

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA

MEDIS GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG ANGGREK

DI RSUD BANGIL PASURUAN



Oleh:

MEITA YUSTI ANUGRA SARI

NIM :17.010.47

PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN

AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA

SIDOARJO

2020

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS
GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG ANGGREK
DI RSUD BANGIL PASURUAN

Sebagai Prasyarat untuk Memperoleh Gelar Ahli
MadyaKeperawatan (Amd.Kep) Di Akademi
Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Oleh:

MEITA YUSTI ANUGRA SARI

NIM :17.010.47

PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2020

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

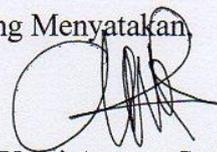
Nama : Meita Yusti Anugra Sari
Nim : 17.010.47
Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 02 Mei 1999
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul : “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil” adalah bukan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapatkan sanksi.

Sidoarjo, 28 Agustus 2019

Yang Menyatakan,

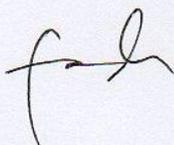


Meita Yusti Anugra Sari

17.010.47

Mengetahui,

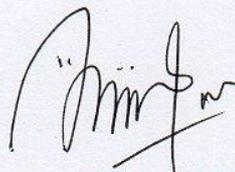
Pembimbing I



Ns. Faida Annisa, S.Kep, MNS

NIDN. 0708078606

Pembimbing II



Ns. Dini Prastvo Wijayanti, S.Kep, M.Kep

NIDN. 0704068901

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama : Meita Yusti Anugra Sari

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil

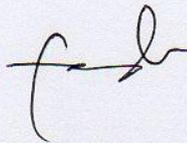
Telah disetujui untuk di ujikan dihadapan Dewan Penguji karya tulis ilmiah pada:

Tanggal: 09 Juni 2020

Oleh

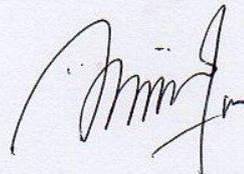
Pembimbing I

Pembimbing II



Ns. Faida Annisa, S.Kep, MNS

NIDN. 0708078606



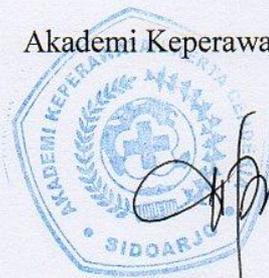
Ns. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep, M.Kep

NIDN. 0704068901

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0723087801

HALAMAN PENGESAHAN

Proposal ini telah diuji dan disetujui oleh tim penguji pada ujian sidang di
Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Tanggal : 09 Juni 2020

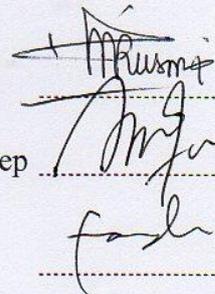
TIM PENGUJI

Tanda tangan

Ketua : Ns. Riesmiyatiningdyah, S.Kep, M.Kes

Penguji 1 : Ns. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep, M.Kep

Penguji 2 : Ns. Faida Annisa, S.Kep, MNS



Mengetahui,

Akper Keperawatan Kerta Cndekia

Direktur



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0723087801

MOTTO

Mimpikan impianmu dengan harapan hatimu, dan
jadikan mereka nyata dengan tangan dan kakimu

-Baro

“Beautiful” is about accepting who I am. It took me
a while to gain confidence to say, “Screw it, I just
wanna be ME”.

-Amber

HALAMAN PERSEMBAHAN

Sujud syukurku kepada Allah SWT yang melimpahkan segala curahan rahmat, petunjuk dan bimbingan padaku.

Rasa terimakasih yang sebesar-besarnya ku tujukan kepada orang tuaku yang sudah bersusah payah membiayai kuliahku dan selalu mendukungku dalam semua hal.

Rasa terima kasih yang sebesar-besarnya ku tunjukan pada pembimbingku Ibu Faida Annisa dan Ibu Dini Prasetyo yang sudah membimbingku dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kakak ku yang sangat aku sayangi yang senantiasa memberiku dukungan sampai tersusunnya Karya Tulis Ilmiah.

Teman-temanku (Regita, April, Carla, Yani, Fadra, dan Nurul) yang memberikan semangat ketika aku down, member masukan-masukan yang sangat bermanfaat bagiku.

Terima kasih pada seseorang yang memberikan dukungan dan inspirasi terbesar yang tidak pernah aku dapatkan dari orang lain.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul **Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil** ini dengan tepat waktu.

Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan hidayahnya saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan tepat waktu.
2. Orang tua yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material selama penulisan karya tulis ilmiah ini.
3. Agus Sulistyowati S.Kep.,M.Kes, selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo
4. Faida Annisa, S.Kep, Ns., MNS, selaku pembimbing pertama dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.
5. Dini Prastyo Wijayanti, S.Kep, Ns., M.Kep, selaku pembimbing kedua dalam pembuatan pembuatan karya tulis ilmiah ini.
6. Untuk responden yang telah membantu dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa karya tulis ini ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap proposal ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 29 Maret 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Surat Pernyataan	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Lembar Motto	iv
Lembar persembahan	v
Kata Pengantar	vi
Daftar isi	vii
Daftar Tabel	ix
Daftar Gambar	x
Daftar Lampiran	xi
BAB 1 Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematika penulisan	7
BAB 2 Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep Gagal Ginjal	
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Patofisiologi	9
2.1.4 Klasifikasi	12
2.1.5 Manifestasi Klinik	13
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	15
2.1.7 Komplikasi	17
2.1.8 Penatalaksanaan	18
2.2 Dampak Masalah	
2.2.1 Dampak psikologi	23
2.2.2 Dampak Sosial	24
2.2.3 Dampak Ekonomi	24
2.3 Asuhan Keperawatan	
2.3.1 Pengkajian	25
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	33
2.3.3 Intervensi Keperawatan	33
2.3.4 Implementasi Keperawatan	42
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	42
2.4 Pathway	43
BAB 3 Tinjauan Kasus	
3.1 Pengkajian	44
3.2 Diagnosa Keperawatan	53
3.3 Intervensi Keperawatan	55
3.4 Implementasi Keperawatan	59
3.5 Evaluasi Keperawatan	70
BAB 4 Pembahasan	
4.1 Pengkajian	80

4.2 Diagnosa Keperawatan	89
4.3 Intervensi Keperawatan	90
3.4 Implementasi Keperawatan	91
4.5 Evaluasi Keperawatan	93
BAB 5 Penutup	
5.1 Simpulan	95
5.2 Saran	96
Daftar Pustaka	97
Lampiran	

DAFTAR TABEL

No.Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.1	Klasifikasi Gagal Ginjal menurut Wijaya	11
Tabel 2.2	Klasifikasi Gagal Ginjal Menurut NKF	12
Tabel 2.3	Status cairan dan nutrisi	27
Tabel 2.4	Volume urine normal	30
Tabel 2.5	Derajat edema	31
Tabel 2.6	Intervensi keperawatan	33
Tabel 3.1	Nutrisi Klien	46
Tabel 3.2	Hasil Laboratorium	51
Tabel 3.3	Analisa Data	53
Tabel 3.4	Intervensi Keperawatan	55
Tabel 3.5	Implementasi 20-01-2020	59
Tabel 3.6	Implementasi 21-01-2020	62
Tabel 3.7	Implementasi 22-01-2020	63
Tabel 3.8	Implementasi 23-01-2020	65
Tabel 3.9	Implementasi 24-01-2020	67
Tabel 3.10	Implementasi 25-01-2020	68
Tabel 3.11	Catatan Perkembangan 21-01-2020	70
Tabel 3.12	Catatan Perkembangan 22-01-2020	72
Tabel 3.13	Catatan Perkembangan 23-01-2020	73
Tabel 3.14	Catatan Perkembangan 24-01-2020	75
Tabel 3.15	Catatan Perkembangan 25-01-2020	76
Tabel 3.16	Evaluasi Keperawatan	78

DAFTAR GAMBAR

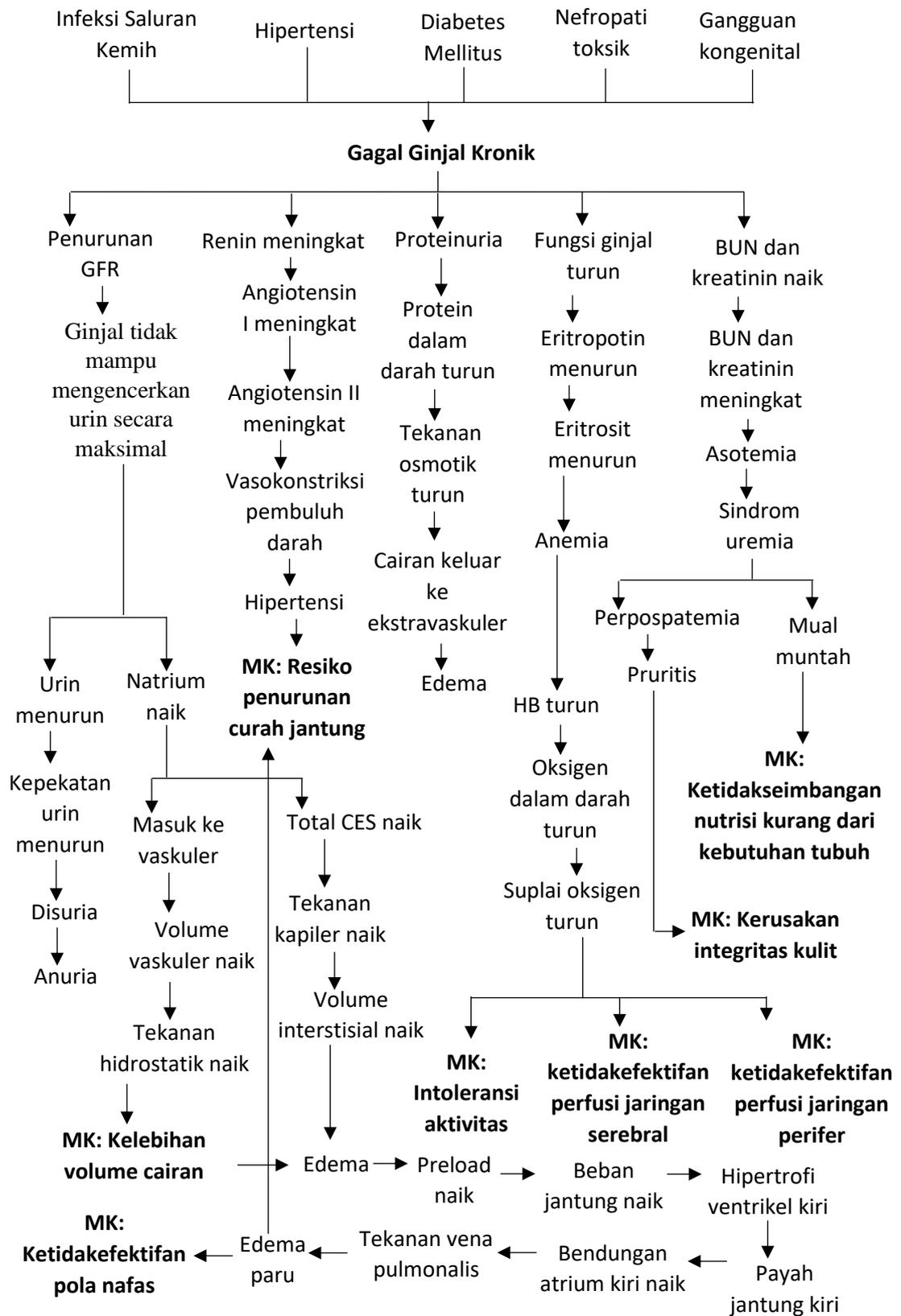
No.Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	Pathway Gagal Ginjal Kronik	43
Gambar 3.1	Genogram	46

DAFTAR LAMPIRAN

No.lampiran Judul Lampiran

Lampiran 1	Surat studi penelitian
Lampiran 2	Surat Balasan RSUD Bangil
Lampiran 3	Imform Konsen
Lampiran 4	SAP penyuluhan
Lampiran 5	Leaflet
Lampiran 6	Daftar konsul

2.4 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Gagal Ginjal Kronis (Nurarif & Kusuma, 2015)

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan suatu penurunan fungsi ginjal yang cukup berat dan terjadi secara perlahan dalam waktu yang menahun bersifat progresif dan irreversible, umumnya tidak dapat pulih, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang menjadikan menurunnya volume vaskuler dan gangguan reabsorpsi (Muttaqin, 2011). Pasien penyakit ginjal terkadang tidak merasakan gejala karena mungkin mereka tidak mengetahui bahwa itu adalah gejala dari gagal ginjal kronik ataupun pasien tidak memperdulikan gejala tersebut. Pada keadaan terburuk, pasien dapat terancam nyawanya jika tidak menjalani hemodialisis (cuci darah) berkala atau transplantasi ginjal untuk menggantikan organ ginjalnya yang telah rusak parah (Kementerian Kesehatan, 2013).

World Health Organization (WHO) menyebutkan menunjukkan bahwa penyakit ginjal mewakili sekitar 65% dari semua diabetes dan lebih dari sebagian besar adalah kanker. Diantara 2,3 sampai 7,1 juta orang dengan penyakit ginjal tahap akhir meninggal sebelum waktunya karena kurangnya akses ke pelayanan kesehatan yang mempunyai tempat untuk dialisis dan transplantasi, dengan sebagian besar kematian ini terjadi di negara-negara dimana infrastruktur dan sumber daya yang tidak memadai dan pembayaran bencana diperlukan. Secara keseluruhan diperkirakan bahwa antara 5 dan 10 juta orang meninggal sebelum waktunya karena penyakit ginjal (WHO, 2018). Angka kejadian gagal ginjal kronis di Indonesia 3,8%, di daerah Jawa Timur

3% (Riskesdas 2018). Kasus Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil Pasuruan pada bulan Januari – Desember 2019 tercatat sebanyak 94 penderita (Rekam medis RSUD Bangil, 2019).

Penyebab gagal ginjal kronik yang dari tahun ke tahun semakin meningkat dapat disebabkan oleh kemampuan filter dari glomerulus menurun dan dapat juga disebabkan oleh keadaan klinis dari ginjal sendiri dan dari luar ginjal (Muttaqin, 2011). Penyebab yang berasal dari ginjal seperti batu ginjal dan dari luar ginjal seperti penyakit diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi, tuberculosis, sifilis, malaria, hepatitis, obat-obatan, dan kehilangan banyak cairan yang mendadak seperti pada luka bakar (Muttaqin, 2011). Tanda dan gejala penyakit gagal ginjal kronik yaitu perubahan tekanan darah, oedem pada ekstremitas, menurunnya perfusi jaringan, asites pada abdomen, CRT >3 detik, konjungtiva anemis, nyeri pada punggung bawah, hipoalbumemia, hipoksia, ikterus pada kulit (Smetzer & Bare, 2013). Penyakit gagal ginjal kronik menyebabkan gangguan reabsorpsi dan hiponatremia yang mengakibatkan menurunnya volume vaskuler sehingga muncul masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (Smetzer & Bare, 2013). Penurunan fungsi ginjal juga menyebabkan anemia, perikarditis, hiperkalemia, Diabetes Mellitus, Hipertensi, oedem paru (Priscilla, 2012).

Pasien gagal ginjal kronik perlu mendapatkan perhatian serius karena banyaknya angka kejadian dari gagal ginjal kronik. Untuk mencegah terjadinya penyakit gagal ginjal kronik dengan cara memberikan pengetahuan tentang penyakit gagal ginjal kronik serta menjaga asupan cairan, tidak merokok, periksa tekanan darah secara rutin (Gloria *et al*, 2016). Bisa juga dicegah dengan

cara menganjurkan pasien supaya banyak mengonsumsi banyak air putih dan menerapkan gaya hidup yang sehat salah satunya dengan menjaga berat badan dengan berolahraga secara teratur (Gloria *et al*, 2016). Pada saat dirawat di rumah sakit tugas perawat melakukan intervensi keperawatan dengan mengkaji secara komprehensif sirkulasi perifer (nadi, perifer, edema, kapilary refil), Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap rasa panas / rasa dingin / benda tajam / tumpul, monitor status cairan masuk dan keluar, monitor suhu, warna dan kelembaban kulit, evaluasi nadi perifer dan edema, mengubah posisi klien minimal setiap 2 jam sekali untuk menjaga sirkulasi darah, dorong latihan ROM selama bedrest, dan biasanya berkolaborasi dengan tim medis lain (Gloria *et al* 2016). Pada pengobatan setelah dirawat di rumah sakit adalah dengan cara latihan fisik tertentu dan rutin melakukan Hemodialisa (Gloria *et al* 2016).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji pasien dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil.

