



KARYA ILMIAH AKHIR

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

DISUSUN OLEH:

PASKALIS KARNI (NS2114901116)
RYAN ADHI PRATAMA BOROTODING (NS2114901130)

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

2022



KARYA ILMIAH AKHIR

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

DISUSUN OLEH:

**PASKALIS KARNI (NS2114901116)
RYAN ADHI PRATAMA BOROTODING (NS2114901130)**

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

2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Paskalis Karni (NS2114901116)
2. Ryan Adhi Pratama Borotoding (NS2114901130)

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,



Paskalis Karni



Ryan Adhi Pratama Borotoding

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny “M” Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di Ruang St. Perawatan Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM :

1. Paskalis Karni (NS2114901116)
2. Ryan Adhi Pratama Borotoding (NS2114901130)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Rosdewi, S.Kp.,MSN)

NIDN: 0906097002

Pembimbing 2



(Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes)

NIDN: 0918087701

**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. Paskalis Karni (NS2114901116)
2. Ryan Adhi Pratama B (NS2114901130)
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Ny "M" Dengan
Chronic Kidney Disease (CKD) Di Ruang
Perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella
Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Rosdewi, S.Kp., MSN

()

Pembimbing 2 : Asrijal Bakri, Ns., M.Kes

()

Penguji 1: Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes

()

Penguji 2 : Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep

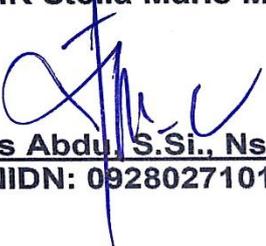
()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 13 Juli 2022

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Paskalis Karni (NS2114901116)
Ryan Adhi Pratama Borotoding (NS2114901130)

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,



Paskalis Karni



Ryan Adhi Pratama Borotoding

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya ilmiah akhir ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY “M” DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG PERAWATAN STA. BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”.

Dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Dr. Teoroci Luisa Nunuhitu, M.Kes selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Alfirada, S.Kep., Ns., M.Kep selaku wakil direktur yang telah memberikan izin kepada penulis untuk praktek di RS Stella Maris Makassar terutama dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
3. Fransiska Anita, Ns., M.kep.Sp.Kep.MB selaku wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis saat penyusunan karya ilmiah akhir.
4. Rosdewi, S.Kp., MSN, selaku dosen pembimbing I dan Asrijal Bakri, Ns., M.Kes, selaku dosen pembimbing II dalam penyusunan Karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
5. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku penguji I dan Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep Selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.

6. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Teristimewa kepada orang tua Paskalis Karni (Bapak Nikolaus. P dan Ibu Kartini) dan orang tua dari Ryan Adhi Pratama Borotoding (Bapak Muh. Yusuf Sudirman dan Ibu Sarinasaria Borotoding) beserta sanak, saudara, keluarga, dan orang terkasih yang selalu mendoakan, memberi dukungan, semangat, nasehat, cinta dan kasih sayang serta bantuan mereka berupa moril dan material sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah akhir.
8. Seluruh teman-teman mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar yang selalu setia memberikan dukungan serta kebersamaannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

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

Akhir kata penulis berharap semoga karya Ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, terutama bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar.

Makassar, 13 Juli 2022

penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUTAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINAL	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat Penulisan	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Dasar	7
1. Defenisi	7
2. Anatomi dan Fisiologi.....	8
3. Klasifikasi	15
4. Etiologi	16
5. Patofisiologi	18
6. Manifestasi Klinis	19
7. Pemeriksaan Diagnostik	20
8. Penatalaksanaan Medis	21

9. Komplikasi	22
B. Konsep Dasar Keperawatan	23
1. Pengkajian	24
2. Diagnosis Keperawatan	25
3. Luaran dan Intervensi Keperawatan	25
4. Perencanaan Pulang (<i>Discharge Planning</i>)	33
C. Patoflowdiagram	35
BAB III PENGAMATAN KASUS	38
A. Pengkajian	39
B. Analisa Data	57
C, Diagnosis Keperawatan	59
D. Intervensi Keperawatan	60
E. Implementasi Keperawatan	63
F. Evaluasi Keperawatan	70
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....	77
A. Pembahasan Kasus Keperawatan	77
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	82
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	89
A. Simpulan	89
D. Saran	90

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	57
Tabel 3.2 Diagnosis Keperawatan	59
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan	60
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan	63
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal.....	8
--------------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Leaflet

Lampiran 2 : Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 3 : Lembar Konsul

Lampiran 4 : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

CKD (*Chronic Kidney Disease*) merupakan penyakit sistemik dan merupakan jalur akhir yang umum dari berbagai penyakit traktus urinarius dan ginjal. CKD adalah kemunduran fungsi ginjal ireversibel yang terjadi beberapa bulan atau tahun. Keadaan ini mengakibatkan ketidakmampuan dalam mempertahankan keseimbangan substansi tubuh atau akumulasi cairan dan produk sisa dengan menggunakan penanganan konservatif (Rustandi et al., 2018). Penyakit gagal ginjal kronik dapat juga disebabkan oleh pola perilaku yang kurang sehat seperti mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak kolesterol, kurang berolahraga, kurang mengkonsumsi air putih, kebiasaan merokok, dan minum alcohol, sering menggunakan obat-obatan, dan mengkonsumsi minuman kemasan yang mengandung soda dan pemanis sintesis seperti aspartame dan sakarin serta makan-makanan yang mengandung herbisida dan peptisida. Kebiasaan tersebut dapat mempengaruhi status Kesehatan masyarakat terutama proses regulasi dalam ginjal sangat besar untuk memicu terjadinya gagal ginjal kronik (Bellasari, 2020).

Angka kejadian gagal ginjal kronis di Indonesia berdasarkan data dari Riskesdas, (2018) yaitu sebesar 0,38 % dari jumlah penduduk Indonesia sebesar 252.124.458 jiwa maka terdapat 713.783 jiwa yang menderita gagal ginjal kronis di Indonesia (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data yang diperoleh End Stage Renal Disease (ESRD) prevalensi ginjal kronik di dunia pada tahun 2021 sebanyak 2.862.000, Tahun 2018 sebanyak 3.004.655 orang dan tahun 2019 sebanyak 3.178.000 orang dari data tersebut dapat dikatakan kasus gagal ginjal kronik di Indonesia juga cukup terbilang tinggi,

berdasarkan data riset Kesehatan dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 prevalensi penyakit GKG berdasarkan diagnosis pada penduduk yang berusia ≥ 15 tahun di Sulawesi selatan juga terbilang cukup besar 3.7% (Kemenkes, 2018).

Pasien yang telah terdiagnosis gagal ginjal kronik pada umumnya akan menjalani hemodialisa atau cuci darah sebagai upaya untuk mempertahankan kesehatan. Hemodialisa ini akan berfungsi sebagai pengganti ginjal untuk membersihkan sisa-sisa metabolisme yang telah tertumpuk. Hemodialisa juga dapat mempengaruhi kualitas hidup dalam aspek ekonomi, fisiologis dan psikologis. Dalam menjalani hemodialisis dalam aspek kehidupan sangat membutuhkan waktu yang cukup lama sehingga dapat mengganggu kebutuhan aktivitas, selain itu hemodialisa juga memerlukan biaya yang cukup besar dan merubah kondisi fisik pada penderita yang dapat menimbulkan komplikasi seperti kram otot, anemia, aritmia, hipoksemia, dan gangguan pencernaan saerta gangguan pembekuan darah (Julisawaty et al., 2020).

Berdasarkan Pusat Data dan Informasi (PUSDATIN) Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, jumlah pasien gagal ginjal kronik diperkirakan sekitar 50 orang per satu juta penduduk, 60% nya itu adalah usia dewasa dan usia lanjut. Indonesia berada di urutan ke empat sebagai negara terbanyak penderita gagal ginjal kronik. Dengan jumlah penderita mencapai 16 juta jiwa. Jumlah ini semakin meningkat dari tahun ke tahun. (Kemenkes, 2018)

Berdasarkan data IRR tahun 2018 pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisi meningkat menjadi 38,7% dengan proporsi tertinggi pada provinsi DKI Jakarta dan proporsi yang terendah di Sulawesi Tenggara sebesar 1,99%. Berdasarkan data pusat pembiayaan jaminan Kesehatan untuk pelayanan penyakit katastropik pada tahun 2020 untuk penyakit gagal ginjal kronik sebesar 13,3 triliun Di Indonesia,

Penyakit gagal ginjal kronik merupakan penyakit yang memerlukan perawatan seumur hidup. Fenomena yang terjadi banyak pasien yang keluar masuk Rumah Sakit untuk melakukan pengobatan. Oleh karena itu, peran perawat kesehatan secara umum ditujukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Indonesia yang dapat dilakukan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Kemenkes, (2018) upaya – upaya tersebut dapat dilakukan dengan cara yaitu melakukan aktivitas fisik teratur, makan–makanan sehat (rendah lemak, rendah garam, tinggi serat), kontrol tekanan darah dan gula darah, monitor berat badan dan mempertahankan berat badan normal, minum air putih minimal 2 liter perhari, tidak konsumsi obat-obatan yang tidak dianjurkan, dan tidak merokok.

Berdasarkan data di atas maka penulis tertarik untuk menyusun karya ilmiah akhir (KIA) yang berjudul Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan ST. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagai salah satu pemenuhan tugas akhir.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan Karya Ilmiah ini terbagi menjadi 2 bagian, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus.

1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar pada kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD). Selain itu memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dan pendokumentasian pada pasien dengan CKD di ruang perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan CKD di ruang perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan CKD di ruang perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan CKD di ruang perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan CKD di ruang perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan CKD di ruang perawatan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

Membantu perawat di rumah sakit untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD berdasarkan EBN.

2. Bagi Perawat

Menjadi sumber informasi dan memberi gambaran bagi tenaga keperawatan dalam melakukan Tindakan keperawatan mandiri berdasarkan EBN.

3. Bagi Pendidikan

Menjadi sumber bacaan atau referensi bagi mahasiswa/i untuk memperoleh tambahan ilmu pengetahuan dan menjadi bekal dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penyusunan karya akhir ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam membentuk studi kasus yaitu :

1. Studi Pustaka

- a. Data lebih banyak diperoleh dari referensi yang ada kaitannya dengan masalah yang diangkat penulis.
- b. Memperoleh data melalui internet.

2. Studi Kasus

Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan. Data dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu:

a. Wawancara

Dengan melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga, serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien.

b. Observasi

Dengan melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

c. Pemeriksaan Fisik

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

d. Dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari Bab I sampai dengan Bab V. Dimana Bab I terdiri dari Pendahuluan yang menguraikan tentang Latar Belakang Masalah, Tujuan Penulisan, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan, dan Sistematika Penulisan. Bab II terdiri dari Tinjauan Teoritis, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu Konsep Dasar Medis yang meliputi Pengertian, Anatomi Fisiologi, Etiologi, Patofisiologi, Manifestasi Klinis, Tes Diagnostik, Penatalaksanaan Medik, dan Komplikasi. Sedangkan Konsep Asuhan Keperawatan Terdiri dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Discharge Planning (perencanaan pulang) dan Patoflowdiagram. Bab III terdiri dari Tinjauan Kasus yang menguraikan tentang Pengkajian, Analisa Data, Diagnosa, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi serta daftar Obat Pasien. Bab IV terdiri dari Pembahasan Kasus yang Berisi Tentang Kesenjangan antara Teori dan Fakta dari Kasus – kasus Kelolaan yang ditemukan di lapangan, dan Bab V yaitu Kesimpulan dan Saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

Gagal ginjal kronik merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh penurunan fungsi organ ginjal sehingga tidak mampu melakukan fungsinya dengan baik. Gangguan fungsi ini terjadi ketika tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga dapat menyebabkan retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah. Kerusakan ginjal ini mengakibatkan masalah pada kemampuan dan kekuatan tubuh yang menyebabkan aktivitas kerja terganggu, tubuh menjadi mudah lelah dan lemas (Indriani, 2020).

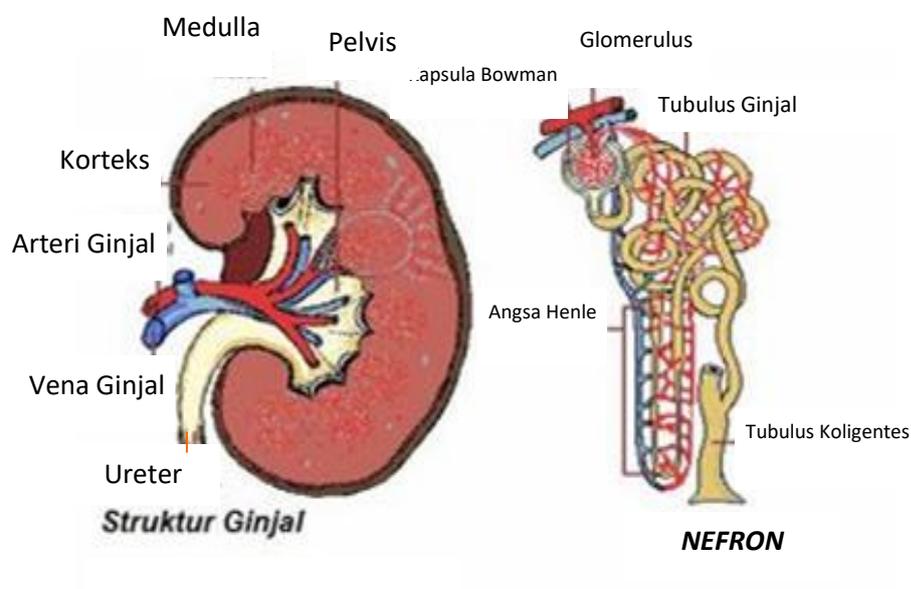
Gagal ginjal kronik yaitu kerusakan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat peningkatan pada kadar ureum (Kurniawan, 2019).

Penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah besar di dunia. Gagal ginjal kronik merupakan suatu penyakit yang menyebabkan fungsi organ ginjal mengalami penurunan hingga akhirnya tidak mampu melakukan fungsinya dengan baik. Gangguan fungsi ginjal ini terjadi ketika tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah. Kerusakan ginjal ini mengakibatkan masalah pada kemampuan dan kekuatan tubuh yang menyebabkan aktivitas kerja terganggu, tubuh jadi mudah lelah dan lemas sehingga kualitas hidup pasien menurun (Masi & Kundre, 2018).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronik adalah suatu keadaan dimana terjadi gangguan fungsi ginjal yang progresif sehingga ginjal tidak dapat mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadinya penumpukan sampah metabolik (ureum dan kreatinin) di dalam darah serta kelelahan.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 : Anatomi Ginjal
(Sumber: Julisawaty et al., 2020)

1) Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari 2 bagian yaitu :

- a) Bagian dalam (internal) medulla: substansi medularis terdiri dari piramid renalis jumlahnya antara 8-16 buah yang mempunyai basis sepanjang ginjal, sedangkan apeaknya menghadap ke sinus renalis.

b) Bagian luar (eksternal) korteks. Substansi kortikal berwarna coklat merah, konsistensi lunak dan bergranula. Substansi ini tepat di bawah tunik fibrosa, melengkung sepanjang basis piramid yang berdekatan dengan sinus renalis, bagian dalam di antara piramid dinamakan kolumna renalis.

2) Pembungkus ginjal

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

3) Struktur mikroskopis ginjal

Satuan fungsional ginjal disebut nefron. Nefron adalah massa tubulus mikroskopis ginjal yang merupakan satuan fungsional ginjal. Setiap nefron berawal dari berkas kapiler yang terdiri dari:

a) Glomerulus, merupakan gulungan atau anyaman kapiler yang terletak di dalam kapsul bowman (ujung buntu tubulus ginjal yang bentuknya seperti kapsul cekung menutupi glomerulus yang saling melilitkan diri). Glomerulus menerima darah dari arteri aferen dan meneruskan darah ke sistem vena melalui arteri eferen.

b) Tubulus proksimal konvoluta, tubulus ginjal yang langsung berhubungan dengan kapsul bowman dengan panjang 15 mm dan diameter 55 mm. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi diabsorpsi secara

isotonik bersama klorida dan melibatkan transportasi aktif natrium. Peningkatan absorpsi natrium akan mengurangi pengeluaran air dan natrium. Hal ini dapat mengganggu pengenceran dan pemekatan urin yang normal.

