

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.I DENGAN GAGAL
GINJAL KRONIK DI RUANG BAITUL IZZAH 2 RUMAH
SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Dini Lestari

40901900017

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.I DENGAN GAGAL GINJAL
KRONIK DI RUANG BAITUL IZZAH 2 RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Dini Lestari

40901900017

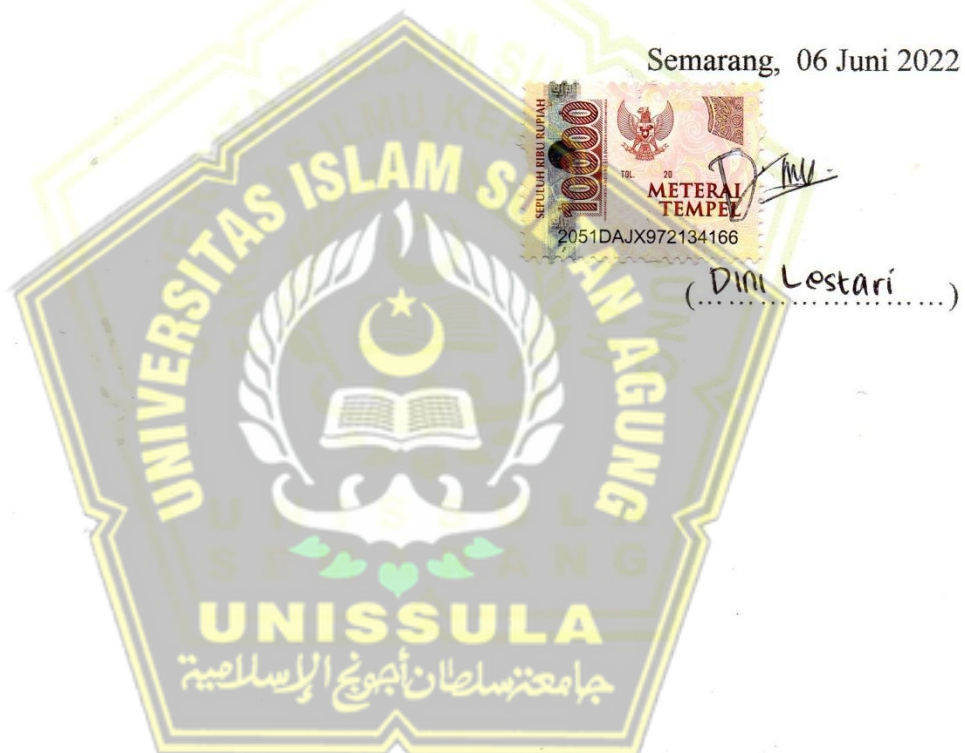
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 06 Juni 2022



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.I DENGAN
GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG BAITULIZZAH 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Dini Lestari

Nim : 40901900017

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 23 Mei 2022



[Signature]

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep

NIDN. 06-1509-8802

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 06 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji.

Semarang, 06 Juni 2022

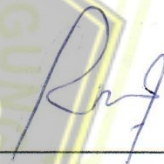
Penguji I

Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep
NIDN. 06-2207-8602



Penguji II

Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep
NIDN. 06-0505-7902



Penguji III

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep
NIDN. 06-1509-8802



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403

MOTTO

Jika kau tak suka sesuatu, ubahlah !
jika tak bisa, maka ubahlah cara pandangmu tentangnya.

Be Good, Do Good, Look Good.



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.I Dengan Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Baitulizzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” Kupersembahkan Karya Tulis Ilmiah ini Untuk :

1. Prof. Dr. Gunarto S.h., MHum. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Iwan Ardian SKM, M. Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep. Selaku Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep. Selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing, memberikan masukan, memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis
5. Segenap Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu, nasihat dan bimbingan yang diberikan selama proses studi
6. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang khususnya ruang Baitulizzah 2 selaku pembimbing lahan dan lahan praktik
7. Tn.I sekeluarga Sebagai obyek penulis dalam pelaksanaan studi kasus
8. Ayah, ibu dan kakak yang telah mendoakan, mencurahkan kasih sayang, perhatian, motivasi, nasihat serta dukungan secara moral maupun finansial sehingga cita-cita saya dapat tercapai dan yang selalu sedia meluangkan waktu untuk mendengar cerita-cerita, keluh dan kesah selama ini
9. Sahabatku pipit, idul, lindut, copi, sany, tiwi dan teman-temanku grup no wacana terimakasih atas kesenangan dan canda tawa yang membahagiakan
10. Diri sendiri karena tak pernah memutuskan untuk menyerah sesulit apapun keadaan
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah dengan tulus ikhlas memberikan doa dan motivasi sehingga dapat terselesaikannya karya tulis ilmiah ini

Akhir kata semoga karya tulis ini bermanfaat

Wassalamualaikum Wr.Wb

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
1. Pengertian	5
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi.....	6
4. Manifestasi Klinis.....	7
5. Pemeriksaan Diagnostik	7
6. Komplikasi	9
7. Penatalaksanaan Medis.....	10
B. Konsep Dasar Keperawatan	11
1. Pengkajian Keperawatan	11
2. Diagnosis Keperawatan dan Fokus Intervensi	14
3. Pathways.....	25
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	26
A. Pengkajian	26
B. Analisa Data	31

C. Diagnosis Keperawatan.....	32
D. Planning / Intervensi.....	32
E. Implementasi	34
F. Evaluasi	37
BAB IV PEMBAHASAN.....	40
BAB V PENUTUP.....	45
A. Simpulan.....	45
B. Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA	47
LAMPIRAN.....	50



DAFTAR TABEL

Tabel 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	30
Tabel 2 Therapy	31
Tabel 3 Balance Cairan	31



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Laporan Asuhan Keperawatan

Lampiran 2 Lembar Konsultasi

Lampiran 3 Ketrangan Konsultasi

Lampiran 4 Surat kesediaan Pembimbing

Lampiran 5 Berita Acara



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal ginjal kronik merupakan gangguan fungsi ginjal dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit serta kehilangan daya dalam proses metabolisme yang dapat menyebabkan terjadinya uremia karena penumpukan zat-zat yang tidak bisa dikeluarkan dari tubuh oleh ginjal yang mengarah pada kerusakan jaringan ginjal yang progresif dan reversibel (Kamil & Agustina, 2018)

Gagal ginjal kronik menjadi masalah besar dunia karena sulit disembuhkan. Prevalensi gagal ginjal kronik diseluruh dunia pada tahun 2011 sebanyak 2.786.000 orang, tahun 2012 sebanyak 3.018.860 orang dan tahun 2013 sebanyak 3.200.000 orang. Di Indonesia prevalensi kejadian gagal ginjal kronik adalah sebesar 0,2% dari penduduk Indonesia. Dari angka presentase tersebut hanya 60% pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi dialysis. Pada tahun 2013 di dapatkan kasus penyakit gagal ginjal kronik baru sebesar 15.128 orang. Kemudian pada tahun 2014 terdapat 17.193 kasus baru yang ditemukan. Di provinsi jawa tengah sendiri, prosentasi kejadian penyakit gagal ginjal kronik adalah sebesar 0,35 dari total penduduk di jawa tengah. Kemudian pada tahun 2014 ditemukan kasus baru penderita penyakit gagal ginjal kronik sebesar 2.192 orang (Natassia & Pistanty, 2020)

Gagal ginjal kronik dapat menyebabkan timbulnya berbagai manifestasi klinis yang kompleks diantaranya penumpukan cairan, edema paru, edema perifer, kelebihan toksisi uremik serta pericarditis dan iritasi sepanjang saluran gastrointestinal dari mulut sampau anus, gangguan keseimbangan biokimia (hiperkalemis, asidosis inetabolik), gangguan keseimbangan kalsium fosfat yang lama periferm pruritis, pernafasan dangkal, anoreksi, mual, muntah, kelemahan dan keletihan. Gagal ginjal kronik juga menyebabkan terjadinya kelebihan cairan pada tubuh pasien

sehingga dampak yang akan muncul adalah komplikasi lanjut seperti hipertensi, gagal jantung, edema pulmonal, nyeri pleura, dan sesak nafas. Kondisi tersebut menyebabkan timbul masalah keperawatan gangguan pertukaran gas, nyeri akut, hypervolemia atau kelebihan volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, ketidakefektifan perfusi jaringan, intoleransi aktivitas, kerusakan integritas kulit, resiko perdarahan, dan resiko infeksi.

Peran perawat pada pasien gagal ginjal kronik yaitu dilakukannya intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus, intervensi keperawatan yang dilakukan seperti monitoring tanda-tanda vital, monitor adanya distensi vena leher, edema perifer, penambahan berat badan, monitor tanda dan gejala edema, monitor intake dan output cairan, mencatat intake dan output cairan dilakukan pembatasan asupan cairan, kolaborasi pemberian oksigen dan kolaborasi pemeriksaan laboratorium (Suandika & Muti, 2021). Berdasarkan data yang didapatkan penulis di Ruang Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang terdapat pasien dengan gagal ginjal kronik yang memerlukan asuhan keperawatan secara komprehensif, maka dari itu penulis tertarik untuk mengangkat judul karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada Tn.I dengan Gagal Ginjal Kronik di Ruang Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah ini adalah penulis mampu memahami konsep gagal ginjal kronik dan mempelajari asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Baitulizzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan karya tulis ilmiah yaitu penulis mampu :

- A. Melakukan pengkajian pada pasien gagal ginjal kronik
- B. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik
- C. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik
- D. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik
- E. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik mengenai tindakan keperawatan yang diberikan

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai acuan atau referensi bagi institusi pendidikan dalam bidang keperawatan tentang asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat bermanfaat sebagai bahan informasi dan menambah pengetahuan bagi perawat mengenai penyakit gagal ginjal kronik sehingga perawat lebih proaktif dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.