- 1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil.
- 1.3.2.3 Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil.
- 1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil.
- 1.3.2.5 Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil.
- 1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil

1.4 Manfaat Penelitian

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat dimanfaatkan oleh

- 1.4.1 Akademis, hasil tindak kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam asuhan keperawatan
- 1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini bermanfaat bagi
 - 1.4.2.1 Bagi profesi keperawatan

Karya tulis ini diharapkan dapat memberikan informasi dan menambah wacana keilmuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik.

1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan salah satu contoh hasil dalam melakukan tindakan keperawatan bagi pasien khususnya dengan Gagal Ginjal Kronik.

1.4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi instansi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik.

1.4.2.4 Bagi Pasien dan Keluarga

Manfaat karya tulis ilmiah ini bagi pasien dan keluarga yaitu agar pasien dan keluarga mengetahui tentang penyakit Gagal Ginjal Kronik serta perawatan yang benar agar klien mendapat perawatan yang tepat.

1.4.2.5 Bagi Peneliti

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang kasus Gagal Ginjal Kronik.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses

keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik pengumpulan data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang dan menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data Primer

Data yang diperoleh dari klien.

1.5.3.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang di peroleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi kepustakaan

Studi kepustakaannya itu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan Metode

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti , terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini.

1.6.2.1 Bab 1 : Pendahuluan, latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian , sistematika penulisan studi kasus

1.6.2.2 Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Gagal Ginjal Kronik serta kerangka masalah

1.6.2.3 Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

1.6.2.4 Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan

1.6.2.5 Bab 5 : Penutup , berisi tentang simpulan dan saran

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustakan dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan di uraikan secara teoritis mengenai konsep dasar Gagal Ginjal Kronik dan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik. Konsep dasar Gagal Ginjal Kronik akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah- masalah yang muncul pada Gagal Ginjal Kronik dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Pengertian

Gagal ginjal kronik adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut, hal ini terjadi bila laju filtrasi glomerular kurang dari 50 mL/min (Suyono, et al, 2015). Gagal ginjal kronik merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (Smeltzer & Bare, 2015). Gagal ginjal kronik adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan irreversible dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia atau azotemia (Smeltzer & Bare, 2016). Gagal ginjal kronis merupakan kondisi dimana penyakit pada ginjal yang persisten dengan kerusakan ginjal dan kerusakan (GFR) (Prabowo & Pranata, 2014).

2.1.2 Etiologi

Gagal ginjal kronik sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder. Penyebab dari gagal ginjal kronis antara lain :

2.1.2.1 Infeksi saluran kemih (pielonefritis kronis)

2.1.2.2 Penyakit peradangan (glomerulonefritis)

2.1.2.3 Penyakit vaskuler hipertensi (nefrosklerosis, stenosis arteri renalis)

2.1.2.4 Gangguan jaringan penyambung (SLE, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik)

2.1.2.5 Penyakit kongenital dan herediter (penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal)

2.1.2.6 Penyakit metabolik (DM, gout, hiperparatiroidisme)

2.1.2.7 Nefropati toksik

2.1.2.8 Nefropati obstruktif (batu saluran kemih)

(Robinson, 2013)

2.1.3 Patofisiologi

Meskipun penyakit *Chronic renal failure* terus berlanjut, namun jumlah zat terlarut yang harus disekresi oleh ginjal untuk mempertahankan homeostasis (kondisi ideal dalam tubuh saat seluruh fungsi berjalan dengan sempurna) tidaklah berubah, meskipun jumlah nefron sudah menurun secara progresif (Suharyanto & Madjid, 2013).

Sisa nefron (nefron adalah fungsional terkecil dari ginjal yang terdiri atas glomeruli dan tubuli ginjal) yang ada mengalami hipertrofi (penambahan diameter serabut-serabut otot jantung) dalam usahanya untuk mempertahankan atau melaksanakan seluruh bagian beban kerja ginjal. Terjadi peningkatan kecepatan filtrasi, beban solute dan reabsorpsi tubulus (reabsorpsi dari beberapa zat terlarut dapat diatur secara bebas terpisah dari yang lain, terutama melalui mekanisme pengontrolan hormonal) dalam setiap nefron, meskipun GFR di seluruh massa nefron turun di bawah normal (Suharyanto & Madjid, 2013).

Patofisiologi GGK beragam, bergantung pada proses penyakit penyebab. Menguraikan proses patologi umum yang menyebabkan kerusakan nefron, CKD, dan gagal ginjal. Penyebab dari gagal ginjal kronik adalah nefropati diabetes, hipertensi, glomerulonefritis, penyakit ginjal kritis. Tanpa melihat penyebab awal, glomerulosklerosis dan inflamasi interstisial dan fibrosis adalah ciri khas dari *Chronic renal failure* dan menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Seluruh unit nefron secara bertahap hancur. Pada tahap awal, saat nefron (Priscilla, 2017). Nefron fungsional yang masih ada mengalami hipertrofi (penambahan diameter serabut-serabut otot jantung). Aliran kapiler glomerulus dan tekanan meningkat dalam nefron ini dan lebih banyak partikel zat terlarut disaring untuk mengkompensasi massa ginjal yang hilang. Kebutuhan yang meningkat ini akan menyebabkan nefron mengalami sklerosis atau jaringan parut, glomerulus akan menimbulkan kerusakan nefron. Proteinuria (terdapat adanya 300 mg atau lebih protein per 24 jam atau

30 mg/dl dalam ginjal) akan mengakibatkan kerusakan glomerulus di duga menjadi penyebab cedera tubulus yang mengakibatkan gagal ginjal.

(Priscilla, 2017).

Pada gagal ginjal kronik, fungsi ginjal meurun secara drastis yang berasal dari nefron. Insifisiensi dari gagal ginjal tersebut akan mengalami penurunan sekitar 20% sampai dengan 50% dalam hal GFR. Pada penurunan fungsi rata-rata 50%, biasanya akan muncul tanda dan gejala azotemia sedang, poliuria (sering buang air kecil), hipertensi dan sesekali terjadi anemia pada gagal ginjal. Selain itu, selama terjadi kegagalan fungsi ginjal maka pada keseimbangan cairan dan elektrolit pun akan mengalami ketergangguan. Pada hakikatnya tanda dan gejala gagal ginjal kronik hampir sama dengan gagal ginjal akut, namun persamaan waktunya saja yang membedakan. Perjalanan dari *Chronic renal failure* tersebut akan membawa dampak yang sangat sistemik terhadap seluruh sistem yang ada di dalam tubuh dan sering akan mengakibatkan komplikasi yang sangat bertahap.

(Prabowo & Pranata, 2014).

2.1.4 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronis

Menurut Wijaya & Putri (2013), klasifikasi gagal ginjal dibagi menjadi 3, yaitu:

Tabel 2.1 Klasifikasi gagal ginjal

Stage	Deskripsi
I	Penurunan cadangan ginjal ditandai dengan kehilangan fungsi nefron 40-75%. Pasien biasanya tidak mempunyai gejala, karena sisa nefron yang ada dapat membawa fungsi normal ginjal.
II	Kehilangan fungsi ginjal 75%-90%. Pada tingkat ini terjadi kreatinin serum dan nitrogen urea darah, ginjal kehilangan kemampuannya untuk mengembangkan urin pekat dan azotemia (peningkatan kadar kreatinin dan kadar nitrogen darah dan berkaitan dengan penurunan laju filtrasi glumerular).
III	Tingkat renal dari Gagal Ginjal Kronis yaitu kehilangan fungsi nefron >90%. Pada keadaan ini kreatinin serum dan kadar BUN akan meningkat dengan menyolok sekali sebagai respon terhadap GFR yang mengalami penurunan sehingga terjadi ketidakseimbangan kadar ureum nitrogen darah dan elektrolit, pasien diindikasikan untuk dialisis.

(Wijaya & Putri, 2013)

Menurut The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative(K/DOQI) of National Kidney Foundation(NKF) tahun 2016 terdapat 5 stage pada penyakit gagal ginjal kronik. Berdasarkan adanya kerusakan ginjal dan laju

filtrasi glomerulus (GFR), yang merupakan ukuran dari tingkat fungsi ginjal.

Tabel 2.2 klasifikasi gagal ginjal

Stage	Deskripsi	Laju filtrasi glomerulus
I	Kerusakan ginjal (Proteinuria) dengan GFR normal	90 atau lebih di atasnya
II	Kerusakan ginjal dengan penurunan ringan pada GFR	60-89
III a	Penurunan moderate pada GFR	45-59
III b	Penurunan moderate pada GFR	30-44
IV	Penurunan parah pada GFR	15-29
V	Gagal ginjal	<15

(NKF, 2016)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik menurut Smeltzer & Bare (2011) antara lain : hipertensi, (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sistem renin – angiotensin – aldosteron), gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan) dan perikarditis (akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi), dan juga terjadi oedem pada tubuh yang biasanya disebabkan karena penumpukan cairan pada tubuh.

Manifestasi klinik menurut Suyono (2011) adalah sebagai berikut :

2.1.5.1 Gangguan kardiovaskuler

Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, efusi perikardiak dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.

2.1.5.2 Gangguan pulmoner

Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan spuntum kental.

2.1.5.3 Gangguan gastrointestinal

Anoreksia, mual, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau amonia.

2.1.5.4 Gangguan muskuloskeletal

Resiles leg syndrom (pegal pada kaki sehingga selalu digerakan), burning feet syndrom (rasa kesemutan dan terbakar, terutama di telapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot – otot ekstremitas)

2.1.5.5 Gangguan integumen

Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning – kuningan akibat penimbunan urokrom (hasil pemecahan hemoglobin dan yang membuat warna urin), gatal – gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.

2.1.5.6 Gangguan endokrin

Gangguan seksual : libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan aminore. Gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D.

2.1.5.7 Gangguan perkemihan

Terjadi penurunan fungsi dari glomerulus, biasanya retensi garam dan air, tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia, proteinuria, BUN dan kreatinin meningkat, serta terjadi dysuria maupun anuria.

2.1.5.8 Sistem hematologi

Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin, sehingga rangsangan eritopoesis pada sum – sum tulang berkurang, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopenia.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang (Muttaqin, 2011)

2.1.6.1 Pemeriksaan Laboratorium

1) Laju endap darah

Laju endap darah akan meninggi diperberat oleh anemia, hipoalbuminemia, dan retikulosit yang rendah.

2) Ureum dan Kreatinin

Ureum dan kreatinin meninggi. Biasanya perbandingan antara ureum dan kreatinin 20:1. Biasanya perbandingan ini bisa meninggi karena perdarahan saluran cerna, demam, luka bakar luas, pengobatan steroid, dan obstruksi saluran kemih.

3) Hiponatremi

Umumnya karena kelebihan cairan dan bersamaan dengan menurunnya diuresis.

4) Hipokalsemia dan hiperfosfatemia

Hipokalsemia dan hiperfosfatemia terjadi karena berkurangnya sintesis vitamin D3 pada Gagal Ginjal Kronik

5) Phospat Alkaline meninggi

Phospat alkaline meninggi diakibatkan gangguan metabolisme tulang, terutama Isoenzim fosfatase lindi tulang.

6) Hipoalbuminemia

Biasanya disebabkan oleh gangguan metabolisme dan diet rendah protein.

7) Kadar gula darah meningkat

Diakibatkan oleh gangguan metabolisme karbohidrat pada gagal ginjal (resistensi terhadap pengaruh insulin pada jaringan perifer).

8) Hipertrigliserida

Diakibatkan oleh gangguan metabolisme lemak yang disebabkan peninggian hormon insulin dan menurunnya lipoprotein lipase.

9) Asidosis metabolik

Asidosis metabolik dengan kompensasi respirasi menunjukkan pH yang menurun, HCO_3 yang menurun, PCO_2 yang menurun, semua disebabkan retensi asam organik dalam gagal ginjal.

2.1.6.2 Pemeriksaan Diagnostik lain

1) Foto polos abdomen

Untuk menilai bentuk dan besar ginjal (adanya batu atau adanya suatu obstruksi). Dehidrasi akan memperburuk keadaan ginjal, oleh sebab itu penderita diharapkan tidak puasa.

2) Intra Vena Pielografi (IVP)

Untuk menilai sistem pelviokalis dan ureter. Pemeriksaan ini mempunyai resiko penurunan faal ginjal pada keadaan tertentu, misalnya: lanjut usia, diabetes mellitus, nefropati asam urat.

3) *Ultrasonografi* (USG)

Untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, kepadatan parenkim ^{ginjal}, anatomi sistem pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih, dan prostat.

4) Renogram

Untuk menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi dari gangguan (vaskular, parenkim, ekskresi) serta sisa fungsi ginjal.

5) *Elektrokardiogram* (EKG)

Untuk melihat kemungkinan hipertrofi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, aritmia, dan gangguan elektrolit.

2.1.7 **Komplikasi**

Menurut Jennifer (2011) komplikasi dari Gagal Ginjal Kronik adalah:

2.1.7.1 Anemia

2.1.7.2 Neuroperifer

2.1.7.3 Komplikasi kardiopulmoner

2.1.7.4 Komplikasi gastrointestinal

2.1.7.5 Disfungsi seksual

2.1.7.6 Parestesia

2.1.7.7 Disfungsi saraf motorik seperti foot drop dan paralisis flasid

2.1.7.8 Fraktur patologis

2.1.7.9 Hiperkalemia

2.1.8 Penatalaksanaan

2.1.8.1 Terapi farmakologis

1) Antasida

Hyperphosphatemia dan hipokalsemia memerlukan antasida yang merupakan zat senyawa aluminium yang mampu mengikat fosfor pada makanan di dalam saluran pencernaan. Kekhawatiran jangka panjang tentang potensi toksisitas aluminium dan asosiasi aluminium tingkat tinggi dengan gejala neurologis dan osteomalasia telah menyebabkan beberapa dokter untuk meresepkan kalsium karbonat di tempat dosis tinggi antasida berbasis aluminium. Obat ini mengikat fosfor dalam saluran usus dan memungkinkan penggunaan dosis antasida yang lebih kecil. Kalsium karbonat dan fosforbinding, keduanya harus di berikan dengan makanan yang efektif. Antasida berbasis magnesium harus dihindari untuk mencegah keracunan magnesium (Smeltzer & Bare, 2014).

2) Antihipertensi dan kardiovaskuler agen

Hipertensi dapat dikelola dengan mengontrol volume cairan intravaskular dan berbagai obat antihipertensi. Gagal jantung dan edema

paru mungkin juga memerlukan pengobatan dengan pembatasan cairan, diet rendah natrium, agen diuretik, agen inotropik seperti digitalis atau dobutamin, dan dialisis. Asidosis metabolik yang disebabkan dari gagal ginjal kronis biasanya tidak menghasilkan gejala dan tidak memerlukan pengobatan, namun suplemen natrium bikarbonat atau dialisis mungkin diperlukan untuk mengoreksi asidosis jika hal itu menyebabkan gejala (Smeltzer & Bare, 2014).

3) Agen antiseizure

Kelainan neurologis dapat terjadi, sehingga pasien harus diamati jika terdapat kedutan untuk fase awalnya, sakit kepala, delirium, atau aktivitas kejang. Jika kejang terjadi, onset kejang dicatat bersama dengan jenis, durasi, dan efek umum pada pasien, dan segera beritahu dosen segera. Diazepam intravena (valium) atau phenytoin (dilantin) biasanya diberikan untuk mengendalikan kejang. Tempat tidur pasien harus diberikan pengaman agar saat pasien kejang tidak terjatuh dan mengalami cedera (Smeltzer & Bare, 2014).

4) Eritropoetin

Anemia berhubungan dengan gagal ginjal kronis diobati dengan eritropoetin manusia rekombinan (epogen). Pasien pucat (hematokrit kurang dari 30%) terdapat gejala nonspesifik seperti malaise, fatigability umum, dan intoleransi aktivitas. Terapi epogen dimulai sejak hematokrit 33% menjadi 38%, umumnya meredakan gejala anemia. Epogen diberikan baik intravena atau subkutan tiga kali

seminggu. Diperlukan 2-6 minggu untuk meningkatkan hematokrit, oleh karena itu epogen tidak diindikasikan untuk pasien yang perlu koreksi anemia akut. Efek samping terlihat dengan terapi epogen termasuk hipertensi (khususnya selama awal tahap pengobatan), peningkatan pembekuan situs askes vaskular, kejang, dan kelebihan Fe (Smeltzer & Bare, 2014).

