



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.T DENGAN
GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) RUANG PENYAKIT
DALAM GEDUNG D LANTAI 14 KAMAR 1401
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

**ALFINA GUSWANTINI
2011002**

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.T DENGAN
GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) RUANG PENYAKIT
DALAM GEDUNG D LANTAI 14 KAMAR 1401
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

ALFINA GUSWANTINI

2011002

**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 : Alfina Guswantini

NIM : 2011002

Tanda Tangan:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Alfina Guswantini', with some additional scribbles and a date '19/6/23' written in the upper right part of the signature.

Tanggal : 19 Juni 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.T Dengan
Gagal Ginjal Kronik (GGK) Ruang Penyakit
Dalam Gedung D Lantai 14 Kamar 1401
RSUD Koja Jakarta Utara**

Jakarta, 19 Juni 2023
Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ni Made Suarti', is written over a light pink rectangular background.

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

LEMBAR PENGESAHAN

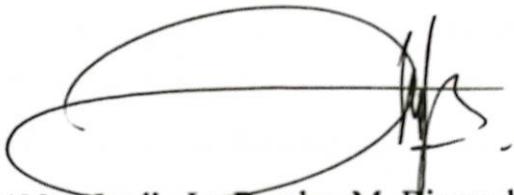
**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.T Dengan
Gagal Ginjal Kronik (GGK) Ruang Penyakit
Dalam Gedung D Lantai 14 Kamar 1401
RSUD Koja Jakarta Utara**

**Dewan Penguji
Pembimbing,**



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

Penguji I



(Ns. Hardin La Ramba, M. Biomed)

Penguji II



(Ns. Fendy Yesayas, 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 rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi pernyataan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dari bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Ellynia, SE.,M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi RS Husada
2. Ibu Ns. Veronika Yeni Rahmawati, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Ketua Prodi Diploma Tiga Keperawatan
3. Ibu Ns. Ni Made Suarti, S.Pd., M.Kep selaku dosen pembimbing yang menyediakan waktu, tenaga pikiran dan senantiasa dengan sabar untuk memberikan bimbingan dan arahan yang sangat berarti bagi penulis dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Ns. Hardin La Ramba, M.Biomed selaku dosen penguji I
5. Bapak Ns. Fendy Yesayas, M.Kep selaku dosen penguji II
6. Ibu Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep.,Sp.J., selaku pembimbing akademik kelas 3A terimakasih yang telah memberikan beribu-ribu motivasi dan kasih sayangnya.
7. Seluruh dosen pengajar dan staf Pendidikan STIKes RS Husada yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan memberi dukungan kepada penulis selama masa perkuliahan hingga titik akhir ini
8. Civitas akademi STIKes RS Husada yang telah banyak membantu proses perkuliahan selama kurang lebih 3 tahun
9. Tn.T dan keluarga pasien yang telah siap dan bersedia meluangkan waktunya dan memberi kesempatan juga kepercayaan nya kepada penulis untuk melakukan pengkajian Laporan Tugas Akhir ini
10. Pihak RSUD Koja dan perawat ruangan penyakit dalam Gedung D yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan

11. Spesial teruntuk keluarga besar penulis dan orang tua tercinta atas nama Bapak Hj. Sunardi, alm dan Ibu Ani Sumarni yang selalu memberikan Do'a dan dukungan serta materi selama penulis menjalankan pendidikan sehingga dapat menyelesaikan Laporan Akhir Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga hal ini dapat membuat Bapak dan Ibu bangga, khususnya kepada Ibuku terbaik yang tidak pernah pantang menyerah sekalipun single parent, atas apa yang telah penulis sudah usahakan dan perjuangkan.
12. Kepada guru-guru tercinta pondok Siradjul Atfal, yang juga selalu memberikan Do'a dan dukungan bahkan motivasi kepada penulis selama penulis menjalankan pendidikan di STIKes RS Husada tercinta ini hingga dapat menyelesaikan laporan akhir Karya Tulis Ilmiah.
13. Kepada saudara-saudara persepupuan dan keponakan yang penulis sayangi Asep Budiana, Sp.d, Elin, Maskanah, Resdi Irman Pahir, M.Ilham Abrori, Sindy Aulia, Eka Lestari, Mita Lestari Lahagu, Windi Kurnia yang senantiasa memberikan dukungan, motivasi yang tiada henti bahkan do'a yang dipanjatkan untuk penulis.
14. Kepada pemicu semangat (Anan Nahdinur), manusia terbaik yang selalu ada dikala penulis susah dan senang, yang senantiasa mensupport kepada penulis dan selalu mengingatkan penulis untuk menyelesaikan laporan akhir Karya Tulis Ilmiah.
15. Sahabat terbaik dari masa sekolah hingga saat ini terpisah dengan jarak jauh M.Romli,Toyiybah, Wafa, Sayu, Mutiasari, Regina, Fransiska, Sari, Yuliani, Aulia, Suci, Rhida, Tiya, Isma, Syafaah, Inayah yang senantiasa memberi dukungan dan semangat kepada penulis.
16. Sahabat terbaik selama duduk dibangku perkuliahan, Nadya, Farah Raihani, Evi Silviani, Fath Ma, Elin Rupiani, Okta Ghina, Alya, Isti, Inez, Mirda, dan Gabriella, yang selalu mendukung serta tempat bertukar pikiran, ide bahkan cerita kehidupan sekaligus teman seperjuangan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, dan teman-teman dekat lainnya yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.
17. Teman sekamar asrama 310 Manizz dan kakak tingkat terbaik yang sekarang sudah menjadi alumni Silvi Chintya Isnu, Gayatri Pratiwi, yang senantiasa

membantu, memberi dukungan, semangat dan motivasi yang tiada henti untuk selalu semangat dan fokus dalam mengerjakan laporan akhir ini.

18. Ibu asrama Sabrina Ribka dan teman-teman asrama lorong sebelah kiri bagian paling adem dan cinta damai yang penulis sayangi Farah Raihana Lia, Kamillah, Lewinda, Rosa, Rici, Ining, Dinda, Meisya, Adinda, dan masih banyak lagi yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang saling mendukung dan memberi motivasi kepada penulis
19. Teman-teman Mahasiswa dan Mahasiswi STIKes RS Husada Angkatan 33 yang telah memberikan hidup penuh warna suka, duka dengan lingkungan baru selama kurang lebih 3 tahun berjuang bersama-sama, khususnya kelas 3A ter the best terima kasih atas kerjasamanya dan kebersamaannya.
20. Teman-teman tim KTI KMB kelompok 9 Adhe Nisrina Khoerani, Sekar Indar Dewi, Ririn Simare-mare yang luar biasa saling support, saling mendoakan, bahkan memberi motivasi tiada henti, bekerjasama, terima kasih atas kekompakkan dan kebersamaannya untuk sukses bareng menjadi pejuang KMB di lapora tugas akhir ini.

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

Jakarta, 19 Juni 2023

Alfina Guswantini

DAFTAR SINGKATAN

GGK	:	Gagal Ginjal Kronik
CKD	:	<i>Chronic Kidney Disease</i>
CRF	:	<i>Chronic Renal Failure</i>
LFG	:	Laju Filtrate Glomerulus
GFR	:	<i>Glomerulus Filtration Rate</i>
EPO	:	<i>Erythropoietin</i>
GI	:	Gastrointestinal
CAPD	:	<i>Continues Ambulatori Peritoneal</i>
CVC	:	<i>Central Venus Pressure</i>
USG	:	<i>Ultrasonografi</i>
HB	:	Hemoglobin
HT	:	Hematoktit
EF	:	<i>Ejection Fraction</i>
CI	:	<i>Cardiac Index</i>
SVI	:	<i>Stroke Volume Index</i>
EKG	:	Elektrokardiografi
CRT	:	<i>Capillary Refil Time</i>
HD	:	Hemodialisis
CDL	:	<i>Catheter Double Lumen</i>
GCS	:	<i>Glasgow Coma Scale</i>
LED	:	Laju Endap Darah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulis	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
C. Ruang Lingkup.....	7
D. Metode Penulisan	7
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II : TINJAUAN TEORI	
A. Pengertian.....	9
B. Patofisiologi	10
1. Etiologi	10
2. Proses.....	11
3. Manifestasi Klinis	13
4. Komplikasi.....	14
C. Penatalaksanaan	18
1. Terapi.....	18
2. Tindakan Medis	19
D. Pengkajian Keperawatan	21
F. Perencanaan Keperawatan	29
G. Pelaksanaan Keperawatan.....	39
H. Evaluasi Keperawatan	41
BAB III : TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian Keperawatan	43
B. Diagnosa Keperawatan	59
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan.....	59
BAB IV : PEMBAHASAN	
A. Pengkajian	77
B. Diagnosa Keperawatan.....	81
C. Perencanaan Keperawatan	84
D. Pelaksanaan	85
E. Evaluasi	86
BAB V : PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	88
B. Saran	90
DAFTAR PUSTAKA	92

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar <i>Pathway</i>	93
Lampiran 2: Balance Cairan	94
Lampiran 3: Analisa Obat	95
Lampiran 4: Lembar Konsultasi	100

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ginjal adalah bagian tubuh yang sangat penting. fungsi ginjal sebagai penyaring darah dari sisa-sisa metabolisme menjadikan keberadaannya tidak bisa tergantikan oleh organ tubuh lainnya. Ginjal memainkan peran kunci dalam tubuh, tidak hanya dengan menyaring darah dan mengeluarkan produk-produk sisa, namun juga dengan menyeimbangkan tingkat elektrolit di dalam tubuh, mengontrol tekanan darah dan menstimulasi produksi dari sel-sel darah merah.

Jika ginjal tidak dipelihara dengan baik seperti misalnya kurang minum air putih, memiliki kebiasaan minum-minuman berwarna, minum obat-obatan tanpa resep dokter, atau minum obat tidak dibarengi banyak minum, ada riwayat batu sistem perkemihan, infeksi ginjal dan pembesaran prostat sangat beresiko terjadi gangguan atau kerusakan pada ginjal sehingga dapat menyebabkan terjadinya gagal ginjal. Penyakit gagal ginjal dapat diklasifikasikan menjadi dua macam yaitu Gagal Ginjal Akut (GGA) dan Gagal Ginjal Kronik (GGK). Gagal ginjal akut biasanya terjadi secara tiba-tiba yaitu mengalami penurunan fungsi ginjal secara mendadak. Berbeda dengan gagal ginjal kronik terjadi secara perlahan-lahan, bisa dalam hitungan bulan bahkan hitungan tahun (Hidayat, 2021)

Gagal Ginjal Kronik (GGK) atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan keadaan kronis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang berlangsung selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun yang ditandai dengan penurunan LFG < 60 ml/min/1.73m². (Ernati, Septiwi, & Nugroho 2022). Penyakit GGK merupakan masalah kesehatan global dengan insiden yang terus meningkat setiap tahunnya. GGK menyebabkan kerusakan ginjal yang diukur dengan peningkatan kadar kreatinin dan ureum. Gangguan kesehatan yang dapat terjadi pada pasien GGK, salah satunya adalah anemia (Dewi, Yenny, & Cahyawati 2023)

GGK disebabkan oleh berbagai penyakit, seperti gangguan metabolik (DM), infeksi (pielonefritis), obstruksi traktus urinarius, gangguan imunologis, hipertensi, gangguan tubulus primer (nefrotoksin) dan penyakit bawaan yang menyebabkan penurunan GFR. GGK dapat menyebabkan timbulnya berbagai manifestasi klinis yang kompleks diantaranya penumpukan cairan yang mengakibatkan terjadinya edema paru, edema perifer, dispnea, hipokalsemia, hiponatremia, hiperkalemia anoreksia, mual, muntah, kelemahan dan keletihan. Salah satu faktor pencetus terjadinya sesak nafas adalah hipertensi. Hipertensi yang tidak terkontrol akan menyebabkan arteri di sekitar ginjal menyempit, melemah, dan mengeras. Pasien GGK ditandai dengan gangguan menetap, tidak dapat disembuhkan dan membutuhkan perawatan berupa, transplantasi ginjal, dialisis peritoneal, hemodialisis dan rawat jalan jangka panjang.

Ketika GGK terjadi beberapa nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) dianggap utuh sementara yang lain rusak (hipotesa nefron utuh). Nefron mengalami hipertrofi dan menghasilkan peningkatan volume filtrasi dan

reabsorpsi bahkan dengan penurunan GFR/kemampuan filtrasi. Jumlah terlarut menjadi lebih besar daripada yang bisa di reabsorpsi menyebabkan diuresis osmotik dengan poliuri dan rasa haus. Selain itu dengan meningkatkan jumlah nefron yang rusak produk sisa menumpuk. Titik dimana timbulnya gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan gejala khas kegagalan ginjal muncul sekitar 80% - 90% fungsi ginjal telah hilang. Pada tingkat ini fungsi ginjal lebih rendah. Fungsi ginjal menurun, dan produk akhir dari metabolisme protein (yang biasanya dikeluarkan melalui urin) menumpuk di dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi semua sistem tubuh. Semakin banyak produk limbah menumpuk maka semakin parah gejalanya (Narsa et al., 2022)

Menurut LeMone, Burke, dan Bauldoff (2016) meskipun ginjal biasanya pulih dari cedera akut, banyak kondisi kronik yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan ginjal progresif dan kehilangan fungsi ginjal berkurang, dengan memperburuk progresif pada filtrasi glomerulus, sekresi tubulus, dan reabsorpsi. Penyakit GJK ditandai dengan adanya kerusakan ginjal selama tiga bulan atau lebih dan tingkat fungsi ginjal. Sehingga ginjal tidak dapat mengekskresikan sisa metabolik dan mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit secara adekuat, kondisi yang disebut GJK atau penyakit ginjal stadium akhir (ESRD).

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO 2020) penyakit GJK merupakan penyakit mematikan dengan menyumbang 55% dari 55,4 4 juta kematian di seluruh dunia. Penyakit GJK telah meningkat dari penyebab kematian ke-13 di dunia menjadi ke-10. Angka kejadian GJK telah meningkat dari 813.000 pada tahun 2000 menjadi 1,3 juta pada tahun 2019. Para peneliti

memperkirakan bahwa tekanan darah tinggi berkontribusi terhadap hampir 9,4 juta kematian akibat penyakit kardiovaskular setiap tahun, hal ini juga meningkatkan risiko kondisi seperti gagal ginjal dan kebutaan.

Berdasarkan data RISKESDAS (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2018) dan (KEMENKES RI 2018) Indonesia merupakan salah satu negara dengan penderita gagal ginjal yang tinggi, prevalensi gagal ginjal di Indonesia yaitu sebesar 0.2% yaitu sekitar 499.800 orang. Sedangkan prevalensi GJK di Indonesia sebesar 0.38% yaitu sekitar 713.783 orang. Jawa Barat menjadi salah satu provinsi tertinggi dengan prevalensi GJK sebesar 0.48% yaitu sekitar 131.846 orang orang. Kemudian prevalensi provinsi DKI Jakarta sebesar 0.45% yaitu sekitar 28.985 orang. Jika di karakteristikkan pada jenis kelamin maka perempuan lebih banyak menderita penyakit GJK dengan prevalensi sebesar 0.35% yaitu sekitar 358.057 orang. Sementara prevalensi laki-laki yang menderita GJK sebesar 0.42% yaitu sekitar 355.726 orang.

Berdasarkan data yang diperoleh dari bagian rekam medis dan informasi kesehatan dari RSUD Koja Jakarta Utara jumlah keseluruhan pasien yang dirawat di RSUD Koja periode Januari 2022 sampai Januari 2023 sebanyak 29.938. Sedangkan pada pasien dengan GJK dirawat di RSUD Koja, periode Januari 2022 sampai bulan Januari 2023 sebanyak 485 orang dengan presentase 1.62%.

Seperti penyakit kronis lainnya, GJK menyebabkan komplikasi jika tidak ditangani dengan cepat. Komplikasi umum pada pasien GJK termasuk anemia, osteodistrofi renal, gagal jantung, dan disfungsi ereksi. Pada penderita GJK, anemia terjadi akibat penurunan produksi hormon *eritroprotein* (EPO) akibat

penurunan sel tubulus ginjal. Sumsum tulang membutuhkan hormon ini untuk merangsang produksi sel darah merah yang cukup untuk membawa oksigen ke seluruh tubuh. Osteodistrofi renal adalah penyakit tulang pada penyakit GJK yang disebabkan oleh gangguan metabolisme mineral. Dalam keadaan ini, GJK mempertahankan keseimbangan kalsium dan fosfat dalam darah. Pasien dengan GJK juga berisiko mengalami gagal jantung atau penyakit jantung iskemik. Gagal jantung biasanya didahului oleh anemia. Jika tidak diobati, anemia pada GJK dapat menyebabkan masalah serius. Jumlah sel darah merah yang rendah membuat jantung bekerja lebih keras. Pada saat yang sama, disfungsi ereksi pada GJK mengurangi produksi testosteron. Hormon ini diperlukan untuk menghasilkan sperma (*spermatogenesis*), merangsang libido dan aktivitas seksual yang normal (Hidayat, 2021)

Melihat kompleksnya permasalahan yang dapat terjadi pada pasien GJK, maka peran perawat sangat penting baik dalam upaya preventif, promotif, kuratif, maupun rehabilitatif. Dalam upaya promotif perawat berperan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan, meliputi pengertian, klasifikasi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan cara pencegahan dari penyakit GJK untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat agar terhindar dari penyakit GJK. Sebagai upaya preventif, perawat menganjurkan untuk mengurangi asupan garam dan gula, banyak minum air mineral, tidak menahan BAK, berobat sampai tuntas jika terkena infeksi saluran kemih, menghindari minum yang berwarna, berpengawet, obat-obat nefrotoksik, obat pelangsing, obat penambah energi, dan lain sebagainya. Dalam upaya kuratif yaitu memberikan obat sesuai dengan tepat dosis, tepat waktu dan tepat cara pemberian, memberikan diet rendah protein,

membantu kebutuhan pasien saat dilakukan dialisis, dan lain sebagainya. Sedangkan peran perawat dalam upaya rehabilitatif adalah menganjurkan klien untuk melakukan hemodialisis secara rutin, pembatasan asupan cairan, diet rendah garam dan rendah protein (Dila et al., 2019)

Berdasarkan pemaparan tersebut, untuk mengetahui bagaimana memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Ruang Penyakit Dalam Gedung D Lantai 14 Kamar 1401 RSUD Koja Jakarta Utara dengan menggunakan proses pendekatan keperawatan.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan GGK melalui proses pendekatan keperawatan.