3. Bagi Lahan Praktik

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi lahan praktik dalam mempertahankan dan meningkatkan tindakan untuk meringankan maupun menghilangkan masalah yang muncul pada pasien dan hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberi masukan atau saran serta menambah keluasan ilmu asuhan keperawatan pada

pasien gagal ginjal kronik di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

4. **Bagi Masyarakat**

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi dan informasi bagi masyarakat supaya mengetahui gambaran umum tentang gagal ginjal kronik dan lebih mendalami bagaimana cara merawat pasien dengan gagal ginjal kronik.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Penyakit gagal ginjal kronik atau *kronik Kidney Disease* merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan *irreversible* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). Penyakit ginjal ini merupakan tahap akhir dimana organ ini gagal untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit serta mengarah pada hal yang mengancam kehidupan atau kematian.

Gagal ginjal merupakan penyakit sistematis dan merupakan jalur akhir yang umumnya dari berbagai penyakit traktus urinarius dan ginjal. Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya. Suatu bahan yang biasanya dieliminasi di urine menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan elektrolit serta asam basa (Rahayu & Fernandez, 2018)

Berdasarkan dari beberapa sumber, maka dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit serta kehilangan daya dalam proses metabolisme yang dapat menyebabkan terjadinya uremia karena penumpukan zat-zat yang tidak bisa dikeluarkan dari tubuh oleh ginjal yang mengarah pada kerusakan jaringan ginjal yang progresif dan reversibel.

2. Etiologi

Menurut Sari (2022) Etiologi gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh penyakit sistematis seperti :

- a. Diabetes mellitus

Merupakan sebuah penyakit, dimana kondisi kadar glukosa dalam darah melebihi batas normal. Hal ini disebabkan karena tubuh tidak dapat melepaskan atau menggunakan insulin secara adekuat (Putri & Isfandiari, 2013)

b. Glomerulonefritis

Merupakan suatu keadaan dimana terjadi inflamasi padaglomerulus, yang berdasarkan etiologi dapat terjadi secara primer dan sekunder dan merupakan salah satu penyebab penting dari penyakit ginjal kronik (Lana Yusria, 2016)

c. Pielonefritis

Adalah jenis infeksi saluran kemih (ISK) yang umumnya dimulai di uretra atau kandung kemih dan menyebar kesalah satu atau kedua ginjal (ASTUTI, 2022)

d. Hipertensi

Adalah suatu kondisi dimana terjadi kenaikan tekanan darah sistolik mencapai angka diatas sama dengan 140mmHg dandiastolik diatas sama dengan 90mmHg (Yonata & Pratama, 2016)

e. Obstruksi traktus urinarius

Merupakan kondisi tersumbatnya saluran kemih secara fungsional atau anatomis karena berbagai macam penyebab, sehingga akan terjadi gangguan aliran urin dari proksimal ke distal

f. Lesi herediter seperti penyakit ginjal polikistik (Isroin et al., 2012)

Penyakit ginjal polikistik adalah gangguan multifaktorial yang bercirikan kista ginjal bilateral dan umum menyerang pasien dewasa (Marisa et al., 2021)

3. Patofisiologi

Patofisiologi gagal ginjal kronik awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya (Unawekla & Moeis, 2018) seperti gangguan metabolic (DM), infeksi (pielonefritis), obstruksi traktus urinarius, gangguan imunologis, hipertensi, gangguan tubulus primer (nefrotoksin) dan gangguan kongenital yang menyebabkan GFR

(glomerular filtration rate) menurun. Pada waktu terjadi kegagalan ginjal sebagai nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesa nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai $\frac{3}{4}$ dari nefron-nefron rusak. Beban bahan yang harus dilarut menjadi lebih besar daripada yang bisa direabsorpsi berakibat diuresis osmotik disertai poliuri dan haus.

Selanjutnya karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak timbul disertai retensi produksi sisa. Titik dimana timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80-90%. Pada tingkat ini fungsi renal yang demikian lebih rendah itu. Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan kedalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap system tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat (Aisara, 2018).

4. Manifestasi Klinis

Gagal ginjal kronik dapat menyebabkan timbulnya berbagai manifestasi klinis yang komplek diantaranya penumpukan cairan, edema paru, edema perifer, kelebihan toksis uremik serta pericarditis dan iritasi sepanjang saluran gastrointestinal dari mulut sampai anus, gangguan keseimbangan bikomia (hyperkalemia, asidosis inetabolik), gangguan keseimbangan fosfat yang lama kelamaan mengakibatkan neuropati perifer, pruritis, pernafasan dangkal, anoreksia, mual, muntah, kelemahan dan keletihan (Suandika & Muti, 2021)

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Lemone & dkk (2017) pemeriksaan diagnostik digunakan baik untuk mengidentifikasi gagal ginjal kronik maupun memonitor fungsi ginjal. Sejumlah pemeriksaan dapat dilakukan untuk

menentukan penyebab gangguan ginjal. Ketika diagnosis ditegakkan, fungsi ginjal dimonitor terutama lewat kadar sisa metabolik dan elektrolit dalam darah.

a. Urinalisis

Dilakukan untuk mengukur berat jenis urin dan mendeteksi komponen urine yang abnormal. Pada gagal ginjal kronik, berat jenis dapat tetap pada sekitar 1,010 akibat kerusakan sekresi tubulus, reabsorpsi dan kemampuan memekatkan urine. Protein abnormal, sel darah dan bekuan sel dapat juga ditemukan di urine.

b. Kultur Urine

Diinstruksikan untuk mengidentifikasi infeksi saluran kemih yang mempercepat perkembangan gagal ginjal kronik.

c. BUN dan Kreatinin Serum

Diambil untuk mengevaluasi fungsi ginjal dan mengkaji perkembangan gagal ginjal. BUN 20-50 mg/dL mengindikasikan azotemia ringan; kadar lebih dari 100 mg/dL mengindikasikan kerusakan ginjal berat. Gejala uremia ditemukan saat BUN sekitar 200 mg/dL atau lebih tinggi. Kadar serum kreatinin lebih dari 4 mg/dL mengindikasikan kerusakan ginjal serius.

d. eGFR

Digunakan untuk mengevaluasi GFR dan stadium penyakit ginjal kronik. eGFR adalah perhitungan nilai yang ditentukan menggunakan rumus yang memasukkan kreatinin serum, usia, jenis kelamin dan ras pasien.

e. Elektrolit Serum

Dimonitor lewat perjalanan gagal ginjal kronik. Natrium serum dapat berada dalam batasan normal atau rendah karena retensi air. Kadar kalium naik tetapi biasanya tetap dibawah 6,5 mEq/L. Fosfor serum naik dan kadar kalsium turun. Asidosis metabolik diidentifikasi dengan pH rendah, CO₂ rendah, dan kadar bikarbonat rendah.

f. CBC

Menunjukkan anemia sedang ke arah berat dengan hematokrit 20% hingga 30% dan hemoglobin rendah. Jumlah sel darah merah dan trombosit turun.

g. Ultrasonografi Ginjal

Dilakukan untuk mengevaluasi ukuran ginjal. Pada gagal ginjal kronik, ukuran ginjal berkurang karena nefron hancur dan massa ginjal mengecil.

h. Biopsi Ginjal

Dapat dilakukan untuk mengidentifikasi proses penyakit penyebab jika ini tidak jelas. Selain itu juga digunakan untuk membedakan gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik. Biopsi ginjal dapat dilakukan pada pembedahan atau dilakukan menggunakan biopsi jarum.

6. Komplikasi

Menurut (Pranata & Prabowo, 2014) Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronik adalah:

a. Penyakit tulang

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan dekalsifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur patologis.

b. Penyakit kardiovaskuler

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

c. Anemia

Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin.