2.1.8.2 Terapi gizi

Intervensi diet pada pasien gagal ginjal kronis cukup kompleks, asupan cairan dikurangi untuk mengurangi cairan yang tertimbun dalam tubuh. Asupan natrium juga perlu diperhatikan untuk menyeimbangkan retensi natrium dalam darah, natrium yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari (1-2 gr natrium), dan pembatasan kalium. Pada saat yang sama, asupan kalori dan asupan vitamin harus adekuat. Protein dibatasi karena urea, asam urat, dan asam organik hasil pemecahan makanan dan protein menumpuk dalam darah ketika ada gangguan pembersihan di ginjal. Pembatasan protein adalah dengan diet yang mengandung 0,25 gr protein yang tidak dibatasi kualitasnya per kilogram berat badan per hari. Tambahan karbohidrat dapat diberikan juga untuk mencegah pecahan protein tubuh. Jumlah kebutuhan protein biasanya dilonggarkan hingga 60-80 gr/ hari (1,0 kg per hari) apabila penderita mendapatkan pengobatan hemodialisis teratur. Asupan cairan sekitar 500 sampai 600 ml lebih banyak dari output urin selama 24 jam. Asupan kalori harus adekuat untuk pencegahan pengeluaran energi berlebih. Vitamin dan suplemen diperlukan karena diet protein yang

dibatasi. Pasien dialisis juga kemungkinan kehilangan vitamin yang larut dalam darah saat melakukan hemodialisa.

(Smeltzer & Bare, 2014).

2.1.8.2 Terapi dialisis

Hemodialisis merupakan proses terapi sebagai pengganti ginjal yang menggunakan selaput membran semi permeabel berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan maupun elektrolit pada pasien gagal ginjal. Hemodialisis yang dijalani oleh pasien dapat mempertahankan kelangsungan hidup sekaligus merubah pola hidup pasien. Perubahan yang akan terjadi mencakup diet pasien, tidur dan istirahat, penggunaan obat-obatan, dan aktivitas sehari-hari. Pasien yang menjalani hemodialisis juga rentan terhadap masalah emosional seperti stress berkaitan dengan pembatasan diet dan cairan, keterbatasan fisik, penyakit, efek samping obat, serta ketergantungan terhadap dialisis yang akan berdampak terhadap menurunnya kualitas hidup pasien.

(Mailani, 2015).

Hiperkalemi biasanya dicegah dengan memastikan dialisis yang memadai, mengeluarkan kalium dan pemantauan seksama terhadap semua obat-obatan baik peroral maupun intravena. Pasien harus diet rendah kalium. Kayexalate, resin kation terkadang diberikan peroral jika diperlukan. Pasien dengan peningkatan gejala kronis gagal ginjal progresif. Dialisis biasanya

dimulai ketika pasien tidak dapat mempertahankan gaya hidup yang wajar dengan pengobatan konservatif.

(Smeltzer & Bare, 2014).

Komplikasi terapi dialisis mencakup beberapa hal seperti hipotensi, emboli udara, nyeri dada, gangguan keseimbangan dialisis, dan pruritus. Masing –masing dari point tersebut (hipotensi, emboli udara, nyeri dada, gangguan keseimbangan dialisis, dan pruritus) disebabkan oleh beberapa faktor. Hipotensi terjadi selama terapi dialisis ketika cairan dikeluarkan. Terjadinya hipotensi dimungkinkan karena pemakaian dialisat asetat, rendahnya dialisis natrium, penyakit jantung, aterosklerotik, neuropati otonomik, dan kelebihan berat cairan. Emboli udara terjadi jika udara memasuki sistem vaskuler pasien.

(Hudak & Gallo, 2010)

Indikasi pasien yang memerlukan hemodialisa adalah pasien GGK dan GGA untuk sementara sampai fungsi ginjalnya pulih (laju filtrasi glomerulus < 5ml). Pasien - pasien tersebut dinyatakan memerlukan hemodialisa apabila terdapat indikasi: Hiperkalemia (K^+ darah > 6 mEq/l), asidosis, kegagalan terapi konservatif, kadar ureum/kreatinin tinggi dalam darah (Ureum > 200 mg%, Kreatinin serum > 6 mEq/l), kelebihan cairan, mual dan muntah hebat, Intoksikasi obat dan zat kimia, Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit berat (Wijaya & Putri, 2013). Kontraindikasi pasien untuk hemodialisa adalah hipertensi berat (TD > 200/100 mmHg),

Hipotensi (TD < 100 mmHg), adanya perdarahan hebat, demam tinggi (Wijaya & Putri, 2013).

Persiapan pasien sebelum hemodialisa adalah menimbang BB, mengatur posisi pasien, observasi KU, observasi TTV, melakukan kamulasi/fungsi untuk menghubungkan sirkulasi, biasanya mempergunakan salah satu jalan darah/blood akses seperti: dengan interval A-V Shunt/fistula simino, dengan eksternal A-V Shunt/schungula, tanpa 1-2 (vena pulmonalis) (Smeltzer & Bare, 2014).

2.2 Dampak masalah

2.2.1 Dampak psikologi

Kecemasan pada kematian dapat memicu terjadinya distress spiritual, tidak merasakan ketenangan jiwa yang akan berdampak pada susahnyanya untuk melakukan coping yang adaptif dalam mengatasi stressornya, mengeluhkan bahwa hidupnya tidak memiliki arah dan tujuan, merasa tidak dekat dengan Tuhan, merasa bahwa penyakit ini merupakan akibat dari kesalahan masa lalu. Perubahan status fungsional mungkin saja tidak semuanya terjadi pada pasien GGK. Status Fungsional dapat dipegaruhi oleh faktor budaya. Penelitian yang dilakukan oleh¹⁴ pada pasien penyakit kronis tidak terjadi penurunan kesejahteraan sosial karena hubungan sosial yang sangat tinggi dan kekeluargaan di masyarakat Indonesia. Pada pasien penyakit kronis tersebut juga tidak terjadi penurunan kesejahteraan spiritual, dengan adanya kepercayaan kepada kekuatan super

natural yang paling tinggi yang sangat berkuasa dan menentukan segalanya (Riri & Kusman, 2018).

2.2.2 Dampak sosial

Perubahan sosial pada pasien gagal ginjal kronis adalah merasa tidak mendapatkan dukungan, merasa dijauhi oleh orang-orang terdekatnya dan memiliki perubahan dalam hal berkomunikasi dengan keluarga dan membatasi diri. Hal tersebut berpengaruh pada kesejahteraan emosional yang berakibat pada ketidakpatuhan dalam melakukan hemodialysis dan diet . Pasien sering mengalami perasaan sedih, gugup, kehilangan harapan untuk berjuang terhadap penyakitnya, dan cemas akan kematian (Riri & Kusman, 2018).

2.2.3 Dampak ekonomi

Walaupun fungsi ginjal untuk membersihkan darah dapat diambil alih oleh mesin hemodialisis, tingginya biaya yang harus dikeluarkan untuk satu kali proses cuci darah (setidaknya memerlukan Rp. 500.000,- per terapi) kerap dirasakan membebani penderita sehingga kadang ada yang tidak menjalankan hemodialisa (Vika, 2013).

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

2.3.1.1 Anamnase

1) Identitas Penderita

Gagal ginjal kronik beresiko lebih besar pada usia >60 tahun. Hal ini disebabkan karena semakin bertambahnya usia, semakin berkurang fungsi ginjal dan berhubungan dengan penurunan kecepatan ekskresi glomerulus dan memburuknya fungsi tubulus (Pranandari & Supadmi, 2015). Untuk jenis kelamin laki-laki lebih beresiko terkena penyakit gagal ginjal kronik sebesar 0,3% daripada perempuan (Risksdas, 2013). Pekerjaan yang beresiko menderita penyakit gagal ginjal kronik adalah petani, buruh, kuli, supir truck dengan alasan mereka sering mengkonsumsi minuman penambah stamina (Dharma, 2014).

2) Keluhan Utama

Keluhan sangat bervariasi, bisa berupa output urine menurun (oliguria sampai anuria), anoreksia, mual, muntah, fatigue, nafas bau urea, sesak nafas, edema, pucat, dan hematuria (Prabowo & Pranata, 2014).

3) Riwayat Penyakit sekarang

Pada klien dengan gagal ginjal kronis biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, demam, perubahan pola napas karena komplikasi dari gangguan sistem ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit, bau urea napas (Prabowo & Pranata, 2014).

4) Riwayat Kesehatan Terdahulu

Kemungkinan adanya riwayat penyakit Diabetes Mellitus, nefrosklerosis, hipertensi, gagal ginjal akut yang tidak tertangani dengan baik, obstruksi atau infeksi urinarius, penyalahgunaan analgetik (Prabowo & Pranata, 2014).

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga sisilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat hereditas, kaji pola kesehatan keluarga yang diterapkan jika ada anggota keluarga yang sakit, misalnya minum jamu saat sakit (Prabowo & Pranata, 2014).

6) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Gaya hidup atau perilaku yang tidak sehat seperti kebiasaan mengkonsumsi makanan cepat saji, kesibukan yang membuat stress, duduk seharian di kantor, sering minum kopi dan jarang minum air putih, merupakan faktor pemicu terjadinya penyakit ginjal (Aroem, 2015). Perilaku merokok, kurang aktivitas fisik, kurangnya konsumsi air putih, konsumsi minuman beralkohol, konsumsi minuman bersoda, konsumsi minuman berenergi, konsumsi kafein, dan konsumsi obat analgetik NSAID juga dapat menjadi penyebab timbulnya penyakit gagal ginjal kronik (Dharma, 2014).

7) Status cairan dan nutrisi

Tabel 2.3 Status cairan dan nutrisi (Stepherd, 2011)

Status cairan dan nutrisi	Sebelum sakit	Saat sakit
Nafsu makan	Baik	Kehilangan nafsu makan
Pola makan		
Minum: Jenis:	Soda, alkohol, penambah stamina	Air putih
Jumlah:	300-500ml/hari	Intake cairan + hasil metabolisme (5xKgBB) = output cairan + IWL (15xKgBB)
Pantangan makan	Tidak ada pantangan makanan	Makanan dengan natrium dan kalium tinggi dan makanan tinggi fosfor
Menu makan	Nasi, lauk pauk, sayur	Diet lunak, cukup energi dan rendah protein
Berat badan	Berat badan normal	Terjadi peningkatan berat badan disebabkan edema

2.3.1.2 Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Kondisi klien gagal ginjal kronis biasanya lemah (fatigue), tingkat kesadaran tergantung pada tingkat toksisitas, sering didapatkan RR meningkat (tachypneu), hipertensi/hipotensi sesuai dengan kondisi fluktuatif (Prabowo & Pranata, 2014).

2) Pemeriksaan Fisik (Muttaqin, 2011)

(1) B1 Sistem pernafasan

Inspeksi: pergerakan dada simetris, adanya penggunaan otot bantu napas, sesak napas, irama pernapasan tidak teratur, dan pemakaian alat bantu napas, nafas cepat dan dalam (Kussmaul), dispnoe nokturnal paroksismal (DNP), takhipnoe (peningkatan frekuensi).

Palpasi : biasanya vocal fremitus sama antrara kanan dan kiri.

Perkusi: biasanya terdengar suara sonor.

Auskultasi: suara napas, adanya suara napas tambahan, biasanya wheezing.

(2) B2 Sistem kardiovaskuler

Inspeksi : ditemukan nyeri dada atau angina, dan sesak napas, gangguan irama jantung, penurunan perfusi perifer sekunder dari penurunan curah jantung akibat hiperkalemi dan gangguan konduksi elektrikl otot ventrikel.

Palpasi : didapatkan tanda dan gejala gagal jantung kongestif, TD meningkat, akral dingin, CRT > 3, palpitasi.

Perkusi : terdengar suara redup pada batas jantung

Auskultasi : Pada kondisi uremi berat, perawat akan menemukan adanya friction rub yang merupakan tanda khas efusi perikardial.

(3) B3 Sistem Persyarafan

Inspeksi: didapatkan penurunan tingkat kesadaran, disfungsi serebral, seperti perubahan proses pikir dan disorientasi, klien sering mengalami kejang, adanya neuropati perifer, burning feet syndrom, restless leg syndrom, kram otot dan nyeri otot.

(4) B4 Sistem Perkemihan

Inspeksi : ditemukan perubahan pola kemih pada periode oliguri akan terjadi penurunan frekuensi dan penurunan urine < 400 ml/hari, warna urin juga menjadi lebih pekat. Sedangkan pada periode diuresis terjadi peningkatan yang menunjukkan peningkatan jumlah urine secara bertahap, disertai tanda perbaikan filtrasi glomerulus. Pada pemeriksaan didapatkan proteinuria, BUN dan kreatinin meningkat. Dapat juga terjadi penurunan libido berat. Biasanya pada kasus gagal ginjal kronis dapat terjadi ketidakseimbangan cairan dikarenakan tidak

berfungsinya glomerulus untuk mengeluarkan zat-zat sisa metabolisme.

Tabel 2.4 Volume urine normal menurut Muttaqin (2011)

No	Usia	Jumlah urine/ hari
1	1-2 hari	15-60 ml
2	3-10 hari	100-300 ml
3	10 hari – 2 bulan	250-400 ml
4	2 bulan – 1 tahun	400-500 ml
5	1-3 tahun	500-600 ml
6	3-5 tahun	600-700 ml
7	5-8 tahun	700-1000 ml
8	8-14 tahun	800-1400 ml
9	14 tahun- dewasa	1500 ml
10	Dewasa tua	≤ 1500 ml

Palpasi : biasanya ada nyeri tekan pada simfisis pubis

(5) B5 Sistem Pencernaan

Inspeksi : didapatkan adanya mual muntah, anoreksia dan diare sekunder dari bau mulut amonia, peradangan mukosa mulut dan ulkus saluran cerna sehingga sering didapatkan penurunan intake nutrisi dari kebutuhan.

Palpasi : tidak ada massa pada abdomen, tidak ada nyeri tekan pada abdomen.

Perkusi : ditemukan suara timpani.

Auskultasi : ditemukan suara bising usus normal (15-35x/menit).

(6) B6 Sistem Integumen dan Muskuloskeletal

Inspeksi : didapatkan adanya nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, nyeri kaki (memburuk saat malam hari), kulit gatal, ada/berulangnya infeksi, pruritus, demam (sepsis, dehidrasi), ptekie, area ekimosis pada kulit, fraktur tulang, defisit fosfat kalsium pada kulit, keterbatasan gerak sendi, terjadi oedem pada ekstremitas.

Derajat edema bias dinilai berdasarkan kedalaman dan juga kembali nya turgor kulit. Penilaian derajat edema menurut Sudoyo (2014) yaitu:

Tabel 2.5 Derajat edema menurut Sudoyo (2014)

Stage	Deskripsi
1	Pada edema derajat satu biasanya kedalaman edema adalah 1-3 mm dengan waktu kembali 3 detik.
2	Pada edema derajat satu biasanya kedalaman edema adalah 3-5 mm dengan waktu kembali detik.
3	Pada edema derajat satu biasanya kedalaman edema adalah 5-7 mm dengan waktu kembali 7 detik.

4	Pada edema derajat satu biasanya kedalaman edema adalah 7 mm dengan waktu kembali 7 detik.
---	--

Untuk menghindari edema kita dapat menghitung balance cairan pada pasien dengan cara:

$$\text{Intake cairan} + \text{hasil metabolisme (5xKgBB)} = \text{output cairan} + \text{IWL (15xKgBB)}$$

Palpasi : didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum sekunder dari anemia dan penurunan perfusi perifer dari hipertensi.

(7) B7 Sistem Penginderaan

Kadar batas pendengaran menunjukkan defisit frekuensi tinggi pada awal penyakit, setelah itu pendengaran secara bertahap memburuk. Amaurosis uremia adalah onset tiba-tiba kebutaan bilateral, yang haru dikembalikan dalam waktu beberapa jam sampai beberapa hari. Mata sering mengandung garam kalsium, yang membuatnya terlihat seperti teriritasi.

(Black & Hawks, 2014).

(8) B8 Sistem Endokrin

Berhubungan dengan pola seksualitas, klien dengan gagal ginjal kronis akan mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormon reproduksi. Selain itu, jika kondisi gagal ginjal kronis berhubungan dengan penyakit diabetes mellitus, maka akan ada gangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada proses metabolisme.

