



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN GAGAL
GINJAL KRONIK (GGK) GRADE IV-V DI RUANG
PENYAKIT DALAM LANTAI 14 RSUD
KOJA JAKARTA UTARA**

NURUL INAYAH

2011067

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN GAGAL
GINJAL KRONIK (GGK) GRADE IV-V DI RUANG
PENYAKIT DALAM LANTAI 14 RSUD
KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

NURUL INAYAH

2011067

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Nurul Inayah

NIM : 2011067

Tanda Tangan : 

Tanggal : 13 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dengan
Gagal Ginjal Kronik (GGK) *Grade IV-V*
di Ruang Penyakit Dalam
Lantai 14 RSUD Koja
Jakarta Utara

Pembimbing

(Ns. Ni Made Suarti, S.Pd.,M.Kep)

Penguji I

(Ns. Fendy Yesayas, M. Kep)

Penguji II

(Dameria Br Saragih, S. Kp., M.Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, S.E., M. M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatnya, sehingga Penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A Dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) Grade IV-V Di Ruang Penyakit Dalam Lantai 14 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara”. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada.

Dalam menyusun laporan tugas akhir ini penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan, akan tetapi berkat bimbingan serta arahan dari berbagai pihak, penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini dengan tepat waktu. Untuk itu dengan kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan karya tulis ilmiah ini terutama kepada:

1. Ibu Ellynia, S.E., M.M selaku Ketua STIKES RS HUSADA;
2. Ns. Veronica Yeni, M. Kep., Sp. Kep. Mat selaku kaprodi D3 Keperawatan yang telah membimbing, memberi arahan dan semangat saya selama perkuliahan;
3. Ns. Ni Made Suarti, S.Pd.,M.Kep selaku pembimbing isi makalah dan pengujian akhir program yang telah banyak membantu, memberikan masukan, saran, memahami dan meluangkan waktu demi terselesaikannya makalah ini;
4. Ns. Fendy Yesayas, M.Kep selaku penguji I sekaligus pembimbing akademik yang telah memberikan semangat pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
5. Dameria Br Saragih, S. Kp., M.Kep selaku penguji II penulisan Karya Tulis Ilmiah;
6. Kepala Ruangan, perawat ruangan Penyakit Dalam Beserta Seluruh Staff Rumah Sakit Umum Daerah Koja yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melakukan asuhan keperawatan di ruangan;

7. Seluruh staff dosen di STIKES RS Husada yang telah banyak membantu dan memberikan ilmu selama 3 tahun;
8. Keluarga Tn. A selaku pasien yang sudah mau memberikan kepercayaan dan sangat kooperatif selama penulis menyelesaikan proses tugas akhir;
9. Kepada penulis Nurul Inayah yang telah bertahan dan bekerja keras hingga detik ini, sehingga mampu menyelesaikan laporan tugas akhir;
10. Kedua orang tua penulis, Bapak Oman dan Ibu Masru'ah serta Rihlatul Zannah (kakak) yang selalu memberikan bantuan moril maupun materil serta doa yang tiada hentinya selama membuat laporan tugas akhir. Terimakasih atas dukungan dan pengorbanan yang telah diberikan selama ini;
11. Sahabat penulis Anggun Nur Azizah dan Elin Rupiani yang telah memberikan doa dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini;
12. Teman-teman seperjuangan Keperawatan Medikal Bedah 4 yaitu Kiki Karlita, Nurma Widayari, Evie Norma Sari dan Roven Ariska yang sudah berjuang bersama selama menyelesaikan Tugas Akhir ini;
13. Teman dekat yang menemani penulis dari semester awal hingga akhir yaitu Adillah Saabiqi Rohmatika, Ayu Aqilah Azahra, Irna Yuliani, Prihatini Ambara dan Devintha Rahma Yanti;
14. Seluruh teman-teman kelas 3B sudah menemani selama tiga tahun melewati suka duka bersama, memberikan motivasi satu sama lain, terima kasih telah memberikan suasana kelas yang menyenangkan dan penuh tawa;
15. Teman-teman sejawat angkatan XXXIII STIKES RS Husada yang telah berjuang bersama selama 3 tahun;

Akhir kata saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 13 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINILITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI	7
A. Pengertian	7
B. Patofisiologi	10
C. Penatalaksanaan	21
1. Terapi	21
2. Tindakan Medis Yang Bertujuan Untuk Pengobatan	23
D. Pengkajian Keperawatan	25
E. Diagnosa Keperawatan	35
F. Perencanaan Keperawatan	36
G. Pelaksanaan Keperawatan	45
H. Evaluasi Keperawatan.....	47
BAB III TINJAUAN KASUS	48

A. Pengkajian.....	48
B. Diagnosa	64
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi.....	65
BAB IV PEMBAHASAN	91
A. Pengkajian	91
B. Diagnosa	93
C. Perencanaan.....	94
D. Pelaksanaan	95
E. Evaluasi	96
BAB V PENUTUP	98
A. Kesimpulan.....	98
B. Saran.....	99
DAFTAR PUSTAKA	100

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patofisiologi GGK	102
Lampiran 2 : Analisa Obat	103
Lampiran 3 : Balance Cairan	107
Lampiran 4 : Cara Pengukuran Tanda-Tanda Vital	109
Lampiran 5 : Lembar Konsultasi	115

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah gangguan fungsi renal yang *progresif* dan *irreversible* dimana fungsi ginjal mengalami penurunan dalam mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit, sehingga menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah). GGK biasanya berakibat akhir dari kehilangan fungsi ginjal lanjut secara bertahap. Gejalanya yang bersifat umum membuat pengidap penyakit ini biasanya tidak menyadari gejalanya hingga mencapai stadium lanjut (Ariani, 2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2020) angka kejadian penyakit GGK tahun 2000 sebesar 813.000 jiwa meningkat menjadi 1,3 juta di tahun 2019. Tahun 2020 GGK menduduki peringkat ke 13 dan tahun 2019 GGK menduduki peringkat ke sepuluh yang menjadi penyebab utama kematian secara global.

Sesuai hasil Riset Kesehatan Dasar (Kemenkes RI, 2018), jumlah penderita GGK di Indonesia mencapai 0,38% atau dengan jumlah total 713.783 jiwa, berdasarkan diagnosa dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun menurut provinsi

Jawa Barat menjadi provinsi tertinggi di Indonesia yang menderita GGK yang mencapai 131.846 jiwa, kemudian dilanjut provinsi Jawa Tengah yang menduduki urutan kedua dengan angka kejadian mencapai 113.045 jiwa, serta diurutan ketiga yaitu provinsi Sumatera Utara dengan jumlah total 45.792 jiwa, dan untuk provinsi DKI Jakarta prevalensi penderita GGK mencapai 45% dengan jumlah 28.985 jiwa.

Berdasarkan jenis kelamin laki-laki merupakan pasien GGK terbanyak sebesar 57% dengan jumlah 36.976 jiwa dan perempuan sebesar 43% dengan jumlah 27.608 jiwa dan lebih banyak terjadi di perkotaan dengan jumlah 394.850 jiwa, dibandingkan di pedesaan yaitu dengan jumlah 318.933 jiwa (Kemenkes RI, 2018). Determinan usia, kelompok usia ≤ 44 tahun sebanyak 26,04% dan kelompok usia ≥ 45 tahun merupakan yang terbanyak sebesar 73,96% (IRR, 2018)

Angka kejadian GGK tertinggi pada pendidikan rendah atau tidak mengalami sekolah (0,57%) dan terendah pada penduduk tamatan SMP (0,28%), artinya pendidikan tinggi tidak menjamin tidak terjadi GGK karena angka GGK pada lulusan PT (0,41%). Gagal ginjal kronik yang pernah atau sedang menjalani cuci darah (Hemodialisa) tertinggi di Jakarta (38,71%) dan terendah di Sulawesi Utara (1,99%) (Kemenkes RI, 2018).

Data dari RSUD Koja Jakarta Utara dari bulan Januari 2022 sampai dengan Maret 2023 Ruang penyakit dalam didapatkan, kasus GGK Grade IV-V sebanyak 485 jiwa. Angka tersebut menunjukkan bahwa GGK menempati posisi keenam, dan diposisi pertama yaitu Anemia Gravis sebanyak 1161 jiwa.

Pada penyakit GGK dimana fungsi ginjal mengalami penurunan. Jika hal tersebut tidak segera ditangani atau mendapat penanganan yang tepat, maka ginjal tersebut tidak akan mampu melakukan penyaringan pembuangan sampah tubuh. Penyakit GGK berkembang secara perlahan ke arah yang semakin buruk dimana ginjal tidak mampu lagi bekerja sebagaimana fungsinya. Apabila ginjal kehilangan sebagian fungsinya, maka nefron yang masih utuh akan mencoba mempertahankan laju filtrasi glomerulus agar tetap normal. Keadaan ini akan menyebabkan nefron yang tersisa harus bekerja melebihi kapasitasnya, sehingga timbul kerusakan yang akan memperberat penurunan fungsi ginjal. Gagal ginjal juga dapat memicu munculnya penyakit lainnya. Komplikasi dari gagal ginjal yang dimaksud diantaranya adalah hiperkalemia, perikarditis, hipertensi, anemia dan penyakit tulang (Ariani, 2016).

Maka dari itu peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh dengan 4 aspek yang meliputi peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam upaya promotif perawat berperan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan terhadap pasien dan keluarga mengenai pengertian, penyebab, tanda gejala, komplikasi, serta bagaimana cara pencegahan GGK. Dalam upaya preventif perawat menganjurkan untuk menghindari rokok dan alkohol, minuman kemasan, jamu-jamuan instan, olahraga teratur, cek kesehatan secara berkala, mengurangi makanan asin, diet seimbang dengan kalori seimbang, dan baca petunjuk obat jika sering mengonsumsi obat-obatan. Dan peran perawat dalam upaya kuratif yaitu menjalankan kolaborasi sesuai dengan program pengobatan seperti pemberian obat tekanan tinggi, obat-obatan untuk mengobati anemia, dan obat-obatan

untuk menghilangkan bengkak dengan konsumsi obat diuretik seperti, furosemid. Sedangkan peran perawat dalam upaya rehabilitatif yaitu menganjurkan pasien untuk melakukan hemodialisis secara rutin, pembatasan asupan cairan, dan diet rendah protein (Ariani, 2016).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut bagaimana memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan GGK melalui pendekatan proses keperawatan.

B. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan GGK.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan GGK
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan GGK
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan GGK
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan GGK
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan GGK
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat dalam teori dan yang terdapat dalam kasus
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan GGK

C. Ruang lingkup

Dalam menyusun karya ilmiah ini, penulis hanya membahas satu kasus yaitu “Asuhan keperawatan pada pasien Tn. A dengan GGK di ruang penyakit dalam lantai 14 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara selama 3x24 jam mulai tanggal 14 sampai dengan 16 maret 2023”.

D. Metode penelitian

Dalam penyusunan makalah ini, penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus, sedangkan dalam proses penulisan ini menggunakan teknik pengumpulan data melalui : studi kepustakaan membaca dan mempelajari buku-buku keperawatan yang berhubungan dengan GGK studi dokumentasi yaitu dengan cara pengumpulan data dari rekam medis dan catatan yang berhubungan dengan pasien, wawancara langsung dengan pasien dan keluarga, serta perawat yang ada di ruangan penyakit dalam lantai 14 kamar 1401, observasi langsung yaitu dengan cara pengamatan langsung pada pasien.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima BAB yang disusun sebagai berikut :

BAB I terdiri dari pendahuluan yang menguraikan latar belakang, tujuan penulisan (tujuan khusus dan tujuan umum), metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. BAB II tinjauan teori yang menguraikan konsep dasar yang terdiri dari pengertian, patofisiologi (etiologi, proses penyakit,

manifestasi klinik, komplikasi), penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan), pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III tinjauan kasus tentang asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV Pembahasan membandingkan dan menganalisa antara teori dan kasus termasuk faktor-faktor pendukung dan penghambat serta penyelesaian dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, serta evaluasi keperawatan. BAB V Penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Setiap manusia memiliki dua ginjal yang ukurannya sangat bervariasi. Besar dan berat ginjal sesuai dengan jenis kelamin dan umur. Bentuk ginjal seperti kacang buncis. Pada orang dewasa, rata-rata ginjal mempunyai ukuran panjang sekitar 11,5 cm, lebar sekitar 6 cm dan ketebalan 3,5 cm dengan berat 120-170 gram atau kurang lebih 0,4% dari berat badan seseorang. Ginjal di bagian kanan berada tepat di bawah hati dan ginjal kiri berada di bawah limpa. Pada bagian atas ginjal terdapat kelenjar adrenal. Sebagian dari bagian atas ginjal terlindungi oleh iga ke sebelas dan dua belas. Kedua ginjal dibungkus oleh dua lapisan lemak yang dapat membantu merendam guncangan. Di setiap ginjal terdapat pelvis renalis yang menghubungkan pembuluh darah (arteri dan vena) dan tempat keluarnya saluran pembuangan urin yang sering disebut uretra (Rasyid, 2017).

Ginjal terdiri dari beberapa unit kecil yang disebut nefron. Fungsi nefron untuk mengatur keseimbangan cairan dan zat terlarut (terutama elektrolit) dalam tubuh manusia dengan cara menyaring darah kemudian mengambil kembali cairan dan molekul yang masih diperlukan oleh tubuh. Molekul dan

sisa-sisa cairan lainnya yang dianggap tidak dibutuhkan lagi oleh tubuh akan dibuang melalui saluran untuk membentuk urin yang kemudian dibawa ke kandung kemih melewati ureter. Darah manusia melewati ginjal sebanyak 350 kali setiap harinya dengan laju 1,2 liter per menit. Hal ini akan menghasilkan 125 cc laju penyaringan ginjal per menitnya. Sehingga laju penyaringan ginjal ini yang digunakan untuk tes diagnostik fungsi ginjal pada seseorang. Fungsi lain dari ginjal adalah untuk mengeluarkan cairan dan toksin, mempertahankan keseimbangan elektrolit atau asam basa dan mempertahankan kadar vitamin D dan produksi eritropoietin. Ginjal berperan sangat penting dalam eritropoietin dan sintesis prostaglandin, dalam penurunan insulin, serta sistem renin-angiotensin aldosteron. Kekacauan pada fungsi ginjal dapat mengganggu kemampuan tubuh untuk menjaga keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa. Menurunnya fungsi ginjal berkaitan dengan eritropoietin dan sistesis progtaglandin. Dan penurunan insulin dan sistem renin-angiotensin-aldosteron juga dipengaruhi oleh menurunnya fungsi ginjal. (Rasyid, 2017) & (Black & Hawks, 2014).

Gagal ginjal merupakan gangguan fungsi ginjal yang *progresif* dan *ireversibel* yang kemampuan ginjalnya gagal untuk mempertahankan metabolisme dalam tubuh dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang dapat menyebabkan uremia. Uremia secara bahasa berarti “urine di dalam darah.” Hal ini, menjelaskan serangkaian manifestasi yang diakibatkan oleh hilangnya fungsi ginjal. Kehilangan ini mungkin dapat dengan onset mendadak atau mungkin muncul selama jangka waktu yang panjang. Kehilangan fungsi ginjal mendadak, seperti yang terjadi dengan kerusakan karena syok, trauma, racun,

atau glomerulonefritis akut, yang mengakibatkan uremia dengan cepat dan biasanya menyebabkan deteriorasi kondisi pasien yang parah. Kehilangan fungsi ginjal berangsur-angsur selama waktu yang panjang mungkin disertai dengan glomerulonefritis, hipertensi, pielonefritis kronis, dan penyakit lainnya (Black & Hawks, 2014).

Gagal ginjal merupakan sebagian besar nefron di kedua ginjal tidak lagi memiliki fungsional. Di mana gagal ginjal terjadi jika GFR secara mendadak berkurang sebesar 50 persen atau lebih. Hal ini memicu oliguria dan anuria dengan akumulasi sampah metabolik di dalam darah. Oliguria menjelaskan haluaran urine total antara 100 hingga 400 mL/24 jam, sedangkan anuria merupakan haluaran urine total <100 mL/24 jam. Gagal ginjal dapat bersifat akut atau kronis (Hurst, 2015). *The National Kidney Foundation dan Kidney Disease Outcome Quality Initiative* menjelaskan bahwa gagal ginjal kronik merupakan kerusakan ginjal dengan kadar filtrasi glomerulus (GFR) <60 mL/menit/1,73 m² selama lebih dari 3 bulan. Penyakit GJK tidak dapat dikembalikan atau dipulihkan akan terjadi penurunan progresif jaringan fungsi ginjal. Ketika massa ginjal yang tersisa tidak dapat lagi menjaga lingkungan internal tubuh, maka akan mengakibatkan terjadinya gagal ginjal. Penyakit ini disebut dengan gagal ginjal kronik stadium V dan juga disebut penyakit gagal ginjal kronik stadium akhir. GJK dapat berkembang tanpa gejala selama beberapa tahun, atau mungkin akibat dari episode ARF yang belum pulih (Black & Hawks, 2014).

Penyakit GJK adalah suatu istilah yang digunakan oleh tenaga kesehatan yaitu tenaga medis untuk menggambarkan terjadinya kerusakan pada ginjal

yang telah berlangsung ≥ 3 bulan dan bersifat progresif. Kerusakan yang terjadi dapat berupa gangguan bentuk dari ginjal ataukah gangguan fungsi ginjal yang ditandai dengan adanya penurunan laju penyaringan ginjal (LFG) dengan nilai < 60 ml/menit yang memberikan implikasi kepada kesehatan (Rasyid, 2017).

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Data dari seluruh dunia menyatakan penyebab GGK yang paling sering ditemukan yaitu diabetes, hipertensi, glomerulopati (penyakit ginjal akibat gangguan kekebalan tubuh, infeksi saluran kemih serta kista dan batu ginjal) (Ariani, 2016).

a. Hipertensi

Seseorang yang menderita tekanan darah tinggi apabila pada pemeriksaan ditemukan tekanan darah atas (sistolik) ≥ 140 mmHg atau tekanan darah bawah (diastolik) ≥ 90 mmHg, atau bila pasien sudah rutin mengkonsumsi obat antihipertensi. Hipertensi yang sering dikaitkan dengan penyakit ginjal, dikarenakan tekanan darah yang berlebihan dapat merusak organ tubuh. Sehingga dapat menghambat proses penyaringan dalam ginjal. Kondisi inilah yang merusak ginjal dengan menekan pembuluh darah kecil dalam organ tersebut. Dan juga beberapa kebiasaan tertentu yang dapat menimbulkan risiko mengidap penyakit hipertensi lebih tinggi adalah kurang berolahraga, stres, kebiasaan merokok, obesitas, mengkonsumsi minuman keras berlebihan,

terlalu banyak mengonsumsi yang garam dan lemak, serta kurang potasium dan vitamin D (Ariani, 2019).

b. Diabetes Melitus

Hiperglikemia suatu kondisi dimana peningkatan kadar glukosa dalam darah melebihi batas normal. Hal ini, salah satu tanda khas penyakit diabetes melitus. Diabetes melitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Adapun kecurigaan adanya diabetes melitus apabila terdapat keluhan seperti : keluhan klasik : poliuria, polidipsia, palifagia, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Dan keluhan lainnya yaitu lemah badan, gatal, mata kabur, kesemutan, dan disfungsi ekresi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita. Sekitar 20-40% penderita diabetes akan mengalami nefropati diabetik. Dimana diagnosis penyakit ginjal diabetik jika didapatkan kadar albumin pada urin > 30 mg per 24 jam (Rasyid, 2017).

c. Gangguan kekebalan tubuh (Glomerulopati)

Secara umum penyakit glomerulopati ini memberikan gambaran kelainan utama pada glomerulus yaitu unit terkecil dari ginjal. Berdasarkan sumber terjadinya kelainan, glomerulopati dibedakan menjadi primer dan sekunder. Dikatakan glomerulopati primer apabila penyakit dasarnya berasal dari ginjal itu sendiri, sedangkan glomerulopati sekunder apabila kelainan ginjal terjadi akibat penyakit sistemik lain seperti diabetes melitus, lupus eritematosus sistemik,

mieloma multipel atau amiloidosis. Keluhan klinik untuk pasien dengan glomerulopati mungkin bisa tanpa keluhan ataukah keluhan ringan maupun keadaan darurat yang harus memerlukan terapi pengganti ginjal (Rasyid, 2017).

d. Ginjal polikistik

Kista merupakan suatu rongga yang ber dinding epitel dan berisi cairan atau material yang semisolid (setengah padat). Polikisti berarti banyak kista. Pada keadaan ini dapat ditemukan kista-kista yang tersebar di kedua ginjal, baik di korteks maupun di medula. Selain itu karena adanya kelainan genetik, kista dapat disebabkan oleh berbagai penyakit. Jadi ginjal polikisti adalah kelainan genetik yang paling sering didapatkan (Rasyid, 2017).

e. Batu saluran kemih

Batu saluran kemih adalah penyakit dimana masa keras disepanjang daerah saluran kemih, batu saluran kemih dapat ditemukan pada sistem saluran kemih bagian atas dan saluran kemih bagian bawah, yang menyebabkan perdarahan. Dan terdapat dua faktor yang membentuk penyakit batu saluram kemih yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang dipengaruhi pada diri seseorang, sedangkan faktor eksternal yang didapat dari luar, faktor eksternal lebih banyak mempengaruhi kejadian penyakit batu saluran kemih diantaranya faktor geografi, pola hidup, pekerjaan, cuaca, dan kebiasaan (Haryadi, Kaniya, Anggunan, & Uyun, 2020).

