STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH *CHRONIC KIDNEY DISEASE* PADA Ny. M.K DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH:

ANJELITA WINARTI KAMUNTUAN NIM: 202101043

DEAH ANASTASYA TUMBELAKA NIM: 202101009

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA TOMOHON

2024

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH *CHRONIC KIDNEY DISEASE* PADA Ny. M.K DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

OLEH:

ANJELITA WINARTI KAMUNTUAN NIM: 202101043

DEAH ANASTASYA TUMBELAKA NIM: 202101009

Sebagai Salah Satu Persyaratan Dalam Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Keperawatan Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomoho

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA TOMOHON

2024

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama: Anjelita Winarti Kamuntuan

NIM: 202101043

Program Studi: Diploma Tiga Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan dan keyakinan saya tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan atau ditulis oleh orang lain, atau sebagian bahan yang telah diajukan untuk gelar atau ijazah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Tomohon, 19 juni 2024

Anjelita Winarti Kamuntuan

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama: Deah Anastasya Tumbelaka

Nim: 202101009

Program Studi: Diploma Tiga Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan dan keyakinan saya tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan atau ditulis oleh orang lain, atau sebagian bahan yang telah diajukan untuk gelar atau ijazah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Tomohon, 19 juni 2024

Deah Anastasya Tumbelaka

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH *CHRONIC KIDNEY DISEASE* PADA Ny. M.K DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

Telah disetujui untuk diuji dihadapan Tim penguji Karya Tulis Ilmiah

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria

Pembimbing

Meylani Dewi Wowor, S.Kep., Ners., M.Kep

NIDN: 0930058103

Tomohon, 14 Juni 2024

Mengetahui:

Wakil Ketua Bidang Akademi Dan Kerja Sama

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon

Vina P. Patandung,Ners.,M.Kep

NIDN: 0915108605

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama: Anjelita Winarti Kamuntuan - NIM: 202101043

Deah Anastasya Tumbelaka – NIM: 202101009

Program Studi: Diploma Tiga Keperawatan

Jenis Karya: Karya Tulis Ilmiah

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmi Kesehatan Gunung Maria **Hak Bebas Royalty Non-eksklusif** ***(Non-exclusive Royalty-Free Right)***, untuk karya tulis ilmiah saya yang berjudul

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH *CHRONIC KIDNEY DISEASE* PADA Ny. M.K DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon berhak menyimpan, mengelola dalam bentuk pangkalan data *(database)*, merawat, dan mempublikasikan karya tulis ilmiah ini selama tetap mencantumkan nama saya sebagai pe nulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Yang menyatakan,

Anjelita Winarti Kamuntuan

Deah Anastasya Tumbelaka

CURRICULLUM VITAE

Identitas Penulis

Nama	: Anjelita Winarti Kamuntuan
NIM	: 202101043
Tempat Tanggal Lahir	: Towuntu 25 agustus 2003
Agama	: Protestan
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat Tempat Tinggal	: Desa towuntu timur kec. pasan
Nomor Handphone	: 085757035357
Email	: anjelitakamuntuan18@gmail.com

Riwayat Pendidikan:

TK Sion towuntu timur	Tahun 2008-2009
SD Impres liwutung dua	Tahun 2009-2015
SMP Negeri 1 ratahan	Tahun 2015-2018
SMK Negeri 1ratahan	Tahun 2018-2021
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria	Tahun 2021-2024

CURRICULLUM VITAE

Identitas Penulis

Nama	: Deah Anastasya Tumbelaka
NIM	: 202102009
Tempat Tanggal Lahir	: Tondano, 19 april 2004
Agama	: Protestan
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat Tempat Tinggal	: Desa ratatotok utara jaga III kec.ratatotok
Nomor Handphone	: 085399684753
Email	: anatasyatumbelaka@gmail.com

Riwayat Pendidikan:

TK Pertiwi toulimembet	Tahun 2008-2009
SD Negeri toulimembet	Tahun 2009-2015
SMP Kristen 18 ratatotok	Tahun 2015-2018
SMA Negeri 1 kakas	Tahun 2018-2021
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria	Tahun 2021-2024

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur serta rasa terima kasih penulis haturkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-nya, sehingga penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah *Chronic Kidney Disease* pada Ny. M.K di RSU Gunung Maria Tomohon". Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan program Studi Diploma Tiga Keperawatan Di Sekolah Tinggi Ilmuh Keselatan Gunng Maria Tomohon.

