



**KARYA ILMIAH AKHIR**

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

**DISUSUN OLEH:**

**YUNETY AVALDA LEIN                      (NS2114901168)**

**ZYATNA PATATTAN                        (NS2114901171)**

**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. PERAWATAN BERNADETH III  
RUMAH SAKIT STELLA MARIS  
MAKASSAR**

**DISUSUN OLEH:**

**YUNETY AVALDA LEIN (NS2114901168)**

**ZYATNA PATATTAN (NS2114901171)**

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

**2022**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Yunety Avalda Lein (NS2114901168)
2. Zyatna Patattan (NS2114901171)

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, 12 Juli 2022

yang menyatakan,



Yunety Avalda Lein



Zyatna Patattan

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

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

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Yunety Avalda Lein (NS2114901168)  
2. Zyatna Patattan (NS2114901171)

**Disetujui oleh**

Pembimbing 1



**(Rosdewi, S.Kp.,MSN)**

**NIDN: 0906097002**

Pembimbing 2

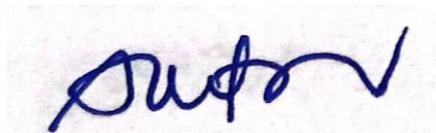


**(Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes)**

**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. Yunety Avalda Lein (NS2114901168)  
2. Zyatna Patattan (NS2114901171)  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) Di Ruang Perawatan St. Bernadeth III 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 : Matilda Martha Paseno, Ns.,  
M.Kes

(  )

Penguji 2 : Kristia Novia, Ns., M.Kep

(  )

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 12 Juli 2022



## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yunety Avalda Lein (NS2114901168)

Zyatna Patattan (NS2114901171)

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, 12 Juli 2022

Yang menyatakan,



Yunety Avalda Lein



Zyatna Patattan

## 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 PASIEN DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III 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.MB selaku wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan saran dan masukkan 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. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku penguji I dan Kristia Novia, Ns., M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan masukkan 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 Yunety Avalda Lein (Bapak Yoseph Duli Lein dan Ibu Anastasya Nasa ) dan orang tua dari Zyatna Patattan ( Bapak Marthen Sampe dan Ibu Adriani ) beserta sanak, saudara, keluarga, dan oaring 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, 12 Juli 2022

Penulis

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

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

Pada gagal ginjal kronik terjadi penurunan fungsi ginjal sehingga diperlukan terapi seperti cuci darah (dialysis) setiap jangka waktu tertentu atau transplantasi ginjal. Oleh karena berbagai kesulitan pada transplantasi ginjal maka banyak penderita menggunakan terapi modalitas lain untuk menggantikan fungsi ginjal yaitu dengan Hemodialisis (HD) maupun Peritoneal Dialysis (PD). Ada dua macam peritoneal dialysis yaitu Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) dan Automatic Peritoneal Dialysis (APD). Tujuan dari terapi ini bukan hanya untuk memperpanjang usia tetapi juga meningkatkan kualitas hidup (Aprioningsih et al., 2021) .

Menurut Ma 'shumah et al., (2014) mengemukakan angka kejadian gagal ginjal kronik di dunia secara global lebih dari 500 juta dan yang harus menjalani hidup dengan bergantung dengan cuci darah (Hemodialisis) 1,5 juta orang, jumlah penderita gagal ginjal kronik diindonesia sekitar 150 ribu orang dan yang menjalani hemodialisa sebanyak 10 ribu orang

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 mengemukakan bahwa angka kejadian GJK di seluruh dunia mencapai 10 % dari populasi, sementara itu pasien GJK yang menjalani hemodialisis (HD) diperkirakan mencapai 1,5 juta orang di seluruh dunia. Angka kejadiannya diperkirakan meningkat 8 % setiap tahunnya. GJK menempati penyakit kronis dengan angka kematian tertinggi ke-20 di dunia (Prabhakara, 2015) .

*Systematic Review and Meta-Analysis – Global Prevalence of Chronic Kidney Disease* tahun 2018 menyatakan bahwa prevalensi global penyakit ginjal kronik rata-rata sebesar 13,4%, prevalensi penyakit ginjal kronik dengan diabetes sebesar 0,16%, prevalensi penyakit ginjal kronik dengan hipertensi sebesar 0,15%. Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan bahwa di Indonesia prevalensi penyakit ginjal kronik rata-rata sebesar 3,8%, prevalensi penyakit ginjal kronik dengan diabetes sebesar 8,5%, prevalensi penyakit ginjal kronik dengan hipertensi sebesar 34,1%, dan prevalensi penyakit ginjal kronik dengan obesitas sebesar 21,8% (Prabhakara, 2015).

Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa hipertensi merupakan penyebab penyakit ginjal kronik nomor dua terbanyak setelah diabetes. Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyatakan bahwa prevalensi gagal ginjal pada laki – laki (0,3 %) lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (0,2 %) penyakit ginjal kronik meningkat seiring dengan bertambahnya usia, peningkatan tajam terjadi pada kelompok usia 35-44 tahun dibandingkan dengan kelompok usia 25-34 tahun. Di Indonesia prevalensi penyakit GJK berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur <15 tahun tertinggi pada provinsi Kaltara terdapat 6,4 % dan terendah pada Sulawesi Selatan terdapat 3,8 % . Di

Indonesia perawatan penyakit ginjal menduduki peringkat kedua pembiayaan terbesar dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan setelah penyakit jantung (BPJS Kesehatan, 2020).

BPJS kesehatan tahun 2020 mencatat penyakit katastrofik atau penyakit dengan biaya termahal menempati urutan teratas dalam klaim biaya pelayanan kesehatan JKN – KIS. Pembiayaannya meningkat berkisar 25% hingga 31% dari total biaya pelayanan JKN -KIS sejak 2014. Di tahun 2020, BPJS Kesehatan membayarkan 19,9 juta kasus katastrofik dengan biaya sebesar Rp.20,0 triliun atau 25% dari total biaya klaim layanan kesehatan JKN-KIS di tahun tersebut. Gagal ginjal menghabiskan anggaran Rp. 2,2 triliun untuk 1,7 juta kasus.

Penyakit CKD (Chronic Kidney Disease) merupakan perawatan penanganan seumur hidup fenomena yang terjadi banyak klien yang keluar masuk rumah sakit untuk melakukan pengobatan dan dialisis. Oleh karena itu peran perawat sangat penting untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien CKD (chronic kidney disease), diharapkan tidak hanya keadaan fisiknya klien tetapi psikologis klien, karena timbulnya berbagai manifestasi klinis pada penderita CKD (chronic kidney disease) bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan (Halimah et al., 2022).

Salah satu upaya komprehensif dalam upaya penanganan penyakit gagal ginjal kronik di Indonesia adalah analisis penyebab mortalitas pasien gagal ginjal kronik stadium 5 yang menjalani terapi hemodialisis (Nasution & Musyabiq, 2018).

Seorang perawat profesional harus memperhatikan kualitas hidup pasien GJK yang menjalani hemodialisis. Perawat memberikan asuhan keperawatan secara holistik yaitu bio-psiko sosial-spiritual (Rahayu, 2020).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk mengangkat Karya Ilmiah Akhir dengan judul “ Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan “*Chronic Kidney Disease (CKD)* Di Ruang Perawatan St. Bernadeth III Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

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

### 2. Tujuan Khusus

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

### **C. Manfaat Penulisan**

#### 1. Bagi Rumah Sakit

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

#### 2. Bagi Profesi Keperawatan

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

#### 3. Bagi Institusi Pendidikan

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

### **D. Metode Penulisan**

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini adalah

#### 1. Studi Kepustakaan

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

#### 2. Studi Kasus

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

rencanakan serta mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di ruang St. Bernadeth III RS Stella Maris Makassar. Data-data pendukung lainnya di dapatkan dengan hasil wawancara langsung dengan keluarga pasien dan diskusi dengan perawat yang bertugas di ruang perawatan St. Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

#### **E. Sistematika Penulisan**

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

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar**

##### **1. Pengertian**

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah kerusakan pada ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa darah, dengan ditandai adanya protein dalam urin serta penurunan laju filtrasi glomerulus yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan (Kronis et al., 2021).

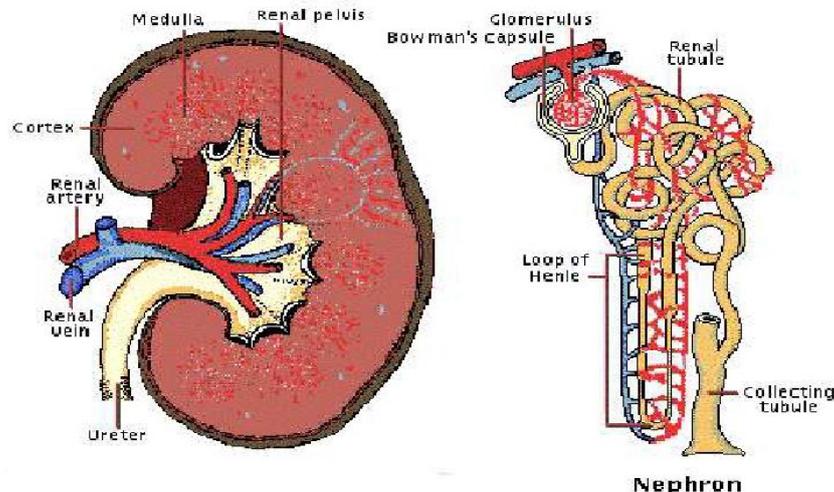
Gagal ginjal kronik yaitu sebagian besar nefron di kedua ginjal tidak lagi fungsional. Gagal ginjal dikatakan terjadi jika GFR secara mendadak berkurang sebesar 50% atau lebih. Ini memicu oliguria dan anuria dengan akumulasi sampah metabolik didalam darah (azotemia). Gagal ginjal dapat bersifat akut atau kronis, gagal ginjal akut dapat sembuh jika ditangani dengan efektif sedangkan gagal ginjal kronis merupakan penyakit ginjal tahap akhir dimana progresif dan *irreversible* adalah kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadinya uremia (Milvita et al., 2015).

Gagal ginjal kronik adalah kerusakan ginjal progresif yang berakibat fatal dan ditandai dengan uremia (Urea dan Limbah nitrogen lainnya yang beredar dalam darah serta komplikasinya jika tidak dilakukan dialisis atau transplantasi ginjal) (Nuari & Widayati, 2018).

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

## 2. Anatomi dan Fisiologis

### a. Anatomi



Gambar 2.1 : Anatomi Ginjal (Sumber: Nuari & Widayati, 2018)

#### 1) Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari 2 bagian yaitu (Nuari & Widayati, 2018) :

- a) Bagian dalam (internal) medulla : substansi medularis yang terdiri dari pyramid renalis jumlahnya antara 8-16 buah yang mempunyai basis sepanjang ginjal, sedangkan apeaknya menghadap ke sinus renalis.
- b) Bagian luar (eksternal) korteks. Substansi kortikalis berwarna coklat merah, konsistensi lunak dan bergranula. Substansi ini tepat di bawah tunik fibrosa, yang melengkung sepanjang basis piramid yang berdekatan dengan sinus renalis, bagian dalam dan antara pyramid dinamakan kolumna renalis.

#### 2) Pembungkus ginjal

Ginjal dibungkus oleh suatu massa jaringan lemak yang disebut kapsul adipose. Dibungkus 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 (fasia prerenalis) dan lamella posterior (fasia 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 nyaman 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 anterior aferan dan meneruskan darah ke system vena melalui arterior eferan.
- b) Tubulus proksimal konvulta, tubulus ginjal langsung berhubungan dengan dengan kapsul bowman dengan Panjang 15 mm dengan diameter 55 mm. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi diabsopsi secara isotonic Bersama klorida dan melibatkan transportasi aktif natrium. Peningkatan absopsi 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 ductus koligen berjalan melalui korteks dan medulla ginjal, Bersatu membentuk ductus yang berjalan lurus dan bermuara ke dalam ductus belini seterusnya menuju kaliks minor ke kaliks mayor. Akhirnya mengosongkan isinya ke dalam pelvis renalis pada aspek masing-masing piramid medulla ginjal.

e) Ductus koligen medulla, duktus ini memiliki kemampuan mereabsorpsi dan mengsekresi kalium. Ekskresi aktif kalium diperlihatkan pada duktus koligen kortikal dan dikendalikan oleh aldosterone. 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 dan 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 nefron. Darah masuk ke dalam glomerulus melalui arteriol aferen dan keluar melalui arteriol eferen. 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 vena ginjal.

## b. Fisiologi Ginjal

Dalam fisiologi ginjal penulis membahas 5 pembahasan antara lain: fungsi ginjal, proses pembentukan urin, pengatur hormon terhadap fisiologi ginjal, keseimbangan asam basa ginjal dan pengaturan keseimbangan cairan (Siregar, 2020).

### 1) Ginjal mempunyai 2 fungsi yaitu:

#### a) Fungsi ekskresi

- 1) memperthankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam rentang milosmol
- 2) memperthankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam rentang normal.
- 3) Mempertahankan pH plasma sekitar 7,4
- 4) Mengekresikan urea, asam urat dan kreatinin

#### b) Fungsi noneksresi

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

### 2) Proses pembentukan urin

Ada 3 tahap dalam pembentukan urin yaitu sebagai berikut (Nuari & Widayati, 2018) :

#### a. Proses Filtrasi

Proses filtrasi terjadi di gromelus. Proses terjadi karena permukaan afereen sehingga terjadi penyerapan darah lebih. Setiap menit kira-kira 1.200 ml darah, terdiri 450 ml sel darah dan 660 ml plasma masuk ke dalam kapiler gromerulus. 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 30 mmHg yang cenderung menarik air dan garam ke dalam pembuluh kapiler.

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

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 ke dalam tubulus bagian bawah. Penyerapannya terjadi secara aktif dikenal dengan reabsorpsi fluktuatif dan sisanya dialirkan pada papila renal. Hormon yang dapat ikut berperan dalam proses reabsorpsi Anti Diuretic Hormone (ADH).

### c. Sekresi

Tubulus ginjal dapat mensekresi atau menambah zat-zat ke alama cairan filtrasi selama metabolisme sel-sel membentuk asam dalam jumlah besar namun pH darah dan cairan tubuh dapat sekitar 7,4 (alkalis). Sel tubuh membentuk amonik yang bersenyawa dengan asam kemudian disekresi sebagai ammonium supaya pH darah dan cairan tubuh tetap alkalis.

### 3) Pengaturan Hormon Terhadap Fisiologi Ginjal

Pengaturan akhir dari urine diatur oleh jenis hormon yaitu osmoresptor pada hipotalamus sangat sensitif terhadap osmolaritas serum. Selama dehidrasi osmolaritas serum meningkat terhadap osmolaritas serum. Selama dehidrasi osmolaritas serum meningkat. Osmoresptor ini merangsang permeabilitas sel tubulus koligens terhadap air. Hormon lain yang mempengaruhi konsentrasi urine adalah renin. Bila laju filtrasi glomerelus turun karena dehidrasi atau kehilangan darah maka kadar natrium dibawah normal maka ginjal akan dirangsang unuk mesekresi renin. Renin mengubah angiotensi yang diskresi hati menjadi angiotensin I. Sel kapiler paru-paru selanjutnya mengubah angiotensi I menjadi angiotensi II. Angiotensi II menkontriaksi otot polos disekiling arteriole. Hal ini meningkatkan tekanan darah yang mempengaruhi osmolaritas urine. Korteks adnernal jika dirangsang oleh angiostensin II akan mensekresi aldosetron yang dapat meningkatkan reabsorbsi 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 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 dibentuk. Cairan yang banyak diminum menyebabkan cairan tubuh menjadi encer. Urin menjadi encer dan kelebihan air akan diekresikan 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 yang dipertahankan cenderung mengembalikan cairan tubuh pada konsentrasi solut yang normal.

### 3. Etiologi

Menurut Rini et al., (2020) ada beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut :

#### a) Faktor presipitas

##### 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

Merupakan penyakit yang bersifat genetik atau keturunan dimana terjadinya kelainan yaitu terbentuknya kista pada kedua ginjal yang berkembang secara progresif sehingga menyebabkan kerusakan ginjal.

##### 3) Batu Ginjal

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.