2. Tujuan Khusus

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

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis hanya membahas satu kasus yaitu “Asuhan Keperawatan pada pasien Tn.T Dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) Ruang Penyakit Dalam Gedung D Lantai 14 Kamar 1401 RSUD Koja Jakarta Utara” selama 3x24 jam dari tanggal 24 sampai dengan 26 Maret 2023 dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

D. Metode Penulisan

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dan metode studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus, dimana penulis mengelola satu kasus dengan menggunakan proses keperawatan. Dalam proses, penulis menggunakan teknik pengumpulan data melalui: Studi kasus yaitu melalui pemeriksaan fisik, observasi langsung pada pasien, wawancara dengan pasien dan keluarga untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan masa lalu maupun sekarang, Studi dokumentasi yaitu mengumpulkan data rekam medis serta catatan yang berkaitan dengan pasien, dan Studi kepustakaan, yaitu mempelajari literature sebagai acuan yang berhubungan dengan kasus pada pasien GGK.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ini disusun secara sistematis terdiri dari lima bab yaitu :

BAB I: Pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup dan sistematika penulisan.

BAB II: Tinjauan teoritis terdiri dari Pengertian, Patofisiologi (etiologi, proses penyakit, manifestasi klinis dan komplikasi), Penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis), Pengkajian, Diagnosis, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi.

BAB III: Tinjauan kasus terdiri dari Pengkajian, Diagnosis, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi.

BAB IV: adalah pembahasan tentang kesenjangan antara teori dan kasus mulai dari pengkajian keperawatan sampai evaluasi keperawatan.

BAB V: Penutup terdiri dari Kesimpulan dan Saran

Daftar pustaka.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Menurut Hidayat (2021) penurunan fungsi ginjal dalam skala kecil merupakan proses normal bagi setiap manusia seiring bertambahnya usia. Namun, hal ini tidak menyebabkan kelainan atau menimbulkan gejala karena masih dalam batas-batas wajar yang dapat ditolerir ginjal dan tubuh. Tetapi karena berbagai sebab penurunan fungsi gagal dapat terjadi secara progresif sehingga menimbulkan berbagai keluhan dari ringan sampai berat. Kondisi ini disebut GGK atau *Chronic Renal Faillure* (CRF).

Menurut Brunner & Suddarth (2017) laju penurunan fungsi ginjal dan proses GGK berhubungan dengan penyakit yang mendasari, pengeluaran protein melalui urine, dan adanya hipertensi. Penyakit ini cenderung berkembang dengan lebih cepat pada pasien yang mengekskresikan protein dalam jumlah besar atau pada pasien yang mengalami peningkatan tekanan darah dibandingkan pasien yang tidak mengalami kondisi tersebut.

Penyakit GGK pertama kali didefinisikan sebagai berkurangnya GFR (<60 mL/min/1,73 m² selama 3 bulan >3 bulan) atau terdapat biomarker kerusakan ginjal (contoh tingkat ekskresi albumin atau albumin extrection (AER) > 30 mg/24 jam). GGK sebagai GFR selama lebih dari 3 bulan atau adanya bukti kerusakan ginjal penanda (biomarker) yaitu albuminuria, kelainan sedimen urine, kelainan elektrolit yang terkait dengan gangguan tubulus, atau kelainan

struktur ginjal yang dideteksi dengan pemeriksaan histologi atau *imaging* (USG). Ginjal berperan penting dalam mengatur keseimbangan cairan, elektrolit, asam-basa, dan hormonal. Penyakit ginjal menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit seperti hiperkalemia, hipokalsemia, asidosis metabolik, dan akhirnya menyebabkan disfungsi otot, kelainan tulang, gradasi pembuluh darah, dan kematian (Susianti, 2019)

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Menurut Sofi (2016) GJK merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible, dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit. Hal tersebut dapat menyebabkan uremia dan retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah. Penyakit GJK disebabkan oleh tekanan darah tinggi atau hipertensi dan diabetes.

GJK dapat disebabkan oleh berbagai penyakit menurut (LeMone, Burke, dan Bauldoff 2016) berdasarkan etiologi dan proses terjadinya GJK adalah sebagai berikut:

- a. Nefropati diabetik merupakan peningkatan awal laju aliran glomerulus menyebabkan hiperfiltrasi dengan akibat kerusakan glomerulus, penebalan dan sklerosis membran basalis glomerulus dan glomerulus, kerusakan terhadap nefron menyebabkan penurunan GFR.
- b. Nefroklerosis hipertensi merupakan hipertensi jangka panjang menyebabkan sklerosis dan penyempitan arteriol ginjal dan arteri

- kecil dengan akibat penurunan aliran darah yang menyebabkan iskemia, kerusakan glomerulus, dan atrofi tubulus.
- c. Glomerulonefritis kronik merupakan inflamasi kronik pada parenkim ginjal menyebabkan obstruksi dan kerusakan tubulus dan kapiler yang mengelilinginya, memengaruhi filtrasi glomerulus, sekresi dan reabsorpsi tubulus dengan kehilangan seluruh nefron secara bertahap.
 - d. Pielonefritis kronik merupakan infeksi kronik yang biasa dikaitkan dengan obstruksi atau refluks vesikoureter menyebabkan jaringan parut dan deformitas kaliks dan pelvis ginjal, yang menyebabkan refluks intrarenal dan nefropati.
 - e. Penyakit ginjal polistik merupakan kista bilateral multipel menekan jaringan ginjal yang merusak perfusi ginjal, dan pelepasan mediator inflamasi, yang merusak dan menghancurkan jaringan ginjal normal.
 - f. Eritematosa lupus sistemik merupakan imun terbentuk di membran basalis kapiler yang menyebabkan inflamasi dan sklerosis dengan glomerulonefritis fokal, lokal atau difus.

2. Proses

Menurut (Riska et al., 2023) ginjal memiliki kemampuan untuk beradaptasi dengan penurunan massa nefron. Gangguan fungsional simtomatik terjadi akibat peningkatan konsentrasi kreatinin, ureum, dan kalsium. Ketika cadangan ginjal yang dapat disesuaikan telah habis, perubahan keseimbangan garam dan air biasanya tidak dikenali sampai fungsi ginjal menurun hingga kurang dari 25% dari normal. Nefron ini dapat melakukan kompensasi hipertrofi dan dilatasi atau hiperaktivitas

dalam laju filtrasi, reabsorpsi, dan sekresinya dapat mempertahankan perubahan adaptif dalam pengaturan zat terlarut dan air dengan adanya penurunan GFR total.

Akibat dari penurunan GFR, maka klirens kreatinin akan menurun, kreatinin akan meningkat dan nitrogen urea darah juga akan meningkat. Adanya gangguan klirens renal banyak masalah muncul sebagai akibat dari penurunan klirens (substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal). Terjadi retensi cairan dan natrium karena ginjal kehilangan kemampuan untuk mengkonsentrasi atau mengencerkan urine 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 pasien terjadi uremia, terutama dari saluran GI. Ketidakseimbangan kalsium dan 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 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. Sementara penyakit tulang uremik (osteodistofil) terjadi dari perubahan kompleks kalsium, fosfat, dan keseimbangan parathormon (Purwanto, 2016)

Sedangkan menurut (Adityawan et al., 2023) penyakit GGK pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi. Proses adaptasi dalam upaya kompensasi berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Proses ini akhirnya diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap terjadinya progresifitas penyakit GGK adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dan dislipidemia. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstitial.

3. Manifestasi Klinis

Menurut Wijaya Andra (2013) sebagai berikut:

- a. Gangguan kardiovaskular: Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, effusi perikarditis, gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.
- b. Gangguan pulmoner: Nafas dangkal, kussmaul batuk dengan sputum kental
- c. Gangguan gastrointestinal: Anoreksia, muntah, dan fomatitas yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau ammonia.

- d. Gangguan muskuloskeletal: *Rasiles Leg Syndrom* (pegal pada kaki sehingga selalu digerakkan, *burning feet syndrom* (rasa kesemutan dan terbakar, terutama di telapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipetropi otot-otot ekstermitas).
- e. Gangguan integumen: Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal akibat toksik ureum, kuku tipis dan rapuh.
- f. Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam basa: Biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia
- g. Gangguan hematologi: Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritroprotein, sehingga rangsangan eritroprotein pada sumsum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopeni.

4. Komplikasi

Menurut Hidayat (2021) apabila tidak diobati, penyakit GJK dapat menyebabkan banyak komplikasi, seperti sebagai berikut:

a. Anemia

Pada penderita GJK, anemia terjadi karena kurangnya produksi hormon eritroprotein (EPO) akibat berkurangnya massa sel-sel tubulus ginjal. Hormon ini diperlukan oleh sumsum tulang untuk merangsang pembentukan sel-sel darah merah dalam jumlah yang cukup untuk mengangkut oksigen ke seluruh tubuh. Jika eritroprotein

kurang, maka sel-sel darah merah yang terbentuk pun akan berkurang, sehingga timbul anemia.

Faktor yang juga berperan dalam terjadinya anemia adalah kekurangan zat besi, asam folat, vitamin B12, dan penghambat eritroprotein (peradangan, hiperparatiroidisme), perdarahan, dan umur sel darah merah yang memendek (misalnya, pada anemia hemolitik, anemia sickle cell anemia bulan sabit)

Gejala-gejala yang muncul pada saat anemia adalah mudah lelah, tampak pucat, kurang bertenaga, pusing, sulit berkonsentrasi, nafsu makan berkurang, sulit tidur, jantung berdebar-debar, dan sesak napas. EPO atau eritroprotein merupakan obat untuk meningkatkan produksi sel darah merah. Diberikan dengan cara disuntikkan ke bawah kulit (subkutan) atau ke dalam vena (intravena). Cara lain yang dapat dilakukan adalah pemberian zat besi, zat besi diberikan dalam pil atau suntikan intravena.

b. Osteoditrofi Renal

Osteoditrofi renal adalah kelainan tulang pada GGK yang terjadi akibat gangguan metabolisme mineral. Pada keadaan ini, GGK mempertahankan keseimbangan kadar kalsium dan fosfat dalam darah. Faktor utama yang berperan dalam terjadinya osteoditrofi renal adalah penurunan fungsi ginjal, hiperparatiroidisme sekunder (kelenjar paratiroid membesar karena bekerja ekstra), dan defisiensi (kekurangan) dan resistensi vitamin D aktif.

Ada beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi osteoditrofi ini antara lain:

- 1) Diet rendah fosfat, batasi konsumsi susu, keju, kacang merah kering, kacang polong, kacang-kacangan, selai kacang. Kurangi asupan cokelat, soda dan bir
- 2) Pemakaian obat pengikat fosfat, untuk mengurangi penyerapan fosfat ke dalam darah (contohnya kalsium karbonat atau kalsium asetat). Diberikan sampai kadar fosfat 4,5 mg/dL dan kalsium 10 mg/dL. Pada penderita yang menjalani hemodialisis, pemberian kalsium karbonat sebagai pengikat fosfat memicu terjadinya hiperkalsemia. Untuk menghindarinya, maka kadar kalsium dalam dialisat diturunkan dari 3,25 - 3,50 mEq/L menjadi 2,5 mEq/L.
- 3) Paratiroidektomi subtotal (pengangkatan sebagian besar kelenjar paratiroid), biasanya dilakukan pada demineralisasi tulang yang berat, hiperkalsemia atau pruritus (gatal-gatal) yang membandel.
- 4) Vitamin D untuk mengurangi hiperparatiroidisme sekunder, diberikan kalsitriol, sampai kadar hormon paratiroid mencapai 2-3 kali normal *130 - 195 pg/mL [13.7 - 20.5] pmol/L).

c. Gagal Jantung

Penderita GJK beresiko mengalami gagal jantung atau penyakit jantung iskemik. Beberapa gejala yang muncul adalah sesak napas, merasa lelah, tidak nafsu makan, bengkak dipergelangan kaki, kaki tungkai (kadang perut), batuk (yang semakin memburuk pada malam

hari atau ketika berbaring), berat badan bertambah, dan sering berkemih.

Gagal jantung pada GGK biasanya didahului oleh anemia, jika tidak diobati, anemia pada GGK bisa menimbulkan masalah serius. Jumlah sel darah merah yang rendah akan memicu jantung sehingga jantung bekerja lebih keras. Hal ini menyebabkan pelebaran bilik jantung akan melemah dan tidak mampu memompa darah sebagaimana mestinya, sehingga terjadi gagal jantung. Untuk mengatasinya ada dua hal yang dapat dilakukan. Pertama perubahan gaya hidup, yang dapat dilakukan dengan diet rendah garam, membatasi asupan cairan, dan berhenti merokok. Kedua mengkonsumsi obat-obatan. Obat-obatan diberikan untuk membantu memperbaiki fungsi jantung dan meringankan gejalanya.

d. Disfungsi Ereksi

Gangguan sistem endokrin yang terjadi pada GGK menyebabkan berkurangnya produksi hormon testosteron. Hormon ini diperlukan untuk menghasilkan sperma (spermatogenesis), merangsang libido dan fungsi seksual yang normal. Selain itu, secara emosional penderita GGK mengalami perubahan emosi. Perasaan cemas, khawatir dan depresi dapat menyebabkan terkurasnya energi, berkurangnya kemampuan dan hilangnya keinginan untuk melakukan aktivitas seksual.

C. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan GGK menurut Brunner & Suddarth (2017) dapat dilakukan dengan tiga tahap yaitu:

1. Terapi

a. Terapi Medis

Terapi medis ini bertujuan untuk mempertahankan fungsi ginjal dan mempertahankan homeostasis selama mungkin. Semua faktor yang berperan menyebabkan GGK dan faktor yang sifatnya reversibel (obstruksi) harus diidentifikasi dan ditangani.

b. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis bertujuan untuk mencegah dan menunda dengan pemberian agens pengikat fosfat, suplemen kalsium, obat antihipertensi dan obat jantung, obat antikejang, dan eritroprotein (epogen).

- 1) Hiperfosfatemia dan hipokalsemia ditangani dengan obat yang dapat mengikat fosfat dalam saluran cerna (misalnya, kalsium karbonat, kalsium asetat, sevelamer hydro chloride) semua agens pengikat harus diberikan bersama makanan.
- 2) Hipertensi ditangani dengan pengontrolan volume intravaskular dan obat anti hipertensi.
- 3) Gagal jantung dan edema pulmonal ditangani dengan pembatasan cairan, diet rendah natrium, diuresis, agens inotropik (misalnya, digoksin atau dobutamin), dan dialisis.

- 4) Pasien diobservasi untuk melihat tanda awal kelahiran neurologik (misalnya, kedutan, sakit kepala, delirium, atau aktivitas kejang), diazepam intravaskular (valium) atau fenitoin (dilantin) diberikan untuk mengatasi kejang.
 - 5) Anemia ditangani dengan rekombinan eritroprotein manusia (epogen), hemoglobin dan hematokrit dipantau secara berkala.
 - 6) Heparin diberikan sesuai kebutuhan untuk mencegah bekuan darah pada jalur dialisis selama terapi.
 - 7) Suplemen besi dapat diresepkan.
 - 8) Tekanan darah dan kalium serum dipantau secara terus menerus.
- c. Terapi Nutrisi

- 1) Intervensi diet perlu dilakukan yakni dengan pengaturan cermat untuk asupan protein, asupan cairan untuk mengganti yang hilang, dan asupan natrium, serta pembatasan kalium.
- 2) Asupan kalori dan vitamin harus memadai. Kalori diberikan dalam bentuk karbohidrat dan lemak untuk mencegah pelisutan otot.
- 3) Pembatasan protein yang diperbolehkan harus mengandung nilai biologis yang tinggi (produk susu, keju, telur, daging).
- 4) Diet cairan adalah sebesar 500 hingga 600 ml cairan atau lebih dari jumlah haluaran urine 34 jam pada hari sebelumnya.
- 5) Pemberian suplemen vitamin.

2. Tindakan Medis

Menurut Nuari dan Widayati (2017) penatalaksanaan medis ini bertujuan untuk mempertahankan fungsi ginjal serta mempertahankan

homeostasis, penatalaksanaan medis ini berupa dialisis. Dilakukannya dialisis pada umumnya untuk pasien yang tidak dapat mempertahankan gaya hidup yang seharusnya dengan penanganan konservatif seperti dilakukan pemeriksaan laboratorium darah dan urin, observasi balance cairan, observasi adanya edema, batasi cairan yang masuk. Kemudian selain penanganan konservatif, dapat dilakukan penanganan lain, yaitu:

a. Peritoneal dialisis

Biasanya dilakukan pada kasus-kasus *emergency*. Sedangkan dialisis yang biasa dilakukan dimana saja yang tidak bersifat akut adalah CAPD (*Continues Ambulatori Peritoneal Dialysis*). Dalam prosesnya, peritoneal dialisis menggunakan selang kecil yang dipasang pada bagian perut. Dalam selang tersebut terdapat cairan dialisis yang dapat membantu memindahkan sisa-sisa metabolisme di dalam darah untuk dibersihkan dengan cairan tersebut. Prosesnya berkisar 30 sampai 40 menit, namun pasien harus mengulangnya selama 4 kali dalam sehari.

b. Hemodialisis

Merupakan tindakan infasif di vena dengan menggunakan mesin untuk mengeluarkan produk sisa metabolisme melalui membran semi permeabel atau biasa disebut dialisis. Pada awalnya hemodialisis dilakukan melalui daerah femoralis namun untuk mempermudah maka dilakukan: AV fistule (menggabungkan vena dan arteri) dan Double lumen yaitu langsung pada daerah jantung (vaskularisasi ke jantung). Pelaksanaan hemodialisa umumnya dilakukan dua kali seminggu selama 4 sampai 5 jam setiap sesi.

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada pasien GGK menurut (Wijaya Andra 2013) sebagai berikut:

1. Identitas klien dan keluarga

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor rekam medis, dan diagnosis medis.

Penanggung jawab, meliputi: nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, hubungan dengan pasien

2. Keluhan utama

Biasanya badan terasa lemah, mual, muntah dan terdapat edema. Dilihat dari penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) tanda dan gejala yang timbul yaitu laju filtrasi glomerulus 60%, pasien masih belum merasakan keluhan, namun sudah terjadi peningkatan kadar ureum dan kreatinin. Kemudian pada LFG sebesar 30%, pasien mulai mengalami nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang, dan penurunan berat badan.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan lain yang menyerta biasanya gangguan pernafasan, anemia, hiperkalemia, anoreksia, turgor pada kulit jelek, gatal-gatal pada kulit, asidosis metabolik.