- c) Ansa Henle, bentuknya lurus dan tebal, diteruskan ke segmen tipis dan selanjutnya ke segmen tebal, panjangnya 12 mm, total panjang ansa henle 2-14 mm. klorida secara aktif diserap kembali pada cabang ascendens ansa henle dan natrium bergerak secara pasif untuk mempertahankan kenetralan listrik.
 - d) Tubulus distal konvulta, bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok dan jauh letaknya dari kapsul bowman, panjangnya 5 mm. Masing-masing duktus koligen berjalan melalui korteks dan medulla ginjal, bersatu membentuk duktus yang berjalan lurus dan bermuara ke dalam duktus belini seterusnya menuju kaliks minor ke kaliks mayor. Akhirnya mengosongkan isinya ke dalam pelvis renalis pada aspek masing-masing piramid medulla ginjal.
 - e) Duktus koligen medulla, duktus ini memiliki kemampuan mereabsorpsi dan menseskresi kalium. Ekskresi aktif kalium diperlihatkan pada duktus koligen kortikal dan dikendalikan oleh aldosteron. Reabsorpsi aktif kalium murni terjadi dalam duktus koligen medulla.
- 4) Pembuluh darah di ginjal
- Ginjal merupakan organ yang sangat kaya akan pembuluh darah dan mampu menerima 20 % curah jantung dalam keadaan istirahat. Ginjal mendapat suplai darah arteri dari aorta abdominal. Arteri renalis bercabang kemudian membentuk arteri lobaris yang memberi suplai

darah pada piramid. Arteri lobaris yang ini kembali bercabang agar darah dapat bergerak dengan efisien melalui setiap nefron. Darah masuk ke dalam glomerulus melalui arteriol aferen dan keluar melalui arteri aferen. Kemudian darah mengalir melalui kapiler peritubular yang mengelilingi tubula nefron dan akhirnya darah dalam kapiler peritubular masuk ke dalam vena dan darah dikembalikan ke dalam sistem sirkulasi melalui sistem vena ginjal (Julisawaty et al., 2020).

b. Fisiologi Ginjal

Dalam Julisawaty et al., (2020) fisiologi ginjal membahas 5 pembahasan antara lain: fungsi ginjal, proses pembentukan urin, pengatur hormon terhadap fisiologi ginjal, keseimbangan asam basah ginjal dan pengaturan keseimbangan cairan.

1) Ginjal mempunyai 2 fungsi yaitu :

a) Fungsi ekskresi

- (1) Mempertahankan osmolaritas plasma sekitar 285 miliosmol.
- (2) Mempertahankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam rentang normal.
- (3) Mempertahankan pH plasma sekitar 7,4
- (4) Mengekskresikan urea, asam urat dan kreatinin

b) Fungsi nonekskresi

- (1) Menghasilkan renin, penting untuk pengaturan tekanan darah.
- (2) Menghasilkan eritropoetin, faktor dalam stimulasi produksi sel darah merah dalam sum-sum tulang.
- (3) Metabolisme vitamin D menjadi bentuk aktifnya
- (4) Degradasi insulin.
- (5) Menghasilkan prostaglandin

2) Proses pembentukan urin

Ada 3 tahap dalam pembentukan urin yaitu sebagai berikut:

a) Proses Filtrasi

Proses filtrasi terjadi di glomerulus. Proses ini terjadi karena permukaan aferen sehingga terjadi penyerapan darah lebih. Setiap menit kira-kira 1.200 ml darah, terdiri dari 450 ml sel darah dan 660 ml plasma masuk ke dalam kapiler glomerulus. Untuk proses filtrasi diperlukan tekanan untuk mendapat hasil akhir. Tekanan yang menyebabkan filtrasi, merupakan hasil kerja jantung. Tekanan hidrostatik kapiler glomerulus kira-kira 50 mmHg, tekanan ini cenderung mendorong air dan garam melalui glomerulus.

Tekanan yang melawan filtrasi. Tekanan hidrostatik cairan di dalam kapsul bowman kira-kira 5 mmHg. Tekanan osmotik koloid protein kira-kira 30 mmHg yang cenderung menarik air dan garam ke dalam pembuluh kapiler.

Tekanan akhir menyebabkan filtrasi dikurangi tekanan yang melawan filtrasi sama dengan filtrasi aktif ($50-30+5$ mmHg= 25 mmHg). Kira-kira 120 ml plasma difiltrasi setiap menit. Pada glomerulus membran filtrasi hanya dapat dilalui oleh plasma, garam, glukosa dan molekul kecil lainnya. Sel darah dan plasma teratur besar untuk difiltrasi dengan cara ini (Julisawaty et al., 2020).

b) Reabsorpsi

Proses ini terjadi penyerapan kembali sebagian besar bahan-bahan yang masih berguna oleh tubuh diantaranya adalah glukosa, natrium, klorida, fosfat, dan ion bikarbonat. Proses tersebut terjadi secara pasif yang

dikenal obligator reabsorpsi terjadi pada tubulus atas. Sedangkan pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi penyerapan kembali kedalam tubulus bagian bawah. Penyerapannya terjadi secara aktif dikenal dengan reabsorpsi fluktuatif dan sisanya dialirkan pada *papilla renal*. Hormon yang dapat ikut berperan dalam proses reabsorpsi *Anti Deuretic Hormone* (ADH) (Julisawaty et al., 2020).

c) Sekresi

Tubulus ginjal dapat mensekresi atau menambah zat-zat ke dalam cairan filtrasi selama metabolisme sel-sel membentuk asam dalam jumlah besar. Namun pH darah dan cairan tubuh dapat dipertahankan sekitar 7,4 (alkalis). Sel tubuh membentuk amoniak yang bersenyawa dengan asam kemudian disekresi sebagai amonium supaya pH darah dan cairan tubuh tetap alkalis (Julisawaty et al., 2020).

3) Pengaturan Hormon Terhadap Fisiologi Ginjal

Pengaturan akhir dari urine diatur oleh 3 jenis hormon yaitu osmoreseptor pada hipotalamus sangat sensitif terhadap osmolatirasis serum. Selama dehidrasi osmolaritas serum meningkat terhadap osmolaritas serum. Selama dehidrasi osmolaritas serum meningkat. Osmoreseptor ini merangsang permeabilitas sel tubulus koligens terhadap air. Hormon lain yang mempengaruhi konsentrasi urine adalah renin. Bila laju filtrasi glomerulus turun karena dehidrasi atau kehilangan darah maka kadar natrium dibawah normal maka ginjal akan dirangsang untuk mensekresi renin. Renin mengubah angiotensin yang disekresi hati menjadi angiotensin I, sel kapiler paru-paru selanjutnya mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II,

angiotensin II berkonstriksi otot polos disekeliling arteriole. Hal ini meningkatkan tekanan darah yang mempengaruhi osmolaritas urine. Korteks adrenal jika dirangsang oleh angiotensin II akan mengsekresi aldosteron yang dapat meningkatkan reabsorpsi air di ginjal, meningkatkan tekanan darah dan menurunkan osmolaritas serum.

4) Keseimbangan Asam Basa Ginjal

Keseimbangan asam basa adalah suatu keadaan dimana konsentrasi ion hidrogen yang diproduksi setara dengan konsentrasi ion hidrogen yang dikeluarkan oleh sel.

Agar sel dapat berfungsi normal, perlu juga dipertahankan pH normal antara 7,35 – 7,45 untuk darah arteri. Keseimbangan ini dapat dicapai dengan mempertahankan rasio darah bikarbonat dan karbondioksida. Keseimbangan asam basa dalam tubuh manusia diatur oleh dua sistem yaitu paru-paru dan ginjal. Ginjal dan paru-paru bekerja dengan menyesuaikan jumlah karbondioksida dalam darah. Ginjal menyekresikan atau menahan bikarbonat dan ion hidrogen sebagai respon terhadap pH darah.

5) Pengaturan Keseimbangan Cairan:

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

dan asupan solut berlebihan menyebabkan cairan tubuh menjadi pekat, maka urin akan sangat pekat sehingga solut banyak terbuang dalam air. Dan air yang dipertahankan cenderung mengembalikan cairan tubuh kembali pada konsentrasi solut yang normal. (Julisawaty et al., 2020).

3. Klasifikasi

Menurut Manggasa' (2021) *Chronic Kidney Disease* dapat di klasifikasikan menjadi 5 *stage* yang dibagi berdasarkan nilai penurunan *glomerular filtration rate*. Semakin menurun nilai GFR menandakan semakin rusak atau menurunnya fungsi ginjal.

a. Stadium 1 atau penurunan cadangan ginjal

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

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

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

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

Pada stadium ini terjadi kerusakan ginjal dengan GFR sedang atau dibawah 30 ml/menit dimana mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang, dan penurunan berat badan. Sampai pada GFR dibawah 30 ml/menit pasien memperlihatkan uremia yang nyata seperti: Anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme

fosfor dan kalsium, pruritus dan mual muntah. Pasien juga terkena infeksi seperti ISK, infeksi saluran napas, infeksi saluran pencernaan.

- d. Stadium IV atau kerusakan ginjal dengan GFR menurun berat (di bawah 15 -29 ml/menit)

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

- e. Stadium V atau gagal ginjal (<15 ml/menit)

Pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (Replacement Therapi) antara lain: Dialisis dan Transplantasi ginjal.

Fungsi GFR dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut:

- a. $GFR \text{ laki-laki} = (140 - \text{umur}) \times \text{kgBB} / 72 \times \text{serum kreatinin}$
 b. $GFR \text{ perempuan} = (140 - \text{umur}) \times \text{kgBB} \times 0,85 / 72 \times \text{serum kreatinin}$

4. Etiologi

Trijayani & Nia, (2020) menyatakan beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

- a. Faktor Presipitasi

- 1) Glomerulonefritis Kronik

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

2) Penyakit Ginjal Polikistik

Adalah terjadi sumbatan disepanjang saluran kemih akibat terbentuknya semacam batu yang 80% terdiri dari kalsium dan beberapa bahan lainnya. Ukuran batu ginjal ada hanya sebesar butiran pasir sampai ada yang sebesar bola golf.

3) Pielonefritis Kronis dan Nefritis Interstitial Lain

Mulai hilangnya progresifitas nefron akibat inflamasi kronis dan jaringan paru. Ketika terjadi kerusakan nefron maka nefron tidak dapat berfungsi sebagai regulator zat terlarut dalam tubuh sehingga tidak dapat menyaring darah, kemudian mereabsorpsi cairan dan molekul yang masih diperlukan oleh tubuh sehingga terjadi gagal ginjal.

4) Diabetes Melitus

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

5) Medikasi (Agen Toksik)

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

6) Hipertensi

Sistem saraf merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla

adrenal mengsekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mengsekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon Vasokonstriksi pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, sehingga terjadi atrofi.

7) Infeksi Saluran Kemih

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

8) Gaya Hidup

Hal-hal yang merupakan faktor penyebab terjadinya gagal ginjal adalah gaya hidup, seperti peningkatan berat badan, mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak kolesterol, kurang berolahraga serta merokok.

9) Lingkungan

Lingkungan dan agens berbahaya yang mempengaruhi gagal ginjal kronik mencakup timah, kadmium, merkuri dan kronium.

b. Faktor Predisposisi: Umur

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

5. Patofisiologi

Pada waktu terjadi kegagalan, sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotensi nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi

walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai $\frac{3}{4}$ dari nefron-nefron rusak. Beban yang harus dilarut menjadi lebih besar dari pada yang bias direabsorpsi berakibat diuresis osmotik disertai poliuri dan haus. Selanjutnya, oleh Karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak, oliguria timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimana timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini, fungsi renal yang demikian, nilai kreatinin clearance turun sampai 15 ml/menit atau lebih rendah itu. Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap system tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat. Banyak gejala uremia membaik setelah dialysis (Lisnawati, 2020).

6. Manifestasi Klinis

- a. Sistem kardiovaskuler: Hipertensi, pitting edema (kaki dan tangan), edema periorbital, gesekan pericardium, pembesaran vena-vena di leher, pericarditis, tamponade pericardium, hyperkalemia, hyperlipidemia.
- b. Sistem integument: warna kulit keabu-abuan, kulit kering dan gampang terkelupas, pruritis berat, ekimosis, purpura, kuku rapuh, rambut kasar dan tipis.
- c. Sistem pernapasan, paru-paru: ronkhi basah kasar(krekels), sputum yang kental dan lengket, penurunan refleks batuk, nyeri pleura, sesak napas takipnea, pernapasan kusmaul, pnemoritis uremik.
- d. Sistem pencernaan: bau amonia ketika bernapas, pengecapan rasa logam, ulselari dan perdarahan mulut, anoreksia, mual

muntah, cegukan, konstipasi, atau diare, perdarahan pada saluran cerna.

- e. Sistem musculoskeletal: kram otot, kehilangan kekuatan otot, osteodistrofi ginjal, nyeri tulang, fraktur, kulai kaki.
- f. Sistem reproduksi: amonera, atrofi testis, ketidak subur, penurunan libido (Purnami & Dwi, 2021).

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Suhalia, (2021) dalam menentukan diagnosa gagal ginjal kronik, maka diadakan pemeriksaan diagnostik antara lain:

- a. Uji klirens kreatinin untuk melakukan tes bersihan kreatinin, cukup mengumpulkan spesimen urin 24 jam dan satu spesimen darah diambil dalam waktu 24 jam yang sama. Pada penyakit gagal ginjal kronik, nilai GFR turun dibawah nilai normal sebesar 125 ml/menit.
- b. Kreatinin serum
 Pada pemeriksaan kreatinin serum maka akan terlihat peningkatan kadar kreatinin serum. Kreatinin serum pria: 0,85-1,5 mg/100ml sedangkan wanita: 0,7-1,25 mg/100ml.
- c. Pemeriksaan BUN normal (*blood ureum nitrogen*)
 Konsentrasi BUN normal besarnya antara 10 sampai 20 mg/100ml, sedangkan konsentrasi kreatinin plasma besarnya 0,7-1,5mg/100ml.
- d. Pemeriksaan USG
 Pada gagal ginjal kronik biasanya dilakukan USG untuk menentukan ukuran ginjal dan adanya massa, kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas.
- e. EKG
 Hasil bisa didapatkan abnormal karena biasanya menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa.

8. Penatalaksanaan Medik

Dewi dan Maharianingsih, (2021) mengatakan adapun penatalaksanaan medik pada gagal ginjal kronik di antaranya:

a. Obat-obatan

Furosemide (mengatasi penumpukan cairan).

b. Pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 2 (dua) tahap yaitu tindakan konservatif dan dialysis atau transplantasi ginjal:

1) Tindakan Konservatif

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

a) Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan

(1) Pembatasan protein

Pembatasan protein tidak hanya mengurangi kadar BUN, tetapi juga mengurangi asupan kalium dan fosfat, serta mengurangi produksi ion hidrogen yang berasal dari protein.

(2) Diet rendah kalium

Hiperkalemia biasanya merupakan masalah pada gagal ginjal lanjut. Asupan kalium dikurangi, diet yang dianjurkan adalah 40-80 mEq/hari.

(3) Diet rendah natrium

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

(4) Pengaturan cairan

Cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi dengan seksama. Asupan yang bebas dapat menyebabkan beban sirkulasi menjadi berlebih, dan edema. Sedangkan asupan yang terlalu

rendah mengakibatkan dehidrasi, hipotensi dan gangguan fungsi ginjal.

2) Hemodialisis dan Transplantasi Ginjal

a) Hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi.

b) Transplantasi Ginjal

Transplantasi ginjal adalah suatu metode terapi dengan cara “memanfaatkan” sebuah ginjal sehat (yang diperoleh melalui proses pendonoran) melalui prosedur pembedahan.

9. Komplikasi

Siregar, (2020) menyatakan penyakit yang dapat timbul akibat dari gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

- a. Hiperkalemia, akibat penurunan ekskresi asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebih.
- b. Pericarditis, efusi pericardial dan temponade jantung, akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
- c. Hipertensi, terjadi akibat penimbunan natrium dan air di dalam tubuh. Kondisi ini mengakibatkan kelebihan volume darah dan berkurangnya kerja renin-angiotensin-aldosteron untuk menstabilkan tekanan darah. Kardiomiopati dilatasi atau hipertrofi ventrikel kiri akibat dari hypervolemia.