Pada beberapa kepustakaan, angka kejadian batu ginjal saluran kemih umumnya ditemukan pada usia 30-50 tahun yang selaras dengan hasil penelitian, dengan distribusi rentan usia tersering yaitu 48-57 tahun. Tinggi angka kejadian tersebut disebabkan karena lebih rentannya seseorang mengalami gangguan peredaran darah seperti hipertensi dan kolesterol yang akan menyebabkan terjadinya pengapuran ginjal, agregasi kalsium oksalat dan kalsium fosfat yang kemudian berubah menjadi batu saluran kemih. Selain itu, pada usia tersebut perkembangan ukuran tubuli proksimal mencapai ukuran maksimal yang kemudian menyebabkan terjadinya peningkatan kapasitas konsentrasi ginjal sehingga terjadi pula peningkatan kristalisasi pada lengkung henle (Haryadi, Kaniya, Anggunan, & Uyun, 2020).

f. Benign prostatic hyperlasia

Benign prostatic hyperplasia merupakan tumor jinak yang mengacu pada proliferasi set stroma dan epitel di zona transisi prostat (disekitar uretra) dan dapat menyebabkan kompresi uretra serta perkembangan bladder outflow obstruction (BOO) yang merupakan penyebab umum lower urinary tract symptoms (LUTS) pada pria. Pria dengan BPH dapat mengalami ketidaknyamanan saat buang air kecil dan dapat mengalami komplikasi berupa infeksi saluran kemih berulang (ISK) dan gagal ginjal. Pada BPH, proliferasi sel menyebabkan peningkatan volume prostat dan peningkatan tonus otot polos stroma. Benign prostatic hyperplasia adalah kondisi prostat tidak ganas yang paling umum berkembang seiring dengan penuaan. Meski tidak mengancam

nyawa, manifestasi klinisnya berupa LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) dapat menurunkan kualitas hidup pasien secara signifikan. Benign Prostatic Hyperplasia berhubungan mengakibatkan penurunan kadar hormon pada pria akibat proses penuaan, terutama adalah hormon testosteron. Hormon testosteron dalam kelenjar prostat ini akan diubah menjadi dihidrotestosteron (DHT). Kemudian DHT inilah yang secara kronis akan merangsang kelenjar prostat sehingga dapat membesar (Muwafiq, Budiman, & Utomo, 2022)

g. Jamu-jamuan

Jamu merupakan obat tradisional yang peracikan, pencampuran dan atau pengolahannya dalam bentuk rajangan, serbuk, cairan, pilis, tapel atau palem. Kekhawatiran akan potensi kerusakan pada ginjal akibat penggunaan jamu jangka waktu yang lama, maka perlu dilakukan pemantauan fungsi ginjal pada pasien yang memiliki gangguan fungsi ginjal (Novianto, Triyono, & Astana, 2018)

h. Obat-obatan

Pasien dengan penyakit kronik seperti GGK seringkali memerlukan kombinasi obat secara umum diharapkan dapat memberikan efek yang menguntungkan, namun di beberapa kasus ditemukan interaksi obat yang mengakibatkan tidak efektifnya pengobatan dan munculnya kejadian yang tidak diharapkan. Penggunaan obat pada pasien GGK juga harus lebih diperhatikan, karena kemampuan ginjal dalam mengeksresi dan mengeliminasi sisa metabolisme obat berkurang sehingga interaksi obat dapat menyebabkan peningkatan kadar obat

dalam darah. Berdasarkan hal tersebut, maka informasi tentang interaksi obat sangat diperlukan untuk mendukung keberhasilan terapi agar sesuai dengan tujuan utama pasien. Keberadaan farmasis sangat penting agar dapat mengawasi dan mengkaji interaksi obat yang diresepkan pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis (Makmur, Madania, & Rasdianah, 2022).

2. Proses

Pada patofisiologi GGK tanpa melihat penyakit awal, glomerulosklerosis, inflamasi interstisial dan fibrosis merupakan ciri khas GGK dan menyebabkan penurunan fungsi ginjal, dimana seluruh unit nefron secara bertahap hancur. Pada tahap awal, saat nefron hilang nefron fungsional yang masih ada mengalami hipertrofi. Lalu aliran kapiler glomerulus dan tekanan meningkat dalam nefron dan lebih banyak partikel zat terlarut disaring untuk mengkompensasi massa ginjal yang hilang. Dalam kebutuhan yang meningkat menyebabkan nefron yang masih ada mengalami sklerosis (jaringan parut) glomerulus, menimbulkan kerusakan nefron pada akhirnya. Proteinuria mengakibatkan kerusakan glomerulus yang diduga penyebab cedera tubulus. Hilangnya fungsi nefron yang kontinu ini dapat terus berlangsung meskipun setelah proses penyakit awal telah teratasi.

GGK berkembang selama periode bulanan hingga tahunan. Sehingga ketika penyakit berkembang dan Glomerulo Filtration Rate menurun lebih lanjut, maka hipertensi dan beberapa manifestasi

insufisiensi ginjal dapat muncul. Dan serangan berikutnya pada ginjal di tahap ini (misalnya infeksi, dehidrasi, atau obstruksi saluran kemih) yang dapat menurunkan fungsi dan juga memicu awitan gagal ginjal atau uremia nyata lebih lanjut. Selanjutnya kadar serum kreatinin dan BUN naik secara tajam, pasien menjadi oliguria, dan manifestasi uremia muncul. Pada GGGK tahap akhir ini GFR kurang dari 10% akan mengalami komplikasi yang serius dan terapi pengganti ginjal diperlukan untuk mempertahankan hidup yaitu dialisis atau transplansi ginjal (LeMone, Buken, & Bauldoff, 2016).

Penurunan GFR, penurunan GFR dapat dideteksi dengan mendapatkan urin 24 jam untuk pemeriksaan klirens kreatinin. Akibat dari penurunan GFR, maka klirens kreatinin akan meningkat, dan nitrogen urea darah (BUN) juga akan meningkat. Untuk gangguan klirens renal, banyak masalah muncul pada gagal ginjal sebagai akibat dari penurunan jumlah glumeruli yang berfungsi, yang menyebabkan penurunan klirens (substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal) (Purwanto, 2016).

Retensi Cairan dan Natrium, ginjal kehilangan kemampuan untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal. Terjadi penahanan cairan dan natrium, meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung kongestif dan hipertensi. Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk terjadi perdarahan akibat status uremik pasien, terutama dari saluran GI (Purwanto, 2016).

Ketidakseimbangan Kalsium dan Fosfat, kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan yang saling timbal balik, jika salah satunya

meningkat, yang lain akan turun. Dengan menurunnya GFR, maka terjadi peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar kalsium. Penurunan kadar kalsium ini akan memicu sekresi parathormon, namun dalam kondisi gagal ginjal, tubuh tidak berespon terhadap peningkatan sekresi parathormon, akibatnya kalsium di tulang menurun menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang. Penyakit tulang uremik (osteodistrofi), terjadi dari perubahan kompleks kalsium, fosfat, dan keseimbangan parathormon (Purwanto, 2016).

3. Stadium

Menurut Ariani (2016) dan LeMone, Buken, & Bauldoff (2016) mengenai stadium, gagal ginjal dapat dibagi menjadi beberapa bagian, di antaranya adalah sebagai berikut :

a. Stadium I

Stadium I disebut dengan penurunan cadangan ginjal, tahap inilah yang paling ringan, dimana kondisi ginjal masih baik. Pada tahap ini penderita masih belum merasakan gejala-gejala dan pemeriksaan laboratorium faal atau fungsi ginjal masih dalam batas normal. Dalam tahap ini kreatinin serum dan kadar Blood Urea Nitrogen (BUN) dalam batas normal dan penderita asimtomatik laju filtrasi glomerulus. Gangguan fungsi ginjal mungkin hanya dapat diketahui dengan memberikan beban kerja yang banyak, seperti tes pemekatan kemih yang lama atau dengan mengadakan test GFR yang teliti. Untuk laju

filtrasi glomerulus stadium I memiliki nilai GFR ≥ 90 ml/menit/1,73m² (Ariani, 2019)

b. Stadium II

Stadium II ini disebut dengan insufisiensi ginjal, pada tahap ini lebih dari 75% jaringan yang berfungsi telah rusak, GFR besarnya 25% dari normal, kadar BUN baru mulai meningkat di atas batas normal. Peningkatan konsentrasi BUN ini berbeda-beda, tergantung dari kadar protein dalam diet. Pada stadium II ini kadar kreatinin serum mulai meningkat melebihi batas normal. Pasien mengalami nokturia dan poliuria, perbandingan jumlah kemih siang hari dan malam hari yaitu 3:1 atau 4:1, bersihan kreatinin 10-30 ml/menit. Untuk laju filtrasi glomerulus stadium II memiliki nilai GFR 60 - 89 ml/menit/1,73m² (Ariani, 2019).

c. Stadium III

Pada stadium akhir gagal ginjal, pasien mulai merasakan gejala yang cukup parah, karena ginjal tidak sanggup lagi mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit dalam tubuh, dan pasien juga dapat asimtomatis atau mengalami hipertensi. Untuk laju filtrasi glomerulus stadium III memiliki nilai GFR 30 -59 ml/menit/1,73m² (Ariani, 2019).

d. Stadium IV

Pada stadium ini, penurunan berat GFR hipertensi, anemia, malnutrisi, perubahan metabolisme tulang, edema, asidosis metabolik, hiperkalsemia, kemungkinan uremia azotemia dengan peningkatan BUN dan kadar kreatinin serum. Laju filtrasi glomerulus stadium IV

memiliki nilai GFR 15-29 ml/menit/1,73m². Untuk itu, perlu mengikuti pemeriksaan lebih lanjut yaitu tiap tiga bulan (LeMone, Buken, & Bauldoff, 2016).

e. Stadium V

Stadium ini disebut sebagai kondisi gagal ginjal, di mana ginjal telah kehilangan hampir seluruh fungsinya. Untuk GFR < 15 mL/menit/1,73 m². Sehingga setiap enam minggu, pasien gagal ginjal ini perlu menjalani pemeriksaan (LeMone, Buken, & Bauldoff, 2016).

4. **Manifestasi klinis**

Menurut Susetyowati (2018) manifestasi klinik dari gagal ginjal adalah sebagai berikut :

Gangguan Kardiovaskuler : pada gangguan kardiovaskuler yaitu hipertensi, nyeri dada, sesak nafas akibat perikarditis, effusi perikardiac, gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema. Gangguan Pulmoner : pada gangguan pulmoner yaitu napas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental dan lengket, serta suara krekels. Gangguan Gastrointestinal : pada gangguan gastrointestinal memiliki tanda gejala anoreksia, nausea, fomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, serta nafas bau ammonia. Gangguan Muskuloskeletal : restless legs syndrome (pegal pada kakinya sehingga selalu digerakan), burning feet syndrome (rasa kesemutan dan terbakar terutama ditelapak kaki), miopati (kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas), dan

tremor. Gangguan Integumen : dalam gangguan integumen kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal akibat toksik, serta kuku tipis dan rapuh. Gangguan Endokrin (seksual) : libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan aminore. Gangguan metabolic glukosa, gangguan metabolic lemak dan vitamin D. Gangguan Cairan Elektrolit dan Keseimbangan Asam dan Basa : Dalam gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam dan basa biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, dan hipokalsemia. Sistem Hematologi : pada sistem hematologi yaitu anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin, sehingga rangsangan eritopoesis pada sum-sum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik, serta dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopeni.

5. **Komplikasi**

Menurut (Ariani, 2016) komplikasi dari gagal ginjal diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Hiperkalemia

Hiperkalemia akibat dari penurunan eksresi, asidosis metabolic, katabolisme, dan masukan diet berlebihan.

b. Hipertensi

Hipertensi akibat dari retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem rennin-angiostensi-aldosteron.

c. Anemia

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

d. Perikarditis

Perikarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik serta dialysis yang tidak kuat.

e. Penyakit Tulang

Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatic akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal, dan peningkatan kadar aluminium.

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

Dalam perawatan penyakit gagal ginjal difokuskan untuk mencegah dan memperlambat agar penyakit tersebut tidak berkembang dan meredakan rasa sakit. Pengobatan penyakit gagal ginjal bertujuan untuk mengurangi risiko munculnya penyakit lainnya yang terkait. Terdapat pengobatan dan penanganan penyakit gagal ginjal diantaranya yaitu :

a. Terapi Nutrisi

Dalam terapi nutrisi intervensi diet yang perlu dilakukan yaitu dengan mengatur asupan protein, asupan cairan untuk mengganti cairan yang hilang, asupan natrium, serta pembatasan kalium. Untuk asupan kalori dan vitamin harus memadai, kalori diberikan dalam bentuk karbohidrat

dan lemak untuk mencegah mengecilnya otot. Kemudian pembatasan protein, protein yang diperbolehkan harus mengandung nilai biologis yang tinggi seperti produk telur, susu, danging dan keju. Untuk diet cairan sebesar 500 ml cairan atau lebih dari jumlah haluaran urine 24 jam pada hari sebelumnya (Brunner & Surddarth, 2013).

b. Terapi Farmakologis

Hipertensi ditandai dengan pengontrolan volume intravaskuler dan obat anti hipertensi seperti penghambat angiotensin converting enzyme. Contoh untuk penghambat angiotensin converting enzyme yaitu lamipril dan lisinopril. Selain itu terdapat obat anti hipertensi yang disebut angiotensin II receptor blocker (ARB) seperti candesartan, eprosartan, irbesartan, serta losartan (Ariani, 2016). Pengidap gagal ginjal beresiko lebih tinggi menderita sakit jantung. Oleh sebab itu, diberikan obat aspirin dalam dosis rendah atau obat statin untuk membantu mengurangi risiko serangan jantung atau stroke (Ariani, 2019).

Anemia atau kondisi dimana saat tubuh tidak mempunyai cukup sel darah merah banyak diderita pengidap gagal ginjal stadium tiga ke atas. Untuk itu, cara mengatasinya biasanya akan diberikan suplemen zat besi yaitu hormon eritropoietin melalui intravena, sedangkan dalam bentuk tablet seperti feri sulfat untuk membantu memproduksi sel-sel darah merah (Ariani, 2016). Untuk ginjal yang tidak berfungsi dengan baik membuat tubuh sulit membuang cairan. Hal ini, mengakibatkan terjadinya penumpukan cairan atau edema pada pergelangan kaki atau

paru-paru. Oleh karena itu, disarankan pasien pengidap penyakit ginjal untuk membatasi konsumsi cairan dan garam, serta memperhatikan cairan yang terdapat dalam makanan yang dikonsumsi seperti buah, sup, atau yoghurt. Selain itu juga, pasien yang memiliki kelebihan cairan dalam tubuh dapat dikurangi dengan konsumsi obat diuretik atau tablet cair, seperti furosemida (Ariani, 2016).

Kemudian penderita gagal ginjal kronik berisiko kekurangan vitamin D yang penting untuk tulang. Hal ini dikarenakan ginjal tidak dapat berfungsi mengaktifkan vitamin D dari makanan dan sinar matahari. Sehingga pasien akan mendapatkan suplemen vitamin D yang disebut alfacalcidol atau calcitriol (Ariani, 2016).

Asidosis metabolic diatasi dengan cara diberikan suplemen natrium bikarbonat atau dialysis. Untuk heparin diberikan sesuai kebutuhan untuk mencegah bekuan darah pada jalur dialysis selama terapi (Brunner & Surddarth, 2013).

2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan

Menurut (Widayati, 2019) terdapat beberapa terapi pengganti ginjal yang umum dipilih :

a. Hemodialisa

Hemodialisa merupakan proses pembersihan darah melalui proses penyaringan darah diluar tubuh yangt menggunakan mesin dailisis, hemodialisis memiliki fungsi yaitu, membersihkan kotoran dari darah seperti urea, melekترولit dalam darah, membuang cairan yang

berlebihan dari tubuh. Terdapat kelebihan dan kekurangan dari hemodialisa yaitu: kondisi pasien terpantau dengan baik, dapat bertemu dengan pasien hemodialisa lain yang rutin, sehingga dapat berdiskusi ataupun berbagi pengalaman dalam perawatan penyakit, kekurangan : kadar cenderung lebih rendah, pada saat hemodialisa terjadi efek samping hemodialisa : kram, menggigil, nyeri dada, dan lain-lain dan pasien harus datang ke rumah sakit 2 sampai 3 kali seminggu. Hemodialisis memakan waktu 4 sampai 5 jam dan dilakukan secara berkala sesuai rekomendasi dokter.

c. Peritoneal Dialisis (PD)

Peritoneal Dialisis (PD) adalah jenis dialisis yang menggunakan membrane peritoneum (selamut yang melapisi perut dan membungkus organ perut) sebagai penyaring halnya proses hemodialisis. Cara kerja dalam proses peritoneal Dialisis yang terdiri dari 3 langkah yaitu : masukkan cairan dialisat ke dalam rongga perut, diikuti sebelumnya membersihkan balutan kateter, lalu cairan dibiarkan dalam rongga perut dan selama periode waktu tertentu (4-6 jam), setelah itu keluarkan cairan dari dalam rongga perut dan menutup kembali balutan area kateter. Terdapat kelebihan dan kekurangan dari Peritoneal Dialisis yaitu : menggunakan peralatan yang sederhana, sehingga dapat dilakukan mandiri, lebih fleksibel, karena tidak harus dilakukan di rumah sakit, memungkinkan pasien untuk melakukan aktifitas sehari-hari, kekurangan : risiko infeksi rongga perut (peritonitis), dapat menimbulkan rasa jenuh dan adanya

cairan peritonium, membuat pasien tidak nyaman bahkan menyebabkan sakit pinggang.

d. Transplastasi Ginjal

Transplastasi Ginjal merupakan metode terapi pengganti dengan cara memanfaatkan sebuah ginjal sehat yang berasal dari donor ginjal melalui prosedur pembedahan. Terdapat kelebihan dan kekurangan dari peritoneal dialisis yaitu : ginjal baru akan bekerja seperti ginjal normal, tidak harus mengikuti terapi ginjal yang cukup memakan waktu, kekurangan : kesulitan mencari donor ginjal, dapat menimbulkan rasa jenuh, karena minum obat imunosupresan.