##### 4) Pielonefritis Krinis dan Nefritis Interstisial Lain

Mulai hilangnya progresifitas nefron akibat inflamasi kronis dan jaringan parut. Ketika terjadi kerusakan nefron maka nefron tidak dapat berfungsi

sebagai regulator zat terlarut dalam tubuh sehingga tidak dapat menyaring darah, kemudian mereabsorpsi cairan dan molekul yang masih diperlukan oleh tubuh sehingga terjadi gagal ginjal.

#### 5) Diabetes Melitus

Pada diabetes melitus terjadi hipoksia akibat dari diabetes yang 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 hipertofi ginjal dan juga hipertofi ginjal terjadi akibat peningkatan kerja ginjal untuk menyerap ulang glukosa.

#### 6) Medikasi (Agen Toksik)

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

#### 7) Hipertensi

System saraf merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal yang terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, sehingga terjadi atrofi ginjal.

#### 8) Infeksi Saluran Kemih

Adanya infeksi pada saluran kemih yang menyebabkan terjadinya refluks kedalam uretrovesikal

sehingga urin balik mengalir Kembali kedalam ureter yang menyebabkan kerentanan infeksi pada ginjal.

b) Faktor predisposisi

1) Obat-obatan

Kebiasaan mengkonsumsi berbagai jenis obat-obatan yang mengandung bahan lithium dan siklosporin dapat memicu terjadinya gagal ginjal. Hal ini disebabkan karena ginjal bekerja terlalu keras untuk menyaring semua limbah yang dihasilkan dari sisa-sisa obat dalam tubuh.

2) Pola hidup

Berbagai penelitian mengemukakan bahwa merokok, minuman beralkohol, sering mengkonsumsi daging merupakan salah satu faktor risiko terjadinya gagal ginjal kronik. Dimana berbagai bahan kimia yang terdapat dalam rokok dan diserap tubuh dapat menyebabkan penurunan laju GFR (Kalengkongan et al., 2018).

4. Patofisiologi

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

Nefron yang berfungsi sebagai penyaring akan mengalami penurunan fungsi akibat dari penumpukkan sampah dalam darah sehingga terjadi gangguan pada klirens renal, Sebagian akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal. Suplai cairan mulai

berkurang, dan fungsi nefron semakin menurun sehingga mengakibatkan gangguan ginjal secara irreversible.

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

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

Asidosis juga dapat terjadi karena semakin berkembangnya penyakit renal. Terjadi asidosis metabolik seiringan dengan ketidakmampuan ginjal mengsekresikan muatan asam ( $H^+$ ) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam, terutama akibat ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mengsekresi ammonia ( $NH_3$ ) dan mengabsorpsi natrium bikarbonat ( $HCO_3$ ) penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lain terjadi.

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

Perhitungan nilai GFR menggunakan formula persamaan

*Cockcroft and Gault* (1976) dengan rumus;

$$\text{GFR}_{\text{Cockcroft}} = \frac{(140 - \text{usia}) \times \text{bb (Kg)} \times [0.85 \text{ jika perempuan}]}{72 \times \text{kreatinin serum (mg/dl)}}$$

apabila subyek penelitian berjenis kelamin perempuan maka hasil perhitungan nilai estimasi GFR dikali 0,85 (Milvita et al., 2015).

Ada beberapa stadium dalam gangguan fungsi ginjal antara lain :

- a. Stadium I atau penurunan curah cadangan ginjal (>90ml/menit).

Selama stadium ini terjadi daya cadang ginjal (*Renal Reserve*) pada keadaan ini basal LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) masih normal atau malah terjadi peningkatan. Kemudian secara perlahan tapi pasti terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. 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 (Asimptomatik) 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 nocturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang, dan penurunan berat badan. Sampai pada GFR dibawah 30 ml / menit pasien memperlihatkan uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus dan mual muntah. Pasien juga terkena infeksi seperti ISK, infeksi saluran napas, infeksi saluran pencernaan.

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

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

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

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

## 5. Manifestasi Klinis

Pada gagal ginjal kronik akan terjadi rangkaian perubahan. Bila GFR menurun 5 – 10% dari keadaan normal dan terus mendekati nol, maka pasien akan menderita *sindrom uremik*, yaitu suatu kompleks gejala yang diakibatkan atau berkaitan dengan retensi metabolik nitrogen akibat gagal ginjal (Nursalam & M, 2011).

- 1) Gangguan fungsi pengaturan dan ekskresi : kelainan volume cairan dan elektrolit, ketidakseimbangan asam basa, retensi metabolit nitrogen serta metabolit lainnya, serta anemia akibat defisiensi sekresi ginjal ( Eritopoeitin),
- 2) Gabungan kelainan kardiovaskuler, neuromuskuler, saluran cerna,dan kelainan lainnya (dasar kelainan sistem ini belum banyak diketahui).

Penyakit ginjal kronik seringkali teridentifikasi hingga tahap uremik akhir tercapai. Uremia yang secara harafiah berarti “urine dalam darah” adalah sindrom atau kumpulan gejala yang terkait dengan ESRD. Pada uremia, keseimbangan cairan dan elektrolit terganggu, pengaturan dan fungsi endokrin ginjal rusak, dan akumulasi produk sisa secara ecensial memengaruhi setiap sistem organ lain.

Manifestasi awal uremia mencakup mual, apatis, kelemahan, dan keletihan, gejala yang kerap kali keliru dianggap sebagai infeksi virus atau influenza. Ketika kondisi memburuk, muntah sering, peningkatan kelemahan, leterangu, dan kebingungan muncul.

#### 6. Pemeriksaan Diagnostik

Dalam menentukan diagnosa gagal ginjal kronik maka diadakan pemeriksaan diagnostik lainnya antara lain (Muttaqin & Kumalasari, 2013):

##### a. Uji Kliners Kreatinin

Untuk melakuka tes bersihan kreatinin, cukup mengumpulkan spesimen urin 24 jam dan satu spesimen darah diambil dalam satu 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 : 0,8 – 1,5 mg / 100 ml sedangkan wanita : 0,7 – 1,25 mg / 100 ml.

c. Pemeriksaan BUN normal ( *Blood ureum Nitrogen*)

Konsentrasi BUN normal besarnya antara 10 sampai 20mg/100ml sedangkan konsentrasi normal kreatin plasma besarnya 0,7 – 1,5 mg/100ml. kedua zat merupakan kedua hasil Nitrogen dari metabolisme protein yang normal yang diekresikan dalam urin. Bila GFR urin turun seperti pada insufisiensi ginjal, kadar kreatinin dan BUN plasma meningkat, keadaan ini dikenal sebagai azotemia (zat nitrogen didalam darah).

d. Pemeriksaan USG

Pada gagal ginjal kronik biasanya dilakukan USG untuk menentukan ukuran ginjal dan adanya massa, kista, obstruksi pada sistem perkemihan atas.

e. EKG

Mungkin abnormal karna biasanya menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa.

7. Penatalaksanaan medik

a. Hipertensi

- 1) Hipertensi dapat dikontrol dengan pembatasan natrium dan cairan.
- 2) Pemberian obat antihipertensi: metildopa (aldomet), propranolol, klonidin (catapres).
- 3) Apabila penderita sedang mengalami terapi hemodialisa, pemberian antihipertensi dihentikan karena dapat mengakitkannya hipotensi dan syok yang diakibatkan oleh keluarnya cairan intravaskuler melalui ultrafiltrasi.
- 4) Pemberian diuretik : Furosemid (lasix).

b. Hiperkalemia

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

Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena, yang akan memasukan  $K^+$  ke dalam sel, atau dengan pemberian Kalsium Glukonat 10%.

c. Anemia

Anemia pada gagal ginjal kronik diakibatkan penurunan sekresi eritropoietin oleh ginjal. Pengobatannya adalah pemberian hormon eritropoietin, yaitu *rekombinan eritropoietin* (r-EPO), selain dengan pemberian vitamin dan asam folat, besi dan transfusi darah.

d. Asidosis

Asidosis ginjal biasanya tidak diobati kecuali  $\text{HCO}_3$  plasma turun dibawah angka  $15\text{ mEq/L}$ . Bila asidosis berat akan dikoreksi dengan pemberian  $\text{Na HCO}_3$  (Natrium Bikarbonat) parenteral. Koreksi pH darah yang berlebihan dapat mempercepat timbulnya tetani, maka harus dimonitor dengan seksama.

e. Diet rendah fosfat

Diet rendah fosfat dengan pemberian gel yang dapat mengikat fosfat didalam usus. Gel yang dapat mengikat fosfat harus dimakan bersama dengan makanan.

f. Pengobatan hiperurisemia

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

g. Dialisis dan transpaltasi

Pengobatan gagal ginjal stadium akhir adalah dengan dialisis dan transpaltasi ginjal. Dialisis dapat digunakan untuk mempertahankan penderita dalam keadaan klinis yang optimal sampai tersedia donor ginjal.

Dialisis dilakukan apabila kadar kreatinin serum biasanya diatas 6mg/100ml pada laki-laki atau 4ml / 100 ml pada wanita, dan GFR kurang dari 4 ml / menit.

8. Komplikasi

Menurut Nursalam, (2011) pada penyakit gagal ginjal kronik mempunyai komplikasi atau akibatnya antara lain yaitu:

a. Hiperkalemia

Hiperkalemia terjadi karena penurunan eksresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebih.

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

c. Hipertensi terjadi karena adanya retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem renin-angiotensin-aldosetron.

d. Anemia, timbul akibat adanya penurunan eritropeitin, penurunan tentang usia sel darah merah, pendarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah hemodialisa.

e. Penyakit tulang, terjadi karena penurunan kasar kalsium (hipokesmia), secara langsung akan mengakibatkan disklafikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur patologis.

## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian

#### 1) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

Data Subjektif : Riwayat DM, Riwayat Hipertensi

Data Objektif : Tampak lesu, nadi kuat, pitting pada kaki, takipnea.

#### 2) Pola Nutrisi Metabolik

Data Subjektif : Peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), anoreksia, nyeri ulu hati, mual, muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernapasan amoniak).

Data Objektif : Distensi abdomen/asites, pembesaran hati (tahap akhir), perubahan turgor kulit/kelembapan, edema, ulserasi gusi, pendarahan/gusi/lidah, penurunan otot, penurunan lemak subkutan, penampilan tak bertenaga.

#### 3) Pola Eliminasi

Data Subjektif : Penurunan frekuensi urine, oliguri, anuria (gagal jantung lanjut).

Data Objektif : Abdomen kembung, diare, atau konstipasi.

#### 4) Pola Aktifitas dan Latihan

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

Data Objektif : Nafas pendek dispnea nokturnal paroksimal ; batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak, takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi/kedalaman (pernapasan kussmaul). Batuk produktif

dengan sputum merah muda encer (edema paru).

5) Pola Tidur dan Istirahat

Data Subjektif : Gangguan tidur (insomnia, gelisah)

Data Objektif : Gelisah atau samnolen, cemas, pruritus.

6) Pola Persepsi dan Kognitif

Data Subjektif : Sakit kepala, penglihatan kabur

Data Objektif : Gangguan status mental, penurunan lapang.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data Subjektif : Harga diri rendah, perasaan tidak berdaya.

Data Objektif : Sering marah-marah, cemas.

8) Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

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

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

9) Pola Produksi dan Seksualitas

Data Objektif : Penurunan libido, emenorea, infertilitas.

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

Data Subjektif : Hubungan perasaan tidak berdaya, tidak ada harapan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan untuk gagal ginjal yaitu :

- a. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan)
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada

pasien tidak ditemukan adanya data pendukung seperti kerusakan pada atau lapisan kulit.

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak ditemukan adanya data pendukung seperti penurunan berat badan minimal 10 %, bising usus hiperaktif, nafsu makan menurun, kram/nyeri abdomen, membran mukosa pucat (PPNI, 2017).

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

Adapun perencanaan keperawatan yang disusun untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh penderita Gagal Ginjal Kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) yaitu:

- a. Diagnosa 1 : Hipervolemi berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

SLKI : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka:

- 1) Keseimbangan cairan dapat meningkat dengan kriteria

hasil :

- a) Asupan cairan meningkat
- b) Haluaran urine meningkat
- c) Kelembapan membrane mukosa meningkat
- d) Edema menurun
- e) Dehidrasi menurun
- f) Tekanan darah membaik
- g) Denyut nadi radial membaik
- h) Tekanan arteri rata-rata membaik
- i) Membrane mukosa membaik
- j) Mata cekung membaik
- k) Turgor kulit membaik

2) Tingkat kepatuhan dapat meningkat dengan kriteria hasil :

- a) Verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat
- b) Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat
- c) Perilaku mengikuti program perawatan atau pengobatan membaik
- d) Perilaku menjalankan program membaik

SIKI : Manajemen Hipervolemia

Observasi

- a) Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)  
Rasional : untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul
- b) Identifikasi penyebab hypervolemia  
Rasional : untuk mengetahui penyebab dari terkena hipervolemi
- c) Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, POMP, CO, CI) jika tersedia.  
Rasional: Untuk Mengetahui tanda-tanda vital pasien.
- d) Monitor intake dan output cairan  
Rasional : untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, atau seimbang.
- e) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematocrit, berat jenis urine).  
Rasional : untuk mengetahui cairan dalam darah.
- f) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat).

Rasional : untuk Mengetahui tentang tanda-tanda hipervolemia.

- g) Monitor kecepatan infus secara ketat

Rasional : untuk menghindari kelebihan cairan yang masuk kedalam tubuh.

- h) Monitor efek samping deuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hypovolemia, hipokalemia, hyponatremia)

Rasional : untuk mengetahui intake ke dalam tubuh

#### Terapeutik

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

Rasional : untuk mengetahui perkembangan berat Badan.

- b) Batasi asupan cairan dan garam.

Rasional : untuk membatasi cairan yang masuk didalam tubuh.

- c) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Rasional : untuk memberikan posisi nyaman pada pasien

#### Edukasi

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

Rasional : agar segera mendapatkan penanganan sesuai perkembangan

- b) Anjurkan melapor jika BB bertambah  $>1$  kg dalam sehari

Rasional : agar segera mendapatkan penanganan sesuai perkembangan

- c) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan

Rasional : agar pasien bisa mengukur cairan tubuhnya sendiri

d) Ajarkan cara membatasi cairan

Rasional : agar pasien bisa membatasi diri

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian diuretik

Rasional : untuk mempercepat pembuangan urin

2) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

Rasional : agar kalium dalam tubuh tetap terjaga

3) Kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* (CRRT), jika perlu

Rasional : untuk menggantikan fungsi ginjal

b. Diagnosa II : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas (Kelemahan otot pernapasan).