(Prabowo & Pranata, 2014).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien Gagal Ginjal Kronik menurut Nurarif & Kusuma (2015):

- 1) Kelebihan volume cairan b.d penurunan haluaran urin, retensi cairan dan natrium,
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d anoreksia, mual, muntah, perubahan membran mukosa mulut
- 3) Intoleransi aktivitas b.d keletihan, anemia, retensi produk sampah, prosedur dialisis
- 4) Ketidakefektifan pola nafas b.d kongesti paru
- 5) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d perlemahan aliran darah ke seluruh tubuh
- 6) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d suplai oksigen ke otak menurun
- 7) Kerusakan integritas kulit b.d pruritus, gangguan status metabolic sekunder
- 8) Resiko penurunan curah jantung b.d perubahan preload

2.3.3 Intervensi Keperawatan (Nurarif & Kusuma, 2015)

Tabel 2.5 Intervensi keperawatan

No	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24	1. Jelaskan pada klien dan keluarga klien tentang indikator kelebihan cairan

<p>jam diharapkan volume cairan seimbang</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Px dan keluarga px dapat mengetahui indikator kelebihan cairan 2. Px mau melakukan pencatatan intake dan output cairan 3. Pasien mampu mempratekkan cara mencatat intake dan output cairan 4. Tidak ada edema 5. Kebutuhan cairan px balance 6. Turgor kulit elastis 7. Bunyi nafas bersih, tidak ada dipsneu, ortopneu 	<p>R/: menambah pengetahuan klien dan keluarga klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan klien untuk mencatat intake dan output cairan <p>R/: untuk mengetahui keseimbangan intake dan output cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan klien untuk mengontrol konsumsi natrium <p>R/: mencegah adanya retensi natrium</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan pada klien cara mencatat intake dan output cairan <p>R/: menambah keterampilan klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Observasi intake dan output cairan <p>R/: agar kebutuhan cairan klien balance</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Observasi edema <p>R/: agar edema tidak memburuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Observasi vital sign <p>R/: agar mengetahui perubahan ttv klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Observasi BB <p>R/: agar mengetahui klien mengalami edema atau tidak</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi dialisis
---	---

		R/: mengurangi volume cairan dalam tubuh
2	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi, BB sesuai IMT</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dan keluarga klien mampu mengetahui tentang pentingnya nutrisi 2. Klien mau makan makanan sedikit tapi sering 3. BB sesuai IMT (18,5-25,00) 4. Tidak ada penurunan BB yang berarti 5. Hemoglobin dalam batas normal (L.13,5 – 18,0 / P. 11,5 – 16,0 g/dl) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada klien dan keluarga klien tentang pentingnya nutrisi R/: agar menambah pengetahuan klien dan keluarga klien 2. Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering R/: agar nutrisinya dapat terserap dengan baik 3. Observasi BB R/: agar mengetahui perubahan BB 4. Observasi mukosa mulut R/: agar mengetahui adanya dehidrasi 5. Observasi konjungtiva R/: agar mengetahui adanya anemia pada pasien 6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah nutrisi yang dibutuhkan klien dan menu makanan yang sesuai untuk klien R/: agar nutrisi pasien terpenuhi dan tidak terjadi malnutrisi

	<p>6. Hematokrit dalam batas normal (L. 40 – 54 / P. 35 – 47 vol %)</p> <p>7. Konjungtiva tidak anemis</p>	
3	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien dapat mentoleransi aktivitas</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dan keluarga klien mampu memahami tentang aktivitas yang bisa dilakukan sesuai kemampuan 2. Klien mau melakukan aktivitas sesuai kemampuan 3. TTV dalam batas normal saat beraktivitas <p>Tekanan darah:</p> <p>Systole: 100-120 mmHg</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada klien dan keluarga klien tentang aktivitas yang bisa dilakukan sesuai kemampuan R/: agar menambah pengetahuan klien dan keluarga klien 2. Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan R/: agar pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri 3. Observasi TTV sebelum dan sesudah aktivitas R/: untuk mengetahui perubahan TTV sebelum dan sesudah aktivitas 4. Observasi perubahan EKG R/: agar mengetahui apakah ada komplikasi jantung 5. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat

	<p>Diastole: 60-80 mmHg</p> <p>Suhu: 36,5-37,4°C</p> <p>Nadi: 60-80x/menit</p> <p>RR: 15-20x/menit</p> <p>4. Tidak ada kelemahan dalam aktivitas sehari-hari</p> <p>5. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri</p>	<p>R/: agar mempercepat proses penyembuhan klien dan klien bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri</p>
4	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola nafas klien menjadi efektif</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Pasien dan keluarga pasien dapat mengetahui tentang penyebab pola nafas tidak efektif</p> <p>2. Pasien mau melakukan latihan nafas dalam secara mandiri</p>	<p>1. Jelaskan pada klien dan keluarga klien tentang penyebab pola nafas tidak efektif</p> <p>R/: untuk menambah pengetahuan klien dan keluarga klien</p> <p>2. Anjurkan klien untuk melakukan latihan nafas dalam secara mandiri</p> <p>R/: agar klien dapat mengatur pola nafasnya saat terjadi sesak</p> <p>3. Ajarkan pada klien teknik nafas dalam</p> <p>R/: agar menambah keterampilan klien</p> <p>4. Observasi adanya suara nafas tambahan</p> <p>R/: agar mengetahui adanya jalan nafas yang terhambat atau tidak</p>

	<p>3. Pasien mampu mempratekkan teknik nafas dalam</p> <p>4. Tidak memakai alat bantu pernafasan</p> <p>5. Tidak ada pernafasan cuping hidung</p> <p>6. RR dalam batas normal (15-20x/menit)</p> <p>7. Tidak ada otot bantu pernafasan</p>	<p>5. Observasi adanya pernafasan cuping hidung</p> <p>R/: untuk mengetahui adanya retensi karbondioksida atau tidak</p> <p>6. Observasi RR</p> <p>R/: agar mengetahui perubahan RR pada klien</p> <p>7. Observasi adanya retraksi otot bantu pernafasan</p> <p>R/: agar mengetahui pasien kesulitan dalam bernafas atau tidak</p> <p>8. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian bronkodilator</p> <p>R/: mempercepat proses penyembuhan</p>
5	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan sirkulasi darah ke jaringan perifer efektif</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Klien dan keluarga klien mengetahui</p>	<p>1. Jelaskan pada klien dan keluarga klien tentang perubahan sensasi</p> <p>R/: untuk menambha pengetahuan klien dan keluarga klien</p> <p>2. Anjurkan keluarga klien untuk mengobservasi kulit dan melaporkan jika ada laserasi</p> <p>R/: agar tidak terjadi laserasi pada klien</p> <p>3. Observasi perubahan fungsi motoric</p>

	<p>tentang penyebab perubahan sensasi</p> <p>2. Keluarga klien mau melakukan observasi kulit klien dan melaporkan jika ada laserasi</p> <p>3. Tidak ada perubahan fungsi motoric</p> <p>4. Tidak ada penurunan nadi perifer</p> <p>5. Tidak ada parestesi</p> <p>6. CRT<3 detik</p>	<p>R/: jika ada perubahan berarti sirkulasi perifer terganggu</p> <p>4. Observasi penurunan nadi perifer</p> <p>R/: jika ada perubahan berarti sirkulasi perifer terganggu</p> <p>5. Observasi CRT</p> <p>R/: agar mengetahui adanya perubahan CRT, perubahan itulah yang menunjukkan perfusi jaringan perifer lancar atau tidak.</p> <p>6. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian analgetik</p> <p>R/: untuk mempercepat proses penyembuhan</p>
6	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan sirkulasi serebral stabil</p> <p>1. GCS px normal4-5-6</p> <p>2. Tingkat kesadaran px composmentis</p> <p>3. TTV dalam batas normal</p>	<p>1. Anjurkan px untuk head up 30°</p> <p>R/: agar membantu memperlancar peredaran darah ke otak</p> <p>2. Observasi GCS dan tingkat kesadaran px</p> <p>R/: untuk mengetahui perubahan GCS dan tingkat kesadaran px</p> <p>3. Observasi TTV px</p> <p>R/: untuk mengetahui perubahan TTV px</p> <p>4. Observasi adanya nyeri kepala</p>

	<p>Tekanan darah:</p> <p>Systole:100-120 mmHg</p> <p>Diastole: 60-80 mmHg</p> <p>Suhu: 36,5-37,4°c</p> <p>Nadi:60-80x/menit</p> <p>RR: 15-20x/menit</p>	<p>R/: untuk mengetahui adanya peningkatan TIK</p> <p>5. Kolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi</p> <p>R/: untuk mempercepat proses penyembuhan</p>
7	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas jaringan klien kembali normal</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Klien dan keluarga klien mampu memahami tentang penyebab kerusakan integritas kulit</p> <p>2. Klien mau memakai pakaian yang longgar</p> <p>3. Keluarga klien mau mengoleskan lotion pada daerah yang tertekan</p>	<p>1. Jelaskan pada klien dan keluarga klien tentang penyebab kerusakan integritas kulit</p> <p>R/: agar menambah pengetahuan klien</p> <p>2. Anjurkan klien untuk memakai pakaian yang longgar</p> <p>R/: agar kulit klien tidak tertekan dengan baju yang sempit</p> <p>3. Anjurkan keluarga klien mengoleskan lotion pada daerah yang tertekan</p> <p>R/: agar kelembapan kulit klien terjaga</p> <p>4. Observasi tanda kemerahan pada kulit</p> <p>R/: agar mengetahui ada tanda infeksi atau tidak</p> <p>5. Observasi aktivitas mobilisasi klien</p> <p>R/:agar tidak terjadi terjadi decubitus</p> <p>6. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat diuresis</p>

	<p>4. Tidak ada tanda kemerahan pada kulit</p> <p>5. Tidak ada decubitus</p>	<p>R/: agar oedem nya berkurang dan kerusakan integritas jaringan berkurang</p>
8	<p>Tujuan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tidak terjadi penurunan curah jantung</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada klien dan keluarga klien tentang penyebab penurunan curah jantung 2. Pasien mau mengurangi stress 3. TTV dalam batas normal saat beraktivitas <p>Tekanan darah:</p> <p>Systole: 100-120 mmHg</p> <p>Diastole: 60-80 mmHg</p> <p>Suhu: 36,5-37,4°c</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada klien dan keluarga klien tentang penyebab penurunan curah jantung R/: agar menambah pengetahuan klien dan keluarga klien 2. Anjurkan pada klien untuk mengurangi stress R/: agar kerja jantung tidak berat 3. Monitor TTV R/: agar mengetahui perubahan TTV 4. Monitor sianosis R /: agar mengetahui aliran darah lancar atau tidak 5. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat aritmia R/: agar mempercepat penyembuhan klien

	Nadi:60-80x/menit RR: 15-20x/menit 4. Tidak ada sianosis	
--	--	--

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Implementasi adalah pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yang di validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana memberikan askep dalam pengumpulan data serta melaksanakan adusa dokter dan ketentuan rumah sakit (Wijaya & Putri, 2013).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaa pasien (Hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat (Rohmah, N. 2014).

Evaluasi merupakan tahapan akhir dari suatu proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan rencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara melibatkan pasien dan sesama tenaga kesehatan (Wijaya & Putri, 2013).

Bab 3

Tinjauan Kasus

3.1 Pengkajian

Data diambil pada tanggal 20 Januari 2020 pukul 10.30 WIB Ny. S MRS pada tanggal 19 Januari 2020. Ny. S dirawat diruang Anggrek 15.1 kelas II dengan nomor rekam medic 399xxx dengan diagnose medis *Chronic Kidney Disease* (Gagal Ginjal Kronik).

3.1.1 Identitas Klien

Pasien bernama Ny. S (PR) sebagai IRT berusia 57 tahun beragama Islam, dan bertempat tinggal di desa Kurung, Kejayan, Pasuruan.

3.1.2 Identitas Penanggung Jawab

Anak pasien bernama Ny. Q (PR) berusia 40 tahun, beragama Islam, bekerja sebagai karyawan swasta.

3.1.3 Riwayat Keperawatan

3.1.3.1 Riwayat Keperawatan Sekarang

1. Keluhan utama: keluarga pasien mengatakan pasien sesak
2. Riwayat penyakit saat ini: keluarga pasien mengatakan setelah absen dari HD (Selasa, 14-01-2020) kondisi pasien sedikit menurun dan badannya panas lalu akhirnya pasien dibawa ke RSUD Bangil oleh keluarga pada tanggal 19-01-2020 pukul 20.00 lalu pada tanggal 19-01-2020 pukul 23.00 pasien dibawa ke Ruang Anggrek. Keluarga pasien mengatakan pasien menderita gagal ginjal kronik sejak 9-12-2019 dan pasien memulai HD tanggal 11-12-2019. Keluarga pasien mengatakan jadwal HD pasien 1 minggu sekali setiap hari selasa. Saat dikaji (20-01-2020)

px mengalami penurunan kesadaran dan data hanya didapatkan dari keluarga.

Masalah keperawatan : ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

3.1.3.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

- 1) Penyakit yang pernah diderita: keluarga pasien mengatakan pasien pernah menderita tumor Rahim dan keluarga px mengatakan px mempunyai riwayat tekanan darah tinggi 2 tahun lalu px mengkonsumsi obat captopril.
- 2) Operasi: keluarga pasien mengatakan pasien pernah operasi pengangkatan tumor tahun 1999.
- 3) Alergi : keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi

3.1.3.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

- 1) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga: keluarga pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang menular seperti TB Paru (batuk lama), menurun seperti DM (kencing manis), dan menahun seperti penyakit jantung
- 2) Lingkungan rumah dan komunitas: keluarga pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih dan ventilasi baik
- 3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan: keluarga pasien mengatakan setiap hari pasien selalu minum kopi hitam 3 cangkir.

3.1.3.4 Status Cairan dan Nutrisi

Tabel 3.1 nutrisi klien

Status Cairan dan Nutrisi	Sebelum Sakit	Sesudah sakit
Nafsu makan	Baik	Menurun
Pola makan	3x1 porsi habis	3x 100 cc
Minum: jenis:	Air putih	susu
Jumlah:	700 cc	300 cc
Pantangan makan	Tidak ada	Tidak ada
Menu makan	Nasi, lauk, sayur	Susu
Berat badan	Keluarga pasien mengatakan BB pasien sebelum sakit 55 kg	Keluarga pasien mengatakan BB pasien saat sakit 53 kg

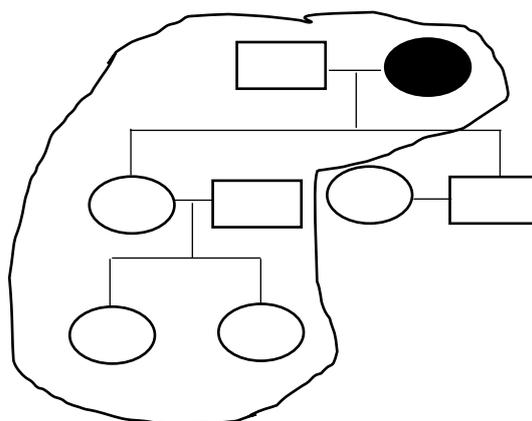
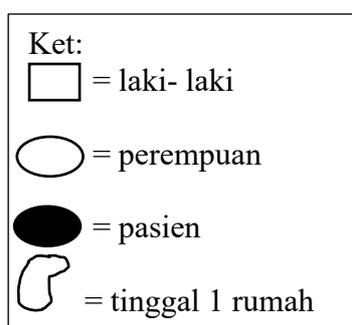
- 1) Keluhan lain: keluarga pasien mengatakan bb pasien menurun 2 kg dalam 6 minggu dan saat ini px menggunakan NGT

$$\text{BBI} = ((\text{tinggi badan (cm)} - 100) \times 15\%) = (150 - 100) \times 15\% = 7,5$$

$$= 53 - 7,5 = 45,5$$

Masalah keperawatan: ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.1.3.5 Genogram



Gambar 3.1 Genogram

3.1.3.6 Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum: lemah

2) GCS: 4-2-5, Kesadaran: Delirium

3) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,3°C (lokasi pengukuran: aksila),
nadi 88x/menit (lokasi perhitungan: radialis), dan RR 24x/menit.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

4) Respirasi B1

Inspeksi : bentuk dada simetris, susunan ruas tulang belakang normal,
irama nafas tidak teratur, retraksi otot bantu nafas (+), alat bantu nafas:
masker NRBM 10 lpm, nyeri dada (-), batuk (-), sputum (-).

Palpasi: vocal fremitus tidak terkaji

Perkusi: terdengar suara sonor

Auskultasi: suara nafas tambahan: wheezing

Masalah keperawatan: Ketidakefektifan pola nafas

5) Kardiovaskuler B2

Inspeksi: nyeri dada (-), sianosis (-), clubbing finger (-), JVP normal

Palpasi: ictus cordis tidak teraba, CRT <3 detik, nyeri tekan (-)

Perkusi: terdengar suara redup/pekak, letak jantung masih dalam batas
normal di ICS II sternalis dextra sinistra sampai dengan ICS V
midclavícula sinistra

Auskultasi: suara jantung S1 S2 tunggal

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

6) Persyarafan B3

Inspeksi: kesadaran delirium, GCS: 4-2-5, orientasi tidak terkaji, kejang (-), kaku kuduk(-), brudzinsky (-), nyeri kepala (-), pusing (-), kelainan nervous cranialis (-), pupil isokor, reflek cahaya +/-

Masalah keperawatan: ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

7) Genitourinaria B4

Inspeksi: bentuk alat kelamin normal, kemauan turun, kemampuan turun, pasien memakai kateter,

Input: 1613 cc/hari (Minum 300, Infus D5 1000 cc/24 jam, OMZ 1x 10cc = 10cc, Ondan 1x 5cc = 5cc, Vicillin Sx 3x10cc = 30 cc, Furosemide 1x 3cc = 3cc, AM: 5 x 53= 265)

Output: 580cc/hari (urin <50 cc/24 jam, IWL 10x53= 530)

urine berwarna sedikit gelap, berbau khas.