D. Pengkajian Keperawatan

Dalam pengkajian keperawatan pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik adalah aspek penting dari proses keperawatan. Perawat mengumpulkan informasi tentang data dasar, primer dan tentang kondisi pasien, terutama memeriksa sistem organ ginjal. Hal yang dikaji pada pasien gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut :

Menurut (Harnanto & Rahayu, 2016) pengkajian adalah salah satu bagian dari asuhan keperawatan baik individu, keluarga, dan kelompok. Berikut merupakan pengkajian keperawatan :

1. Biodata : nama, tanggal masuk, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat nomor rekam medis.
2. Keluhan utama : pada titik ini gejalanya bisa sangat bervariasi jika ada penyakit sekunder yang menyertai. Gejala tersebut dapat bermanifestasi

dalam bentuk penurunan keluaran urin atau oliguria hingga tahap anuria, penurunan kesadaran akibat komplikasi sistem ventilasi sirkulasi, mual dan muntah, anoreksia, dan bau ureum. Hal ini disebabkan oleh adanya penumpukan produk limbah dari metabolisme yang merupakan toksin bagi tubuh akibat ginjal tidak berfungsi dengan baik.

3. Riwayat penyakit sekarang : pasien akan mengalami penurunan kesadaran, penurunan output (urine), penurunan pola napas, kelemahan fisik pada tubuh, perubahan pada kulit, mual, muntah, tidak nafsu makan, dan adanya napas yang berbau ureum.
4. Riwayat penyakit dahulu : kemungkinan adanya riwayat diabetes, hipertensi, nefrosklerosis, gagal ginjal akut yang tidak tertangani dengan baik, obstruksi atau infeksi urinarius, serta penyalahgunaan analgetik yang dapat mempengaruhi timbulnya penyakit ginjal kronik.
5. Riwayat penyakit keluarga : pada penyakit gagal ginjal kronik faktor genetik inilah yang menjadi faktor risiko penyakit diabetes melitus dan hipertensi sebagai penyakit sekundernya yang memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronik .
6. Riwayat psikososial : pasien mengalami ketidakberdayaan, tidak ingin mengikuti kegiatan apa-apa hanya berdiam diri karena pasien merasa menjadi beban dalam keluarganya karena biaya pengobatan yang cukup mahal. Sehingga pasien mengalami kegelisahan dan kecemasan.
7. Pola fungsi kesehatan :
 - a. Pola aktivitas latihan : pasien gagal ginjal kronik biasanya akan mengalami gangguan aktivitas karena adanya kelemahan otot,

kehilangan tonus, penurunan rentang pergerakan sendi sebagai dampak dari penyakit tersebut.

- b. Pola nutrisi metabolik : pasien gagal ginjal kronik akan mengalami gangguan pada pola nutrisi yaitu seperti mual, muntah, anoreksia yang disertai adanya penurunan nafsu makan dan menuju penurunan berat badan.
- c. Pola eliminasi : pasien akan mengalami gangguan eliminasi seperti penurunan frekuensi urine, oliguria, sampai anuria konstipasi atau diare, dan perut yang terasa kembung.
- d. Pola istirahat tidur : pasien akan mengalami gangguan pola tidur (insomnia), gelisah, somnolen dampak dari penyakit tersebut.
- e. Pola kognitif perseptual : pasien mengalami komunikasi yang kurang jelas, mengeluh pusing, penglihatan kabur dan tidak menggunakan alat bantu apapun untuk berkomunikasi.
- f. Pola seksualitas : pasien akan mengalami penurunan libido (laki-laki) dan penurunan amenorea (perempuan), dan penurunan infertilitas, serta disfungsi ereksi.
- g. Pemeriksaan fisik :

1) Keadaan umum dan TTV

Keadaan umum pasien lemah, kesadaran menurun sesuai dengan tingkat uremia dimana dapat mempengaruhi sistem syaraf pusat.

Dalam pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan adanya perubahan RR meningkat dan tekanan darah meningkat. Tekanan

darah terjadi adanya perubahan dari hipertensi ringan sampai berat.

- 2) Tingkat kesadaran kompos mentis sampai koma
- 3) Pengukuran antropometri : berat badan menurun, lingkaran lengan atas (LILA) menurun
- 4) Tanda vital : tekanan darah meningkat, suhu meningkat, nadi lemah, disritmia, pernapasan kusmaul, tidak teratur.
- 5) Kepala : rambut mudah rontok dan rapuh.
- 6) Mata : mata merah, konjungtiva anemis, berair, penglihatan kabur, edema periorbital.
- 7) Rambut : rambut tipis, kasar, dan mudah rontok
- 8) Hidung : pernapasan cuping hidung
- 9) Mulut : ulserasi dan perdarahan, napas berbau ammonia, mual, muntah serta cegukan dan peradangan gusi.
- 10) Leher : pembesaran vena jugularis
- 11) Dada dan toraks : penggunaan otot bantu pernapasan, pernapasan dangkal dan kusmaul serta krekels, napas dangkal, pneumonitis, edema pulmoner, friction rub perikardial.
- 12) Abdomen : nyeri area pinggang, asites
- 13) Genetalia : pada laki-laki atropi testikuler, dan pada perempuan amenorea
- 14) Ekstremitas : capillary refill time > 3 detik, kuku rapuh dan kusam serta tipis, kelemahan pada tungkai, rasa panas pada telapak kaki, foot drop, kekuatan otot.

15) Kulit : ekimosis, kulit kering, berisik, warna kulit abu-abu, mengkilat atau hiperpigmentasi, gatal (pruritis), kuku tipis dan rapuh, memar (purpura), edema (Nuari & Widayati, 2017) & (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2018).

8. Pemeriksaan diagnostik

Menurut (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2018) pemeriksaan diagnostik pada gagal ginjal yaitu :

a. Pemeriksaan urine :

- 1) Volume : biasanya kurang dari 400 mL / 24 jam (oliguria) atau tidak ada (anuria)
- 2) Warna : urine yang berwarna keruh dapat disebabkan oleh pus, bakteri, lemak, fosfat, partikel koloid, atau urat. Sedimen berwarna coklat dan kotor mengindikasikan adanya sel darah merah, Hb, mioglobin, dan porfirin.
- 3) Osmolalitas : kurang dari 350 mOsm/kg menunjukkan kerusakan ginjal tubulus, dan rasio urine/serum sering kali 1:1
- 4) Protein (albuminuria) : derajat tinggi proteinuria (3 hingga 4+) yang persisten sangat mengindikasikan, kerusakan glomerulus terutama ketika sel darah merah dan sedimen urine juga ada. Proteinuria derajat rendah (1 hingga 2+) dan sel darah putih dapat mengindikasikan infeksi atau nefritis.
- 5) Natrium : menentukan status hidrasi dan kemampuan untuk memelihara atau mengeluarkan Na. Dan lebih dari 40 mEq/l karena ginjal tidak mampu mereabsorpsi natrium.

b. Pemeriksaan darah

- 1) Glomerulo Filtration Rate (GFR) : GFR ini dihitung dari kadar kreatinin serum dan dilakukan untuk tujuan area permukaan tubuh normal. GFR memiliki nilai sekitar 90 ml/ menit pada orang dewasa sehat. GFR ini digunakan pada tahap gagal ginjal. Biasanya tidak ada gejala, sehingga GFR turun di bawah 60 (tahap 3). Pada pasien GJK berat dengan GFR antara 15-29 (tahap IV hingga tahap V) merupakan kandidat untuk dialisis atau transplantasi.
- 2) BUN : untuk mengukur produksi akhir metabolisme protein di hati, difiltrasi oleh ginjal dan diekskresi dalam urine. Kadar BUN meningkat pada penyakit GJK dengan nilai normal BUN yaitu pada pria 15-38 mg/dL, sedangkan wanita 7-18 mg/dL.
- 3) Kreatinin : produksi akhir metabolisme protein dan otot yang difiltrasi oleh ginjal dan diekskresi dalam urine. Kreatinin dapat sedikit meningkat sebelum gejala GJK ada pada pasien yang tidak terpantau. Kadar kreatinin normal pada pria adalah 0,7-1,4 mg/dL, sedangkan pada wanita 0,6-1,2 mg/dL.
- 4) Hitung darah lengkap : rangkaian pemeriksaan skrining seperti pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, hitung morfologi, indeks, dan indeks luasnya distribusi sel darah merah; hitung dan ukuran trombosit; hitung sel darah putih dan hitung jenisnya. Hb menurun karena anemia, biasanya kurang dari 7 hingga 8 g/ dL. Anemia ini terjadi karena adanya penurunan sintesis eritropoietin oleh ginjal,

yaitu hormon yang berperan untuk stimulasi sumsum tulang guna produksi sel darah merah (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2018).

- 5) Gas darah arteri : ABG untuk menentukan pH dan persentase oksigen, karbon dioksida, dan bikarbonat pada arteri. Penurunan pH, dimana asidosis metabolik (kurang dari 7,2) terjadi karena ginjal kehilangan kemampuan untuk mengekskresi hidrogen dan amonia atau produk akhir katabolisme protein. Bikarbonat dan PCO₂ menurun (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2018).
- 6) Elektrolit
 - a) Natrium : membantu mengevaluasi status hidrasi dan perkembangan gagal ginjal. Dan dapat rendah jika ginjal “membuang natrium” atau normal, yang dapat menunjukkan kondisi dilusi hipernatremia (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2018).
 - b) Kalium : fluktuasi kadar kalium dapat menciptakan situasi yang mengancam jiwa. Peningkatan berhubungan dengan retensi, dengan penurunan GFR di bawah 20 hingga 25 ml/menit perpindahan selular (asidosis), atau pelepasan jaringan themolisis sel darah merah). Pada ESRD, perubahan EKG mungkin tidak terjadi hingga kadar kalium sebesar 6.5 mEq atau lebih tinggi (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2018).
 - c) Fosfor : memiliki dampak langsung pada fungsi paratiroid dan kesehatan tulang. Seiring dengan adanya penurunan GFR, semakin sedikit fosfat yang difiltrasi dan diekskresil;

bagaimanapun, kadar serum fosfat tetap normal pada awalnya karena meningkatnya sekresi hormon paratiroid dan meningkatnya ekskresi fosfor oleh ginjal. Selanjutnya dengan perkembangan GGK ke tahap IV-V, kadar serum meningkat dan terjadi komplikasi tulang seperti osteitis fibrosa (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2018).

- d) Kalsium : kadar ini penting dalam mekanisme umpan balik untuk menghambat sintesis PTH dan pergantian tulang skeletal. Akibat rendahnya kadar kalsitriol plasma yang mengganggu absorpsi usus atau akibat pengikatan kalsium untuk meningkatkan kadar fosfat serum dapat mengakibatkan hipokalsemia (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2018).
- e) Magnesium : membantu mempertahankan fungsi otot dan saraf normal, menjaga irama jantung stabil, meningkatkan tekanan darah normal, dan diketahui terlibat dalam metabolisme energi dan sintesis protein. Pada penyakit ginjal tahap akhir ini, keterbatasan kemampuan ginjal untuk mengeluarkan peningkatan kadar magnesium dapat menyebabkan konsentrasi yang toksik dalam serum (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2018).
- f) Protein (khususnya albumin) : untuk mengevaluasi status nutrisi dan memprediksi mortalitas pada pasien yang menerima dialisis. Penurunan kadar serum ini dapat menunjukkan kehilangan protein melalui urine, perpindahan

cairan, penurunan asupan, atau penurunan sintesis karena malnutrisi (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2018).

- g) Osmolalitas : mengukur jumlah zat kimia yang terlarut dalam serum. Dan lebih dari 285 mOsm/ kg ering ksli sama dengan urine (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2018).
- c. Analisis gas darah untuk mengetahui keadekuatan oksigenasi ventilasi dan asam basa biasanya diperiksa Ph, PO₂, HCO₃, PCO₂, dan saturasi oksigen : PCO₂ normal 35-40 mmHg, PO₂ normal 80-100 mmHg, HCO₃ normal 25-29 meq/lt, saturasi O₂ dan saturasi normal 95-100%.
- d. Ultrasonograf ginjal : Teknik yang menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi dan komputer untuk menciptakan gambaran pembuluh darah, jaringan, dan organ. Ultrasonografi juga dapat mendokumentasikan adanya tumor, penyakit polikisti, atau obstruksi lain pada sistem perkemihan.
- e. Sinar X ginjal, ureter, dan kandung kemih : sinar X abnormal yang menunjukkan ukuran dan struktur ginjal, ureter, dan kandung kemih; dan menunjukkan adanya abnormalitas seperti kista, tumor, atau batu.
- f. CT scan : prosedur sinar X yang menggunakan komputer untuk menghasilkan gambaran potongan melintang tubuh secara terperinci. Menunjukkan gangguan pembuluh darah dan masaa ginjal.
- g. Biopsi ginjal : dalam biopi ginjal perkutaneus saat ini dilakukan paling sering dengan panduan ultrasonografi. Umumnya diindikasikan ketika kerusakan ginjal atau proteinuria mencapai rentang nefrotik dan diagnosa tetap tidak jelas.

E. Diagnosa keperawatan

Menurut (Black & Hawks, 2014) dan (PPNI, 2017) diagnosa keperawatan yaitu:

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan cairan.
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna (akibat uremia atau afek samping medikasi: kehilangan peptida dan asam amino; distensi abdomen selama diahlisis peritoneal ambulasi kontinu).
3. Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan edema dan perubahan kulit
5. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (tekanan dialisat).
6. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan (adanya laporan kekhawatiran akibat perubahan dalam kejadian hidup, ketakutan, peningkatan ketegangan.).
7. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (peningkatan SVR), perubahan preload (distensi vena), perubahan irama dan denyut jantung.

F. Perencanaan keperawatan

Dalam intervensi keperawatan merupakan bentuk terapi yang dikerjakan oleh seorang perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan pemulihan dan pencegahan, serta peningkatan kesehatan pasien individu, keluarga maupun komunitas (Doenges, Marilynn.E, 2014), (Black & Hawks, 2014)

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan cairan.

Tujuan : setelah dilakukan keperawatan, maka diharapkan keseimbangan cairan meningkat.

Kriteria hasil : asupan cairan meningkat, asupan makanan meningkat, haluaran meningkat, kelembapan membrane mukosa meningkat, edema menurun, asites menurun, dehidrasi menurun (PPNI, 2019).

Perencanaan (PPNI, 2018) :

a. Pantau tekanan darah dan nadi

Rasional : hipertensi dan takikardi dapat terjadi akibat kelebihan cairan dan gagal jantung

b. Ukur semua sumber input dan output

Rasional : membantu dalam mengevaluasi status cairan, terutama ketika dibandingkan dengan berat badan

c. Timbang berat badan secara rutin

Rasional : peningkatan berat badan di antara terapi sebaiknya tidak melebihi 0,5 kg atau sekitar 1 pon/hari

d. Identifikasi penyebab hipervolemia

Rasional : mengetahui hal apa yang dapat mengakibatkan terjadinya kelebihan cairan misalnya asites, dan edema

- e. Kaji kepatenan kateter, perhatikan kesulitan dalam mengeluarkan cairan
perhatikan benang fibrin atau adanya sumbatan

Rasional : pelambatan kecepatan aliran atau adanya fibrin menunjukkan sebagian kateter mengalami oklusi sehingga memerlukan tindakan lebih lanjut

- f. Monitor efek samping diuretic

Rasional : mengetahui berapa banyak cairan yang dikeluarkan oleh tubuh

- g. Catat adanya distensi abdomen, edema perifer, atau sakral, creckles, dispnea, ortopnea pernapasan, distensi vena jugular

Rasional : kelebihan volume cairan akibat dialisis atau hipervolemia berulang dapat memperburuk gagal jantung, yang diindikasikan oleh tanda dan gejala pernapasan serta kongesti vena sistemik

- h. Batasi asupan cairan dan garam

Rasional : pembatasan cairan perlu di terapkan untuk menurunkan kelebihan volume cairan, cairan berakumulasi dalam tubuh terutama di jantung, paru, dan pergelangan kaki.

- i. Tinggikan kepala tempat tidur 30°-40°

Rasional : dapat memperbaiki aliran keluar cairan ketika kateter mengalami malposisi

- j. Kolaborasi pemberian diuretik

Rasional : untuk membantu mempermudah mengeluarkan cairan yang ada di dalam tubuh

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna (akibat uremia atau afek samping medikasi: kehilangan peptida dan asam amino; distensi abdomen selama dialisis peritoneal ambulasi kontinu).

Tujuan : setelah diberikan tindakan keperawatan, makan diharapkan nutrisi membaik

Kriteria hasil : porsi makanan yang dihabiskan meningkat, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik.

Perencanaan :

a. Catat adanya mual dan anoreksia

Rasional : gejala yang menyertai akumulasi toksin endogenus yang dapat mengubah atau mengurangi asupan dan memerlukan intervensi

b. Anjurkan makan sedikit dan sering

Rasional : untuk meningkatkan asupan dan agar pasien tidak merasa mual

c. Identifikasi status nutrisi

Rasional : untuk mengetahui status nutrisi pasien

d. Monitor asupan makanan

Rasional : agar mengetahui berapa banyak makanan yang di habiskan pasien saat makan

e. Monitor berat badan

Rasional : agar dapat mengetahui apakah ada kenaikan berat badan atau penurunan berat badan

- f. Berikan multivitamin berupa asam folat, vitamin B₆, C dan D serta suplemen zat besi, sesuai indikasi

Rasional : mengganti kekurangan vitamin dan mineral akibat malnutrisi/anemia.

- g. Berikan medikasi sesuai kebutuhan misal antimietik

Rasional : untuk mengurangi stimulasi pusat muntah.

3. Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil : frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, keluhan lelah, dyspnea saat aktivitas menurun, dyspnea setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik.

Perencanaan :

- a. Perhatikan adanya laporan peningkatan kelelahan dan kelemahan

Rasional : menggambarkan dampak anemia dan respon jantung yang diperlukan untuk menjaga sel tetap teroksigenasi

- b. Anjurkan tirah baring

Rasional : agar pasien dapat mempertahankan oksigen serta untuk menghemat energi

- c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Rasional : untuk memudahkan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari

- d. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium seperti hemoglobin/hematokrit.

Rasional : uremia menurunkan produksi eritropoetin dan menekan produksi sel darah merah dan waktu hidup, pada gagal ginjal kronik biasanya hemoglobin dan hemotokrit rendah

4. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan tekanan dari dialisis (dialisis peritoneal).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan pola napas membaik.

Kriteria hasil : dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspansi menurun, ortopnea menurun, tekanan ekspirasi meningkat, tekanan inspirasi menurun, ventilasi semenit meningkat, kedalaman napas membaik, frekuensi napas membaik.

Perencanaan :

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaca napas

Rasional : dispnea, takipnea, sesak napas dan napas dangkal menunjukkan tekanan diafragma dari rongga peritoneal yang

mengalami distensi atau dapat mengindikasikan terjadinya komplikasi.

- b. Auskultasi paru, perhatikan adanya penurunan suara napas, tidak adanya suara napas, atau adanya suara napas tambahan, seperti mengi, crackles, dan ronki.

Rasional : penurunan area ventilasi menunjukkan adanya atelektasi sedangkan suara napas tambahan dapat menunjukkan kelebihan cairan, sekresi tertahan, atau infeksi.

- c. Pantau AGD atau oksimetri nadi

Rasional : menggambarkan status ventilasi, oksigenasi, serta asam basa. Digunakan untuk dasar evaluasi kebutuhan untuk terapi pernapasan dan efektivitasnya.

- d. Posisikan semifowler

Rasional : memfasilitasi ekspansi dada dan ventilasi serta mobilitasi sekresi.

- e. Berikan oksigenasi tambahan, sesuai indikasi

Rasional : memaksimalkan oksigen untuk ambilan pembuluh darah sehingga mencegah atau meringankan hipoksia.