SLKI : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka diharapkan pola napas dapat membaik dengan kriteria hasil :

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

SIKI : Manajemen jalan napas ( 1.01011)

Observasi

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

Rasional : untuk mengetahui gejala pola napas tidak efektif

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

Rasional : Untuk menentukan suara napas tambahan

3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional : untuk mengetahui adanya sputum dan kontraindikasi

#### Terapeutik

1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)

Rasional : untuk mencegah trauma servikal

2) Posisikan semi-fowler atau fowler

Rasional : untuk memberi keleluasan O<sub>2</sub> dan rasa nyaman

3) Berikan minum air hangat

Rasional : Untuk membuat tenggorakan akan lebih nyaman

4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu

Rasional : Untuk mengeluarkan sputum efektif

5) Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik

Rasional : Untuk mengeluarkan sekret atau lendir yang tidak bisa keluar

6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal

Rasional : Untuk mencegah tidak adanya penyumbatan jalan napas

7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill

Rasional : Untuk menghindari ketidakefektifan jalan napas

8) Berikan oksigen, jika perlu

Rasional : untuk membantu asupan O<sub>2</sub>

#### Edukasi

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

Rasional : Untuk dapat mengeluarkan sekret dan lendir secara efektif

2) Ajarkan Teknik batuk efektif

Rasional : Untuk mencegah terjadinya penyumbatan

### Kolaborasi

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

Rasional : Untuk mencegah adanya penyumbatan pola napas

- c. Diagnosa III : intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

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

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

SIKI :

Terapi aktivitas

Observasi

- 1) Identifikasi deficit tingkat aktivitas

Rasional : Untuk melatih otot tubuh pasien

- 2) Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kelemahan

- 3) Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan

Rasional : Untuk meningkatkan gaya gerak otot

- 4) Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas

Rasional : Untuk mengetahui daya rasa pasien

- 5) Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. Pekerjaan) dan waktu luang

Rasional : Untuk mengetahui waktu yang efektif

- 6) Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kemampuan pasien  
 Terapeutik

1) Fasilitasi focus pada kemampuan, bukan deficit yang dialami

Rasional : Untuk mengajarkan strategi kepada pasien

2) Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas

Rasional : Untuk membuat rentang gerak efektif

3) Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kemauan pasien

4) Koordinasikan pemilihan aktivitas secara usia

Rasional : Untuk mengetahui aktivitas yang dapat digunakan

sesuai dengan rentang gerak

5) Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih

Rasional : untuk membuat nyaman

6) Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai

Rasional : Untuk membuat pasien untuk lebih konsisten

7) Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih

Rasional : untuk membuat rasa nyaman

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

Rasional : Untuk membantu pasien meningkatkan rentang gerak

9) Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak

Rasional : Untuk mengetahui income pasien

10) Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif

Rasional : untuk membatasi rentang gerak yang berlebih

- 11) Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai

Rasional : untuk membuat agar lebih efektif

- 12) Fasilitasi aktivitas motoric untuk merelaksasikan otot

Rasional : untuk meningkatkan daya kerja otot

- 13) Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis.kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien dimensia , jika sesuai

Rasional : untuk mengetahui respon motorik

- 14) Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif

Rasional : Untuk membuat rasa tanggung jawab dan kepekaan

- 15) Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. Vocal grup, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu)

Rasional : Untuk mencegah adanya anxiety

- 16) Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu

Rasional : untuk membantu pasien

- 17) Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri

Rasional : Untuk memberikan semangat

- 18) Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan

Rasional : Untuk mencapai goals yang sudah ditentukan

- 19) Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari

Rasional : Untuk membuat lebih efektif

- 20) Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas

Rasional : Untuk memberi support

### Edukasi

- 1) Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu  
Rasional : Agar pasien paham tentang apa goals yang dicapai
- 2) Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih  
Rasional : Agar klien dapat mengontrol diri sendiri
- 3) Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan Kesehatan  
Rasional : Untuk melatih tingkat rentang gerak
- 4) Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai  
Rasional : Untuk mengetahui daya incame yang baik
- 5) Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas  
Rasional : Untuk memberikan semangat kepada pasien

### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai  
Rasional : Untuk membantu kekuatan otot
- 2) Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu  
Rasional : Untuk meningkatkan daya rentang gerak pasien (PPNI, 2017b).

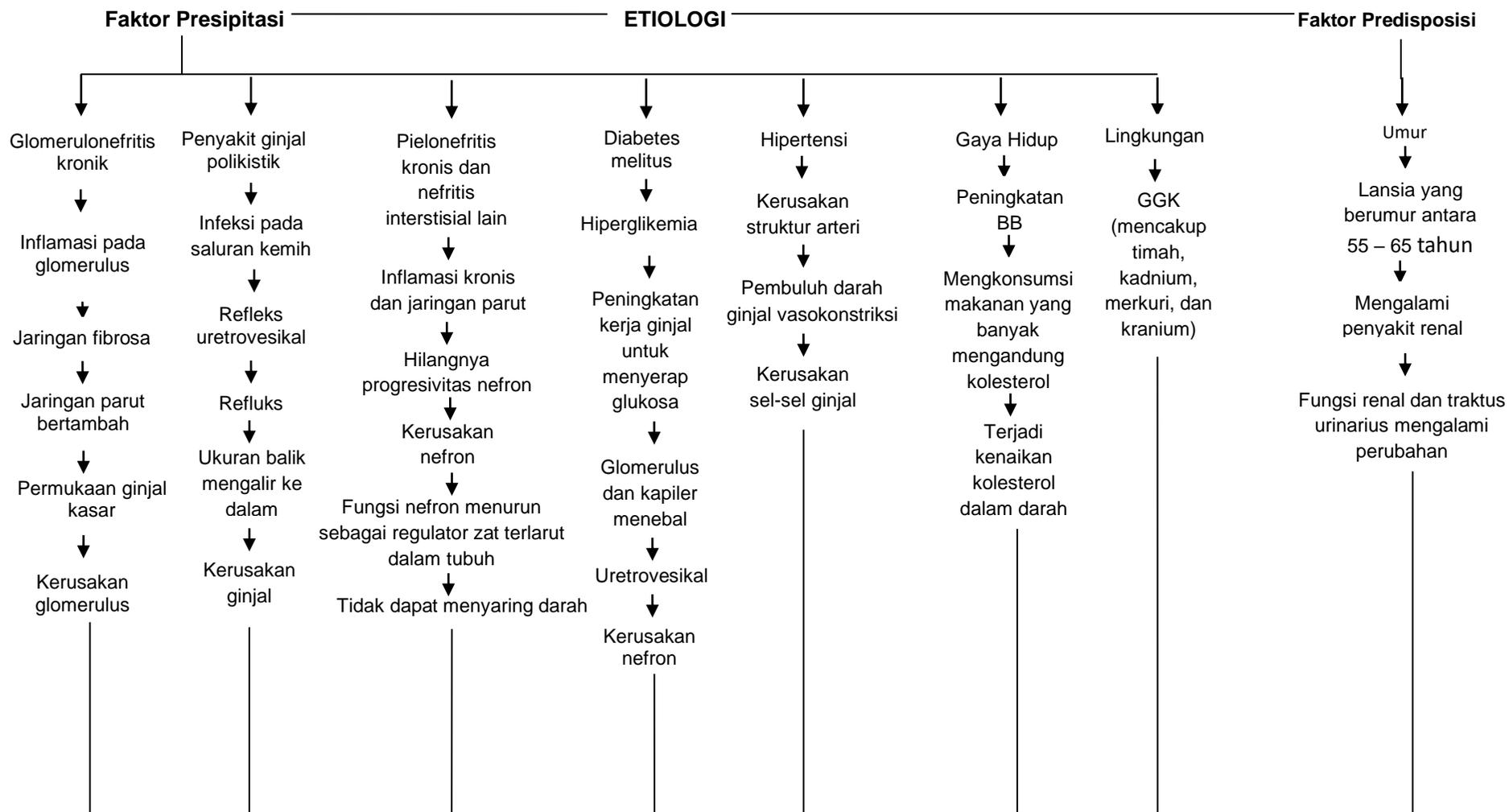
### 4. Perencanaan pulang

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

- a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenal tanda dan gejala perburukkan penyakit Gagal Ginjal Kronik. Misalnya : mual dan muntah, pengeluaran urine, nafas berbau amoniak.

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

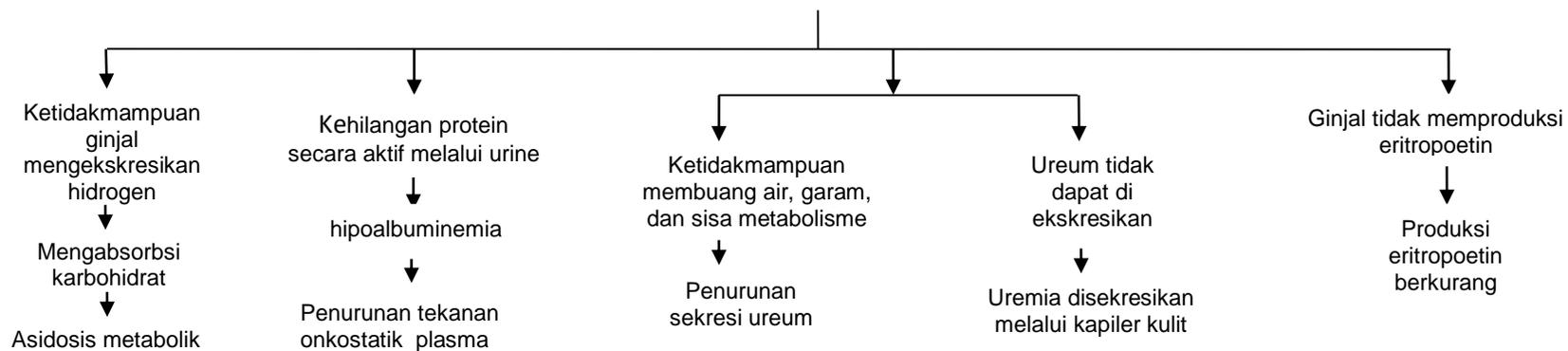
### C. Patoflowdiagram

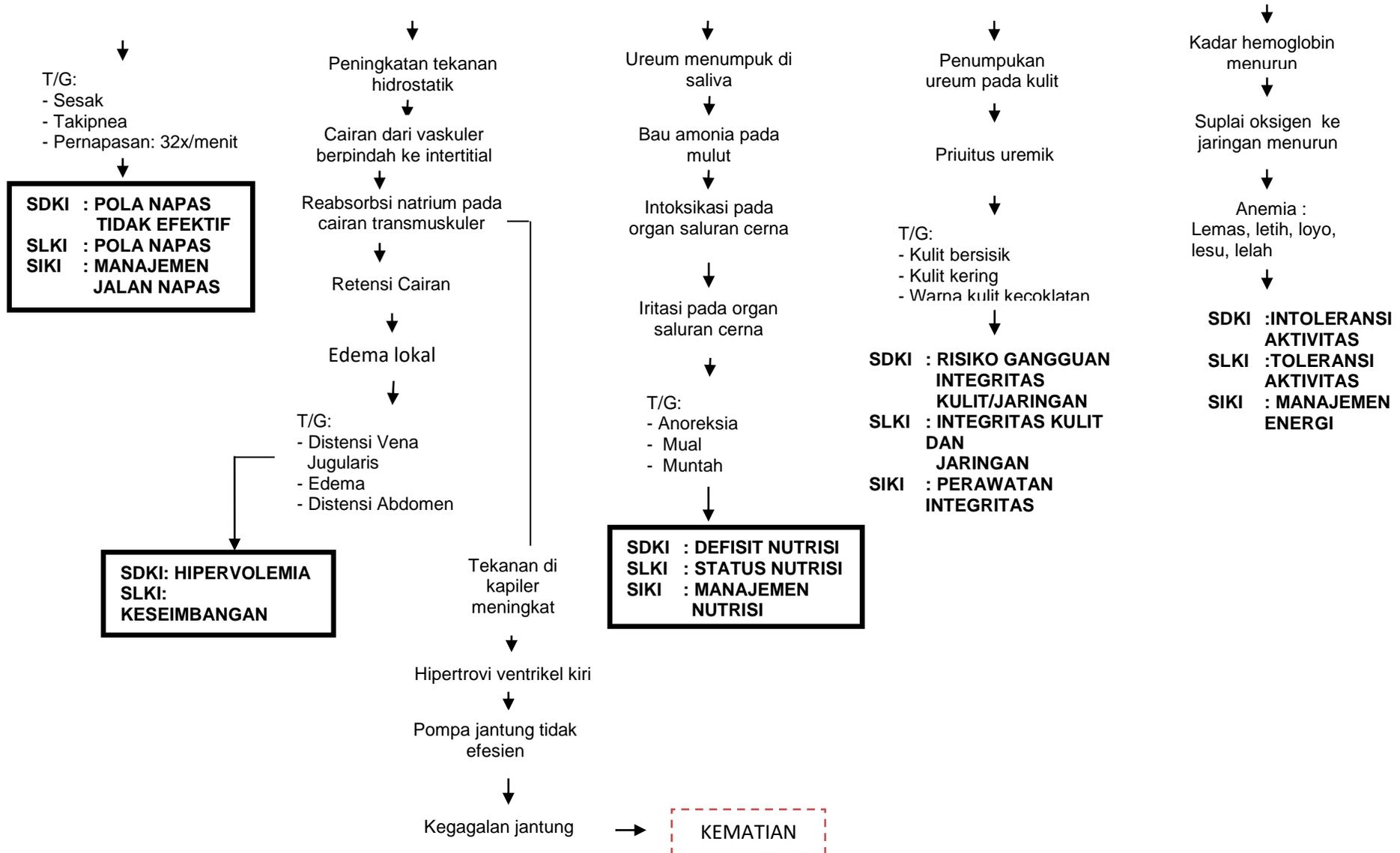




↓  
**GAGAL GINJAL KRONIK**  
 ↓

- 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

### PENGAMATAN KASUS

Pasien dari IGD atas nama Ny "M" usia 73 tahun dengan diagnosa medis : masuk ke ruangan Bernadeth III RS Stella Maris pada tanggal 28 Mei 2022 pukul 19.00 WITA. Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak sejak 2 minggu yang lalu dan edema pada kedua tungkai 1 minggu yang lalu sehingga keluarga membawa pasien ke RS Stella maris Makassar. Keluarga pasien juga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi yang sudah diderita selama  $\pm$  20 tahun terakhir dan juga mengonsumsi obat penurun tekanan darah. Keluarga pasien juga mengatakan pasien juga hanya sedikit BAK dengan jumlah 100 cc/harinya sejak 1 minggu yang lalu.

Data lain yang didapatkan yaitu pasien tampak terbaring lemah ditempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak pasien sesak, terpasang O2 NRM 15 liter/menit. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien, yaitu : Tekanan darah : 200/100mmHg, suhu : 36,6 °C, Nadi : 102 x/menit, tampak edema di kedua tungkai kedalaman 5 mm, palpebra edema, tampak asites, tampak CRT kembali dalam 6 detik, pernapasan : 30x/menit, SpO2 : 93%. Pasien tampak sadar penuh (composmentis), Hasil pemeriksaan Ureum Creatine: ureum (115.6), creatine (6.21) Hasil pemeriksaan laboratorium yaitu : WBC (11.28), RBC (3.45), HGB (10.6), HCT (28.9). MCH (30.7), MCHC (36.7), RDW-SD (36.6), NEUT# (8.92), LYMPH# (0.92), MONO# (1.22), Albumin (2.73), foto thorax gambaran acites.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus tersebut yaitu Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan, pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas (Kelemahan otot pernapasan), Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Selama pasien di RS pasien di beri terapi Ondantron 1 amp/8 jam /IV,

Omeprazole 1 flc/12 jam /IV, Nefrosteril 1 botol/24 jam/ IV, Amlodipin 10 mg/1x1/oral, Candesartan 16 mg/1x1/oral, furosemide dalam sp jalan 2 telah dilakukan pemeriksaan laboratorium berupa darah lengkap, ureumcreatinine dan swab antigen, serta dilakukan pemeriksaan USG.



liter/menit dan terpasang syringe pump furosemide 2 cc . Pasien tampak sesak dengan frekuensi pernapasan 32 x/menit, , jenis pernapasan takipnea tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur dengan posisi semifowler , edema pada kedua tungkai.

#### B. Tanda-Tanda Vital

##### 1. Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

- a) Respon motorik : 5
- b) Respon bicara : 6
- c) Respon membuka mata : 4 +

Jumlah :15

Kesimpulan :Pasien tidak koma

##### 2. Tekanan darah: 200/100 mmHg

MAP 166,6 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai

##### 3. Suhu : 36,4<sup>0</sup>C di Oral **Axilla** Rectal

##### 4. Pernapasan: 32x/menit

Irama : Teratur Bradipnea

**Takipnea** Kusmaul

Cheyne-stokes

Jenis : **Dada** Perut

##### 5. Nadi : 102 x/menit

Irama : Teratur Bradikardi Takikardi Kuat **Lemah**

#### C. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 23 cm

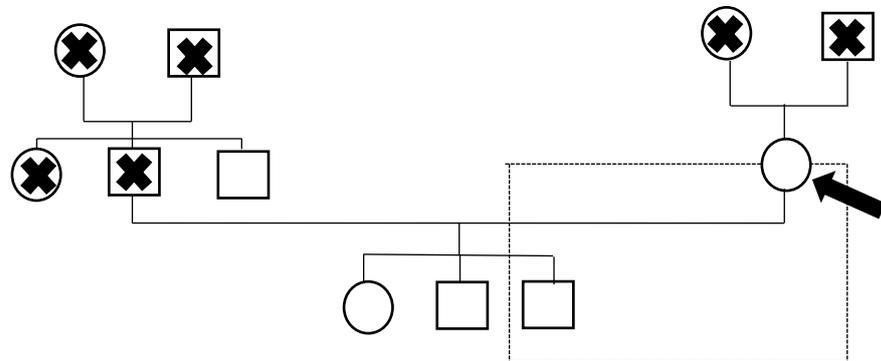
2. Tinggi badan : 165 cm

3. Berat badan : 66 kg

4. IMT (Indeks Massa Tubuh) : 25,5

Kesimpulan : kelebihan berat badan tingkat ringan

## D. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

## Keterangan:

- : Perempuan
- : Laki-laki
- ✕ : Meninggal
- : Tinggal serumah
- ➔ : Pasien

## IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

## A. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

## 1. Keadaan sebelum sakit:

Keluarga mengatakan sudah memfasilitasi kesehatan. Sebelum sakit keluarga pasien mengatakan sering mengontrol kesehatannya dengan cara sering ke poli dan puskesmas terdekat, keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak pernah mengonsumsi suplemen atau vitamin akan tetapi pasien rajin mengonsumsi obat hipertensinya. Keluarga pasien mengatakan pasien selalu menjaga Kesehatan, kebersihan tubuh dan lingkungan sekitar.