Palpasi: nyeri tekan pada simfisis pubis (-)

Masalah keperawatan: kelebihan volume cairan

8) Pencernaan B5

Inspeksi: mulut bersih, mulut simetris, mukosa bibir kering, gigi bersih, kesulitan menelan (-), pembesaran tonsil (-), BAB 1x sehari, konsistensi lembek, warna kuning, bau khas, tempat yang digunakan pampers, BBI pasien = 45,5.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada abdomen

Perkusi: terdengar suara timpani

Auskultasi: bising usus terdengar 10x/menit

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

9) Musculoskeletal dan Integument B6

Inspeksi: pitting oedema (+) di kaki sebelah kanan, kemampuan pergerakan sendi terbatas, warna kulit sedikit ke abu-abuan, ADL total : semua kegiatan dibantu oleh keluarga.

Palpasi: CRT < 3 detik, turgor kulit > 3 detik, akral hangat kering dan merah , kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$

Masalah keperawatan: kelebihan volume cairan

10) Penginderaan B7

Konjungtiva anemis, sklera normal putih, tidak ada palpebra, tidak ada strabismus, ketajaman penglihatan tidak terkaji, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, tidak terdapat kantung mata, hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman tidak terkaji, tidak ada kelainan, telinga berbetuk simetris, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran berkurang, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, perasa tidak terkaji, peraba tidak terkaji.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

11) Endokrin B8

Inspeksi: gangrene (-), pus (-), bau (-)

Palpasi: pembesaran kelenjar tyroid (-), pembesaran kelenjar parotis (-)

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

12) Data Psikososial

(1) Gambaran Citra Diri:

Keluarga pasien mengatakan pasien sangat senang dan sangat bangga pada tubuhnya dan bila pasien kehilangan anggota

tubuhnya pasien akan sedih.

(2) Identitas

Keluarga pasien mengatakan status pasien adalah ibu dan nenek, keluarga pasien mengatakan puas menjadi seorang ibu dan nenek, dan merasa puas dengan jenis kelaminnya.

(3) Peran

Keluarga pasien mengatakan pasien cepat sembuh dan dapat menjalankan perannya sebagai seorang ibu dan nenek.

(4) Ideal diri

Keluarga pasien mengatakan berharap pasien bisa cepat sembuh dan dapat beraktivitas seperti biasanya, keluarga pasien mengatakan pasien berharap keluarganya selalu harmonis, dan berharap masyarakat mau menerima keberadaannya, untuk tenaga kesehatan pasien berharap mendapat pelayanan yang baik

(5) Harga diri

Keluarga pasien mengatakan pasien sangat menjunjung tinggi harga dirinya.

(6) Data social

Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga dan pasien lain sangat baik, pasien mendapatkan dukungan yang tulus dari keluarga, pasien dapat berinteraksi dengan baik

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

13) Data spiritual

Keluarga pasien mengatakn pasien percaya adanya Allah SWT,

sumber kekuatan pasien adalah keluarga, ibadah yang mampu dilakukan secara mandiri adalah berdoa, keluarga pasien yakin sembuh dan menganggap bahwa sakit adalah sebuah ujian.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

14) Data penunjang

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium (19-01-2020)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Leukosit	27,84	4,5 – 11 x10 ³ /μL
Haemoglobin	5,64	12 – g/dl
Hematokrit	17,3	33-51 vol %
BUN	105	7,8 – 20,23 mg/dl
Kreatinin	16,891	0,6 - 1,0 mg/dl
Kalium	6,77	3,5 – 5 mmol/L
Klorida	106,30	95 – 105 mmol/L
Kalsium	0,680	1,16 – 1,32 mmol/L

15) Terapi (20-01-2020)

(1) Infus D5% 1000 cc/hari

Fungsi infus D5% adalah untuk membantu memenuhi kebutuhan gula dalam tubuh. Infus ini di berikan ketika tubuh anda memerlukan cairan tambahan, sehingga kadar gula dalam tubuh berkurang.

(2) Injeksi omeprazole 1x40 mg dalam 10 ml

Fungsi omeprazole adalah untuk mengatasi masalah perut

yang diakibatkan oleh peningkatan asam lambung.

(3) Injeksi ondansetron 1x40 mg dalam 5 ml

Fungsi ondansetron adalah untuk mencegah atau mengurangi mual muntah yang dirasakan pasien.

(4) Injeksi vicillin 1x1,5 gr dalam 10 ml

Fungsi vicillin sx adalah untuk mengatasi infeksi yang terjadi karena bakteri seperti infeksi saluran pernafasan, saluran pencernaan, jantung (endocarditis), infeksi saluran kemih, infeksi kelamin (gonore), infeksi telinga.

(5) Injeksi furosemide 1x20 mg (stop tanggal 21-01-2020)

Fungsi furosemide adalah obat untuk mengurangi cairan berlebih dalam tubuh (edema) yang diakibatkan oleh kondisi seperti gagal jantung, gagal ginjal, penyakit hati. Obat ini juga bisa digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi.

(6) Transfusi PRC 1 kolf tanggal 20-01-2020 (gol. Darah B+)

Fungsi PRC (*Packet Red Cell*) adalah sebagai pembawa oksigen, sehingga pada pasien gagal ginjal kronik yang mengalami anemia oksigenasi jaringan dapat ditingkatkan tanpa membebani tubuh dengan volume berlebih.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Tanggal 20 Januari 2020 dengan Ny. S berusia 57 tahun RM 399xxx

Tabel 3.3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS: keluarga px mengatakan px tidak sadar</p> <p>DO:</p> <p>1. GCS: 4-2-5</p> <p>2. Kesadaran: Delirium</p> <p>3. Px hanya bias mengerang tapi masih bisa melokalisir nyeri</p> <p>4. TTV:</p> <p>TD : 110/80 RR: 24</p> <p>N: 88 S: 36,3</p> <p>SPO₂: 96</p>	Penurunan kesadaran	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
2	<p>DS: keluarga px mengatakan px sesak</p> <p>DO:</p> <p>1. TTV:</p> <p>TD : 110/80 RR: 24</p> <p>N: 88 S: 36,3</p> <p>SPO₂: 96</p> <p>2. Ada suara nafas</p>	Peningkatan tekanan vena pulmonal	Ketidakefektifan pola nafas

	<p>tambahan wheezing</p> <p>3. Irama nafas tidak teratur</p> <p>4. Ada retraksi otot bantu nafas</p> <p>5. Terpasang masker NRBM 10 lpm</p>		
3	<p>DS: keluarga pasien mengatakan pasien hanya makan susu lewat selang</p> <p>DO:</p> <p>1. Terpasang NGT</p> <p>2. Makan 3x100 cc</p> <p>3. Hb: 5,6</p> <p>4. HCT: 17,3</p> <p>5. Leukosit: 27,84</p> <p>6. BB menurun 2 kg dalam 6 minggu awal 55 kg sekarang 53 kg</p> <p>7. BBI px = 45,5</p> <p>8. Konjungtiva anemis</p>	Intake nutrisi kurang	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
4	<p>DS: keluarga pasien mengatakan kaki kanan pasien bengkak</p> <p>DO:</p>	Penurunan output urin	Kelebihan Volume Cairan

1. Edema (+) derajat 1 2. Turgor kulit > 3 detik 3. Ada edema di kaki sebelah kanan 4. Balance - Input: 1613 - Output: ± 580 - Selisih: ±1033		
---	--	--

3.3 Intervensi Keperawatan

Tanggal 20-01-2020 dengan nama pasien Ny. S RM 399xxx dan dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik

Tabel 3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi dan rasional
1	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan sirkulasi serebral stabil Kriteria Hasil 1. GCS px normal 4-5-6 2. Tingkat kesadaran px composmentis 3. TTV dalam batas normal	1. Anjurkan keluarga px untuk meninggikan kepala px R/: agar membantu memperlancar peredaran darah ke otak 2. Observasi GCS dan tingkat kesadaran R/: untuk mengetahui perubahan GCS dan tingkat kesadaran px 3. Observasi TTV R/: untuk mengetahui perubahan TTV px

	<p>TD:sistol 100-120 mmHg</p> <p>Diastole 60-80 mmHg</p> <p>S: 36,5 – 37,5°c</p> <p>N: 60 – 80 x/menit</p> <p>RR: 15 – 20 x/menit</p>	<p>4. Observasi adanya nyeri kepala</p> <p>R/: untuk mengetahui adanya peningkatan TIK</p> <p>5. Observasi reflek cahaya</p> <p>R/: untuk mengetahui apakah reflek cahaya px masih ada</p>
2	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola nafas px kembali normal</p> <p>Kriteria hasil</p> <p>1. Keluarga px mampu menjelaskan kembali tentang penyebab ketidakefektifan pola nafas</p> <p>2. Keluarga pasien mau melaporkan pada perawat bila px sesak</p> <p>3. Keluarga mampu mempraktekkan kembali cara memasang masker dengan benar</p> <p>4. TTV dalam batas normal</p>	<p>1. Jelaskan pada keluarga px tentang penyebab ketidakefektifan pola nafas</p> <p>R/: untuk menambah pengetahuan keluarga px dan meningkatkan kerjasama antara keluarga px dan perawat</p> <p>2. Anjurkan pada keluarga px untuk melaporkan pada perawat bila px sesak</p> <p>R/: agar sesak px dapat segera tertangani</p> <p>3. Ajarkan pada keluarga px cara memasang masker dengan benar</p> <p>R/: agar oksigen di tubuh pasien dapat terpenuhi</p> <p>4. Observasi TTV</p> <p>R/: untuk mengetahui status pernafasan px dan efek dari terapi</p> <p>5. Observasi suara nafas tambahan</p>

	<p>TD:sistol 100-120 mmHg</p> <p>Diastole 60-80 mmHg</p> <p>S: 36,5 – 37,5°c</p> <p>N: 60 – 80 x/menit</p> <p>RR: 15 – 20 x/menit</p> <p>5. Irama nafas px teratur</p> <p>6. Tidak ada suara nafas tambahan</p> <p>7. Tidak ada retraksi otot bantu nafas</p>	<p>R/: adanya sura nafas tambahan menandakan adanya perubahan status oksigen dalam tubuh px</p> <p>6. Observasi retraksi otot bantu nafas</p> <p>R/: retraksi otot pada saat bernafas menandakan adanya bantuan dalam mendapatkan oksigen</p>
3	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi px terpenuhi</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga px mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya nutrisi 2. Keluarga px mau memberi makan px melalui NGT 3. Keluarga px mampu mempraktekkan kembali tentang cara memberi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pada keluarga px tentang pentingnya nutrisi R/: untuk menambah pengetahuan keluarga px dan meningkatkan kerjasama keluarga px dan perawat 2. Anjurkan pada keluarga px untuk memberi makan melalui NGT R/: agar nutrisi px terpenuhi 3. Ajarkan pada keluarga px cara memberi makan melalui NGT R/: untuk melatih ketrampilan 4. Observasi BB R/: untuk mengetahui perubahan BB px 5. Observasi Leukosit, Hb, HCT

	<p>makan melalui NGT</p> <p>4. Tidak ada penurunan BB yang berarti</p> <p>5. Hb dalam batas normal (12-16)</p> <p>6. HCT dalam batas normal (33-51)</p> <p>7. Konjungtiva tidak anemis</p>	<p>R/: untuk mengetahui perubahan leukosit, Hb, HCT px</p> <p>6. Observasi konjungtiva</p> <p>R/: untuk mengetahui adanya anemia</p> <p>7. Kolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi (Ondan 1x40 mg, OMZ 1x40 mg)</p> <p>R/: untuk mempercepat proses penyembuhan</p>
4	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan volume cairan px seimbang</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Keluarga px dapat menjelaskan kembali tentang indicator kelebihan volume cairan</p> <p>2. Keluarga px mau mencatat input dan output cairan px</p> <p>3. Keluarga px mampu mempraktekkan cara</p>	<p>1. Jelaskan pada keluarga px tentang indikator kelebihan volume cairan</p> <p>R/: untuk menambah pengetahuan keluarga px dan meningkatkan kerjasama keluarga px dan perawat</p> <p>2. Anjurkan pada keluarga px untuk mencatat intake dan output cairan px</p> <p>R/: untuk mengetahui balance cairan px</p> <p>3. Ajarkan pada keluarga px cara mencatat intake dan output cairan</p> <p>R/: untuk melatih ketrampilan keluarga px</p> <p>4. Observasi intake dan output cairan</p> <p>R/: agar mengetahui balance cairan px</p> <p>5. Observasi edema</p>

	<p>mencatat intake dan output px</p> <p>4. Tidak ada edema</p> <p>5. Turgor kulit < 3 detik</p>	<p>R/: untuk mengetahui adanya edema</p> <p>6. Kolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi (furosemide 1x20 mg, vicillin 1x1,5 g)</p> <p>R/: untuk mempercepat proses penyembuhan</p>
--	--	---

3.4 Implementasi keperawatan

Pasien dengan nama Ny. S berusia 57 tahun RM 399xxx

Tabel 3.5 Tabel Implementasi keperawatan tanggal 20-01-2020

No	Tanggal	Jam	Implementasi	TTD
1	20-01-2020	<p>08.45</p> <p>08.50</p> <p>12.00</p> <p>08.55</p>	<p>1. Menganjurkan kepada keluarga px untuk menaikkan kepala px</p> <p>2. Mengobservasi GCS dan tingkat kesadaran GCS: 4-2-5, Tingkat kesadaran: delirium</p> <p>3. Mengobservasi TTV TD: 110/80 N: 88 RR: 24 S: 36,3°C SPO₂: 96%</p> <p>4. Mengobservasi reflek cahaya Reflek cahaya (+)</p>	   
2	20-01-2020	09.00 x _____	1. Menjelaskan pada pasien dan keluarga pasien tentang penyebab ketidakefektifan pola nafas	

		09.05	2. Mengajarkan keluarga px untuk selalu melaporkan pada perawat bila px sesak	
		09.10	3. Mengajarkan pada keluarga pasien cara memasang masker O ₂ yang benar	
		09.20	4. Mengobservasi suara nafas tambahan Suara nafas tambahan (+)	
		09.25	5. Mengobservasi otot bantu nafas Otot bantu nafas (+)	
		12.00	6. Mengobservasi TTV TD: 110/80 N: 88 RR: 24 S: 36,3°C SPO ₂ : 96%	
3	20-01-2020	08.30	1. Berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi (OMZ 40 mg, Ondan 40 mg)	
		09.30	2. Menjelaskan pada keluarga px tentang pentingnya nutrisi	
		09.35	3. Mengajarkan pada keluarga px untuk memberi makan melalui NGT	
		09.40	4. Mengajarkan pada keluarga px cara memberi makan melalui NGT	
		09.50	5. Mengobservasi BB BB: 53	
		09.55	6. Mengobservasi Hb dan HCT Hb: 5,64 HCT: 17,3	

		10.00	7. Mengobservasi konjungtiva Konjungtiva tidak pucat	
4	20-01-2020	08.30	1. Berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi Furosemide 20 mg, Vicillin Sx 1,5g	
		10.05	2. Menjelaskan pada keluarga px tentang indikator kelebihan volume cairan Adanya edema, turgor kulit >3 detik	
		10.10	3. Menganjurkan pada keluarga px untuk mencatat intake dan output cairan	
		10.15	4. Mengajarkan pada keluarga px cara mencatat intake dan output cairan px	
		10.25	5. Mengobservasi intake dan output cairan - Input: 1613 Minum 300 Infus D5 1000 cc/24 jam OMZ 1x 10cc = 10cc Ondan 1x 5cc = 5cc Vicillin Sx 3x10cc = 30 cc Furosemide 1x 3cc = 3cc AM: 5 x 53= 265 - Output: ± 580 Urin: ± 50 cc IWL: 10x53 = 530	

		10.30	6. Mengobservasi edema Ada edema di kaki sebelah kanan	
--	--	-------	---	---

Tabel 3.6 Tabel Implementasi keperawatan tanggal 21-01-2020

No	Tanggal	Jam	Implementasi	TTD
1	21-01-2020	14.50	1. Mengobservasi GCS dan tingkat kesadaran GCS: 4-2-5 Tingkat kesadaran: delirium	
		18.00	2. Mengobservasi TTV TD: 120/80 RR: 22 S: 36,3 ⁰ c N: 80 SpO ₂ : 95%	
		14.55	3. Mengobservasi reflek cahaya Reflek cahaya (+)	
2	21-01-2020	15.00	1. Mengobservasi suara nafas tambahan suara nafas tambahan (-)	
		15.05	2. Mengobservasi otot bantu nafas retraksi otot bantu nafas (-)	
		18.00	3. Mengobservasi TTV TD: 120/80 RR: 22 S: 36,3 ⁰ c N: 80 SpO ₂ : 95%	
3	21-01-2020	15.10	1. Mengobservasi BB BB: 58	
		15.15	2. Mengobservasi Leukosit, Hb dan HCT Hb: 11,77 HCT: 36,3 Leukosit:36,98	