7. Penatalaksanaan Medis

a. Nonfarmakologis

- 1) Pengaturan asupan protein
 - a) Pasien non dialysis 0,6-0,7 gram/kg BB ideal/hari (sesuai dengan CCT/toleransi pasien)
 - b) Pasien hemodialisis 1-1,2 gram/kg BB/hari
 - c) Pasien peritoneal dialisis 1,3 gram/kg BB/hari
- 2) Pengaturan asupan kalori : 35 kal/kgBB ideal/hari
- 3) Pengaturan asupan lemak :30-40 % dari kalori total dan mengandung jumlah yang sama antara asam lemak bebas jenuh dan tidak jenuh
- 4) Pengaturan asupan karbohidrat: 50-60% dari kalori total
- 5) Garam (NaCL) : 2-3 gram/hari
- 6) Kalium : 40-70 mEq/kgBB/hari
- 7) Fosfor: 5-10 mg/kgBB/hari. Pasien HD : 17mg/hari
- 8) Kalsium : 1400-1600 mg/hari
- 9) Besi : 10-18 mg/hari
- 10) Magnesium : 200-300 mg/hari
- 11) Air : jumlah urine 24 jam + 500ml (insensible water loss). Pada CAPD air disesuaikan dengan jumlah dialisat yang keluar.

b. Farmakologis

- 1) Kontrol tekanan darah 24
- 2) Penghambat EKA atau antagonis reseptor angiotensin II kemudian evaluasi kreatinin dan kalium serum, bila terdapat peningkatan kreatinin >35% atau timbul hiperkalemia harus dihentikan
- 3) Penghambat kalsium
- 4) Diuretik
- 5) Pada pasien DM, kontrol gula darah dan hindari pemakaian metformin atau obat-obatan sulfonilurea dengan masa kerja panjang

- 6) Koreksi anemia dengan target Hb 10-12 gr/dl
- 7) Kontrol hiperfosfatemia : kalsium karbonat atau kalsium asetat
- 8) Kontrol renal osteodistrofi :kalsitrol
- 9) Koreksi hiperkalemia
- c. Tatalaksana ginjal pengganti : transplantasi ginjal,dialysis
(Diyono & Mulyanti, 2022)

B. Konsep Dasar Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang diberikan kepada klien berupa pelayanan keperawatan dan bantuan dalam memenuhi kebutuhan hidup dasar. Proses perawatan merupakan teknik pemecahan masalah yaitu meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan. Pengelompokan data-data pengkajian dapat diklasifikasikan dengan berbeda beda salah satunya adalah sebagai berikut :

- a. Pengkajian identitas pasien
mengidentifikasi nama pasien, umur pasien, alamat tempat tinggal pasien,tempat tanggal lahir pasien, pendidikan pasien dan lain sebagainya.
- b. Pengkajian persepsi kesehatan klien
Mendeskripsikan pola kesehatan dan kesejahteraan klien dan bagaimana kesehatan dikelola. Termasuk persepsi individu tentang status kesehatan.

c. Pola nutrisi-metabolisme

Mendeskripsikan pola konsumsi makanan dan cairan berhubungan dengan kebutuhan metabolisme dan pola petunjuk dari kebutuhan nutrisi. Termasuk pola konsumsi makanan dan cairan individu: berapa kali makan sehari, jenis dan jumlah konsumsi makanan dan cairan, preferensi makanan tertentu, dan penggunaan suplemen nutrisi atau vitamin.

d. Pola eliminasi

Mendeskripsikan pola fungsi ekskresi. Mencakup keteraturan individu merasakan fungsi ekskretoris.

e. Pola aktifitas-latihan

Mendeskripsikan pola latihan, aktifitas, waktu luang, dan rekreasi. Termasuk kegiatan sehari-hari yang memerlukan pengeluaran energi, seperti kebersihan, memasak, belanja, makan, bekerja, dan pemeliharaan rumah. Juga termasuk adalah jenis, jumlah, dan kualitas olahraga, termasuk olahraga, yang menggambarkan pola khas untuk individu. Faktor-faktor yang mengganggu dengan keinginan atau kegiatan yang diharapkan untuk individu (seperti defisit dan kompensasi neuromuskular, dyspnea, angina, atau otot kram saat aktivitas, dan lain lain).

f. Pola kognitif-persepsi

Mendeskripsikan pola persepsi sensorik dan pola kognitif. Termasuk kecukupan model sensorik, seperti penglihatan, pendengaran, rasa, sentuhan, dan bau, dan kompensasi atau prostesis yang saat ini digunakan. Laporan persepsi rasa sakit dan bagaimana rasa sakit yang dikelola. Termasuk juga kemampuan fungsional kognitif seperti bahasa, memori, penilaian, dan pengambilan keputusan.

g. Pola istirahat dan tidur

Mendeskripsikan pola tidur, istirahat, dan relaksasi. Termasuk pola periode tidur dan istirahat / relaksasi selama 24 jam. Termasuk persepsi kualitas dan kuantitas tidur dan istirahat, persepsi tingkat

energi setelah tidur, dan setiap gangguan tidur. Termasuk juga alat bantu untuk tidur seperti obat atau waktu malam, rutinitas yang digunakan individu.

h. Pola persepsi diri dan konsep diri

Mendeskripsikan pola persepsi diri dan konsep diri (contoh, kenyamanan tubuh, gambaran diri, keadaan perasaan). Termasuk sikap individu tentang diri, kemampuan persepsi (kognitif, afektif, atau fisik), citra tubuh, identitas, pengertian umum dari nilai, dan pola umum emosional. Postur tubuh dan gerakan, kontak mata, suara, dan termasuk pola bicara.

i. Pola peran-hubungan

Mendeskripsikan pola keterlibatan peran dan hubungan. Termasuk persepsi individu dari peran utama dan tanggung jawab dalam situasi kehidupan saat ini. Kepuasan atau gangguan dalam keluarga, pekerjaan, atau hubungan sosial dan mencakup tanggung jawab yang terkait dengan peran-peran ini.

j. Pola seksualitas-reproduksi

Menjelaskan pola kepuasan atau ketidakpuasan dengan seksualitas; menggambarkan pola reproduksi. Sertakan kepuasan yang dirasakan individu atau laporan gangguan dalam seksualitasnya. Mencakup juga tahap reproduksi wanita (premenopause atau pascamenopause) dan setiap masalah yang dirasakan.

k. Pola koping toleransi-stress

Menjelaskan pola koping umum dan efektivitas pola dalam hal toleransi stres. Termasuk cadangan individu atau kapasitas untuk menolak tantangan untuk integritas diri, cara penanganan stres, keluarga atau sistem pendukung lainnya, dan kemampuan yang dirasakan untuk mengelola situasi penuh tekanan.

l. Pola nilai-kepercayaan

Data mengenai pola nilai-kepercayaan menjelaskan pola nilai-nilai, tujuan, atau keyakinan (termasuk spiritual) yang memandu pilihan

atau keputusan. Termasuk apa yang dianggap penting dalam hidup, kualitas hidup, dan setiap konflik yang dirasakan dalam nilai-nilai, keyakinan, atau harapan yang terkait dengan kesehatan.

2. Diagnosis Keperawatan dan Fokus Intervensi

a. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang memberi gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien, baik secara aktual maupun secara potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian. Pernyataan diagnosis keperawatan harus jelas, singkat, dan lugas terkait masalah kesehatan klien berikut penyebabnya yang dapat diatasi melalui tindakan keperawatan. Setelah dilakukan pengkajian kemungkinan diagnosa yang akan muncul pada pasien dengan penyakit ginjal kronik yaitu (Smeltzer & Bare, 2015)

- 1) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium (D.0122).
- 2) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D.0056).
- 3) Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi (D.0076)
- 4) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveoluskapiler (D.0003)
- 5) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hb (D.0009).
- 6) Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan (D.0019).
- 7) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077).

- 8) Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelebihan volume cairan, sindrom uremia (D.0129)
- 9) Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan preload naik (D.0011)

b. Fokus Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Intervensi dilakukan sesuai dengan diagnosis yang sudah ditentukan (PPNI, 2018). Fokus intervensi menurut SLKI tahun 2019 dan SIKI tahun 2018 :

- 1) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium
 - Intervensi : Manajemen Hipervolemia
 - Observasi
 - a) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)
 - b) Identifikasi penyebab hipervolemia
 - c) Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), *jika tersedia*
 - d) Monitor intake dan output cairan
 - e) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)
 - f) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat)
 - g) Monitor kecepatan infus secara ketat
 - h) Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)

Terapeutik

- a) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- b) Batasi asupan cairan dan garam

- c) Tinggikan kepala tempat tidur 30 40°

Edukasi

- a) Anjurkan melapor jika haluaran urin $< 0,5, \text{mL/kg/jam}$ dalam 6 jam
- b) Anjurkan melapor jika BB bertambah $> 1 \text{ kg}$ dalam sehari
- c) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
- d) Ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian diuretik
- b) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic
- c) Kolaborasi pemberian *continous renal replacement therapy* (CRRT), jika perlu

- 2) Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Intervensi : Manajemen Energi

Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c) Monitor pola dan jam tidur
- d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan nyaman dan Rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
- b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring
- b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

3) Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi

Intervensi : Manajemen mual

Observasi

- a) Identifikasi pengalaman mual
- b) Identifikasi isyarat non verbal ketidaknyamanan (mis. Bayi, anak-anak dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif
- c) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran dan tidur)
- d) Identifikasi factor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur)
- e) Identifikasi antiemetic untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan)
- f) Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi dan tingkat keparahan)
- g) Monitor asupan nutrisi dan kalori

Teraupetik

- a) Kendalikan factor lingkungan penyebab mual (mis. Bau tak sedap, suara dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)
- b) Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan , ketakutan, kelelahan)
- c) Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik

- d) Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna , jika perlu

Edukasi

- a) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- b) Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual
- c) Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak
- d) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. Biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresur)

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu
- 4) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveoluskapiler

Intervensi : Pemantauan Respirasi

Observasi

- a) Monitor frekuensi, irama kedalaman dan upaya napas
- b) Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, CheyneStokes, Biot, ataksik)
- c) Monitor kemampuan batuk efektif
- d) Monitor adanya produksi sputum
- e) Monitor adanya sumbatan jalan napas
- f) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- g) Auskultasi bunyi napas
- h) Monitor saturasi oksigen
- i) Monitor nilai AGD
- j) Monitor hasil x-ray toraks

Terapeutik

- a) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- b) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 - b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
- 5) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hb

Intervensi :Manajemen Sensasi Perifer

Observasi

- a) Identifikasi penyebab perubahan sensasi
- b) Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian
- c) Periksa perbedaan sensasi tajam dan tumpul
- d) Periksa perbedaan sensasi panas dan dingin
- e) Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda
- f) Monitor terjadinya parestesia, jika perlu
- g) Monitor perubahan kulit
- h) Monitor adanya tromboflebitis dan tromboemboli vena