2. Riwayat penyakit saat ini :

Keluhan utama : Sesak napas

Riwayat keluhan utama :

Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak dirumah sejak  $\pm$  2 minggu yang lalu dan edema pada kedua tungkai  $\pm$  1 minggu yang lalu sehingga keluarga pasien membawa pasien ke RS Stella maris Makassar pada tanggal 28 Mei 2022. Saat pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh sesak frekuensi napas 32 x/menit, pernapasan takipnea, menggunakan otot bantu pernapasan, terpasang NRM 15 Liter/menit, posisi pasien *semi fowler*, tampak pasien lemah, pucat dan gelisah terdapat edema pada kedua tungkai atas dan bawah dengan kedalaman 5 mm, tampak asites.

3. Riwayat penyakit yang pernah dialami:

Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi selama  $\pm$  20 tahun terakhir. Keluarga pasien juga mengatakan jika pasien juga rutin meminum amlodipine .

4. Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga pasien yang mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan gagal ginjal.

Pemeriksaan fisik :

- a. Kebersihan rambut :Tampak rambut pasien bersih dan
- b. beruban
- c. Kulit kepala : Tampak kulit kepala bersih dan tidak
- d. terdapat lesi
- e. Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih dan tidak bersisik
- f. Higiene rongga mulut : Tampak rongga mulut pasien kotor

g. Kebersihan genetalia : Tidak dikaji

h. Kebersihan anus : Tidak dikaji

## B. Pola Nutrisi dan Metabolik

### 1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien baik, frekuensi makan 3x sehari. Pasien makan nasi, sayur dan lauk dan kadang pasien mengkonsumsi beras merah. Setelah makan pasien biasanya mengkonsumsi buah-buahan, keluarga pasien juga mengatakan pasien suka mengkonsumsi makanan asin dan daging-dagingan. Keluarga pasien mengatakan pasien mengkonsumsi air putih dalam sehari  $\pm$  5-7 gelas (1000-1400cc).

### 2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien kurang makan, ia hanya mampu menghabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan pasien sering merasa haus sehingga minum air putih 5-8 gelas (1000-1600cc) sehari. Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien naik dari 60 kg menjadi 66 kg.

Observasi :

Tampak pasien hanya menghabiskan  $\frac{1}{2}$  makanan yang disediakan. Tampak pasien menghabiskan 1 gelas air putih 250 cc. tampak kedua tungkai pasien mengalami edema sehingga pasien mengalami kenaikan berat badan dari 60 kg-66 kg.

### 3. Pemeriksaan fisik :

- a. Keadaan rambut : Tampak rambut pasien bersih
- b. Hidrasi kulit : Hidrasi kulit kering
- c. Palpebra/conjungtiva : Tampak edema
- d. Sclera : Tidak icterik

- e. Hidung : Tampak septum berada ditengah, tidak ada peradangan, tidak ada sekret
- f. Rongga mulut : Tampak bersih dan tidak ada peradangan
- g. Gusi : Tidak ada peradangan
- h. Gigi : Tampak gigi lengkap
- i. Gigi palsu : Tampak tidak ada gigi palsu
- j. Kemampuan mengunyah keras : Tampak mampu mengunyah keras
- k. Lidah : Tampak lidah pasien bersih dan tidak ada peradangan
- l. Pharing : Tampak tidak ada peradangan
- m. Kelenjar getah bening : Tampak tidak terjadi pembesaran kelenjar getah bening pada pasien
- n. Kelenjar parotis : Tampak tidak terjadi pembesaran pada kelenjar parotis pasien
- o. Abdomen :
- 1) Inspeksi : Tampak perut pasien asites dan tidak tampak bayangan vena
  - 2) Auskultasi : Peristaltik usus 12x/menit
  - 3) Palpasi : Tampak tidak ada nyeri tekan dan tidak adanya massa dan benjolan pada perut
  - 4) Perkusi : Tampak terdengar suara abdomen pekak
- p. Kulit :
- 1) Edema : **Positif** Negatif
  - 2) Icteric : Positif **Negatif**
  - 3) Tanda-tanda radang: Tidak ada peradangan
- q. Lesi : Tampak terdapat lesi

### C. Pola Eliminasi

#### 1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan BAB lancar dengan frekuensi 1x sehari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan. BAK lancar dengan frekuensi 5-8x sehari dan berwarna kuning pekat, dan berbau amoniak, dan pasien mengatakan tidak ada hambatan saat BAK.

#### 2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan frekuensi BAB pasien tidak menentu kadang 2 hari sekali dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan. Keluarga pasien mengatakan BAK pasien hanya 1 kali dalam sehari dan hanya sedikit dengan total frekuensi  $\pm 50$  cc.

#### Observasi :

Pasien tampak BAB dengan konsistensi lunak berwarna kuning.

#### Pemeriksaan fisik :

- a) Peristaltik usus 12 x/menit
- b) Palpasi kandung kemih : Penuh      **Kosong**
- c) Nyeri ketuk ginjal        : **Positif**      Negatif
- d) Mulut uretra : Tidak ada
- e) Anus :
  - 1) Peradangan    : Tidak dikaji
  - 2) Hemoroid       : Tidak dikaji
  - 3) Fistula         : Tidak dikaji

### D. Pola Aktivitas dan Latihan

#### 1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang pensiunan guru di salah satu sekolah dasar swasta di makassar. Sehari-hari pasien menghabiskan waktunya dirumah dengan dengan bercocok tanam dan membersihkan

rumah. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang bahkan tidak pernah berolahraga karena pasien merasa badannya lemas serta pasien hanya bisa bergerak seadanya

## 2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak banyak melakukan aktifitas karena cepat lelah dan badan terasa lemah. Keluarga pasien mengatakan sejak pasien dirawat dirumah sakit sesaknya bertambah jika beraktifitas seperti pergi ke kamar mandi. Pasien mengatakan ia banyak di bantu oleh keluarganya Ketika melakukan banyak aktifitas karena ia merasa badannya lemas dan mudah Lelah jika melakukan aktifitas.

### Observasi :

Pasien sesak dengan frekuensi 38 x/menit dengan jenis pernapasan takipnea tampak pasien menggunakan NRM 15 Liter/menit, tampak pasien dengan posisi *semi fowler*.

#### a. Aktivitas harian :

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

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

b. Postur tubuh : Kifosis

c. Gaya jalan : Tidak dikaji

d. Anggota gerak yang cacat : Tidak ada yang cacat

e. Fiksasi : Tidak ada

f. Tracheostomi : Tidak ada

### 3. Pemeriksaan fisik

#### a. Tekanan darah

Barbaring : Tidak dikaji

Duduk : 200/100 mmHg

Berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik :                      Positif                      **Negatif**

b. HR : 102 x/menit

#### c. Kulit :

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

#### d. JVP 5-2 cmH<sub>2</sub>O

Kesimpulan : Pemompaan Ventrikel memadai

e. Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam 6 detik

#### f. Thorax dan pernapasan

##### 1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Simetris kiri dan kanan

Retraksi interkostal : Penggunaan otot bantu pernapasan

Sianosis : Tampak tidak ada sianosis pada thorax

##### 2) Palpasi :

Vocal premitus : Getaran sama dirasakan pada kedua lapang paru

Krepitasi : Tidak ada

##### 3) Perkusi :

Sonor                      Redup                      **Pekak**

Lokasi : Lapang paru sebelah kanan dan kiri

## 4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikuler lemah dilapang paru di kiri dan kanan

Suara ucapan : jelas dikedua lapang paru

Suara tambahan : Tidak ada suara tambahan

## g. Jantung

## a. Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak ada

## b. Palpasi :

Ictus cordis : Teraba di ICS 5 Linea mid-clavicularis

## c. Perkusi :

Batas atas jantung : ICS 2 Linea sternalis dextra

Batas bawah jantung : ICS 5 Linea mid-clavicularis sinistra

Batas kanan jantung : Linea mid-sternalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 mid-axilaris interior sinistra

## d. Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 Linea sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal ICS 3 Linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4 Linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal ICS 5 Linea sternalis mid clavicular sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak terdengar

A. Renalis : Tidak terdengar

A. Femoralis : Tidak terdengar

## h. Lengan dan tungkai

- 1) Atrofi otot                      Positif                      **Negatif**

Rentang gerak :

Kaku sendi                      : Tidak ada

Nyeri sendi                      : Tidak ada

Fraktur                              : Tidak ada

Parese                                : Tidak ada

Paralisis                            : Tidak ada

- 2) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	4	4
Kaki	4	4

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

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

b. Refleks patologi : negatif

Babinski, Kiri : Positif

**Negatif**

Kanan : Positif

**Negatif**

c. Clubing jari-jari : Tampak tidak ada clubbing jari pada pasien.

d. Varises tungkai : Tampak tidak ada varises pada kedua tungkai pada pasien.

i) Columna vetebralis:

- a. Inspeksi : Lordosis **Kifosis** Skoliosis  
 b. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan  
 Kaku kuduk : Tidak ada

E. Pola Tidur dan Istirahat

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak ada keluhan saat tidur maupun istirahat. Keluarga pasien mengatakan pasien tidur malam sekitar 7-8 jam dari pukul 21.00-05.00 WITA dan tidur siang sekitar 2 jam dari pukul 14.00-16.00 WITA. Keluarga pasien mengatakan pasien lebih suka tidur dalam keadaan gelap. Pasien juga mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi obat tidur.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur pada malam hari karena sesak. Keluarga pasien mengatakan pasien tidur malam sekitar 3-4 jam dan tidak bisa tidur siang. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun karena sesak dan sesekali pasien terlihat gelisah.

Observasi :

- Ekspresi wajah mengantuk : **Positif** Negatif  
 Banyak menguap : Positif **Negatif**  
 Palpebra inferior berwarna gelap : **Positif** Negatif

F. Pola Persepsi Kognitif

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien mampu mendengar dengan baik, dapat merasakan panas atau dingin, pasien dapat merasakan manis-pahit, asam-asin, pasien juga mampu menghirup bau-bauan seperti bau minyak kayu putih.

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak memakai alat bantu penglihatan.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan mudah dalam mempelajari sesuatu yang baru. Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak ada perubahan dalam pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan. Pasien mampu berorientasi dengan lingkungan sekitar.

3. Observasi :

Tampak pasien dapat berorientasi dengan baik dengan lingkungan sekitar.

Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

- 1) Kornea : Tampak kornea mata pada pasien kurang jernih
- 2) Pupil : Tampak pupil mata pasien isokor
- 3) Lensa mata : Tampak lensa mata pasien keruh
- 4) Tekanan intra okuler (TIO) : Tampak tak ada peningkatan TIO pada kedua mata pasien

b) Pendengaran

- 1) Pina : Tampak simetris
- 2) Kanalis : Tampak bersih
- 3) Membran timpani : Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : tidak dikaji (pasien menolak)

G. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien seorang ibu rumah tangga yang mempunyai 3 orang anak. Untuk kebutuhan sehari-hari ia hanya mengharapkan uang pensiunan.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit badan pasien terlihat lemas, dan pasien mengatakan pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur dan tidak bisa menjalankan tugas sebagai IRT.

3. Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dengan menggunakan NRM 15 ltr/menit.

- a. Kontak mata : Tampak kota mata pasien kurang
- b. Rentang perhatian : Tampak pasien kurang perhatian
- c. Suara dan cara bicara : Tampak suara pasien pelan dan kurang jelas
- d. Postur tubuh : Tampak postur tubuh pasien kifosis

4. Pemeriksaan fisik

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tampak taka da kelainan bawaan pada pasien
- b) Bentuk/postur tubuh : Tampak bentuk tubuh pasien kifosis
- c) Kulit : Tampak kulit pasien terdapat lesi

H. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama anak dan mantunya. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan keluarga serta para tetangganya.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga dan perawat serta pasien lainnya terjalin dengan baik.

3. Observasi :

Tampak pasien berkomunikasi dengan keluarga dan perawat baik. Pasien di jaga oleh anaknya.

I. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki 4 orang anak yang kini sudah tumbuh dewasa dan semuanya sudah berkeluarga.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki 2 orang anak perempuan serta tidak mempunyai keluhan pada bagian reproduksi.

3. Observasi :

Tidak dikaji (pasien menolak)

4. Pemeriksaan fisik :

Tidak dikaji (pasien menolak)

J. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan bila pasien mengalami masalah, pasien biasa mengontrol diri dan selalu bercerita dengan anak mantunya. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalihkan amarahnya dengan bercerita dan kadang bermain *handphone*.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa cemas dan gelisah terhadap penyakitnya dan hanya bisa berpasrah terhadap Tuhan yang Maha Esa.

3. Observasi :

Tampak raut wajah pasien sedih.

## K. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

### 1. Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama Kristen khatolik. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit ia rajin ikut ibadah di gereja setiap minggu dan mengikuti ibadah rukun ataupun kegiatan lainnya yang berhubungan dengan gereja.

### 2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien jarang ke gereja untuk ibadah. Keluarga pasien mengatakan pasien hanya bisa berdoa dan membaca alkitab di atas tempat tidur.

### 3. Observasi :

Tampak di kamar pasien terdapat alkitab dan kalung rosario di atas tempat tidur.

## V. UJI SARAF KRANIAL

- a. N I (Olfactorius) : Pasien mampu menghirup serta membedakan bau minyak kayu putih dengan menutup mata
- b. N II (Opticus) : Pasien mampu membaca papan nama perawat dalam jarak jauh
- c. N III, IV, VI (oculomotorius, trochlearis, abducens) : Pasien mampu mengerakkan bola mata kesegala arah, pupil mengecil saat diberi cahaya, reflex akomodasi baik.
- d. N V (trigeminus) :
  - Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekkana kapas dipipi sebelah kanan dan kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.
  - Motorik : Pasien mampu menguyah makanan keras.
- e. N VII (fascialis) :
  - Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula.
  - Motorik : Pasien mampu tersenyum, mengangkat alis, dan

mengerut dahi.

f. N VIII :

Vestibularis : Tidak dikaji (pasien sesak)

Akustikus : Pasien mampu mendengar gesekan jari tangan perawat pada telinga kiri dan kanan,

g. N IX (glossopharyngeus): Tampak letak ovula ditengah

h. N X (vagus) : Tampak pasien mampu menelan

i. N XI (ascorius) : Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan bahu kiri serta dapat mengerakkan kepala ke kiri dan ke kanan.

j. N XII (hypoglossus) : Pasien mampu menjulurkan lidah kedepan dan mendorong lidah ke pipi kanan dan pipi kiri.