		15.20	3. Mengobservasi konjungtiva Konjungtiva tidak pucat	
4	21-01-2020	15.25	1. Mengobservasi intake dan output cairan - Intake: 1610 cc/ hari Infus: 1000 cc/hari Minum: 300 cc/ hari Vicillin : 3x10 cc : 30 cc OMZ: 10 cc Ondan : 5 cc AM: 5x53: 265 - Output: 1230 cc/hari Urin: 700 cc/ hari IWL: 10x53: 530	
		15.30	4. Mengobservasi edema Edema (+)	
		16.00	5. Berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi Vicillin sx 1,5 gr	

Tabel 3.7 Tabel Implementasi keperawatan tanggal 22-01-2020

No	Tanggal	Jam	Implementasi	TTD
1	22-01-2020	07.50	1. Mengobservasi GCS dan tingkat kesadaran GCS: 4-2-5, Tingkat kesadaran: delirium	

		12.10	<p>2. Mengobservasi TTV</p> <p>TD: 110/70 RR: 20 S: 36,5⁰c</p> <p>N: 78 SpO₂: 100%</p> <p>3. Mengobservasi reflek cahaya</p> <p>Reflek cahaya (+)</p>	 
2	22-01-2020	08.00	1. Mengobservasi suara nafas tambahan	
			Suara nafas tambahan (-)	
		08.05	2. Mengobservasi retraksi otot bantu nafas	
			Retraksi otot bantu nafas (-)	
		12.10	3. Mengobservasi TTV	
			TD: 110/70 RR: 20 S: 36,5 ⁰ c	
			N: 78 SpO ₂ : 100%	
3	22-01-2020	08.10	1. Berkolaborasi dengan tim medis lain	
			dalam pemberian terapi	
			Ondan 40 mg, OMZ 40 mg	
		08.15	2. Mengobservasi BB px	
			BB: 53 kg	
		08.20	3. Mengobservasi konjungtiva	
			Konjungtiva px pucat	
		08.25	4. Mengobservasi Hb dan HCT	
			Hb: 9,20 HCT: 28,7 Leukosit: 18,08	
4	22-01-2020	08.10	1. Berkolaborasi dengan tim medis lain	
			dalam pemberian terapi	
			Vicillin sx 1,5 gr	

		08.30	<p>2. Mengobservasi intake dan output cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Input: 1610 cc/hari Infus: 1000 cc/ hari Minum: 300cc/hari Vicillin : 3x10 cc: 30 cc OMZ: 10 cc Ondan : 5 cc AM: 5x53: 265 - Output: 1180 cc/hari Urin: 650 cc/ hari IWL: 10x53: 530 	
		08.35	<p>3. Mengobservasi edema</p> <p>Edema (-)</p>	

Tabel 3.8 Tabel Implementasi keperawatan tanggal 23-01-2020

No	Tanggal	Jam	Implementasi	TTD
1	23-01-2020	14.50	<p>1. Mengobservasi GCS dan tingkat kesadaran</p> <p>GCS: 3-2-5</p> <p>Tingkat kesadaran: delirium</p>	
		17.00	<p>2. Mengobservasi TTV</p> <p>TD: 90/60 RR: 21 S: 36,5⁰c</p> <p>N: 80 SpO₂: 98%</p>	

			3. Mengobservasi reflek cahaya Reflek cahaya (+)	
2	23-01-2020	15.00	1. Mengobservasi otot bantu nafas Otot bantu nafas (-)	
		15.05	2. Mengobservasi suara nafas tambahan Suara nafas tambahan (-)	
		17.00	3. Mengobservasi TTV TD: 90/60 RR: 21 S: 36,5 ⁰ c N: 80 SpO ₂ : 98%	
3	23-01-2020	15.15	1. Mengobservasi BB BB: 53	
		15.20	2. Mengobservasi konjungtiva Konjungtiva tidak pucat	
4	23-01-2020	15.25	1. Mengobservasi intake dan output cairan - Input: 1610 cc/hari Infus: 1000 cc/hari Minum: 300 cc/hari Vicillin : 3x10 cc: 30 cc OMZ: 10 cc Ondan : 5 cc AM: 5x53: 265 - Output:1280 cc/hari Urin: 750 cc/ hari IWL: 10x53: 530	

		15.30	2. Mengobservasi edema Edema (-)	
		16.00	3. Berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi Vicillin sx 1,5 gr	

Tabel 3.9 Tabel Implementasi keperawatan tanggal 24-01-2020

No	Tanggal	Jam	Implementasi	TTD
1	24-01-2020	20.20	1. Mengobservasi GCS dan tingkat kesadaran GCS: 3-2-5 Tingkat kesadaran: delirium	
		20.35	2. Mengobservasi TTV TD: 100/60 RR: 18 S: 36,2 ⁰ c N: 82 SpO ₂ : 100%	
		20.25	3. Mengobservasi reflek cahaya Reflek cahaya (+)	
2	24-01-2020	20.35	1. Mengobservasi TTV TD: 100/60 RR: 18 S: 36,2 ⁰ c N: 82 SpO ₂ : 100%	
		20.40	2. Mengobservasi otot bantu nafas Otot bantu nafas (-)	
		20.45	3. Mengobservasi suara nafas tambahan Suara nafas tambahan (-)	

3	24-01-2020	20.50	1. Mengobservasi BB BB: 53	
		20.55	2. Mengobservasi konjungtiva Konjungtiva tidak pucat	
4	24-01-2020	21.00	1. Mengobservasi intake dan output cairan - Input : 1610 cc/hari Infus: 1000 cc/hari Minum: 300 cc/hari Vicillin : 3x10 cc: 30 cc OMZ: 10 cc Ondan : 5 cc AM: 5x53: 265 - Output: 1130 cc/hari Urin: 600 cc/ hari IWL: 10x53: 530	
		22.00	2. Berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi Vicillin 1,5 gr	

Tabel 3.10 Tabel Implementasi keperawatan tanggal 25-01-2020

No	Tanggal	Jam	Implementasi	TTD
1	25-01-2020	04.50	1. Mengobservasi GCS dan tingkat kesadaran GCS:4-2-5, Tingkat kesadaran:delirium	

		05.00	2. Mengobservasi TTV TD: 120/80 RR: 20 S: 36,2 ⁰ c N: 84 SpO ₂ : 99% 3. Mengobservasi reflek cahaya Reflek cahaya (+)	 
2	25-01-2020	05.00	4. Mengobservasi TTV TD: 120/80 RR: 20 S: 36,2 ⁰ c N: 84 SpO ₂ : 99%	
		05.05	5. Mengobservasi suara nafas tambahan Suara nafas tambahan (-)	
		05.10	6. Mengobservasi otot bantu nafas Otot bantu nafas (-)	
3	25-01-2020	05.15	1. Mengobservasi BB BB: 52	
		05.20	2. Mengobservasi konjungtiva Konjungtiva tidak pucat	
		08.10	3. Berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi Ondan 40 mg, OMZ 40 mg	
4	25-01-2020	06.00	1. Mengobservasi intake dan output cairan - Input : 1610 cc/hari Infus: 1000 cc/hari Minum: 300 cc/hari Vicillin : 3x10 cc: 30 cc	

			<p>OMZ: 10 cc</p> <p>Ondan : 5 cc</p> <p>AM: 5x53: 265</p> <p>- Output: 1230 cc/hari</p> <p>Urin: 700 cc/ hari</p> <p>IWL: 10x53: 530</p> <p>2. Berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi</p> <p>Vicillin sx 1,5 gr</p>	
--	--	--	--	--

3.5 Evaluasi

Pasien dengan nama Ny. S berusia 57 tahun RM 399xxx

Tabel 3.11 Catatan Perkembangan tanggal 21-01-2020

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Ttd
21-01-2020	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan kesadaran	<p>S: keluarga px mengatakan px masih tidak sadar</p> <p>O: GCS= 4-2-5, kesadaran= delirium, reflek cahaya(+)</p> <p>TD= 120/80, RR = 22x/menit, N = 80 x/menit, S: 36,3°C</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
21-01-2020	Ketidakefektifan pola nafas b.d peningkatan tekanan vena pulmonal	<p>S: keluarga pasien mengatakan px masih sesak tapi tidak seperti kemarin</p>	

		<p>O: TD= 120/80, RR = 22x/menit, N = 80 x/menit, S: 36,3°C, K.U = lemah, akral hangat, terpasang masker NRBM 10 lpm, tidak ada otot bantu nafas, tidak ada suara nafas tambahan</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan point 4,5,6</p>	
21-01-2020	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi menurun</p>	<p>S: keluarga pasien mengatakan nutrisi px hanya dari susu yang diminumkan lewat selang</p> <p>O: NGT (+), intake= 1610cc/hari, output= 1230cc/hari, BB= 53kg, konjungtiva sedikit pucat, Hb= 11,77 ; HCT= 36,3</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan point 4,5,6,7</p>	
21-01-2020	<p>Kelebihan volume cairan b.d penurunan output urin</p>	<p>S: keluarga px mengatakan kaki kanan px bengkak</p> <p>O: edema (+), turgor kulit > 3 detik</p> <p>A: masalah belum teratasi</p>	

		P: intervensi dilanjutkan point 4,5,6	
--	--	--	--

Tabel 3.12 Catatan Perkembangan tanggal 22-01-2020

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Ttd
22-01-2020	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan kesadaran	S: keluarga px mengatakan px masih tidak sadar O: GCS= 4-2-5, kesadaran= delirium, reflek cahaya (+), TD = 110/70, RR = 21x/menit, N = 78 x/menit, S: 36,5°C A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	
22-01-2020	Ketidakefektifan pola nafas b.d peningkatan tekanan vena pulmonal	S: keluarga pasien mengatakan px sudah tidak sesak O: TD= 110/70, RR = 21x/menit, N = 78 x/menit, S: 36,5°C, K.U = lemah, akral hangat, terpasang masker NRBM 10 lpm, tidak ada otot bantu nafas, tidak ada suara nafas tambahan A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan point 4,5,6	

22-01-2020	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi menurun	S: keluarga pasien mengatakan nutrisi px hanya dari susu yang diminumkan lewat selang O: NGT (+), intake= 1610cc/hari, output= 1180cc/hari, BB= 53kg, konjungtiva pucat, Hb= 9,20 ; HCT= 28,7 A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan point 4,5,6,7	
22-01-2020	Kelebihan volume cairan b.d penurunan output urin	S: keluarga px mengatakan kaki kanan px sudah tidak bengkak O: edema (-), turgor kulit < 3 detik A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan point 4,5,6	

Tabel 3.13 Catatan Perkembangan tanggal 23-01-2020

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTD
23-01-2020	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan kesadaran	S: keluarga px mengatakan px masih tidak sadar O: GCS= 3-2-5, kesadaran= delirium, reflek mata (+),	

		<p>TD = 90/60, RR= 21x/menit, N= 82x/menit, S= 36,5⁰c A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p>	
23-01-2020	<p>Ketidakefektifan pola nafas b.d peningkatan tekanan vena pulmonal</p>	<p>S:keluarga px mengatakan px sudah tidak sesak O: TD= 90/60, RR= 21x/menit, N= 82x/menit, S= 36,5⁰c; KU= lemah, terpasang masker NRBM 10 lpm, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada suara nafas tambahan A: masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan point 4,5,6</p>	
23-01-2020	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi menurun</p>	<p>S: keluarga px mengatakan px hanya mendapatkan nutrisi dari susu yang masuk lewat selang O: NGT(+), BB= 53 kg, konjungtiva tidak pucat A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan point 4,6,7</p>	

23-01-2020	Kelebihan volume cairan b.d penurunan output urin	S: keluarga px mengatakan kaki kanan px sudah tidak bengkak O: edema (-), intake= 1610 cc/hari, output= 1280 cc/hari A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan point 4,5	
------------	---	--	---

Tabel 3.14 Catatan Perkembangan tanggal 24-01-2020

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	TTD
24-01-2020	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan kesadaran	S: keluarga px mengatakan px masih tidak sadar O: GCS= 3-2-5, kesadaran= delirium, TD= 100/60, RR= 20x/menit, N= 82x/menit, S: 36,2 ⁰ c; SpO ₂ = 98% A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	
24-01-2020	Ketidakefektifan pola nafas b.d peningkatan tekanan vena pulmonal	S: keluarga px mengatakan px sudah tidak sesak O: TD= 100/60, RR= 20x/menit, N= 82x/menit, S: 36,2 ⁰ c; SpO ₂ = 98%, terpasang masker NRBM 10 lpm, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada suara	

		<p>nafas tambahan, KU= lemah</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan point 4,5,6</p>	
24-01-2020	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi menurun</p>	<p>S: keluarga px mengatakan nutrisinya hanya dapat dari susu yang di masukkan lewat selang</p> <p>O: NGT(+), konjungtiva px tidak pucat, BB= 53 kg</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan point 4,6,7</p>	
24-01-2020	<p>Kelebihan volume cairan b.d penurunan output urin</p>	<p>S: keluarga px mengatakan kaki kanan px sudah tidak bengkak</p> <p>O: edema (-), intake= 1610 cc/hari, output= 1130 cc/hari</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan point 4,5</p>	

Tabel 3.15 Catatan Perkembangan tanggal 25-01-2020

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	TTD
25-01-2020	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d</p>	<p>S: keluarga px mengatakan px masih tidak sadar</p>	

	penurunan kesadaran	<p>O: GCS= 4-2-5, kesadaran= delirium, TD= 120/80, RR= 20x/menit, N= 80x/menit, S: 36,2⁰c; SpO₂= 98%,</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
25-01-2020	Ketidakefektifan pola nafas b.d peningkatan tekanan vena pulmonal	<p>S: keluarga px mengatakan px sudah tidak sesak</p> <p>O: TD= 120/80, RR= 20x/menit, N= 80x/menit, S: 36,2⁰c; SpO₂= 98%, terpasang masker NRBM 10 lpm, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada suara nafas tambahan, KU= lemah</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan point 4,5,6</p>	
25-01-2020 05.00	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi menurun	<p>S: keluarga px mengatakan nutrisinya hanya dapat dari susu yang di masukkan lewat selang</p> <p>O: NGT(+), konjungtiva px tidak pucat, BB= 52 kg</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan point</p>	

		4,6,7	
25-01-2020 05.00	Kelebihan volume cairan b.d penurunan output urin	S: keluarga px mengatakan kaki kanan px sudah tidak bengkak O: edema (-), intake= 1610 cc/hari, output= 1230 cc/hari A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan point 4,5	

Tabel 3.16 Evaluasi keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	TTD
26-01-2020	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan kesadaran	S: keluarga px mengatakan px masih tidak sadar O: GCS= 4-2-5, kesadaran= delirium, TD= 110/70, RR = 20x/menit, N= 80x/menit, S: 36,3°C A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan	
26-01-2020	Ketidakefektifan pola nafas b.d peningkatan tekanan vena pulmonal	S: pasien sudah mengatakan tidak ada keluhan O: TD= 110/70, RR = 20x/menit, N= 80x/menit, S: 36,3°C; terpasang	

		<p>NRBM 10 lpm, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada suara nafas tambahan</p> <p>K.U = lemah</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p>	
26-01-2020	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi menurun</p>	<p>S: keluarga px mengatakan nutrisinya hanya dapat dari susu yang dimasukkan lewat selang</p> <p>O: NGT(+), konjungtiva px tidak pucat, BB= 52 kg</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p>	
26-01-2020	<p>Kelebihan volume cairan b.d penurunan output urin</p>	<p>S: keluarga px mengatakan kaki kanan px sudah tidak bengkak tapi keluarga px mengatakan kemaluan px bengkak</p> <p>O: edema (+), intake= 1610 cc/hari, output= 1230 cc/hari</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab IV akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik di ruang Anggrek RSUD Bangil Pasuruan yang dilaksanakan mulai tanggal 20 Januari 2020 sampai 26 Januari 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. S dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

4.1.1 Identitas

Pada tinjauan kasus ditemukan data yang didapatkan Ny. S berusia 57 tahun, sudah menikah, berjenis kelamin perempuan, pendidikan , pekerjaan IRT, pasien memiliki kebiasaan minum kopi hitam setiap hari.

Tinjauan pustaka Gagal ginjal kronik beresiko lebih besar pada usia >60 tahun. Untuk jenis kelamin laki-laki lebih beresiko terkena penyakit gagal ginjal kronik sebesar 0,3% daripada perempuan (Riskesdas, 2013). Pekerjaan yang beresiko menderita penyakit gagal ginjal kronik adalah petani, buruh, kuli, supir truck dengan alasan mereka sering mengkonsumsi minuman penambah stamina (Dharma, 2014). Gaya hidup atau perilaku yang tidak sehat

seperti kebiasaan mengkonsumsi makanan cepat saji, kesibukan yang membuat stress, duduk seharian di kantor, sering minum kopi dan jarang minum air putih, merupakan faktor pemicu terjadinya penyakit ginjal (Aroem, 2015).