4. Riwayat kesehatan dahulu

Kemungkinan adanya DM, nefroklerosis, hipertensi, obstruksi/infeksi, urinarius, penyalahgunaan analgetik.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat asidosis tubulus ginjal dan penyakit polikistik, riwayat penyakit vascular, hipertensi, penyakit metabolik, riwayat penyakit GGK, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih dan penyakit menurun seperti diabetes melitus, asma dan lain-lain.

6. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien GGK menurut (Purwanto, 2016) adalah sebagai berikut:

a. Aktifitas /istirahat

Gejala yang timbul seperti: kelelahan ekstrem, kelemahan malaise, gangguan tidur (insomnia /gelisah atau somnolen) dengan adanya tanda-tanda kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak.

b. Sirkulasi

Gejala yang timbul antara lain, adanya riwayat hipertensi lama atau berat, palpitasi, nyeri dada (angina) seperti hipertensi, nadi kuat, edema jaringan umum dan pitting pada kaki, telapak tangan, disritmia jantung , nadi lemah halus, hipotensi ortostatik, pucat pada kulit, dan kecenderungan perdarahan.

c. Integritas ego

Gejala yang timbul adalah faktor stress contoh finansial, hubungan dengan orang lain, perasaan tak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekakuan. dan tanda-tanda nya seperti menolak, ansietas, takut, marah, mudah terangsang, perubahan kepribadian.

d. Eliminasi

Gejala yang muncul Penurunan frekuensi urin, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare, atau konstipasi. Dengan adanya tanda-tanda perubahan warna urin, contoh kuning pekat, merah, coklat, berawan, oliguria, dapat menjadi anuria.

e. Makanan/cairan

Gejalanya adalah peningkatan BB cepat (edema), penurunan BB (malnutrisi), anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernafasan amonia). Ditandai distensi abdomen/ansietas, pembesaran hati (tahap akhir), perubahan turgor kulit/kelembaban, edema (umum,tergantung), ulserasi gusi, perdarahan gusi/lidah, penurunan otot, penurunan lemak subkutan, penampilan tak bertenaga.

f. Neurosensori

Gejala yang muncul seperti sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot/kejang, sindrom kaki gelisah, kebas rasa terbakar pada telapak kaki, kebas/kesemutan dan kelemahan khususnya ekstremitasbawah (neuropati perifer). Dengan adanya tanda-tanda seperti gangguan status mental, contohnya penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan konsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran, stupor, koma, kejang, fasikulasi otot, aktivitas kejang, rambut tipis, uku rapuh dan tipis.

g. Nyeri/kenyamanan

Gejala yang muncul seperti nyeri panggul, sakit kepala,kram otot/nyeri kaki, dengan adanya tanda-tanda perilaku berhati-hati/distraksi, gelisah.

h. Pernapasan

Gejalanya seperti nafas pendek, dispnea nokturnal paroksismal, . Dan adanya tanda-tanda batuk dengan/tanpa Sputum, takipnea, dispnea, pernapasan kusmaul, batuk produktif dengan sputum merah muda encer (edema paru).

i. Keamanan

Gejala yang muncul: Kulit gatal, ada/berulangnya infeksi, dengan tanda-tanda pruritus, demam (sepsis, dehidrasi)

j. Seksualitas

Gejala: Penurunan libido, amenorea,infertilitas

k. Interaksi sosial

Gejala: Kesulitan menurunkan kondisi, contoh tak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran dalam keluarga.

Sedangkan menurut (Kardiyudiyani dan Susanti 2019) pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui tanda dan gejala yang menunjukkan adanya ketidakseimbangan cairan dalam tubuh. Beberapa pemeriksaan yang perlu dilakukan, antara lain:

a. Pengukuran intake dan output cairan

Catat intake cairan per oral maupun parenteral dan output cairan baik melalui urine, feses, maupun IWL, apakah balance cairan nya seimbang, positif atau negatif.

b. Urine, kaji volume, warna dan konsentrasi urine.

c. Turgor kulit

Pemeriksaan turgor kulit dengan cara mencubit dan mengangkat kulit secara pelan lalu lepaskan. Lihat kerutan kulit apakah kembali dengan cepat atau tidak.

a. Menimbang berat badan

Untuk mengetahui retensi atau kehilangan cairan dari tubuh, misalnya stabil, naik atau turun dengan tiba-tiba.

b. Edema

Dengan melihat pitting edema pada pre tibia, maleolus medialis, atau di atas ositum sekum.

c. Ukur tanda-tanda vital

Digambarkan dengan suhu tinggi, takikardia, dan hipotensi

d. Mengukur nilai *central venus pressure* (CVC) yang abnormal.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Kardiyudiyani dan Susanti 2019) untuk mendiagnosis penyakit GGK diperlukan tes dan prosedur tertentu, meliputi:

- a. Tes darah, merupakan tes fungsi ginjal mencari tingkat produk limbah, seperti kreatinin dan urea di dalam darah
- b. Tes urine, menganalisis sampel urine yang dapat mengungkapkan kelainan yang mengarah ke GGK dan membantu mengidentifikasi penyebab penyakit GGK
- c. Tes pencitraan, yaitu dengan USG dapat digunakan untuk menilai struktur dan ukuran ginjal. Tes pencitraan ini dapat digunakan dalam beberapa kasus

- d. Biopsi, digunakan untuk mengangkat sampel jaringan ginjal. Biopsi sering dilakukan dengan anesesi lokal menggunakan jarum panjang dan tipis yang dimasukkan melalui kulit dan masuk ke ginjal. Sampel biopsi dikirim ke laboratorium untuk pengujian untuk membantu menentukan apa yang menyebabkan masalah ginjal.

Sementara menurut Anggraini (2022) pemeriksaan diagnostik pada pasien penyakit GJK, meliputi:

- d. Urinalisis

Pada pemeriksaan urinalisis yang dinilai adalah warna urin, bau urin yang khas, turbiditas, volume, dan osmolalitas urin serta pH, hemoglobin (Hb), glukosa dan protein yang terdapat di urin. Kelainan urinalisis yang terdapat pada gambaran laboratoris penyakit GJK meliputi proteinuria, hematuria, leukosuria, cast serta isostenuria

- e. Pemeriksaan Fungsi Ginjal

Parameter untuk mengetahui fungsi ginjal dan progresifitas penyakit adalah Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) dan kemampuan ekskresi ginjal. Kemampuan ekskresi ginjal dilakukan dengan mengukur zat sisa metabolisme tubuh melalui urin seperti ureum dan kreatinin. Peningkatan kadar ureum dan kreatinin serum merupakan indikasi terjadinya penurunan fungsi ginjal. Pemeriksaan kadar ureum yang sering dilakukan dengan menggunakan metode enzimatik yaitu enzim urease menghidrolisis ureum dan menghasilkan ion ammonium yang kemudian diukur.

Kadar ureum merupakan tanda yang paling baik untuk timbulnya uremia toksik. Pemeriksaan kadar kreatinin juga digunakan untuk menilai fungsi ginjal. Kadar kreatinin digunakan dalam perhitungan klirens kreatinin dan LFG. Diagnosis gagal ginjal dapat ditegakkan saat nilai kreatinin serum meningkat di atas nilai rujukan normal. Pada keadaan gagal ginjal dan uremia, ekskresi kreatinin oleh glomerulus dan tubulus ginjal menurun. Pemeriksaan lainya meliputi pemeriksaan kadar asam urat, *cystatin C*, $\beta 2$ *microglobulin*, *inulin*, dan juga zat berlabel radioisotop.

f. Pemeriksaan Radiologis

Menurut Anggraini (2022) Pemeriksaan ini sangat bermanfaat untuk menentukan diagnosis. Beberapa gambaran radiologis yang tampak pada pasien GGK meliputi:

- 1) Pada foto polos abdomen tampak batu radio-opak
- 2) Pielografi intravena jarang digunakan karena zat kontras sering tidak bisa melewati filter glomerulus dan khawatir terjadinya efek toksik oleh zat kontras terhadap ginjal yang sudah mengalami kerusakan.
- 3) Ultrasonografi (USG) ginjal pada pasien PGK dapat memperlihatkan ukuran ginjal yang mengecil, korteks yang menipis, adanya hidronefrosis atau batu ginjal, kista, massa dan kalsifikasi ginjal.
- 4) Pemeriksaan renografi atau pemindaian ginjal dapat dilakukan apabila ada indikasi

g. Biopsi Ginjal dan Pemeriksaan Histopatologi Ginjal

Biopsi dan pemeriksaan histopatologi ginjal dilakukan pada pasien dengan ukuran ginjal yang masih mendekati normal, dimana diagnosis secara non invasif tidak bisa ditegakkan. Pemeriksaan histopatologi bertujuan untuk mengetahui etiologi, menetapkan terapi, prognosis, dan mengevaluasi hasil terapi yang telah diberikan. Biopsi ginjal dapat memberikan gambaran dasar klasifikasi dan kontraindikasi bila dilakukan pada keadaan ukuran ginjal sudah mengecil (*contracted kidney*), ginjal polikistik, hipertensi yang tidak terkontrol, infeksi perinefrik, gangguan pembekuan darah, gagal nafas, dan obesitas (Tim Pokja SDKI DPP 2017) dan (Anggraini 2022)

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP 2017) Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien GGK menurut Dangoes, Moorhouse, dan Murr (2019) dan Kardiyudiyani dan Susanti (2019)

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme
6. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (dehidrasi dan edema)

7. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

F. Perencanaan Keperawatan

1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: Haluaran urine meningkat, kelembaban membrane mukosa meingkat, asupan makan meningkat, edema menurun, konfusi/penurunan berfikir sehingga bingung disorientasi menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik

Intervensi Keperawatan: Manajemen Hipervolemia

- a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (misal, edema)

Rasional: Kelebihan volume cairan akibat ketidakefisienan dialisis atau hipervolemia berulang antara terapi dialisis dapat menyebabkan atau memperburuk, yang diindikasikan oleh tanda dan gejala pernapasan.

- b. Identifikasi penyebab hipervolemia

Rasional: Kongesti vaskular, edema paru, dan efusi pleura sering terjadi

- c. Monitor status hemodinamik

Rasional: Membantu dalam mengevaluasi status cairan terutama ketika dibandingkan dengan berat badan. Peningkatan berat badan diantara terpi sebaiknya tidak melebihi 5.0 kg atau sekitar pons/hari.

d. Monitor intake dan output cairan

Rasional: Membantu dalam mengevaluasi status cairan, terutama ketika dibandingkan dengan berat badan. Haluaran urine merupakan evaluasi fungsi ginjal yang tidak akurat pada klien dialisis.

e. Monitor tanda hemokonsentrasi (misal: kadar natrium)

Rasional: Kadar natrium yang tinggi berhubungan dengan kelebihan cairan, edema, hipertensi dan komplikasi jantung.

f. Batasi asupan cairan

Rasional: Sifat intermiten hemodialisis menyebabkan retensi cairan dan kelebihan volume di antara prosedur hemodialisis dan dapat memerlukan pembatasan cairan membantu mengurangi rasa haus.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka pola napas membaik dengan kriteria hasil: ventilasi semeneit meningkat, kapasitas vital meningkat, diameter thoraks anterior meningkat, tekanan ekspirasi meningkat, tekanan inspirasi meningkat, dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekpirasi menurun, ortopnea menurun, pemasangan pursed-tip menurun, pemasangan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik, ekskursi dada membaik.

Intervensi: Manajemen Jalan Napas

a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

Rasional: Takipnea, dispnea, sesak napas, dan napas dangkal selama dialisis meunjukkan tekanan diafragma dari rongga peritoneal yang mengalami distensi atau dapat mengindikasikan terjadinya komplikasi

- b. Monitor bunyi napas tambahan (misal, gurgling, mengi, wheezing, rongkhi kering)

Rasional: Penurunan area ventilasi menunjukkan adanya atelektasis sedangkan suara napas tambahan dapat menunjukkan kelebihan cairan, sekresi yang tertahan atau infeksi.

- c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Rasional: Klien rentan terhadap infeksi paru akibat penurunan refleks batuk dan usaha napas, peningkatan kekentalan sekresi, perubahan respons imun dan penyakit yang melemahkan serta kronis.

- d. Posisikan semi fowler atau fowler

Rasional: Memfasilitasi ekspansi dada dan ventilasi serta mobilisasi sekresi

- e. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill

Rasional: Meredakan nyeri dan meningkatkan napas yang nyaman dan usaha batuk maksimal

- f. Berikan oksigen, jika perlu

Rasional: Memaksimalkan oksigen untuk pengambilan pembuluh darah sehingga mencegh atau meringankan hipoksia

- g. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

Rasional: Perubahan pada PaO₂ dan PaCO₂ serta tampilan infiltrat kongesti pada pemeriksaan sinar x dada menunjukkan terjadinya masalah paru

3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: Kekuatan nadi perifer meningkat, ejection fraction (EF) meningkat, cardiac index (CI) meningkat, stroke volume index (SVI) meningkat, palpitasi menurun, takikardi menurun, gambaran EKG aritmia menurun, lelah menurun, edema menurun, distensi vena jugularis menurun, dispnea menurun, oliguria menurun, pucat/sianosis menurun, ortopnea menurun, batuk menurun, suara jantung S3 menurun, suara jantung S4 menurun, berat badan menuun, hepatomegali menurun, tekanan darah membaik, capillary refill time (CRT) membaik.

Intervensi Keperawatan: Pemantauan Hemodinamik Invasif

a. Monitor frekuensi jantung

Rasional: Suara jantung S3/S4 dengan nada yang redam, takikardia, denyut jantung iregular, takipnea, dispnea, crackle, mengi dan edema, atau distensi jugular menunjukkan gagal jantung (*heart failure*)

b. Monitor curah jantung

Rasional: Hipertensi signifikan dapat terjadi karena gangguan sistem renin-angiotensin-aldosteron akibat disfungsi ginjal. Meskipun hipertensi umum terjadi, hipotensi ortostatik dapat terjadi karena kekurangan cairan intravaskular, respon terhadap efek medikasi antihipertensi atau temponade perikardial uremik

- c. Monitor perfusi perifer distal pada sisi insersi setiap 4 jam

Rasional: Adanya hipotensi tiba-tiba (bersama dengan nadi paradoksikal, tekanan nadi yang sempit, berkurang atau tidak adanya nadi perifer, JVD yang nyata, pucat, dan pemburukan mental yang cepat) dapat mengindikasikan temponade jantung yang merupakan kedaruratan medis.

- d. Dampingi pasien saat pemasangan dan pelepasan kateter jalur hemodinamik

Rasional: Pasien harus selalu didampingi keluarga

- e. Jelaskan dan tujuan prosedur pemantauan

Rasional: Ketidakseimbangan dapat mengubah konduksi listrik dan fungsi jantung

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka Toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 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 menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, aritmia saat aktivitas menurun, aritmia setelah aktivitas menurun, sianosis menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi napas membaik, EKG iskemia membaik

Intervensi Keperawatan: Manajemen Energi

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
Rasional: Dapat menggambarkan dampak anemia dan respon jantung yang diperlukan untuk menjaga sel tetap teroksigenasi
 - b. Monitor kelelahan fisik dan emosional
Rasional: Anemia dapat menyebabkan hipoksia serebral yang dimanifestasikan dengan perubahan pada kondisi mental, orientasi dan respon perilaku
 - c. Monitor pola dan jam tidur
Rasional: Pola tidur yang baik akan membantu menghilangkan kelelahan dan penurunan beban kerja jantung
 - d. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
Rasional: Dapat menurunkan oksigenasi jaringan dan meningkatkan kelelahan, yang dapat memerlukan intervensi, perubahan dalam aktivitas dan istirahat.
 - e. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah berjalan
Rasional: Dapat membantu pasien mendapat kondisi jantung yang optimal dan melatih secara bertahap toleransi aktivitas
 - f. Anjurkan tirah baring
Rasional: Dapat beristirahat di tempat tidur dan membatasi aktivitas sehari-hari
5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (dehidrasi dan edema)
- Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: Elastisitas meningkat, hidrasi

meningkat, perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, perdarahan menurun, kemerahan menurun, hematoma menurun, pigmentasi abnormal menurun, jaringan perut menurun, nekrosis menurun, abrasi kornea menurun, suhu kulit membaik, sensasi membaik, tekstur membaik

Intervensi: Perawatan Integritas Kulit

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (perubahan sirkulasi)

Rasional: Mengindikasikan area sirkulasi yang buruk dan kerusakan awal yang dapat mengarah ke pembentukan dekubitus dan infeksi

- b. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

Rasional: Menurunkan ketidaknyamanan, mempertahankan kekuatan otot dan mobilitas sendi, meningkatkan sirkulasi dan mencegah kerusakan kulit.

- c. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)

Rasional: Lotion dan salep dapat digunakan untuk mengurangi kulit kering dan pecah-pecah

- d. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi (buah dan sayur)

Rasional: Mengurangi iritasi kulit dan resiko kerusakan kulit

- e. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Rasional: Mandi baking soda dan pati jagung mengurangi rasa gatal dan sedikit menimbulkan efek kering dibandingkn sabun.

6. Defisit Nutrisi berhubungan dengan peningkatan metabolisme

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka Status Nutrisi membaik dengan kriteria hasil: Porsi makanan yang dihabiskan

meningkat, kekuatan otot pengunyah, kekuatan otot menelan meningkat, serum albumin meningkat, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat, penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat, penyiapan dan penyiapan minuman yang aman meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, sariawan menurun, rambut rontok menurun, diare menurun, berat badan membaik, frekuensi makan membaik. nasu makan membaik, bising usus membaik, membran mukosa mulut membaik.

Intervensi Keperawatan: Manajemen Nutrisi

a. Identifikasi status nutrisi

Rasional: Mengidentifikasi kekurangan nutrisi dan kebutuhan terapi, yang sangat beragam, bergantung pada usia klien, tahap penyakit ginjal, kondisi yang ada lainnya, dan jenis dialisis yang direncanakan

b. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Rasional: Untuk mengetahui hasil lab seperti glukosa, kadar protein serum atau albumin, haemoglobin, sel darah merah, zat besi, elektrolit, hormon dan suplemen sesuai indikasi seperti eritroprotein (EPO, epogen) dan infusi zat besi atau suplemen oral.

c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

Rasional: Menambahkan rasa lezat pada makanan agar mengurangi kebosanan dalam diet. Porsi kecil dapat meningkatkan asupan kalium, jenis dialisis yang memengaruhi pola makan, misalnya klien yang

menerima HD mungkin tidak diberikan makan secara langsung sebelum atau selama prosedur karena dapat mengganggu pengeluaran cairan, dan klien yang menjalani mungkin tidak mampu mengonsumsi makanan ketika abdomen terdistensi dengan dialisis.