## PEMERIKSAAN PENUNJANG

### a. Pemeriksaan laboratorium

PARAMETER	NILAI RUJUKAN	
WBC	11.28 + [10 <sup>3</sup> /uL]	( 4.60 – 10.20 )
RBC	3.45 - [10 <sup>3</sup> /uL]	( 4.00 – 6.10 )
HGB	10.6 * [g/dL]	( 12.2 – 18.1 )
HCT	28.9 – [%]	( 37.0 – 53.7 )
MCV	83.8 [fL]	( 80.0 – 97.0 )
MCH	30.7 * [pg]	( 26.0 – 31.2 )
MCHC	36.7 * [g/dL]	( 31.8 – 35.4 )
PLT	265 [10 <sup>3</sup> /uL]	( 150 – 450 )
RDW-SD	36.6 - [fL]	( 37.0 – 54.0 )
RDW-CV	11.9 [%]	( 11.5 – 14.5 )
PDW	10.2 [fL]	(9.0 – 13.0 )
MPV	9.8 [fL]	( 7.2 – 11.1 )
P-LCR	22.3 [%]	( 15.0 – 25.0 )
PCT	0.26 [%]	( 0.17 – 0.35 )
NEUT#	8.92 + [10 <sup>3</sup> /uL]	( 1.50 – 7.00 )
LYMPH#	0.92 - [10 <sup>3</sup> /uL]	( 1.00 – 3.70 )
MONO#	1.22 + [10 <sup>3</sup> /uL]	( 0.00 – 0.70 )
EO#	0.19 [10 <sup>3</sup> /uL]	( 0.00 – 0.40 )
BASO#	0.03 [10 <sup>3</sup> /uL]	( 0.00 – 0.10 )
IG#	0.04 [10 <sup>3</sup> /uL]	( 0.00 – 7.00 )
NEUT%	79.0 [%]	( 37.0 – 80.0 )
LYMPH%	8.2 [%]	( 10.0 – 50.0 )
MONO%	10.8 [%]	( 0.0 – 14.0 )
EO%	1.7 [%]	( 0.0 – 1.0 )
BASO%	0.3 [%]	( 0.0 – 1.0 )
IG%	0.4 [%]	( 0.0 – 72.0 )

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

### b. Pemeriksaan Ureum Creatinin

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
UREUM	115.6	10 – 50	mg/dL	H	
CREATININ	6.21	< 1.1	mg/dL	H	

Tabel 3.2 Ureum Kreatinin

## c. Pemereriksaan Albumin

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
ALBUMIN	2.73	3.5 – 5	g/dL	L	
ASAM URAT	5.3	2.4 – 5.7	mg/dL		

Tabel 3.3 Pemeriksaan Albumin

## c. USG ABDOMEN

Pemeriksaan USG abdomen dan pelvis :

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

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

Pancreas ukuran dan echo normal. Tak tampak klasifikasi atau SOL.

Pancreatic duct dilatasi.

GB: bentuk dan ukuran baik, tak tampak batu atau massa

Kedua ginjal: ukuran ginjal kanan +/-9,37 cm, ukuran ginjal kiri +/-10.08 cm dan echo normal, tak tampak bndungan PCS

Tampak lesi bulat kistik pada pole proximal ren sinistra ukuran +/-4,1 x 3,3 cm dan 1,6 x 2,3 cm

VU: bentuk dan ukuran baik, tidak tampak gambaran batu didalamnya. Balon cateter positif

Uterus: bentuk dan ukuran baik, tiak tampak lesi patologis intrauterine

Tak tampak target cell like atau pseudokidney apperance

Tampak pembesaran kelenjar Imfe para orta abdominalis

Tampak free echoic intra cav. Peritorium

Kesan :

Hepar, spleen, pacreas, gallbladder, kedua ginjal, vesica urinaria dan uterus dalam batas normal

Kecuali:

- Gambaran asictes

**I. TERAPI**

Ondansentron 1 ampl/8 jam/iv

Omeprazole 1 flc/12 jam/iv

Nefrosteril 1 botol/24 jam/iv

Amlodipin 10 mg/1x1/oral

Candesartan 16 mg/1x1/oral

furosmide dalam SP jalan 2

## B. Analisa data

Nama : Ny.M

Usia : 73 tahun

Unit/Kamar : Bernadeth III

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami edema di kedua tungkai sejak satu minggu yang lalu</li> <li>▪ Keluarga pasien juga mengatakan pasien BAK hanya 1 kali dalam sehari dan hanya sedikit dengan frekuensi <math>\pm 50</math>cc</li> <li>▪ Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus dan pasien minum air lebih dari 1000-1600 cc/hari</li> <li>▪ Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien naik dari 60kg menjadi 66kg</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tampak kedua tungkai pasien edema dengan kedalaman 5 mm</li> <li>▪ Tampak pasien menghabiskan 1 gelas air putih 250cc</li> <li>▪ Tampak perut pasien asites</li> <li>▪ Tampak CRT kembali dalam 6 detik</li> <li>▪ Tampak terpasang CDL dibagian paha bagian dalam kaki kiri</li> <li>▪ Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur</li> <li>▪ Hidrasi kulit Kembali dalam 7 detik</li> <li>▪ Palpebra edema</li> </ul>	Kelebihan asupan cairan	Hipervolemia ( D.0022 )

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hasil pemeriksaan : Ureum 115.6 mg/dL Creatinin 6.21 mg/dL Albumin 2.73 g/dL</li> </ul>		
2	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keluarga pasien mengatakan pasien sesak sejak 2 minggu yang lalu</li> <li>▪ Keluarga pasien mengatakan pasien bertambah sesak apabila banyak melakukan aktivitas</li> <li>▪ Keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur, gelisah dan sering terbagun karna sesak</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frekuensi Pernapasan : 32x/menit</li> <li>▪ Tampak pasien memakai NRM 15 Liter/menit</li> <li>▪ Tampak pasien dengan posisi semi fowler</li> <li>▪ Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan</li> <li>▪ Tampak pernapasan takipnea</li> </ul>	Hambatan upaya nafas ( kelemahan otot pernapasan )	Pola napas tidak efektif ( D.0005 )
3	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keluarga pasien mengatakan pasien jika bergerak akan merasa sesak</li> <li>▪ keluarga pasien mengatakan pasien mengalami berat badan yang meningkat</li> <li>▪ keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak banyak melakukan aktivitas karena cepat Lelah dan badan terasa lemas</li> <li>▪ pasien mengatakan pasien hanya bisa berbaring lemah di</li> </ul>	Kelelahan	Intoleransi Aktivitas ( D. 0056 )

	<p>tempat tidur dan tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tampak pasien mengeluh lelah</li><li>▪ Tampak postur tubuh pasien kifosis</li><li>▪ Nadi : 102 x/menit</li></ul>		
--	---	--	--

Tabel 3.4 Analisa Data

### C. Diagnosa keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
2.	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ( kelemahan otot pernapasan )
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan

Tabel 3.5 Diagnosa Keperawatan

## D. RENCANA TINGKATAN KEPERAWATAN

Nama : Ny.M

Umue : 57 tahun

Unit/Kamar : Bernadeth III

No	SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
1	Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan Cairan.(D.0022)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Kseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keseimbangan cairan (L.03020) a) Edema cukup menurun b) Asites cukup menurun c) Tekanan darah cukup membaik d) Turgor kulit membaik e) Berat badan membaik	Manajemen hipervolemia(1.03114) <b>Observasi:</b> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Othopnea, dispnea,edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monnitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah. 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor efek samping dieuretik <b>Terapeutik:</b> 1. Timbang berat badan setiap hari 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggikan tempat tidur 30-40 derajat <b>Edukasi :</b> 1. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1kg dalam sehari	<b>Observasi:</b> 1. Untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul 2. Untuk mengetahui penyebab dari terkena hipervolemia 3. Untuk memastikan cairan dalam tubuh lurang, cukup atau lebih 4. Untuk mengetahui cairan didalam darah 5. Untik menghindari cairan yang masuk <b>Terapeutik:</b> 1. Untuk mengetahui perkembangan berat badan 2. untuk mengurangi cairan didalam tubuh 3. untuk memberikan posisi nyaman kepada pasien

		<p>2. Tingkat kepatuhan (L.12110)</p> <p>a) Verbilasi mengikuti anjuran meningkat</p> <p>b) Perilaku menjalankan anjuran membaik</p>	<p>2. Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian diuretik</p>	<p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. agar segera mendapatkan penanganan yang sesuai</li> <li>2. agar pasien dapat mengukur cairan tubuhnya sendiri</li> <li>3. agar pasien bisa membatasi diri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk mempercepat laju pembentukan urin</li> <li>2. agar pasien dalam tubuh yang normal</li> </ol>
2	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas (Kelemahan otot pernapasan). (D.0005)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:(L.01004)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dipsnea cukup menurun</li> <li>2. Penggunaan otot bantu napas cukup menurun</li> <li>3. Frekuensi napas cukup membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Jalan Napas (1.01011)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas( Frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>2. Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan asupan cairan 200ml/hari, jika tidak terkontaindikasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian bronkokadilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</li> </ol>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengetahui tanda dan gejala pola napas tidak efektif</li> <li>2. Untuk mencegah adanya apnea</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memberikan posisi yang nyaman kepada pasien</li> <li>2. Untuk mengurangi rasa sesam yang dirasakan pasien.</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mencegahnya kelebihan cairan yang ada</li> </ol>

3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi cukup meningkat</li> <li>2. Saturasi oksigen cukup meningkat</li> <li>3. Kemudahan untuk melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</li> <li>5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> <li>6. Keluhan lelah menurun</li> <li>7. Dipsnea saat aktivitas menurun</li> <li>8. Dipsneaa setelah aktivitas menurun</li> </ol>	<p>Terapi Aktivitas (1.06210)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi deficit tingkat aktivitas</li> <li>2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>5. Monitor respon emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulansi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</li> <li>2. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</li> <li>3. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</li> <li>2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan memonitor</li> </ol>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui rentang gerak pasien</li> <li>2. mengetahui respon pasien untuk mengikuti instruksi</li> <li>3. untuk membantu proses dalam rentang gerak pasien</li> <li>4. untuk melihat respon dan perubahan pasien</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk pasien nyaman dan aman untuk mengikuti instruksi yang diberikan</li> <li>2. untuk membantu rentang dan gerak pasien</li> <li>3. untuk membantu aktivitas dan dukungan yang ada</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengakarkan pasien</li> <li>2. untuk kemampuan pasien terus-menerus</li> </ol>
---	--	---	--	--

		9. Perasaan menurun	lemah	program aktivitas, jika sesuai	
		10. Tekanan membaik	darah		

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan

## E. Implementasi Keperawatan

Nama : Ny.M

Usia : 73 tahun

Unit/Kamar : Bernadeth III

Hari tanggal	Dx	Waktu	Implementasi keperawatan	Perawat
Senin 06 April 2022	II	08.00	<p>Memonitor pola nafas ( Frekuensi, Kedalaman, Usaha napas )</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi pernapasan : 32 x/menit</li> <li>• Tampak pasien menggunakan alat bantu pernapasan</li> <li>• Tampak pernapasan takipnea dan jenis pernapasan dada</li> <li>• SpO2 : 93%</li> </ul>	Yunety
	II	08:20	<p>Pemberian obat sesuai resep dokter</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondansentron 1 ampl/iv</li> <li>• Furosemide 1 ampl/iv</li> </ul>	Yunety
	II	08:25	<p>Memberikan oksigen</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien</li> </ul>	

			<p>menggunakan NRM 15 liter/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan lebih terbantu dalam bernafas</li> </ul>	Yunety
	II	08:35	<p>Memposisikan semi fowler</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien nyaman dalam posisi semi fowler</li> <li>• Tampak pasien lebih nyaman bernapas dalam posisi semi fowler</li> </ul>	Yunety
	I	09:15	<p>Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien BAK kadang sehari 1 kali.</li> <li>• Tampak kedua tungkai pasien mengalami edema dengan kedalaman 5 mm</li> <li>• CRT 6 detik</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan total frekuensi BAK 70 cc dalam 24 jam.</li> </ul>	Yunety
	I	09:35	<p>Mengidentifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien</li> </ul>	Yunety

			<p>mengatakan kadang pasien minum air lebih dari 5-8 gelas ( 1000-1600 cc )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien BAK kadang sehari 1 kali.</li> </ul> <p>Membatasi asupan cairan dan garam.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien hanya makan bubur dan lauk tanpa garam</li> </ul>	Yunety
	I	10:00		
	III	11:00	<p>Mengantar pasien keruangan OK untuk pemasangan CDL.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien berada di ruangan OK</li> </ul>	Yunety
	I,II III	12:00	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD: 160/90 mmhg</li> <li>• N : 100 x/menit</li> <li>• P : 30 x/ menit</li> <li>• S : 36,3°c</li> </ul>	Yunety

	III	12 :30	<p>Mengidentifikasi deficit tingkat aktivitas.</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien hanya berbaring lemas di atas tempat tidur</li> <li>• Tampak pasien hanya dapat mengerakan tangan dan pasien tidak dapat menahan tekanan yang diberikan</li> </ul>	Yunety
	III	13 :45	<p>Mengidentifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mengatakan kadang pasien ingin makan dan minum serta sendiri tanpa dibantu oleh keluarga</li> <li>• Keluarga juga mengatakan kadang pasien juga ingin membolak balikan tubuhnya sendiri</li> <li>• Tampak pasien ingin memiringkan badan</li> </ul>	Yunety
	III	14 : 00	<p>Memfasilitasi aktivitas rutin.</p> <p>Hasilnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mengatakan selalu membantu pasien dalam hal perawatan diri seperti memandikan, mengganti</li> </ul>	Yunety

			<p>pakaian, mengganti popok.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien bersih dan rapi</li> </ul>	
	III	14 : 00	<p>Menjemput pasien di ruangan OK.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien terbaring lemas setelah pemasangan CDL</li> <li>• Tampak terpasang CDL pada kaki bagian paha sebelah dalam</li> </ul>	Yunety
	III	14 : 25	<p>Memfasilitasi aktivitas motoric untuk merelaksasikan otot</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien dibantu dalam posisi mika-miki oleh perawat dan keluarga</li> <li>• Membantu pasien dalam menggerakkan tangan dan kakinya</li> <li>• Tampak pasien juga merespon perawat dengan baik</li> </ul>	Zyatna
	II	15 : 00	<p>Memonitor pola napas</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi pernapasan : 30 x/menit</li> </ul>	Zyatna

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak terpasang NRM 10 liter/menit</li> <li>• Tampak pernapasan pasien takipnea</li> </ul>	
	II,III	15:15	<p>Memposisikan pasien semi fowler</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak sesak pasien lebih berkurang saat posisi semi fowler</li> <li>• Tampak pasien lebih merasa nyaman</li> </ul>	Zyatna
	II	15:30	<p>Memberikan oksigen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien terpasang NRM 10 Liter</li> <li>• Tampak SPO2 pasien 98%</li> <li>• Tampak pasien lebih nyaman memakai oksigen</li> </ul>	Zyatna
	I	16:00	<p>Melakukan pemberian obat</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondansentron 1 amp/IV</li> <li>• Omeprazole 1 flc/IV</li> <li>• Furosemid I amp/IV</li> </ul>	Zyatna

	I	16.50	<p>Memeriksa tanda dan gejala Hipoveleми</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak kedua tungkai pasien edema dengan kedalaman 5mm</li> <li>• Tampak perut pasien asites</li> <li>• Hidrasi kulit dalam 7 detik</li> <li>• CRT Kembali dalam 6 detik</li> <li>• Palpebra edema</li> </ul>	Zyatna
	I	17: 40	<p>Melakukan pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amlodipine 1 x1 / oral</li> <li>• Candestran 1x 1 / oral</li> </ul>	Zyatna
	I	18.30	<p>Memonitor penyebab hipervolemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien sering merasa haus dan pasien sudah meminum 200 cc air</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien belum BAK sejak pagi</li> </ul>	Zyatna
	I	19:15	<p>Memonitor efek samping diuretik</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien</li> </ul>	Zyatna

			<p>mengatakan pasien sering mengeluh lemas dan pusing</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien lemas, letih dan lesu</li> </ul>	
I	19:30	Mengajarkan cara membatasi cairan dengan cara mengulum es batu	<p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak keluarga paham tentang apa yang diajarkan yaitu apabila pasien merasa haus melakukan Teknik Mengulum es batu</li> <li>• Tampak keluarga mempraktekkan apa yang sudah diajarkan</li> </ul>	Zyatna
I	20.10	Melakukan pemberian obat	<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nefrosteril 1 botol/IV</li> </ul>	Zyatna
I	20:30	Mengobservasi tanda-tanda vital	<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 160/100 mmHg</li> <li>• N : 98 x/ menit</li> <li>• S : 36°C</li> </ul>	Zyatna