Pada identitas klien ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan pasien perempuan dengan usia 57 tahun pekerjaan IRT. Hal ini dikarenakan karena klien sering minum kopi 3 cangkir sehari (Aroem, 2015).

4.1.2 Keluhan Utama

Pada keluhan utama klien tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, keluarga klien mengatakan klien sesak. Menurut Prabowo & Pranata (2014) Keluhan sangat bervariasi, bisa berupa output urine menurun (oliguria sampai anuria), anoreksia, mual, muntah, fatigue, nafas bau urea, sesak nafas, edema, pucat, dan hematuria.

Sesak pada pasien dapat disebabkan karena adanya anemia yang merupakan komplikasi dari gagal ginjal kronik. Anemia dapat menyebabkan kurangnya oksigen dalam tubuh sehingga system saraf pusat kekurangan oksigen dan terjadi gangguan perfusi jaringan serebral (Jennifer, 2011).

4.1.3 Riwayat kesehatan

4.1.3.1 Riwayat kesehatan sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang klien tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus klien datang dengan penurunan kesadaran dengan GCS= 4/5 dan kesadaran

delirium, sesak dan demam. Menurut Prabowo & Pranata (2014) Pada klien dengan gagal ginjal kronis biasanya terjadi penurunan urine output, penurunan kesadaran, demam, perubahan pola napas karena komplikasi dari gangguan sistem ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit, bau urea napas.

4.1.3.2 Riwayat kesehatan dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu tidak ditemukan adanya kesenjangan pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka. Pada tinjauan kasus riwayat kesehatan dahulu ditemukan klien pernah menderita tumor Rahim dan sudah di operasi tahun 1999 dan juga hipertensi 2 tahun lalu. Sedangkan pada tinjauan pustaka Kemungkinan adanya riwayat penyakit Diabetes Mellitus, nefrosklerosis, hipertensi, gagal ginjal akut yang tidak tertangani dengan baik, obstruksi atau infeksi urinarius, penyalahgunaan analgetik (Prabowo & Pranata, 2014).

4.1.3.3 Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka. Pada tinjauan kasus ditemukan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang menular seperti TB Paru (batuk lama), menurun seperti DM (kencing manis), dan menahun seperti penyakit jantung. Pada tinjauan pustaka Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga sisilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus sekunder seperti DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat hereditas,

kaji pola kesehatan keluarga yang diterapkan jika ada anggota keluarga yang sakit, misalnya minum jamu saat sakit (Prabowo & Pranata, 2014).

4.1.4 Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pada kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka. Pada tinjauan kasus keluarga pasien mengatakan setiap hari pasien selalu minum kopi hitam. Pada tinjauan pustaka Gaya hidup atau perilaku yang tidak sehat seperti kebiasaan mengonsumsi makanan cepat saji, kesibukan yang membuat stress, duduk seharian di kantor, sering minum kopi dan jarang minum air putih, merupakan faktor pemicu terjadinya penyakit ginjal (Aroem, 2015).

Kafein yang terdapat pada kopi dapat menyebabkan gangguan pada ginjal untuk menyaring air sehingga dapat menyebabkan sering BAK dan lama kelamaan ginjal akan kekurangan suplai air untuk disaring dan GFR ginjal akan menurun (Aroem, 2015)

4.1.5 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem yaitu :

4.1.5.1 (B1) *Breathing* :

Pada tinjauan pustaka didapatkan pergerakan dada simetris, adanya penggunaan otot bantu napas, sesak napas, irama pernapasan tidak teratur, dan pemakaian alat bantu napas, napas cepat dan dalam (Kussmaul), dispnoe nokturnal paroksismal (DNP), takhipnoe (peningkatan frekuensi).

Biasanya vocal fremitus sama antrara kanan dan kiri. Biasanya terdengar suara sonor. Adanya suara napas tambahan, biasanya wheezing (Muttaqin, 2011).

Pada tinjauan kasus didapatkan bentuk dada simetris, susunan ruas tulang belakang normal, irama nafas tidak teratur, retraksi otot bantu nafas (+), alat bantu nafas: masker NRBM 10 lpm, nyeri dada (-), batuk (-), sputum (-). Vocal fremitus tidak terkaji, terdengar suara sonor, adanya suara nafas tambahan: wheezing.

Pada sistem pernafasan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sama- sama ditemukan adanya retraksi otot bantu nafas, irama nafas yang tidak teratur, pemakaian alat bantu nafas, dan ditemukan suara nafas tambahan wheezing.

4.1.5.2 (B2) *Blood* :

Pada sistem kardiovaskuler terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka ditemukan nyeri dada atau angina, dan sesak napas, gangguan irama jantung, penurunan perfusi perifer sekunder dari penurunan curah jantung akibat hiperkalemi dan gangguan konduksi elektrik otot ventrikel. Didapatkan tanda dan gejala gagal jantung kongestif, TD meningkat, akral dingin, CRT > 3, palpitasi. Terdengar suara redup pada batas jantung. Pada kondisi uremi berat, perawat akan menemukan adanya friction rub yang merupakan tanda khas efusi perikardial (Muttaqin, 2011). Pada tinjauan kasus didapatkan nyeri dada (-), sianosis (-), clubbing finger (-), JVP normal, ictus cordis tidak

teraba, CRT <3 detik, nyeri tekan (-), terdengar suara redup/pekak, letak jantung masih dalam batas normal di ICS II sternalis dextra sinistra sampai dengan ICS V midclavicula sinistra, suara jantung S1 S2 tunggal, Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 88x/menit.

Hipotensi terjadi selama terapi dialisis ketika cairan dikeluarkan. Terjadinya hipotensi dimungkinkan karena pemakaian dialisat asetat, rendahnya dialisis natrium, penyakit jantung, aterosklerotik, neuropati otonomik, dan kelebihan berat cairan (Hudak & Gallo, 2010)

4.1.5.3 (B3) *Brain* :

Pada tinjauan pustaka didapatkan penurunan tingkat kesadaran, disfungsi serebral, seperti perubahan proses pikir dan disorientasi, klien sering mengalami kejang, adanya neuropati perifer, burning feet syndrom, restless leg syndrom, kram otot dan nyeri otot (Muttaqin, 2011).

Pada tinjauan kasus didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran delirium, GCS : 4-2-5, orientasi tidak terkaji, kejang (-), kaku kuduk(-), brudzinsky (-), nyeri kepala (-), pusing (-), kelainan nervous cranialis (-), pupil isokor, reflek cahaya +/+.

Pada sistem persyarafan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan klien mengalami penurunan kesadaran.

4.1.5.4 (B4) *Bladder* :

Pada tinjauan pustaka ditemukan perubahan pola kemih pada periode oliguri akan terjadi penurunan frekuensi dan penurunan urine < 400 ml/hari, warna urin juga menjadi lebih pekat. Sedangkan pada periode

diuresis terjadi peningkatan yang menunjukkan peningkatan jumlah urine secara bertahap, disertai tanda perbaikan filtrasi glomerulus. Pada pemeriksaan didapatkan proteinuria, BUN dan kreatinin meningkat. Dapat juga terjadi penurunan libido berat. Biasanya pada kasus gagal ginjal kronis dapat terjadi ketidakseimbangan cairan dikarenakan tidak berfungsinya glomerulus untuk mengeluarkan zat-zat sisa metabolisme (Muttaqin, 2011).

Pada tinjauan kasus didapatkan bentuk alat kelamin normal, kemauan turun, kemampuan turun, pasien memakai kateter, Input: 1613 cc/hari (Minum 300, Infus D5 1000 cc/24 jam, OMZ 1x 10cc = 10cc, Ondansetron 1x 5cc = 5cc, Vicillin Sx 3x10cc = 30 cc, Furosemide 1x 3cc = 3cc, AM: 5 x 53 = 265), Output: 580cc/hari (urin < 50 cc/24 jam, IWL 10x53 = 530), urine berwarna sedikit gelap, berbau khas, nyeri tekan pada simfisis pubis (-), BUN = 105 (N: 7,8 – 20,23 mg/dl), Kreatinin = 16,891 (N: 0,6 – 1,0 mg/dl).

Pada sistem perkemihan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan klien mengalami penurunan jumlah urin, BUN dan Kreatinin klien meningkat.

4.1.5.5 (B5) *Bowel* :

Pada tinjauan pustaka didapatkan adanya mual muntah, anoreksia dan diare sekunder dari bau mulut amonia, peradangan mukosa mulut dan ulkus saluran cerna sehingga sering didapatkan penurunan intake nutrisi dari kebutuhan, tidak ada massa pada abdomen, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, terdengar suara timpani, suara bising usus normal (15-35x/menit) (Muttaqin, 2011).

Pada tinjauan kasus didapatkan mulut bersih, mulut simetris, mukosa bibir kering, gigi bersih, kesulitan menelan (-), pembesaran tonsil (-), BAB 1x sehari, konsistensi lembek, warna kuning, bau khas, tempat yang digunakan pampers, BBI px 45,5, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, terdengar suara timpani, bising usus terdengar 10x/menit, klien terpasang NGT, status nutrisi klien sebelum sakit (nafsu makan= baik, pola makan= 3x1 porsi habis, minum= air putih 700 cc/hari, BB sebelum sakit 55 kg), status nutrisi klien sesudah sakit (nafsu makan= menurun, pola makan= 3x100 cc/hari, minum= susu 300 cc/hari, BB sesudah sakit 53 kg).

Pada sistem pencernaan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan adanya penurunan intake nutrisi.

4.1.5.6 (B6) *Muskuloskeletal dan integumen* :

Pada tinjauan pustaka didapatkan adanya nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, nyeri kaki (memburuk saat malam hari), kulit gatal, ada/berulangnya infeksi, pruritus, demam (sepsis, dehidrasi), ptekie, area ekimosis pada kulit, fraktur tulang, defisit fosfat kalsium pada kulit, keterbatasan gerak sendi, terjadi oedem pada ekstremitas (Muttaqin, 2011).

Pada tinjauan kasus didapatkan oedema (+) kaki sebelah kanan, oedema (+), kemampuan pergerakan sendi terbatas, warna kulit sedikit ke abu-abuan, ADL total : semua kegiatan dibantu oleh keluarga, CRT < 3 detik, turgor kulit > 3 detik, akral hangat kering dan merah , kekuatan otot 5/5/5/5, suhu= 36,3°C (lokasi pengukuran: aksila).

Pada sistem *muskuloskeletal dan integumen* tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan klien mengalami edema pada ekstremitas.

4.1.5.7 (B7) Penginderaan :

Pada tinjauan pustaka Kadar batas pendengaran menunjukkan defisit frekuensi tinggi pada awal penyakit, setelah itu pendengaran secara bertahap memburuk. Amaurosis uremia adalah onset tiba-tiba kebutaan bilateral, yang haru dikembalikan dalam waktu beberapa jam sampai beberapa hari. Mata sering mengandung garam kalsium, yang membuatnya terlihat seperti teriritasi (Black & Hawks, 2014).

Pada tinjauan kasus didapatkan Konjungtiva anemis, sklera normal putih, tidak ada palpebra, tidak ada strabismus, ketajaman penglihatan tidak terkaji, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, tidak terdapat kantung mata, hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman tidak terkaji, tidak ada kelainan, telinga berbetuk simetris, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran berkurang, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, perasa tidak terkaji, peraba tidak terkaji .

Pada sistem pengindraan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan adanya penurunan pada pendengaran klien.

4.1.5.8 (B8) Endokrin :

Pada tinjauan pustaka Berhubungan dengan pola seksualitas, klien dengan gagal ginjal kronis akan mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormon reproduksi. Selain itu, jika kondisi gagal ginjal kronis

berhubungan dengan penyakit diabetes mellitus, maka akan ada gangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada proses metabolisme (Muttaqin, 2011).

Pada tinjauan kasus didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada luka gangren.

Pada sistem endokrin tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, tidak ada luka gangren.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan nyata yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung.

4.2 Diagnosa keperawatan

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), pada tinjauan pustaka ditemukan tujuh diagnosa keperawatan, yaitu :

- 4.2.1 Kelebihan volume cairan b.d penurunan haluaran urin, retensi cairan dan natrium,
- 4.2.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d anoreksia, mual, muntah, perubahan membran mukosa mulut
- 4.2.3 Intoleransi aktivitas b.d kelelahan, anemia, retensi produk sampah, prosedur dialisis
- 4.2.4 Ketidakefektifan pola nafas b.d kongesti paru
- 4.2.5 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d perlemahan aliran darah ke seluruh tubuh

- 4.2.6 Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d suplai oksigen ke otak menurun
- 4.2.7 Kerusakan integritas kulit b.d pruritus, gangguan status metabolic sekunder
- 4.2.8 Resiko penurunan curah jantung b.d perubahan preload

Pada tinjauan kasus hanya ditemukan empat diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kesadaran, ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan peningkatan tekanan vena pulmonal, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi kurang, kelebihan volume cairan b.d penurunan output urine.

Pada diagnosa keperawatan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus tidak dimunculkan diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas b.d kelelahan; anemia; retensi produk sampah; prosedur dialisis, Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d perlemahan aliran darah ke seluruh tubuh, Kerusakan integritas kulit b.d pruritus; gangguan status metabolic sekunder, Resiko penurunan curah jantung b.d perubahan preload dan muncul diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d penurunan kesadaran

4.3 Intervensi keperawatan

Pada perumusan perencanaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus biasanya terjadi kesenjangan yang cukup berarti karena perencanaan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien.

Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kesadaran tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan peningkatan tekanan vena pulmonal terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, yaitu pada tinjauan pustaka penggantian rencana tindakan anjurkan klien untuk melakukan nafas dalam dan juga ajarkan klien teknik nafas dalam, hal ini dikarenakan klien mengalami penurunan kesadaran dan ditambahkan rencana tindakan observasi tingkat kesadaran klien guna mengetahui perubahan tingkat kesadaran klien.

Pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi menurun terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus, yaitu pada tinjauan kasus ditambahkan rencana tindakan observasi hemoglobin, hematocrit, dan leukosit pada klien guna mengetahui status nutrisi klien.

Pada diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan peningkatan tekanan hidrostatis tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

4.4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan adalah perwujudan dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat diwujudkan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus pelaksanaan telah disusun dan diwujudkan pada pasien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan.

Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kesadaran, tidak semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti observasi nyeri kepala karena Ny. S mengalami penurunan kesadaran yang bisa dilakukan sesuai kondisi Ny. S adalah menganjurkan keluarga px untuk menaikkan posisi kepala, mengobservasi GCS tingkat kesadaran, mengobservasi TTV.

Pada diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan peningkatan tekanan vena pulmonal, semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menjelaskan pada keluarga px tentang penyebab ketidakefektifan pola nafas, menganjurkan pada keluarga px untuk melaporkan pada perawat bila px sesak, mengajarkan pada keluarga px cara memasang masker dengan benar, mengobservasi TTV, mengobservasi suara nafas tambahan, mengobservasi retraksi otot bantu nafas, mengobservasi tingkat kesadaran.

Pada diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi menurun, semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menjelaskan pada keluarga px tentang pentingnya nutrisi, menganjurkan pada keluarga px untuk memberi makan melalui NGT, mengajarkan pada keluarga px cara memberi makan melalui NGT, mengobservasi BB, mengobservasi Leukosit; Hb; HCT, mengobservasi konjunktiva, berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi (Ondan 1x40 mg, OMZ 1x40 mg).

Pada diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan peningkatan tekanan hidrostatik, semua perencanaan tindakan keperawatan telah dilakukan seperti menjelaskan pada keluarga px tentang indikator kelebihan volume

cairan, menganjurkan pada keluarga px untuk mencatat intake dan output cairan px, mengajarkan pada keluarga px cara mencatat intake dan output cairan, mengobservasi intake dan output cairan, mengobservasi edema, berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian terapi (furosemide 1x20 mg, vicillin 1x1,5 g)

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan keluarga klien kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

4.5 Evaluasi keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan kesadaran disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien belum teratasi karena pasien masih mengalami penurunan kesadaran.

Pada akhir evaluasi diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan peningkatan tekanan vena pulmonal disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi sebagian karena px masih menggunakan masker NRBM 10 lpm dan juga nafas px kadang masih di atas normal. Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Nurarif & Kusuma (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan peningkatan tekanan vena pulmonal yaitu pola nafas klien kembali efektif .

Diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi menurun disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi sebagian BB px makin menurun. Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Nurarif & Kusuma (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi menurun yaitu kebutuhan nutrisi px kembali terpenuhi.

Diagnosa keperawatan kelebihan volume caiean berhubungan dengan peningkatan tekanan hidrosatik disimpulkan bahwa masalah keperawatan pasien teratasi sebagian karena masih ada pemakaian obat diuretik. Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Nurarif & Kusuma (2015), bahwa tujuan keperawatan dari diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan peningkatan tekanan hidrostatik yaitu balance cairan px seimbang.