- f. Berikan analgesik yang sesuai

Rasional : mempertahankan tingkat kenyamanan, meningkatkan partisipasi dalam terapi pernapasan dan mendukung peningkatan pengembangan paru

5. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan edema dan perubahan kulit.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan risiko intoleransi aktivitas meningkat. Kriteria hasil : frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, keluhan lelah, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik.

Perencanaan :

- a. Perhatikan adanya laporan peningkatan kelelahan dan kelemahan

Rasional : menggambarkan dampak anemia dan respon jantung yang diperlukan untuk menjaga sel tetap teroksigenasi

- b. Anjurkan tirah baring

Rasional : agar pasien dapat mempertahankan oksigen serta untuk menghemat energi

- c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Rasional : untuk memudahkan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari

- e. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium seperti hemoglobin/hematokrit.

Rasional : uremia menurunkan produksi eritropoetin dan menekan produksi sel darah merah dan waktu hidup, pada gagal ginjal kronik biasanya hemoglobin dan hemotokrit rendah.

6. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan (adanya laporan kekhawatiran akibat perubahan dalam kejadian hidup, ketakutan, peningkatan ketegangan.).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan ansietas membaik

Kriteria hasil : perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, keluhan pusing menurun, anoreksia menurun, palpitasi menurun, frekuensi pernapasan menurun, frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun, pola tidur membaik

Perencanaan :

- a. Kaji tingkat kekhawatiran klien dan orang terdekat

Rasional : membantu menentukan jenis intervensi yang diperlukan

- b. Jelaskan prosedur dan perawatan ketika dilakukan, sering ulangi penjelasan sesuai kebutuhan

Rasional: perubahan pikir dan ansietas atau kekuatan yang besar dapat mengurangi pemahaman sehingga memerlukan pengulangan informasi penting

- c. Beri kesempatan bagi klien dan orang terdekat untuk bertanya dan mengungkapkan kekhawatiran

Rasional : menciptakan perasaan terbuka dan kerja sama serta memberikan informasi yang akan membantu dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah

d. Ketahui kekhawatiran klien dan orang terdekat

Rasional : prognosis dan perlunya dialysis jangka panjang serta perubahan gaya hidup merupakan kekhawatiran utama bagi pasien dan mungkin orang yang terlibat dalam perawatan di masa yang akan datang

e. Tunjukkan indikator positif terapi

Rasional : meningkatkan rasa adanya kemajuan dalam proses pengobatan

7. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload (peningkatan SVR), perubahan preload (distensi vena), perubahan irama dan denyut jantung.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan, maka diharapkan penurunan curah jantung membaik

Kriteria hasil : tanda vital dalam batas normal, kekuatan nadi perifer meningkat, tidak ada edema.

a. Auskultasi suara jantung dan paru. Evaluasi adanya edema perifer, kongesti pembuluh darah, dan laporan dispnea.

Rasional : suara jantung S₃/S₄ dengan nada yang redam, takikardia, denyut jantung ireguler, takipnea, dispnea, crackle, mengi, dan edema atau distensi jugular menunjukkan gagal jantung.

- b. Pantau tekanan darah dan perhatikan perubahan postural seperti duduk, berbaring, dan berdiri

Rasional : hipertensi signifikan dapat terjadi karena gangguan sistem renin-angiotensin-aldosteron akibat disfungsi ginjal.

- c. Evaluasi suara jantung untuk mengetahui adanya friction rub, tekanan darah, nadi perifer, JVD, pengisian kapiler, dan mental

Rasional : adanya hipotensi tiba-tiba dapat mengindikasikan temponade jantung yang merupakan kedaruratan medis.

- d. Kaji tingkat aktivitas dan respon terhadap aktivitas

Rasional : kelemahan dapat dialami pada gagal jantung dan anemia.

- e. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnostik

Rasional : ketidakseimbangan dapat mengubah konduksi listrik dan fungsi jantung

- f. Berikan medikasi sesuai indikasi misalnya inhibitor ACE atau penghambat reseptor angiotensin (ARB)

Rasional : obat ini dapat di programkan tidak hanya untuk menurunkan tekanan darah pasien, tetapi lebih penting untuk melindungi ginjal dari kerusakan lebih lanjut.

G. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap-tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Implementasi atau pelaksanaan keperawatan adalah realisasi tindakan untuk

mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik atau optimal dapat meliputi (Hadinata & Abdillah, 2022) :

1. Jenis Implementasi Keperawatan

a. *Independent Implementations*

Independent Implementations adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menjelaskan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.

b. *Interdependen/Collaborative Implementations*

Interdependen/Collaborative Implementations adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube(NGT), dan lain-lain.

g. *Dependent Implementations*

Dependent Implementations adalah tindakan keperawatan atau dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog, dan sebagainya, misalnya dalam hal : pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisi (mobilitas fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

H. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu pada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi pasien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Evaluasi juga membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai berdasarkan keputusan bersama antara perawat dan pasien. Evaluasi berfokus pada individu pasien dan kelompok dari pasien itu sendiri (Hadinata & Abdillah, 2022). Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

1. Evaluasi proses : berfokus pada bagaimana asuhan keperawatan diberikan secara langsung.
2. Evaluasi hasil : dilakukan diakhir proses keperawatan, bertujuan untuk menilai ketercapaian asuhan keperawatan yang diberikan selama proses keperawatan

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A dengan CKD grade IV-V di Ruang Penyakit dalam lantai 14 rumah sakit umum daerah koja mulai tanggal 14 sampai dengan 16 maret 2023 dengan menggunakan 5 tahap proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Pasien bernama Tn. A berusia 52 tahun, jenis kelamin laki-laki, status kawin, beragama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan SLTA, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan sebagai buruh, alamat Kp. Sawah Baru RT/RW. 001/008, sumber biaya BPJS, sumber informasi pasien dan keluarga.

2. Resume

Pada tanggal 11 maret 2023 pukul 22.45 WIB. Pasien masuk ke ruang perawatan penyakit dalam lantai 14 RSUD Kojas dengan diagnosa medis CKD grade IV-V. Hasil pengkajian pasien mengeluh mual, perut terasa penuh, sesak napas. Terpasang oksigen menggunakan nasal kanule 4

liter/menit, aktivitas dibantu, tekanan darah : 130/75 mmHg, frekuensi nadi: 84x/menit, frekuensi napas : 25x/menit, suhu: 36°C, kesadaran compos mentis E:4 M:6 V:5 Keadaan umum sakit sedang. Hasil laboratorium tanggal 11 maret 2023 : darah lengkap : Hemoglobin 10.0 q/dL (13.5 - 18.0), Jumlah leukosit $9.92 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 – 10.50), Hematokrit 28.7 % (42.0 – 52.0), Jumlah trombosit $223 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (163 – 337), Jumlah eritrosit 3.5 juta/ μL (4.70 – 6.00), Mcv 82 fL (78 – 100), Mch 30 pg (27 – 31), Mchc 35 q/dL(32 – 36), Red cell distribution width-cv 15.7 % (11.5 – 14.0), Basofil 0.2% (0.2 – 1.2), Eosinofil 1.6% (0.8 – 7.0), Neutrofil 86.5 % (34.0 – 67.9), Limfosit 5.1 % (21.8 – 53.1), Monosit 6.6 % (5.3 – 12.2), Neutrophil lymphocyte ratio 16.96, Absolute lymphocyte count 506 / μL . Kimia Klinik : Ph 7.400 (7.350 – 7.450), Pco2 18.2 mmhg (32.0 – 45.0), Po2 138.0 mmhg (95.0 – 100.0), Hco3 11.4 mEq/L (21.0 – 28.8), Base Excess -13.6 mmol/L (- 2.5 - + 2.5), O2 Saturation 98.6 % (94.00 – 100.00), Natrium (Na) 131 mEq/L (135 – 147), Kalium (K) 4.62 mEq/L (3.5 – 5.0), Klorida (Cl) 104 mEq/L (96 – 108), Ureum 163.1 mq/dl (16.6 – 48.5), Kreatinin 5.12 mq/dl (0.67 – 1.17). eGFR (CKD-EPI) 12.8 ml/min/1.73 m²

Masalah keperawatan yang muncul adalah hipervolemia, pola napas tidak efektif. Untuk tindakan mandiri keperawatan yang telah dilakukan adalah mengkaji keadaan umum : keadaan umum pasien sedang, mengkaji tanda-tanda vital : tekanan darah : 130/75 mmHg, frekuensi nadi: 84x/menit, frekuensi napas : 25x/menit, suhu: 36°C, memberikan posisi nyaman (semi fowler), menganjurkan makan sedikit tapi sering dan menganjurkan makan selagi hangat. Tindakan kolaborasi yang telah diberikan yaitu memberikan

cairan NaCL 0,9%, omeprazol 2x1 amp (intravena) pada pukul 06.00 WIB dan 18.00 WIB, ceftriaxone 1x2 gr (intravena) , renxamin 1x1 ml (intravena), lasix 4 amp (bolus) 2x2 amp pada pukul 18.00 dan 06.00 WIB, bicnat 3x1 tab (oral) pada pukul 06.00, 12.00 dan 20.00 WIB, Asam folat 1x1 tab (oral) pada pukul 06.00 WIB, simarc 1x2 tab (oral) pada pukul 18.00 WIB

3. Riwayat keperawatan

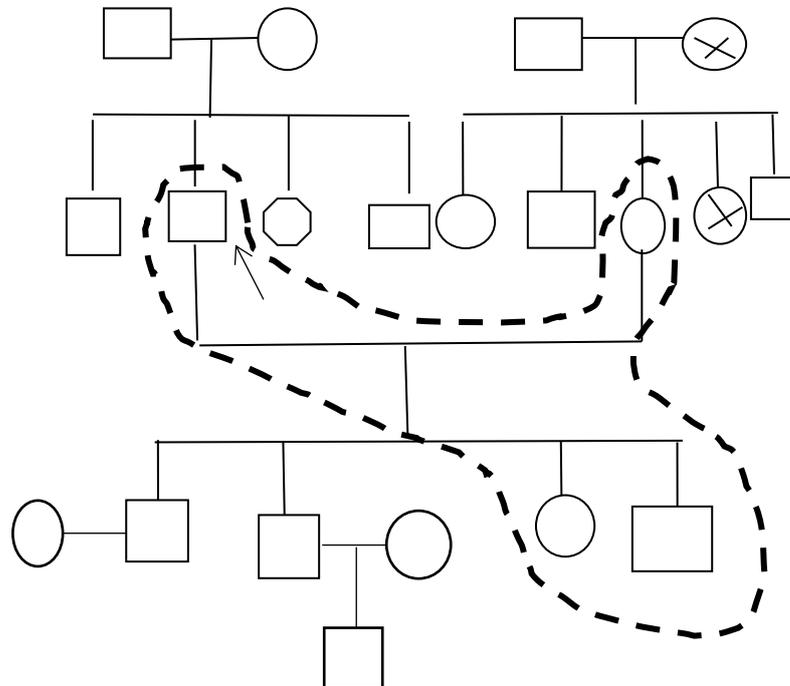
a. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan utama saat ini pasien mengatakan sesak napas, mual, dan perut terasa penuh, pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, pasien mengatakan pusing, keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan, keluarga pasien mengatakan pasien makan hanya 3-5 suap, pasien mengatakan BAKnya sudah 3x (240cc), pasien mengatakan BAKnya berwarna kuning, keluarga pasien mengatakan pasien minum habis satu gelas kecil 250 cc, keluarga pasien mengatakan tidur malam pasien hanya 4-5 jam. Upaya mengatasinya pasien berobat ke rumah sakit dan diberikan oksigen.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pada saat dikaji pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit jantung ± 3 tahun yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 3 tahun yang lalu dan dapat obat anti hipertensi yaitu aminefron 3x1 kaplet, clopidogrel 1x1 tab, amlodipine 10 1x1 tab , bisoprolol 2,5 1x1 tab. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada riwayat alergi obat, makanan, dan lingkungan

c. Riwayat kesehatan keluarga (genogram dan keterangan tiga generasi dari pasien)



Keterangan :

- = laki-laki
- = Perempuan
- X = Meninggal
- ↗ = Pasien
- = Satu rumah

Pasien anak ke dua dari empat bersaudara, pasien tinggal satu rumah dengan istri dan anak ke tiga dan ke empat, anak pertama dan ke dua sudah berkeluarga.

d. Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan orang terdekat adalah istrinya. Pola komunikasi dua arah dan tidak ada gangguan dalam komunikasi, pasien tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan. Pasien mengatakan pembuat keputusan yaitu pasien dan istrinya. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah membuat keluarga cemas dan sedih dengan kondisi penyakitnya saat ini. Pasien mengatakan masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien ingin cepat keluar dari rumah sakit karena bosan dan jenuh, mekanisme koping terhadap stress pasien mengatakan pada saat stress atau bosan pasien pergi main keluar rumah.

Hal yang dipikirkan saat ini pasien mengatakan bagaimana cara untuk cepat sembuh, harapan pasien setelah menjalani perawatan yaitu pasien mengatakan semoga bisa sembuh dari penyakitnya saat ini dan tidak ingin penyakitnya kambuh lagi, pasien mengatakan perubahan setelah jatuh sakit adalah pasien menjadi gemuk, lemas dan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya. Pasien mengatakan tidak ada nilai – nilai yang bertentangan dengan kesehatan, aktivitas keagamaan yang biasa pasien lakukan adalah sholat. Kondisi lingkungan tempat tinggal pasien mengatakan lingkungan rumah pasien tidak mempengaruhi kesehatannya. Keluarga pasien mengatakan keadaan rumah bersih, memiliki jendela, dan banyak ventilasi.

e. Pola Kebiasaan

1) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan frekuensi makannya 3 kali sehari, nafsu makan baik, makan yang dihabiskan satu porsi, makanan yang tidak disukai tidak ada, pasien mengatakan tidak ada pemakaian obat-obatan sebelum makan dan tidak menggunakan alat bantu (NGT, dan lain- lain).

Di rumah sakit : pasien makan 3 kali sehari, nafsu makan kurang baik karena pasien mual, pasien menghabiskan makanan hanya 3-5 suap, makanan yang tidak disukai daging ayam, tidak ada makanan yang membuat pasien alergi, makanan pantangan selama di rumah sakit buah-buahan, pasien diberikan diet rendah protein, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak bisa buang air kecil selama 3 hari sebelum masuk rumah sakit, pasien tidak menggunakan alat bantu kateter. Pasien mengatakan buang air besar 1 hari kali atau tidak tentu, berwarna coklat lunak tidak ada keluhan saat buang air besar dan pasien tidak menggunakan laxatif.

Di rumah sakit : pasien buang air kecil tidak menggunakan alat bantu kateter, urine berwarna kuning keruh. Pada saat dikaji pasien mengatakan sudah buang air besar satu kali atau dua kali, berwarna coklat lunak, tidak ada keluhan saat buang air besar dan pasien tidak menggunakan laxatif.

3) Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mandi 2x sehari, waktu pagi dan sore, pasien menggosok gigi 2x sehari, waktu pagi dan sebelum tidur, serta cuci rambut 3x dalam seminggu.

Di rumah sakit : pasien jarang mandi, waktu pagi hari, selama di rumah sakit pasien belum gosok gigi dan belum cuci rambut.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan jarang tidur siang karena pasien tidak biasa tidur siang dan pasien mengatakan tidak ada kebiasaan sebelum tidur siang. Pasien mengatakan kebiasaan sebelum tidur malam main handphone. Pasien mengatakan biasa tidur malam hanya 4 jam

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidak bisa tidur siang, tidur hanya 1 jam, Pasien mengatakan tidur malam hanya 5 jam dan pada malam hari tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : pasien mengatakan sudah tidak bekerja karena kondisi penyakitnya, pasien mengatakan tidak berolahraga dan tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Di rumah sakit : pasien mengatakan sulit untuk melakukan aktivitas karena kondisinya yang sakit.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Di rumah : pasien mengatakan pernah memiliki kebiasaan merokok, tidak minum-minuman beralkohol.

Di rumah sakit : pasien tidak merokok dan tidak minum-minuman beralkohol.

4. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien sebelum sakit 80 kg, setelah jatuh sakit pasien mengalami penambahan berat badan yaitu 85 kg, tinggi badan pasien 168 cm, tanda-tanda vital : tekanan darah 139/89 mmHg, frekuensi napas pasien 24x/menit, frekuensi nadi pasien 119x/menit, suhu tubuh 36,7° C, Spo2 : 95%, keadaan umum pasien sakit sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata normal dapat terangkat dan menutup, pergerakan bola mata normal dapat bergerak ke segala arah, konjungtiva anemis, kornea bening, sclera anikterik, pupil isokor, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, tidak memakai kacamata dan lensa kotak, reaksi terhadap cahaya ka ++/ki ++.

c. Sistem pendengaran

Kedua daun telinga normal, karakteristik serumen kuning cair, tidak ada cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak ada tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak memakai alat bantu.

d. Sistem wicara

Pasien tidak memiliki gangguan dalam sistem bicara. Tidak pelo, tidak aphasia. Tidak dysarthria, tidak anarthia, dan sebagainya.

e. Sistem pernapasan

Jalan napas tidak ada sumbatan, pasien sedikit sesak, pasien menggunakan otot bantu napas, frekuensi pernapasan 24x/menit, irama napas tidak teratur, jenis pernapasan takipnea, kedalaman napas dangkal, pasien tidak batuk, suara napas vesikuler, pada saat bernapas pasien tidak nyeri, pasien menggunakan alat bantu oksigen nasal kanul 4 liter/menit.

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi 119x/menit, irama teratur, denyut kuat, tekanan darah 139/89 mmHg, ada distensi vena jugularis kanan dan kiri, warna kulit pucat, temperature kulit hangat, pengisian kapiler <2 detik, terdapat edema di tungkai kaki kanan dan kiri.

2) Sistem jantung

Kecepatan denyut apical 105x/menit, irama tidak teratur, tidak ada kelainan denyut jantung, pasien mengatakan tidak sakit dada.

g. Sistem hematologi

Pasien tampak pucat di daerah bibir dan wajah tidak ada pendarahan.

h. Sistem saraf pusat

Ada keluhan sakit kepala yaitu pusing, kesadaran compos mentis, dan GCS (E₄M₅V₆), tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, reflek fisiologis normal, reflek patologi normal.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien baik, gigi pasien karies, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah pasien kotor, kelenjar salivaria normal, pasien mual, tidak ada nyeri daerah perut, bising usus pasien 10x/menit, pasien tidak ada diare, hepar tidak teraba dan abdomen asites dengan lingkar perut 118 cm.

j. Sistem endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, napas tidak berbau keton, pasien tidak terdapat luka gangrene.

k. Sistem urogenital

Balance cairan pasien +325/24 jam, intake cairan 1.375 cc (am : 425, infus : 500, minum 450 cc) output 1.050 cc (urin : 200 cc, iwl : 850 cc), pasien buang air kecil berwarna kuning keruh, tidak terjadi distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem integumen

Turgor kulit pasien baik, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik tidak ada tanda flebitis. Keadaan tekstur rambut pasien baik, tidak kotor.

m. Sistem musculoskeletal

Pasien terdapat kesulitan dalam pergerakan, pasien sakit pada sendi yaitu di bagian telapak kaki kiri, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 33333 dan kiri 33333, ekstremitas bawah kanan 33333 dan kiri 33333.

5. Data Tambahan (Pemahaman Tentang Penyakit)

Keluarga pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya 1 tahun yang lalu, dan sudah tahu tidak boleh minum lebih dari 450 cc.

6. Data Penunjang

Hasil laboratorium kimia klinik pada tanggal 14 maret 2023 : Albumin *3.10 g/dL (3.50 - 5.20), Ureum *261.81mq/dLL(16.6 - 48.5), Kreatinin *6.57 mq/dl (0.67 - 1.17). Hasil laboratorium tanggal 15 maret 2023 : Hemoglobin *10.1 q/dL (13.5 - 18.0), Jumlah leukosit $8.02 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 - 10.50), Hematokrit *31.2 % (42.0 - 52.0), Jumlah trombosit $223 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (163 - 337), Jumlah eritrosit 3.51 juta/ μL (4.70 - 6.00), Hemostatis : P *12.1 detik (9.9-11.8). eGFR (CKD-EPI) *9.1 mL/1, ureum * 299. 6 mg/ dL (16.6 - 48.5), Kreatinin * 6. 79 mq/dL (0.67 - 1.17).

7. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan terapi omeprazol 2x1 amp (intravena) pada pukul 06.00 WIB dan 18.00 WIB, ceftriaxone 1x2 gr (intravena) , renxamin 1x1 ml (intravena), lasix 4 amp (bolus) 2x2 amp pada pukul 18.00 dan 06.00 WIB, bicnat 3x1 tab (oral) pada pukul 06.00, 12.00 dan 20.00 WIB, Asam

folat 1x1 tab (oral) pada pukul 06.00 WIB, simarc 1x2 tab (oral) pada pukul 18.00 WIB. Pasien diberikan diet lunak pukul 07.00 WIB, 12.00 WIB dan 17.00 WIB. Pasien minum air mineral 250 cc.

8. Data fokus

Tanggal 14 maret 2023 :

Data Subjektif : Pasien mengatakan mual, , pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, pasien mengatakan pusing, keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan, keluarga pasien mengatakan pasien makan hanya 3-5 suap, pasien mengatakan perutnya terasa penuh, pasien mengatakan BAKnya sudah 3x (250cc), pasien mengatakan BAKnya berwarna kuning, keluarga pasien mengatakan pasien minum habis satu gelas kecil 250 cc, keluarga pasien mengatakan pasien sebelumnya pernah dirawat karena sakit jantung, keluarga pasien mengatakan pasien sudah menggunakan ring jantung \pm 3 tahun yang lalu, keluarga pasien mengatakan tidur malam pasien hanya 4-5 jam.

Data Objektif : kesadaran compos mentis, pasien terlihat lemah, pasien gelisah, pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, kulit pasien kering, terdapat edema di tungkai kaki kanan dan kiri, pasien terlihat dibantu jika melakukan aktivitas, abdomen asites, perut pasien teraba kencang, lingkar perut pasien 118 cm, pasien mengeluh mual, pasien merasa ingin muntah, pernapasan takipnea dengan frekuensi napas 24x/menit, pasien minum 1 gelas (250 cc) , suara napas wheezing, saat bernapas pasien menggunakan otot bantu napas (nasal kanul dengan laju 4 liter/menit), pasien terpasang venflon di tangan kiri, pasien makan

hanya 3-5 suap, diit lunak, berat badan sebelum sakit 80 kg, Berat badan setelah sakit 85 kg, Tinggi badan 168 cm, Imt 30,14, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 33333 dan kiri 33333, ekstremitas bawah kanan 33333 dan kiri 33333, tekanan darah : 139/89 mmHg, frekuensi nadi : 119x/menit, suhu : 36,7⁰C, Spo2 : 95%, Albumin *3.10 g/dL (3.50 - 5.20), Ureum *261.81mq/dL (16.6 - 48.5), Kreatinin *6.57 mq/dL (0,67 - 1.17), Hemoglobin *10.1 g/dL. Balance cairan +325 cc. Hasil pemeriksaan USG abdomen : kolesistitis, proses kronis ginjal bilateral, kista solider ginjal kiri, asites, efusi pleura bilateral, gonografi hepar, pankreas, aorta, lien, vesika, urinaria normal.

9. Analisa Data

No Dx	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS: pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk</p> <p>DO : pernapasan takipnea, suara napas wheezing, tekanan darah 139/89 mmHg, N : 119x/menit, RR : 24x/menit, Spo2 : 95%</p>	<p>Pola napas tidak efektif</p>	<p>Hambatan upaya napas(efusi pleura)</p>

2.	<p>DS : pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, pasien mengatakan BAK nya sudah 3x (250 cc),</p> <p>DO : Abdomen asites, lingkar perut pasien 118 cm, perut pasien teraba kencang, terdapat edema di tungkai kaki kanan dan kiri, Bb sebelum sakit 80 kg, Bb setelah sakit 85 kg,, pasien minum 1 gelas (250 cc), tekanan darah : 139/89 mmHg, Balance cairan +175cc.</p>	Hipervolemia	Gangguan mekanisme regulasi
3.	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan, Pasien mengatakan mual</p>	Nausea	Gangguan Biokimia (uremia)

	<p>DO : Pasien terlihat pucat, Mukosa bibir kering, N : 119 x/menit, pasien makan hanya 3-5 suap, pasien mengeluh mual, pasien merasa ingin muntah, ureum *261.81mq/dL, kreatinin *6.57 mq/dL, Hasil pemeriksaan USG abdomen: kolesistitis, proses kronis ginjal bilateral, kista solider ginjal kiri, asites, efusi pleura bilateral, gonografi hepar, pankreas, aorta, lien, vesika, urinaria normal.</p>		
4.	<p>DS : pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, pasien mengatakan pusing</p> <p>DO : pasien terlihat lemah, pasien terlihat di bantu jika</p>	<p>Risiko intoleran aktivitas</p>	<p>Gangguan pernapasan (anemia)</p>

	melakukan aktivitas, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 33333 dan kiri 33333, ekstremitas bawah kanan 33333 dan kiri 33333, hemoglobin *10.1 g/dL		
5.	DS : pasien mengatakan pusing DO : pasien terlihat lemah, hemoglobin *10.1 g/dL, pasien terlihat di bantu jika melakukan aktivitas, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 33333 dan kiri 33333, ekstremitas bawah kanan 33333 dan kiri 33333	Risiko Jatuh	Anemia

B. Diagnosa keperawatan

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (efusi pleura)
3. Nausea berhubungan dengan Gangguan Biokimia (uremia)
4. Risiko intoleran aktivitas dibuktikan dengan faktor risiko gangguan pernapasan (anemia)
5. Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko anemia

C. Perencanaan, Pelaksanaan, Dan Evaluasi

- 1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (efusi pleura), ditandai dengan**

Data Subjektif : pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk

Data Objektif : pernapasan takipnea, suara napas wheezing, pasien diberikan terapi oksigen dengan laju 4 liter/menit, tekanan darah : 139/89 mmHg, frekuensi nadi :119x/menit, frekuensi napas :24 x/menit, kedalaman napas dangkal, Spo2 : 95 %, Hasil pemeriksaan USG abdomen : kolesistitis, proses kronis ginjal bilateral, kista solider ginjal kiri, asites, efusi pleura bilateral, gonografi hepar, pankreas, aorta, lien, vesika, urinaria normal.

Tujuan : Setelah dilakukan 3x24 jam masalah pola napas membaik.

Kriteria Hasil : Dispnea menurun, frekuensi napas membaik, suara napas membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, kedalaman napas membaik

Rencana keperawatan :

- a. Mengobservasi tanda-tanda vital
- b. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- c. Monitor pola nafas,
- d. Monitor saturasi oksigen
- e. Memantau tanda-tanda vital
- f. Beri posisi semi fowler
- g. Beri terapi oksigen

Pelaksanaan

Tanggal 14 maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman. Hasil : N: 119x/menit, RR: 24x/menit, irama tidak teratur, kedalaman dangkal, pernapasan takipnea, suara napas wheezing. Pukul 08.05 WIB memonitor pola napas. Hasil : pasien mengatakan masih sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk. Pukul 10.00 WIB memberikan posisi semi fowler. Hasil : sudah diberikan posisi semi fowler, memonitor Spo2. Hasil : Spo2 : 95%. Pukul 12.00 WIB : memberikan obat bicnat 1 tab sesuai anjuran dokter. Hasil : sudah diberikan obat bicnat (500mg) 1 tab. Pukul 13.00 WIB memantau oksigen. Hasil : pasien sudah diberikan oksigen dengan laju 4

liter/menit. Pukul 13.45 WIB mengevaluasi pemberian terapi obat. Hasil : setelah diberikan terapi obat pasien tidak ditemukan tanda-tanda kejang, napas singkat. Pukul 14.00 WIB memonitor pola napas pasien. Hasil : pasien mengatakan masih sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk. Pukul 14.30 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman. Hasil : N : 100x/menit, RR : 24x/menit, irama tidak teratur, suara napas wheezing. Pukul 16.00 WIB memberikan posisi semi fowler. Hasil : sudah diberikan posisi semi fowler, memonitor Spo2. Hasil : Spo2 : 95%. Pukul 19.00 WIB memantau oksigen. Hasil : pasien diberikan oksigen nasal kanul dengan laju 4 liter/menit. Pukul 20.10 WIB memberikan obat bicnat 1 tab sesuai anjuran dokter. Hasil : telah diberikan obat bicnat (500mg) 1 tab oleh perawat ruangan. Hasil : pasien sudah diberikan oksigen dengan laju 4 liter/menit. Pukul WIB mengevaluasi pemberian terapi obat. Hasil : setelah diberikan terapi obat pasien tidak ditemukan tanda-tanda kejang, napas singkat. Pukul : 21.00 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman, N: 85x/menit, frekuensi napas : 22x/menit, napas wheezing. Pukul 23.00 WIB memonitor Spo2. Hasil : Spo2 : 97%. Pukul 02.15 WIB memantau oksigen. Hasil : pasien sudah diberikan oksigen dengan laju 4 liter/menit. Pukul 04.00 WIB : memberikan obat bicnat 1 tab sesuai anjuran dokter. Hasil : telah diberikan obat bicnat (500mg) 1 tab oleh perawat ruangan. Pukul 04.15 WIB memantau oksigen. Hasil : pasien sudah diberikan oksigen dengan laju 4 liter/menit. Pukul 04.30 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman. Hasil : N : 100x/menit, RR : 25x/menit, irama tidak teratur, suara napas wheezing, memonitor pola napas pasien. Hasil : pasien mengatakan

masih sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk. Pukul 05.00 WIB mengevaluasi pemberian terapi obat, setelah diberikan terapi obat pasien tidak ditemukan tanda-tanda kejang, napas singkat. Pukul 07.00 WIB memantau oksigen. Hasil : pasien sudah diberikan oksigen dengan laju 4 liter/menit.

Tanggal 15 maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman. Hasil : N: 110x/menit, RR: 23x/menit, irama tidak teratur, kedalaman dangkal, pernapasan takipnea, suara napas wheezing. Pukul 08.05 WIB memonitor pola napas, pasien mengatakan masih sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk. Pukul 09.00 WIB memonitor saturasi oksigen, saturasi oksigen 95%. Pukul 12.00 WIB : memberikan obat bicnat 1 tab sesuai anjuran dokter. Hasil : sudah diberikan obat bicnat (500mg) 1 tab. Pukul 13.00 WIB mengevaluasi pemberian terapi obat. Hasil : setelah diberikan terapi obat pasien tidak ditemukan tanda-tanda pasien tidak ditemukan tanda-tanda kejang, napas singkat. Pukul 13.05 WIB memantau oksigen, pasien sudah diberikan oksigen dengan laju 4 liter/menit. Pukul 17.00. WIB memonitor pola napas pasien. Hasil : pasien mengatakan masih sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk. Pukul 18.00 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman. Hasil : N: 112x/menit, RR : 23x/menit, irama tidak teratur, kedalaman dangkal, pernapasan takipnea, suara napas wheezing. Hasil : pasien diberikan oksigen nasal kanul dengan laju 4 liter/menit; Pukul 23.00 WIB memonitor Spo₂. Hasil

: Spo2 : 96%. Pukul 02.15 WIB memantau oksigen. Hasil : sudah terpasang oksigen dengan laju 4 liter/menit. Pukul 04.00 WIB : memberikan obat bicnat 1 tab sesuai anjuran dokter. Hasil : sudah diberikan obat bicnat (500mg) 1 tab. Pukul 04.30 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman. Hasil : N : 80 x/menit, RR : 25x/menit, irama tidak teratur, suara napas wheezing, memonitor pola napas pasien, pasien mengatakan masih sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, mengevaluasi pemberian terapi obat. Hasil : setelah diberikan terapi obat pasien tidak ditemukan tanda-tanda pasien tidak ditemukan tanda-tanda kejang, napas singkat. Pukul 07.00 WIB memantau oksigen. Hasil : terpasang oksigen dengan laju 4 liter/menit.

Tanggal 16 maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman. Hasil : N:108x/menit, RR: 23x/menit; irama tidak teratur, pernapasan tapipnea, suara napas wheezing. Pukul 08.05 WIB memonitor pola napas. Hasil : pasien mengatakan masih sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk. Pukul 08.15 WIB memantau oksigen, pasien sudah diberikan oksigen dengan laju 4 liter/menit. Pukul 10.00 WIB mengantar pasien untuk pemeriksaan USG abdomen. Hasil : pasien sudah diantar untuk pemeriksaan USG abdomen. Pukul 12.00 WIB : memberikan obat bicnat 1 tab sesuai anjuran dokter. Hasil : sudah diberikan obat bicnat (500mg) 1 tab. Pukul 12.30 WIB mengantar pasien ke ruangan penyakit dalam. Hasil : pasien sudah tiba di ruangan penyakit dalam. pukul 13.00 WIB memantau oksigen, pasien sudah

diberikan oksigen dengan laju 4 liter/menit. Pukul 13.30 WIB melakukan hemodialisa. Hasil : pasien sudah tiba di ruangan hemodialisa. Pukul 16.30. WIB memonitor pola napas pasien. Hasil : pasien mengatakan masih sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk. Hasil : pukul 18.30 WIB memonitor hasil USG abdomen. Hasil : kolesistitis, proses kronis ginjal bilateral, kista solider ginjal kiri, asites, efusi pleura bilateral, gonografi hepar, pankreas, aorta, lien, vesika, urinaria normal. Pukul 19.00 WIB memantau oksigen, pasien diberikan oksigen nasal kanul dengan laju 4 liter/menit; pukul 23.00 WIB memonitor saturasi oksigen, saturasi oksigen 95%;; pukul 03.00 WIB memantau oksigen. Hasil : pasien terpasang oksigen nasal kanul dengan laju 4 liter/menit. Pukul 04.00 WIB : memberikan obat bicnat 1 tab sesuai anjuran dokter. Hasil : sudah diberikan obat bicnat (500mg) 1 tab. Pukul 04.30 WIB memonitor pola napas pasien, memonitor frekuensi, irama, kedalaman. Hasil : 87x/menit, RR : 25/menit, irama tidak teratur, suara napas wheezing, mengevaluasi pemberian terapi obat. Hasil : setelah diberikan bicnat pasien tidak ditemukan tanda-tanda kejang, napas singkat. Pukul 07.00 WIB memantau oksigen, pasien sudah diberikan oksigen dengan laju 4 liter/menit.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 16 Maret 2023

Data Subjektif : pasien mengatakan masih sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk.

Data Objektif : saturasi oksigen 97%, N:108x/menit, RR: 23x/menit; irama tidak teratur, pernapasan tapipnea, suara napas wheezing, pasien sudah diberikan oksigen dengan laju 4 liter/menit, hasil USG : kolesistitis, proses kronis ginjal bilateral, kista solider ginjal kiri, asites, efusi pleura bilateral, gonografi hepar, pankreas, aorta, lien, vesika, urinaria normal. diberikan obat bicnat (500 mg) 1 tab.

Analisa : Tujuan belum tercapai

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan untuk poin a,b,c,d,e,f,g,

2. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi, ditandai dengan

Data Subjektif : pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, keluarga pasien mengatakan pasien minum habis satu gelas 250 cc, pasien mengatakan BAKnya sudah 3x (250cc).

Data Objektif : Abdomen asites, lingkaran perut pasien 118 cm, perut pasien teraba kencang, terlihat edema di tungkai kaki kanan dan kiri, Bb sebelum sakit 80 kg, Bb setelah sakit 85 kg, pasien minum 1 gelas (250 cc), tekanan darah : 139/89 mmHg.

Tujuan : Setelah dilakukan 3x24 jam masalah keseimbangan cairan meningkat.

Kriteria hasil : asites menurun, haluaran urin meningkat, tekanan darah membaik, lingkaran perut menurun dari 118 cm menjadi 100 cm, edema menurun, berat badan menurun dari 85 kg menjadi 83 kg.

Rencana tindakan :

- a. Kaji tanda-tanda vital

- b. Periksa tanda dan gejala hipervolemia
- c. Identifikasi penyebab hipervolemia
- d. Monitor intake output cairan
- e. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- f. Tinggikan kepala tempat tidur 30°-40°
- g. Pantau lingkar perut
- h. Edukasi kepada pasien dan keluarga untuk batasi asupan cair

Pelaksanaan

Tanggal 14 maret 2023

Pukul 06.00 WIB memonitor intake output cairan. Hasil : balance cairan +275 /24 jam, infus : 500 cc, minum : 450 cc, air metabolisme : 425, input = 1.375 cc, urin 250 cc, BAB : tidak BAB, Iwl : 850, output = 1.100 cc. Pukul 06.10 WIB memberikan obat diuretik lasix. Hasil : stop sementara. Pukul 07.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dan meninggikan kepala tempat tidur 30⁰-40⁰. Hasil : tekanan darah: 139/89 mmHg, frekuensi nadi :119x/menit, frekuensi napas :24 x/menit, sudah ditinggikan kepala tempat tidur sekitar 30⁰. Pukul 09.00 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia. Hasil : pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, pasien mengatakan perutnya terasa penuh, perut pasien teraba kencang, terlihat edema di tungkai kaki kanan dan kiri. Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi penyebab hipervolemia, Hasil : pasien mengatakan BAKnya 3x(250cc). Pukul

11.00 WIB menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama. Hasil : Bb sebelum sakit 80 kg, Bb setelah sakit 85 kg. Pukul 12.30 WIB memantau lingkaran perut. Hasil : lingkaran perut 118 cm. Pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien. Hasil : tekanan darah : 142/75 mmHg, nadi : 100x/menit, RR: 24x/menit. Pukul 16.00 WIB mengedukasi kepada pasien dan keluarga untuk batasi asupan cairan. Hasil : pasien membatasi cairan dan hanya minum 450 cc (24 jam). Pukul 18.00 WIB memberikan obat sesuai jadwal. Hasil : sudah diberikan lasix furosemide 4 amp/24 jam. Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital. Hasil : tekanan darah: 115/72 mmHg, N : 96x/menit, RR : 24x/menit. Pukul 22.00 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia. Hasil : pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, pasien mengatakan perutnya terasa penuh, perut pasien terasa kencang, terlihat edema di tungkai kaki kanan dan kiri. Pukul 02.00 WIB memonitor tanda-tanda vital. Hasil : tekanan darah : 121/82 mmHg, N : 100x/menit : RR : 25x/menit. Pukul 04.00 WIB meninggikan kepala tempat tidur 30⁰-40⁰. Hasil : sudah ditinggikan kepala tempat tidur sekitar 30⁰. Pukul 07.00 WIB mengedukasi kepada pasien dan keluarga untuk batasi asupan cairan. Hasil : pasien membatasi cairan dan hanya minum 450 cc (24 jam).