	II	21:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P: 28 x/menit</li> </ul> <p>Meninggikan posisi tempat tidur 30-40°</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien nyaman dalam bernafas</li> <li>• Tampak pasien merasa nyaman pada saat tempat tidur ditinggikan</li> </ul>	Zyatna
	I	00:00	<p>Melakukan pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondanstetron 1 amp/IV</li> <li>• Omeprazole 1 flc/IV</li> <li>• Furosemid 1 amp/IV</li> </ul>	Perawat
	I	06.00	<p>Melakukan observasi tanda-tanda vital:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD: 160/90 mmHg</li> <li>• N: 102 x/menit</li> <li>• P : 28 x/ menit</li> <li>• S : 37°</li> </ul>	Perawat
	II	07:00	<p>Melakukan balance cairan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cm: Terapi = 282cc</li> </ul> <p style="text-align: center;"> <u>                    </u> Air minum  = 350 cc </p>	Yunety

Selasa, 07 Juni 2022	I	07:45	<p style="text-align: right;">632 cc</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ck: BAK = 70 cc</li> <li>• IWL = <math>15 \times 66 : 24 = 41</math></li> <li>• BC = Cm-Ck = 632 cc – 111c = 521 cc</li> </ul> <p>Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien masih mengalami asites</li> <li>• Tampak kedua tungkai pasien masih edema</li> <li>• CRT Kembali dalam 6 detik</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien naik dari 60 kg ke 66</li> </ul>	Yunety
	I	08:00	<p>Melakukan pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondasetron 1 amp/ IV</li> <li>• Omeprazole 1 flc/IV</li> <li>• Furosemid 1 amp/ IV</li> </ul>	Yunety
	I,II	08:30`	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p>	Yunety

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 180/90 mmHg</li> <li>• N : 90x/ menit</li> <li>• P: 26 x/ menit</li> <li>• S : 36</li> </ul>	
	II	09:30	<p>Meninggikan posisi tempat tidur 30-40°</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien nyaman</li> <li>• Tampak sesak pasien berkurang jika diberi posisi semi fowler</li> </ul>	Yunety
	II	10:15	<p>Memberikan oksigen</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien terpasang nasal kanul 5 Liter</li> </ul>	Yunety
	I	10:45	<p>Mengidentifikasi Kembali tentang Teknik mengisap es batu</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak keluarga pasien mengulang Kembali apa yang diajarkan oleh perawat</li> </ul>	Yunety
	III	11:20	<p>Mengidentifikasi Kembali tentang deficit tingkat aktivitas</p> <p>Hasil :</p>	Yunety

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien masih lemas dan lesu</li> <li>• Tampak pasien masih terbaring ditempat tidur</li> <li>• Tampak pasien mulai menggerakkan tangan dan kakinya</li> </ul>	
	III	11.45	<p>Memfasilitasi aktivitas fisik rutin</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien di bantu dalam proses mika miki</li> <li>• Tampak selama melakukan aktivitas pasien mengikuti dengan kooperatif</li> </ul>	Yunety
	III	12:30	<p>Melibatkan keluarga dalam aktivitas fisik.</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mengatakan selalu membantu pasien dalam melakukan aktivitas fisik</li> <li>• Tampak keluarga pasien membantu pasien dalam mengerakkan secara perlahan-lahan kaki dan tangan</li> </ul>	Yunety

	I	13:15	Mengidentifikasi penyebab hipervolemi Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien meminum air <math>\pm 100\text{cc}</math></li> </ul>	Yunety
	I	13:40	Mengevaluasi pengetahuan keluarga tentang pembatasan pemberian cairan. Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan apabila pasien meminta minum keluarga hanya memberikan sedikit air putih saja</li> </ul>	Yunety
	I	15:30	Memonitor efek samping diuretik. Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengeluh Lelah dan pusing</li> <li>• Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur</li> </ul>	Zyatna
	II	15:55	Memposisikan semi fowler Hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien dalam</li> </ul>	Zyatna

			posisi semi fowler	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien lebih nyaman dengan posisi semi fowler</li> </ul>	
	I	16:00	<p>Pemeberian obat.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondansentron 1 ampl/IV</li> <li>• Omeprazole 1 flc/IV</li> <li>• Furosemide 1 ampl/IV</li> </ul>	Zyatna
	I,II	17:00	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 180/95 mmHg</li> <li>• Nadi : 88 x/menit</li> <li>• Pernapasan : 30 x/menit</li> <li>• Suhu : 36,7 °c</li> </ul>	Zyatna
	I	18:00	<p>Pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amlodipine 10 mg/oral</li> <li>• Candesartan 16 mg/oral</li> </ul>	Zyatna
	II	19:45	<p>Memonitor pola nafas</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan sesak berkurang</li> <li>• Tampak pasien sesak</li> </ul>	Zyatna

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spo2 : 98%</li> <li>• Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan</li> </ul>	
	II	19:50	<p>Memonitor intake cairan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien BAK <math>\pm</math>50 cc</li> </ul>	Zyatna
	III	20:00	<p>Memfasilitasi aktivitas motorik</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak keluarga pasien membantu dalam melakukan aktivitas fisik secara sederhana</li> <li>• Tampak pasien mengikuti anjuran perawat untuk mengerakkan secara perlahan-lahan kaki dan tangan</li> <li>• Tampak pasien kooperatif dalam mengikuti aktivitas fisik</li> </ul>	Zyatna
	I	20:10	<p>Pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nfrosteril 1 botol</li> </ul>	Zyatna

Rabu, 08 Juni 2022	III	21:00	Memposisikan semi fowler Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien nyaman dengan posisi semi fowler</li> <li>• Tampak pasien dapat beristirahat dengan baik</li> </ul>	Zyatna
	I	00:00	Pemberian obat Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondansentron 1 ampl/IV</li> <li>• Omeprazole 1 flc/IV</li> <li>• Furosemide 1 ampl/IV</li> </ul>	Perawat
	I	06:00	Melakukan balance cairan Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cm: Terapi = 282cc Air minum = <math>\frac{50}{332}</math> cc</li> <li>• Ck: BAK = 50 cc</li> <li>• IWL = <math>15 \times 66 : 24 = 41</math></li> <li>• BC = Cm - Ck = 332cc - 91 cc = 241 cc</li> </ul>	Perawat
	I	07:30	Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia Hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien masih mengalami asites</li> <li>• Tampak kedua tungkai</li> </ul>	Zyatna

			<p>pasien masih edema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CRT Kembali dalam 6 detik</li> <li>• Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien naik dari 60 kg ke 66 kg</li> </ul>	
	I	08:00	<p>Melakukan pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondasetron 1 amp/ IV</li> <li>• Omeprazole 1 flc/IV</li> <li>• Furosemid 1 amp/ IV</li> </ul>	Zyatna
	I	08.15	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 170:90 mmHg</li> <li>• N : 90x/ menit</li> <li>• P: 24 x/ menit</li> <li>• S : 36°C</li> </ul>	Zyatna
	II	09:00	<p>Meninggikan posisi tempat tidur 30-40°</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien nyaman</li> <li>• Tampak sesak pasien berkurang jika diberi</li> </ul>	

			posisi semifowler	Zyatna
	II	09:30	<p>Memberikan oksigen</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien terpasang nasal kanul 3 Liter</li> </ul>	Zyatna
	I	10:00	<p>Mengidentifikasi Kembali tentang Teknik mengisap es batu</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak keluarga pasien mengulang Kembali apa yang diajarkan oleh perawat</li> </ul>	Zyatna
	III	10:25	<p>Mengidentifikasi Kembali tentang deficit tingkat aktivitas</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien masih lemas dan lesu</li> <li>• Tampak pasien masih terbaring ditempat tidur</li> <li>• Tampak pasien mulai menggerakkan tangan dan kakinya</li> </ul>	Zyatna

	III	10.40	<p>Memfasilitasi aktivitas fisik rutin</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien di bantu dalam proses makan</li> <li>• Tampak selama melakukan aktivitas pasien mengikuti dengan kooperatif</li> </ul>	Zyatna
	III	11:00	<p>Keluarga dalam aktivitas fisik.</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mengatakan selalu membantu pasien dalam melakukan aktivitas fisik</li> <li>• Tampak keluarga pasien membantu pasien dalam menggerakkan secara perlahan-lahan kaki dan tangan</li> </ul>	Zyatna
	I	11:30	<p>Mengidentifikasi penyebab hipervolemi</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien meminum air <math>\pm 70</math>cc</li> </ul>	Zyatna

	III	14:00	<p>Mengevaluasi pengetahuan keluarga tentang pembatasan pemberian cairan.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan apabila pasien meminta minum keluarga hanya memberikan sedikit air putih saja</li> </ul>	Zyatna
	I	15:30	<p>Memonitor efek samping diuretik.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengeluh Lelah dan pusing</li> <li>• Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur</li> </ul>	Yunety
	II	16:00	<p>Memposisikan semi fowler</p> <p>Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien dalam posisi semi fowler</li> <li>• Tampak pasien lebih nyaman dengan posisi semi fowler</li> </ul>	Yunety

	I	16:15	<p>Pemeberian obat.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondansentron 1 ampl/IV</li> <li>• Omeprazole 1 flc/IV</li> <li>• Furosemide 1 ampl/IV</li> </ul>	Yunety
	I	17:00	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 193//95 mmHg</li> <li>• Nadi : 80x/menit</li> <li>• Pernapasan : 26x/menit</li> <li>• Suhu : 36,2 °c</li> </ul>	Yunety
	I	18:00	<p>Pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amlodipine 10 mg/oral</li> <li>• Candesartan 16 mg/oral</li> </ul>	Yunety
	II	19:00	<p>Memonitor pola nafas</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan sesak berkurang</li> <li>• Tampak pasien sesa</li> <li>• Spo2 : 98%</li> <li>• Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan</li> </ul>	Yunety

	I	19:2	Memonitor intake cairan Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien BAK <math>\pm</math>30 cc</li> </ul>	Yunety
	III	19:40	Memfasilitasi aktivitas motorik Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak keluarga pasien membantu dalam melakukan aktivitas fisik secara sederhana</li> <li>• Tampak pasien mengikuti anjuran perawat untuk mengerakkan secara perlahan-lahan kaki dan tangan</li> <li>• Tampak pasien kooperatif dalam mengikuti aktivitas fisik</li> </ul>	Yunety
	I	20:00	Pemberian obat Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nefrosteril 1 botol</li> </ul>	Yunety
	II	20:30	Memposisikan semi fowler Hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien nyaman dengan posisi semi</li> </ul>	Yunety

			<p>fowler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien dapat beristirahat dengan baik</li> </ul>	
	I	00:00	<p>Pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondansentron 1 ampl/IV</li> <li>• Omeprazole 1 flc/IV</li> <li>• Furosemide 1 ampl/IV</li> </ul>	Perawat
	II	07:00	<p>Melakukan balance cairan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cm: Terapi = 282cc  <math display="block">\frac{\text{Air minum} = 50 \text{ cc}}{332 \text{ cc}}</math></li> <li>• Ck: BAK = 70 cc</li> <li>• IWL = <math>15 \times 66 : 24 = 41</math></li> <li>• BC = Cm-Ck  <math display="block">= 332\text{cc} - 101 \text{ cc}</math>  <math display="block">= 201 \text{ cc}</math></li> </ul>	Yunety & Zyatna

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan

## F. Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	EVALUASI SOAP	Perawat
Senin 06, April 2022	<p>DX I : Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami edema pada kedua tungkai sejak 1 minggu yang lalu</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien BAK kadang sehari 1 kali.</li> <li>• Pasien sering merasa haus dan pasien sudah meminum 200 cc air</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak kedua tungkai pasien mengalami edema dengan kedalaman 5 mm</li> <li>• CRT 6 detik</li> <li>• Tampak pasien meminum 150 cc/ hari dan kadang tidak dihabiskan</li> <li>• Tampak pasien berada di ruangan OK untuk pemasangan CDL</li> <li>• Tampak palpebra edema</li> </ul> <p>A: Masalah Hipervolemia belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan cairan dilanjutkan</p> <p>DX II : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan apabila pasien menggunakan oksigen pasien sangat terbantu dalam bernafas</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi pernapasan : 32 x/menit</li> <li>• Tampak pasien menggunakan alat bantu pernapasan</li> <li>• Tampak pernapasan takipnea dan jenis pernapasan dada</li> </ul>	Yunety& Zyatna

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien menggunakan NRM 15 liter/menit</li> <li>• Tampak pasien dalam posisi semi fowler</li> <li>• Tampak pasien nyaman dalam posisi semi fowler</li> <li>• Tampak pasien lebih nyaman bernapas dalam posisi semi fowler</li> </ul> <p>A: Masalah Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas (Kelemahan otot pernapasan) belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas ( Kelemahan otot pernapasan) dilanjutkan</p> <p>DX III: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien hanya berbaring lemas di tempat tidur</li> <li>• Keluarga mengatakan kadang pasien ingin makan dan minum serta sendiri tanpa dibantu oleh keluarga</li> <li>• Keluarga juga mengatakan kadang pasien juga ingin membolak balikan tubuhnya sendiri</li> <li>• Keluarga mengatakan selalu membantu pasien dalam hal perawatan diri seperti memandikan, mengganti pakaian, mengganti popok</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien ingin memiringkan badan</li> <li>• Tampak pasien dibantu dalam posisi mika-miki oleh perawat dan keluarga</li> <li>• Membantu pasien dalam menggerakkan tangan dan kakinya</li> <li>• Tampak pasien juga merespon perawat dengan baik</li> <li>• Tampak pasien dalam posisi semifowler</li> </ul>	<p>Yunety&amp; Zyatna</p>
--	---	-------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak sesak pasien lebih berkurang saat posisi semifowler</li> <li>• Tampak pasien lebih merasa nyaman</li> </ul> <p>A: Masalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dilanjutkan</p>	
Hari/Tanggal	EVALUASI SOAP	Perawat
Selasa, 07 April 2022	<p>DX I : Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien naik dari 60 kg ke 66</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan apabila pasien meminta minum keluarga hanya memberikan sedikit air putih saja</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien masih mengalami asites</li> <li>• Tampak kedua tungkai pasien masih edema</li> <li>• CRT Kembali dalam 6 detik</li> <li>• Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur</li> <li>• Mengajarkan teknik mengisap es batu untuk membatasi cairan</li> </ul> <p>A: Masalah Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan belum</p>	Yunety& Zyatna

	<p>teratasi</p> <p>P: Intervensi Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dilanjutkan</p> <p>DX II : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas (Kelemahan otot penapasan)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien lebih nyaman bernapas dengan posisi demi fowler</li> <li>• Tampak pasien terpasang nasal kanul 5 Liter</li> <li>• Tampak pasien dalam posisi semi fowler</li> <li>• Tampak pasien lebih nyaman dengan posisi semi fowler</li> <li>• Tampak pasien sesak</li> <li>• Spo2 : 98%</li> </ul> <p>A: Masalah Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Masalah Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya (kelemahan otot napas) dilanjutkan</p> <p>DX III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mengatakan selalu membantu pasien dalam melakukan aktivitas fisik</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak keluarga pasien membantu pasien dalam mengerakkan secara perlahan-lahan kaki dan tangan</li> </ul>	
--	---	--

<p>Rabu, 08 Juni 2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien mengikuti anjuran perawat untuk mengerakkan secara perlahan-lahan kaki dan tangan</li> <li>• Tampak pasien kooperatif dalam mengikuti aktivitas fisik</li> </ul> <p>A: Masalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Intoleransi aktivitas dengan kelemahan dilanjutkan</p> <p>DX I : Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien naik dari 60 kg ke 66 kg</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan apabila pasien meminta minum keluarga hanya memberikan sedikit air putih saja</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien masih mengalami asites</li> <li>• Tampak kedua tungkai pasien masih edema</li> <li>• Tampak palpebra masih edema</li> <li>• CRT Kembali dalam 6 detik</li> <li>• Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur</li> <li>• Mengajarkan teknik mengisap es batu untuk membatasi cairan</li> </ul> <p>A: Masalah Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dilanjutkan</p>	
---------------------------	--	--

	<p>DX II : Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas (Kelemahan otot penapasan)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien masih sesak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meninggikan posisi tempat tidur 30-40°</li> <li>• Tampak pasien terpasang nasal kanul 3 Liter</li> <li>• Tampak pasien dalam posisi semi fowler</li> <li>• Tampak pasien lebih nyaman dengan posisi semi fowler</li> <li>• Tampak pasien sesak</li> <li>• SpO2 : 98%</li> </ul> <p>A: Masalah Pola napas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan) teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi Masalah Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya (kelemahan otot napas) dilanjutkan</p> <p>DX III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mengatakan selalu membantu pasien dalam melakukan aktivitas fisik</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak keluarga pasien membantu pasien dalam mengerakkan secara perlahan-lahan kaki dan tangan</li> <li>• Tampak pasien mengikuti anjuran perawat untuk mengerakkan secara perlahan-lahan kaki dan tangan</li> <li>• Tampak pasien kooperatif dalam mengikuti aktivitas fisik</li> </ul>	
--	--	--

	<p>A: Masalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi Intoleransi aktivitas dengan kelemahan dilanjutkan</p>	
--	---	--

Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan

## G. Daftar Obat

### 1. Ondansentron

- a. Klasifikasi/golongan obat : Antiemik (antimual)
- b. Dosis umum : 0.15mg/kg IV
- c. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 1 Ampl/8 jam
- d. Cara pemberian obat : Intravena
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : bekerja dengan cara memblokir efek serotonin (5HT<sub>3</sub>). Dengan begitu, efek mual dan muntah pada kondisi-kondisi di atas dapat teratasi atau bahkan dicegah sedangkan fungsi obat adalah mencegah mual dan muntah akibat kombinasi obat lainnya
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Mencegah kombinasi obat lainnya
- g. Kontraindikasi : Diare atau sembelit, merasa lelah atau capek, demam, sakit kepala, pusing, mengantuk
- h. Efek samping obat : sakit kepala atau pusing, rasa seperti melayang, konstipasi, kelelahan dan tubuh terasa lemah.