- d. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

Rasional: Mengurangi ketidaknyamanan stomatitis oral dan rasa logam di mulut yang berkaitan dengan uremia, yang dapat mengganggu asupan makanan.

- e. Berikan suplemen makanan, jika perlu

Rasional: Mengganti kekurangan vitamin dan mineral akibat malnutrisi, anemia, atau kehilangan selama dialisis.

- f. Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional: Memberikan nutrisi yang cukup untuk meningkatkan energi dan mencegah pelisutan otot (katabolisme), meningkatkan regenerasi jaringan dan penyembuhan serta keseimbangan elektrolit.

- g. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dari jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

Rasional: Rujukan untuk menyusun program diet individu guna memenuhi kebutuhan budaya dan gaya hidup dalam pembatasan kalori dan protein yang spesifik disertai dengan mengendalikan konsumsi fosfor, natrium, dan kalium.

7. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: Verbalisasi kebingungan menurun,

verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, keluhan pusing menurun, anoreksia menurun, palpitasi menurun, frekuensi pernapasan menurun, frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun, diaforesis menurun, tremor menurun, pucat menurun, konsentrasi tidur membaik, kontak mata membaik, pola berkemih membaik.

Intervensi: Reduksi Ansietas

- a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal, kondisi, dan stressor)

Rasional: Membantu menentukan jenis intervensi yang diperlukan

- b. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Rasional: Mengetahui perasaannya merupakan hal yang normal dapat mengatasi ketakutan bahwa klien kehilangan kendali.

- c. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami

Rasional: Ketakutan terhadap hal yang tidak diketahui akan berkurang dengan pemberian informasi dan pengetahuan serta dapat meningkatkan penerimaan permanen

- d. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu

Rasional: Keterlibatan meningkatkan rasa berbagi, menguatkan perasaan berguna, memberi kesempatan untuk mengetahui kemampuan, individual dan dapat mengurangi ketakutan akan sesuatu yang tidak diketahui.

- e. Kolaborasi pemberian obat anti-ansietas, jika perlu

Rasional: Mengurangi kecemasan yang dirasakan

8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka tingkat pengetahuan membaik

Kriteria hasil: Prilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya meningkat

Intervensi Keperawatan: Edukasi Kesehatan

- a. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dampak diet, hal-hal yang harus diperhatikan pasien GGK

Rasional: Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi

- b. Jelaskan pengertian kelebihan dan kekurangan terapi hemodialisis serta prosedur hemodialisis

Rasional: Meningkatkan penyembuhan dan mencegah konstipasi, mengurangi resiko perdarahan pascaoperasi

- c. Jelaskan manfaat memonitor intake dan output cairan

Rasional: Untuk mengetahui manfaat memonitor intake dan output cairan pasien

- d. Jelaskan pentingnya dukungan keluarga

Rasional: Untuk mengetahui pentingnya dukungan keluarga pada pasien

G. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Purwadi, Kesuma, dan Sanjaya (2022) pelaksanaan merupakan langkah keempat dalam proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan perawatan) yaitu kegiatan pelaksanaan tindakan

dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik emosional. Pendekatan tersebut meliputi tindakan : independen, dependen dan interdependen.

Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktek keperawatan.

1. Independen

Tindakan keperawatan independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya^{33e}. Fungsi independen adalah fungsi mandiri keperawatan yang tidak bergantung pada profesi lain. Tindakan keperawatan merupakan suatu respon dimana perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan secara pasti berdasarkan pendidikan dan pengalaman. Lingkup tindakan independen keperawatan adalah :

- a. Mengkaji terhadap klien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan klien.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan sesuai respon klien yang memerlukan intervensi keperawatan.
- c. Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan.
- d. Melaksanakan rencana pengukuran untuk memotivasi, menunjukkan, mendukung dan mengajarkan kepada klien dan keluarga.
- e. Merujuk kepada tenaga yang lain jika ada indikasi dan diijinkan oleh tentag keperawatan.

f. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan dan medis. Partisipasi dengan consumers atau tenaga kesehatan lain dalam meningkatkan pelayanan kesehatan

2. Dependen

Tindakan dependen berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Meliputi memberikan obat-obatan, terapi intravena, tes diagnostik, pengobatan, diet, dan aktivitas atau istirahat. Pengkajian dan pemberian penjelasan saat menjalankan perintah medis juga merupakan bagian dari intervensi keperawatan dependen.

3. Interdependen

Tindakan keperawatan interdependen adalah suatu tindakan yang lebih memerlukan suatu kerjasama dengan tenaga kesehatan lain, misalnya pada ahli gizi, fisioterapi, tenaga sosial dan dokter.

H. Evaluasi Keperawatan

Menurut Sitanggang (2018) evaluasi merupakan penilaian menggunakan cara perbandingan kondisi klien (Hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat, evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan rencana mengenai kesehatan pasien dengan tujuan sudah ditetapkan, dilakukan dengan cara melibatkan pasien dan sesama tenaga kesehatan.

Evaluasi proses berfokus pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan, dan sesuai wewenang. Area yang menjadi perhatian pada evaluasi proses mencakup jenis informasi yang didapat pada saat wawancara dan

pemeriksaan fisik, validasi dari perumusan diagnosa keperawatan, dan kemampuan tehnikal perawat. Sedangkan evaluasi hasil pada respons dan fungsi klien. Respons perilaku klien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil.

BAB III TINJAUAN KASUS

Dalam BAB ini, penulis akan membahas mengenai “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.T dengan diagnosa medis CKD On HD di Ruang Penyakit Dalam Gedung D Lantai 14 Kamar 1401 RSUD Koja Jakarta Utara” yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 24 - 26 Maret 2023. Pembahasan dilakukan sesuai dengan tahap keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 24 Maret 2023 pukul 07.00 WIB. Data yang diperoleh melalui pengkajian, langsung kepada pasien, membaca rekam medis dan pengkajian melalui keluarga, dan perawat yang bertanggung jawab, pada pasien di ruangan penyakit dalam RSUD Koja. Data-data yang diperoleh adalah sebagai berikut:

1. Identitas Pasien

Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh data pasien bernama Tn.T jenis kelamin laki-laki, berusia 58 tahun, status perkawinan sudah menikah, agama Islam, suku bangsa Sunda/Indonesia, pendidikan terakhir SLTA, Bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, pekerjaan saat ini sebagai buruh

di pabrik, alamat Jl. Pengadengan Selatan III/14 RT/RW. 04/04, Pancoran Kota Jakarta Selatan, sumber biaya selama perawatan BPJS PBI, sumber informasi dari pasien, keluarga (istri), dan rekam medis.

2. Resume

Pada tanggal 23 Maret 2023 pukul 23.31 WIB pasien datang ke RSUD Koja melalui IGD dengan diagnosa medis CKD On HD. Pasien mengeluh lemas, pusing, mual, sejak 1 hari sebanyak 2x SMRS, pinggang sakit seperti kram, pasien mengatakan jarang minum air putih, lebih sering minum minuman yang berwarna seperti kukubima. Pasien mengatakan tangannya bengkak karena CDL nya sering mampet, pasien juga mengatakan gatal pada kulit, keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu karena faktor keturunan. Pasien masuk dalam keadaan sudah terpasang CDL di leher kiri. Pasien sebelumnya dipasang CDL di RS Persahabatan pada bulan September 2022 dan HD di RS Tebet selama 1 tahun dengan jadwal HD seminggu 2x pada hari senin dan kamis, pasien mengatakan rutin kontrol HD namun CDL sering mampet sehingga di rujuk ke RSUD Koja untuk mengganti CDL. Dari hasil pengkajian yang dilakukan, pasien tampak lemas, namun pasien masih mampu melakukan aktivitas mandiri, dan pasien tampak ada edema pada tangan sebelah kanan. Keadaan umum sedang dengan kesadaran compos mentis GCS E4M6V5. Tanda-tanda vital: TD: 150/84 mmHg, frekuensi nadi: 74x/menit, S: 36⁰c, frekuensi pernapasan: 20x/menit, TB 167 cm, BB 69 kg. Dengan hasil laboratorium pada **tanggal 23 maret 2023**: Hemoglobin *7.8 g/dL (13,5-18,0), jumlah leukosit $5.38 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (4.00-10.50), Hematokrit *22.3 %

(42.0-52.0), Jumlah trombosit $222 \times 10^3/\mu\text{L}$ (163-337), Jumlah eritrosit ***2.37** juta/uL (4.70-6.00), MCV 94 fL (78-100), MCH ***33** pg (27-31), MCHC 35 g/dL (32-36), RDW-CV 13.7 % (11.5-14.0), Basofil 0.4 % (0.2-1.2), Eusinofil 3.0 % (0.8-7.0), Leutrofil 56.1 % (34.0), Limfosit 29.2 % (21.8-53.1), Monosit 11.3 % (5.3-12.2). Kimia Klinik: PH ***7.490** (7.350-7.450), PaCO₂ ***29.2** mmHg (32.0-45.0), O₂ ***101.8** mmHg (95.0-45.0), Saturation 97.2 % (95.00-100.00). Elektrolit: Natrium (Na) 136 mEq/L (135-147), Kalium (K) 3.87 mEq/L (3.5-5.0), Clorida (Cl) 98 mEq/L (96-108) Ureum ***81.6** mg/dL (16.6-48/5) Kreatinin ***9.95** mg/dL (0.67-1.17), GFR (CKD EPI) ***5.5 mL/min/1.73 m²** (≥ 90 ; kondisi normal), gula darah sewaktu 77 mg/dL (10-200). Hasil **EKG tanggal 23 maret 2023** didapatkan irama sinus, ritme normal, dan left axis deviation. Hasil **radiologi tanggal 23 maret 2023** ditemukan tampak pneumonia, tidak ada kelainan pada jantung pasien dan tidak tampak efusi pleura.

Masalah keperawatan yang muncul adalah Perfusi Perifer Tidak Efektif, Hipervolemia, Nausea, Gangguan Integritas Kulit, Ansietas. Berdasarkan masalah tersebut sudah dilakukan beberapa tindakan mandiri maupun kolaborasi. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan pada **tanggal 24 maret 2023** yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, mengkaji adanya edema, mengkaji adanya gatal-gatal disekitar kulit, memantau tanda-tanda mual, menghitung intake dan output cairan. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu memberikan obat injeksi: granisentron 1x3mg IV pukul 12.00 WIB, omeprazole (omz) 2x1 IV pukul (12.00, 24.00). Obat oral: caco3 3x1gr (06.00, 12.00, 20.00), bicnat 3x1

(06.00, 12.00, 20.00), asam folat (12.00, 24.00), ranitidin 50 mg (07.00 WIB) dan ondansentron IV (07.00 WIB). Evaluasi secara umum pasien masih tampak sakit sedang dan masih merasa lemas, ureum pasien masih tinggi dan hemoglobin nya masih rendah.

3. Riwayat Keperawatan

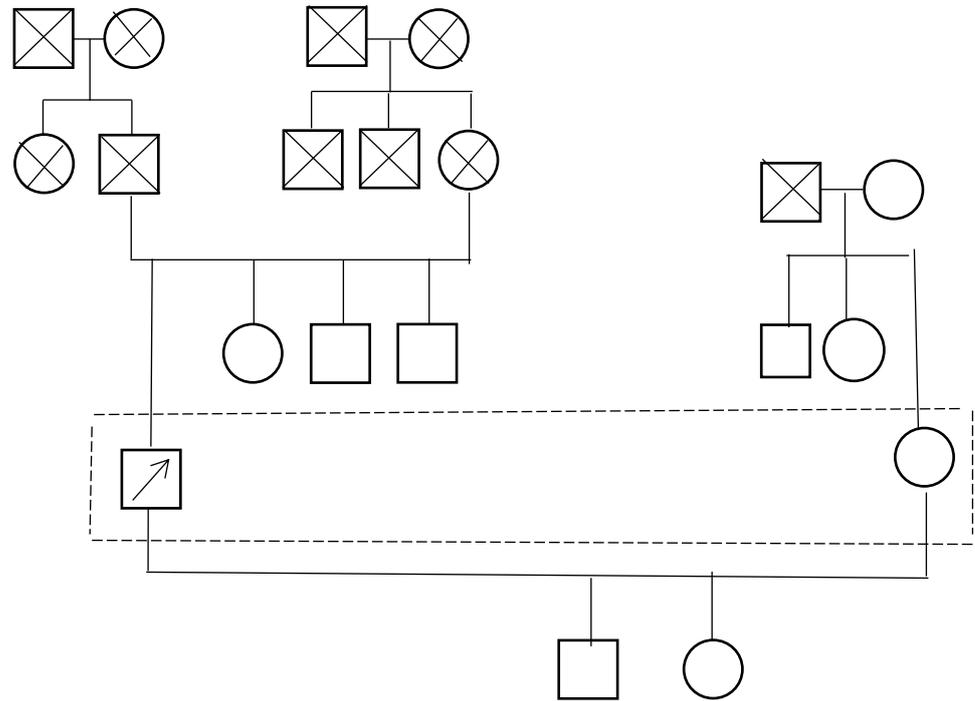
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama pasien saat ini adalah merasa lemas, pusing, tangan kanan bengkak, mual setelah minum obat, pinggang terasa sakit seperti kram saat beraktivitas, aktivitas pasien terbatas. Pasien mengatakan bahwa pasien saat ini malas makan, makan hanya setengah porsi.

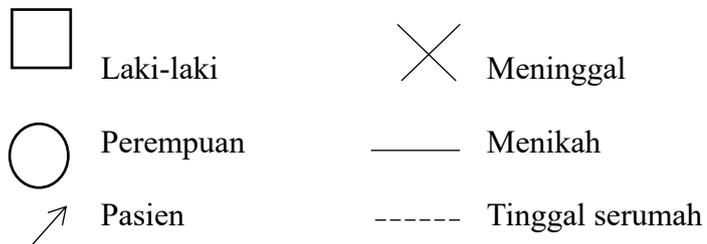
b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu karena faktor keturunan dari orang tua nya dan keluhannya juga tidak terlalu mengganggu pasien karena pasien rutin meminum obat amlodipine 5 mg, bisoprol 2.5 mg, caco3, bicnat, B12 dan asam folat. Pasien tidak memiliki riwayat kecelakaan, tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, binatang, maupun lingkungan, tidak memiliki riwayat penyakit batu ginjal, asam urat, diabetes melitus, hipertropi prostat.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan:



Pasien adalah anak pertama dari empat bersaudara, ayah pasien meninggal di usia 60 tahun, karena penyakit hipertensi, ibu pasien meninggal di usia 38 tahun karena penyakit hipertensi, pasien menderita hipertensi sejak 10 tahun yang lalu, saudara pasien tidak ada yang menderita hipertensi, pasien merupakan seorang suami dan memiliki satu orang istri dan 2 orang anak, satu laki-laki, dan satu perempuan.

Kedua anaknya sudah menikah dan tinggal bersama keluarga kecil nya masing-masing. Pasien hanya tinggal bersama istri nya saja.

d. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi faktor risiko

Istri pasien mengatakan orang tua pasien (ibu dan ayah) menderita hipertensi.

e. Riwayat Psikologis dan Spiritual

Orang terdekat pasien adalah istrinya, pasien mengatakan di dalam keluarga sebagai kepala keluarga, selama di rawat di RS, pasien tidak dapat menjalankan aktivitas dan perannya seperti bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarganya. Pola komunikasi dengan keluarga dua arah dan pengambilan keputusan selama sakit diambil istri. Dampak dari penyakit terhadap keluarga, kegiatan istri pasien seperti mengurus rumah terganggu karena harus menemani suaminya untuk kontrol HD dan menemani selama perawatan di RS. Istri pasien mengatakan cemas dengan kondisi suaminya apalagi ketika menjalankan HD. Pasien mengatakan bahwa masalah yang mempengaruhinya saat ini adalah pasien merasa lemas dan aktivitasnya terbatas bahkan tidak bisa merawat cucu-cucunya karena kondisinya yang tidak bisa melakukan aktifitas seperti sebelumnya. Mekanisme koping terhadap stress adalah dengan cara tidur dan hanya mendiampkannya. Pasien mengatakan hal sangat dipikirkannya saat ini adalah pekerjaannya, pasien juga mengatakan ingin segera pulang karena tidak nyaman berada di RS dan ingin bisa bertemu dan merawat cucu-cucunya. Perubahan yang

dirasakan setelah jatuh sakit adalah pasien tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari. Tidak ada nilai yang bertentangan dengan kesehatan. Aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan adalah sholat berjamaah dan mengaji.

f. Pola kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit: pasien makan 3x sehari, nafsu makan baik, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang membuat alergi, ada makanan pantangan pada pasien yaitu pasien dilarang makan-makanan yang bersantan, mengandung garam, tetapi pasien mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan jika di rasa ingin mual yaitu obat Omeprazole sebelum makan, saat makan tidak ada masalah kesulitan menelan ataupun mengunyah pada pasien, tidak menggunakan alat bantu makan.

Di Rumah Sakit : pasien makan 3x sehari, nafsu makan tidak baik, pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanan saja, makanan yang diberikan pada pasien adalah bubur, pasien mengatakan malas makan karena setelah makan langsung minum obat dan suka mual, minum pasien dibatasi 600 ml/hari, tidak ada makanan yang tidak disukai, ada makanan pantangan yaitu dilarang makan-makanan yang mengandung santan, dan garam, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit : BAK dirumah 3x/hari (300cc dalam 24 jam) warna kuning kecokelatan, BAK yang keluar sedikit, bau khas urine, pasien tidak menggunakan alat bantu. Pola BAB pasien 1x/hari, pada waktu yang tidak menentu, warna kuning kecokelatan, konsistensi padat, bau khas feses pada umumnya, tidak ada keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan laxatif.

Di Rumah Sakit : Pasien BAK 300cc warna kuning kecokelatan, BAK yang keluar sedikit, bau khas urine, pasien tidak menggunakan alat bantu, pasien mampu berdiri dan ke toilet sendiri. Selama 3 hari dirawat pasien belum pernah BAB, keluarga mengeluh pasien tidak mau BAB selama di Rumah Sakit, pasien tidak menggunakan laxatif.

3) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : pasien mandi 2x.hari pagi dan sore dengan menggunakan sabun cair, pasien menggosok gigi 2x/hari menggunakan odol, dan pasien mencuci rambut 3x/minggu dengan menggunakan shampo.

Di Rumah Sakit : pasien baru mandi 1x selama 3 hari di rawat di Rumah Sakit.