Tanggal 15 maret 2023

Pukul 06.00 WIB memonitor intake output cairan. Hasil : balance cairan +225/24 jam, infus : 500 cc (1 kolf), minum : 450 cc, Am : 425, input = 1.375 cc, urin 300 cc, BAB : tidak Bab, Iwl : 850, output = 1.150 cc. Pukul 06.10

WIB memberikan obat diuretik. Hasil : terapi lasix dihentikan sementara. Pukul 07.00 WIB meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat. Hasil : sudah ditinggikan kepala tempat tidur sekitar 30 derajat. Pukul 08.00 WIB menonitor tanda-tanda vital pasien. Hasil : tekanan darah : 124/93 mmHg, N: 110x/menit, RR: 23x/menit . Pukul 09.00 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia. Hasil : pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, pasien mengatakan perutnya terasa penuh, perut pasien teraba kencang, terlihat edema di tungkai kaki kanan dan kiri. Pukul 11.00 WIB menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama. Hasil : Bb pasien masih 85 kg. Pukul : 12.30 WIB memantau lingkaran perut. Hasil : lingkaran perut masih 118 cm. Pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital pasien. Hasil : tekanan darah :136/88 mmHg, N:102x/menit, RR: 23x/menit. Pukul : 16.00 WIB mengedukasi kepada pasien dan keluarga untuk batasi asupan cairan. Hasil : pasien membatasi cairan dan hanya minum 450 cc (24 jam). Pukul 18.30 WIB; mengkaji tanda-tanda vital, tekanan darah: 130/90 mmHg, N:112x/menit, RR: 23x/menit. Pukul : 20.00 WIB membantu memberikan obat sesuai jadwal, sudah diberikan obat sesuai jadwal, terapi lasix dihentikan sementara. Pukul 21.00 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia. Hasil : pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, perut pasien masih teraba kencang, terlihat edema di tungkai kaki kanan dan kiri. Pukul 02.00 WIB memonitor tanda-tanda vital. Hasil : tekanan darah: 113/90 mmHg, N: 99x/menit: RR: 25x/menit. Pukul 04.30 WIB meninggikan kepala tempat tidur 30⁰-40⁰. Hasil : sudah ditinggikan kepala tempat tidur

sekitar 30⁰. Pukul 07.00 WIB mengedukasi kepada pasien dan keluarga untuk batasi asupan cairan. Hasil : pasien sudah membatasi asupan cairan dan hanya minum 450 cc (24 jam).

Tanggal 16 maret 2023

Pukul 06.00 WIB memonitor intake output cairan. Hasil : balance cairan - 225/24 jam, infus : 500 cc (1 kolf), minum : 450 cc, Am : 425 cc, input = 1.375 cc, urin 500 cc, muntah: 150 cc, BAB : 100, Iwl : 850, output = 1.600 cc. Pukul 08.00 WIB memonitor tanda-tanda vital. Hasil : tekanan darah: 100/70 mmHg, N:108x/menit, RR: 24x/menit; mengedukasi kepada pasien dan keluarga untuk pasien puasa (pemeriksaan USG abdomen). Hasil : Pasien sudah berpuasa. Pukul 08.30 WIB memonitor tanda-tanda vital tanda-tanda vital. Hasil : tekanan darah: 130/92 mmHg, N:95x/menit, RR: 24x/menit. Pukul 09.00 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia. Hasil : pasien mengatakan masih sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, pasien mengatakan perutnya masih terasa penuh, saat di palpasi perut pasien teraba masih keras, masih terlihat edema di tungkai kaki kanan dan kiri. Pukul 09.10 WIB memberikan oksigen. Hasil : pasien diberikan terapi oksigen dengan laju 4 liter/menit. Pukul 09.15 WIB mengantarkan pasien untuk pemeriksaan USG abdomen. Hasil : pasien sudah diantar untuk pemeriksaan USG. Pukul 11.45 WIB mengantarkan pasien kembali ke ruangan penyakit dalam. Hasil : pasien sudah tiba di ruangan penyakit dalam. Pukul : 12.15 menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama. Hasil : BB pasien 84 kg. Pukul 12.30 WIB

memantau lingkaran perut. Hasil : lingkaran perut 108 cm. Pukul 13.30 WIB mengantarkan pasien untuk dilakukan hemodialisa (hd). Hasil : pasien sudah diantarkan ke ruangan hemodialisa. Pukul 17.40 WIB mengkaji tanda-tanda vital. Hasil : tekanan darah: 126/83 mmHg, N:99x/menit, RR: 24x/menit. Pukul 18.00 WIB memberikan obat sesuai anjuran dokter. Hasil : sudah diberikan lasix 24 amp sesuai instruksi dokter. Pukul 02.30 WIB memonitor tanda-tanda vital. Hasil : tekanan darah: 125/89 mmHg, N: 80x/menit: RR: 23x/menit. Pukul 04.30 WIB meninggikan kepala tempat tidur 30⁰-40⁰. Hasil : sudah ditinggikan kepala tempat tidur sekitar 30⁰. Pukul 07.00 WIB memeriksa tanda dan gejala hipervolemia. Hasil : pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk berkurang, pasien mengatakan perutnya masih terasa penuh, perut pasien masih terasa kencang, terlihat edema di tungkai kaki kanan dan kiri.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 16 Maret 2023

Data Subjektif : pasien mengatakan masih sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk, pasien mengatakan perutnya masih terasa penuh.

Data Objektif : TD: 100/70 mmHg, N:108x/menit, RR: 24x/menit, pasien diberikan terapi oksigen dengan laju 4 liter/menit, BB pasien 84 kg, lingkaran perut 108 cm, balance cairan -125/24 jam, saat di palpasi perut pasien terasa

keras, masih terlihat edema di tungkai kaki kanan dan kiri, telah diberikan lasix furosemide 24 amp.

Analisa : Tujuan belum tercapai

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan untuk poin a,b,c,d,e,f,g,h,i

3. Nausea berhubungan dengan Gangguan Biokimia (uremia), ditandai dengan

Data Subjektif : keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan, pasien mengatakan mual.

Data Objektif : pasien terlihat pucat, bibir pasien kering, N: 119 x/menit, pasien makan hanya 3-5 suap, pasien mengeluh mual, pasien merasa ingin muntah, pasien tidak berminta makan, Ureum *261.81mq/dL, Kreatinin *6.57 mq/dL.

Tujuan : setelah dilakukan 3x 24 jam masalah nausea menurun

Kriteria Hasil : nafsu makan meningkat, keluhan mual menurun, pucat membaik

Rencana Keperawatan :

- a. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup
- b. Monitor asupan nutrisi dan kalori
- c. Monitor hasil lab (ureum *261.81mq/dL, Kreatinin *6.57 mq/dL)
- d. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual
- e. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik
- f. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- g. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual

h. Kolaborasi pemberian obat omeprazole (40 mg) 2x1 amp

Pelaksanaan

Tanggal 14 maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan obat omeprazole 1 amp. Pukul 08.00 WIB mengevaluasi pemberian obat. Hasil : setelah diberikan obat pasien tidak ditemukan tanda-tanda muntah dan alergi, mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup. Hasil : keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan, pasien mengatakan mual. Pukul 09.00 WIB memonitor asupan nutrisi dan kalori. Hasil : pasien makan hanya 3-5 suap. Pukul 10.00 WIB mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual, pasien sudah diberi posisi semi folwer. Pukul 12.00 WIB memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik. Hasil : sudah diberikan oleh ahli gizi makanan lunak dengan jumlah kecil. Pukul 13.00 WIB menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup. Hasil : pasien dianjurkan untuk tidur lebih awal. Pukul 14.15 WIB memonitor hasil lab (ureum, kreatinin). Hasil : Ureum *261.81mq/dL, Kreatinin *6.57 mq/dL. Pukul 15.00 WIB memantau kondisi pasien, pasien terlihat pucat, bibir pasien kering, frekuensi nadi : 100x/menit. Pukul 18.00 WIB memberikan obat omeprazole 1 amp. Hasil : sudah diberikan oleh perawat. Pukul 19.00 WIB mengevaluasi pemberian obat. Hasil : setelah diberikan obat pasien tidak ditemukan tanda-tanda muntah dan alergi, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual, pasien sudah diajarkan relaksasi tarik napas dalam. Pukul 20.00 WIB memantau kondisi pasien. Hasil : pasien terlihat pucat, bibir pasien kering,

frekuensi nadi : 89x/menit. Pukul 21.30 WIB mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual, pasien sudah diberi posisi semi folwer. Pukul 03.00 WIB memantau kondisi pasien, pasien terlihat pucat, bibir pasien kering. Pukul 05.00 WIB memonitor mual terhadap kualitas hidup, keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan, pasien mengatakan mual; pukul 07.00 WIB memantau kondisi pasien, pasien terlihat pucat, bibir pasien kering, frekuensi nadi : 87x/menit.

Tanggal 15 maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan obat omeprazole 1 amp. Hasil : sudah diberikan obat omeprazole. Pukul 08.00 WIB mengevaluasi pemberian obat. Hasil : setelah diberikan obat pasien tidak ditemukan tanda-tanda muntah dan alergi, memonitor dampak mual terhadap kualitas hidup. Hasil : keluarga pasien mengatakan pasien masih tidak nafsu makan, pasien mengatakan masih mual. Pukul 09.00 WIB memonitor asupan nutrisi dan kalori, pasien makan hanya 3-5 suap. Pukul 10.00 WIB mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual, pasien sudah diberi posisi semi folwer. Pukul 12.00 WIB memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, hasil sudah diberikan oleh ahli gizi makanan lunak dengan jumlah kecil; pukul 13.00 WIB menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup; pasien dianjurkan untuk tidur lebih awal; pukul 14.30 memonitor hasil lab (ureum dan kreatinin) Ureum *299.6mq/dL, Kreatinin *6.79 mq/dL; pukul 15.00 WIB memantau kondisi pasien, pasien masih pucat, bibir pasien kering, frekuensi nadi : 110x/menit; pukul 18.00 WIB; memberikan obat

omeprazole 1 amp, sudah diberikan oleh perawat; pukul 19.00 WIB mengevaluasi pemberian obat, setelah diberikan obat pasien tidak ditemukan tanda-tanda muntah dan alergi, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual, pasien sudah diajarkan relaksasi tarik napas dalam, pukul 20.00 WIB memantau kondisi pasien, pasien terlihat pucat, bibir pasien kering, frekuensi nadi : 112x/menit; pukul 21.30 WIB mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual, pasien sudah diberi posisi semi folwer; pukul 03.00 WIB memantau kondisi pasien, pasien masih terlihat pucat, bibir pasien masih kering, frekuensi nadi : 100x/menit; pukul 04.15 WIB memonitor mual terhadap kualitas hidup, keluarga pasien mengatakan pasien masih tidak nafsu makan, pasien mengatakan masih mual; pukul 07.00 WIB memantau kondisi pasien, pasien masih terlihat pucat, bibir pasien masih kering, frekuensi nadi : 89x/menit.

Tanggal 16 maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan obat omeprazole 1 amp, pukul 08.00 WIB mengevaluasi pemberian obat, setelah diberikan obat pasien tidak ditemukan tanda-tanda muntah dan alergi; memonitor dampak mual terhadap kualitas hidup, Keluarga pasien mengatakan pasien mulai nafsu makan, pasien mengatakan mual berkurang; pukul 09.00 WIB memonitor asupan nutrisi dan kalori, pasien makan hanya 5-6 suap; pukul 10.00 WIB mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual, pasien sudah diberi posisi semi folwer; pukul 12.00 WIB memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, sudah

diberikan oleh ahli gizi makanan lunak dengan jumlah kecil; pukul 13.00 WIB menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup; pasien dianjurkan untuk tidur lebih awal; pukul 14.00 WIB memantau kondisi pasien, pasien masih pucat, bibir pasien kering, frekuensi nadi : 110x/menit, memonitor hasil lab (ureum dan kreatinin) Ureum *179.8mq/dL, Kreatinin *5.35 mq/dL; pukul 18.00 WIB; memberikan obat omeprazole 1 amp, sudah diberikan oleh perawat; pukul 19.00 WIB mengevaluasi pemberian obat, setelah diberikan obat pasien tidak ditemukan tanda-tanda muntah dan alergi, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual, pasien sudah diajarkan relaksasi tarik napas dalam, pukul 20.00 WIB memantau kondisi pasien, pasien masih pucat, bibir pasien kering, frekuensi nadi : 99x/menit; pukul 21.00 WIB mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual, pasien sudah diberi posisi semi folwer; pukul 03.00 WIB memantau kondisi pasien, pasien masih terlihat pucat, bibir pasien masih kering, frekuensi nadi : 100x/menit; pukul 04.00 WIB memonitor mual terhadap kualitas hidup, keluarga pasien mengatakan pasien masih tidak nafsu makan, pasien mengatakan masih mual; pukul 07.00 WIB memantau kondisi pasien, pasien terlihat pucat, bibir pasien kering, frekuensi nadi : 89x/menit.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 16 Maret 2023

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien mulai nafsu makan, pasien mengatakan mual berkurang.

Data Objektif : pasien makan hanya 5-6 suap, pasien masih pucat, bibir pasien kering, frekuensi nadi : 110x/menit, Ureum 179.8mg/dL, Kreatinin 5.35 mg/dL omeprazole 1 amp (iv).

Analisa : Tercapai sebagian

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan untuk poin b,c,d,e,f,

4. Risiko Intoleran Aktivitas berhubungan dengan faktor risiko Gangguan Sirkulasi

Data Subjektif : pasien mengatakan sesak napas apabila melakukan aktivitas terutama pasien duduk.

Data Objektif : pasien terlihat lemah, pasien terlihat dibantu jika melakukan aktivitas, hasil EKG Ventrikel Fibrilasi, tekanan darah : 139/89 mmHg, N: 119x/menit, RR: 24x/menit, kedalaman dangkal, saturasi oksigen 95%

Tujuan : setelah dilakukan 3x 24 jam masalah toleransi aktivitas meningkat.

Kriteria Hasil : dispnea saat aktivitas menurun, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, frekuensi nadi membaik, saturasi oksigen membaik.

Rencana Keperawatan :

- a. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital
- b. Monitor tekanan darah
- c. Monitor nadi
- d. Monitor pernapasan
- e. Monitor saturasi oksigen
- f. Dokumentasi hasil pemantauan

Pelaksanaan

Tanggal 14 maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor tekanan darah, hasil : 139/89 mmHg, memonitor nadi, hasil : 119x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 24x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 95%. Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital, hasil : pasien mengatakan jika duduk terasa sesak napas; pukul 14.00 WIB memonitor tekanan darah, hasil : 142/75 mmHg, memonitor nadi, hasil : 100x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 23x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 96%. Pukul 14.30 WIB memonitor perubahan tanda vital, hasil : pasien mengatakan jika duduk masih sesak napas; pukul 20.00 WIB memonitor tekanan darah, hasil : 115/72 mmHg, memonitor nadi, hasil : 96x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 24x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 95%. 20.10 memonitor perubahan tanda vital, hasil : pasien mengatakan jika duduk masih sesak napas; pukul 21. 30 WIB mendokumentasikan hasil pemantauan, hasil : pasien mengatakan jika duduk masih sesak napas, tekanan darah, hasil : 115/72 mmHg, memonitor nadi, hasil : 96x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 24x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 95% ; pukul 02.00 WIB memonitor tekanan darah, hasil : 139/89 mmHg, memonitor nadi, hasil : 119x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 24x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 95%. pukul 04.15 WIB; mendokumentasikan hasil pemantauan, hasil : pasien mengatakan jika duduk sesak napas, tekanan darah, hasil : 115/72 mmHg, memonitor nadi, hasil :

96x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 24x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 95% pukul 07.00 WIB; memonitor perubahan tanda vital, hasil : pasien mengatakan jika duduk sesak napas.

Tanggal 15 maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor tekanan darah, hasil : 124/93 mmHg, memonitor nadi, hasil : 110x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 23/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 96%. Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi penyebab perubahan tanda vital, hasil : pasien mengatakan jika duduk terasa sesak napas.

Pukul 14.00 WIB memonitor tekanan darah, hasil : 136/88 mmHg, memonitor nadi, hasil : 102x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 23x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 97%. Pukul 14.30 WIB memonitor perubahan tanda vital, hasil : pasien mengatakan jika duduk masih sesak napas. Pukul 19.00 WIB

memonitor tekanan darah, hasil : 130/90 mmHg, memonitor nadi, hasil : 112x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 23x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 96%. 20.10 memonitor perubahan tanda vital, hasil : pasien

mengatakan jika duduk masih sesak napas; pukul 02.00 WIB memonitor tekanan darah, hasil : 139/89 mmHg, memonitor nadi, hasil : 119x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 24x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil :

95%. pukul 04.15 WIB; mendokumentasikan hasil pemantauan, hasil : pasien mengatakan jika duduk sesak napas, tekanan darah, hasil : 115/72 mmHg, memonitor nadi, hasil : 96x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 24x/menit,

memonitor saturasi oksigen, hasil : 95% pukul 07.00 WIB; memonitor perubahan tanda vital, hasil : pasien mengatakan jika duduk sesak napas.

Tanggal 16 maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor tekanan darah, hasil : 130/92 mmHg, memonitor nadi, hasil : 95x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 24x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 95%. Pukul 08.30 WIB memonitor perubahan tanda vital, hasil : pasien mengatakan jika duduk masih sesak napas. Pukul 17.40 WIB memonitor tekanan darah, hasil : 126/83 mmHg, memonitor nadi, hasil : 99x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 24x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 95%. Pukul 18.00 WIB memonitor perubahan tanda vital, hasil : pasien mengatakan jika duduk masih sesak napas. Pukul 20.00 WIB mendokumentasikan hasil pemantauan, hasil : sudah didokumentasikan tekanan darah, hasil : 126/83 mmHg, nadi, hasil : 99x/menit, pernapasan, hasil : 23x/menit, saturasi oksigen, hasil : 97%.; pukul 02.00 WIB memonitor tekanan darah, hasil : 139/89 mmHg, memonitor nadi, hasil : 119x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 24x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 95%. pukul 04.15 WIB; mendokumentasikan hasil pemantauan, hasil : pasien mengatakan jika duduk sesak napas, tekanan darah, hasil : 115/72 mmHg, memonitor nadi, hasil : 96x/menit, memonitor pernapasan, hasil : 24x/menit, memonitor saturasi oksigen, hasil : 95% pukul 07.00 WIB; memonitor perubahan tanda vital, hasil : pasien mengatakan jika duduk sesak napas.

Evaluasi Keperawatan :**Tanggal 16 Maret 2023****Data Subjektif** : pasien mengatakan jika duduk masih sesak napas**Data Objektif** : tekanan darah, hasil : 126/83 mmHg, nadi, hasil : 99x/menit, pernapasan, hasil : 23x/menit, saturasi oksigen, hasil : 97%.**Analisa** : Tujuan tercapai**Perencanaan** : Intervensi dilanjutkan (dिलanjutkan kepada perawat ruangan)**5. Risiko Jatuh berhubungan dengan anemia****Data Subjektif** : pasien mengatakan pusing.**Data Objektif** : pasien terlihat lemah, pasien terlihat dibantu jika melakukan aktivitas, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 3333 dan kiri 3333, ekstremitas bawah kanan 3333 dan kiri 3333, Hemoglobin *10.1 q/dL.**Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam masalah tingkat jatuh menurun.**Kriteria Hasil** : hemoglobin meningkat, kekuatan otot meningkat, lemah menurun, jatuh dari tempat tidur menurun, kemampuan melakukan aktivitas meningkat.**Rencana Tindakan :**

- a. Identifikasi faktor jatuh (mis, pusing, hemoglobin menurun)
- b. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi
- c. Monitor tanda-tanda vital
- d. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- e. Pasang handtrail tempat tidur

- f. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- g. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- h. Anjurkan untuk berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.
- i. Dekatkan barang-barang pasien

Pelaksanaan

Tanggal 14 maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan obat asam folat 1 tab sesuai anjuran dokter, sudah diberikan asam folat 1 tab oleh perawat ruangan, pukul 08.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah : 139/89 mmHg, N : 119x/menit, RR : 24x/menit, mengidentifikasi faktor jatuh, pasien mengatakan pusing, hemoglobin *10.1 q/dL; pukul 09.00 WIB memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi, pasien terlihat lemah, pasien terlihat dibantu jika melakukan aktivitas, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 3333 dan kiri 3333, ekstremitas bawah kanan 3333 dan kiri 3333; pukul 10.00 WIB meorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, pasien dan keluarga sudah paham; pukul 12.00 WIB memasang handrail tempat tidur, sudah terpasang handrail tempat tidur; pukul 13.30 WIB mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempat tidur sudah pada posisi rendah; pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah : 142/75 mmHg, N : 100x/menit, RR : 24x/menit menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, perawat datang untuk membantu pasien; pukul 15.30 WIB menganjurkan untuk berkonsentrasi

untuk menjaga keseimbangan tubuh, pasien mengatakan belum bisa untuk menjaga keseimbangan; pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah : 142/75 mmHg, N : 100x/menit, RR : 24x/menit; pukul 22.00 WIB memasang handtrail tempat tidur, sudah terpasang handtrail tempat tidur; pukul 02.00 WIB menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, perawat datang untuk membantu pasien; pukul 04.15 WIB; mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempat tidur sudah pada posisi rendah; pukul 07.00 WIB; memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah : 142/75 mmHg, N : 100x/menit, RR : 24x/menit.