- d. Penyakit tulang, akibat retensi fosfat, kadar kalium serum yang rendah metabolisme vitamin D, abnormal dan peningkatan kadar albumin.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

- 1) Data Subjektif : Riwayat diabetes melitus, riwayat terpejan pada toksin, penyakit polikistik nefritis, riwayat hipertensi lama atau berat.
- 2) Data Objektif : merokok dan minuman alkohol.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

- 1) Data Subjektif : peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), anoreksia, nyeri ulu hati, mual, muntah, rasa tidak sedap pada mulut (pernapasan amonia).
- 2) Data Objektif : distensi abdomen / asites, pembesaran hati (tahap akhir), perubahan turgor kulit/kelembaban, edema, ulserasi gusi, penampilan tak bertenaga.

c. Pola Eliminasi

- 1) Data Subjektif : penurunan frekuensi urine (oliguria), anuria.
- 2) Data Objektif : abdomen kembung, diare atau konstipasi.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

- 1) Data Subjektif : nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki dan gelisah.
- 2) Data Objektif : napas pendek, dyspnea, nokturnal, batuk dengan sputum kental ataupun tanpa sputum, takipnea, peningkatan frekuensi pernapasan.

e. Pola Tidur dan Istirahat

- 1) Data Subjektif : gangguan pola tidur (insomnia), kulit gatal, sakit kepala.
- 2) Data Objektif : gelisah atau somnolens, cemas, frustrasi, perilaku hati-hati dan gelisah.

f. Pola Persepsi Kognitif

- 1) Data Subjektif : sakit kepala, penglihatan kabur dan kram otot.
- 2) Data Objektif : gangguan status mental, penurunan lapang paru, kehilangan memori dan tingkat kesadaran menurun.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

- 1) Data Subjektif : harga diri rendah, perasaan tidak berdaya, tidak ada kekuatan.
- 2) Data Objektif : sering marah-marah, cemas, gelisah.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama

- 1) Data Subjektif : kesulitan menentukan kondisi fungsi peran biasanya dalam keluarga.
- 2) Data Objektif : lemas, murung dan suka menyendiri.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

- 1) Data Subjektif : penurunan libido, amenore, infertilitas.
- 2) Data Objektif : menolak, ansietas, takut, marah, mudah tersinggung.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

- 1) Data Subjektif : hubungan perasaan tidak berdaya, tak ada harapan.
- 2) Data Objektif : cemas, menolak takut, marah, mudah tersinggung.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

- 1) Data Subjektif : distrés dalam spiritual, cemas, takut akan kematian, kebiasaan ibadah terganggu.
- 2) Data Objektif : alat ibadah (Alkitab, Al-Quran dll).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan potensial untuk pasien dengan Gagal Ginjal Kronik yaitu:

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis, ketidakmampuan mencerna makanan.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
- e. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan ditandai dengan faktor risiko kekurangan/kelebihan volume cairan.

3. Luaran dan Intervensi Keperawatan

Adapun rencana keperawatan yang disusun untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh penderita gagal ginjal kronik yaitu:

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

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

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

SIKI : Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP, meningkatnya refleksi patojugular positif, suara napas tambahan)

Rasional: untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul.

2) Identifikasi penyebab hipervolemia

Rasional: untuk mengetahui penyebab dari terkena hipervolemia.

3) Monitor intake dan output cairan

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

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

Rasional: untuk mengetahui kandungan cairan dalam darah.

5) Monitor kecepatan infus secara ketat

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

Terapeutik

1) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama

Rasional: untuk mengetahui perkembangan berat badan.

2) Batasi asupan cairan dan garam

Rasional: untuk mengurangi cairan dalam tubuh.

3) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Rasional: untuk memberikan posisi nyaman pada pasien.

Edukasi

1) Anjurkan melapor jika BB bertambah >1kg dalam sehari

Rasional: agar dapat segera mendapatkan penanganan sesuai.

2) Anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan cairan

Rasional: agar pasien bisa mengukur cairan tubuhnya sendiri.

3) Ajarkan cara pembatasan cairan

Rasional: agar pasien bisa memahami membatasi asupan cairan.

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian diuretik

Rasional: untuk mempercepat laju pembentukan urine.

2) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

Rasional: agar kalium dalam tubuh tetap berjaga.

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

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

1) Dispnea menurun

2) Penggunaan otot bantu pernapasan menurun

3) Frekuensi pernapasan membaik

4) Kedalaman napas membaik

SIKI: Observasi

1) Monitor pola napas

Rasional: untuk mengetahui keefektifan kerja sistem respirasi pasien.

2) Monitor bunyi napas tambahan

Rasional: suara napas yang abnormal menandakan terganggunya jalan napas.

3) Monitor sputum

Rasional: untuk mengetahui jumlah dan warna sputum.

Terapeutik

1) Posisikan semi-fowler atau fowler

Rasional: posisi semi fowler membuat posisi kepala 30-40° yang berfungsi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan abdomen pada diafragma sehingga oksigen pada paru-paru dapat meningkat.

2) Lakukan fisioterapi dada

Rasional: meningkatkan mobilisasi dan membersihkan sekresi yang mengganggu oksigenasi.

3) Berikan oksigen

Rasional: untuk membantu menurunkan distress pernapasan yang disebabkan oleh hipoksia.

Edukasi

1) Ajarkan teknik batuk efektif

Rasional: untuk membantu mengeluarkan sekresi dan mempertahankan potensi jalan napas.

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

Rasional: untuk menurunkan kekentalan secret dan lingkaran ukuran lumen trakeabronkial, berguna jika terjadi hipoksia.

c. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis.

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Porsi makan meningkat
- 2) Frekuensi makan meningkat
- 3) Nafsu makan meningkat

SIKI: Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional: dapat mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat.

2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan.

Rasional: mengetahui makanan yang dapat diterima oleh tubuh pasien.

3) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional: meningkatkan keinginan untuk makan.

4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

Rasional: mencukupi kalori sesuai kebutuhan dapat membantu proses penyembuhan dan menghindari terjadinya komplikasi.

5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik

Rasional: feeding adalah memberikan cairan nutrisi ke dalam lambung pasien yang tidak mampu menelan. Membantu pemberian makanan atau obat-obatan kepada pasien yang dalam keadaan lemah atau tidak sadar.

6) Monitor asupan makanan

Rasional: membantu mengidentifikasi anoreksia dan kelemahan dapat mengakibatkan penurunan berat badan dan malnutrisi yang serius.

7) Monitor berat badan

Rasional: membantu dalam identifikasi malnutrisi protein-kalori pasien, khususnya bila berat badan kurang dari normal.

8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Rasional: mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat diberikan diet yang tepat.

Terapeutik

1) Lakukan *oral hygiene* sebelum makan

Rasional: mulut yang bersih dapat meningkatkan napsu makan.

2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)

Rasional: keseimbangan nutrisi antara yang masuk dan yang dibutuhkan untuk Kesehatan yang optimal sangat penting.

3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

Rasional: makanan yang menarik yang tersaji dalam keadaan hangat akan meningkatkan keinginan untuk makan.

- 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
Rasional: memberikan pasien terkait dengan kebutuhan makanan tertentu.

Edukasi

- 1) Anjurkan posisi duduk

Rasional: memberikan posisi nyaman terhadap pasien dan menghindari aspirasi.

- 2) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional: mengintruksikan diet yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik).

Rasional: untuk mengatasi atau menghilangkan rasa mual atau muntah.

- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan.

Rasional: mendiskusikan dengan ahli gizi dalam menentukan asupan kalori harian yang diperlukan.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Saturasi oksigen meningkat
- 2) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- 3) Keluhan lelah menurun

SIKI: Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional: untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami oleh pasien.

- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional: untuk mengetahui tingkat akibat kelelahan fisik dan emosional pasien.

- 3) Monitor pola dan jam tidur

Rasional: untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak.

- 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional: untuk mengetahui lokasi dan tingkat kenyamanan pasien selama melakukan aktivitas.

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)

Rasional: untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien.

- 2) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Rasional: untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien.

- 3) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Rasional: untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat.

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring

Rasional: agar tidak memperberat kondisi pasien karena aktivitas.

- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: untuk melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi.

Kolaborasi

1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional: kalori yang adekuat dapat meningkatkan intoleransi aktivitas dan mencegah kelelahan.

e. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan ditandai dengan faktor risiko perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan).

SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Elastisitas meningkat
- 2) Hidrasi meningkat
- 3) Perfusi jaringan meningkat
- 4) Kerusakan jaringan menurun
- 5) Kerusakan lapisan kulit menurun

SIKI: Perawatan integritas kulit

Observasi

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

Rasional: untuk mengetahui penyebab gangguan integritas kulit.

Terapeutik

1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

Rasional: untuk mencegah terjadinya dekubitus.

2) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu

Rasional: untuk mengetahui pemijatan pada benjolan tulang.

3) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering

Rasional: mencegah terjadinya iritasi pada kulit.

4) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif

Rasional: mencegah timbulnya reaksi alergi terhadap produk yang digunakan.

5) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Rasional: agar pasien menghindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering.

Edukasi

1) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)

Rasional: menganjurkan pasien menggunakan pelembab agar kulit tidak kering.

2) Anjurkan minum air yang cukup

Rasional: agar pasien minum air yang cukup.

3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional: agar pasien meningkatkan asupan nutrisi.

4) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah

Rasional: mengintruksikan pasien agar menggunakan tabir surya saat berada di luar rumah.

5) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Rasional: agar pasien mandi dan menggunakan sabun secukupnya.

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

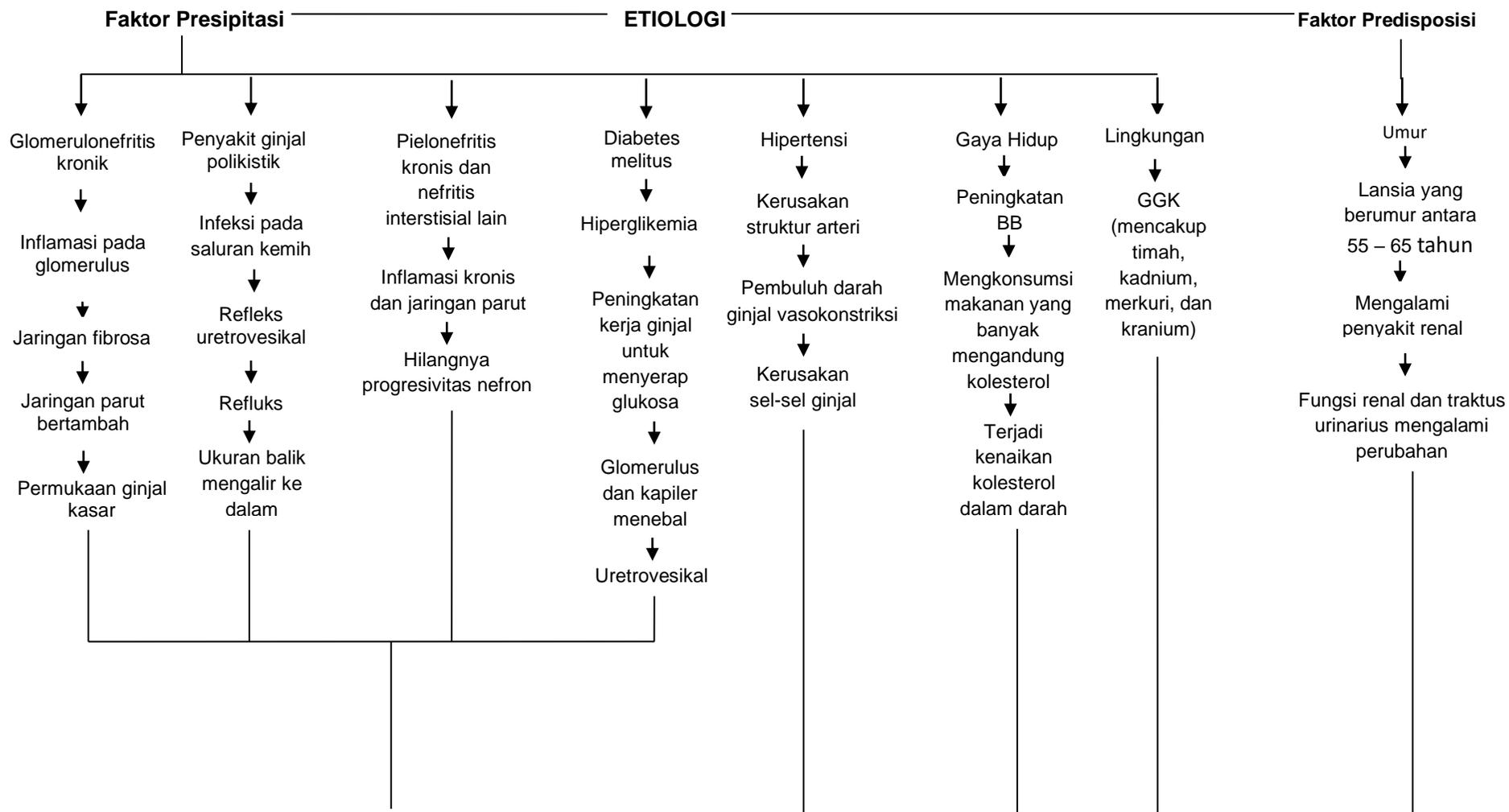
Adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut:

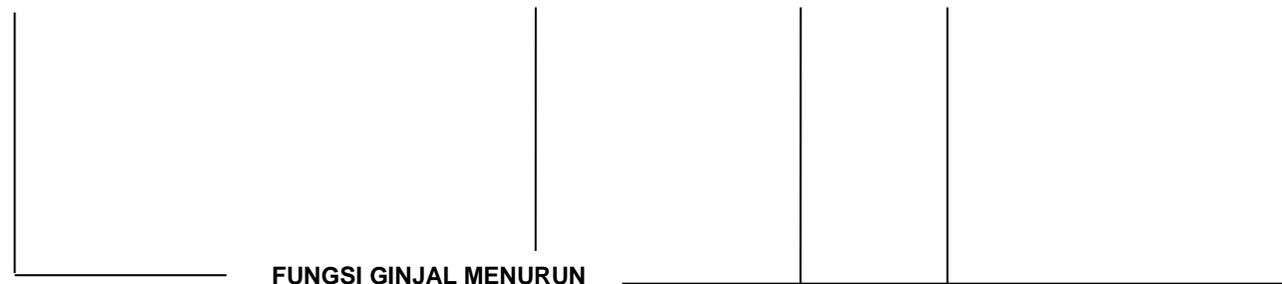
- a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan kontrol secara rutin ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya.
- b. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit gagal ginjal kronik misalnya mual, muntah, pengeluaran haluaran urin, napas berbau amonia.
- c. Obat: beritahu pasien dan keluarga tentang daftar nama obat dosis, waktu pemberian obat, jangan mengkonsumsi obat-obatan tradisional dan vitamin tanpa instruksi dokter, konsumsi obat secara teratur. Jika merasakan ada efek samping dari obat segera cek ke rumah sakit serta perhatikan aktivitas ketika selesai meminum obat yang memiliki efek samping mengantuk.
- d. Diet: pertahankan diet seperti yang dianjurkan dokter seperti mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan rendah protein, banyak mengkonsumsi makanan rendah natrium dan kalium. Keluarga harus memperhatikan benar-benar pola makan klien, membatasi pemasukan cairan. Jangan membiasakan diri untuk menahan buang air kecil, pertahankan berat badan normal, timbang berat badan secara teratur, serta hindari minuman beralkohol termasuk bir, anggur, wiski dan minuman keras lainnya.

Slimber ice cube merupakan salah satu intervensi non invasive dengan cara menghisap es batu yang dapat menurunkan intensitas rasa haus dan memberikan rasa segar sehingga kelebihan cairan dapat diminimalisirkan terhadap pasien.

- e. Latihan: melatih membuat jantung lebih kuat, menurunkan tekanan darah, dan membantu membuat klien tetap sehat. Cara terbaik untuk mulai berolahraga perlahan-lahan dan lakukan lebih berat untuk membuat klien lebih kuat, lakukan beberapa kegiatan yang sudah dijadwalkan bersama dokter dan perawat secara rutin.