4) Pola Kebiasaan dan Tidur

Sebelum sakit : pasien tidur siang selama 1 jam/hari dan tidur malam selama 7 jam/hari, kebiasaan sebelum tidur pasien suka menonton tv.

Di Rumah Sakit : pasien tidur siang selama 2 jam/ hari dan tidur malam selama 7 jam/ hari, tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : pasien melakukan aktivitasnya dengan pekerjaannya pada waktu pagi dan siang hari, pasien tidak pernah berolahraga dan tidak memiliki keluhan dalam beraktivitas

Di Rumah Sakit : pasien hanya tiduran, duduk dan tidak melakukan aktivitas seperti sebelumnya.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit : pasien mengatakan pernah merokok sebanyak 2 bungkus habis dalam satu hari, namun pasien berhenti merokok setelah mengetahui penyakitnya, satu tahun yang lalu, pasien tidak mengkonsumsi alkohol dan tidak ketergantungan terhadap obat-obatan terlarang

Di Rumah Sakit : pasien tidak merokok, tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan obat-obatan terlarang.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Kesadaran pasien compos mentis dengan GCS E4M6V5, pasien memiliki berat badan 69 kg sebelum sakit dan sesudah sakit, tidak ada kenaikan atau penurunan berat badan, tinggi badan pasien 167 cm, tekanan darah 150/84 mmHg, frekuensi nadi 74x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu tubuh 36⁰c, keadaan umum pasien sakit sedang, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening pada pasien.

b. Sistem Penglihatan

Mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, kornea normal, sklera ikterik, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu membuka dan menutup mata dengan baik.

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga pasien normal kanan kiri,, tidak ada serumen, tidak ada cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak terdapat tinitus, fungsi pendengaran baik, tidak ada gangguan keseimbangan, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

d. Sistem Wicara

Pasien berbicara jelas, tidak ditemukan aphasia, dysatria, anarthia, aphonia, dysphasia, dan pelo.

e. Sistem Pernafasan

Jalan nafas bersih, tidak ada sesak, tidak menggunakan otot bantu, frekuensi nafasnya 20x/menit, irama teratur, pernafasan spontan, tidak ada batuk ataupun sputum, suara nafas vasikular, bentuk dada simetris, dan pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem Kardiovaskular

1) Sirkulasi Perifer

Nadi 74x/menit irama teratur, denyut kuat, tekanan darah 150/84 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis kanan dan kiri, tidak

tampak pucat, pengisian kapiler 2 detik, terdapat edema pada tangan sebelah kanan.

2) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut apical 74x/menit, irama teratur dan tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak terdapat sakit pada dada.

g. Sistem Hematologi

Pasien tampak pucat, tidak ada perdarahan saat pertama masuk rumah sakit. Hemoglobin *8.2 mg/dL (13.5-18.0), tidak ada bintik-bintik pada kulit, kulit tampak kering dan kasar.

h. Sistem Syaraf Pusat

Tidak ada keluhan sakit kepala (vertigo/migrain/dll), tingkat kesadaran compos mentis dengan GCS E4M6V5, tidak terdapat tanda-tanda peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK), reflek fisiologis normal, tidak ditemukan reflek patologis.

i. Sistem Pencernan

Keadaan mulut bersih, gigi pasien utuh, tampak tidak ada caries, tidak menggunakan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis, lidah tampak kotor salifa pasien normal, pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit mengalami muntah sejak 1 hari 2 kali, tidak ada nyeri daerah perut, pasien tidak mengalami diare, pasien belum pernah BAB selama 3 hari dirawat di rumah sakit.

j. Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton, pasien tidak terdapat luka ganggren, gula darah 77 mg/dL.

k. Sistem Urogenital

Balance cairan pasien intake 600 cc/24 jam, output 300 cc/24 jam, urine berwarna kuning jernih, bau khas urine, pasien tidak terdapat distensi kandung kemih, pasien mengatakan BAK keluar sedikit.

l. Sistem Integumen

Turgor kulit baik, temperature hangat, keadaan kulit baik, kondisi kulit didaerah pemasangan infus baik dan tidak ada phlebitis, dan kondisi kulit terdapat gatal-gatal, tidak terdapat kelainan pada kulit.

m. Sistem Muskuloskeletal

Ekstermitas baik, kemampuan pergerakan sendiri baik, kekuatan otot ekstermitas atas kanan 5555 dan kiri 5555, ekstermitas bawah kanan 5555 dan kiri 5555.

5. Data Tambahan

Keluarga mengatakan sudah pernah mendengar orang menderita gagal ginjal kronik, keluarga sudah mengetahui bahwa pasien menderita gagal ginjal sejak 1 tahun lalu, dengan ditandai pertama kali adanya yang tidak normal pada dirinya yaitu ketika BAK urine berbusa, dan kejadian ini berlangsung lama, selain itu pasien merasa lemas, mual dan sakit pinggang.

6. Data Penunjang

Pemeriksaan laboratorium darah dilakukan tanggal 24 Maret 2023

Darah lengkap: Hemoglobin ***8.2** g/dL (13.5-18.0), Jumlah Leukosit $5.89 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00-10.50), Hematokrit ***25.9** % (4.00-10.50), Jumlah Trombosit $217 \times 10^3/\mu\text{L}$ (163-337), Jumlah Eritrosit ***2.57** juta/uL (4.70-6.00), CV ***101** fL (78-100), MCH ***32** pg (27-31), Laju Endap Darah (LED) ***81**

mm/jam (0-10), Basofil 0.5 % (0.2-1.2), Eusinofil 3.4 % (0.8-7.0), Neutrofil 57.4 % (34.0-67.9), Limfosit 24.6 % (21.8-63.1).

Penatalaksanaan

Terapi Injeksi: Granisetron 1x3mg IV pukul (12.00 WIB), Omeprazole (omz) 2x1 IV pukul (12.00, 24.00 WIB), ondansetron IV (pukul 07.00 WIB), ranitidin 50 mg (07.00 WIB)

Terapi Oral: Caco3 3x1gr (06.00, 12.00, 20.00 WIB), Bicnat 3x1 (06.00, 12.00, 20.00 WIB), Asam folat (12.00, 24.00 WIB).

7. Data Fokus

Data Subjektif : Pasien mengatakan lemas, mual dan muntah sejak 1 hari 2x SMRS, pusing saat beraktivitas, sering minum minuman yang berwarna seperti kukubima. Pasien mengeluh gatal di kulit, mual setelah minum obat. Keluarga mengatakan pasien belum BAB sejak 3 hari di rawat di rumah sakit, pasien mengatakan rutin kontrol HD namun CDL sering mampet sehingga di rujuk ke RSUD Koja untuk mengganti CDL.

Data Objektif : Hasil lab: HB *8.2 mg/dL, Ureum *81.6 mg/dL, Kreatinin *9.95 mg/dL, Hematokrit 25.9% (4.00-10.50), eritrosit *2.57 juta/uL (4.70-6.00), LED 81, MCH 32 pasien tampak lemas, bising usus 12x/menit, pasien terpasang CDL di leher sebelah kiri, di RS saat ini sedang mampet, tangan kanan tampak bengkak, tampak pucat, akral hangat.

Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif : Pasien mengatakan lemas, pasien	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin

	<p>mengatakan pusing saat beraktivitas.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Hemoglobin *8.2 g/dL (13.5 - 18.0)</p> <p>Tekanan darah 150/84 mmHg, frekuensi nadi: 74x/menit</p> <p>Pengisian kapiler lebih dari 2 detik</p>		
2.	<p>Data Subjektif : Pasien mengatakan lemas, BAK keluar sedikit, pasien mengatakan di RS, minum dibatasi 600 cc/hari, pasien mengatakan saat di rumah jarang minum air putih, dan lebih sering minum minuman yang berwarna seperti kukubima.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Pasien edema di lengan kanan, dan tampak lemas.</p>	Hipervolemia	Gangguan mekanisme regulasi

	<p>Balance cairan/24 jam +210cc/24 jam, intake +1545cc/24 jam, outpun +1335cc/24 jam.</p> <p>GFR:5.5 mL/min/1.73m² (≥ 90 Kondisi normal)</p> <p>Ureum:*81.6 mg/dl (16.6 - 48.5)</p> <p>Kreatinin: *9.95 mg.dl (0.67 – 1.17)</p> <p>BAK sedikit (oliguria)</p> <p>Kadar HT *25.9 % (4.00- 10.50)</p>		
3.	<p>Data Subjektif : Pasien mengatakan mual sejak 1 hari 2x SMRS, pasien mengatakan mual setelah minum obat.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Ureum *81.6 mg/dL (16.6 - 48.5), Kreatinin *9.95 mg/dL (0.67 - 1.17), GFR (CKD EPI) *5.5</p>	Nausea	Gangguan mekanisme biokimia (uremia)

	mL/min/1.73 m ² . (> = 90 Dewasa)		
4.	<p>Data Subjektif : Pasien mengatakan gatal-gatal pada daerah kulit</p> <p>Data Objektif : Pasien tampak menunjukkan area kulit yang suka gatal-gatal</p> <p>Pasien tampak bengkak di tangan kanan</p> <p>Ureum: *81.6 mg/dL (7.350 - 7.450)</p> <p>Kreatinin: *9.95 mg/dL (0.67 - 1.17)</p>	Gangguan Integritas Kulit	Perubahan sirkulasi (ureum meningkat, edema, gatal)
5.	<p>Data Subjektif : Pasien mengatakan cemas dan gelisah jika mau HD, keluarga pasien juga mengatakan cemas terhadap pasien apalagi rutin HD, keluarga pasien mengatakan khawatir ketika mengetahui CDL pasien mampet terus</p>	Ansietas	Kekhawatiran mengalami kegagalan

	sehingga harus dirujuk ke RSUD Koja Data Objektif : Pasien gelisah, cemas, dan tegang, TD: 150/84 mmHg, Nadi 74x/menit		
--	--	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data di atas maka dirumuskan diagnosis keperawatan sesuai prioritas, yaitu :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
3. Nausea berhubungan dengan gangguan mekanisme biokimia (uremia)
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (ureum meningkat, edema, gatal)
5. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin

Data Subjektif : Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan pusing saat beraktivitas.

Data Objektif : Keadaan umum pasien sakit sedang, TTV : tekanan darah 150/84 mmHg, frekuensi nadi 74x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu

tubuh 36⁰c, CRT lebih dari 2 detik, tampak pucat, Hemoglobin pasien rendah *8.2 g/dL (13.5 - 18.0), ureum *8.1mg/dL, kreatinin *9.95 mg/dL (0.67 - 1.17)

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi perifer meningkat.

Kriteria Hasil : Edema perifer menurun, pengisian kapiler membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan arteri rata-rata membaik, HB meningkat dari *7.8 g/dL (tanggal 23 maret 2023) jadi *8.2 g/dL (tanggal 24 maret 2023), dan meningkat jadi 10.0 g/dl, nilai normal HB (13 .5- 18.0)

Rencana Tindakan :

- a. Periksa perfusi sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna kulit, suhu tubuh)
- b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (hipertensi)
- c. Anjurkan berhenti merokok
- d. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, jika dirumah (amlodipine 5 ml)
- e. Berikan makan untuk asupan Fe
- f. Kolaborasi pemberian obat untuk meningkatkan hormon eritroprotein.

Pelaksanaan:

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 08.00 memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 150/84 mmHg, nadi 74x/menit, frekuensi nafas 20x/menit saturasi oksigen 99%, suhu tubuh 36⁰c.

Pukul 08.30 memeriksa sirkulasi perifer, hasil terdapat adanya edema pada tangan kanan pasien, pengisian kapiler >2detik, mengidentifikasi faktor risiko

gangguan sirkulasi, hasil pasien memiliki riwayat hipertensi 10 tahun yang lalu namun sampai saat ini pasien masih rutin meminum obat penurun tekanan darah tinggi (amlodiphin 5 ml) jika di rumah, pasien terkena hipertensi karena faktor keturunan dari ayah dan ibu pasien. Pukul 10.00 memonitor status pernapasan, hasil frekuensi napas 20x/menit, saturasi oksigen 99%.

Pukul 11.45 memberikan makan untuk asupan Fe, hasil pasien diberikan makanan berupa tinggi vitamin C seperti sayuran berdaun hijau, dan buah pepaya dan melon. Pukul 13.00 mengkolaborasi pemberian obat untuk meningkatkan hormon eritroprotein, hasil pasien diberikan obat asam folat 2 x 1gr untuk membantu mengobati kekurangan sel darah merah dan bicnat 3 x 1gr untuk menetralkan kandungan asam pada darah dan juga menormalkan urine yang terlalu asam. Pukul 15.00 menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan, hasil pasien mengatakan pusing, dan lemas, bengkak pada lengan kanan karena CDL mampet. Pukul 20.00 memonitor tanda-tanda vital TD 128/96 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36⁰c.

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 08.00 memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 175/72 mmHg, nadi 81x/menit, frekuensi nafas 20x/menit saturasi oksigen 100%, suhu tubuh 36⁰c. Pukul 08.30 memeriksa sirkulasi perifer, hasil pengisian kapiler >2detik, Pukul 10.00 memonitor status pernapasan, hasil frekuensi napas 20x/menit, saturasi oksigen 99%. Pukul 11.45 memberikan makan untuk

asupan Fe, hasil pasien diberikan makanan berupa tinggi vitamin C seperti sayuran hijau, dan buah pepaya dan melon.

Pukul 13.00 mengkolaborasi pemberian obat untuk meningkatkan hormon eritroprotein, hasil pasien diberikan obat asam folat 2 x 1gr untuk membantu mengobati kekurangan sel darah merah dan bicnat 3 x 1gr untuk menetralkan kandungan asam pada darah dan juga menormalkan urine yang terlalu asam.

Pukul 15.00 menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan, hasil pasien menginformasikan bahwa masih terasa pusing, lemas berkurang, masih ada bengkak pada lengan kanan karena CDL mampet Pukul 20.00 memonitor tanda-tanda vital TD 173/97 mmHg, frekuensi nadi 74x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36⁰c.

Tanggal 26 Maret 2023

Pukul 08.00 memonitor tanda-tanda vital, tekanan darah 161/88 mmHg, nadi 81x/menit, frekuensi nafas 20x/menit saturasi oksigen 99%, suhu tubuh 36⁰c.

Pukul 10.00 memonitor panas, nyeri atau bengkak, hasil pasien mengatakan nyeri setelah dilakukan operasi pengganti CDL agar tidak macet, edema pada lengan menurun. 11.00 memberikan terapi obat obat as folat 2 x 1gr untuk membantu mengobati kekurangan sel darah merah dan bicnat 3 x 1gr untuk menetralkan kandungan asam pada darah dan menormalkan urine yang terlalu asam, hasil pasien sudah diberikan sesuai dengan dosis dan jam pemberian. Pasien sudah diberikan terapi sesuai dosis dan jam pemberian.

Pukul 12.00 mempertahankan suhu tubuh dan memonitor status pernafasan, hasil suhu tubuh pasien 36.2⁰, frekuensi nafas 20x/menit. Pukul 13.00 memberikan makan untuk asupan Fe, hasil pasien diberikan makanan berupa

tinggi vitamin C seperti sayuran hijau, dan buah pepaya dan melon. Pukul 19.00 informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan, hasil pasien mengatakan masih terasa pusing, lemas berkurang, lengan kanan sudah tidak ada edema. Pukul 20.00 memonitor tanda-tanda vital TD: 184/90 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36⁰, HB *8.2 g/dL.

Evaluasi 26 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan lemas berkurang, lengan kanan sudah tidak ada edema, pasien mengatakan masih pusing.

Data Objektif : Keadaan umum pasien tampak membaik namun masih terlihat lemah, saat ini pasien tampak seperti orang menaham nyeri setelah operasi penggantian CDL. Tanda-tanda vital, tekanan darah masih tinggi TD 184/90 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36⁰c, tidak dilakukan pemeriksaan HB kembali, HB terakhir *8.2 g/dL.

Analisa : Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan Tindakan selanjutnya : Intervensi dilanjutkan memeriksa sirkulasi perifer, monitor kemerahan, nyeri, atau bengkak.

2. Hipervolemia berhubungan Gangguan Mekanisme Regulasi

Data Subjektif : Pasien mengatakan lemas, BAK keluar sedikit, pasien mengatakan saat di rumah lebih sering minum minuman yang berwarna seperti kukubima.

Data Objektif : Keasadaran compos mentis, terdapat edema di tangan kanan, tidak terdapat asites, tidak mengalami kenaikan berat badan, berat badan pasien 69 kg, tampak lemas, urine yang keluar 300cc dalam 24 jam,

makan ½ porsi 3x/hari, tekanan darah 150/84 mmHg, frekuensi nadi 74x/menit, intake cairan 1545 cc, output cairan 1335 cc, maka balance cairan +210 cc, GFR:5.5 mL/min/1.73m² (>=90 Kondisi normal), ureum:*81.6 mg/dl (16.6 - 48.5), Kreatinin: *9.95 mg.dl, (0.67 – 1.17), kadar HT *25.9% (4.00 - 10.50).

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan keseimbangan cairan meningkat

Kriteria Hasil : Haluaran urine meningkat, edema menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik.

Rencana Tindakan: Manajemen Hipervolemia

- a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema)
- b. Monitor status hemodinamik (frekuensi nadi, tekanan darah)
- c. Monitor intake dan output cairan
- d. Monitor tanda hemokonsentrasi (hematokrit)
- e. Batasi asupan cairan
- f. Ajarkan cara membatasi cairan
- g. Kolaborasi pemberian diuretik

Pelaksanaan

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 08.00 memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, hasil pasien edema pada tangan sebelah kanan, BAK keluar sedikit, dan tampak lemas. Pukul 09.00 memonitor status hemodinamik, hasil frekuensi nadi 74x/menit, tekanan darah 150/84 mmHg, Pukul 10.00 memonitor intake dan output cairan, hasil pasien kelebihan cairan, intake cairan 1545 cc/24 jam output

cairan 1335 cc/24 jam maka balance cairan +210 cc/24 jam. Pukul 10.30 membatasi asupan cairan pasien, hasil pasien dibatasi minum 600cc dalam 24 jam. Pukul 11.00 memonitor tanda hemokonsentrasi, hasil hematokrit *25.9 %.

Pukul 12.00 memonitor TTV; tekanan darah 150/88 mmHg, frekuensi nadi 74x/menit, Pukul 12.30 mengkolaborasi pemberian obat, hasil pasien diberikan obat oral bicnat 3 x 1gr, caco3 3 x 1gr. Pukul 13.00 menganjurkan istirahat yang cukup, hasil pasien dapat istirahat tidur 2 sampai 3 jam. Pukul 16.00 mengajarkan cara membatasi cairan, hasil pasien dan keluarga telah diajarkan cara membatasi cairan dengan memberitahu untuk minum 600cc/24 jam atau sama dengan satu botol sedang, hasil pasien dan keluarga sudah mengetahui cara membatasi cairannya.

