.
- Muhiti, W. &. (2019). Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa di

- Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. *Jakarta: EGC.*
- Mulyanti, D. &. (2019). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. *Jakarta: EGC.*
- Muttaqin. (2018). Enhancement of Solubilization and Bioavailability of Poorly Soluble Drugs by Physical and Chemical Modifications: A Recent Review. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research.*
- Permata, N. (2021). Asuhan Keperawatan pada pasien cronic kidney disease. *Jurnal Keperawatan*, 9(2), 1. <https://doi.org/10.35790/jkp.v9i2.36775>
- Prabowo & Pranata. (2018). Buku ajar keperawatan sistem perkemihan. *Nuha Medika.*
- Price, Sylvia Anderson, W. L. (2021). Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. *EGC.*
- Priscililla & Lemone. (2016). Asuhan Keperawatan Pada Gagal Ginjal Kronik. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Putri, E., Alini, & Indrawati. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga dan Kebutuhan Spiritual Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalani Terapi Hemodialisis Di RSUD Bangkinang. *JURNAL NERS Research & Learning in Nursing Science*, 4(23), 47–55. file:///C:/Users/G40/Downloads/1113-Article Text-2489-1-10-20201104 (1).pdf
- Smeltzer, S., & Bare, S. (2016). Keperawatan Medikal Bedah. *Buku Kedokteran EGC.*
- Suwitra. (2016). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam jilid I. EdisiIV. *Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit.*

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

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

http://eprints.undip.ac.id/81430/1/Buku_Panduan_Mengenal_Penyakit_Ginjal_Kronis_dan_Perawatannya_Henni_Kusuma%2C_Suhartini%2C_Untung_Sujianto%2C_Chandra_Bagus_Ropiyanto%2C_Wahyu_Hidayati.pdf