C. Patoflowdiagram

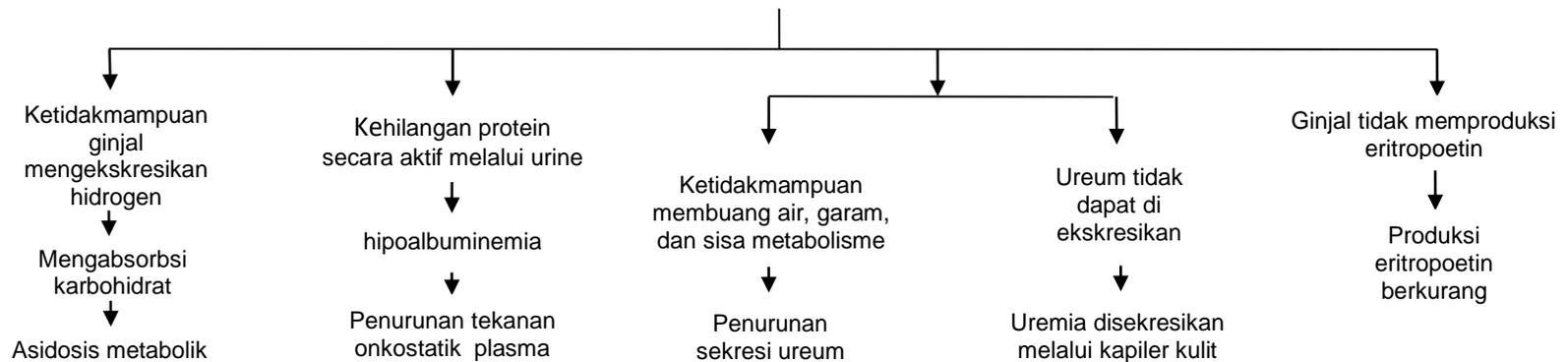


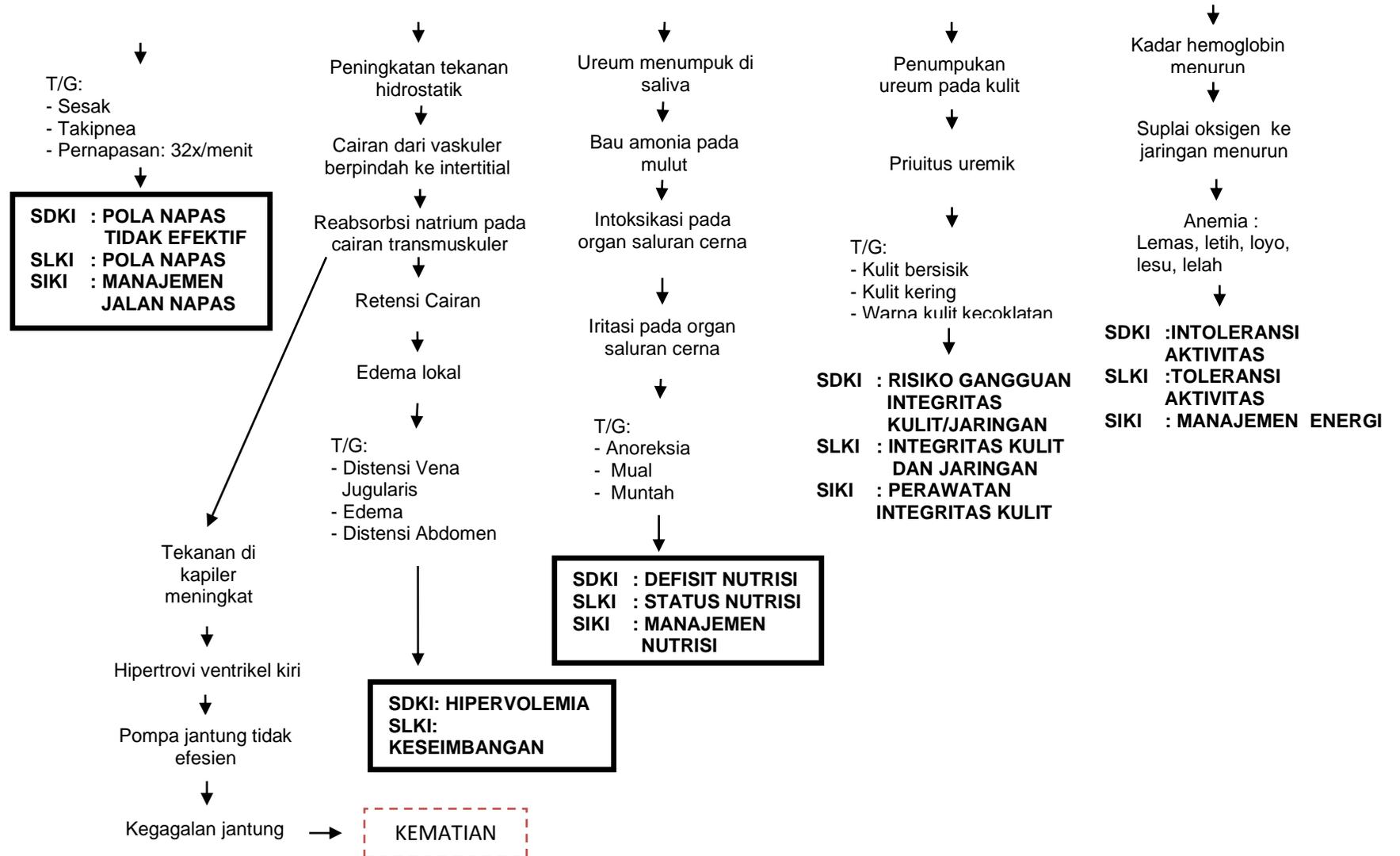


FUNGSI GINJAL MENURUN

GAGAL GINJAL KRONIK

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





BAB III

TINJAUAN KASUS

Pasien Ny "M" berumur 57 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 06 Juni 2022 dengan keluhan sesak, bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan. Pasien masuk di ruang perawatan ST.Bernadeth II dengan diagnosa medik *Chronic Kidney Disease*, diagnosis saat pengkajian CKD.

Pada tanggal 07 Juni 2022 saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sesak, kurang nafsu makan, mual, lemas dan bengkak pada kaki kanan serta demam. Tampak *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan, tampak terpasang CDL di sebelah kanan, tampak pasien dengan posisi *semifowler*, kesadaran composmentis dengan GCS 15, BB: 43 kg, IMT: 17,91 kg/m², tanda-tanda vital: tekanan darah 137/77 mmHg, nadi 78 x/menit, pernapasan 28 x/menit, suhu 37,5⁰C. Pada hasil pemeriksaan laboratorium pada serum elektrolit: natrium 147* mmol/L, kalium 3.9 mmol/L, clorida 109* mmol/L, ureum 241* mg/dl, creatinin 9.58 mg/dl, HGB 8.5 g/dL. Pemeriksaan USG: *Ascites*. Diberikan terapi furosemide 40 mg/ IV/ 8 jam, nephrosteril 250 ml/ drips/ 24 jam dan ondancentron 4 mg/ IV/ 8 jam, O² 4 L/ menit menggunakan *nasal canula* dan hanya terpasang *triway (conecta)*.

Berdasarkan data yang didapatkan di atas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan prioritas yaitu: Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:	NIM:
Paskalis Karni	NS2114901116
Ryan Adhi Pratama Borotoding	NS2114901130

Unit : St. Bernadeth II Autoanamnese :

Kamar : 510¹ Alloanamnese :

Tanggal masuk RS : 06-06-2022

Tanggal Pengkajian : 07-06-2022

1. Identifikasi

a. Pasien

Nama initial : Ny "M"

Umur : 57 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Status perkawinan : kawin

Jumlah anak : 4

Agama/suku : Kristen Protestan/Toraja

Warga Negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat rumah : Jl. Tidung, Makassar

b. Penanggung Jawab

Nama : Tn. "Y"

Umur : 63 Tahun

Alamat : Jl. Tidung, Makassar

Hubungan dengan pasien : Suami

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : CKD (*Chronic Kidney Disease*)

Saat pengkajian : CKD (*Chronic Kidney Disease*)

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

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

Alasan : Tampak pasien sakit berat, tampak lemah, tampak sesak dengan frekuensi pernapasan 28 x/menit, jenis pernapasan takipnea, *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan. Tampak pasien memakai O² 4 L/menit menggunakan *nasal canule mask*, terpasang CDL disebelah kanan dan hanya terpasang *triway (conecta)* di tangan sebelah kiri.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (Kualitatif) : compos mentis

Skala Koma Glasgow (Kualitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 137/77 mmHg

MAP : 97 mmHg

Kesimpulan : normal

3) Suhu : 37,5°C di Oral Axilla Rectal

4) Pernapasan : 28 x/menit

Irama : Teratur Bradipnea Takipnea

Kusmaul Cheynes-strokea

Jenis : Dada Perut

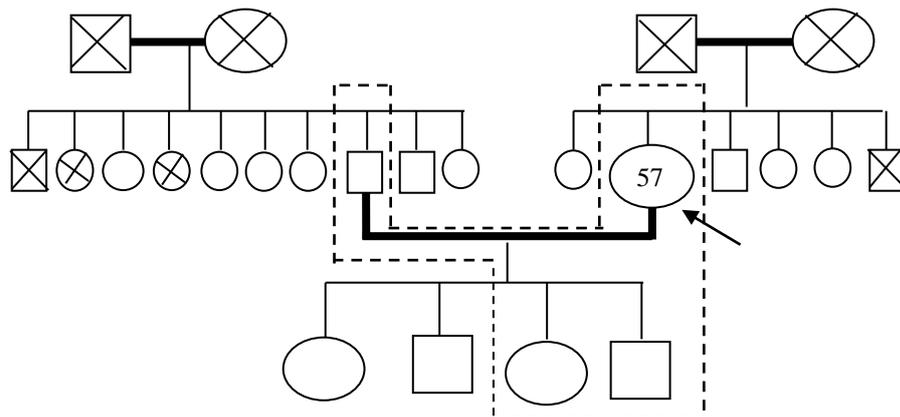
5) Nadi : 78 x/menit

Irama : Teratur Bradikardi Takikardi
 Kuat Lemah

c. Pengukuran

- 1) Lingkar lengan atas : 28 cm
- 2) Lingkar perut : 92
- 3) Tinggi badan : 155 cm
- 4) Berat badan : 43 kg
- 5) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 17,91 kg/m²
- 6) Kesimpulan : Berat badan kurang

d. Genogram



Keterangan :

- : Laki-laki
 : Perempuan
 : Meninggal
 : Pasien
 ----- : Tinggal serumah
 _____ : Hubungan sedarah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan sangat penting bagi dirinya. Pasien mengatakan ketika flu atau sakit kepala dirinya membeli obat di apotik dan pasien mengatakan pernah mengonsumsi obat penurun berat badan kurang lebih 1 tahun yang lalu.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama

Sesak

b) Riwayat keluhan utama:

Pasien mengatakan pusing di rumah disertai sesak, bengkak pada punggung kaki kanan kedalaman 2 mm (derajat I). Pasien mengatakan sesak dirasakan sejak ± 2 Minggu yang lalu dan memberat jika beraktivitas berat. Keluarga mengatakan pasien di rumah merasa lemas dan demam sejak 2 hari yang lalu sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit. Saat pengkajian pasien mengatakan lemas, sesak, bengkak pada punggung kaki kanan. Tampak pasien lemas disertai sesak dengan frekuensi pernapasan 28 x/menit dengan jenis pernapasan takipnea, tampak edema pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan kedalaman 2 mm (derajat I) kembali dalam 5 detik, badan teraba hangat.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Pasien mengatakan dirinya menderita gagal ginjal sejak bulan Februari tahun 2022 dan baru mengetahuinya pada saat itu ketika masuk ruang perawatan di rumah sakit Stella Maris dan rutin melakukan cuci darah 3 x seminggu hingga saat ini. Pasien juga mengatakan pernah memiliki riwayat penyakit

hipertensi sejak tahun 2018 dan tidak mengkonsumsi obat hipertensi secara rutin.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan didalam keluarga tidak ada penyakit keturunan.

5) Pemeriksaan fisik

- a) Kebersihan rambut : Tampak bersih
- b) Kulit kepala : Tampak bersih
- c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
- d) Higine rongga mulut : Tampak bersih
- e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji pasien menolak
- f) Kebersihan anus : Tidak dikaji pasein menolak

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pola makannya baik, makan 3 x sehari dengan mengkonsumsi nasi, daging serta sayur dan dirinya menghabiskan satu porsi makanan yang disediakan. Pasien mengatakan dirinya minum air putih \pm 6-8 gelas atau \pm 1.800 cc/ hari.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan merasa mual dan muntah 1 kali serta kurang napsu makan dan hanya mampu menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi dalam 1 porsi makanan, makan 3 x sehari, pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih dalam sehari 3-4 gelas atau \pm 500 cc/ hari. Pasien mengatakan dalam 2 bulan terakhir mengalami penurunan berat badan dari 58 kg ke 43 kg. Pasien mengatakan mengatakan dianjurkan oleh dokter untuk membatasi cairan <200 cc.

3) Observasi

Tampak pasien telah menghabiskan setengah botol air berukuran 1L dan tidak menghabiskan porsi makanannya.

Tampak pasien mual.

4) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan rambut : Tampak bewarna hitam
- b) Hidrasi kulit : Elastisitas kulit kering
- c) Palpebra/conjungtiva : Tidak *edema*/ tidak anemis
- d) Sclera : Tidak tampak ikterik
- e) Hidung : Tampak simetris di tengah
- f) Rongga mulut : Tampak tidak ada peradangan
 - Gusi : Tampak tidak ada peradangan
- g) Gigi : Tampak gigi tidak utuh
 - Gigi palsu : Tampak pasien ada gigi palsu
- h) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien mampu mengunyah keras
- i) Lidah : Tampak bersih
- j) Pharing : Tidak ada peradangan
- k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
- l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
- m) Abdomen
 - Inspeksi : Tampak asites
 - Peristaltik usus : Peristaltik 16 x/menit
 - Palpasi : Nyeri
 - Perkusi : Pekak
- n) Kulit
 - Edema : Positif Negatif
 - Ikterik : Positif Negatif
 - Tanda-tanda radangan : Tidak ada tanda-tanda peradangan
- o) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eleminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancer, frekuensi 1 x perhari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK tidak lancer dan mengatakan sakit pada pinggang hilang timbul sehingga pasien mengonsumsi obat asam mefenamat untuk meredakan rasa nyerinya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan BAB lancer, dengan frekuensi 1 x perhari dengan konsistensi padat dan warna kuning kecoklatan, pasien mengatakan BAK tidak lancar \pm 2 - 3 x perhari dengan jumlah urine \pm 150 cc / 24 jam dengan karakteristik berwarna kuning dan berbau amoniak.

3) Observasi

Tampak abdomen asites

Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 16 x/menit

b) Palpasi kandung kemih : penuh kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : penuh kosong

d) Mulut uretra : Tidak dikaji pasien menolak

e) Anus : Tidak dikaji pasien menolak

- Peradangan : Tidak dikaji pasien menolak

- Hemoroid : Tidak dikaji pasien menolak

- Fistula : Tidak dikaji pasien menolak

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia seorang ibu rumah tangga, sehari-hari ia menghabiskan waktunya dengan melakukan pekerjaan rumah sebagai ibu rumah tangga. Pasien mengatakan sering liburan bersama keluarga di waktu senggang.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak banyak melakukan aktivitas, pasien mengatakan sesaknya bertambah pada saat pasien melakukan aktivitas yang berlebihan. Pasien mengatakan ketika melakukan aktivitas kadang dibantu keluarga karena merasakan lemas.

3) Observasi

Tampak pasien sesak dan tampak aktivitas dibantu, tampak posisi pasien berbaring dengan semifowler, terpasang O₂ 4 liter /menit menggunakan *nasal canul*.

a) Aktivitas harian

1) Makan	: 0	0 : Mandiri
2) Mandi	: 2	1 : Bantuan dengan alat
3) Pakaian	: 0	2 : Bantuan orang
4) Kerapian	: 2	3 : Bantuan alat dan orang
5) Buang air besar	: 2	4 : Bantuan penuh
6) Buang air kecil	: 2	
7) Mobilisasi di tempat tidur	: 0	

b) Postur tubuh : Tidak dikaji pasien tidak mampu berdiri

c) Gaya jalan : Tidak dikaji pasien tidak mampu berdiri

d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada yang cacat

e) Fiksasi : Tampak terpasang connecta

f) Tracheostomy : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

- Berbaring : 137/77 mmHg

- Duduk : -

- Berdiri : -

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : positif Negatif

b) HR : 110 x/ menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5 - 2 cmH₂O

Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai

e) Perferusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi

Bentuk Thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkosta : Tampak penggunaan otot bantu pernafasan

Sianosis : Tidak ada

- Palpasi

Vocal premitus : Getaran sama kiri kanan

Krepitasi : Tidak ada

- Perkusi

Sonor Redup Pekak

Lokasi : kedua lapang paru

- Auskultasi

Suara napas : Vesikular

Suara ucapan : Normal

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung

- Inspeksi

Ictus cordis : Tidak ada pembesaran.

- Palpasi

Ictus cordis : Teraba di ICS 5 linea mid-clavikularis sinistra

- Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid – clavicularis sinistra

Batas kanan jantung : ICS 3 linea mid sternalis dekstra

Batas kiri jantung : ICS 5 lineamid – axilaris anterior sinistra

- Auskultasi

Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis dekstra

Bunyi jantung II P : Tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal ICS 5 linea sternalis Mid clavicularis sinistra

Bunyi Jantung III irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak terdengar

a. Renalis : Tidak terdengar

b. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : Positif Negatif

- Rentang gerak

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

- Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jauh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologis : Bicep (+), Tricep (+), Patella (+)

- Reflex patologis : Negatif

Babinski Kiri : Positif Negatif
 Kanan : Positif Negatif

- Clubbing jari-jari : Tidak ada

- Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna veterbalis

- Inspeksi : Lordosis Kiposis scoliosis

- Palpasi : Nyeri tekan tidak ada

- Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada gangguan saat tidur. Pasien mengatakan tidur malam ± 7-8 jam dari pukul 21.00 – 05.00 WITA dan tidur siang ± 2 jam. Pasien mengatakan lebih suka

tidur dalam suasana gelap. Pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat tidur.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan mengalami gangguan saat tidur malam, pasien kadang terbangun bila pasien merasa sesak dan kadang hanya tidur malam \pm 4-5 jam.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : Positif Negatif

Banyak menguap : Positif Negatif

Palpebra inferior bewarna gelap : Positif Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan mampu mendengar dengan baik, tidak ada gangguan terhadap penglihatan dan dapat merasakan panas atau dingin.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ia tidak mengalami gangguan penglihatan, pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pendengarannya.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu apapun.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

- Kornea : Tampak jernih
- Pupil : Tampak isokor
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan intra okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Tampak simetris
- Kanalis : Tampak bersih tidak ada serum
- Membran timpani : Tampak memantulkan cahaya

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan tungkai

Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia seorang ibu rumah tangga dan ibu dari 4 orang anak. Pasien tidak pernah merasa putus asa dan menerima dirinya apa adanya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit aktivitasnya terhambat badannya terasa lemas dan merasa pusing. Pasien hanya berbaring di tempat tidur.