Teraupetik

- a) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)

Edukasi

- b) Anjurkan penggunaan thermometer untuk menguji suhu air
- c) Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak
- d) Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu
 - b) Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu
- 6) Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan

Intervensi : Manajemen Nutrisi

Observasi

- a) Identifikasi status nutrisi
- b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

- c) Identifikasi makanan yang disukai
- d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- e) Monitor asupan makanan
- f) Monitor berat badan
- g) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Teraupetik

- a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)
- c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- f) Berikan makanan rendah protein

Edukasi

- a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- b) Anjurkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- b) Kolaborasi dengan ahli gizi menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

7) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

Intervensi : Manajemen Nyeri

Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respons nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- 8) Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelebihan volume cairan, sindrom uremia

Intervensi : Perawatan Integritas Kulit

Observasi

- a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)

Terapeutik

- a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- b) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
- c) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- d) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
- e) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
- f) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi

- a) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)
 - b) Anjurkan minum air yang cukup
 - c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - d) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
 - e) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
 - f) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah
 - g) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.
- 9) Risiko Penurunan Curah Jantung ditandai dengan perubahan irama jantung

Intervensi : Perawatan Jantung

Observasi

- a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxymal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP).
- b) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- c) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)

- d) Monitor intake dan output cairan
- e) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- f) Monitor saturasi oksigen
- g) Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi , radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)
- h) Monitor EKG 12 sadapan
- i) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- j) Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung)
- k) Monitor fungsi alat pacu jantung
- l) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- m) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. Beta blocker, ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoksin).

Terapeutik

- a) Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- b) Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kefein, natrium, kolestrol, dan makanan tinggi lemak)
- c) Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi
- d) Fasilitas pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat
- e) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu
- f) Berikan dukungan emosional dan spritual
- g) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen 94%

Edukasi

- a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- b) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- c) Anjurkan berhenti merokok

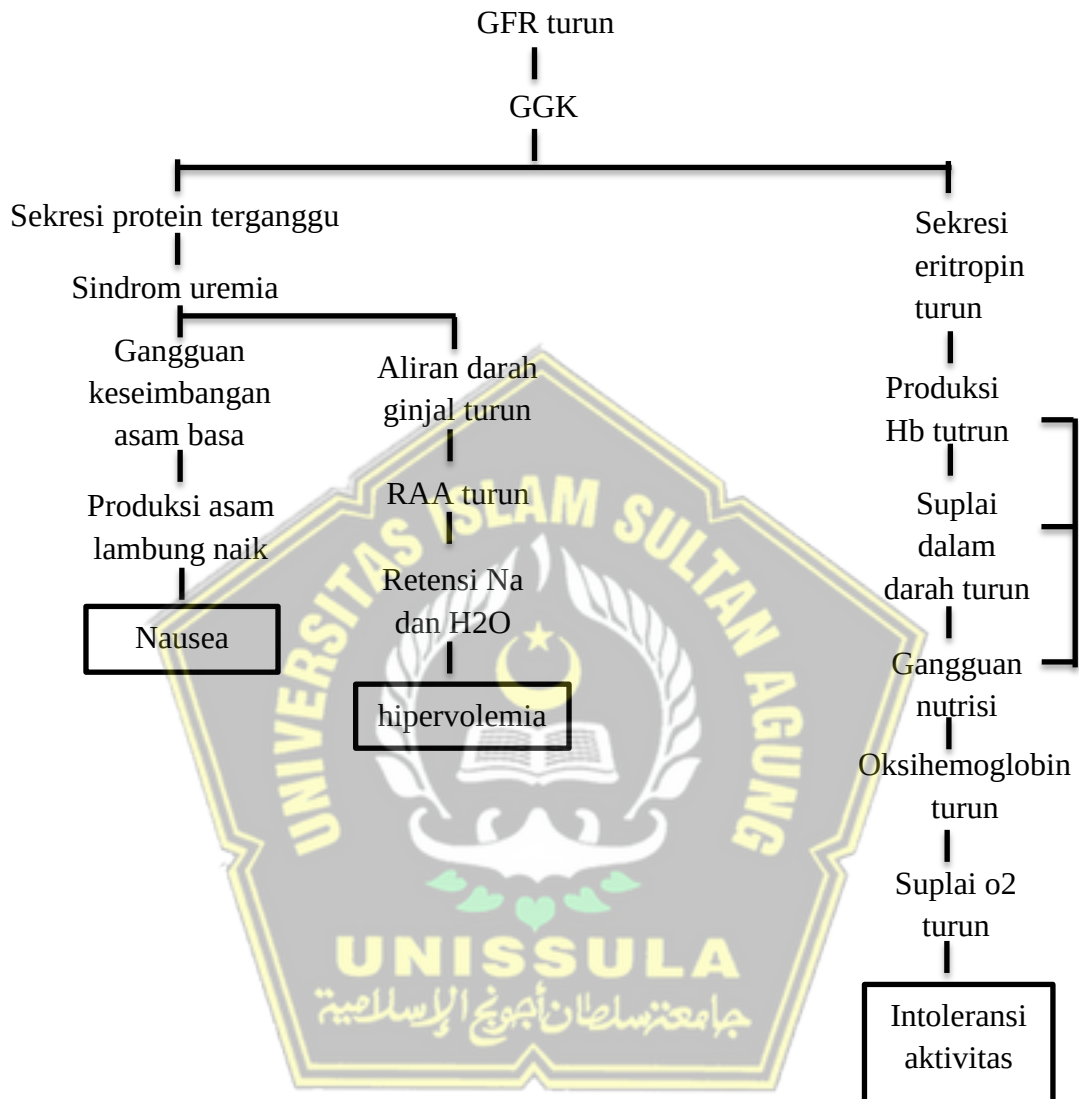
- d) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
- e) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
- b) Rujuk ke program rehabilitasi jantung



3. Pathways



(Sumber : Bruner & Suddart, 2013 dan SDKI, 2017)

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian pada Tn.I dengan diagnosa medis gagal ginjal kronik di ruangan Baitulizzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 12 januari 2022 jam 15.00 WIB dengan keluhan utama mual dan ingin muntah. Data pengkajian yang didapatkan adalah identitas: An. Tn.I berusia 20 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama islam, pendidikan SMP, pekerjaan buruh proyek, suku jawa, bangsa Indonesia, bertempat tinggal di Demak.

1. Riwayat Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

pasien masuk rumah sakit pada tanggal 10 januari 2022 pukul 16.00 WIB dan diterima melalui IGD dengan keluhan mual dan ingin muntah serta kurang nafsu makan. Pasien juga mengeluh merasa sesak nafas dan badannya terasa lemas. Pasien mengatakan badannya lemas ketika merasa mual dan ingin muntah. keluhan muncul sejak 2 hari sebelum pasien masuk rumah sakit dan keluhan timbulnya mendadak. Terdapat pembengkakan dikedua kaki dan tangan pasien. Ibu pasien mengatakan bengkak mulai terjadi sejak 1 bulan yang lalu. Upaya yang dilakukan pasien untuk mengatasi sesak nafas yaitu dengan duduk dan mengatur pola nafasnya. Keadaan umum, pasien terlihat lemas dan pucat, terpasang nasa kanul 3liter/menit, terpasang infus ringer laktat asal tetes/menit. TTV TD: 170/100mmHg, N: 98x/menit, RR: 25x/menit, S: 36,°c.

b. Riwayat Kesehatan Lalu

ibu pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit ginjal dan pernah dirawat di rumah sakit 1 bulan yang lalu dengan diagnosa medis gagal ginjal kronik. Pasien belum pernah mengalami kecelakaan dan tidak mempunyai alergi terhadap minuman, makanan

ataupun obat-obatan. Pasien mengatakan tidak ingat imunisasi apa saja yang pernah dilakukan atau didapatkan.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

pasien tinggal bersama ibu dan kakeknya. pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit ginjal dan tidak ada yang sedang menderita suatu penyakit atau sakit.

d. Riwayat Kesehatan Lingkungan

pasien tinggal diperkampungan, lingkungan rumahnya cukup bersih, ventilasi udara cukup, cukup cahaya sinar matahari untuk masuk, aman nyaman dan tidak ada ancaman terjadinya bahaya.

2. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional Menurut Gordon (Data Fokus)

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan kesehatan itu penting bagi dirinya sehingga harus tetap menjaga dan mempertahankan kesehatan. pasien mengatakan sebelum sakit setiap hari minum kopi instan (good day) hampi 3x sehari selama 7 tahun lebih dan jarang minum air putih dan pasien juga mengatakan dirinya seorang perokok aktif. Sebelum sakit pasien mengatakan jika dirinya sakit hanya istirahat dirumah saja tidak periksa ke puskesmas atau kerumah sakit. Pasien berfikir penyakit yang dideritanya hanya penyakit ringan yang lama kelamaan akan sembuh sendiri.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien mengatakan bahwa dirinya sangat menyukai sayur dan buah apel, tidak ada makanan yang membuat pasien pasien alergi atau makanan pantangan. Sebelum sakit pasien memiliki kebiasaan minum kopi instan (good day setia hari yang sudah berjalan selama 7 tahun lebih. Selama sakit pasien makan 3x sehari tetapi hanya menghabiskan ½ porsi. Pasien mengalami penurunan BB dari 125 kg menjadi 80kg. pasien mendapatkan infuse RL dengan pengaturan infuse asal netes.

c. Pola eliminasi

1) Pola BAB

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB 1x pada waktu pagi hari dengan konsistensi keras, warna coklat, bau khas dan tidak menggunakan obat pencahar

Selama sakit : pasien mengatakan BAB 1x pada waktu pagi hari dengan konsistensi keras, warna hitam ,bau khas

2) Pola BAK

Sebelum sakit : pasien mengatakan sering BAK kurang lebih 4-5x sehari dengan bau khas dan warna kuning jernih

Selama sakit : pasien mengatakan hanya BAK kurang lebih 3x sehari dengan bau yang khas dan warna kuning

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Selama sakit pasien hanya berbaring di tempat tidur tidak bisa bekerja dan tidak mampu melakukan olahraga.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan susah tidur karena merasakan mual.

f. Pola Kognitif-Perseptual Sensori

Pasien tidak ada keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensasi penglihatan ataupun pendengaran. Pasien mengatakan tidak merasakan nyeri, pusing dan masih mampu merasakan sensasi panas dan dingin. Pasien mampu mengingat, berbicara, dan memahami pesan yang diterima.

g. Pola persepsi diri dan kosep diri

pasien mengatakan cemas akan penyakit yang dideritanya tetapi pasien percaya bahwa semua penyakit ada obatnya. Pasien tidak merasa malu dengan penyakitnya. Pasien mengatakan bersyukur atas apa saja yang diberikan Allah swt. Dalam keluarga pasien sebagai seorang cucu dan anak, kemampuan dalam menjalankan perannya pun baik, ditunjukkan dengan pasien sangat menghormati ibu dan

kakeknya. Pasien mengatakan bersyukur telah dilahirkan dikeluarga yang penuh perhatian.

h. Pola Mekanisme Koping

Pasien mengatakan selalu berdoa kepada Allah swt supaya diberi kesembuhan dan yakin bahwa Allah swt akan menyembuhkan sakitnya. Pasien meminta perawat agar mengecek kondisi dirinya setiap saat agar pasien merasa aman dan nyaman. Pasien juga mengatakan agar perawat sabar dalam merawatnya hingga sembuh dan bisa pulang.

i. Pola Seksual-Reproduksi

Pasien berjenis kelamin laki-laki, umur 20 tahun. Pasien mengatakan dirinya paham tentang fungsi seksual.

j. Pola Peran-Berhubungan dengan orang lain

Pasien mampu berkomunikasi dengan jelas, mampu mengekspresikan dan mampu mengerti orang lain.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Selama dirawat pasien tidak mampu melaksanakan sholat tetapi pasien selalu berdoa agar Allah swt menyembuhkan penyakitnya.

3. Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan pasien terpasang nasa kanul 3 liter/menit dan terpasang infus ringer laktat asal tetes/menit. Kesadaran: composmentis (E₄M₆V₅). Tanda-tanda vital: suhu tubuh 36,7°C, tekanan darah 170/100mmHg, respirasi 25x/menit, nadi 98x/menit. Kepala : bersih, simetris, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam, kepala tidak ada luka ataupun ketombe. Mata: lengkap, simetris kanan dan kiri, sclera putih, konjungtiva anemis, palpebral tidak ada edema, reflek cahaya (+), pupil isokor. Hidung: lubang hidung bersih, tidak ada secret, dapat membedakan bau parfum dan minyak kayu putih, tidak ada serumen berlebih. Telinga: bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri, daun telinga elastis, lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih dan fungsi pendengaran baik. Mulut dan

tenggorokan: mukosa bibir kering, gusi tidak berdarah, gigi lengkap, lidah bersih, tidak ada nyeri tekan. Dada/thorax: jantung: tidak ada nyeri dada, tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, tidak ada sianosis, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak ada kelainan. Paru-paru: bentuk dada simetris, frekuensi nafas 25x/menit, irama nafas teratur, pola nafas *dyspnea*, pernafasan cuping hidung tidak ada, pasien menggunakan alat bantu nafas oksigen kanul 3liter/menit, tidak ada suara nafas tambahan. Abdomen: bentuk simetris, tidak ada benjolan, tidak ada bekas luka operasi, tidak ada nyeri tekan. Genetalia: tidak terpasang kateter. Ekstremitas: atas: kedua tangan mampu digerakkan, bentuk simetris, tangan kiri terpasang infus. Bawah: kedua kaki mampu digerakkan, bentuk simetris. Kulit: tidak ada lesi, warna sawo matang, turgor kurang baik, ada edema.

4. Data Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Hasil Normal
1	Golongan darah	O	-
2	Hemoglobin	8,2 g/dl	14-18 g/dl
3	Hematokrit	32,2 %	37-54 %
4	Albumin	3,3 g/dl	3,5-5,5 g/dl
5	Ureum	142,7 mg/dl	19,3-49,2 mg/dl
6	Kreatinin	14,2 mg/dl	0,7-1,3 mg/dl
7	Leukosit	28,86 ribu/ul	3500-10500/ul
8	Trombosit	265 ribu/ul	150-450 ribu/ul
9	HBSAg	Non reaktif	-
10	Antigen	Negatif	-

b. Diit yang diperoleh

- 1) Nasi
- 2) Empal Daging
- 3) Sup Sayuran
- 4) Teh Manis
- 5) Apel

c. Therapy

Tabel 2 Therapy

Nama Obat	Bentuk Obat	Kekuatan	Dosis	Cara Pemberian
Ranitidine	Ampul	50mg	2x1	Iv
Furosemide	Ampul	20mg	2x1	Iv
Asam Folat	Tablet	1mg	1x1	Po
Amlodipine	Tablet	10mg	1x1	Po

d. Balance cairan

Tabel 3 Balance Cairan

Intake / 24 jam	Output / 24 jam
Makan : 789cc	BAK : 350cc
Minum peroral : 200cc	BAB : 20cc
Cairan infus : 360cc	Muntah : -
Obat iv : 8cc	Drain : -
Air metabolisme : 275cc	Iwl : 825cc
(5ml/kgBB/hr)	(15cc/kgBB/24jam)
Total / 24 jam : 1632cc	Total / 24 jam : 1375cc

B. Analisa Data

Saat melakukan analisa data pada 12 januari 2022 ditemukan data yaitu data subjektif : pasien mengatakan merasa mual dan ingin muntah. Data objektif : pasien tidak nafsu makan, pasien terlihat pucat dan kadar ureum pasien 142,7 mg/dl. Dari data tersebut maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan **Nausea berhubungan dengan uremia**

Data fokus yang kedua, data subjektif : pasien mengatakan kedua kaki dan tangan bengkak. Data objektif : edema pada kedua kaki dan tangan, kadar hemoglobin 82,2 g/dl dan hematocrit 32,2 g/dl, jumlah urin yang keluar hanya sedikit dalam sehari. Dari data tersebut maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan **Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi**

Data fokus yang ketiga, data subjektif : pasien mengeluh bada terasa lemas. Data objektif : pasien merasa mual dan ingin muntah, pasien merasa sesak nafas, pasien tampak pucat, pasien hanya berbaring ditempat tidur, aktifitas sebagian dibantu keluarga, tekanan darah 170/100mmHg, nadi 98x/menit, respirasi 25x/menit. Dari data tersebut maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan **intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.**

C. Diagnosis Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian dan analisa data didapatkan diagnosis keperawatan berdasarkan skala prioritas, adapun diagnosa yang diangkat pada pasien yaitu:

- A. Nausea berhubungan dengan uremia dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa mual dan ingin muntah serta kurang nafsu makan karena mual, pasien terlihat pucat dan kadar ureum 142,7 mg/dl.
- B. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan kedua kaki dan tangan bengkak, sesak nafas dan jumlah urin yang keluar hanya sedikit dalam sehari yaitu 350cc.
- C. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa lemas dan merasa sesak nafas, tekanan darah 170/100mmHg, nadi 98x/menit, respirasi 25x/menit.

D. Planning / Intervensi

Tahap ini merupakan tahap keperawatan yang digunakan untuk merencanakan tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Dia antaranya

yaitu **Nausea berhubungan dengan uremia** dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa mual dan ingin muntah serta kurang nafsu makan karena mual, pasien terlihat pucat dan kadar ureum 142,7 mg/dl. setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka nausea membaik dengan kriteria hasil : Nafsu makan membaik, Keluhan mual membaik, Pucat membaik. Dengan intervensi manajemen mual antara lain : Identifikasi pengalaman mual, Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan), Kendalikan faktor lingkungan penyebab (mis. Bau tak sedap, suara dan rangsangan visual), Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan), Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual, Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis. Relaksasi, terapi music, akupresur), Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu.