Hasil evaluasi pada Ny. S masih ada yang belum sesuai dengan harapan karena masalah yang teratasi sebagian, kondisi Ny. S masih belum sesuai harapan masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny. S dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik diruang Anggrek RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Gagal ginjal kronik, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Fokus pengkajian pada Ny. S yaitu pada sistem perkemihan dan sistem pernafasan dengan data sebagai berikut pada system perkemihan ditemukan data pasien memakai kateter, urine berwarna sedikit gelap, berbau khas, selisih dari input dan output cairan= ± 1033 (excessive/kelebihan), BUN= 105 (N: 7,8 – 20,23 mg/dl), Kreatinin= 16,891 (N: 0,6 – 1,0 mg/dl). Pada sistem pernafasan ditemukan data irama nafas tidak teratur, retraksi otot bantu nafas (+), alat bantu nafas: masker NRBM 10 lpm, adanya suara nafas tambahan: wheezing.

5.1.2 Diagnosa keperawatan prioritas pada Ny. S meliputi : ketidakefektifan pola nafas b.d peningkatan tekanan vena pulmonal, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi kurang, kelebihan volume cairan b.d penurunan output urine.

5.1.3 Pada ketiga diagnosa prioritas yang muncul pada Ny. S dilakukan melalui dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri keperawatan dan tindakan kolaborasi dengan dokter dan ahli gizi. Tindakan keperawatan yang dilakukan sudah sesuai dengan di teori dan ada tambahan rencana keperawatan sesuai keadaan Ny. S saat itu.

5.1.4 Implementasi keperawatan dilaksanakan selama enam hari dan semua tindakan yang diimplementasikan kepada Ny. S berdasarkan pada rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan oleh perawat.

5.1.5 Dari ketiga diagnosa prioritas yang terjadi pada Ny. S didapatkan dalam jangka waktu 6 x 24 jam tiga masalah teratasi sebagian. Kondisi Ny. S belum cukup baik dari sebelumnya sehingga Ny. S belum dianjurkan untuk KRS.

5.2 Saran

Penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya selalu meningkatkan kemampuan dan ketrampilannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aroem, H. . 2015. *Gambaran Kecemasan Dan Kualitas Hidup Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Black , J.M. & Hawks, J.H. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8*. Singapore: Elsevier
- Dharma, PS. 2014. *Penyakit Ginjal Deteksi Dini dan Pencegahan*. Yogyakarta: CV Solusi Distribusi.
- Gloria M., Butcher, Howard K., Dochterman, Joanne M., & Wagner, Cheryl M, et al. 2016. *Nursing interventions classification (NIC)*. Mosby: Elsevier Inc.
- Hudak & Galo. 2010. *Keperawatan Kritis*. Edisi 6. ECG: Jakarta
- Jennifer, P. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi (Professional Guide to Pathophysiology)*. Jakarta: EGC.
- Kementrian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Lemone, Priscilla. 2012. *Medical- surgical nursing: critical thinking in patient care*. Jakarta: EGC
- Mailani, Fitri. 2015. *Kualitas Hidup Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronik yang mengalami Hemodialisa: Sysmatic Review. Ners Jurnal Keperawatan Volume 11, Maret 2015*
- Muttaqin, Arif. 2011. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta. Salemba Medika
- Nurarif & Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc. Edisi Revisi Jilid 2*. Jogjakarta. Mediacion Jogja.
- National Kidney Foundation. 2016. *K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Clasification and Stratification, Am J Kidney Dis*.doi: 10.1634/theoncologist.2011-S2-45.
- Padila. 2012. *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Prabowo, E., & Pranata, A. E. (2014). *Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pradesya. 2015. *Hubungan gagal ginjal kronik dengan edema paru ditinjau dari gambaran radiologi di RS PKU Muhamadiyah Gamping Yogyakarta*.
- Pranandari & Supadmi. 2015. *Faktor Resiko Gagal Ginjal Kronik di Unit Hemodialisis RSUD Wates Kulon Progo. Majalah Farmaseutik, Vol. 11 No. 2*.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2018. *Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS 2018 : Badan Litbangkes, Depkes RI 2018*.

- Robinson J.M. 2013. *Professional Guide to Disease Tenth Edition*. Philadelphia: Lippincot William & Walkins.
- Rohmah, Nikmatur. 2014. *Proses Keperawatan*. Jakarta : Arruz Media
- Setiadi. 2012. *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart, edisi 8*. Jakarta:EGC
- Smeltzer, S. C. & Bare, B.G. 2015. *Buku Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Edisi 11*. Jakarta : EGC
- Smeltzer, S. C. & Bare, B.G. 2016. *Buku Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Edisi 12*. Jakarta : EGC
- Stepherd, D. 2011. *Dietary salt intake*. Nutrition and Fod Science
- Sudoyo. 2014. *Buku Ajar Penyakit Dalam*. FKUI, Jakarta
- Suharyanto dan Abdul, Madjid. 2013. *Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem perkemihan*. Trans Info Media: Jakarta.
- Suyono. 2011. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : BalaiPenerbit FKUI.
- Wijaya & Putri. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika. Cetakan Pertama.
- World Health Organization. 2018. Diakses pada tanggal 6 Maret 2018. <http://who.int/ncds/governance/high-level-commision/Internasional-Society-of-Nephrology.pdf>

SATUAN ACARA PENYULUHAN GAGAL GINJAL KRONIK

Bidang Studi : Keperawatan Medikal Bedah

Topik : Gagal Ginjal Kronis

Sasaran : Pasien dan keluarga pasien

Tempat : Diruang Anggrek RSUD Bangil Pasuruan

Hari/Tanggal : Jumat, 24 Januari 2020

Waktu : 30 Menit

Tujuan Instruksional

a. Tujuan Instruksional Umum

1. Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang penyakit Gagal Ginjal Kronis
2. Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang penyebab Gagal Ginjal Kronis
3. Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang tanda gejala Gagal Ginjal Kronis
4. Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang pencegahan Gagal Ginjal Kronis
5. Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis

b. Tujuan Instruksional Khusus

1. Menjelaskan pengertian penyakit Gagal Ginjal Kronis
2. Menjelaskan penyebab penyakit Gagal Ginjal Kronis
3. Menjelaskan tanda gejala penyakit Gagal Ginjal Kronis
4. Menjelaskan pencegahan penyakit Gagal Ginjal Kronis
5. Menjelaskan penatalaksanaan penyakit Gagal Ginjal Kronis

Waktu pelaksanaan

Hari Jumat, 24 Januari 2020 pukul 10.00 – 10.30

Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

Media

a. Leaflet

Waktu	Tahap kegiatan	Penyuluhan	Sasaran
5 menit	Pendahuluan	<ul style="list-style-type: none"> a. Membuka acara dengan mengucapkan salam kepada keluarga b. Memperkenalkan diri kepada keluarga c. Menyampaikan topik maksud dan tujuan penkes kepada keluarga d. Kontrak waktu untuk kesepakatan pelaksanaan penkes kepada keluarga 	<p>Menjawab salam</p> <p>Memperhatikan penyuluh</p> <p>Mendengarkan penyuluh menyampaikan topik dan tujuan</p> <p>Menyetujui kesepakatan waktu pelaksanaan penkes</p>
15 menit	Kegiatan inti	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengenali kemampuan keluarga tentang materi yang akan disampaikan b. Memberikan penjelasan tentang materi yang akan diberikan kepada keluarga dengan menggunakan leaflet c. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya d. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang sudah disampaikan penyuluh 	<p>Menyampaikan pengetahuannya tentang materi penyuluhan</p> <p>Mendengarkan penyuluh menyampaikan materi</p> <p>Bertanya tentang materi yang telah diberikan</p> <p>Menjawab pertanyaan</p>
5 Menit	Penutup	<ul style="list-style-type: none"> a. Menyimpulkan dan mengklasifikasi materi penyuluhan yang telah 	Mendengarkan

		<p>disampaikan kepada sasaran</p> <p>b. Membuat perencanaan dari materi yang telah disampaikan</p> <p>c. Menutup acara dan mengucapkan salam serta terima kasih kepada sasaran</p>	<p>Menyepakati perencanaan tindak lanjut</p> <p>Mendapatkan penyuluh menutup acara dan menjawab salam</p>
--	--	--	---

Materi Gagal Ginjal Kronik

A. Pengertian Gagal Ginjal Kronik

- Gagal ginjal kronik adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut, hal ini terjadi bila laju filtrasi glomerular kurang dari 50 mL/min (Suyono, et al, 2015).

B. Etiologi

Menurut Robinson (2013) Gagal ginjal kronik sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder. Penyebab dari gagal ginjal kronis antara lain :

1. Infeksi saluran kemih (pielonefritis kronis)
2. Penyakit peradangan (glomerulonefritis)
3. Penyakit vaskuler hipertensi (nefrosklerosis, stenosis arteri renalis)
4. Gangguan jaringan penyambung (SLE, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik)
5. Penyakit kongenital dan herediter (penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal)
6. Penyakit metabolik (DM, gout, hiperparatiroidisme)
7. Nefropati toksik
8. Nefropati obstruktif (batu saluran kemih)

C. Tanda dan Gejala

Manifestasi klinik menurut Smeltzer & Bare (2011) antara lain :

1. hipertensi, (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sistem renin – angiotensin – aldosteron)
2. gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan) dan perikarditis (akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi)
3. oedem pada tubuh yang biasanya disebabkan karena penumpukan cairan pada tubuh.

D. Komplikasi

Menurut Jennifer (2011) komplikasi dari Gagal Ginjal Kronik adalah:

1. Anemia
2. Neuroperifer
3. Komplikasi kardiopulmoner
4. Komplikasi gastrointestinal
5. Disfungsi seksual
6. Parestesia
7. Disfungsi saraf motorik seperti foot drop dan paralisis flasid
8. Fraktur patologis
9. Hiperkalemia

E. Penatalaksanaan

1. Terapi farmakologis (Smeltzer & Bare, 2014).
 - Antasida
 - Antihipertensi dan kardiovaskuler agen
 - Agen antisezure
 - Eritropoetin
2. Terapi gizi

Intervensi diet pada pasien gagal ginjal kronis cukup kompleks, asupan cairan dikurangi untuk mengurangi cairan yang tertimbun dalam tubuh. Asupan natrium juga perlu diperhatikan untuk menyeimbangkan retensi natrium dalam darah, natrium yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/ hari (1-2 gr natrium), dan pembatasan kalium. Pada saat yang sama, asupan kalori dan asupan vitamin harus adekuat. Protein dibatasi karena

urea, asam urat, dan asam organik hasil pemecahan makanan dan protein menumpuk dalam darah ketika ada gangguan pembersihan di ginjal. Pembatasan protein adalah dengan diet yang mengandung 0,25 gr protein yang tidak dibatasi kualitasnya per kilogram berat badan per hari. Tambahan karbohidrat dapat diberikan juga untuk mencegah pecahan protein tubuh. Jumlah kebutuhan protein biasanya dilonggarkan hingga 60-80 gr/ hari (1,0 kg per hari) apabila penderita mendapatkan pengobatan hemodialisis teratur. Asupan cairan sekitar 500 sampai 600 ml lebih banyak dari output urin selama 24 jam. Asupan kalori harus adekuat untuk pencegahan pengeluaran energi berlebih. Vitamin dan suplemen diperlukan karena diet protein yang dibatasi. Pasien dialisis juga kemungkinan kehilangan vitamin yang larut dalam darah saat melakukan hemodialisa.

(Smeltzer & Bare, 2014).

3. Terapi dialisis

Hemodialisis merupakan proses terapi sebagai pengganti ginjal yang menggunakan selaput membran semi permeabel berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan maupun elektrolit pada pasien gagal ginjal. Hemodialisis yang dijalani oleh pasien dapat mempertahankan kelangsungan hidup sekaligus merubah pola hidup pasien. Perubahan yang akan terjadi mencakup diet pasien, tidur dan istirahat, penggunaan obat-obatan, dan aktivitas sehari-hari. Pasien yang menjalani hemodialisis juga rentan terhadap masalah emosional seperti stress berkaitan dengan pembatasan diet dan cairan, keterbatasan fisik, penyakit, efek samping obat, serta ketergantungan terhadap dialisis yang akan berdampak terhadap menurunnya kualitas hidup pasien.

(Mailani, 2015).

F. Pencegahan (Wouter, 2015)

1. Menjaga berat badan ideal
2. Menghentikan kebiasaan merokok, minum minuman penambah stamina, alcohol, bersoda, dan yang memiliki kandungan kafein
3. Minum kopi maksimal 1 cangkir per hari
4. Minum air putih 2L/hari
5. Mengikuti petunjuk dokter dalam mengatur pola makan dan mengkonsumsi obat
6. Hindari konsumsi obat pereda nyeri golongan OAINS yang dapat memperburuk kondisi ginjal
7. Mengontrol stress
8. Berolahraga secara teratur

DAFTAR PUSTAKA

- Jennifer, P. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi (Professional Guide to Pathophysiology)*. Jakarta: EGC.
- Mailani, Fitri. 2015. *Kualitas Hidup Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronik yang mengalami Hemodialisa: Sysmatic Review. Ners Jurnal Keperawatan Volume 11, Maret 2015*
- Robinson J.M. 2013. *Professional Guide to Desease Tenth Edition*. Philadelphia: Lippincot William & Walkins.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart, edisi 8*. Jakarta:EGC
- Smeltzer, S. C. & Bare, B.G. 2015. *Buku Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Edisi 11*. Jakarta : EGC
- Suyono. 2011. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : BalaiPenerbit FKUI.
- Wouter, OJ et al. 2015. Early Chronic Kidney Disease: Diagnosis, Management and Models of Care. *Nature Reviews Nephology*

SATUAN ACARA PENYULUHAN
GAGAL GINJAL KRONIK
DI RUANG ANGGREK DI RSUD BANGIL PASURUAN



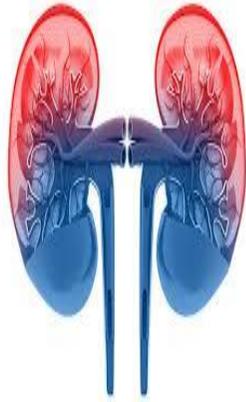
Oleh:

MEITA YUSTI ANUGRA SARI

1701047

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2020

GAGAL GINJAL KRONIK

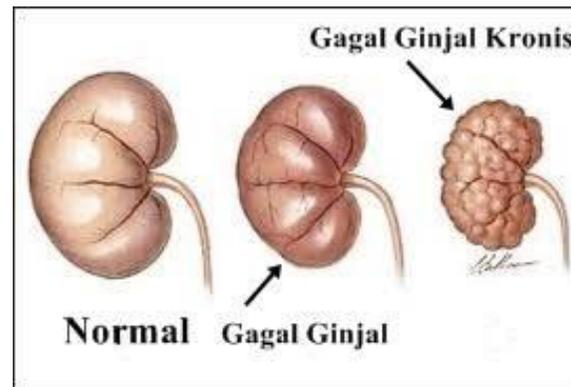


Disajikan oleh
Meita Yusti Anugra
Sari

AKPER KERTA
CENDEKIA SIDOARJO

Pengertian

Gagal ginjal kronik adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut, hal ini terjadi bila laju filtrasi glomerular kurang dari 50 mL/min



Penyebab

1. Infeksi saluran kemih (pielonefritis kronis)
2. Penyakit peradangan (glomerulonefritis)
3. Penyakit vaskuler hipertensi (nefrosklerosis, stenosis arteri renalis)
4. Gangguan jaringan penyambung (SLE, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik)
5. Penyakit kongenital dan herediter (penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal)
6. Penyakit metabolik (DM, gout, hiperparatiroidisme)
7. Nefropati toksik
8. Nefropati obstruktif (batu saluran kemih)

Tanda dan Gejala

1. hipertensi, (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sistem renin – angiotensin – aldosteron)
2. gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan) dan perikarditis (akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi)
3. oedem pada tubuh yang biasanya disebabkan karena penumpukan cairan pada tubuh.



Komplikasi

1. Anemia
2. Neuroperifer
3. Komplikasi kardiopulmoner
4. Komplikasi gastrointestinal
5. Disfungsi seksual
6. Parestesia
7. Disfungsi saraf motorik seperti foot drop dan paralisis flasid
8. Fraktur patologis
9. Hiperkalemia

Pencegahan

1. Menjaga berat badan ideal
2. Menghentikan kebiasaan merokok, minum minuman penambah stamina, alcohol, bersoda, dan yang memiliki kandungan kafein
3. Minum kopi maksimal 1 cangkir per hari
4. Minum air putih 2L/hari
5. Mengontrol stress
6. Berolahraga secara teratur

Penatalaksanaan

Hemodialisis merupakan proses terapi sebagai pengganti ginjal yang menggunakan selaput membran semi permeabel berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan maupun elektrolit pada pasien gagal ginjal. Hemodialisis yang dijalani oleh pasien dapat mempertahankan kelangsungan hidup sekaligus merubah pola hidup pasien.