3) Observasi

Pasien tampak terbaring di tempat tidur.

a) Kontak mata : Tampak penuh, melihat perawat berbicara

b) Rentang perhatian : Tampak ada perhatian saat diajak bicara

c) Suara dan cara bicara : Suara pasien jelas dan pelan

d) Postur tubuh : -

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji pasien tidak mampu berdiri

c) Kulit : Tampak bersih tidak ada lesi

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sekarang ia tinggal bersama suami dan kedua anaknya. Pasien mengatakan ia memiliki hubungan

yang baik dan harmonis dengan anak-anaknya serta keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga harmonis dan selalu mendapatkan dukungan dari keluarga, komunikasi dengan perawat baik dan menjalin hubungan yang baik antar pasien lainnya.

3) Observasi

Tampak pasien berkomunikasi dengan keluarganya serta perawat dengan baik. Tampak pasien dijaga oleh anak perempuannya beserta dengan suaminya.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia memiliki 4 orang anak. Pasien mengatakan haid pertamanya semenjak awal SMP.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sekarang ia telah. Pasien mengatakan akan terus menjalani hubungan yang harmonis dengan keluarganya.

3) Observasi

Tampak pasien berperilaku dan berpenampilan selayaknya.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji pasien menolak

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bila mengalami masalah ia bisa mengontrol diri dan bercerita dengan suami dan anaknya. Pasien mengatakan ia mengalihkan amarahnya dengan menonton TV dan bercerita dengan suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit hanya bisa berpasrah kepada Tuhan dan hanya bisa tetap berdoa.

3) Observasi

Tampak ekspresi pasien sedih.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia beragama Kristen Protestan dan selalu berdoa kepada Tuhan bersama dengan suaminya. Pasien mengatakan ia juga aktif dalam pelayanan di Gereja.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak dapat lagi pergi ke Gereja dan memberikan pelayanan dan hanya berdoa di atas tempat tidur.

5. Uji Saraf Kranial

a. N I: Olfactorius :

Pasien mampu mencium serta membedakan bau minyak kayu putih dengan mata tertutup.

b. N II: Opticus :

Pasien mampu membaca papan nama perawat dari jarak \pm 30 cm.

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

Pasien mampu menggerakkan bola matanya ke segala arah, pupil mengecil saat ketika diberi cahaya.

d. N V: Trigeminus

1) Sensorik: Pasien mengatakan mampu merasakan gesekan tisu di pipi sebelah kanan, kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.

2) Motorik: Pasien mampu mengunyah dengan keras.

- e. N VII: Fascialis
 - 1) Sensorik: pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula.
 - 2) Motorik: pasien mampu membuka mulut, tersenyum dan mengangkat alis.
- f. N VIII : Vestibulo - Acusticus
 - 1) Vestibularis: tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri.
 - 2) Akustikus: pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat pada telinga kiri dan kanan.
- g. N IX: Glossopharyngeus

Tampak letak uvula di tengah.
- h. N X: Vagus

Pasien mampu menelan.
- i. N XI: Accesorius: Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan kiri serta dapat menggerakkan kepala ke kiri dan kekanan.
- j. N XII: Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan menggunakan lidah dari dalam.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium : 06 Juni 2022

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
UREUM	H 241.0	mg/dL	10 – 50
CREATININ	H 9.58	mg/dL	< 1.1
Elektrolit			
NATRIUM	H 147	mmol/L	136 – 145
KALIUM	3.9	mmol/L	3.4 - 4.5
CHLORIDA	H 109	mmol/L	100 – 108
Lab Darah			
WBC	H 18.26	$10^3/uL$	4.80 – 10.20
RBC	L 2.92	$10^6/uL$	4.00 – 5.50
HGB	L 8.5	g/dL	12.2 – 16.2
HCT	L 24.1	%	37.7 – 47.9
MCV	82.5	fL	80.0 – 97.0
MCH	29.1	pg	26.0 – 31.0
MCHC	35.3	g/dL	31.8 – 35.4
PLT	315	$10^3/uL$	150 - 400
RDW-SD	46.1	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	15.0	%	11.5 – 14.5
PDW	9.9	fL	9.0 – 13.0
MPV	9.4	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	19.6	%	15.0 – 25.0
PCT	0.29	%	0.17 - 0.35
NEUT#	16.35	$10^3/uL$	1.50 – 7.00
LYMPH#	0.50	$10^3/uL$	1.00 – 3.70
MONO#	1.06	$10^3/uL$	0.00 – 0.70
EO#	0.28	$10^3/uL$	0.00 – 0.40
BASO#	0.07	$10^3/uL$	0.00 – 0.10

IG#	0.06	10 ³ /uL	0.00 – 7.00
NEUT%	89.6	%	37.0 – 80.0
LYMPH%	2.7	%	10.0 – 50.0
MONO%	5.8	%	0.0 – 14.0
EO%	1.5	%	0.0 – 1.0
BASO%	0.4	%	0.0 – 1.0
IG%	0.3	%	0.0 – 72.0

b. USG :

Kesan : Ascites

7. Terapi

- a. Nefrosteril 250ml/ 24 jam/ drips
- b. Ondancentron 4mg/ 8 jam/ IV
- c. Furosemide 40mg/ 8 jam/ IV

Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Paskalis Karni)

(Ryan Adhi Pratama Br)

B. Analisa Data

Tabel 3.1: Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
I	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien mengatakan ia sering merasa haus ▪ Pasien mengatakan BAK tidak lancar \pm 2-3 x/hari dengan jumlah urine \pm150 cc berwarna kuning ▪ Pasien mengatakan minum air putih dalam sehari 3-4 gelas \pm500 cc <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tampak asites ▪ Tampak bagian punggung kaki sebelah kanan edema dengan kedalaman 2 mm (derajat I) ▪ TTV: TD : 137/77 mmHg N : 78 x/menit S : 37,5 °C P : 28 x/menit SPO2 : 97 % ▪ USG : Ascites ▪ Hasil Pemeriksaan Lab: ▪ Ureum : 241.0mg/dL (10-50) \uparrow ▪ Creatinin : 9.58mg/dL (<1.1) \uparrow ▪ Lingkar perut : 92 cm 	Gangguan Mekanisme Regulasi	Hipervolemia
II	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien mengatakan sesak napas ▪ Pasien mengatakan kadang terbangun bila merasa sesak ▪ Pasien mengatakan sesak bertambah berat bila melakukan aktifitas yang berlebihan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tampak pasien sesak ▪ Tampak pasien gelisah ▪ Tampak penggunaan otot bantu pernapasan ▪ Tampak pasien 	Hambatan Upaya Napas	Pola Napas Tidak Efektif

	<p>menggunakan O² 4 L/menit dengan menggunakan <i>nasal canula</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasil Observasi TTV : TD : 137/77 mmHg N : 78 x/menit S : 37,5 °C P : 28 x/menit SPO² : 97% 		
III	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien mengatakan merasa mual muntah ▪ Pasien mengatakan kurang nafsu makan ▪ Pasien hanya mampu menghabiskan ½ porsi tiap makan. ▪ Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan 2 bulan terakhir dari 58 kg menjadi 43 kg <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tampak pasien tidak menghabiskan porsi makanannya ▪ Tampak pasien mual ▪ IMT: 17.91 kg/ m² <p>Kesimpulan: berat badan kurang</p>	Faktor Psikologis	Defisit Nutrisi

C. Diagnosis Keperawatan

Tabel 3.2: Diagnosis Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan
I	Hipervolemia b/d Gangguan Mekanisme Regulasi
II	Pola Napas Tidak Efektif b/d Hambatan Upaya Napas
III	Defisit Nutrisi b/d Faktor Psikologis

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.3: Intervensi Keperawatan

Hari/Tanggal	SDKI	SLKI	SIKI
07/06/2022	Hipervolemia b/d Gangguan Mekanisme Regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Asupan cairan cukup ➢ Haluaran urin meningkat ➢ Edema menurun ➢ Asites menurun 	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda dan gejala hipervomia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkatnya, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) • Monitor intake dan output cairan. <p>Teapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi asupan cairan dan garam • Tinggikan kepala tempat tidur 30-4 <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5mL/kg/jam dalam 6 jam • Anjurkan melapor jika BB bertambah >1kg dalam sehari • Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian diuretik
	Pola Napas Tidak Efektif b/d Hambatan Upaya Napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dispneue menurun ➤ Penggunaan otot bantu pernapasan menurun ➤ Frekuensi napas membaik ➤ Kedalaman napas membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan semi-fowler atau fowler • Berikan minum hangat • Lakukan fisioterapi dada, jika perlu • Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
	Defisit Nutrisi b/d Faktor Psikologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Porsi makan yang meningkat ➤ Frekuensi makan meningkat ➤ Nafsu makan meningkat 	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi alergi dan intoleransi makan • Identifikasi makan yang di sukai • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient • Monitor asupan makan • Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Sajikan makan secara menarik dan suhu dan suhu yang sesuai • Berikan makan tinggi kalori dan tinggi protein

			<ul style="list-style-type: none">• Berikan suplemen makan, jika perlu Edukasi <ul style="list-style-type: none">• Anjurkan posisi duduk, jika mampu• Anjurkan diet yang di proqramkan Kolaborasi <ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.pereda nyeri, antuemetik), jika perlu• Kolaborasi dengan ahll gisi untuk menentukan jumlah kolaborasi dan jenis nuttrien yang dibutuhkan, jika perlu
--	--	--	---

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4: Implementasi Keperawatan

Hari/tanggal	Waktu	DP	Implementasi	Perawat
Rabu, 8 Juni 2022	07:00	I	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia Hasil: Pasien mengatakan perutnya membesar dan bengkak pada kaki kanan tampak adanya asites, tampak bagian tungkai edema dengan kedalaman 2 mm	Ryan Adhi
	08:00 sd 11:00	I	Mengantar pasien ke ruang hemodialisis Hasil: tampak pasien diantar ke ruang hemodialisis	Ryan Adhi
	12:00	III	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : IMT: 17,58 kg/ m ² , Kesimpulan: berat badan kurang	Ryan Adhi
	13:00	III	Mengidentifikasi alergi atau intoleransi makan Hasil : pasien mengatakan tidak ada alergi makanan	Ryan Adhi
		III	Mengidentifikasi makanan yang disukai Hasil : pasien mengatakan tidak memilih-milih makanan	
	13:30	III	Memonitor asupan makan Hasil : pasien mengatakan menghabiskan ½ porsi setiap makan	Ryan Adhi
	14:00		Memberikan obat diuretic Hasil : pasien diberikan obat furosemide 20 mg/ intravena	Ryan Adhi
	14:30	III	Memonitor berat badan Hasil : 42,2 Kg	Ryan Adhi
	15:00	II	Memonitor pola napas Hasil : tampak pasien sesak, tampak penggunaan otot pernapasan, frekuensi napas : 27x/menit, SPO ₂ : 98% dengan <i>nasal canul</i>	Paskalis
	15:10	II	Memberikan oksigen 5 liter Hasil: tampak terpasang oksigen <i>nassal kanul</i>	Paskalis
	15:20	II	Memposisikan posisi semi fowler dan fowler Hasil : tampak berbaring semi fowler dengan menggunakan 1 bantal	Paskalis
	15:30	II	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : tidak terdengar bunyi napas tambahan	Paskalis

	16:00	I, II, III	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 128/84 mmHg N : 86 x/menit S : 36,9 °C P : 28 x/menit	Paskalis
	18:00	II	Memonitor pola napas Hasil : Pasien mengatakan sesak napas, kadang terbangun bila sesak, tampak pasien sesak, tampak penggunaan otot pernapasan, frekuensi napas : 28x/menit, SPO ₂ : 99% dengan <i>nasal canul</i> .	Paskalis
	18:40	III	Menganjurkan diet yang diprogramkan Hasil: Pasien dan keluarganya memahami ajaran yang disampaikan	Paskalis
	19:15	I	Mengajarkan cara membatasi cairan Hasil: Tampak pasien mengerti dan bersedia untuk dilakukan terapi tersebut. Pasien mengatakan sering merasa haus sehingga kadang minum lebih dari yang dianjurkan dokter (\pm 500 cc)	Paskalis
	20:50	I, II, III	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 134/80 mmHg N : 82 x/menit S : 37,0 °C P : 26 x/menit	Paskalis
	21:00	I	Memberikan obat diuretic Hasil : pasien diberikan obat furosemide 20 mg/ intravena	Paskalis
		I,II, III	Memberikan obat antiemetik Hasil : pasien diberikan obat ondancetron 4 mg/ intravena	
	22:00		Melakukan pemberian terapi Hasil: Nephrosteril 250 ml/IV	Perawat Nata
	05:30	II	Memberikan minum air hangat Hasil : pasien minum air hangat 100 cc	Perawat Nata
	06:00	I, II, III	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 140/84 mmHg N : 87 x/menit S : 37,2 °C P : 28 x/menit	Perawat Nata

	06:00	I	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Intake :</p> <p>Air : 600 ml</p> <p>Obat : 22 ml</p> <p>Nefrosteril : 250 ml</p> <p>Air metabolisme : 5 cc x 42,2 kg = 211 cc</p> <p>Total: 1083</p> <p>Output : urine: 150 ml</p> <p>Balance HD: 880</p> <p>IWL:633 ml / 24 jam</p> <p>Total: 1030ml/hari</p> <p>Balance : 1083-(1030+633)</p> <p>= 1083 - 1663</p> <p>= - 580</p>	Ryan Adhi
Kamis, 9 Juni 2022	07:00	I	<p>Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>Hasil: Pasien mengatakan perutnya masih besar, pasien mengatakan kakinya masih bengkak, tampak adanya asites, tampak bagian tungkai edema dengan kedalaman 2 mm</p>	Ryan Adhi
	08:00	II	<p>Memonitor bunyi napas tambahan</p> <p>Hasil: tidak terdengar suara napas tambahan</p>	Ryan Adhi
	10:00	I	<p>Mengobservasi TTV</p> <p>Hasil:</p> <p>TD : 138/80 mmHg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>S : 36,8 °C</p> <p>P : 30 x/menit</p>	Ryan Adhi
	12:00	III	<p>Mengidentifikasi status nutrisi</p> <p>Hasil : IMT: 17.91 kg/ m²</p> <p>Kesimpulan: berat badan kurang</p>	Ryan Adhi
	13:00	III	<p>Mengidentifikasi alergi atau intoleransi makan</p> <p>Hasil : pasien mengatakan tidak ada alergi makanan</p>	Ryan Adhi
	13:10	III	<p>Mengidentifikasi makanan yang disukai</p> <p>Hasil : pasien mengatakan tidak memilih-milih makanan</p>	Ryan Adhi
	13:30	III	<p>Memonitor asupan makan</p> <p>Hasil : pasien mengatakan menghabiskan ½ porsi setiap makan</p>	Ryan Adhi

	14:00	I	Memberikan obat diuretic Hasil : pasien diberikan obat furosemide 20 mg/ intravena	Ryan Adhi
	14:30	III	Memonitor berat badan Hasil : 43 Kg	Ryan Adhi
	15:00	II	Memonitor pola napas Hasil : tampak pasien sesak, tampak penggunaan otot pernapasan, frekuensi napas : 29x/menit, SPO ₂ : 98% dengan <i>nasal canul</i>	Paskalis
		II	Memberikan oksigen 5 liter Hasil: tampak terpasang oksigen <i>nasal kanul</i> 5 L / menit	
	15:20	II	Memposisikan posisi semi fowler dan fowler Hasil : tampak berbaring semi fowler dengan menggunakan 1 bantal	Paskalis
		II	Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : tidak terdengar bunyi napas tambahan	
	16:00	I, II, III	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 142/90 mmHg N : 91 x/menit S : 36,8 °C P : 32 x/menit	Paskalis
	18:00	II	Memonitor pola napas Hasil : Pasien mengatakan sesaknya berkurang, tampak pasien sesak, tampak penggunaan otot pernapasan, frekuensi napas : 28x/menit, SPO ₂ : 98% dengan <i>nasal canula</i>	Paskalis
	20:00	I, II, III	Mengobservasi TTV: Hasil: TD : 119/85 mmHg N : 112 x/menit S : 36,6 °C P : 26 x/menit	Paskalis
	21:00	I, II	Memberikan obat diuretic Hasil : pasien diberikan obat furosemide 20 mg/ intravena	Paskalis
			Memberikan obat antiemetik Hasil : pasien diberikan obat ondancetron 4 mg/intravena	
	22:00		Melakukan pemberian terapi Hasil: Nephrosteril 250 ml/IV	Perawat Komang