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan kedua tangan dan kaki bengkak, sesak nafas dan jumlah urin yang keluar hanya sedikit dalam sehari yaitu 350cc. setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan hipervolemia meningkat dengan kriteria hasil : Asupan cairan meningkat, Haluaran urin meningkat, Edema menurun, Tekanan darah 90-120/60-80mmHg, Turgor kulit membaik. Dengan Intervensi manajemen hypervolemia antara lain :Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dyspnea, suara nafas tambahan), Monitor intake dan output cairan, Monitor jumlah dan warna urin, Batasi asupan cairan dan garam, Tinggikan kepala tidur 30-40° ,Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan, Kolaborasi pemberian diuretic, Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic, Kolaborasi pemberian CRRT (*continuous renal replacement therapy*), jika perlu.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa lemas dan merasa sesak nafas, tekanan darah 170/100 mmHg, nadi 98x/menit, respirasi 25x/menit. setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: Keluhan lelah menurun, Saturasi oksigen dalam rentang normal (95-100%), Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100x/menit), Pernafasan saat beraktivitas dan setelah beraktivitas menurun (16-20x/menit). Dengan Intervensi manajemen energy antara lain : Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif, Libatkan keluarga dalam melakukan aktivitas, jika perlu, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

E. Implementasi

Setelah intervensi disusun berdasarkan masalah yang sudah ada, kemudian melakukan implementasi sebagai tindakan lanjut dari proses asuhan keperawatan pada Tn. I. Implementasi pada hari rabu tanggal 12 januari 2022 yaitu : pukul 14.20 menanyakan tanda dan gejala hypervolemia dengan evaluasi tindakan edema terjadi pada kedua kaki dan tangan. Pukul 14.25 Menanyakan jumlah dan warna urin dengan evaluasi tindakan warna urin kuning dan tidak kotor. Pukul 14.40 Memeriksa kadar saturasi oksigen dengan evaluasi tindakan kadar saturasi pasien 98%. Pukul 14.45 Meninggikan kepala tempat tidur 30° dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan masih sesak nafas. Pukul 14.50 Mengajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam dengan evaluasi tindakan pasien dapat mengikuti teknik relaksasi nafas dalam. Pukul 15.10 Mengkaji kelemahan fisik dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan merasa lemas. Pukul 15.10 Menanyakan pola dan jam tidur dengan evaluasi tindakan jam tidur pasien kurang lebih 5jam. Pukul 15.20 Mengkaji mual dengan evaluasi tindakan mual sering muncul dengan durasi 2-4jam. Pukul 16.00 Memberikan injeksi furosemide 20mg dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan jumlah urin yang keluar 350cc. pukul 16.05 Memberikan injeksi ranitidine 50mg dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan

merasa mual. Pukul 17.00 Memberitahu keluarga untuk menjauhkan pasien dari bau tak sedap dengan evaluasi tindakan keluarga langsung membuang sampah bekas makanan. Pukul 17.50 Mengukur tekanan darah dengan evaluasi tindakan: tekanan darah 170/100mmHg. Pukul 18.00 Membatasi asupan cairan dan garam dengan evaluasi tindakan pasien mendapatkan diet rendah garam dan protein. Pukul 18.30 Menganjurkan pasien membersihkan mulut sehabis makan dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan nanti ibunya yang akan membersihkan mulutnya. Pukul 19.30 Menganjurkan pasien istirahat dan tidur yang cukup dengan evaluasi tindakan pasien masih merasa mual sehingga sulit untuk tidur.

Implementasi yang dilakukan pada hari kedua pada hari Kamis tanggal 13 Januari 2022. Pukul 07.30 Mengkaji jumlah dan warna urin dengan evaluasi tindakan jumlah urin dalam 24 jam 400cc dengan warna kuning jernih. Pukul 07.30 Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia dengan evaluasi tindakan edema pada kedua kaki dan tangan bagian bawah. Pukul 07.35 Mengkaji intake dan output cairan dengan evaluasi tindakan jumlah intake/24 jam :1632cc jumlah output/24jam : 1375cc balance cairan :+257cc. Pukul 07.40 Mengkaji pola dan jam tidur dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan jam tidur kurang lebih 5-6jam. Pukul 08.50 Memberikan injeksi furosemide 20mg dengan evaluasi tindakan jumlah output urin 400cc/24jam. Pukul 09.00 Memberikan injeksi ranitidine 50mg dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan mual mulai berkurang. Pukul 10.00 Melatih melakukan aktifitas gerak pasif dengan evaluasi tindakan pasien duduk dibantu oleh ibu. Pukul 10.05 Meminta keluarga membantu pasien dalam melakukan aktifitas dengan evaluasi tindakan ibu pasien membantu pasien duduk dan makan. Pukul 10.10 Mengajak pasien untuk melakukan aktifitas secara rutin dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan akan mencoba melakukan aktifitas. Pukul 10.30 Mengkaji mual dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan mual mulai berkurang. Pukul 11.50 Mengukur tekanan darah dengan evaluasi tindakan tekanan darah 170/90mmHg. Pukul 12.00 Membatasi asupan

cairan dan garam dengan evaluasi tindakan pasien mendapat diit rendah garam dan protein. Pukul 12.30 Menganjurkan pasien membersihkan mulut dengan evaluasi tindakan pasien dibantu ibu dalam membersihkan mulut. Pukul 13.20 Mengkaji kelelahan fisik dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan ,asih merasa lemas. Pukul 13.30 Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup dengan evaluasi tindakan pasien istirahat dan tidur siang.

Implementasi pada hari jum'at tanggal 14 januari 2022. Pukul 07.30 Mengkaji jumlah dan warna urin dengan evaluasi tindakan jumlah urin 400cc dengan warna kuning bening. Pukul 07.35 Memeriksa tanda dan gejala edema dengan evaluasi tindakan edema dikedua kaki dan tangan. Pukul 07.40 Mengkaji intake dan output cairan dengan evaluasi tindakan jumlah intake/24jam: 1632cc jumlah output/24jam: 1425cc balance cairan: +207cc. pukul 08.05 Menanyakan pola nafas dengan evaluasi tindakan pola nafas normal, pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas. Pukul 08.10Menanyakan apakah pasien masih mual dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan mual sudah semakin berkurang dan jarang muncul. Pukul 09.00 Menanyakan pola dan jam tidur dengan evaluasi tindakan: waktu istirahat dan tidur kurang lebih 6-7jam. Pukul 09.00 Memberikan injeksi furosemide 20mg dengan evaluasi tindakan jumlah pengeluaran urin semakin bertambah. Pukul 09.05 Memberikan injeksi ranitidine 50mg dengan evaluasi tindakan: pasien mengatakan mual sudah jarang muncul. Pukul 10.00 Melatih pasien melakukan aktifitas dengan evaluasi tindakan pasien dapat duduk secara mandiri. Pukul 10.10Menganjurkan untuk melakukan aktifitas secara bertahap dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan akan melakukan aktifitas dengan dibantu keluarga. Pukul 12.00 Membatasi asupan cairan dan garam dengan evaluasi tindakan pasien mendapatkan diit rendah garam dan protein. Pukul 12.30 Menganjurkan untuk membersihkan mulut dengan evaluasi tindakan pasien membersihkan mulut secara mandiri. Pukul 13.30 Mengkaji mual dengan evaluasi tindakan pasien mengatakan rasa mual

sudah semakin berkurang. Pukul 13.40 Menganjurkan untuk meningkatkan istirahat dan tidur dengan evaluasi tindakan pasien istirahat dan tidur siang.

F. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk mengukur respon terhadap tindakan keperawatan yang sudah diberikan. Evaluasi hari rabu tanggal 12 januari 2022 **Nausea berhubungan dengan uremia** didapatkan data subjektif : pasien mengatakan merasa mual dan ingin muntah. Objektif : pasien terlihat pucat. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu monitor mual (mis. Frekuensi, durasi dan tingkat keperahan), anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, kolaborasi pemberian antiemetik.

Hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi didapatkan data Subjektif : pasien mengatakan kedua tangan dan kaki bengkak, pasien mengatakan sesak nafas, pasien mengatakan jumlah urin yang keluar hanya sedikit dalam sehari. Objektif : edema terdapat pada kedua kaki dan tangan bagian bawah. Maka penulis menyimpulkan bahwa masalah belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi di hari berikutnya yaitu periksa tanda gejala hypervolemia (edema, dyspnea), monitor intake dan output cairan, monitor jumlah urin, batasi asupan cairan dan garam, kolaborasi pemberian diuretik.

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan didapatkan data subjektif : pasien mengatakan merasa lemas, pasien mengatakan merasa sesak nafas. Objektif : tekanan darah dan nadi meningkat. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif, libatkan keluarga dalam

melakukan aktifitas, anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif.

Evaluasi hari Kamis tanggal 13 Januari 2022 : **Nausea berhubungan dengan uremia** didapatkan data Subjektif : pasien mengatakan mual berkurang, pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik. Objektif : pasien masih terlihat pucat. Maka dapat disimpulkan masalah teratasi sebagian dan penulis merencanakan intervensi pada hari berikutnya yaitu monitor mual (mis. Frekuensi, durasi dan tingkat keparahan), anjurkan sering membersihkan mulut, kolaborasi pemberian diuretik.

Hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi didapatkan data Subjektif : pasien mengatakan kedua tangan dan kaki bengkak, pasien mengatakan sesak nafas berkurang, pasien mengatakan jumlah urin yang keluar sudah bertambah dari hari sebelumnya. Objektif : edema pada kedua kaki dan tangan. Maka dapat disimpulkan masalah belum teratasi dan penulis merencanakan intervensi pada hari berikutnya yaitu periksa tanda dan gejala hipervolemia, monitor intake dan output cairan, monitor jumlah dan warna urin, kolaborasi pemberian diuretik.

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan didapatkan data Subjektif : pasien mengatakan merasa lemas, pasien mengatakan sesak nafas berkurang. Objektif : tekanan darah dan nadi meningkat dalam batas normal. Maka dapat disimpulkan masalah teratasi sebagian dan penulis merencanakan intervensi pada hari berikutnya yaitu monitor kelelahan fisik dan emosional, lakukan rentang gerak pasif/aktif, anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap.