Tanggal 15 maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan obat asam folat 1 tab sesuai anjuran dokter, sudah diberikan asam folat 1 tab oleh perawat ruangan, pukul 08. WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah: 124/93 mmHg, N: 110x/menit, RR: 23x/menit, memonitor faktor jatuh, pasien mengatakan masih pusing, hemoglobin *10.1 q/dL; pukul 09.00 WIB memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi, pasien masih lemah, pasien terlihat dibantu jika melakukan aktivitas, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 3333 dan kiri 3333, ekstremitas bawah kanan 3333 dan kiri 3333; pukul 10.00 WIB meorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, pasien dan keluarga sudah paham; pukul 12.00 WIB memasang handtrail tempat tidur, sudah terpasang handtrail tempat tidur; pukul 13.30 WIB mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempat tidur sudah pada posisi rendah; pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah : 136/88 mmHg, N

: 102x/menit, RR : 23x/menit menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, perawat datang untuk membantu pasien; pukul 15.30 WIB menganjurkan untuk berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, pasien mengatakan belum bisa untuk menjaga keseimbangan; pukul 18.30 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah : 130/90 mmHg, N : 112x/menit, RR : 23x/menit, pukul 20.10 WIB memasang handrail tempat tidur, sudah terpasang handrail tempat tidur; pukul 22.00 WIB memasang handrail tempat tidur, sudah terpasang handrail tempat tidur; pukul 02.00 WIB menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, perawat datang untuk membantu pasien; pukul 04.15 WIB; mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempat tidur sudah pada posisi rendah; pukul 07.00 WIB; memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah : 142/75 mmHg, N : 100x/menit, RR : 24x/menit.

Tanggal 16 maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan obat asam folat 1 tab sesuai anjuran dokter, sudah diberikan asam folat 1 tab oleh perawat ruangan, pukul 08.30 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah : 100/70 mmHg, N : 108x/menit, RR : 24x/menit, memonitor faktor jatuh, pasien mengatakan masih pusing, hemoglobin *9.6 q/dL; pukul 08.45 WIB memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi, pasien masih dibantu jika melakukan aktivitas, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 4444 dan kiri 4444, ekstremitas bawah kanan 3333 dan kiri 3333; pukul 09.00 WIB mendekatkan barang-barang pasien, sudah didekatkan barang-barang

pasien; pukul 12.20 WIB memasang handtrail tempat tidur, sudah terpasang handtrail tempat tidur; pukul 13.30 WIB mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempat tidur sudah pada posisi rendah; pukul 17.40 WIB memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah : 126/83 mmHg, N : 99x/menit, RR : 24x/menit menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, perawat datang untuk membantu pasien; pukul 19.30 WIB menganjurkan untuk berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, pasien mengatakan sudah bisa menjaga keseimbangan; pukul 20.00 WIB memasang handtrail tempat tidur, sudah terpasang handtrail tempat tidur; pukul 22.00 WIB memasang handtrail tempat tidur, sudah terpasang handtrail tempat tidur; pukul 02.00 WIB menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, perawat datang untuk membantu pasien; pukul 04.15 WIB; mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempat tidur sudah pada posisi rendah; pukul 07.00 WIB; memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah : 125/89 mmHg, N : 80x/menit, RR : 23x/menit.

Evaluasi Keperawatan :

Tanggal 16 Maret 2023

Data Subjektif : pasien mengatakan sedikit pusing.

Data Objektif : pasien masih dibantu jika melakukan aktivitas, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 4444 dan kiri 4444, ekstremitas bawah kanan 3333 dan kiri 3333, hemoglobin *9.6 g/dL, 100/70 mmHg, N : 108x/menit, RR : 24x/menit.

Analisa : Tujuan tercapai

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan (dilanjutkan kepada perawat ruangan

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan tinjauan kasus, faktor pendukung dan faktor penghambat pada pasien Tn. A dengan tinjauan kasus GGK di ruang Penyakit Dalam Lantai 14 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara mulai tanggal 14 Maret sampai dengan 16 Maret 2023, melalui proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengumpulan data dilakukan melalui proses pengkajian. Data primer didapatkan dari pengkajian fisik, observasi, serta wawancara langsung terhadap pasien dan keluarga pasien. Sedangkan data sekunder diperoleh melalui tim kesehatan dan catatan medis pasien. Berdasarkan teori Harnanto & Rahayu (2016) data yang didapatkan dalam pengkajian yaitu penurunan keluaran urine atau oliguria, penurunan kesadaran, mual dan muntah, kelemahan pada fisik tubuh, penurunan pola napas, penurunan berat badan. Sedangkan pada kasus ditemukan pasien sesak napas, perut terasa penuh, mual, pasien mengeluh pusing, tidak nafsu makan, Baknya sudah 3x sekitar (240cc), pola tidur pasien hanya 4-5 jam. Terdapat kesenjangan pada teori dan kasus yaitu pasien

mengeluh sesak napas hal tersebut dikarenakan adanya penumpukan cairan di paru-paru (efusi pleura).

Menurut teori Nuria & Widayati (2017) dan Doenges, Moorhouse, & Murr (2018) dalam pemeriksaan fisik didapatkan berat badan menurun, suhu meningkat, nadi lemah, pernapasan cuping hidung, sedangkan pada kasus didapatkan berat badan meningkat, suhu normal, nadi kuat. Dan penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus yaitu berat badan meningkat karena adanya penumpukan cairan di abdomen dan di tungkai kaki kiri & kanan, suhu tubuh normal dikarenakan suhu pasien $36,7^{\circ}$ C, nadi kuat dikarenakan adanya penyempitan pembuluh darah hal tersebut menyebabkan tekanan darah tinggi, tidak terdapat pernapasan cuping hidung dikarenakan pasien sudah diberikan oksigen 4 L/menit sesuai program.

Menurut Ariani (2016) terdapat empat komplikasi yang mungkin timbul pada penderita penyakit GJK yaitu hiperkalemia, hipertensi, anemia, perikarditis, dan penyakit tuliang. Sedangkan pada kasus tidak terdapat hiperkalemia dikarenakan kalium pasien normal yaitu 4.07 mEq/L.

Pada pemeriksaan diagnostik berdasarkan teori Doenges (2014) dilakukan pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan urine, analisa gas darah, ultrasonograf ginjal, sinar X ginjal, ureter, dan kandung kemih, CT scan, biopsi ginjal. Namun terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu sinar X ginjal, ureter, dan kandung kemih, biopsi ginjal dikarenakan pasien sudah dilakukan pemeriksaan USG.

Faktor pendukung selama penulis melakukan pengkajian adalah penulis mendapatkan kemudahan selama mengumpulkan data-data karena pasien dan

keluarga pasien sangat kooperatif. Selain itu, dokumen rekam medis lengkap serta perawat ruangan yang sangat membantu dalam pengumpulan data. Sementara tidak ada faktor penghambat bagi penulis untuk melakukan pengkajian.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori PPNI (2017) & Doenges (2014) yang terdapat didalam teori pada pasien GGK ada delapan yaitu hipervolemia, defisit nutrisi, intoleran aktivitas, risiko gangguan integritas kulit/jaringan, pola napas tidak efektif, ansietas, penurunan curah jantung. Namun pada kasus ditemukan diagnosa berbeda dengan teori yaitu nausea, risiko intoleran aktivitas, dan risiko jatuh.

Diagnosa yang terdapat pada teori namun tidak ada dikasus yaitu defisit nutrisi, penulis tidak mengangkat sebab tidak menunjukkan adanya penurunan hemoglobin 9.6 g/dL, untuk diagnosa intoleran aktivitas penulis tidak mengangkat sebab pasien tidak menunjukkan adanya frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, tidak ada gambaran EKG menunjukkan aritmia setelah aktivitas. Selanjutnya diagnosa risiko gangguan integritas kulit/jaringan penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut, karena pasien hanya mengalami gagal-gatal pada bagian lengan kirinya. Pada diagnosa ansietas penulis tidak mengangkat dikarenakan pasien hanya mengalami kecemasan, mengalami gelisah, kurang tidur, nadi meningkat. Selain itu, penulis tidak mengangkat diagnosa defisit pengetahuan dikarenakan data yang didapat tidak mencapai 80% dari data mayor.

Sedangkan terdapat beberapa diagnosa yang diangkat penulis namun diteori tidak ada yaitu nausea dikarenakan pasien mengalami mual, muntah yang disebabkan oleh hasil uremia dan kreatinin meningkat. Untuk diagnosa risiko intoleran aktivitas penulis mengangkat diagnosa tersebut dikarenakan pasien mengalami ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang disebabkan oleh penumpukan cairan di paru-paru dan di tungkai kaki. Selain itu, penulis juga mengangkat diagnosa risiko jatuh dikarenakan pasien mengeluh pusing dan tampak lemah yang disebabkan anemia,

Faktor pendukung dalam perumusan diagnosa tersebut adalah tersedianya sumber buku yang tersedia dan memadai, sehingga dapat menjadi bahan acuan menentukan masalah keperawatan. Pada faktor penghambat penulis tidak menemukan hambatan karena tersedianya sumber buku di perpustakaan.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan disusun sesuai dengan prioritas masalah dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Tujuan keperawatan dibuat dengan menyesuaikan waktu yang ditentukan yaitu 3x24 jam dan kriteria hasil disusun secara spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, rasional, dan mempunyai batas waktu yang diinginkan.

Perencanaan pada diagnosa kelima yaitu risiko jatuh, terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu penulis tidak memasukan faktor risiko yang terdapat di teori, namun penulis menemukan gejala lain yaitu pasien mengeluh pusing dan hasil lab hemoglobin yang rendah 10.1 g/dL (13.5-18.0 g/dL) yang menyebabkan anemia.

Selama melakukan proses perencanaan keperawatan penulis tidak mengalami hambatan dalam menentukan intervensi sesuai dengan literature. Faktor pendukung dalam melakukan rencana tindakan adalah tersedianya alat-alat kesehatan yang memadai untuk melaksanakan proses keperawatan, dan dalam penentuan perencanaan adalah tersedianya sumber buku yang dapat dijadikan acuan dalam menentukan perencanaan sehingga sesuai dengan diagnosa yang ada.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Berdasarkan penatalaksanaan kepada pasien yang berlangsung selama tiga hari yang dimulai pada tanggal 14 sampai dengan 15 maret 2023, Dalam pelaksanaan keperawatan ada beberapa faktor penunjang yang menyebabkan semua rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik.

Pada pelaksanaan diagnosa pola napas tidak efektif, penulis menemukan kesenjangan yaitu pada pelaksanaan memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi tidak dilakukan dikarenakan pada saat itu pasien memiliki jadwal pemeriksaan USG dan hemodialisa hari rabu-kamis. Selanjutnya pada pelaksanaan diagnosa nausea, penulis menemukan kesenjangan yaitu tidak memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik karena pasien dipuaskan untuk melakukan pemeriksaan USG.

Faktor pendukung dalam melakukan rencana tindakan adalah tersedianya alat-alat kesehatan yang memadai dan kerjasama yang baik dengan pasien dan keluarga. Faktor hambatan yang penulis temukan yaitu pada hari kedua dan ketiga, dikarenakan pasien memiliki jadwal pemeriksaan USG dan hemodialisa,

sehingga ada beberapa pelaksanaan yang tidak dilanjutkan oleh penulis, namun didelegasikan pada perawat ruangan,

E. Evaluasi

Pada tahap ini penulis melakukan dua macam evaluasi, yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat melakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil dilakukan dengan mengacu pada batas tujuan yang disusun yaitu 3x24 jam.

Dari lima diagnosa yang penulis temukan, terdapat dua tujuan tercapai, satu tujuan sebagian tercapai dan dua masalah tidak terjadi. Diagnosa yang tidak terjadi yaitu risiko intoleransi aktivitas dengan data tekanan darah : 126/83 mmHg, frekuensi nadi: 99x/menit, frekuensi napas : 23x/menit, Spo2 : 97%. Selain itu, diagnosa risiko jatuh tidak terjadi karena pasien mengatakan sedikit pusing dan hasil lab menunjukkan hemoglobin 9.6 g/gL.

Pada diagnosa hipervolemia perencanaan dan pelaksanaan belum tercapai dikarenakan adanya data pasien masih sesak, perut masih terasa penuh TD: 100/70 mmHg, N:108x/menit, RR: 24x/menit, pasien diberikan terapi oksigen dengan laju 4 liter/menit, BB pasien 84 kg, lingkar perut 108 cm, balance cairan -125/24 jam, saat di palpasi perut pasien teraba keras, masih terlihat edema di tungkai kaki kanan dan kiri, telah diberikan obat lasix furosemid 4 amp (bolus).

Selanjutnya untuk diagnosa pola napas tidak efektif belum tercapai karena pasien masih sesak, N:108x/menit, RR: 23x/menit; irama tidak teratur, pernapasan tapipnea, suara napas wheezing, tampak efusi pleura kanan-kiri, cairan bebas intraabdomen, tidak tampak massa intraabdomen, pasien sudah

diberikan oksigen dengan laju 4 liter/menit sesuai program. Selain itu, diagnosa ketiga nausea tercapai sebagian dengan hasil pasien mengatakan masih mual, frekuensi makan pasien 4-5 suap, pasien masih sedikit pucat, mukosa bibir sedikit lembab, frekuensi nadi : 110x/menit, Ureum 179.8mq/dL (16.6-48.5), Kreatinin 5.35 mq/dL (0.67-1.17).

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis akan menguraikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan pada BAB IV, setelah penulis melakukan penulisan asuhan keperawatan pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis GGK di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta, maka penulis membuat suatu kesimpulan, yaitu sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis, maka dapat disimpulkan bahwa penyebab GGK pada Tn. A yaitu akibat komplikasi dari hipertensi. Diagnosa keperawatan yang ditemukan oleh penulis sesuai dengan masalah pasien. Pada kasus Tn.A ditemukan lima diagnosa yaitu : hipervolemia, pola napas tidak efektif, mual, risiko intoleransi aktivitas, Risiko jatuh.

Perencanaan pada diagnosa kelima yaitu risiko jatuh, terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu penulis tidak memasukkan faktor risiko yang terdapat di teori, namun penulis menemukan gejala lain yaitu pasien mengeluh pusing dan hasil lab hemoglobin yang rendah.

Pada pelaksanaan diagnosa pola napas tidak efektif, penulis menemukan kesenjangan yaitu pada pelaksanaan memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi tidak dilakukan, Selanjutnya pada pelaksanaan diagnosa

nausea, penulis menemukan kesenjangan yaitu tidak memberikan makanan dalam jumlah kecil.

B. Saran

Setelah memberikan Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan GGK selama tiga hari, banyak pengalaman yang penulis peroleh dalam waktu singkat tersebut, sehingga guna meningkatkan mutu serta kualitas asuhan keperawatan dan kemudahan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, penulis mencoba memberikan saran yang mungkin dapat berguna bagi semua pihak, diantaranya:

1. Perawat ruangan

Diharapkan perawat ruangan dapat menyediakan media edukasi, seperti leaflet yang mudah diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai berbagai macam penyakit dan cara penanganannya. Agar keluarga dan pasien mampu mengetahui tentang penyakitnya dan mampu mencegah adanya komplikasi lebih lanjut.

2. Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan khususnya perpustakaan dapat lebih lama membuka dan memperpanjang pelayanannya, agar penulis tidak kesulitan dalam mencari referensi-referensi dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.

3. Penulis

Bagi penulis diharapkan untuk lebih menguasai dan membekali dengan ilmu, pengalaman, dan cara berkomunikasi dengan baik. Sehingga dapat terbina hubungan yang saling percaya dengan pasien maupun keluarga pasien. Jika

sudah terbangun hubungan yang baik maka kita lebih mudah untuk memberikan asuhan keperawatan dengan semaksimal mungkin.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, S. (2016). *Stop Gagal Ginjal dan Gangguan- Gangguan Ginjal Lainnya*. Istana Media.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan, Edisi 8-Buku 2*. Singapura: Salemba Medika.
- Brunner, & Surddarth. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah, edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Doenges, Marilyn E., M. F. M. & A. (2014). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Asuhan Klien Anak- Dewasa (Edisi 9)*. EGC.
- Hadinata, D., & Abdillah, A. J. (2022). *Metodologi Keperawatan*. Bandung: Widina .
- Harnanto, A. M., & Rahayu, S. (2016). *Kebutuhan Dasar Manusia II*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Haryadi, Kaniya, T. D., Anggunan, & Uyun, D. (2020). Ct-Scan Non Kontras Pada Pasien Batu Saluran Kemih. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 285.
- Hurst, M. (2015). *Belajar Mudah Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.
- IRR. (2018). 11th report Of Indonesian renal registry 2018. *Indonesian Renal Registry (IRR)*, 14–15.
- Kemkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemntrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- LeMone, P., Buken, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta:
- Makmur, S. A., Madania, & Rasdianah, N. (2022, September 1). Gambaran Interaksi Obat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik. *Indonesian Journal of Pharmaceutical Education*, 2(3), 218-219. doi:10.37311/ijpe.v2i2.13333
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Muwafiq, Y. N., Budiman, & Utomo, T. M. (2022). Hubungan Gaya Hidup dengan Benign Prostatic Hyperplasia: Kajian . *Medical Science*, 175.
- Novianto, F., Triyono, A., & Astana, P. R. (2018). Efek Pemberian Jamu Selama 45 Bulan terhadap Fungsi Ginjal pada Pasien Geriatri dengan Hipertensi dan

Diabetes Mellitus di Rumah Riset Jamu Tawangmangu: Studi Kasus.
TALENTA Conference Series: Tropical Medicine (TM), 061-066.

Nuari, N. A., & Widayati, D. (2017). *Gangguan Pada Sistem Perkemihan & Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish.

PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1 ed.). Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan* (edisi 1). DPP PPNI.

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. DPP PPNI.

Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta: PPSDM Kemenkes RI.