	05:30	II	Memberikan minum air hangat Hasil : pasien minum air hangat 240cc	Perawat Komang
	06:00	I, II, III	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 103/68 mmHg N : 89 x/menit S : 36,9 °C P : 28 x/menit	Perawat Komang
	06:00	I	Memonitor intake dan output cairan Intake : Air : 600 ml Obat : 22 ml Nefrosteril : 250 ml Air metabolisme : 5 cc x 43 kg = 215 cc Total: 1087 ml/ hari Output : urine: 150 ml IWL:645 ml / 24 jam Balance : 1087-(150+645) =1087-795 = + 295 mL	Ryan Adhi
Jumat, 10 Juni 2022	07:00	I	Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia Hasil: Pasien mengatakan perutnya masih membesar, pasien mengatakan bengkak pada kakinya sudah menurun, tampak adanya asites, tampak tidak terdapat edema	Ryan Adhi
	08:00 sd 11.00	I	Mengantar pasien ke ruang hemodialisis Hasil: tampak pasien diantar ke ruang hemodialisis	Ryan Adhi
	12:00	III	Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : IMT: 17,5 kg/ m ² , Kesimpulan: berat badan kurang	Ryan Adhi
	13:30	III	Memonitor asupan makan Hasil : pasien mengatakan menghabiskan ½ porsi setiap makan	Ryan Adhi
	14:00		Memberikan obat diuretic Hasil : pasien diberikan obat furosemide 20 mg/ intravena	Ryan Adhi
	14:30	III	Memonitor berat badan Hasil : 42Kg	Ryan Adhi
	15:00	II	Memonitor pola napas Hasil : tampak pasien sesak, tampak	Paskalis

			penggunaan otot pernapasan, frekuensi napas : 27x/menit, SPO ₂ : 98% dengan <i>nasal canul</i>	
15:10	II		Memberikan oksigen 5 liter Hasil: tampak terpasang oksigen nassal kanul	Paskalis
15:20	II		Memposisikan posisi semi fowler dan fowler Hasil : tampak berbaring semi fowler dengan menggunakan 1 bantal	Paskalis
15:30	II		Memonitor bunyi napas tambahan Hasil : tidak terdengar bunyi napas tambahan	Paskalis
16:30	I, II, III		Mengobservasi TTV Hasil: TD : 150/83 mmHg N : 120 x/menit S : 37,5 °C P : 30 x/menit	Paskalis
17:00	I		Melakukan terapi <i>ice cube</i> Bersama pasien Hasil: Pasien mengatakan rasa haus berkurang	Paskalis
18:00	II		Memonitor pola napas Hasil : tampak pasien sesak, tampak penggunaan otot pernapasan, tampak pasien gelisah, frekuensi napas : 28x/menit, SPO ₂ : 99% dengan <i>nasal canula</i>	Paskalis
19:00	I		Memonitor jumlah konsumsi air putih setelah terapi <i>ice cube</i> Hasil: Pasien mengatakan mengonsumsi air putih setelah terapi 100 ml	Paskalis
20:00	I, II, III		Mengobservasi TTV: TD : 119/85 mmHg N : 112 x/menit S : 37,1 °C P : 27 x/menit	Paskalis
21:00	I, III		Memberikan obat diuretic Hasil : pasien diberikan obat furosemide 20 mg/ intravena	Paskalis
			Memberikan obat antiemeitik Hasil : pasien diberikan obat ondancetron 4 mg/intravena	
22:00			Melakukan pemberian terapi Hasil: Nephrosteril 250 ml/IV	Perawat Ipon

	05:30	II	Memberikan minum air hangat Hasil : pasien minum air hangat 200cc	Perawat Ipon
	06:00	I, II, III	Mengobservasi TTV TD : 103/68 mmHg N : 89 x/menit S : 36,9 °C P : 28 x/menit	Perawat Ipon
	07:00	I	Memonitor intake dan output cairan Intake : Air : 400 ml Obat : 22 ml Nefrosteril : 250 ml Air metabolisme : 5 cc x 42 kg = 210 ml Total: 882 ml/ hari Output : urine: 100 ml Balance HD: 880 IWL:630 ml / 24 jam Total: 980ml/hari Balance : 882-(980+630) = 882-1610 = - 728 ml	Ryan Adhi

F. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.5: Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	DP	Evaluasi (SOAP)	Perawat
Rabu / 8 Juni 2022	I	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas 2. Pasien mengatakan perutnya membesar 3. Pasien mengatakan bengkak pada kaki kanan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak kaki pasien edema 2. Tampak perut pasien asites 3. P: 28x /menit 4. Balance Cairan: -580 ml <p>A :</p> <p>Hipervolemia belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p>	Rian Adhy & Paskalis
	II	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas 2. Pasien mengatakan kadang terbangun bila merasa sesak <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak 2. Tampak pasien gelisah 3. Tampak penggunaan otot bantu pernapasan 4. Tampak pasien menggunakan O² 4 L/menit dengan menggunakan <i>nasal canula</i> 5. Hasil Observasi TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 140/84 mmHg N : 87 x/menit S : 37,2 °C P : 28 x/menit SPO²: 99% <p>A :</p> <p>Pola Napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
	III	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan makan ½ porsi 2. Pasien mengatakan nafsu makan berkurang 3. Pasien mengatakan mual 	

		<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien makan ½ porsi 2. BB : 42,2 kg, TB : 155 3. IMT : 17,58kg/ m² <p>A :</p> <p>Defisit Nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
Kamis / 9 Juni 2022	I	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa sesak 2. Pasien mengatakan perut masih besar 3. Pasien mengatakan kakinya masih bengkak <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak perut pasien asites 2. Tampak edema pada punggung kaki sebelah kanan 3. P: 27x/ menit 4. Balance cairan: +295 ml <p>A :</p> <p>Hipervolemia belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	Rian Adhy & Paskalis
	II	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak 2. Tampak penggunaan otot bantu pernapasan 3. Tampak pasien menggunakan O² 5 L/menit dengan menggunakan <i>nasal canula</i> 4. Hasil Observasi TTV : TD : 141/89 mmHg N : 115x/menit S : 37,0 °C P : 27 x/menit SPO²: 98% <p>A :</p> <p>Pola Napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	

	III	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan makan ½ porsi 2. Pasien mengatakan nafsu makan berkurang 3. Pasien mengatakan mual <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien makan ½ porsi 2. BB : 43 kg, TB : 155 3. IMT : 17,91kg/ m² <p>A :</p> <p>Defisit Nutrisi belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
Jumat / 10 Juni 2022	I	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih merasa sesak 2. Pasien mengatakan perutnya masih membesar 3. Pasien mengatakan bengkak kakinya sudah menurun <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien masih asites 2. Tampak edema tidak ada 3. P: 28x/menit 4. Balance cairan: -728 ml <p>A :</p> <p>Hipervolemia belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	Rian Adhy & Paskalis
	II	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak 2. Tampak pasien gelisah 3. Tampak penggunaan otot bantu pernapasan 4. Tampak pasien menggunakan O₂ 5 L/menit dengan menggunakan <i>nasal canula</i> 5. Hasil Observasi TTV : TD : 103/68 mmHg N : 89 x/menit S : 36,9 °C P : 28 x/menit SPO²: 100% 	

	III	<p>A : Pola Napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>S : 1. Pasien mengatakan makan ½ porsi 2. Pasien mengatakan nafsu makan berkurang 3. Pasien mengatakan mual</p> <p>O : 1. Tampak pasien makan ½ porsi 2. BB : 42 kg, TB : 155 3. IMT : 17,5 kg/ m²</p> <p>A : Defisit Nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
--	-----	---	--

DAFTAR OBAT

1. Furosemide

- a. Golongan obat : Obat golongan loop diuretik atau diuretik kuat
- b. Dosis umum : Umumnya dosis awal: 40 mg / hari dapat diturunkan menjadi 20 mg / hari
- c. Dosis untuk pasien : 40 mg/ 12 jam
- d. Cara pemberian obat : Intravena
- e. Mekanisme kerja obat :

Furosemide adalah obat diuretik yang akan meningkatkan jumlah urin yang keluar dari ginjal. Obat ini bekerja pada glomerulus ginjal dengan menghambat penyerapan kembali zat natrium oleh sel tubulus ginjal, sehingga terjadi peningkatan pengeluaran air, natrium, klorida dan kalium tanpa mempengaruhi tekanan darah normal. Obat ini juga digunakan untuk mengatasi pembengkakan atau edema yang disebabkan oleh kondisi penyakit ginjal.

- f. Alasan pemberian :
Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena terjadi edema pada punggung kaki sebelah kanan dan adanya asites.
- g. Kontraindikasi :

Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan kondisi hipersensitif terhadap furosemide dan sulfonamide, mengalami hipovolemia atau dehidrasi dan keadaan prekomatosa yang berhubungan dengan sirosis hati.

- h. Efek samping obat :
Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat ini adalah haus, hiperurisemia, pusing, nyeri kepala, diare dan lemas.

2. Ondancentron

- a. Golongan obat : Obat golongan antiemetik
- b. Dosis umum : Dosis awal 8 mg / IV \pm 15 menit. Dosis lanjutan adalah 8 mg yang diberikan 4 jam dan 8 jam setelah dosis awal
- c. Dosis untuk pasien : 4 mg/ 8 jam
- d. Cara pemberian obat : Intravena
- e. Mekanisme kerja obat :

Ondancentron termasuk antiemetik golongan serotonin 5-HT₃ antagonis reseptor yang bekerja dengan cara menghambat reseptor serotonin di saluran cerna dan sistem persarafan pusat, senyawa kimia alami yang merangsang timbulnya mual dan muntah.

- f. Alasan pemberian :
Obat ini diberikan pada yang bersangkutan untuk mengatasi mual yang dialami oleh pasien.
- g. Kontraindikasi :
Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan kondisi riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini dan penggunaannya bersama obat apomorphin dan dronedarone karena dapat menimbulkan hipotensi dan penurunan kesadaran.

h. Efek samping obat:

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

3. Nephrosteril

- a. Golongan obat : Golongan obat keras
- b. Dosis umum : Dosis umum 600 ml/ hari
- c. Dosis untuk pasien : 250 ml / 24 jam
- d. Cara pemberian obat : Intravena
- e. Mekanisme kerja obat :

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

- f. Alasan pemberian :

Karena pasien mengalami mual serta penurunan napsu makan dan konsumsi makanan yang kurang sehingga tubuh tidak mendapatkan cukup nutrisi.

- g. Kontraindikasi :

Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan gangguan metabolisme asam amino, gangguan hati stadium lanjut, insufisiensi jantung yang berat, hiperhidrasi, hipokalemia, hiponatremia. Koma hepatic, kelainan metabolisme asam amino yang bersifat herediter, gangguan ginjal berat atau azotemia, hiperamonemia.

- h. Efek samping obat:

Beberapa efek samping yang mungkin terjadi adalah mual, gemetar dan muntah (karena pemberian tetesan infus yang terlalu cepat). Erupsi, ruam kulit (hentikan pemberian). Rasa tidak nyaman pada dada, palpitasi, peningkatan SGOT, SGPT, bilirubin total, amonia, BUN & kreatinin, asidosis, demam, sakit kepala, nyeri vaskuler, edema pada ekstremitas bawah, hiperkalemia, mulut kering.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini, penulis membahas kesenjangan antara tinjauan teoritis dan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Ny “M” dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung tanggal 08 - 10 Juni 2022, Penulis melakukan pembahasan berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Ny. “M” sebagai berikut.

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny. “M” didapatkan diagnosa utama yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Tanda dan gejala utama yang ditemukan diantaranya, perut membesar, hasil USG tampak asites, edema pada punggung kaki kanan derajat 1 kedalaman 2 mm, natrium 147 mmol/L.

Faktor risiko terjadi CKD pada Ny. “M” adalah riwayat hipertensi sejak 2018. Hipertensi yang berlangsung lama akan menyebabkan peningkatan pada tekanan arteri dan glomeruli yang mengakibatkan sclerosis pada pembuluh darah. Lesi sklerotik yang terjadi pada arteri kecil, arteri dan glomeruli akan menyebabkan terjadinya nefrosklerosis. Lesi ini terjadi karena adanya kebocoran plasma melalui membrane intima pembuluh darah, yang mengakibatkan terbentuknya suatu deposit fibrinoid di lapisan media pembuluh darah yang disertai dengan terjadinya penebalan progresif pada dinding pembuluh darah sehingga pembuluh darah akan mengalami vasokonstriksi dan terjadi obstruksi pada pembuluh darah. Obstruksi yang terjadi pada arteri dan arteri ini akan menyebabkan kerusakan glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga nefron

mengalami kerusakan yang menyebabkan terjadinya CKD (Cahyo, 2019).

Hal yang mendukung diagnosa keperawatan hipervolemia pada Ny. "M" yaitu adanya edema. Edema pada pasien CKD terjadi karena berkurangnya tekanan osmotik plasma dan retensi natrium akibat peranan dari gravitasi cairan yang berlebih tersebut akan lebih mudah menumpuk pada bagian tubuh perifer (felizia 2020). Pada Ny.M didapatkan kadar natriumnya 147 mmol/L dan edema pada punggung kaki kanan, Selain itu faktor lain yang menimbulkan terjadinya edema karena pasien tidak mampu mengontrol rasa haus dan pasien kadang meminum air melebihi anjuran dokter.

Tanda lain akibat terjadinya hipervolemia adalah terdapat asites pada Ny.M karena ginjal tidak bisa berfungsi secara maksimal. Akibatnya, terjadi kelebihan cairan dan penumpukkan limbah pada tubuh (uremia), hal ini dapat membuat cairan lebih mudah bocor ke rongga perut dan menyebabkan terjadinya acites.

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manajemen hipervolemia yang meliputi: tindakan observasi: periksa tanda dan gejala hipervolemia, monitor intake dan output. Tindakan terapeutik: batasi asupan cairan dan garam. Tindakan edukasi: ajarkan cara membatasi cairan. Tindakan kolaborasi: kolaborasi pemberian diuretic.

Terkait dari intervensi pembatasan cairan, asupan cairan yang dapat diberikan sebanyak 200 cc perhari. Penulis juga mengajarkan dalam pembatasan cairan sesuai dengan *evidence based nursing* dengan memberikan terapi *ice cubes* yang dilakukan pada pasien yaitu dengan cara menggulum es batu dengan ukuran kecil berisi 5 cc air yang diberikan 3 kali dalam sehari. Tujuan pemberian *ice cubes* untuk menekan rasa haus atau haus ringan. Akan tetapi Ny. M terkadang meminum air lebih dari yang sudah dianjurkan dokter.

Pelaksanaan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam dan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan ini dilakukan selama tiga hari berturut-turut dengan kerja sama perawat ruangan. Dari hari pertama sampai hari ketiga penulis melakukan tindakan keperawatan yang telah dibuat, adapun evaluasi yang didapat, yaitu: masalah hipervolemia belum teratasi yang dibuktikan dengan asupan cairan pasien masih meningkat, pengeluaran urin masih sedikit, dan asites.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny.M didapatkan diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas. Tanda dan gejala utama pasien mengeluh sesak napas, penggunaan otot bantu pernapasan, tampak acites, tampak pernapasan dangkal, pernapasan 28x/menit, Spo2 98%, tampak terpasang nasal kanul 4 liter/menit, Hb 8.5 g/dL.

Gagal ginjal adalah kondisi penyakit ginjal kronis tahap akhir di mana terjadi penurunan fungsi ginjal yang *irreversible* (tidak dapat diubah) yang memerlukan terapi pengganti ginjal tetap, berupa dialisis (cuci darah) ataupun transplantasi ginjal. Hal ini yang menyebabkan ginjal tidak mampu dalam memproduksi hormon eritpoetin, hormon ini yang menghasilkan sel darah merah. Di dalam sel darah merah terdapat hemoglobin yang berfungsi mengangkut oksigen. Apabila terjadi anemia, oksigen menjadi berkurang distribusinya didalam tubuh sehingga pasien mengalami sesak. Pada Ny.M telah dilakukan cuci darah rutin semenjak ± 4 bulan yang lalu dan hasil dari pemeriksaan hemoglobin pasien mengalami anemia dengan kadar hemoglobin 8 g/dL.