Evaluasi hari Jum'at tanggal 14 Januari 2022 : **Nausea berhubungan dengan uremia** didapatkan data Subjektif : pasien mengatakan mual sudah jarang muncul, pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik. Objektif : pasien tidak terlihat pucat. Maka dapat disimpulkan masalah teratasi sebagian dan penulis merencanakan intervensi pada hari berikutnya yaitu monitor mual dan kolaborasi pemberian diuretik.

Hipervolemia berhubungan dengan mekanisme regulasi didapatkan data Subjektif : pasien mengatakan kedua kaki dan tangan bengkak, pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas lagi, pasien mengatakan jumlah urin yang keluar sudah bertambah dari hari sebelumnya. Objektif : kedua kaki dan tangan bengkak. Maka dapat disimpulkan masalah teratasi sebagian dan penulis merencanakan intervensi pada hari berikutnya yaitu periksa tanda dan gejala hypervolemia, monitor intake dan output cairan, monitor jumlah dan warna urin, kolaborasi pemberian diuretik.

Intoleransi aktifitas b/d kelemahan didapatkan data Subjektif : pasien mengatakan lemas sudah berkurang . Objektif : pasien dapat duduk sendiri maka dapat disimpulkan masalah teratasi dan penulis merencanakan untuk menghentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Tn.I dengan gagal ginjal kronik yang dilaksanakan di ruang Baitulizzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang selama 3 hari dari tanggal 12 januari 2022 sampai dengan 14 januari 2022, pada bab ini penulis membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada pasien dengan gagal ginjal kronik dengan hemodialisa, pasien usia 20 tahun dengan keluhan utama mual dan ingin muntah juga kurang nafsu makan. Keluhan tambahan yang dirasakan pasien yaitu sesak nafas dan badan terasa lemas, bengkak pada kedua tangan dan kaki. Berdasarkan data hasil pengkajian sistem pencernaan pada pasien ditemukan kesamaan antara data yang didapat peneliti dengan teori dimana pasien dengan gagal ginjal kronik merasakan mual. Pada pengkajian system pernafasan ditemukan bahwa pasien mengalami sesak nafas dan terdapat penggunaan otot bantu nafas. Menurut penulis berdasarkan patofisiologi pada gagal ginjal kronik mula terjadi karena proses sekresi protein terganggu sehingga produksi ureum meningkat menjadi 142,7 mg/dl. Ketika ureum meningkat keseimbangan asam basa akan terganggu dan menyebabkan produksi asam lambung naik sehingga pasien bisa merasa mual bahkan sampai muntah. Pada pengkajian ekstremitas bawah dan atas seharusnya perlu ditambahkan pengkajian edema yang meliputi pengukuran *depth pitting* dan *recovery edema*, pengukuran 8 tempat pada kaki, pengukuran dengan menggunakan *water displacement*, pengukuran dengan *modified edema tester*, penilaian dengan kursioner serta pengukuran *circumference* (Sukmana & Sagiran, 2018) Maka perlu dilakukannya hemodialisa untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran

darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat dan zat-zat lain (Nurani & Mariyanti, 2013)

2. **Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan data hasil pengkajian asuhan keperawatan didapatkan 3 masalah keperawatan yang sama pada kedua pasien yaitu Nausea berhubungan dengan uremia, Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Berikut pembahasan diagnosa yang muncul sesuai teori pada kasus pasien yaitu :

a. Nausea berhubungan dengan uremia

Pasien mengeluh mual dan ingin muntah serta kurang nafsu makan. Nausea adalah perasaan tidak enak didalam perut yang sering berakhir dengan muntah (Sumaryono, 2015)

b. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Pasien mengeluh bengkak pada kedua tangan dan kaki. Hipervolemia yaitu istilah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan intraseluler. Hipervolemia terjadi jika tubuh menyimpan cairan serta elektrolit dalam komponen seimbang. Karena adanya retensi cairan isotoik, konsentrasi natrium dan serum masih normal (PPNI, 2017)

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Pasien mengeluh badannya terasa lemas dan sesak nafas. Intoleransi aktivitas adalah suatu ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari hari yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Berdasarkan teori ada 9 diagnosa yang mungkin muncul pada pasien gagal ginjal kronik, namun hanya 3 diagnosa yang ditegakkan yaitu nausea, hypervolemia, dan intoleransi aktivitas. Sementara diagnosa yang tidak muncul ada 6 yaitu resiko penurunan curah jantung, gangguan pertukaran gas, gangguan integritas kulit/jaringan, defisit nutrisi, perfusi perifer tidak efektif, dan nyeri akut. Berdasarkan patofisiologi diagnosa tambahan yang dapat diangkat oleh penulis yaitu diagnosa resiko

penurunan curah jantung karena ditemukan data yaitu pasien mengeluh sesak nafas dan tekanan darah pasien meningkat tetapi tidak diangkat karena tidak ada data penunjang seperti hasil EKG (Kep, 2020) Dan diagnosa defisit nutrisi seharusnya dapat ditambahkan atau ditegaskan karena terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir (Shobur & Retno, 2021)

3. Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien mengacu pada perencanaan yang terdapat dalam teori yang diharapkan selama 3 hari perawatan dapat mengatasi masalah yang terdapat pada pasien. Pada setiap masalah keperawatan tujuan dan kriteria hasil berbeda-beda. Tujuan dan kriteria hasil yang ada pada teori tidak semua dibuat dalam asuhan keperawatan dan intervensi yang ada dalam teori tidak semua dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan karena harus mengacu dan menyesuaikan dengan kondisi pasien.

Intervensi yang dilakukan untuk masalah nausea berhubungan dengan uremia selama 3x8 jam diharapkan nafsu makan membaik, keluhan mual menurun dan pasien tidak pucat lagi. Implementasi yang dipilih dan dilakukan penulis yaitu mengkaji mual, memberitahu keluarga untuk menjauhkan pasien dari bau tak sedap, menganjurkan pasien membersihkan mulut sehabis makan, menganjurkan pasien istirahat dan tidur yang cukup dan kolaborasi pemberian antiemetik berupa injeksi ranitidine 50mg sebanyak 2x1 sehari yang bertujuan untuk menghambat sekresi asam lambung. Dosis ranitidine yang direkomendasikan sebesar 50-100% dosis normal untuk pemakaian oral dan 50mg tiap 12 jam untuk pemakaian intravena. Pada pasien gagal ginjal kronik perlu dilakukan penyesuaian dosis ranitidine karena berhubungan dengan potensi munculnya efek samping obat yang tidak diinginkan. Dengan cara kerja ranitidine yaitu mengurangi produksi asam lambung. Sehingga asam lambung yang dilepaskan kedalam system pencernaan menjadi berkurang (Andayani, 2021)

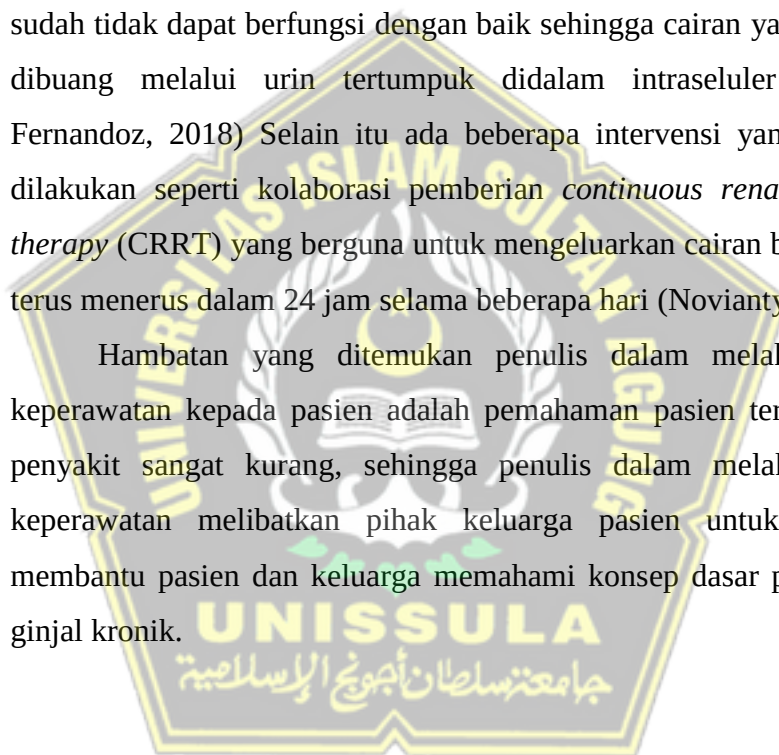
Intervensi yang dilakukan untuk masalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi selama 3x8 jam diharapkan asupan cairan meningkat, haluaran urin meningkat, edema menurun. Implementasi yang dilakukan penulis yaitu menanyakan tanda dan gejala hipervolemia, meninggikan kepala tempat tidur 30-40° yang bertujuan untuk mempertahankan kenyamanan, mengurangi sesak nafas dan meningkatkan durasi tidur pasien (Yuli Ani, 2020) menanyakan jumlah dan warna urin agar haluaran urin tetap terpantau, memonitor intake dan output cairan karena untuk mencegah komplikasi dan mengetahui keseimbangan cairan pasien, membatasi asupan cairan dan garam yang bertujuan untuk mengurangi asupan cairan dan garam agar keseimbangan cairan kembali normal (Wulan & Emaliyawati, 2018) dan kolaborasi pemberian diuretik berupa injeksi furosemide 20mg 2x1 sehari. Furosemide merupakan obat golongan *force diuretik* dan merupakan *derivate asam antranilat* yang pada pasien gagal ginjal kronik digunakan untuk terapi hipervolemik dengan cara kerja menghalangi penyerapan natrium didalam sel-sel tubulus ginjal. Sehingga jumlah urin yang dihasilkan serta dikeluarkan oleh tubuh akan meningkat (Ulfa & Sugiarto, 2013)