Pukul 19.00 memberikan makan lunak melalui oral, hasil pasien makan ½ porsi. Pukul 20.00 memberikan obat oral caco3 3x1 dan bicnat 3x1, pasien meminum obat sesuai program. Pukul 22.00 menganjurkan pasien istirahat dan tidur, hasil pasien tidur nyenyak 6-7 jam.

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 08.00 memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, hasil pasien masih ada edema pada tangan sebelah kanan, BAK keluar masih sedikit, dan masih tampak lemas. Pukul 09.00 memonitor status hemodinamik, hasil frekuensi nadi 81x//menit, tekanan darah 175/72 mmHg. Pukul 10.00 memonitor intake dan output cairan, hasil pasien kelebihan cairan dengan intake cairan 1860 cc/24 jam, output cairan 1635 cc/24 jam, maka balance cairan +225 cc.

Pukul 11.00 meninggikan tempat tidur 30-40⁰, hasil tempat tidur pasien telah diatur 30-40⁰.

Pukul 12.00 menganjurkan istirahat yang cukup, hasil pasien dapat istirahat tidur 2 sampai 3 jam. Pukul 19.00 memberikan makan lunak melalui oral, hasil pasien makan ½ porsi. Pukul 20.00 menganjurkan istirahat dan tidur, hasil tidur malam pasien 6 - 7 jam.

Tanggal 26 Maret 2023

Pukul 08.00 memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, hasil edema menurun, pada tangan sebelah kanan, BAK tidak ada keluhan dan pasien mengatakan lemas berkurang. Pukul 09.00 memonitor status hemodinamik, hasil frekuensi nadi 87x//menit, tekanan darah 168/92 mmHg. Pukul 12.00 memonitor intake dan output cairan, hasil pasien kelebihan cairan dengan intake cairan 1360 cc/24 jam, output cairan 1235 cc/24 jam, maka balance cairan Input-Output 1360 cc-1235 cc = +125 cc.

Pukul 13.00 memberikan makan melalui oral, hasil pasien makan 1 porsi habis. Pukul 20.00 menganjurkan pasien untuk tidak lagi meminum minuman berwarna seperti kukubima, hasil pasien mau mematuhi untuk tidak sering minum-minuman berwarna. Pukul 22.00 menganjurkan pasien istirahat dan tidur cukup hasil pasien tidur nyenyak 6 - 7 jam.

Evaluasi 26 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan lemas berkurang, lengan yang terdapat edema sudah membaik, keluhan BAK sudah tidak ada

Data Objektif : Kesadaran compos mentis, pasien tampak masih lemas, membaik namun masih tampak, sudah tidak ada edema pada lengan kanan

tanda-tanda vital tekanan darah 168/92 mmHg, frekuensi nadi pasien 87x//menit, frekuensi nafas 20x/menit, balance cairan intake 1360 cc/24 jam – output 1235 cc/jam = +125 cc

Analisa : Tujuan tercapai sebagian

Perencanaan Tindakan selanjutnya : Intervensi dilanjutkan: memonitor intake dan output cairan, pantau pemberian asupan cairan, anjurkan lebih banyak minum air putih daripada minuman berwarna.

3. Nausea berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Biokimiawi (uremia)

Data Subjektif : Pasien mengatakan mual dan muntah 2x sejak 1 hari SMRS, pasien mengatakan mual setelah minum obat, pasien mengeluh tidak nafsu makan, pasien juga mengatakan ada rasa ingin muntah.

Data Objektif : Ureum *81.6 mg/dL (16.6 - 48.5), Kreatinin *9.95 mg/dL (0.67 - 1.17), GFR (CKD EPI) *5.5 mL/min/1.73 m². (> = 90 Dewasa)

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nausea menurun.

Kriteria Hasil : Keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, nafsu makan meningkat

Rencana Tindakan :

- a. Identifikasi pengalaman mual
- b. Identifikasi faktor penyebab mual (ureum dan kreatinin)
- c. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual
- d. Monitor asupan nutrisi dan kalori
- e. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup

f. Kolaborasi pemberian antiemetik

Pelaksanaan

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 07.15 melakukan tindakan pemberian ondansetron 4 mg, dan ranitidin 50 mg melalui IV. Pukul 08.15 memonitor tanda-tanda vital pasien, hasil TD 150/84 mmHg, frekuensi nadi 74x/menit, frekuensi nafas 20x/menit saturasi oksigen 99%, suhu tubuh 36⁰c. Pukul 08.45 mengidentifikasi pengalaman mual, hasil pasien mual 2x sejak 1 hari SMRS. Pukul 09.30 mengidentifikasi faktor penyebab mual, hasil ureum tinggi *81.6 mg/dL (16.6-48.5), Kreatinin tinggi *9.95 mg/dL (0.67 -1.17). Pukul 10.00 mengidentifikasi dampak terhadap mual, hasil pasien mengatakan mual dan rasa ingin muntah setelah meminum obat, sehingga membuat pasien tidak nafsu makan.

Pukul 12.00 mengidentifikasi antiemetik untuk mencegah mual, hasil pasien telah diberikan obat granisetron 3 cc dan omperazole 10 cc untuk mencegah adanya mual pada pasien sehingga mual pasien berkurang. Pukul 12.30 memonitor tanda-tanda vital, hasil TD 150/84 mmHg, frekuensi nadi 69x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36⁰c, SPO2 99%. Pukul 13.00 memonitor asupan nutrisi dan kalori, hasil makan habis ½ porsi.

Pukul 14.00 menganjurkan sering membersihkan mulut, hasil pasien mengatakan gosok gigi hanya pagi hari. Pukul 19.00 menganjurkan untuk pasien segera istirahat dan tidur, hasil pasien telah istirahat dan tidur dengan cukup. Pukul 20.00 memonitor tanda-tanda vital TD 128/96 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36⁰c. Pukul 22.00

menganjurkan menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup, hasil pasien dapat istirahat dan tidur 6 sampai 7 jam.

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 07.15 melakukan tindakan pemberian ondansentron 4 mg, dan ranitidin 50 mg melalui IV . Pukul 08.30 memonitor tanda-tanda vital, hasil TD 175/72 mmHg, frekuensi nadi 81x/menit, frekuensi nafas 20x/menit saturasi oksigen 100%, suhu tubuh 36.5⁰c. Pukul 09.00 memeriksa kondisi pasien, hasil pasien masih mual tetapi rasa ingin muntah pada pasien sudah berkurang. Pukul 10.00 memonitor asupan nutrisi dan kalori, hasil pasien makan hanya habis ½ porsi.

Pukul 12.00 mengkolaborasi pemberian antiemetik, pasien mendapat granisetron 3 cc dan omeprazol 10 cc untuk mencegah mual pasien. Pukul 13.00 menganjurkan untuk pasien segera istirahat dan tidur, hasil pasien telah istirahat dan tidur dengan cukup tidur pasien 1 sampai 2 jam. Pukul 19.00 memonitor asupan nutrisi dan kalori, pasien makan habis 1 porsi dan pasien diberikan buah pepaya dan melon sesuai anjuran. Pukul 20.00 melakukan tindakan kolaborasi pemberian antiemetik, hasil pasien diberikan granisetron 3 cc dan omeprazol 10 cc sesuai waktu pemberian. Pukul 22.00 menganjurkan menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup, hasil pasien dapat istirahat dan tidur 6 sampai 7 jam.

Tanggal 26 Maret 2023

Pukul 07.00 melakukan tindakan pemberian ondansentron 4 mg, dan ranitidin 50 mg melalui IV. Pukul 08.15 memonitor tanda-tanda vital, hasil TD 168/92 mmHg, nadi 87x/menit, frekuensi nafas 21x/menit saturasi oksigen 100%,

suhu tubuh 36^0c . Pukul 09.00 memantau keadaan pasien hasil pasien sudah tidak mual. Pukul 10.00 mengidentifikasi faktor penyebab mual, hasil pasien sudah tidak mual setelah diberikan obat dan sudah tidak ada rasa ingin muntah. pukul 10.00 memonitor asupan nutrisi dan kalori, hasil pasien makan habis masih $\frac{1}{2}$ porsi.

Pukul 12.00 mengkolaborasi pemberian antriemetik, pasien mendapat mendapat granistron 3 cc dan omeprazole 5 cc untuk mencegah mual pasien. Pukul 12.30 menganjurkan untuk pasien segera istirahat dan tidur, hasil pasien telah istirahat dan tidur cukup Pukul 13.00 memonitor tekanan darah, hasil TD 175/72 mmHg. Pukul 20.00 memonitor asupan nutrisi dan kalori, pasien makan habis 1 porsi. Pukul 22.00 menganjurkan menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup, hasil pasien dapat istirahat dan tidur 6 sampai 7 jam.

Evaluasi 26 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak mual, muntah sudah tidak ada sejak dirawat di rumah sakit. Keluarga mengatakan pasien sudah mendapat terapi obat injeksi untuk mencegah mual, pasien dan keluarga mengatakan telah diberikan buah melon dan papaya sesuai anjuran.

Data Objektif : Keadaan umum sedang, TTV: tekanan darah 175/72 mmHg, frekuensi nadi 87x/menit, frekuensi napas 21x/menit saturasi oksigen 100%, suhu tubuh 36^0c , pasien masih tampak pucat.

Analisa : Tujuan sudah tercapai

Perencanaan Tindakan selanjutnya: Intervensi dihentikan

4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Perubahan Sirkulasi (ureum meningkat, edema, gatal)

Data Subjektif : Pasien mengatakan gatal-gatal pada daerah kulit lengannya

Data Objektif : Pasien tampak menunjukkan area kulit yang suka gatal-gatal, kondisi kulit pasien tampak terdapat gatal-gatal, kondisi kulit lengan kering bersisik dengan Ureum *81.6 mg/dL (16.6 - 48.5),

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam integritas kulit dan jaringan meningkat

Kriteria Hasil : Elastisitas meningkat, perfusi jaringan meningkat, hematoma menurun, tekstur kulit membaik

Perencanaan Keperawatan:

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
- b. Pantau kondisi kulit pasien
- c. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering
- d. Menganjurkan menggunakan pelembaban pada kulit kering (lotion, minyak zaitun)

Pelaksanaan

Tanggal 24 Maret 2023

Pukul 08.00 mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, hasil pasien mengalami gatal-gatal pada bagian leher dan lengan. Pukul 10.00 memantau kondisi kulit pasien, hasil kulit pada lengan pasien tampak kering bersisik, dan pasien menunjukkan area kulit yang gatal. Pukul 12.00 menganjurkan pelembab atau lotion dan minyak, hasil keluarga pasien

memahami untuk selalu memberikan lotion dan minyak zaitun untuk mengurangi kulit keringnya.

Pukul 11.00 memberi makan rendah protein, hasil pasien diberikan makanan rendah protein. Pukul 15.00 menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, hasil pasien telah dianjurkan makan buah melon dan pepaya, dan sayuran berdaun hijau. Pukul 19.00 memeriksa kondisi pasien, hasil pasien telah diberikan lotion untuk meredakan gatal nya sebelum istirahat dan tidur.

Tanggal 25 Maret 2023

Pukul 07.00 memantau kondisi kulit pasien, hasil kulit pada lengan pasien masih tampak kering bersisik, dan pasien menunjukkan area kulit yang gatal.

Pukul 11.00 memberi makan rendah protein dapat mengurangi gejala uremia, menurunkan proteinemia, dan memperlambat inisiasi dialisis, hasil pasien diberikan makanan rendah protein seperti nasi, sayur bayam, ikan bumbu acar dan buah pepaya.

Pukul 15.00 menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, hasil pasien telah dianjurkan memakan buah dan sayur. Pukul 19.00 menganjurkan menggunakan lotion, hasil pasien sudah tersedia lotion dan minyak zaitun. Pukul 22.00 memeriksa kondisi pasien, hasil pasien tampak menunjukan area gatal nya dan menggaruknya.

Tanggal 26 Maret 2023

Pukul 07.00 memantau kondisi kulit pasien, hasil kulit pada lengan pasien masih tampak kering bersisik, dan pasien menunjukkan area kulit yang gatal.

Pukul 12.00 menganjurkan pelembab atau lotion dan minyak, hasil keluarga pasien sudah memberikan lotion dan minyak zaitun untuk mengurangi kulit

keringnya. Pukul 13.00 menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem, hasil pasien dan keluarga menuruti anjuran dokter. Pukul 17.00 menganjurkan mandi dan menggunakan sabun yang cukup, hasil pasien mandi 1x sehari di rumah sakit. Pukul 20.00 memeriksa kondisi pasien, hasil pasien mengatakan suah tidak ada gatal.

Evaluasi 26 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak merasakan gatal pada area kulit di lengan setelah mendapat perawatan.

Data Objektif : Kondisi kulit pasien tampak tidak ada kemerahan, tidak ada bintik-bintik, gatal sudah berkurang setelah penggantian CDL dan mendapat perawatan, suhu kulit 36.5⁰c. namun ureum masih meningkat, dan tidak dilakukan pemeriksaan diagnostik.

Analisa : Tujuan belum tercapai

Perencanaan Tindakan Keperawatan : Intervensi dilanjutkan periksa kembali pemeriksaan diagnostik, periksa kondisi kulit pasien.

5. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Data Subjektif : Pasien mengeluh pusing, pasien mengatakan cemas saat HD dan gelisah takut mengalami kegagalan lagi karena sebelumnya macet terus dan dirujuk ke RS Koja akan dilakukan operasi penggantian CDL, keluarga pasien juga mengatakan cemas terhadap pasien apalagi pasien rutin HD, keluarga pasien mengatakan khawatir ketika mengetahui CDL pasien mampet.

Data Objektif : Pasien tampak gelisah, cemas, pasien tampak pusing dan tegang, TD: 150/84 mmHg, Nadi 74x/menit

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka Tingkat ansietas menurun.

Kriteria Hasil : Perilaku gelisah menurun, keluhan pusing menurun, frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun.

Rencana Keperawatan :

- a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)
- b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- c. Dengarkan dengan penuh perhatian
- d. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- e. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami
- f. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- g. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien

Pelaksanaan

Tanggal 24 Maret 2023

Pada pukul 06.15 mengidentifikasi tingkat ansietas, hasil pasien mengatakan cemas dan khawatir jika akan melakukan HD, saat ini pasien sedang mengkhawatirkan penggantian CDL, Pasien mengatakan cemas karena takut CDL nya mampet lagi. Keluarga pasien mengatakan cemas terhadap kondisi suaminya. Pukul 09.00, mendengarkan pasien dengan penuh perhatian, pasien menceritakan keluhan yang dirasakan nya dengan kecemasan yang dialaminya. Pukul 09.15 memotivasi pasien mengenai situasi yang sedang dialaminya agar tidak khawatir dan berpikiran buruk lebih jauh.

Pukul 12.00 menjelaskan prosedur pada keluarga mengenai yang mungkin dialami, keluarga pasien sudah memahaminya. Pukul 16.00 menginformasikan kepada pasien dan keluarga mengenai pengobatan, keluarga sudah mengetahui terkait pengobatan yang akan dijalani pasien. Pukul 21.00 menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, pasien tampak selalu di temani oleh istrinya. Pukul 20.00 menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup, hasil pasien tampak tidur nyenyak 6-7 jam. Pukul 21.00 melatih teknik relaksasi, hasil pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi cemas nya.

Tanggal 25 Maret 2023

Pada pukul 06.15 mengidentifikasi tingkat ansietas, saat ini pasien masih mengkhawatirkan penggantian CDL yang akan dilakukan hari ini. Keluarga pasien mengatakan cemas terhadap kondisi pada suaminya. Pukul 09.00 menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, hasil pasien sudah ditemani oleh istrinya, mendengarkan pasien dengan penuh perhatian, pasien menceritakan keluhan yang dirasakan nya dengan kecemasan yang dialaminya.

Pukul 12.00 memotivasi pasien mengenai situasi yang sedang di alami nya agar tidak khawatir dan berpikiran buruk lebih jauh, hasil pasien dan keluarga tidak terlalu mencemaskan terhadap prosedur yang akan dijalannya saat penggantian CDL nanti. Pukul 17.00 menginformasikan kepada pasien dan keluarga mengenai pengobatan, keluarga sudah mengetahui terkait pengobatan yang akan dijalani pasien. Pukul 19.00 menganjurkan

keluarga untuk tetap bersama pasien, pasien tampak selalu di temani oleh istrinya

Tanggal 26 Maret 2023

Pada pukul 08.00 mengidentifikasi tingkat ansietas, hasil pasien mengatakan sudah tidak cemas lagi karena operai penggantian CDL nya berhasil dan tidak macet lagi, keluarga pasien mengatakan sudah sedikit lega dengan perkembangan suami nya yang sudah membaik. Pukul 10.00 menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, pasien tampak sudah ditemani oleh istrinya. Pukul 15.00 memotivasi pasien dan keluarga agar tidak terlalu cemas, hasil pasien dan keluarga tampak sudah termotivasi dan sudah tidak tampak gelisah pada raut wajahnya. Pukul 20.00 menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, pasien tampak selalu di temani oleh istrinya. Pukul 22.00 mengajurkan pasien istirahat cukup, hasil pasien telah difasilitasi istirahat dengan cukup.

Evaluasi 26 Maret 2023

Data Subjektif : Pasien dan keluarga sudah jauh lebih lega dengan perkembangan dan kondisi pasien yang sudah membaik dan tidak ada masalah selama penggantian CDL, CDL pasien tidak macet lagi.

Data Objektif : Pasien tampak sudah tidak gelisah, tidak cemas, dan jauh lebih berfikir positif untuk kondisi pasien.

Analisa : Tujuan sudah tercapai

Perencanaan Keperawatan : Intervensi dihentikan

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan pada saat penulis memberikan asuhan keperawatan pada Tn.T Dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) Ruang Penyakit Dalam Gedung D Lantai 14 Kamar 1401 RSUD Koja Jakarta Utara yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 24 Maret sampai 26 Maret 2023. Pembahasan akan dilakukan sesuai dengan tahapan - tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Data yang di kumpulkan penulis meliputi data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui pengkajian fisik, observasi pasien, dan wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga, sedangkan data sekunder diperoleh melalui catatan rekam medis dan tim medis lainnya. Berdasarkan dari hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan sebagai berikut:

Pada tahap pengkajian dapat penulis simpulkan yang menjadi salah satu faktor penyebab GGK pada pasien adalah hipertensi, dimana pasien mempunyai riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu. Hal ini sesuai dengan teori dimana hipertensi menyebabkan pembuluh darah mendapatkan tekanan yang cukup besar. Pada kasus dan teori juga terdapat gangguan gastrointestinal yaitu adanya mual, dan muntah dikarenakan adanya penumpukan urea di dalam darah.