Tanda dan gejala lain yang menyebabkan sesak nafas karena adanya acites atau penumpukkan cairan pada rongga perut yang

menyebabkan penekanan pada diafragma. Diafragma merupakan sekat yang membatasi perut dan dada apabila terdapat penekanan pada diafragma maka menyebabkan terjadinya sesak nafas.

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manajemen jalan napas yang meliputi: Tindakan observasi: monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). Tindakan terapeutik: posisikan semi fowler, berikan oksigen. Tindakan edukasi: anjurkan asupan cairan 200ml / hari. Tindakan kolaborasi: kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu.

Prinsip pelaksanaan kasus pada pasien gagal ginjal dalam memaksimalkan pernapasan pasien dapat dilakukan dengan mengatur pemberian posisi semi fowler dengan derajat kemiringan 45°, yaitu dengan menopang bagian kepala dan bahu menggunakan bantal untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma.

Pelaksanaan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam dan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan dilakukan selama tiga hari berturut-turut dengan kerja sama dari perawat ruangan dan sesama mahasiswa. Dari hari pertama sampai hari ketiga, penulis melakukan semua tindakan sesuai rencana keperawatan yang telah dibuat. Adapun evaluasi yang di dapat yaitu: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi dibuktikan dengan pasien masih tampak sesak, tampak terpasang nasal kanul 5 liter/menit, pernapasan 28 x/menit.

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny.M didapatkan diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis. Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu pasien mengeluh nafsu makan berkurang serta mual muntah, pasien tidak menghabiskan makanannya, IMT pasien kurang (17,91).

Pada pasien CKD sering mengalami penurunan berat badan yang disebabkan karena adanya penurunan sekresi ureum sehingga menumpuk di gastrointestinal dan mengakibatkan ureum menumpuk pada air liur mengakibatkan terjadi bau amonia pada mulut yang menyebabkan intoksikasi sehingga lambung menjadi iritasi dan membuat pasien menjadi mual muntah. Hal ini yang terjadi pada kasus Ny.M yang mengalami perubahan defisit nutrisi yaitu penurunan berat badan karena pasien mengalami mual muntah dan berkurangnya nafsu makan.

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah manajemen nutrisi yang meliputi : tindakan observasi : identifikasi status nutrisi, identifikasi makan yang disukai, monitor asupan makanan, monitor berat badan. Tindakan terapeutik : sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. Tindakan edukasi : anjurkan posisi duduk, jika mampu. Tindakan kolaborasi : kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

Pelaksanaan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam dan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan dilakukan selama tiga hari berturut-turut dengan kerja sama dari perawat ruangan dan sesama mahasiswa. Dari hari pertama sampai hari ketiga, penulis melakukan semua tindakan sesuai rencana keperawatan yang telah dibuat. Adapun evaluasi yang di dapat yaitu: masalah deficit nutrisi belum teratasi dibuktikan dengan pasien mual, nafsu makan berkurang dan IMT 17,5kg/ m².

B. Pembahasan Penerapan EBN (*Evidence Based Nursing*)

1. Judul EBN

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

Diagnosis Keperawatan : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Luaran yang diharapkan: haluaran urin meningkat, edema menurun, asites menurun, turgor kulit membaik

Intervensi prioritas mengacu pada EBN: batasi asupan cairan dan garam, ajarkan cara membatasi cairan

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian Tindakan

Terapi *ice cube's* merupakan intervensi yang dapat diterapkan untuk mengatasi masalah rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik dengan melakukan terapi *slimber ice cube'* memberikan perasaan menyegarkan dari pada minum air mineral sedikit-sedikit. Terapi *ice cube's* juga merupakan tindakan yang efektif untuk mengatasi kelebihan volume cairan dan merupakan tindakan yang sangat mudah bagi pasien untuk dilakukan (Putri et al., 2021).

b. Tujuan / Rasional EBN

Menurut Dasuki & Basok (2018) tujuan dilakukannya terapi *slimber ice cube* adalah sebagai berikut:

- 1) Dapat membuat mukosa bibir menjadi lembab
- 2) Memberikan sensasi dingin di mulut
- 3) Mengurangi rasa haus
- 4) Menyegarkan tenggorokan
- 5) Mengatasi kelebihan volume cairan atau hipervolemia

c. PICOT EBN

1) Population

Populasi pada penelitian ini adalah gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dengan jumlah sampel yaitu 68 responden yang terbagi dua kelompok yaitu 34 responden kelompok intervensi dan 34 responden kelompok kontrol.

2) Intervention

Kelompok intervensi diberikan perlakuan menghisap slimber ice yang telah disediakan dengan volume 30 ml tiap pasien selama proses dialisis berlangsung dalam 1 (satu) sesi. Sebelum diberikan perlakuan, terlebih dahulu dilakukan pendekatan dan penjelasan kepada pasien cara menghisap slimber ice serta diberikan pre-test. Kelompok kontrol diberikan penyuluhan kesehatan tentang cara pembatasan cairan serta manajemen rasa haus secara berkelompok pada setiap jadwal pertemuan hemodialisa.

3) Comparison

Pada penelitian ini dilakukan perbandingan hasil pre-test dan post-test melakukan terapi slimber ice dan membandingkan penurunan intensitas rasa haus pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4) Outcome

Hasil penelitian menunjukkan penurunan intensitas rasa haus baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, hal ini dikarenakan kelompok kontrol telah diberikan pendidikan kesehatan terkait pengontrolan rasa haus selama proses hemodialisis sehingga terjadi penurunan rasa haus. Namun hasil penelitian pada kelompok intervensi dengan menghisap slimber ice memiliki signifikansi lebih tinggi karena menurunkan intensitas rasa haus menjadi haus ringan bahkan tidak merasa

haus serta meminimalkan resiko kelebihan cairan dengan jumlah *slimber ice* yang telah terukur volumenya.

5) *Time*

Kelompok intervensi diberikan perlakuan menghisap *slimber ice* yang telah disediakan dengan volume 30 ml tiap pasien selama proses dialisis berlangsung dalam 1 (satu) sesi.

2. Judul EBN : Mengulum Es Batu sebagai Manajemen Rasa Haus untuk Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa (Putri et al., 2021).

Diagnosis Keperawatan : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Luaran yang diharapkan: haluaran urin meningkat, edema menurun, asites menurun, turgor kulit membaik

Intervensi prioritas mengacu pada EBN: batasi asupan cairan dan garam, ajarkan cara membatasi cairan

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian Tindakan

Terapi *ice cube's* merupakan intervensi yang dapat diterapkan untuk mengatasi masalah rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik dengan melakukan terapi *slimber ice cube'* memberikan perasaan menyegarkan dari pada minum air mineral sedikit-sedikit. Terapi *ice cube's* juga merupakan tindakan yang efektif untuk mengatasi kelebihan volume cairan dan merupakan tindakan yang sangat mudah bagi pasien untuk dilakukan (Putri et al., 2021).

b. Tujuan / Rasional EBN

Menurut Dasuki & Basok (2018) tujuan dilakukannya terapi *slimber ice cube* adalah sebagai berikut:

- 1) Dapat membuat mukosa bibir menjadi lembab
- 2) Memberikan sensasi dingin di mulut

- 3) Mengurangi rasa haus
- 4) Menyegarkan tenggorokan
- 5) Mengatasi kelebihan volume cairan atau hypervolemia

c. PICOT EBN

1) *Population*

Populasi penelitian adalah terdapat 20 pasien yang menjalani hemodialisa, didapatkan bahwa 1 orang mengeluh sangat sering haus, 11 orang mengeluh hampir sering haus, dan 8 orang mengeluh kadang-kadang haus. Ada 16 pasien mengatakan jika terasa haus langsung minum tanpa mengingat takaran minum dalam 24 jam, 4 pasien yang lain mengatakan kadang - kadang mencoba mengemut es batu jika terasa haus.

2) *Intervention*

Melakukan terapi *ice cube's* yaitu dengan mengulum es batu karena dapat memberikan perasaan lebih segar daripada minum air mineral sedikit-sedikit. Menghisap es batu dalam sehari maksimal 10 kubus dalam 1 kubus terdapat 5ml yang bisa dilakukan maksimal 3 - 4 kali dalam sehari.

3) *Comparison*

Terapi *ice cube's* dilakukan pada 10 pasien dan 10 pasien tidak dilakukan terapi *ice cube's* yang menjalani hemodialisa. Kriteria inklusi: pasien yang menjalani hemodialisa 2 kali dalam seminggu.

4) *Outcome*

Hasil evidence based nursing menunjukkan penurunan intensitas rasa haus baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, hal ini dikarenakan kelompok kontrol telah diberikan pendidikan kesehatan terkait pengontrolan rasa haus selama proses hemodialisa sehingga terjadi penurunan rasa haus. Namun hasil penelitian pada kelompok intervensi dengan terapi *ice cube's* memiliki signifikan yang lebih tinggi karena

menurunkan rasa haus dari kadang-kadang haus dengan skor batas tinggi menjadi kadang-kadang haus dengan skor batas rendah bahkan hampir tidak haus serta meminimalkan resiko terjadinya penumpukan cairan.

5) *Time*

Lama waktu dapat menahan rasa haus pada kelompok mengulum es rerata 93 menit, pada kelompok kumur air matang rerata 55 menit, pada kelompok berkumur dengan obat kumur rerata 76.5 menit.

3. Judul EBN : Peurunan Intensitas rasa Haus Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa dengan Menghisap Es batu (Dewi & Mustofa, 2021).

Diagnosis Keperawatan : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Luaran yang diharapkan: haluaran urin meningkat, edema menurun, asites menurun, turgor kulit membaik

Intervensi prioritas mengacu pada EBN: batasi asupan cairan dan garam, ajarkan cara membatasi cairan

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian Tindakan

Terapi *ice cube's* merupakan intervensi yang dapat diterapkan untuk mengatasi masalah rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik dengan melakukan terapi *slimber ice cube'* memberikan perasaan menyegarkan dari pada minum air mineral sedikit-sedikit. Terapi *ice cube's* juga merupakan tindakan yang efektif untuk mengatasi kelebihan volume cairan dan merupakan tindakan yang sangat mudah bagi pasien untuk dilakukan (Putri et al., 2021).

b. Tujuan / Rasional EBN

Menurut Dasuki & Basok (2018) tujuan dilakukannya terapi *slimber ice cube* adalah sebagai berikut:

- 1) Dapat membuat mukosa bibir menjadi lembab
- 2) Memberikan sensasi dingin di mulut
- 3) Mengurangi rasa haus
- 4) Menyegarkan tenggorokan
- 5) Mengatasi kelebihan volume cairan atau hypervolemia

c. PICOT EBN

1) *Population*

Populasi pada penelitian ini adalah pada dua pasien dengan penyakit ginjal kronik di unit hemodialisa dengan menghisap es batu.

2) *Intervention*

Penelitian ini menggunakan studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan dengan mengaplikasikan evidence-based practice nursing, dengan alat pengumpulan data berupa Instrumen Visual Analogue Scale (VAS) for Assessment of Thirst Intensity, untuk mengukur intensitas rasa haus. Kedua pasien diberi penjelasan cara meghisap es batu serta diberikan pre-test, kemudian diberikan perlakuan menghisap es batu yang telah disediakan dengan volume 30 ml selama 10-15 menit, tiap pasien diberikan selama proses dialisis berlangsung dalam satu sesi. Setelah selesai dilakukan kembali pengukuran intensitas rasa haus dengan menggunakan VAS (Visual Analogue Scale).

3) *Comparation*

Pada penelitian ini dilakukan perbandingan hasil antara pre-test dan post-test melakukan *slimber ice cube's* pada responden.

4) *Outcome*

Setelah dilakukan penelitian terhadap responden kedua kasus merupakan pasien penyakit ginjal kronik dengan diagnosis keperawatan hipervolemia. Penerapan evidence based nursing menghisap es batu terbukti efektif sebagai manajemen hipervolemia yang mampu menurunkan intensitas rasa haus pada pasien yang menjalani hemodialisis, sehingga intake cairan dapat diminimalkan.

5) *Time*

Intervensi yang dilakukan \pm 10-15 menit.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Setelah membaca teori dan melaksanakan perawatan langsung pada Ny. M dengan *chronic kidney disease* (CKD) di ruangan St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Simpulan

1. Pengkajian : dari hasil yang didapatkan dari Ny.M faktor terjadinya CKD yaitu memiliki Riwayat penyakit hipertensi selama \pm 4 tahun terakhir. Saat pengkajian didapatkan pasien tampak sesak napas dengan frekuensi pernapasan 28x/menit, takipnea, *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan, tampak pasien memakai O₂ nasal kanul 4 L/menit, edema pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan kedalaman 2 mm. IMT pasien 17,91 kesimpulan: berat badan kurang, pengeluaran urine sedikit, tekanan darah 137/77 mmHg, nadi 78 x/menit, suhu 37.5⁰C, tampak acites.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. "M" yaitu: hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, dan deficit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis.
3. Intervensi keperawatan: dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya manajemen hipervolemia, manajemen jalan nafas dan manajemen nutrisi yang meliputi tindakan: observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.
4. Implementasi keperawatan: setelah dilakukan perawatan selama tiga hari yang dibantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi dapat terlaksana dengan baik.
5. Evaluasi keperawatan: dari hasil evaluasi ketiga diagnosa belum teratasi yaitu hipervolemia, pola nafas dan defisit nutrisi karena

perawatan pasien CKD membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.

6. Penetapan EBN pada pasien Ny.M dengan CKD yaitu tentang *ice cubes* tindakan ini bertujuan untuk menurunkan intensitasi rasa haus menjadi haus ringan bahkan tidak merasa haus. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa *ice cubes* berpengaruh terhadap mengurangi intensitas rasa haus. Akan tetapi pasien terkadang mengkonsumsi air atau *ice cubes* secara berlebih.

B. Saran

Berdasarkan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan yang ditujukan :

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Instansi Rumah Sakit diharapkan meningkatkan pelayanan yang berfokus pada manajemen hipervolemia pasien CKD seperti dengan memfasilitasi dalam kegiatan pembatasan cairan pasien serta menyediakan edukasi kesehatan yang dapat dilakukan oleh pasien dan keluarga sehingga status kesehatan pasien dapat meningkat.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Perawat diharapkan mampu untuk mengelola pasien CKD dengan memperhatikan pembatasan cairan serta diit pasien. Perawat juga diharapkan untuk memberikan edukasi tentang kepatuhan minum obat, diit, pembatasan cairan serta ketaatan melakukan hemodialisi agar tidak memperburuk kondisi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi Pendidikan diharapkan dapat memberikan edukasi terkait pencegahan penyakit CKD serta mengajarkan tentang cara pembatasan cairan dan diit pada pasien CKD sehingga dapat menurunkan tingkat mortalitas dan morbiditas dari penyakit CKD.