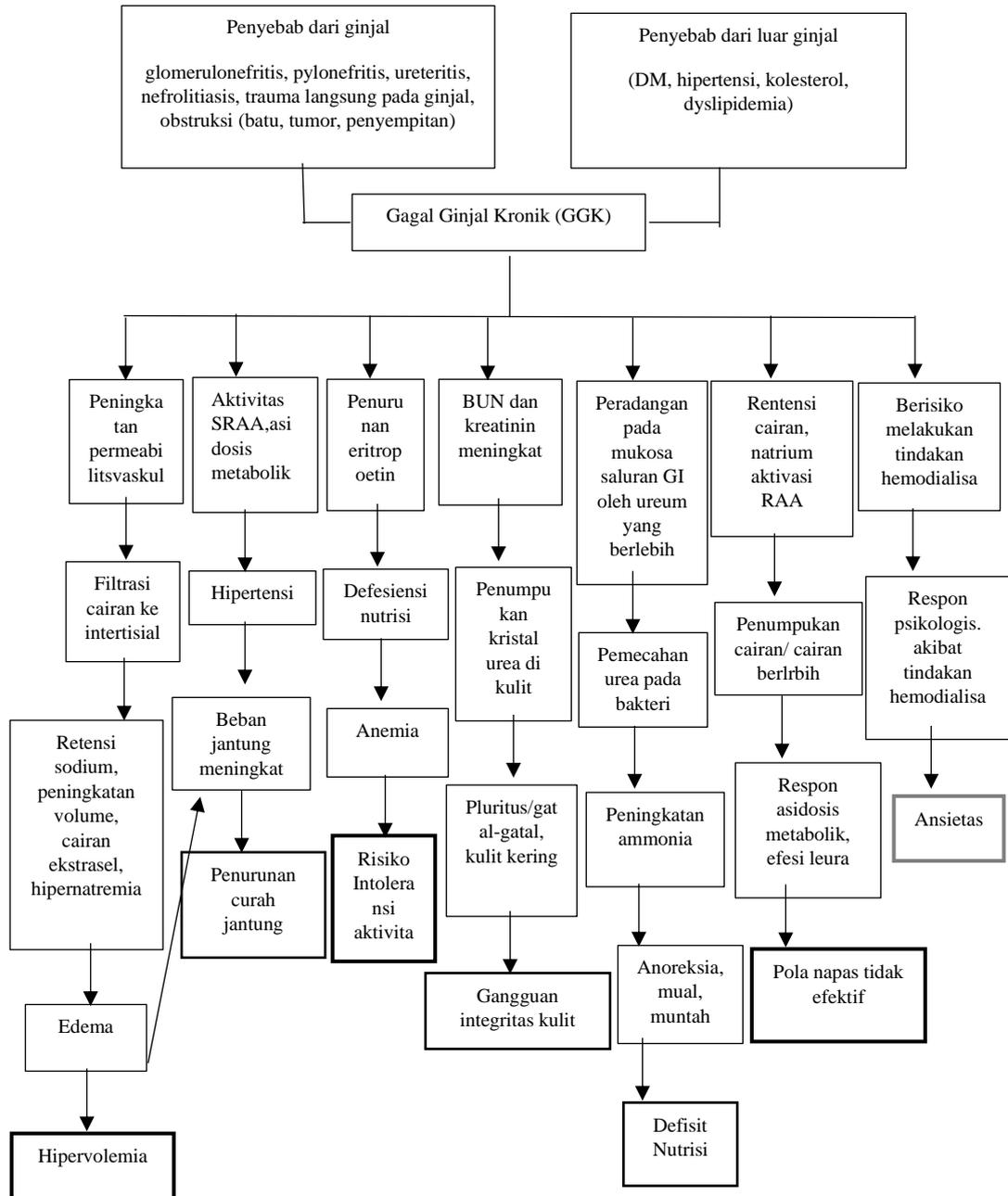
Rasyid, H. (2017). *GINJALKU GINJALMU Mengenal Lebih Jauh Penyakit Ginjal Kronik dan Pengaturan Gizinya*. Makassar: MediaQita.

Sumitra, J. (2020). *Farmakologi*. Lubuk Pakam: Fakultas Kebidanan Institut Kesehatan Medistra.

Susetyowati, F. F. (2018). *GIZI PADA PENYAKIT GINJAL KRONIS*. Yogyakarta: 2017.

WHO. (2020). Retrieved from The top 10 causes of death:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

PATHWAY GGK



(Muttaqin & Sari, 2011) dimodifikasi oleh Nurul Inayah

Analisa Obat

1. Omeprazol

- Komposisi : Omeprazole 20 mg
- Indikasi : pengobatan jangka pendek untuk tungkai lambung dan tukak duodenum, tukak lambung dan duodenum yang terkait AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi H, pylori pada tukak peptik, refluks esofagitis, Sindrom Zollinger Ellison.
- Kontraindikasi : untuk pasien yang diketahui hipersensitivitas terhadap obat atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi. Penggunaan dengan nefinavir.
- Efek samping : nyeri perut dan sakit kepala, rendahnya kadar kalium dalam darah, yang menimbulkan gejala berupa kram otot, detak jantung yang tidak normal (lambat, cepat, atau tidak beraturan), dan kejang. Bertambah parahnya gejala pada penderita lupus, gangguan pencernaan, seperti diare yang berkelanjutan serta adanya darah atau lendir pada tinja. Kekurangan vitamin B12, yang menyebabkan keluhan lemas, sariawan, mati rasa, dan kesemutan pada tangan atau kaki dan reaksi alergi obat, seperti muncul ruam, pusing, hingga sesak napas.

2. Ceftriaxone

- Komposisi : 1 gram (vial)
- Indikasi : untuk mengatasi infeksi bakteri gram negatif maupun gram positif.
- Kontraindikasi : pasien yang hipersensitif terhadap antibiotik cephalosporin atau antibiotik β -laktam jenis lain. Neonatus dengan hiperbilirubinemia, ikterus, hipoalbuminemia, atau asidosis memerlukan kalsium melalui intravena, atau infus yang mengandung Ca
- Efek samping : nyeri perut, mual, muntah, diare, pusing, mengantuk, sakit kepala, bengkak dan iritasi pada area suntikan dan muncul keringat berlebihan.

3. Renxamin

- Komposisi : asam amino 9%, chloride, acetate
- Indikasi : pasien dengan gagal ginjal akut dan kronik, termasuk IDPN
- Kontraindikasi : hipersensitif pada komposisi, gangguan hati berat, masalah pada metabolisme protein serta koma hepaticum, ibu hamil dan menyusui, anak
- Efek samping : hipersensitivitas, mual-muntah, demam, kenaikan kadar urea, peningkatan kadar SGOT serta SGPT

4. Lasix furosemide

- Komposisi : furosemide 10 mg/ml

- Indikasi : untuk pengobatan edema (pembengkakan) yang disebabkan oleh gagal jantung kongestif.
- Kontraindikasi : gagal ginjal akut, hipokalemia (kadar kalium yang rendah dalam tubuh), hiperurikemia (peningkatan kadar asam urat)
- Efek samping : mual, muntah, anoreksia, iritasi mulut dan lambung, diare, sembelit, kadar kalium yang rendah dalam tubuh, peningkatan kadar asam urat, peningkatan kadar gula darah, gangguan pendengaran, pusing, sakit kepala, penglihatan kabur.
5. Bicnat
- Komposisi : sodium bicarbonate 8.4%
- Indikasi : asidosis metabolik yang terjadi pada kasus gagal ginjal atau diabetes tidak terkontrol, hiperkalemia, dispepsia, serta untuk alkalinisasi
- Kontraindikasi : alkalosis metabolik, hipokalsemia, edema paru berat, nyeri perut yang tidak diketahui penyebabnya
- Efek samping : urine basa, hypokalemia berat, napas singkat, lemah otot, kejang dan koma.

6. Asam folat

Komposisi : vitamin B

Indikasi : untuk anemia defisiensi asam folat seperti anemia megaloblastik. Selain itu, asam folat juga sangat diburuhkan pada masa kehamilan untuk mencegah cacat lahir seperti anensefali dan spina bifida.

Kontraindikasi : anemia pernisiiosa yang tidak diobati, defisiensi cobalamin yang tidak diobati, dan penyebab defisiensi cobalamin lainnya.

Efek samping : demam, kelemahan atau ketidaknyamanan, kulit memerah, sesak napas, ruam kulit atau gatal-gatal, sesak di dada, kesulitan bernapas, mengi, gangguan saluran pencernaan, gangguan sistem saraf, hipersensitif,

7. Simarc

Komposisi : warfarin sodium 2 mg.

Indikasi : pencegahan dan pengobatan trombosis vena.

Kontraindikasi : kondisi potensial perdarahan, pembedahan segera, anestesi lumbalis, pre eklampsia & eklampsia, ancaman abortus, hamil.

Efek samping : perdarahan, ileus paralistik, perdarahan uterus berlebihan, nekrosis pada kulit & jaringan lain.

Balance Cairan

Keterangan :

Rumus Balance Cairan : Input – Output

Rumus IWL : $10 \times \text{BB}$

$$10 \times 85 \text{ kg} = 850 \text{ cc}$$

Rumus Air metabolisme = 5cc/kg BB

$$= 5\text{cc} \times 85 = 425 \text{ cc}$$

Tanggal 14 Maret 2023

Intake

Am : 425 cc

Infus : 500 cc

Minum : 450 cc +

$$= 1.375 \text{ cc}$$

Output

Urin : 250 cc

IWL : 850 cc +

$$= 1.100 \text{ cc}$$

Intake-Output =

$$= +275 \text{ cc}$$

Tanggal 15 Maret 2023

Intake

Am : 425

Infus : 500 cc

Minum : 450 cc +

= 1.375 cc

Output

Urin : 300 cc

IWL : 850 cc +

= 1.150 cc

Balance cairan : Intake-Output = 1.375 - 1.150

= +225 cc

Tanggal 16 Maret 2023

Intake

Am : 425 cc

Infus : 500 cc

Minum : 450 cc +

= 1.375 cc

Output

Urin : 500 cc

Muntah : 150 cc

BAB : 100 cc

IWL : 850 cc +

= 1.600 cc

Balance Cairan : Intake-Output = 1.375-1.600

= -225 cc

Cara Pengukuran Tanda-Tanda Vital

Pemeriksaan Vital Sign terdiri dari Suhu Tubuh, Nadi (N), Tekanan Darah, Frekuensi Nafas (Respiratory Rate/RR), Perfusi Perifer (Akral). Dikatakan vital karena memberikan informasi penting mengenai status kesehatan pasien. Vital Sign berguna untuk mengidentifikasi adanya masalah kesehatan yang akut. Pemeriksaan ini juga digunakan untuk mengetahui secara cepat derajat kesakitan penderita. Semakin jelek nilai Vital Sign maka semakin berat derajat kesakitan penderita dan begitu pula sebaliknya. Penyakit kronis seperti hipertensi juga diketahui dengan cepat pada pemeriksaan Tekanan Darah yang terdapat dalam Vital Sign (Sumitra, 2020)

A. Denyut Nadi

Pemeriksaan Nadi Radialis :

1. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada penderita
2. Penderita dalam posisi duduk atau berbaring, lengan dalam posisi bebas (relaks). Perhiasan dan jam tangan dilepas
3. Posisi tangan penderita supinasi atau pronasi
4. Periksa denyut nadi pergelangan tangan dengan menggunakan tiga jari yaitu, jari telunjuk, jari tengah dan jari manis pemeriksa pada sisi fleksor bagian radial tangan penderita
5. Hitung berapa denyutan dalam satu menit. Perhatikan pula irama dan kualitas denyutannya. Bandingkan tangan kanan dengan tangan kiri

6. Frekuensi nadi dapat dihitung dengan cara menghitung banyaknya denyutan dalam 30 detik kemudian dikalikan 2 atau banyaknya denyutan dalam 15 detik kemudian dikalikan 4. Bila irama nadi tidak teratur (aritmia) lakukan penghitungan selama satu menit
7. Catat hasil tersebut di rekam medik (medical record)

B. Tekanan Darah

Tekanan darah diukur dengan menggunakan sphygmomanometer air raksa, digital atau aneuroid dengan menggunakan satuan milimeter air raksa (mmHg). Ada 2 hal yang dicatat pada saat melakukan pengukuran tekanan darah, yaitu tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik. Tekanan darah normal sekitar 120/80 mmhg.

Cara Pemeriksaan Tekanan Darah :

1. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada penderita
2. Siapkan tensimeter dan stetoskop
3. Penderita dalam posisi keadaan duduk atau berbaring
4. Lengan dalam keadaan bebas dan relaks, bebaskan dari tekanan karena pakaian
5. Pasang manset sedemikian rupa sehingga melingkari lengan atas secara rapi dan tidak terlalu ketat, kira-kira 2.5-5 cm di atas siku
6. Tempatkan lengan penderita sedemikian rupa sehingga siku dalam posisi sedikit fleksi dan lengan bawah supinasi
7. Cari a. Brakhialis yang biasanya terletak di sebelah medial tendon m. Biceps - dengan tiga jari (ii,iii,iv) rabalah a. Brakhialis dan

pompa manset dengan cepat sampai kira-kira 30 mmhg di atas tekanan ketika pulsasi a. Brachialis menghilang

8. Turunkan tekanan manset perlahan-lahan sampai denyutan a. Brachialis teraba kembali. Tekanan ini disebut tekanan sistolik palpatoir
9. Sekarang ambilah stetoskop, pasangkan diafragma stetoskop pada a. Brachialis
10. Pompa manset kembali sampai + 30 mmhg diatas tekanan sistolik palpatoir, kemudian secara perlahan-lahan turunkan tekanan manset dengan kecepatan 2-3 mmhg/detik. Perhatikan saat dimana denyutan a. Brachialis terdengar pertama kali. Inilah tekanan sistolik. Kemudian lanjutkan penurunan tekanan manset sampai suara denyutan melemah dan kemudian menghilang. Tekanan pada saat menghilang adalah tekanan diastolik. Bunyi denyutan yang terdengar oleh stetoskop disebut suara korotkoff
11. Catat hasil tersebut di rekam medik (medical record)
12. Apabila menggunakan tensimeter air raksa usahakan agar posisi manometer selalu vertikal setinggi jantung dan ketika membaca nilai manometer, mata harus berada segaris horizontal dengan air raksa
13. Pengulangan pengukuran dilakukan setelah menunggu beberapa menit dari pengukuran pertama

C. Suhu Tubuh

Alat untuk mengukur suhu adalah termometer. Terdapat berbagai macam termometer diantaranya termometer air raksa dan elektrik (digital). Pengukuran suhu dapat dilakukan pada mulut, ketiak (aksila) dan rektum (anus). Pemeriksaan dengan cara ini ditunda 10-15 menit agar tidak mempengaruhi hasil pengukuran. Suhu rektal 0.4-0.5 oC lebih tinggi dibandingkan suhu oral atau aksila. Kenaikan suhu tubuh dapat terjadi oleh karena infeksi, reaksi transfusi, dll. Penurunan suhu tubuh dapat disebabkan oleh karena lama berada di suhu dingin, hipoglikemia, hipotiroid, dll. Dikatakan demam (febris) bila suhu tubuh $>38 - 38.5^{\circ}\text{C}$. Hiperpireksia bila suhu tubuh $> 41^{\circ}\text{C}$ dan hipotermia bila suhu rektal $< 35^{\circ}\text{C}$.

Pemeriksaan pada ketiak (aksila):

1. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada penderita –
2. Mengibaskan termometer sampai permukaan air raksa berada di bawah 35.5°C - meminta pasien membuka pakaian/baju yang digunakan agar termometer dapat dipasang di fosa aksilaris
3. Menempatkan termometer pada fosa aksilaris dengan sendi bahu adduksi maksimal. Tunggu 3-5 menit
4. Membaca nilai termometer - mencatat hasil tersebut di rekam medik (medical record)

D. Pernapasan

Bernafas merupakan pergerakan involunter (tidak disadari) dan volunter (disadari) yang diatur oleh pusat nafas di batang otak dan dilakukan dengan bantuan otot-otot pernafasan. Pada waktu inspirasi, diafragma dan otot-otot interkostalis berkontraksi, memperluas rongga thoraks dan memekarkan paru-paru. Dinding dada akan bergerak ke atas, ke depan, dan ke lateral, sedangkan diafragma bergerak ke bawah. Setelah inspirasi berhenti paru-paru akan mengkerut, diafragma akan naik secara pasif dan dinding dada akan kembali ke posisi semula. Nilai normal frekuensi nafas pada anak-anak bervariasi tergantung dari usia anak tersebut sedangkan pada orang dewasa mempunyai nilai yang tetap. Nilai normal frekuensi nafas orang dewasa adalah 12-20 x/menit. Perhatikan pula adanya penggunaan otot nafas tambahan dan adanya pergerakan dinding dada yang asimetris.

Cara Pemeriksaan Frekuensi Nafas :

1. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan pada penderita
2. Penderita dalam posisi duduk diminta melepas pakaian/baju
3. Perhatikan gerak nafas penderita, inspirasi dan ekspirasi, gerak dada dan perut, simetris apa tidak, apa digunakan otot nafas tambahan
4. Letakkan telapak tangan pemeriksa pada dada penderita dan rasakan gerakan nafasnya. Tindakan ini jangan sampai mengganggu psikis penderita sehingga penderita cenderung menahan nafas dan mengubah frekuensi nafas
5. Hitung frekuensi per menit

6. Catat hasil tersebut di rekam medik (medical record) 12
7. Frekuensi nafas dapat dihitung dengan cara menghitung banyaknya nafas dalam 30 detik kemudian dikalikan 2. Jangan menghitung banyaknya nafas dalam 15 detik kemudian dikalikan 4 karena hasil yang didapat akan under estimate. Begitu pula pada bayi lakukan penghitungan selama 1 menit karena adanya periode apnea pada bayi.

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Ni Made Suarti, S.Pd., M.Kep
 Nama Mahasiswa : Nurul Inayah (2011067)
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) Grade IV-V diruang Penyakit Dalam Lantai 14, RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran / Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	21 Maret 2023	<p>Konsul BAB 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki materi terkait GGK - Cari materi yang akurat (WHO, RISKESDAS) - Perhatikan pengetikan penulisan (typo) - Perbaiki penulisan sumber atau sitasi - Lengkapi dan tambahkan sumber buku - Tambahkan sistematika penulisan 	
2.	06 April 2023	<p>Konsul BAB 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilangkan kalimat yang tidak perlu - Perbaiki materi (gunakan buku black, Surddarth, Hust, dll) - Perhatikan kesalahan penulisan (typo) - Perhatikan perkalimat dan paragraf 	

3.	14 April 2023	<p style="text-align: center;">Konsul BAB 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan penggunaan huruf kapital - Periksa typo atau salah pengetikan - Perhatikan penggunaan kalimat sambung - Perhatikan diagnosa dan etiologi yang sesuai dengan kasus pasien - Perjelas pemberian obat meliputi dosis, waktu dan cara pemberian - Perhatikan tanda titik dan koma 	
4.	21 April 2023	<p style="text-align: center;">Revisi BAB 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsistensi penggunaan kalimat, semua gagal ginjal kronik diganti menjadi GGK - Lengkapi data dari RSUD Koja - Hilangkan materi dan ganti dengan materi baru 	
5.	26 April 2023	<p style="text-align: center;">Revisi BAB 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan penulisan - Materi evaluasi kurang - Perhatikan kesalahan penulisan (typo) - Perhatikan perkalimat dan paragraf - Masukkan sumber referensi 	
6.	06 Mei 2023	<p style="text-align: center;">Revisi BAB 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan penulisan - Periksa typo atau salah pengetikan - Penulisan jangan disingkat - Perhatikan penggunaan kalimat 	

		sambung	
		<ul style="list-style-type: none"> - Periksa tata penulisan - Perhatikan tanda titik dan koma - Perhatikan data objektif pada kasus - Ganti diagnosa keempat - Perhatikan data perdiagnosa - Perhatikan kalimat double 	
7.	15 Mei 2023	<p style="text-align: center;">Revisi BAB 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan sumber referensi - Perhatikan penulisan - Perhatikan tata letak penulisan 	
8.	30 Mei 2023	<p style="text-align: center;">Revisi BAB 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACC perbaikan - Tambahkan kata (GGK) - Hapus paragraf yang tidak perlu 	
9.	31 Mei 2023	<p style="text-align: center;">Konsul BAB 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan kalimat yang tidak perlu digunakan - Tindakan 24 jam - Ganti tujuan teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi menjadi tercapai, tercapai sebagian, tidak tercapai - Perhatikan tata letak penulisan 	
10.	02 Juni 2023	<p style="text-align: center;">ACC BAB 1</p>	
11.	06 Juni 2023	<p style="text-align: center;">Revisi BAB 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan kalimat yang tidak perlu 	

		digunakan	
		- Tambahkan sumber referensi	
12.	07 Juni 2023	AAC BAB 2	
13.	08 Juni 2023	Revisi BAB 3 ACC perbaikan Konsul BAB 4 &5	
14.	09 Juni 2023	ACC BAB 3 Revisi BAB 4 &5	
		- Perhatikan setiap paragraf	
		- Kurangi pembahasan yang double	
		- ACC BAB II, III, IV, V.	