### 2. Omeprazole

- a. Klasifikasi/golongan obat : Antisekresi (penghambat pompa) proton atau proton pump inhibitor (PPI)
- b. Dosis umum : 20-40 mg/hari
- c. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 1 flc ( 40 mg ) /12 jam

- d. Cara pemberian obat : Intravena
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Omeprazole berfungsi sebagai obat penghambat sekresi asam lambung yang bekerja dengan cara menghambat aktivitas enzim H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPase yang terdapat pada permukaan kelenjar sel parietal gastrik pH <4. Karena sistem enzim ini merupakan pompa proton (asam) lambung yang berkerja menghambat tahap akhir pembentukan asam lambung.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Karena pasien mengalami mual atau muntah yang di akibatkan karena peningkatan asam lambung.
- g. Kontraindikasi : Pasien dengan Riwayat hipersensitif terhadap komponen omeprazole.
- h. Efek samping obat : Mual, diare, nyeri perut, sering buang angin.

### 3. Nefrosteril

- a. Klasifikasi/golongan obat : Obat keras
- b. Dosis umum : 600 mL/hari
- c. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 1 botol (250 ml) /24 jam
- d. Cara pemberian obat : Intravena
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Sebagai pasokan atau asupan asam amino yang seimbang pada penderita gagal ginjal akut dan kronik misalnya malnutrisi, rendahnya kadar protein dalam darah (hipoproteinemia), sebelum dan sesudah operasi
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien mengalami penurunan nafsu makan sehingga pola makan pasien terganggu dan tubuh tidak mendapatkan cukup nutrisi.
- g. Kontraindikasi : Gangguan metabolisme asam amino, gangguan hati lanjut, insufisiensi jantung berat, hiperhidrasi,

hipokalemia, hyponatremia, koma hepatik, metabolisme asam amino abnormal yang diturunkan, kerusakan ginjal berat atau azotemia, hiperamonemia.

- h. Efek samping obat : Mual, kedinginan, muntah, reaksi alergi, ruam kulit, ketidaknyamanan dada, jantung berdebar, peningkatan SGOT (serum glutamic oxaloacetic transaminase) dan SPGT (serum glutamic pyruvic transaminase), peningkatan bilirubin total, ammonia, kadar asam di dalam tubuh sangat tinggi (asidosis), demam, sakit kepala, nyeri vaskuler, edema, mulut kering.

#### 4. Amlodipin

- a. Klasifikasi/golongan obat : Anti hipertensi
- b. Dosis umum : 5 mg/hari
- c. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 10 mg/1 x 1
- d. Cara pemberian obat : Oral
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Melemaskan dinding dan melebarkan diameter pembuluh darah yang akan memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah dalam pembuluh darah.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Pasien diberikan obat ini untuk menurunkan tekanan darah.
- g. Kontraindikasi : Intoleransi terhadap golongan DHP dan Riwayat efek samping terhadap DHP. Pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal, tidak terdapat perubahan farmakokinetik amlodipine sehingga dosis tidak perlu disesuaikan.
- h. Efek samping obat : Pusing, munculnya rasa melayang, kantuk, atau sakit kepala, bengkak pada kaki, rasa hangat dan panas diwajah, sakit perut atau mual, Lelah yang tidak biasa.

#### 5. Candesartan

- a. Klasifikasi/golongan obat : Angiotensin receptor blockers (ARB)
- b. Dosis umum : 32 mg/hari

- c. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 16 mg/ 1 x1
- d. Cara pemberian obat : Oral
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menghambat resptor angiotensin II. Saat angiotensin II dihambat, pembuluh darah akan lemeas dan melebar, sehingga jantung akan lebih mudah dalam memompa darah dan tekanan darah pun turun.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk pengobatan tekanan darah tinggi.
- g. Kontraindikasi : Riwayat hipersensitivitas terhadap candesartan, pasien hamil/menyusui, anak berusia kurang dari 1 tahun, dan pasien diabetes melitus yang juga menerima aliskiren.
- h. Efek samping obat : Hipotensi, pusing, penurunan fungsi ginjal, hiperkalemia, dan reaksi alergi seperti ruam kulit, urtikaria dan pruritus.

## 6. Furosemide

- a. Klasifikasi/golongan obat : Deuretik
- b. Dosis umum : 20-40 mg/hari
- c. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan : 50mg/hari
- d. Cara pemberian obat : SP
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Furosemide menghambat penyerapan Kembali natrium dan kalium di lengkung henle ginjal dan mengeluarkannya dari dalam tubuh melalui peningkatan output urine. Furosemide sebagai obat untuk mengatasi edema.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan pada pasien yang mengalami edema, pasien mengalami edema pada kedua tungkai atas dan bawah.
- g. Kontraindikasi : Pasien yang memiliki riwayat alergi terhadap farsix (furosemide) , obat ini juga dikintraindikasi untuk pasien dengan anuria.

- h. Efek samping obat : Mulut terasa kering, sensitif terhadap cahaya matahari, pusing.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Pembahasan Askep**

Dalam bab ini penulis akan membahas kesengajaan antara teori dengan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny.M yang dirawat diruang Bernadeth III kamar 355 Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan kasus “CKD” selama 3 hari mulai dari Tanggal 03 Juni 2022 sampai 05 Juni 2022.

##### **1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan .**

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny.M didapatkan diagnosa utama yaitu hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan. Tanda dan gejala utama yang di temukan yaitu tampak kedua tungkai pasien edema dengan kedalaman 5 mm, tampak CRT Kembali dalam 6 detik, tampak pasien meminum air lebih dari yang di anjurkan, tampak berat badan pasien bertambah, produksi urine sedikit, tampak acites, albumin 2.74 g/dL.

Pada pasien CKD terjadinya edema akibat retensi cairan dan natrium yang terjadi karena ginjal tidak mampu mengekskresikan urine yang umumnya terjadi pada penyakit ginjal tahap akhir. Selain itu kelebihan cairan juga sering terjadi karena intake cairan berlebih disebabkan karena pasien tidak mampu mengontrol batasan cairan, hal inilah yang memperberat edema, selain itu juga meningkatkan resiko terjadinya gagal jantung kongestif, dan hipertensi. Edema didefinisikan sebagai penumpukkan cairan interstisial yang berlebihan, edema dapat terlokalisir (seperti pada inflamasi setempat dan obstruksi) atau generalisata (seluruh tubuh), sehingga cairan interstisial tertimbun di hampir semua jaringan tubuh (Price & Wilson, 2013). Edema perifer (atau pembengkakan akibat penimbunan cairan dalam ruang interstisial) jelas terlihat di daerah yang

menggantung akibat pengaruh gravitasi dan didahului oleh bertambahnya berat badan (Price & Wilson, 2013).

Pada kasus Ny "M" pasien mengalami edema pada kedua tungkai dikarenakan pasien kadang meminum air putih yang berlebih dari yang dianjurkan sehingga intake dan output pasien tidak seimbang sehingga pasien mengalami peningkatan berat badan.

Tanda lain akibat terjadinya hipervolemia karena terdapat asites pada Ny. M dikarenakan rendahnya tingkat albumin dalam darah yang menyebabkan perubahan dalam tekanan yang diperlukan untuk mencengah pertukaran cairan (tekanan osmotik). Perubahan tekanan ini memungkinkan cairan merembes keluar dari pembuluh darah (Felisa at all, 2018). Pada Ny.M terdapat penurunan albumin 2.73 g/dL sehingga pasien mengalami acites.

Pada pasien CKD, hipervolemia yang berlebihan menjadi indikator untuk dilakukan hemodialisis namun pada kasus belum dapat dilakukan karena pasien masih dalam kondisi belum stabil.

Intervensi yang disusun oleh penulis untuk mengatasi masalah hipervolemia adalah manajemen hipervolemia yang meliputi : tindakan observasi : periksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema), identifikasi penyebab hipervolemia, monitor intake dan output. Tindakan terapeutik : batasi asupan cairan. Tindakan edukasi : ajarkan cara membatasi cairan. Tindakan kolaborasi yaitu : pemberian diuretik.

Terkait dengan intervensi pembatasan cairan, asupan cairan yang dapat diberikan adalah 200 cc per hari. Penulis mengajarkan pasien untuk mengelola minumannya dengan menempatkan air 200 cc pada teko air kecil dan menyampaikan ke pasien minum sedikit-sedikit agar tidak cepat habis. Disamping itu penulis juga memberikan terapi *ice cubes* kepada pasien. Terapi *ice cubes* yang dilakukan pada pasien yaitu dengan

mengulum batu es ukuran kecil yang berjumlah 5 cc tiap es nya, dalam sehari dianjurkan mengkonsumsi batu es 3 - 4 kali sehari dengan banyak maksimal dalam sehari sebanyak 50 cc. Tujuan pemberian *ice cubes* untuk meminimalisir terjadinya peningkatan berat badan dengan cara menekan rasa haus dan menyegarkan tenggorokan (Arfany & Armiaty, 2014). Pada Ny. M telah dilakukan terapi *ice cubes* tetapi pasien tidak mampu mengontrol rasa hausnya sehingga pasien mengkonsumsi air minum melebihi anjuran yang telah diberikan.

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 Kerjasama 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 didapat, yaitu : masalah hipervolemia belum teratasi yang dibuktikan dengan tampak edema kedua tungkai kembali dalam 7 detik, tampak pasien masih asites, terjadi penambahan berat badan dimana pasien belum mampu mengontrol intake cairan.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan)

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny. M didapatkan diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelamahan otot pernapasan). Tanda dan gejala utama yang di temukan yaitu pasien masih mengalami sesak napas dengan frekuensi 38 x/menit, pasien memakai otot bantu pernapasan, SPO2: 93%, pasien mengalami pernapasan takipnea, terpasang NRM 15 liter / menit.

Pada beberapa kasus "CKD" sering terjadi sesak napas dikarenakan ketidakseimbangan asam dan basa dimana asidosis

dapat terjadi karena semakin berkembangnya penyakit ginjal, yang dapat menyebabkan asidosis metabolik seiringan dengan ketidakmampuan ginjal mengsekresikan muatan asam ( $H^+$ ) yang berlebihan, membuat penurunan sekresi asam, terutama akibat ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mengsekresi ammonia ( $NH_3$ ) dan mengabsorpsi natrium bikarbonat ( $HCO_3$ ) penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lain terjadi (Aprioningsih et al., 2021). Hal ini yang terjadi pada kasus Ny. M yang mengalami perubahan pola nafas yaitu sesak pada kasus Ny. M, akan tetapi tidak dilakukan pemeriksaan analisa gas darah.

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

Prinsip penatalaksanaan kasus pada pasien CKD dalam memaksimalkan pernafasan pasien dapat dilakukan dengan mengatur posisi semi fowler yang bertujuan membuat oksigen didalam paru-paru semakin meningkat sehingga memperingan kesulitan bernafas dimana perawat membantu memposisikan pasien dengan posisi setengah duduk dengan menopang bagian kepala dan bahu menggunakan bantal (Atik & Triska, (2021) . Salah satu tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu pemberian NRM sebanyak 15 liter / menit yang bertujuan untuk meningkatkan saturasi pada pasien karena didapatkan pada Ny. M  $SpO_2$  93%.

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 kerjasama 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 didapat, yaitu: masalah pola napas tidak efektif belum teratasi dibuktikan dengan pasien masih tampak sesak, menggunakan otot bantu pernapasan, terpasang nasal kanul 3 liter / menit, pernapasan 26 x/menit.

### 3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelelahan.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ny.M penulis mengangkat diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan. Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu pasien tampak sesaknya semakin meningkat jika bergerak, pasien mengeluh lelah dan lemah, tampak pasien lebih nyaman dengan posisi orthopnea, dan tampak struktur tulang belakang pasien kifosis

Intorelansi aktivitas disebabkan karena tubuh memiliki ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Pembentukan energi dilakukan disel, tepatnya di mitokondria melalui beberapa proses tertentu. Dalam membentuk energi tubuh dibutuhkan nutrisi dan CO<sub>2</sub>, pada kondisi tertentu mengakibatkan suplai nutrisi dan O<sub>2</sub> tidak sampai ke sel, dan akhirnya tubuh tidak mampu memproduksi energi yang banyak. Sehingga penyakit apapun yang menyebabkan terhambatnya atau terputusnya suplai nutrisi dan O<sub>2</sub> ke sel dapat mengakibatkan respon tubuh berupa intoleransi aktivitas (Wartonah, 2015). Selain itu, Postur tubuh kifosis dapat juga meyebabkan sakit punggung dan bisa menjadi masalah pernafasan karena adanya tekanan pada paru – paru sehingga menyebabkan pasien sulit bernafas, fungsi fisik menjadi terbatas karena bisa menyebabkan otot punggung pasien melemah dan sulit untuk melakukan aktivitas (Syamsuddin, 2015). Pada Ny. M

di dapatkan bahwa pasien mengalami kifosis sehingga pasien merasakan sulit beraktivitas serta pasien masih merasa sesak.

Intervensi yang disusun oleh penulis adalah terapi aktivitas yang meliputi : tindakan observasi : identifikasi defisit tingkat aktivitas, identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. Tindakan terapeutik : fasilitasi aktivitas rutin, fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot. Tindakan edukasi : ajarkan cara melakukan aktivitas secara bertahap.

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 kerjasama 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 didapat, yaitu: masalah intoleransi belum teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa sesak apabila melakukan banyak aktivitas, pasien mengeluh Lelah dan lemah.

## B. Pembahasan EBN

### 1. Judul EBN

Pengaruh Mengisap Slimber Ice Terhadap Intensitas Rasa Haus Pasien Gagal Ginjal Kronik (Dasuki & Buhari, 2018).

Diagnosis keperawatan : Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan Cairan

Luaran yang diharapkan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan edema menurun, asites menurun, turgor kulit membaik, berat badan membaik.

Intervensi prioritas mengacu pada EBN : Setelah merumuskan diagnosa keperawatan maka dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah segala treatment

yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis . intervensi yang dilakukan untuk mengatasi hipervolemia dikarenakan kelebihan cairan adalah Pengaruh Mengisap Slimber Ice Terhadap Intensitas Rasa Haus Pasien Gagal Ginjal Kronik

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :

a. Pengertian tindakan

Pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa harus mengontrol diet cairan untuk mencegah kelebihan volume cairan antara sesi hemodialisa, konsekuensi pembatasan cairan ini menimbulkan respon oleh tubuh, salah satunya dapat meningkatkan rasa haus. Manajemen intensitas rasa haus dapat dilakukan melalui menghisap ice cubes.

b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus askep

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh menghisap ice cubes terhadap intensitas rasa haus pada penderita gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa.

c. PICOT EBN

1) Judul Jurnal : Penerapan Pengaruh Mengisap Slimber Ice Terhadap Intensitas Rasa Haus Pasien Gagal Ginjal Kronik

a) P (*problem/population*)

Masalah Penelitian : Penderita dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa (HD) harus mematuhi diet, minum obat, pembatasan aktivitas, proses hemodialisis, dan pembatasan cairan. Apabila cairan tidak dijaga atau terjadi kelebihan cairan antara sesi dialisis, maka akan menimbulkan dampak berupa pe-nambahan berat badan, edema, dan pe-ningkatan tekanan darah. Namun, membatasi cairan selama

hemodialisa juga dapat menimbulkan beberapa efek pada tubuh, salah satunya timbulnya keluhan rasa haus dan mulut kering (xerostomia) akibat produksi kelenjar udah yang berkurang.