Intervensi yang dilakukan untuk masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan selama 3x8 jam diharapkan keluhan lelah menurun dan saturasi oksigen dalam rentang normal yaitu 95-100%. Implementasi yang dilakukan penulis yaitu monitor kelelahan fisik dan emosional untuk mengetahui koping pasien, memonitor pola dan jam tidur untuk menghindari kelelahan akibat kurang istirahat, menganjurkan latihan gerak pasif atau aktif yang bertujuan untuk membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam beraktivitas serta menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap yang bertujuan untuk meningkatkan metabolisme tubuh agar tidak terjadi kekakuan otot (Yasir, 2013)

4. Evaluasi Keperawatan

Hasil yang didapat pada pasien selama 3 hari pelaksanaan asuhan keperawatan memiliki hasil dengan 1 masalah yang dapat teratasi yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan 2 masalah teratasi sebagian yaitu nausea berhubungan dengan uremia dan hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Menurut asumsi penulis berdasarkan teori pada pasien gagal ginjal kronik dengan masalah hipervolemia tidak dapat diatasi karena ginjal sudah tidak dapat berfungsi dengan baik sehingga cairan yang seharusnya dibuang melalui urin tertumpuk didalam intraseluler (Rahayu & Fernandez, 2018) Selain itu ada beberapa intervensi yang tidak dapat dilakukan seperti kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* (CRRT) yang berguna untuk mengeluarkan cairan berlebih secara terus menerus dalam 24 jam selama beberapa hari (Novianty, 2020)

Hambatan yang ditemukan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien adalah pemahaman pasien terhadap konsep penyakit sangat kurang, sehingga penulis dalam melakukan asuhan keperawatan melibatkan pihak keluarga pasien untuk dapat lebih membantu pasien dan keluarga memahami konsep dasar penyakit gagal ginjal kronik.



BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

1. Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit serta kehilangan daya dalam proses metabolisme yang dapat menyebabkan terjadinya uremia karena penumpukan zat-zat yang tidak bisa dikeluarkan dari tubuh oleh ginjal yang mengarah pada kerusakan jaringan ginjal yang progresif dan reversibel. gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti Diabetes mellitus, Glomerulonefritis kronis, Pielonefritis, Hipertensi yang tidak dapat dikontrol, Obstruksi traktus urinarius, Lesi hereditas seperti penyakit ginjal polistik. Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada penderita gagal ginjal diantaranya seperti urinalisis, kultur urine, BUN dan kreatinin serum, eGFR, elektrolit serum, CBC, ultrasonografi ginjal, biopsi ginjal. Sedangkan penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien yang mempunyai gagal ginjal yaitu diantaranya penatalaksanaan non farmakologis, farmakologis dan tatalaksana ginjal pengganti.
2. Pengkajian yang telah dilakukan penulis terhadap Tn.I dengan gagal ginjal kronik didapatkan data subjektif dan objektif yang akhirnya penulis dapat menegakkan tiga diagnosa keperawatan yaitu nausea berhubungan dengan uremia, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
3. Diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan penulis dapat membantu penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada pasien untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami pasien. Penulis mampu mengimplementasikan intervensi yang telah dibuat. Setelah berhasil mengimplementasikan intervensi keperawatan, penulis melakukan evaluasi yang digunakan sebagai

tolok ukur keberhasilan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.

4. Evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien berdasarkan kriteria yang penulis susun terdapat 1 diagnosa yang belum teratasi yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Dalam melaksanakan praktek diharapkan menguasai konsep dasar materi yang dibahas dan menyesuaikan dengan keadaan dilapangan praktek sehingga dapat meningkatkan atau membuka wawasan berfikir penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.

2. Bagi Institusi

Diharapkan dapat memperbanyak fasilitas dalam proses pendidikan dan melengkapi perpustakaan dengan buku-buku keperawatan khususnya buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.

3. Bagi Rumah Sakit

Untuk pihak rumah sakit khususnya perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik diharapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan, dan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang penyakit gagal ginjal kronik sehingga pasien dan keluarga dapat berpartisipasi dalam program pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisara, S. (2018). Gambaran Klinis Penderita Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1), 42. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i1.778>
- Andayani, T. M. (2021). Penyesuaian Dosis Obat pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Rawat Inap di Rumah Sakit Kabupaten Tegal, Indonesia. *Majalah Farmaseutik*, 17(1), 46. <https://doi.org/10.22146/farmaseutik.v17i1.48683>
- ASTUTI, D. P. (2022). No Titleהעינים לנגד שבאמת מה את לראות קשה הכי, 2(8.5.2017), 2003–2005.
- Isroin, L., Harun, D. C., Fakultas, R., & Kesehatan, I. (2012). Kelompok pengajian ahad pagi “al manar” deteksi dini penyakit gagal ginjal kronik. *Jurnal WARTA LPM*, 15(2), 140–148.
- Kamil, I., & Agustina, R. (2018). Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Ulin Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan*, 9(2), 366–377.
- Kep, S. (2020). *PROGRAM STUDI SI KEPERAWATAN Literatur Review : Intervensi Keperawatan Pasien CHF Yang Mengalami Penurunan Curah Jantung*.
- Lana Yusria, R. S. (2016). *Diagnosis Dan Manajemen Glomerulonefritis Kronik*. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah Surakarta*, 259–272.
- Marisa, Y. T., Harun, H., Harun, H., & Harun, H. (2021). Penyakit Ginjal Polikistik disertai Anemia Hemolitik Autoimun. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 10(1), 102. <https://doi.org/10.30742/jikw.v10i1.788>
- Natassia, K., & Pistanty, M. A. (2020). Efektivitas Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Tingkat Stress Penderita Gagal Ginjal Kronik. *Tsc*, 5(1), 8–15.
- Novianty, D. (2020). Gagal Ginjal Akut Sebagai Komplikasi Covid-19: Literature Review. *Indonesian Journal of Nursing and Health Sciences*, 1(1), 63–72.
- Nurani, V. M., & Mariyanti, S. (2013). Gambaran Makna Hidup Pasien Gagal

- Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Psikologi*, 11(1), 1–13.
- Putri, N., & Isfandiari, M. (2013). Hubungan Empat Pilar Pengendalian Dm Tipe 2 dengan Rerata Kadar Gula Darah. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 234–243.
- Rahayu, F., & Fernandez, T. (2018). Hubungan Frekuensi Hemodialisis dengan Tingkat Stres pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 1(2), 139–153. <https://doi.org/10.31539/jks.v1i2.7>
- Sari, R. P., Crisanto, E. Y., Djamaludin, D., & Yulendasari, R. (2022). Penyuluhan kesehatan tentang perilaku sehat pasien gagal ginjal kronik (GGK). *Journal of Public Health Concerns*, 2(2), 263–267.
- Shobur, S., & Retno, A. (2021). MANAJEMEN NUTRISI PASIEN DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN MASALAH DEFISIT NUTRISI : STUDI KASUS Politeknik Kesehatan Palembang , Sumatera Selatan , Indonesia. *Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM)*, 1(2), 240–245.
- Suandika, M., & Muti, R. T. (2021). Asuhan Keperawatan Kelebihan Volume Cairan pada Ny . N dengan Gagal Ginjal Kronik di Desa Kedungmenjangan Purbalingga. C, 360–366.
- Sukmana, M., & Sagiran. (2018). Penggunaan Leg Elevator Terhadap Circumference Edema, Kenyamanan dan Fungsi Pada Ulkus Kaki. *Jurnal Kesehatan Karya Husada*, 6(2), 102–119.
- Sumaryono, B. (n.d.). *Penatalaksanaan rasa mual terhadap bahan kedokteran gigi dengan hipnoterapi*.
- Ulfa, N. M., & Sugiarto, L. (2013). *Profil Penggunaan Loop Diuretik (Furosemide) Injeksi pada Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronik (PGK) dengan Hemodialisis di Rumah Sakit X Surabaya*. 1–12.
- Unawekla, J. V., & Moeis, E. S. (2018). Hubungan antara Status Gizi dan Sistem Imun Seluler pada Subyek Penyakit Ginjal Kronik Stadium V Hemodialisis di Instalasi Tindakan Hemodialisis RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-CliniC*, 6(1). <https://doi.org/10.35790/ecl.6.1.2018.18682>
- Wulan, S. N., & Emaliyawati, E. (2018). Kepatuhan Pembatasan Cairan dan Diet

Rendah Garam (Natrium) pada Pasien GGK yang Menjalani Hemodialisa. *Faletehan Health Journal*, 5(3), 99–106. <https://doi.org/10.33746/fhj.v5i3.15>

Yasir, A. (2013). *Penatalaksanaan terapi latihan pada post operasi fraktur femur*. 1–15.

Yonata, A., & Pratama, A. S. P. (2016). Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke. *Jurnal Majority*, 5(3), 17–21. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1030>

Yuli Ani, A. M. (2020). Penerapan Posisi Semi Fowler Terhadap Ketidakefektifan Pola Nafas Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf). *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), 19–24. <https://doi.org/10.53510/nsj.v1i1.16>