Terselesaikannya karya tulis ilmiah ini tentunya tidak lepas dari berbagai hambatan dan kesulitan yang harus dilewati, namun berkat doa, bantuan, serta motivasi dan bimbingan yang diberikan oleh berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan. oleh karena itu, penulis sangat memberikan apresiasi serta ungkapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada

1. Kedua orang tua dari Deah papa Dedi Tumbelaka dan mama Desi Goni terima kasih banyak sudah membesearkan, mendidik, meyekolahkan sampai perguruan tinggi dan juga memberikan dukungan motivasi seta doa untuk sampai ke tahap ini.
2. Kedua orang tua Anjelita papa Stenly Kamuntuan dan mama Sriyanti Hartono, terima kasih banyak karena selalu mendukukung, memberikan semangat dalam proses perkuliahan selama ini
3. Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc sebagai ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon yang dengan perhatian telah memberikan didikan serta memberikan kesempatan bagi kami untuk menjalani 3 tahun pendidikan di kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon
4. Meylani D. Wowor, S.Kep., Ners., M.Kep sebagai dosen pembimbing karya tulis ilmiah yang sudah memberikan bimbingan, dukungan, motivasi, dan semangat serta mengarahkan penulis selama prose penyusunan karya tulis ilmiah ini sehingga bisa selesai dengan baik

5. Ignatia Y. Rembet, Ners., M.Kep sebagai dosen penguji I dan Sr. Youla Agnes Lontaan, SJMJ, S.Kep., Ns., MAN sebagai dosen penguji II yang telah memberikan dukungan berupa kritik dan saran yang membangun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Brigita M. Karouw, Ners., M.Kep sebagai dosen pembimbing akademik dan wali kelas yang boleh mendidik dan membimbing penulis selama 3 tahun di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.
7. Dosen dan Tenaga kependidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohn yang telah mengajar, mendidik, dan membantu penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Direktur Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon, yang sudah memberikan kesempatan untuk melaksanakan praktik klinik di rumah sakit dan kepada kepala ruangan, intruktur klinik dan para perawat yang ada di rumah sakit khususnya di ruangan paula, atas bimbingan dan kerja sama selama penulis melaksanakan praktik klinik dan dalam pengambilan kasus karya tulis ilmiah.
9. Ny. M.K sebagai pasien yang telah bersedia selama 3 hari untuk dilakukan penelitian dalam pengambilan karya tulis ilmiah
10. Teman-teman angatan XX yang juga memberikan semangat dan dukungan baik secara langsung maupun tidak langsung untuk penulis selama kuliah, dians, dan menyusun karya tulis ilmiah.
11. Terima kasih untuk partner karya kulis ilmiah ini, karena telah mampu berusaha dan berjuang bersama-sama sejauh ini. mampu mengatur waktu, tenaga, pikiran untuk menyelesaikan bersama- sama. terima kasih untuk anjelita kamuntuan dan deah tumbelaka sebagai partner karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam proses pengambilan kasus dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan dan Keterbatasan, sehingga penulis mengharapkan kritikan dan saran untuk membangun demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. semoga karya tulis ilmiah ini bisa bermanfaat bagi orang yang

membaca dan dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan asuhan keperawatan.

Tomohon, Mei 2024

penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL ii

PERNYATAAN ORISINALITAS ii

HALAMAN JUDUL ii

LEMBAR PERSETUJUAN iv

LEMBAR PENGESAHAN v

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI vi

CURRICULLUM VITAE vii

KATA PENGANTAR ix

ABSTRAK xix

DAFTAR ISI xii

DAFTAR GAMBAR xv

DAFTAR TABEL xvi

DAFTAR SKEMA xvii

DAFTAR LAMPIRAN xviii

BAB I 1

PENDAHULUAN 1

1.1. Latar belakang 1

1.2. Rumusan masalah 3

1.3. Tujuan penelitian 3

1.4. Manfaat penulisan 4

BAB II 5

TINJAWAN PUSTAKA 5

2.1. Konsep Penyakit 5

2.1.1. Definisi 5

2.1.2. Etiologi 5

2.1.3. Faktor Resiko 6

2.1.4. Anatomi Fisiologi 7

2.1.5. Klasifikasi 10

2.1.6. Patofisiologi 11

2.1.7. Skema patofisiologi 14

2.1.8. Manifestasi Klinis 16

2.1.9. Komplikas 17

2.1.10. Pemeriksaan penunjang 18

2.1.11. Pencegahan 19
2.1.12. Penatalaksanaan 20
2.1.13. *Evidane based* 21
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan 22
2.2.1. Pengkajian 22
2.2.2. Diagnosis 26
2.2.3. Intervensi keperawatan 27
2.2.4. Implementasi 30
2.2.5. Evaluasi 30
BAB III **31**
METODOLOGI **31**
3.1. Pendektana (desain) 31
3.2. Subjek studi kasus 31
3.3. Definisi opresional 31
3.4. Lokasi dan waktu studi kasus 31
3.5. Proses pengumpulan data 32
3.6. Penyajian data 33
3.7. Etika 34
BAB IV **36**
TINJAWAN KASUS **36**
4.1. PENGKAJIAN 36
4.2. Diagnosa keperawatan 52
4.3. Intervensi, implementasi, evaluasi 58
4.4. Catatan perkembangan 69
BAB V **82**
PEMBAHASAN **82**
5.1. pengkajian 82
5.2. Diagnosa keperawatan 83
5.3. Intervensi 83
5.4. Implementasi 85
5.5. Evaluasi 85
BAB VI **86**
PENUTUP **86**
6.1. Kesimpulan 86