- b) I (*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, dimana terdapat 3 (tiga) kali pertemuan.
- c) C (*comprassion*) : menghisap es batu dapat membatasi cairan pada pasien CKD
- d) O (*Outcomes*) : Hasil penelitian menunjukkan pe-nurunan 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.
- e) T (*Times*) : Penelitian dilakukan pada bulan Juli – Agustus 2018

## 2) Judul Jurnal:

Mengulum Es Batu sebagai Manajemen Rasa Haus untuk Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis (Maria & Linda, 2021).

Diagnosis keperawatan : Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan Cairan

Luaran yang diharapkan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan edema menurun, asites menurun, turgor kulit membaik, berat badan membaik.

Intervensi prioritas mengacu pada EBN : Setelah merumuskan diagnosa keperawatan maka dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang

dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis . intervensi yang dilakukan untuk mengatasi hipervolemia dikarenakan kelebihan cairan adalah mengulum es batu sebagai manajemen rasa haus untuk pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :

- a. Pengertian Tindakan : Es batu yang dimasukkan ke dalam mulut untuk mencairkan, kandungan air apapun dalam es batu untuk memberikan sensasi dingin di mulut, dan air lelehan di dalam mulut.
- b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus askep:  
mensintesis artikel- artikel tentang intervensi mengulum es batu sebagai manajemen rasa haus pada pasien GGK yang menjalani hemodialisa.
- c. PICOT EBN
  1. P (*Problem/Population*) : Kerusakan ginjal yang dialami penderita CKD, menyebabkan pasien harus melakukan pembatasan intake cairan. Pembatasan cairan ini

menimbulkan beberapa efek yang palings erring adalah timbulnya rasa haus yang menyebabkan mulut pasien menjadi kering karena produksi saliva yang berkurang (xerostomia). Hal tersebut menyebabkan pasien akan minum banyak atau berlebihan untuk memenuhi cairan yang dibutuhkan tubuhnya dan mengurangi keluhannya tersebut, terutama pada pasien yang mengkonsumsi obat- obatan yang membuat membran mukosa kering.

Tujuan Penelitian : untuk menganalisa mengulum es batu sebagai manajemen rasa haus untuk pasien CKD

2. I (*intervention*): Salah satu intervensi yang dapat diterapkan untuk mengatasi masalah rasa haus pada pasien CKD yaitu dengan mengulum es batu karena dapat memberikan perasaan lebih segar daripada minum air mineral sedikit-sedikit.
3. C (*comprassion*) : terapi mengulum es batu penting diterapkan untuk mengurangi rasa haus pada pasien GGK yang menjalani hemodialisa.
4. O(*outcomes*) : dapat disimpulkan bahwa dengan mengulum es batu atau slimber ice 30 ml atau 6 ice cube memiliki nilai efektifitas paling tinggi dalam penurunan intensitas rasa haus pasien hemodialisa dengan nilai presentase setelah pemberian intervensi mengulum 6 ice cube menjadi haus tingan sebesar 67,6 %. Es batu Dayang dimasukkan ke dalam mulut menjadi mencair, kandungan air di dalam es batu tersebut dapat memberikan sensasi dingin dan dapat mengurangi rasa haus yang dirasakan.
5. T (*Time*) : Penelitian pada bulan oktober 2021

3) Judul jurnal:

Pengaruh terapi *ice cube's* sebagai *evidence based nursing* untuk mengurangi rasa haus pada pasien yang menjalani hemodialisa ( Fajri & Tristini, 2020).

Diagnosis keperawatan : Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan Cairan

Luaran yang diharapkan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan edema menurun, asites menurun, turgor kulit membaik, berat badan membaik.

Intervensi prioritas mengacu pada EBN : Setelah merumuskan diagnosa keperawatan maka dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis . intervensi yang dilakukan untuk mengatasi hipervolemia dikarenakan kelebihan cairan adalah pengaruh terapi *ice cube's sebagai evidence based nursing* untuk mengurangi rasa haus pada pasien yang menjalani hemodialisa.

Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :

- a. Pengertian Tindakan : Pembatasan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa merupakan hal yang perlu diperhatikan. Salah satu cara untuk mengurangi rasa haus dan meminimalisir terjadinya peningkatan berat badan dengan terapi *ice cube's* untuk membantu mengurangi rasa haus dan menyegarkan tenggorokkan.
- b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus askep: untuk mengetahui pengaruh terapi *ice cube's* untuk mengurangi rasa haus pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Pandan Arang Boyolali.
- c. PICOT EBN
  1. P (*Problem/Population*) : Pembatasan cairan menjadikan penurunan intake per oral ini akan menyebabkan mulut kering dan lidah jarang teraliri air dan keadaan ini yang

memicu keluhan haus, dalam proses fisiologi tubuh 30 menit-60 menit setelah minum perasaan haus akan muncul kembali. Selain pembatasan cairan ada beberapa makanan yang dapat memicu pasien konsumsi air dengan porsi banyak yang harus dihindari sesuai dengan penelitian yang Antonia (2015) mengatakan bahwa studi korelasi menunjukkan pasien dengan gagal ginjal kronis menghindari makanan pedas dan mengikuti diet yang sudah direkomendasikan.

Tujuan Penelitian : untuk melihat perbandingan antara mengisap *slimber es* dan tidak menghisap *slimber es*.

2. I (*Intervention*) : Populasi penelitian adalah seluruh pasien yang menderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodia-lisa. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling dengan kriteria inklusi adalah pasien yang menderita gagal ginjal kronik yang sedang menjalani hemodialisa secara rutin 2 (dua) kali perminggu dan bersedia menandatangani informed consent sebagai responden. Jumlah sampel penelitian ini adalah 68 responden; 34 responden untuk kelompok intervensi dan 34 responden untuk kelompok kontrol. 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, dimana terdapat 3

(tiga) kali pertemuan pada kelompok kontrol dengan jeda waktu 1 (satu) hari yaitu senin, rabu, dan kamis.

3. C (*comprassion*) : Untuk menganalisis perbedaan teknik menghisap slimber ice
4. O (*Outcomes*) : 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. baik pemerintah maupun swasta, penelitian N.W. Arfany (2014) di RSUD Tugurejo Semarang ditemukan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan tingkat rasa haus sebelum dan setelah intervensi mengulum es batu selama lima menit (p-value 0.002) karena air es yang mencair dan rasa dingin dari es dapat menyegarkan mulut dan tenggorokan sehingga perasaan haus berkurang. Penelitian lain mengatakan bahwa untuk mengurangi rasa haus pada penderita gagal ginjal kronik karena pembatasan cairan adalah dengan mengkonsumsi potongan es karena dapat memberikan perasaan lebih segar dari pada meminum air sedikit- sedikit.
5. T (*Time*) : Pada bulan september,2017



## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Setelah membaca teori dan melaksanakan perawatan langsung pada Ny. M dengan *chronic kidney disease* (CKD) di ruangan Sta. Bernadeth III 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  $\pm$  20 tahun terakhir. Saat pengkajian didapatkan edema pada kedua tungkai Kembali dalam 7 detik, CRT Kembali dalam 6 detik, tampak asites, tampak pasien sesak, pernapasan 32 x/menit, tampak postur tubuh pasien kifosis, tampak sesak pasien meningkat jika banyak bergerak, terpasang NRM 15 liter/menit, SpO2 93%, tekanan darah 200/100 mmHg, ureum 115.6 mg/dL, creatinine 6.21 mg/dL, foto thorax gambaran acites.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. M, yaitu : hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas (kelemahan otot pernapasan) dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan.
3. Intervensi keperawatan : dalam rencana keperawatan yang telah penulis susun diantaranya manajemen hipervolemia, manajemen jalan nafas dan terapi aktivitas 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 ada 1 diagnosa yang teratasi Sebagian yaitu pola nafas tidak efektif, dan ada 2 diagnosa

6. yang belum teratasi yaitu hipervolemia dan intoleransi aktivitas karena perawatan pasien CKD membutuhkan waktu yang lama, namun intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan.

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 meminimalkan resiko kelebihan cairan.

## **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 aktivitas pasien. Perawat juga diharapkan untuk memberikan edukasi tentang kepatuhan minum obat, diit, pembatasan cairan dan aktivitas pasien CKD agar tidak memperburuk kondisi.

### **3. Bagi Institusi Pendidikan**

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



## DAFTAR PUSTAKA

- Aprioningsih, E., Susanti, I. H., & Muti, R. T. (2021). Studi Kasus pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Ny . A dengan Ketidakefektifan Pola Napas di Bancar Purbalingga. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM) Purwokerto*, 448–455.
- BPJS Kesehatan. (2020). INFO BPJS Edisi 104. *BPJS Kesehatan*, 6–9.
- Halimah, N., Alhidayat, N. S., & Handayani, D. E. (2022). Karakteristik Pasien Gagal ginjal Kronik Dengan Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Di RS TK II Pelamonia. *Garuda Pelamonia Jurnal Keperawatan*, 4(1), 14–28.
- Kalengkongan, D. J., Makahaghi, Y. B., & Tinungki, Y. L. (2018). Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Chronik Kidney Disease (CKD) Penderita Yang Dirawat Di Rumah Sakit Daerah Liunkendage Tahun. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, 2(2), 100–114.
- Kronis, G., Menjalani, Y., & Di, H. (2021). *dr . SOEDJONO MAGELANG EFFECT OF HEMODIALYSIS DOSE ON ASCITES EVENT IN CHRONIC RENAL FAILURE*. 6(2). <https://jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id/index.php/SISTHANA/article/view/77771>
- Ma 'shumah, N., Bintanah, S., & Handarsari, E. (2014). Hubungan asupan protein dengan kadar ureum, kreatinin, dan kadar hemoglobin darah pada penderita gagal ginjal kronik hemodialisa rawat jalan di RS Tugurejo, Semarang. *Jurnal Gizi Universitas Muhammadiyah Semarang*, 3(1), 22–32.
- Milvita, D., Nazir, F., & Varuna, C. (2015). *Perbandingan antara Glomerulus Filtration Rate ( GFR ) secara Manual dengan Hasil Pemeriksaan Kamera Gamma Menggunakan Sumber Radiasi Tc 99m DTPA pada Pasien Renografi*. 4(4), 397–404.
- Muttaqin, A., & Kumalasari. (2013). *asuhan keperawatan keperawatan gangguan sistem perkemihan Edisi II*.
- Nasution, S. H., & Musyabiq, S. (2018). Sofyan Musyabiq | Faktor Penyebab Mortalitas Pasien Hemodialisis di Indonesia Tahun. *Medula*, 11(April), 115–118.
- Nuari, N. A., & Widayati. (2018). *Gangguan pada sistem perkemihan dan penatalaksanaan keperawatan (budi utama)*.
- Nursalam, D., & M, N. (2011). *asuhan keperawatan pada sistem*

*perkemahan jilid 1.*

- PPNI. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2nd ed)* (D. P. P. PPNI (ed.)).
- PPNI. (2017b). *Standart Intervensi Indonesi (2nd ed)* (D. P. P. PPNI (ed.)).
- Prabhakara, G. (2010). Health Statistics (Health Information System). In *Short Textbook of Preventive and Social Medicine*. [https://doi.org/10.5005/jp/books/11257\\_5](https://doi.org/10.5005/jp/books/11257_5)
- Rahayu, P. P. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Gagal Ginjal Kronik (Ggk) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi. *Keperawatan, 9*.
- Rini, S., Rahmalia, S., & Pristiana, A. (2020). Hubungan antara dukungan keluarga terhadap kepatuhan dalam pembatasan asupan nutrisi dan cairan pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisis. *Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau, 66*(1), 93–98.
- Siregar, T. C. (2020). *Buku ajar manajemen komplikasi pasien hemodialisa ( R.A.Ariga(ed); 1st ed)*. (budi utama).

## RIWAYAT HIDUP



### I. IDENTITAS

Nama : Yunety Avalda Lein  
Tempat/Tanggal lahir : Soroako, 26 Juni 1999  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : Mahasiswi  
Alamat : Jalan Rajawali III No. 66

### II. IDENTITAS ORANG TUA

Ayah/Ibu : Yoseph Duli Lein / Anastasya Nasa  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : Pensiunan / Wiraswasta  
Alamat : Soroako / Toraja

### III. RIWAYAT PENDIDIKAN

Taman Kanak-Kanak : 2004  
SDN 250 Wasuponda : Tahun 2005 - 2011  
SMP Katolik Makale : Tahun 2011 - 2014  
SMA Katolik Rantepao : Tahun 2014 - 2017  
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2017 - 2022

## RIWAYAT HIDUP



### I. IDENTITAS

Nama : Zyatna Patattan  
Tempat/Tanggal lahir : ToliToli, 26 November 1998  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Protestan  
Pekerjaan : Mahasiswi  
Alamat : Jalan Cendrawasi 4 No.02

### II. IDENTITAS ORANG TUA

Ayah/Ibu : Marthen Sampe / Adriani  
Agama : Protestan  
Pekerjaan : Pns / Urt  
Alamat : Tartor

### III. RIWAYAT PENDIDIKAN

TK Pembina : Tamat Tahun 2003  
SD Santa Theresia : Tahun 2003 - 2010  
SMP Khatolik Donbosco : Tahun 2010 - 2013  
SMAN 1 ToliToli : Tahun 2013 - 2016  
Poltekkes Palu : Tahun 2016 – 2019  
Stik Stella Maris : Tahun 2019 - 2022

Lampiran I

### LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD)

DI RUANGAN STA. BERNADETH III RS STELLA MARIS MAKASSAR

Nama : 1. Yunety Avalda Lein (NS2114901186)

2. Zyatna Patattan (NS2114901171)

Pembimbing : 1. Rosdewi, S.kp, MSN.

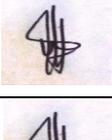
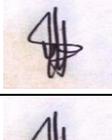
2. Asrijal Bakri, NS., M.Kes

NO.	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING		TANDA TANGAN MAHASISWA	
				I	II	I	II
1.	10/06/2022	Mengajukan kasus "asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD di ruangan ST. BERNADETH III RS Stella Maris Makassar"	Lanjutkan membuat pengkajian				

Lampiran I

2.	13/06/2022	Asuhan keperawatan	Lengkapi asuhan keperawatan				
3.	15/06/2022	Asuhan keperawatan	Perbaiki implementasi dan evaluasi				
4.	17/06/2022	BAB I, BAB II, BAB III	Perbaiki penyusunan kalimat di BAB I, perhatikan buku panduan, lengkapi BAB II dan buat pathway, perhatikan data-data BAB III				
5.	20/06/2022	BAB I BAB II BAB III BAB IV	Perhatikan tujuan khusus, cari angka prevalensi CHF  Perjelas gambar anatomi, perbaiki pathway sesuai konsep penyakit  Perhatikan penyusunan intervensi – evaluasi Buat pembahasan sesuai kasus  Sesuaikan dengan kasus yang dibahas				
6.	24/06/2022	BAB II	Perbaiki pathway				

Lampiran I

		BAB III	Perbaiki implementasi dan evaluasi				
		BAB IV	Tambahkan pembahasan mendalam sesuai diagnosa keperawatan yang diangkat				
7.	27/06/2022	BAB IV	Perbaiki susunan kalimat pada pembahasan asuhan keperawatan dan fokus pada kasus				
		BAB V	Perhatikan penulisan dan sitasi				
8.	28/06/2022	BAB III	Perbaiki implementasi dan evaluasi				
9.	06/07/2022	BAB IV	Tambahkan pembahasan mendalam sesuai diagnosa keperawatan yang diangkat.				
10.	07/07/2022	BAB I-V	Perhatikan penulisan dan sitasi			