Pada manifestasi klinis terdapat kesenjangan teori Wijaya Andra (2013) dengan kasus, pada teori terdapat gangguan muskuloskeletal yaitu nyeri pada tulang dan gangguan pulmoner yaitu batuk dengan sputum kental, sedangkan dalam kasus penulis tidak menemukan manifestasi tersebut dengan dibuktikan data subjektif pasien mengatakan tidak ada nyeri pada tulang, tidak ditemukan kelainan bentuk tulang pada pasien, dan tidak ada keluhan batuk dengan sputum kental. Sedangkan pada saat pengkajian didapatkan manifestasi klinik pucat, gatal-gatal, mual dan muntah, kondisi ini disebabkan karena adanya akumulasi ureum di dalam darah sehingga kadar ureum ke kulit menyebabkan rasa gatal pada kulit dan jika di garuk akan terjadi gangguan integritas kulit, sementara kadar ureum ke mulut menyebabkan rasa tidak enak sehingga pasien mual dan rasa ingin muntah. Hal tersebut sesuai dengan teori menurut Purwanto (2016).

Terdapat komplikasi yang tidak sesuai antara teori menurut Hidayat (2021) dengan kasus, seperti terdapat osteodistrofi renal yaitu kelainan pada tulang, Pada keadaan ini GGK mempertahankan keseimbangan kadar kalsium dan fosfat dalam darah. Sedangkan pada kasus tidak ditemukan osteodistrofi renal dibuktikan dengan data objektif kadar kalium normal dengan hasil 3.87 mEq/L (3.5 - 5.0) dimana jika kadar kalium lebih rendah dari angka tersebut, maka pasien didiagnosis menderita hipokalemia.

Pada pemeriksaan diagnostik ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada pasien, dimana menurut teori Kardiyudiyani dan Susanti (2019) pada pemeriksaan diagnostik dengan GGK dilakukan beberapa pemeriksaan diagnostik yaitu tes darah, tes urine, tes USG, dan biopsi. Kemudian teori menurut Anggraini (2022) dilakukan pemeriksaan diantaranya urinalisis,

pemeriksaan fungsi ginjal, pemeriksaan radiologis (foto thorax, pielografi intravena, USG, pemeriksaan renografi) dan pemeriksaan hispatologi ginjal.

Adapun pada kasus pemeriksaan yang dilakukan hanya pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan EKG, dan pemeriksaan radiologi. Sedangkan pada saat pengkajian hanya dilakukan pemeriksaan laboratorium dan kolaborasi obat saja. Sebagian pemeriksaan diagnostik tidak dilakukan pada pasien yaitu, biopsi ginjal dan pemeriksaan hispatologi, pemeriksaan urinalisis, fungsi ginjal, pielografi intravena, renografi atau pemindaian ginjal, dan biopsi ginjal dibuktikan bahwa pasien sudah menderita GGK sejak 1 tahun dan sudah dilakukan HD setiap 2 kali dalam seminggu yaitu pada hari senin dan kamis, pasien sudah terpasang CDL dan masuk ke RS dengan keluhan penggantian CDL.

Terapi yang diberikan pada pasien dalam kasus sudah sesuai dengan teori namun ada beberapa kesenjangan antara kasus dengan teori menurut teori Bruner dan Suddarth (2017) pada pasien GGK diberikan terapi farmakologis yaitu pertama hiperfosfatemia dan hipokalsemia dengan obat yang dapat mengikat fosfat dalam saluran cerna seperti kalsium, karbonat, kalsium asetat, dan *sevelamer hydro chloride* diberikan bersama makanan, sedangkan pada kasus diberikan obat oral CaCO_3 saja. Kedua hipertensi dengan pengontrolan volume intravaskular dan obat anti hipertensi. Ketiga gagal jantung dan edema pulmonal ditangan dengan pembatasan cairan, diet rendah natrium, diuresis, dan agens inotropik, misalnya digoksin atau dobutamin, sedangkan pada kasus tidak diberikan obat antihipertensi karena pasien sudah mengkonsumsi obat amlodipin 10 mg sebagai obat antihipertensi. Keempat pada teori pasien diobservasi untuk

melihat tanda awal seperti kecuran, sakit kepala, delirium atau kejang yaitu diberikan diazepam intravaskular (valium) atau fenitoin (dilantin) yang diberikan untuk mengatasi kejang. Sedangkan pada kasus tidak diberikan karena tidak ada tanda-tanda mengalami kejang.

Dapat disimpulkan terapi farmakologis yang diberikan dalam kasus antara lain: Granisetron 1x3mg IV pukul (12.00 WIB), Omeprazole (omz) 2x1 IV pukul (12.00, 24.00 WIB), ondansentron IV (pukul 07.00 WIB), ranitidin 50 mg (07.00 WIB) dan diberikan terapi diit yang bertujuan untuk menyeimbangkan kadar elektrolit, mineral, dan cairan dalam tubuh. Hal ini dilakukan untuk meringankan beban kerja ginjal yang telah mengalami kerusakan dan penurunan fungsi agar tidak terjadi komplikasi akibat GJK.

Pada tahap pengkajian sebagai faktor pendukung dalam pengkajian adalah pasien kooperatif dan keluarga pasien juga mau menerima kehadiran penulis sehingga penulis mendapat kemudahan dalam memperoleh data pasien. Adanya kepedulian kepala perawat serta tim medis yang bertugas di ruang perawatan sehingga penulis dapat dengan mudah memperoleh data yang dibutuhkan dari catatan medis pasien dan tim medis lainnya. Namun penulis menemukan faktor penghambat karena minimnya pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin, serta pemeriksaan hasil interpretasi dokter untuk pemeriksaan EKG dan radiologi saat pengkajian belum ada di komputer ruangan sampai penulis selesai memberikan asuhan keperawatan. Sehingga sebagai solusinya penulis bertanya kepada perawat ruangan dan dokter radiologi untuk mendapatkan hasilnya dengan hasil yang telah didapatkan yaitu radiologi tanggal **23 maret 2023** ditemukan tampak pneumonia, tidak ada kelainan pada jantung pasien dan tidak tampak efusi pleura

dan hasil EKG tanggal 23 maret 2023 didapatkan irama sinus, ritme normal, dan left axis deviation.

B. Diagnosa Keperawatan

Dalam melakukan perumusan diagnosis keperawatan pada pasien penulis menemukan kesenjangan, dimana diagnosa keperawatan yang muncul pada teori dengan GGK menurut Doenges, Moorhouse, dan Murr (2019) dan Kardiyudiyani & Susanti (2019) dan (Tim Pokja SDKI DPP 2017) ada delapan diagnosa keperawatan yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Terdapat lima diagnosa keperawatan dalam teori namun tidak ditemukan pada pasien yaitu Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, diagnosa ini tidak muncul karena saat penulis melakukan pengkajian, tidak ditemukan keluhan sesak napas pada pasien, dengan frekuensi pernapasan 20x/menit, pasien tidak menggunakan otot bantu napas, dan tidak terdapat bunyi napas tambahan. Kedua Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload, diagnosa ini tidak muncul karena data yang ada pada diagnosa ini tidak kuat untuk diangkat pada pasien Tn.T. Ketiga Intoleransi aktivitas, diagnosa ini tidak muncul karena penulis tidak menemukan tanda-

tanda pasien tidak bisa melakukan aktivitas sendiri seperti sesak saat beraktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, dan merasa lemah. Dan saat dikaji pasien tampak mampu melakukan aktivitas nya sendiri, tanpa dibantu keluarga, pasien mampu duduk tanpa dibantu, makan sendiri dan berjalan ke kamar mandi sendiri tanpa dibantu.

Keempat Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, diagnosa ini tidak muncul karena data yang ada pada diagnosa ini tidak terlalu kuat untuk penulis angkat. Tetapi penulis lebih mengangkat diagnosa Nausea karena data yang ada pada diagnosa Nausea lebih kuat dan sesuai dengan keadaan pasien Tn. T yaitu seperti pasien mengeluh mual, merasa ingin muntah, dan tidak nafsu makan, pucat, dan mukosa mulut kering. Kelima Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, diagnosa ini tidak muncul karena saat dilakukan pengkajian pasien dan keluarga sudah mengetahui tentang gejala pada penyakitnya, pasien sudah rutin HD dan pasien sudah terpasang CDL.

Selanjutnya diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien namun tidak ada di teori yaitu pertama perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. GGK merupakan salah satu terjadinya anemia dengan hasil HB pasien yang rendah yaitu *8.2 mg/dL sedangkan hasil normal HB (13.5 - 18.0), berkurangnya produksi eritroprotein, sehingga rangsangan eritroprotein pada sumsum tulang belakang berkurang, hemodialisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremik toksik dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosit dan trombositopeni. Hal ini menjadi alasan penulis mengangkat diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan

dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Namun hal ini terdapat pada teori menurut Hidayat (2021) dan Brunner & Suddarth (2019) dalam komplikasi yang menyebabkan anemia pada pasien GGK.

Kedua nausea berhubungan dengan gangguan mekanisme biokimia (uremia). Pada pasien GGK memicu terjadinya gangguan gastrointestinal, hal ini terdapat juga pada teori dalam manifestasi klinis menurut Wijaya Andra (2013) dengan kadar ureum dalam darah yang tinggi yaitu 81.6 sedangkan ureum normal (16.6 - 48.5). Pada pasien penulis menemukan data bahwa keluarga pasien mengeluh pasien tidak nafsu makan karena mual, muntah. Dengan alasan ini maka penulis mengangkat diagnosis nausea berhubungan dengan gangguan mekanisme biokimia (uremia). Kesenjangan yang ditemukan yaitu pada diagnosa yang diangkat antara teori dan kasus. Pada teori diagnosa yang muncul adalah Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme sedangkan pada kasus adalah Nausea berhubungan dengan gangguan mekanisme biokimia (uremia).

Faktor pendukung dalam perumusan diagnosis keperawatan adalah tersedianya buku sumber yang cukup seperti e-book maupun jurnal sehingga tidak ada hambatan penulis dalam menegakkan diagnosis keperawatan, namun faktor penghambatnya minimnya pemeriksaan diagnostik yang ada pada pasien, sebagai solusinya maka untuk mendukung perumusan diagnosis didapatkan dari data-data keluhan pasien, pemeriksaan fisik dan data dari keluarga pasien serta catatan dokter di rekam medis.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan seluuh rangkaian tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ada pada pasien. Perencanaan yang dibuat oleh penulis sesuai dengan SIKI PPNI (2018) sesuai kebutuhan pasien Adapun tujuan dalam perencanaan keperawatan disesuaikan dengan waktu praktik 3 x 24 jam, meliputi penetapan masalah prioritas, perumusan masalah, penentuan tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan. Sedangkan pada kriteria hasil dan intervensi yang penulis buat hampir sama sesuai dengan teori yang ada pada referensi. Namun terdapat penambahan dan pengurangan dari intervensi dikarenakan disesuaikan dengan kondisi pasien.

Pada perencanaan penulis menemukan kesenjangan antara teori menurut Dangoes, Moorhouse, dan Murr (2019) dan Kardiyudiani & Susanti (2019) dan Tim Pokja SDKI (2017) dengan kasus yaitu pada diagnosa Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Pada teori dilakukan pemeriksaan berat badan setiap hari pada waktu yang sama sedangkan pada kasus, penulis tidak melakukan hal tersebut karena tidak tersedianya timbangan di ruangan dan tidak efektifnya waktu untuk melakukan tindakan tersebut, pasien hanya di timbang pada saat hari pertama masuk RS saja, selain itu semua rencana keperawatan yang ada pada teori sesuai dengan yang ada pada pasien dan dilakukan kepada pasien oleh penulis.

Faktor pendukung dalam merencanakan tindakan keperawatan yaitu pasien dan keluarga pasien kooperatif. Secara umum penulis tidak menemukan hambatan dalam menyusun rencana tindakan keperawatan, semua rencana tindakan keperawatan disusun sesuai program kesehatan pasien. Hanya saja pada

teori tidak dicantumkan penentuan kriteria waktu, sehingga penulis menentukan waktu berdasarkan berat ringannya masalah dan disesuaikan dengan waktu penulis melakukan praktik yaitu dalam tiga hari.

Dalam melakukan penyusunan perencanaan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan karena perpustakaan STIKes RS Husada telah menyediakan buku sumber yang diperlukan penulis.

D. Pelaksanaan

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan realisasi dari tindakan yang telah disusun. Dalam mengimplementasikan waktu 3x24 jam penulis melakukan pendelegasian kepada perawat ruangan yang bertugas. Pada tahap ini penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun serta hampir semua tindakan dilakukan dan di dokumentasikan. Secara keseluruhan semua rencana keperawatan dapat dilaksanakan karena pasien kooperatif dan adanya kerja sama yang baik antara keluarga yang terlibat maupun dengan perawat ruangan. Penulis melakukan tindakan keperawatan mulai dari pukul 07.00 WIB – 14.00 WIB dan selanjutnya dilakukan oleh perawat ruangan yang bertanggung jawab.

Namun ada beberapa rencana keperawatan yang tidak dapat dilaksanakan karena berbagai alasan. Pada diagnosa hipervolemia berhubungan dengan mekanisme kegagalan regulasi intervensi timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama tidak dapat dilaksanakan karena tidak tersedia nya timbangan di ruangan dan tidak efektifnya waktu untuk dilakukan tindakan tersebut.

Faktor pendukung dalam melakukan pelaksanaan keperawatan adalah kerja sama yang baik dari pasien maupun keluarga yang sangat kooperatif serta

kepercayaan yang dibeikan oleh kepala perawat ruangan kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan. Penulis tidak menemukan faktor penghambat dalam melakukan tindakan keperawatan karena pasien dan keluarga menerima setiap pengobatan yang diberikan untuk dirinya.

E. Evaluasi

Pada tahap evaluasi keperawatan, penulis melakukan evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan setelah melakukan tindakan keperawatan, sedangkan evaluasi hasil dilakukan sesuai dengan tujuan yang telah disusun. Dari lima diagnosa yang diangkat pada pasien hanya dua diagnosa yang ditemukan tujuannya telah tercapai yaitu Diagnosa ketiga Nausea, dibuktikan dengan evaluasi pasien sudah tidak ada keluhan mual, dan tidak ada rasa ingin muntah. Diagnosa kelima yaitu Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan dibuktikan dengan evaluasi pasien dan keluarga sudah tidak mencemaskan prosedur pengobatan yang akan dijalani oleh pasien.

Sementara ada 2 dua diagnosa yang telah tercapai sebagian yaitu diagnosa pertama hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi dibuktikan dengan evaluasi pasien masih kelebihan volume cairan, dan BAK pasien keluar masih sedikit. Maka intervensi keperawatan dilanjutkan yaitu memonitor intake dan output cairan, memonitor tanda hemokonsentrasi, memonitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (kadar protein), dan mengkolaborasi pemberian diuretik. Diagnosa kedua yaitu Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan evaluasi edema pada lengan sebelah kanan berkurang. Maka intervensi

keperawatan dilanjutkan yaitu memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, dan pengisian kapiler), memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstermitas, menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada lengan).

Diagnosa keempat Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Perubahan biokimia (ureum meningkat, edema, dan gatal) belum tercapai dibuktikan dengan evaluasi kondisi kulit pasien tampak tidak ada kemerahan, tidak ada bintik - bintik, gatal sudah berkurang setelah penggantian CDL dan mendapat perawatan, suhu kulit 36.5°c . namun ureum masih meningkat, dan tidak dilakukan pemeriksaan diagnostik lanjutan.

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi adalah kriteria hasil yang jelas dan pasien serta keluarga yang sudah membantu penulis dalam melakukan pelaksanaan dengan kooperatif terhadap tindakan keperawatan yang diberikan sehingga mempermudah penulis dalam membuat evaluasi, dan adanya kerjasama yang baik antara penulis, perawat ruangan dan keluarga yang kooperatif. Faktor penghambat yang ditemukan yaitu tidak adanya data terbaru dari pemeriksaan diagnostik yang dapat dijadikan bahan untuk menentukan berhasil atau tidaknya asuhan keperawatan yang dilakukan.

BAB V PENUTUP

Pada BAB ini penulis memberikan kesimpulan dan saran setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam kepada Tn T membahas tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.T Dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) Ruang Penyakit Dalam Gedung D Lantai 14 Kamar 1401 RSUD Koja Jakarta Utara” lalu membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus, maka penulis dapat menarik kesimpulan sehingga dapat memberikan informasi yang jelas, akurat, ringkas dan aktual serta memberikan saran untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan pada pasien GGK.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dapat penulis simpulkan yang menjadi salah satu faktor penyebab GGK pada pasien adalah hipertensi, dimana pasien mempunyai riwayat hipertensi sejak 10 tahun yang lalu. Hal ini sesuai dengan teori dimana hipertensi menyebabkan pembuluh darah mendapatkan tekanan yang cukup besar. Pada kasus dan teori juga terdapat gangguan gastrointestinal yaitu adanya mual, dan muntah dikarenakan adanya penumpukkan urea di dalam darah. Manifestasi klinis GGK yang terlihat pada Tn.T adalah warna kulit pucat, adanya mual dan rasa ingin muntah, hasil HB *8.2 g/dL (13.5 – 18.0), hematokrit *25.9% (4.00 - 10.50), jumlah eritrosit *2.57 juta/ μ L (4.70 - 6.00). Komplikasi yang terjadi pada Tn.T adalah edema pada lengan kanan, anemia, dan ada riwayat hipertensi.

Pemeriksaan diagnostik yang telah dilakukan pada Tn.T yaitu lab darah, pemeriksaan kadar ureum EKG, dan Radiologi. Penatalaksanaan pada Tn.T telah dilakukan HD tiap 2x/minggu pada hari senin dan kamis. Di RS pasien mendapat terapi injeksi: Granisetron 1x3mg IV pukul (12.00 WIB), Omeprazole (omz) 2x1 IV pukul (12.00, 24.00 WIB), ondansetron IV (pukul 07.00 WIB), ranitidin 50 mg (07.00 WIB). Dan terapi oral: Caco3 3x1gr (06.00, 12.00, 20.00 WIB), Bicnat 3x1 (06.00, 12.00, 20.00 WIB), Asam folat (12.00, 24.00 WIB). Pada saat pengkajian tidak ada hambatan, semuanya berjalan lancar karena pasien dan keluarga sangat baik dan kooperatif, tenaga medis lainnya membantu, dan penulis tetap mencari data tambahan dari rekam medis untuk melihat perkembangan kesehatannya karena keterbatasan waktu.