DAFTAR PUSTAKA

- Bellasari, D. (2020). Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Kota Madiun. *International Journal of Hypertension*, 1(1), 1–171. <http://etd.eprints.ums.ac.id/14871/%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.cell.2017.12.025%0Ahttp://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-risikesdas-2018.pdf%0Ahttp://www.who.int/about/licensing/%0Ahttp://jukeunila.com/wp-content/uploads/2016/12/Dea>
- Cahyo, D. V. (2019). Hubungan Hipertensi dan Usia terhadap Kejadian Kasus Gagal Ginjal Kronis Di RSUD Dr. Harsono S.Ponorogo. *Jurnal Muhamadiyah Surakarta*, 1(1), 105–113.
- Dasuki, & Basok, B. (2018). *Pengaruh menghisap slimber ice terhadap intensitas rasa haus pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa*. 2(2), 77–83.
- Devi, S., & Rahman, S. (2020). Hubungan Lama Menjalani Terapi Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Di Rumah Sakit Khusus Ginjal Rasyida. *Jurnal Ilmiah Kohesi*, 4(1), 124–128.
- Dewi, N. K. S., & Maharianingsih, N. M. (2021). Evaluasi Penggunaan Obat Anemia Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa Di Rsu Ari Canti Pada Tahun 2020. *MEDFARM: Jurnal Farmasi Dan Kesehatan*, 10(2), 1–12. <https://doi.org/10.48191/medfarm.v10i2.58>
- Dewi, R., & Mustofa, A. (2021). Penurunan Intensitas Rasa Haus Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Dengan Menghisap Es Batu. *Ners Muda*, 2(2), 17. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i2.7154>
- Dila, R. R., & Panma, Y. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gagal Ginjal Kronik Rsud Kota Bekasi. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 3, 41–61.
- Fajri, A. N., Sulastri, & Kristini, P. (2020). *Pengaruh Terapi Ice Cube's Sebagai Evidance Based Nursing Untuk Mengurangi Rasa Haus Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa*. 11–15.
- Harista, D. R., & Eureka, S. (2020). Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis Dengan Frekuensi Sesak Nafas Pada Pasien Gagal Ginjal. *Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri*, 1(May). <https://akperyarsismd.e-journal.id/BNJ/article/view/28>
- Ibrahim, I., Suryani, I., & Ismail, E. (2017). Hubungan Asupan Protein dengan Kadar Ureum dan Kreatinin pada Pasien Gagal Ginjal Kronik

yang Sedang Menjalani Hemodialisa di Unit Hemodialisa RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Nutrisia*, 19(1), 1–6. <https://doi.org/10.29238/jnutri.v19i1.34>

- Indriani, A. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Harga Diri Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Lebih Dari Enam Bulan Di RUMKIT TK II DR. Soepraoen Malang. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 7(2), 107–115.
- Julisawaty, E. A., Hurnaningsih, & Ekasari, M. H. (2020). Aplikasi Augmented Reality Tentang Fungsi Organ Ginjal Manusia Dan Cara Menjaga Kesehatannya. *Universitas Gunadarma Jl. Margonda Raya*, 4(1), 16424. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32409/jikstik.4.1.289>
- Kemenkes. (2018). Data Gagal Ginjal Kronik di Indonesia. *JURNAL NERS Research & Learning in Nursing Science*.
- Kurniawan, E. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Gangguan Kelebihan Volume Cairan Di Ruang Seruni RSUD Dr. Harjono Ponorogo*. <http://eprints.umpo.ac.id/5090/>
- Lisnawati, L. S. R. I. (2020). *Literature Review: Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik Dalam Menjalani Hemodialisa*. <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/252>
- Manggasa', K. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Diagnosis Medis Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Dahlia A Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan. *Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosis Meis Gagal Ginjal Kronik, July*, 1–23. <https://repository.ubt.ac.id/repository/UBT13-12-2021-134840.pdf>
- Masi, G. N. ., & Kundre, R. (2018). Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Comorbit Faktor Diabetes Melitus dan Hipertensi di RSUP Prof.Dr.R.D. Kanou Manado. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 21–25. <http://www.elsevier.com/locate/scp>
- Muti, A. ., & Chasanah, U. (2018). Evaluasi Rasionalitas Penggunaan Diuretik pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Dirawat Inap di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. *Sainstech Farma*, 2, 23–31. <https://doi.org/https://doi.org/10.37277/sfj.v9i2.79>
- Purnami, & Dwi, N. K. (2021). *Gambaran Tanda Dan Gejala Hipervolemia Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Di Ruang Hemodialisa RSUD Klungkung Tahun 2021*. 9–26.
- Putri, M., Utami, S., Widyarani, L., & Nur, F. (2021). *Literature review: Mengulum Es Batu sebagai Manajemen Rasa Haus untuk Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa*. 6(2), 32–43.

- Rahmayati, E., Sari, G., Heru Apriantoro, N., Dimas Prayogi, U., Irwan, D., Restiyanti, Y., Napitupulu, P., & Fitriani. (2021). Gambaran Morfologi USG Ginjal Dengan Kreatinin Tinggi Pada Kasus Gagal Ginjal Kronik. *Kocenin Serial Konferensi*, 1(1), 1–7. <https://publikasi.kocenin.com/>
- Risikesdas. (2018). Data Kejadian Gagal Ginjal Kronik di Indonesia. *Jurnal Nursing Update*.
- Rustandi, H., Tranado, H., & Pransasti, T. (2018). Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Chronik Kidney Disease (CKD) Penderita Yang Dirawat Di Rumah Sakit Daerah Liunkendage Tahuna. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, 2(2), 100–114. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.31539/jks.v1i2.8>
- Siregar, C. T. (2020). *Buku Ajar Manajemen Komplikasi Pasien Hemodialisa* (R. A. Ariga (ed.)).
- Suhalia, H. (2021). Karya Ilmiah Akhir Ners : Asuhan Keperawatan Pada Perubahan Perfusi Jaringan Pada Klien Gagal Ginjal Kronik Dengan Anemia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kalijudan Surabaya. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 15–16.
- Trijayani, & Nia, N. K. N. (2020). *Hemoglobin Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSD Mangusada Bandung*. 1–64. <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/4088/>

LEAFLET DIIT CAIRAN & TERAPI ICE CUBE

Diit Klien dengan CKD

Makanan yang dianjurkan:
Nasi, roti, makaroni, bihun, telur, ayam, apel, anggur, jambu biji, buncis, kangkung, wortel, jamur, dll.

Makanan yang dihindari: Durian, belimbing, daun singkong, kacang-kacangan, coklat

Air minum dan kuah sayur yang berlebihan

Makanan yang terlalu asin dan pedas

DIIT CAIRAN PADA KLIEN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)



OLEH :

NAMA : PASKALIS KARNI
: NS2114901116
: RYAN ADHI PRATAMA BR.
: NS2114901139

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELA MARIS MAKASSAR
2021/2022



Pembatasan Asupan Cairan

Aturan yang dipakai untuk menentukan banyaknya asupan cairan adalah : Jumlah urine yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir + 500 ml (IWL). Apabila klien tidak membatasi jumlah asupan cairan maka menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi, edema (bengkak) pada paru, kaki. Klien juga akan merasa tidak nyaman karena sesak nafas, lelah, dan lemas.



Manfaat Pemberian Es Batu

Mengurangi Rasa Haus



Mulut Tidak Kering



Cara Membuat Es Batu

Untuk membuat es batu gunakan air minum/ air mineral

Tuangkan air 1 sendok teh (5 ml) ke dalam cetakan es batu yang berbentuk kubus

Masukkan ke dalam freezer

Tunggu hingga menjadi beku



Lampiran 2

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Topik: Diit Cairan & *Slimber Ice Cube*

Sasaran : Pasien dan keluarga dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Waktu : 10.00 – 10.15

Hari/Tanggal : Jumat, 10 Juni 2022.

Tempat : Ruang Bernadeth II / Kamar 510²

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan, diharapkan pasien dan keluarga memahami tentang asupan cairan pada klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan Pendidikan kesehatan selama 15 menit diharapkan klien dan keluarga mampu:

- a. Menjelaskan tentang pembatasan asupan cairan pada klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).
- b. Menyebutkan manfaat pemberian *ice cube* untuk menurunkan rasa haus.
- c. Menyebutkan cara membuat es batu.
- d. Menyebutkan diit pada klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).

3. Materi (Terlampir)

- a. Pembatasan asupan cairan pada klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).
- b. Manfaat pemberian *ice cube* untuk menurunkan rasa haus.
- c. Menyebutkan cara membuat *ice cube*.
- d. Diit pada klien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

4. Waktu

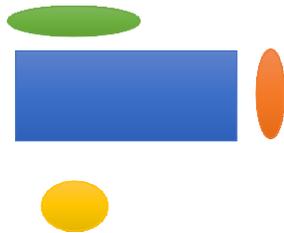
± 15 menit.

5. Bahan dan Alat yang Diperlukan

Leaflet.

6. Metode Penyuluhan
Ceramah dan diskusi.

7. Setting Tempat



Keterangan:

-  : Keluarga pasien
-  : Pasien
-  : Pembimbing klinik
-  : Penyuluh

8. Persiapan.

Penyuluh menyiapkan materi tentang menghisap es batu (*slimber ice cube*) kemudian membuat media pembelajaran yaitu *leaflet*.

9. Kegiatan Pendidikan Kesehatan.

Proses	Tindakan		Waktu
	Kegiatan Pemateri	Metode	
Pembukaan	a. Mengucapkan salam pembuka. b. Memperkenalkan diri dan kontrak waktu. c. Menjelaskan tujuan penyuluhan. d. Menyebutkan materi yang akan diberikan. e. Membagikan leaflet.	Ceramah	2 menit

Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan tentang pembatasan asupan cairan pada klien dengan <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD) b. Menyebutkan manfaat pemberian <i>slimber ice cube</i> untuk menurunkan rasa haus c. Menyebutkan cara membuat <i>ice cube's</i> d. Menyebutkan diit pada klien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Diskusi • Tanya jawab 	8 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> a. Memberi pertanyaan untuk mengevaluasi hasil pendidikan kesehatan. b. Mengucapkan terima kasih. c. Mengucapkan salam penutup. 	Ceramah	5 menit

Materi

A. Pembatasan Asupan Cairan pada Klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Pembatasan asupan cairan sampai 1 liter perhari sangat penting karena meminimalkan risiko kelebihan cairan pada klien dengan Chronic Kidney Disease (CKD). Aturan yang dipakai untuk menentukan banyaknya asupan cairan adalah:

Jumlah urine yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir + 500 ml (IWL).

Apabila klien tidak membatasi jumlah asupan cairan maka cairan akan menumpuk di dalam tubuh sehingga berat badan meningkat. Peningkatan berat badan akibat asupan cairan klien yang tidak terkontrol tersebut menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi, edema (bengkak) pada paru, kaki. Klien juga akan merasa tidak nyaman karena sesak napas, lelah dan lemas.

Pemasukan air dalam tubuh terdiri dari air minum dan air yang terkandung dalam makanan juga. Makanan dan buah-buahan yang mengandung tinggi air juga harus diperhatikan pada klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) seperti sup ayam, susu, semangka, nanas, papaya, melon dan lain-lainnya (Fajri et al., 2020).

B. Manfaat Pemberian *Slimber Ice Cube* untuk Menurunkan Rasa Haus

Menurut Dasuki dan Basok, (2019), beberapa cara yang dapat dilakukan dalam mengurangi haus pada klien yang menjalani hemodialisis, salah satunya adalah mengulum es batu. Alasannya disebutkan bahwa dengan mengulum es batu, lama kelamaan es batu akan mencair dan es batu yang mencair dalam mulut dapat memberikan efek dingin serta menyegarkan sehingga kelyhan haus klien menjadi berkurang. Serta dengan mengulum es batu akan membuat mukosa dalam mulut lembab setelah es batu mencair, sehingga mulut klien tidak kering yang dapat memicu munculnya rasa haus.

C. Cara membuat *Ice Cube* (Es Batu) Sesuai dengan Takaran

Pemberian es batu pada klien dengan CKD tetap memperhatikan batasan asupan cairan klien. Maka dari itu, saat membuat es batu perlu perhitungan jumlah cairan yang tepat, sebagai berikut:

1. Untuk membuat es batu gunakan air minum/ air mineral
2. Tuangkan air 1 sendok the (5 ml) ke dalam cetakan es batu yang berbentuk kubus
3. Masukkan ke dalam *freezer*
4. Tunggu sampai menjadi beku

Dengan menghisap es batu masing-masing 5 ml selama kurang lebih 5 menit dilakukan 6x/hari tiap 4 jam dengan batas maksimum 10 kubus per hari.

D. Diit Klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Pemasukan air dalam tubuh terdiri dari air minum dan air yang terkandung dalam makanan.

1. Bahan makanan yang dianjurkan antara lain:
 - a. Bahan makanan sumber Hidrat Arang: nasi, roti putih, macaroni, sagu, lontong, bihun, jagung, makanan yang dibuat dari tepung-tepungan, gula, madu, sirup, jamu, permen, dll.
 - b. Bahan makanan sumber protein: telur ayam, daging, ikan, hati, susu skim, susu whole, es krim, yogurt, kerrang, cumi, udang, kepiting, lobster, sesuai anjuran.
 - c. Buah-buahan: nanas, papaya, jambu biji, sawo, pear, strawberry, apel, anggur, jeruk manis, dll, dalam jumlah sesuai anjuran.
2. Bahan makanan yang harus dibatasi/ dihindari antara lain:
 - a. Bahan makanan tinggi kalium bila hiperglikemia: alpokat, pisang, belimbing, durian, Nangka, kalia, daun singkong, paprika, bayam, daun papaya, jantung pisang, kelapa, kacang tanah, kacang hijau, kacang kedelai, coklat, kentang, ubi, singkong, pengganti garam yang menggunakan kalium.
 - b. Air minum dan kuah sayur yang berlebihan
 - c. Makanan yang terlalu asin dan pedas akan membuat haus, untuk

itu dibatasi konsumsi makanan yang mengandung terlalu banyak sodium dan pedas

- d. Berhati-hatilah terhadap makanan yang mengandung cairan. Cairan tidak hanya apa yang kita minum tapi juga apa yang dimakan.

E. Prosedur Tindakan *Slimber Ice Cube* (Menghisap Es Batu)

1.	Pengertian	Menghisap es batu adalah salah satu cara atau upaya yang efektif untuk mengurangi rasa haus pada klien dengan <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD).
2.	Tujuan	Dengan menghisap es batu, lama kelamaan es batu akan mencair dan es batu yang mencair dalam mulut dapat memberikan efek dingin serta menyegarkan sehingga keluhan haus klien menjadi berkurang. Serta dengan mengulum es batu akan membuat mukosa dalam mulut lembab setelah es batu mencair, sehingga mulut klien tidak kering yang dapat memicu munculnya rasa haus.
3.	Indikasi	1. Klien dengan <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD) 2. Klien dengan batasan asupan cairan
4.	Kontraindikasi	1. Gangguan menelan 2. Penurunan kesadaran
5.	Persiapan Perawat:	Memahami dan mengetahui tindakan yang akan dilakukan.
6.	Persiapan Pasien:	1. Berikan salam dan perkenalkan diri dan identifikasi klien 2. Jelaskan prosedur tindakan pada klien, berikan klien kesempatan untuk bertanya dan jawab semua pertanyaan klien 3. Atur posisi klien sehingga merasakan aman dan nyaman
7.	Persiapan Lingkungan:	Memasang sampiran / tirai untuk menjaga privasi pasien.

8.	Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nampan 2. Cetakan es/mangkok berisi potongan es 3. Tisu
9.	Pelaksanaan:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu klien bahwa Tindakan akan segera dimulai 2. Tinggikan tempat tidur sampai ketinggian kerja yang nyaman 3. Cek alat-alat yang akan digunakan 4. Dekatkan alat-alat ke sisi tempat tidur 5. Posisikan klien senyaman mungkin 6. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan 7. Kebersihan alat diperhatikan 8. Beri es batu masing-masing 5 ml selama kurang lebih 5 menit dilakukan 6x/ hari tiap 4 jam dengan batas maksimum 10 kubus / hari. 9. Minta klien untuk mengungkapkan ketidaknyamanan saat menghisap es batu 10. Rapikan klien ke posisi semula 11. Beritahu bahwa Tindakan sudah selesai 12. Bereskan alat – alat yang telah digunakan dan lepas sarung tangan 13. Kaji respon klien (respon subjektif dan objektif) 14. Berikan reinforcement positif pada klien 15. Akhiri Tindakan dengan baik
10.	Hasil:	Dokumentasikan nama Tindakan/ tanggal/ jam Tindakan, hasil yang diperoleh, nama dan paraf perawat.

Lampiran 3

LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

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

Nama : 1. Paskalis Karni (NS2114901116)
: 2. Ryan Adhi Pratama Borotoding (NS2114901130)

Pembimbing : 1. Rosdewi, S.Kep.,MSN
: 2. Asrijal Bakri, NS.,M.Kes

No.	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan			
			Mahasiswa		Pembimbing	
			I	II	I	II
1.	Selasa, 14 Juni 2022	- Pengkajian				
2.	Rabu, 29 Juni 2022	- Bab I - Bab II - Bab III				
3.	Rabu, 6 Juli 2022	- Bab I - Bab II - Bab III				
4.	Kamis, 7 Juli 2022	- Bab I - Bab II - Bab III				

		- Bab IV - Bab V				
5.	Jumat, 8 Juli 2022	- Bab IV - Bab V				
6.	Sabtu, 9 Juli 2022	- Bab I - Bab II - Bab III - Bab IV - Bab V - Bab VI				

Lampiran 4

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Paskalis Karni
Tempat/ Tanggal Lahir : Bantaeng, 09 Mei 1997
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Katholik
Alamat : Jl. Matahari, Sungguminasa, Gowa

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu : Nikolaus. P / Kartini
Agama : Katholik
Pekerjaan : PNS
Alamat : Jl. Merpati Baru, Pallantikang, Bantaeng

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 5 Lembang Cina : Tahun 2003 - 2009
SMPN 1 Bantaeng : Tahun 2009 - 2012
SMAN 1 Bantaeng : Tahun 2012 - 2015
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan) : Tahun 2015 – 2019
STIK Stella Maris (Program S1 Khusus) : Tahun 2019 – 2021

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Ryan Adhi Pratama Borotoding
Tempat/ Tanggal Lahir : Abepura, 17 Oktober 1998
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl. Nuri Baru No. 69 , Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu : Muh. Yusuf Sudirman/Sarinasaria Borotoding
Agama : Islam / Kristen Protestan
Pekerjaan : Wiraswasta / IRT
Alamat : Gandang Batu Silanan, Tana Toraja

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 151 Silanan : Tahun 2004 - 2010
SMPN Adven Meabali : Tahun 2010 - 2013
SMK Lakipadada : Tahun 2013 - 2016
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan) : Tahun 2016 – 2019
STIK Stella Maris (S1 Khusus) : Tahun 2019 – 2021