Diagnosis keperawatan pada kasus pasien Tn.T ditemukan lima masalah, yaitu diantaranya: yang pertama perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin *8.3 g/dL, hipervolemia berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi, nausea berhubungan dengan gangguan mekanisme biokimia (uremia), gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (ureum meningkat, edema dan gatal-gatal), dan ansietan berhubungan dengan kekawatiran mengalami kegagalan.

Pada tahap perencanaan sudah disusun sesuai teori dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Namun untuk beberapa diagnosis ada intervensi yang tidak ditemukan pada kasus dan ada intervensi yang ditambahkan pada kasus. Hal ini dilakukan dengan beberapa alasan, untuk yang dihilangkan karena intervensi tersebut tidak tepat dengan kondisi pasien saat ini, sedangkan intervensi yang ditambahkan karena intervensi tersebut penting untuk

membantu masalah pasien dan sebagai parameter untuk menilai keberhasilan dari tindakan asuhan keperawatan.

Pada tahap pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah disusun, sebagian besar intervensi dapat dilaksanakan langsung kepada pasien. Hal ini karena penulis sudah membuat diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien dan didukung oleh kerja sama pasien dan keluarga sehingga rencana di pelaksanaan dengan baik. Dari lima diagnosa yang diangkat ada dua diagnosa yang sudah tercapai yaitu mual dan ansietas. Kemudian ada dua diagnosa yang tercapai sebagian yaitu hipervolemia, dan perfusi perifer tidak efektif. Dan satu diagnosa yang belum tercapai yaitu gangguan integritas kulit.

B. Saran

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada Tn.T dengan GGK selama 3x24 jam untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, adapun beberapa saran yang ingin penulis sampaikan sebagai berikut:

1. Bagi Mahasiswa Selanjutnya

Hasil penelitian yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien GGK.

2. Bagi Ruangan

Untuk perawat di ruangan dapat melaksanakan pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai prosedur, dan tersedianya alat lebih lengkap agar dapat melaksanakan semua rencana keperawatan, contohnya seperti belum

tersedia nya timbangan berat badan di ruangan itu menjadi hambatan tidak dilaksanakannya rencana keperawatan.

3. Bagi penulis

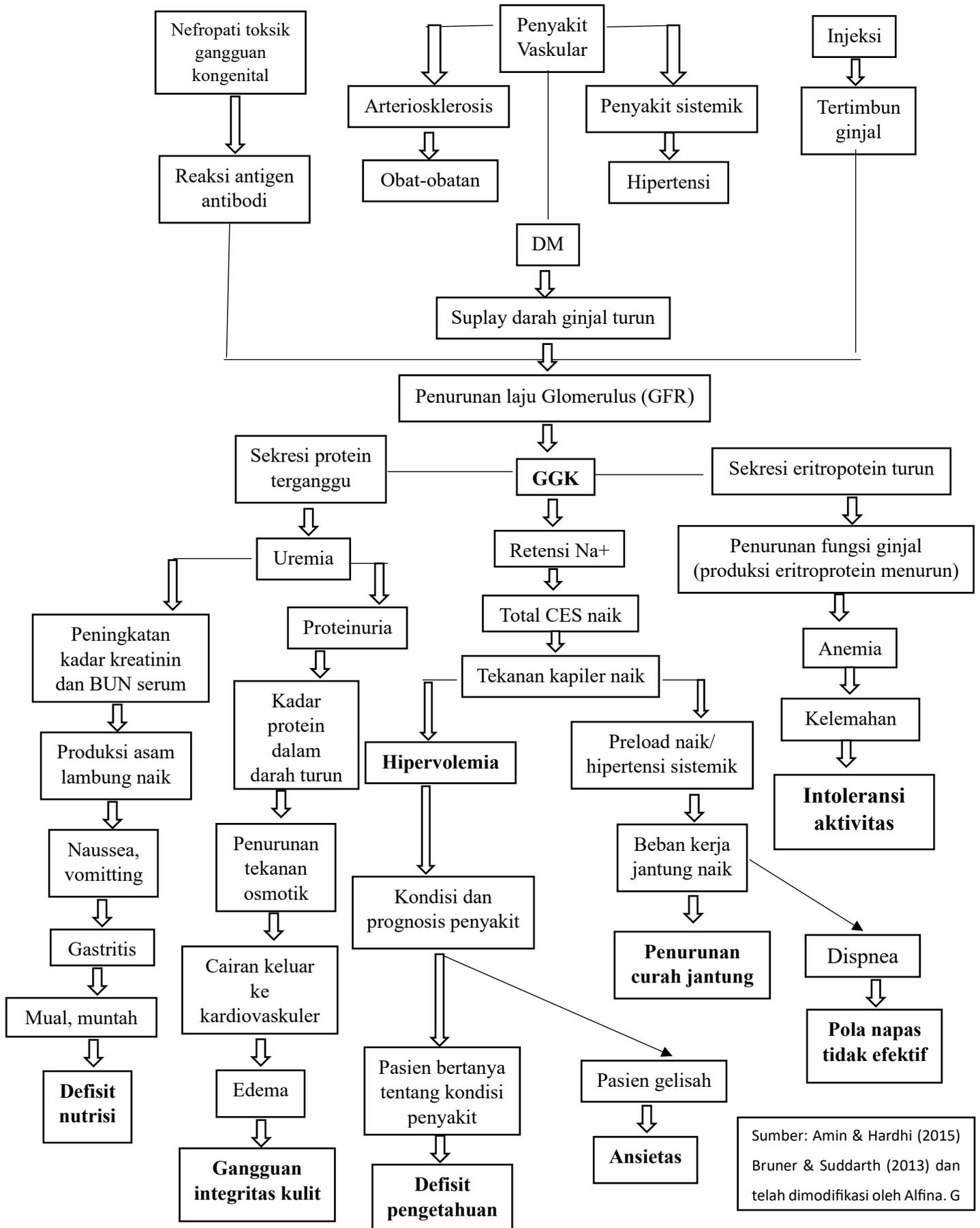
Untuk penulis sebaiknya dapat lebih membekali diri dengan mengembangkan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan dan keperawatan khususnya dalam mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan GGK, update informasi tentang penyakit GGK, lebih sering berlatih membaca rekam medis dan lebih sering mempelajari istilah-istilah medi, memperbanyak literatur melalui membaca banyak buku sumber, baik media online maupun offline. sering berkunjung ke perpustakaan dan mengikuti seminar sehingga dapat menguasai konsep teori dan menerapkannya secara langsung dan lebih berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Adityawan, R., Triayudi, A., Tri, E., & Handayani, E., (2023). Kombinasi Pradiagnosa Penyakit Gagal Ginjal Kronis. *Journal* 4(2):269–74. doi: 10.47065/josyc.v4i2.2911.
- Anggraini, D. (2022). Aspek Klinis Dan Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Ginjal Kronik. *An-Nadaa Jurnal Kesehatan Masyarakat* 9(2):236. doi: 10.31602/ann.v9i2.9229.
- Brunner & Suddarth (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC: Arragement with Lippincott Williams & Wilkins.
- Brunner & Suddarth (2017). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC: Arragement with Lippincott Williams & Wilkins.
- Dewi, W.A.M, Yenny, L.G.S, & Cahyawati, P.N, (2023). Hubungan Kadar Kreatinin Dan Ureum Dengan Derajat Anemia Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik. *Aesculapius Medical Journal* 3(1):74–80.
- Dila, R.R, Yuanita, P., Departemen Keperawatan, & Medikal Bedah (2019). *Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Gagal Ginjal*. *Journal Burden of Disease*. 41–61.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C (2019). *Nursing Care Plans*. Jakarta: EGC
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C (2018). *Nursing Care Plans*. Jakarta: EGC
- Ernati., Linda, C.S & Nugroho, F.A (2022) *Pengalaman Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis: Journal Studi Fenomenologi*. 983–88.
- Hidayat, S., (2021). *Merawat Dan Mencegah Gagal Ginjal*. Jl. Merpati No. 9, Karanmojo, Wedomartani Ngemplak, Sleman, DI Yogyakarta: Vita Pustaka.
- Kardiyudiyani, N.K & Susanti, B.A (2019). *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Yogyakarta: PT Pustaka Baru.
- KEMENKES RI. 2018. *Laporan Riskesdas Nasional.pdf*. DKI Jakarta: Balitbangkes.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2018) *Peran Pemerintah Dalam Pencegahan Dan Pengendalian Gangguan Ginjal* :5–8.

- LeMone, P., Burke, K.M., & Bauldoff, G (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta. EGC
- Narsa, A.C., Maulidya, V., Dea. R., Wina, A., & Hifdzur, R.R (2022) Pasien Gagal Ginjal Kronis (Stage V) Dengan Edema Paru Dan Ketidakseimbangan Cairan Elektrolit. *Jurnal Sains Dan Kesehatan* 4(SE-1):17–22. doi: 10.25026/jsk.v4ise-1.1685.
- Purwadi, H., Kesuma, E.G., & Dewa, G.S. (2022) Explorasi Pengalaman, Peran Dan Fungsi Perawat Dalam Pelaksanaan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional* 4(4):1425–32.
- Purwanto, H (2016) *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta Selatan. Pusat Pendidikan SDM Kesehatan
- Riska, Maulana, W., Noor, M.A., Suyanto, & Wahyuningsih, I.S., (2023) Pengaruh Kombinasi Dan Elevasi Terhadap Edema Pada Pasien CKD. *Journal Sisthana* 2527-6166
- Sitanggang, R., (2018) Tujuan Evaluasi Dalam Keperawatan.” *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan* 1(5):1–23.
- Sofi, A (2016). *STOP Gagal Ginjal*. Jl. Permadi Nyutran rt.61 rw.19 MJ II No.1606 Wirogunan, Mergangsan, Yogyakarta. Relasi Inti Media Group
- Susianti, H. (2019). *Interpretasi Pemeriksaan Gagal Ginjal*. Malang 65145 Indonesia. Tim UB Press.
- Tim Pokja SDKI DPP, PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta Selatan 12610. Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP, PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta Selatan 12610. Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP, PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta Selatan 12610. Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- WHO (2020). The Top 10 Causes of Death. Retrieved (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>).
- Wijaya, A., & Yessie. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta.

Lampiran 1 : Pathway



Sumber: Amin & Hardhi (2015) Bruner & Suddarth (2013) dan telah dimodifikasi oleh Alfina. G

Lampiran 2 : Balance Cairan**BALANCE CAIRAN****Tanggal 24 Maret 2023**

Input cairan= (Infus: 300 cc + oral: 900 cc, air metabolisme: 5 x 69 kg =345)

= +1.545 cc/24 jam

Ouput cairan= (Urine: 300 cc + IWL: 15 x 69 kg = 1035) = **+1335 cc/24 jam**

Balance cairan: Input-Output= 1545 - 1335 = **+210 cc/24 jam**

Tanggal 25 Maret 2023

Input cairan= (Infus: 300 cc + oral: 1200 cc + air metabolisme: 5 x 69 kg= 345)

= +1860 cc/24 jam

Ouput cairan= (Urine: 600 cc + IWL: 15 x 69 kg = 1035) = **+1635 cc/24 jam**

Balance cairan: Input-Output 1860 – 1635= **+225 cc/24 jam**

Tanggal 26 Maret 2023

Input cairan= (Infus: 300 cc + oral: 700 cc + air metabolisme: 5x 69 kg=345)

= +1360 cc/24 jam

Ouput cairan= (Urine: 200 cc + IWL: 15 x 69 = 1035) = **+1235 cc/24 jam**

Balance cairan Input-Output 1360 cc-1235 cc = **+125 cc/24 jam**

ANALISA OBAT

1. Bicnat

- a) Mekanisme Kerja: Menetralkan asam darah (asidosis) dan urine yang terlalu asam
- b) Indikasi: Untuk mengatasi asidosis metabolik, urine yang terlalu asam, dan asam lambung berlebih
- c) Kontraindikasi: Pasien dengan riwayat hipersensitivitas, alkalosis metabolik atau respiratorik, hipernatremia, hipokalsemia, edem paru, berat, nyeri perut.
- d) Efek samping: Mual, perut kembung, kram perut, alkalosis, peningkatan kadar natrium

2. Asam folat

- a) Mekanisme kerja: folat diberikan untuk sintesis DNA dan eritroprotein yang efektif
- b) Indikasi: Asam folat digunakan sebagai terapi utama untuk defisiensi folat yaitu pada anemia megaloblastik, alkoholik, dan gangguan malabsorpsi.
- c) Kontraindikasi: Tidak ada
- d) Efek samping: Asam folat sebagai zat tambahan, dalam penggunaan dapat menimbulkan efek samping dan dapat terjadi interaksi dengan obat lain. Efek samping yang ditimbulkan berupa ringan hingga berat. Interaksi obat asam folat terjadi pada penggunaan bersama aspirin, methotrexate, sulfasalazine, dan phenytoin.

3. CaCO_3 (kalsium karbonat)

- a) Mekanisme kerja: Bekerja dengan mengembalikan keseimbangan asam basa, mendorong aktivitas pepsin, meningkatkan sekresi bikarbonat dan prostaglandin.
- b) Indikasi: Digunakan dalam pengobatan tingginya kadar fosfat pada ginjal dan untuk mencegah serta mengobati kekurangan kalsium
- c) Kontraindikasi: Hipersensitivitas, hiperkalsiuria, kalkulus ginjal, hipofosfatemia, hiperkalsemia akibat metastasis tulang atau keganasan tulang lain, sirkoidosis, hiperparatiroid primer, overdosis vitamin D, penyakit ginjal kronis yang tidak teratasi dengan hemodialisis.
- d) Efek samping : Perut kembung, sembelit, sendawa, mulut kering, sakit kepala, mual atau muntah, nyeri tulang atau otot, kebingungan atau perubahan suasana hati, lelah yang tidak biasa, dan penurunan berat badan yang tidak biasa.

4. Omeprazole

- a) Mekanisme kerja: Merupakan prodrug dan dikonversikan pada PH asam menjadi sulfanamid.
- b) Indikasi: Terapi jangka pendek ulkus peptik, eradikasi H. pylori, GERD berat, esofagus, *sindrome Zollinger-ellison*.
- c) Kontraindikasi: Kontraindikasi omeprazole jika terjadi reaksi alergi terhadap obat.
- d) Efek samping: Sakit kepala, perut kembung, mual atau muntah, diare dan konstipasi

5. Ondansentron

a) Indikasi:

Ondansentron adalah obat untuk mengatasi mual dan muntah yang mungkin terjadi akibat kemoterapi, setelah tindakan operasi, ataupun radioterapi.

b) Kontraindikasi:

Pada pasien yang pernah mengalami hipersensitivitas terhadap obat ini dan kombinasi dengan apomorphin karena dapat menimbulkan hipotensi dan perumusan kesadaran.

c) Efek samping:

Ondansentron dapat menimbulkan efek samping yang berbeda-beda tiap orang. Beberapa efek samping yang umum terjadi antara lain: sakit kepala, sembelit, lelah dan lemah, meringas mengantuk, pusing.

6. Granisetron

a) Indikasi:

Granisetron diindikasikan untuk pencegahan dan pengobatan pada keadaan mual dan muntah akut maupun tertunda yang berhubungan dengan kemoterapi dan radioterapi, selain itu digunakan untuk mengobati mual dan muntah setelah operasi.

b) Kontraindikasi:

Obat ini tidak boleh digunakan oleh orang yang memiliki alergi berat (hipersensitivitas) terhadap granisetron atau zat-zat lain yang terkandung dalam obat granisetron.

- c) Efek samping: Sejumlah efek samping mungkin timbul setelah menggunakan granisentron, antara lain: sakit kepala, lemas, sakit erut, sembelit, diare, demam ringan, atau tidak enak badan, insomnia, dan nyeri atau iritasi di area suntikan.

7. Ranitidin

a) Indikasi:

Obat yang digunakan untuk mengobati penyakit-peyakit yang disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung, seperti sakit maag dan tukak lambung.

b) Kontraindikasi:

Kontraindikasi ranitidin adalah penggunaan pada pasien dengan alergi terhadap obat ini atau sediaanannya.

c) Efek samping: Sakit kepala, sembelit, diare

Sumber:

Simatupang, A (2017). *Crash Course Farmakologi*. Elsevier

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Ni Made Suarti, S.Pd., M.Kep
 Nama Mahasiswa : Alfina Guswantini
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. T Dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) Ruang Penyakit Dalam Gedung D Lantai 14 Kamar 1401 RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1.	1 Maret 2023	Bimbingan/pengarahan mengenai pengenalan kasus dan teknis UTEK	
2.	27Maret 2023	Konsul BAB 1 - Perbaikan sistematika penulisan - Perbaikan data prevalensi dunia - Perbaikan prevalensi Riskesdas	
3.	08 April 2023	BAB 1 - Perbaikan data RSUD Koja - Perbaikan klasifikasi GGK - Perbaikan tujuan umum GGK	
4.	15 April 2023	BAB I - Rapihkan penulisan - ACC BAB 1	
5.	20 April 2023	Konsul BAB II - Perbaikan perencanaan - Tambahkan rasional	
6.	29 April 2023	BAB II - Perbaikan sistematika penulisan - Perbaikan diagnosa sesuai teori	
7.	25 April 2023	BAB II - Rapihkan penulisan - ACC BAB II	

8.	5 Mei 2023	Konsul BAB III - Perbaikan data tambahan - Perbaikan data penunjang - Perbaikan data fokus	
9	9 Mei 2023	BAB 3 - Perbaikan diagnosa keperawatan - Balance cairan	
10.	31 Mei 2023	Revisi BAB III - Perbaikan sistematika penulisan - Perbaikan etiologi - Perbaikan penatalaksanaan 3x24 jam dan evaluasi	
11.	02 Juni 2023	BAB III - Tambahkan intervensi - ACC BAB III	
12.	04 Juni 2023	BAB IV - Perbaikan kesenjangan pada pengkajian - Perbaikan penatalaksanaan	
13.	09 Juni 2023	BAB IV - Tambahkan perbedaan kesenjangan pada ureum kulit dan mulut - ACC BAB IV	
14.	15 Juni 2023	BAB V - Perbaikan saran untuk ruangan - ACC BAB V	
15.	16 Juni 2023	ACC BAB I – 5 Lampiran-lampiran (siap sidang)	