6.2. Saran 87
Daftar pustaka **88**

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal.....7

Gambar 2.2 Struktur Ginjal.....8

Gambar 4.1 Hasil Ekg.....51

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 klasifikasi derajat stadium CKD.....11

Tabel 4.1 pemeriksaan hematologi 1.....49

Tabel 4.2 pemeriksaan hematologi 2.....49

Tabel 4.3 pemeriksaan hematologi 3.....49

Tabel 4.4 kima klinia 1.....50

Tabel 4.5 kima klinis 2.....50

Tabel 4.6 kimia klinis 3.....50

Tabel 4.7 kimia klinis 4.....50

DAFTAR SKEMA

Skema Patofisiologi 14

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 *Informed Consent*.....94

Lampiran 2 leaflet.....96

Lampiran 3 dokumentasi.....97

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

***CHRONIC KIDNEY DISEASE* PADA Ny. M.K**

RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

(Anjelita W. kamuntuan[1], Deah A.Tumbelaka , Meylani D. Wowor 2024)

xx + 98 halaman + 3 gambar + 8 tabel + 1 skema + 3 lampiran

ABSTRAK

Indonesia memilik permasalahan kesehatan yang tinggi salah satu masalah yaitu Penyakit Tidak Menular (PTM). *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah kondisi di mana fungsi ginjal progresif dalam beberapa bulan atau tahun, yang di sebabkan oleh rusaknya nefron, ginjal yang berfungsi untuk filtrasi sisa zat metabolisme tubuh. CKD menjadi salah satu masalah kesehatan cukup tinggi di dunia maupun indonesia berdasarkan hasil data World Health Organuzation (WHO) 2019, pasien dengan CKD di dunia 15% populasi sudah menyebabkan lebih dari 1,2 juta kematian pada tahun 2021 sebanyak 843,6 juta penderita. Penderita CKD di indonesia diperkirakan sebesar 0,18% dengan sebanyak 636.178 kasus. Dalam pengambilan sempel yaitu Ny. M.K, penulis menggunakan metode deskriptif. Pengumpulan informasi termasuk wawancara, pemeriksaan fisik, pemantauan, mencatat data dan meninjau laporan diagnostik, selain berkolaborasi dengan perawat. selama kurang lebih 3 hari untuk intervensi keperaawtan diagnosa yang di dapatkan: Hipervolemia, pola napas tidak efektif, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur. sebagian besar melaksanakan segala sesuatu sesuai intervensi yang suda di implementasi, kesuksesan perawat sangat tergantung pada kerja sam tim layana kesehatan, pasien dan keluarga. Pendekatan kolaborasi ini diperlukan untuk mengatasi masalah hypovolemia, pola napas tidak efektif, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur dapat dilaksanakan dengan baik

kata kunci: *Chronic Kidney Disease*, penyakit tidak menular, hipervolemia

Daftar pustaka: 2016-2024

BAB I
PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Indonesia memiliki permasalahan kesehatan yang tinggi salah satu masalah yaitu Penyakit Tidak Menular (PTM). Penyakit tidak menular masih tinggi di seluruh dunia dan harus diatasi, penyakit tidak menular juga membuat penurunan derajat kesehatan individu yang cukup besar diantaranya hipertensi, diabetes, gagal ginjal, stroke, kanker dan asma. (Widya Astuti et al., 2024). *Chronic Kidney Disease* (CKD) biasa disebut oleh masyarakat ginjal yang gagal diartikan sebagai penyakit yang menakutkan dimana pada akhirnya hidupnya akan bergantung pada cuci darah dan ada juga yang menyebutkan penyakit gagal ginjal ini akan berujung pada kematian. Walaupun persepsi ini tidak semuanya benar namun inilah yang beredar di masyarakat Indonesia mengenai *Chronic Kidney Disease*.

CKD atau penyakit gagal ginjal kronik merupakan penyakit cukup serius sehingga akan mengakibatkan hilangnya fungsi ginjal progresif dalam beberapa bulan atau tahun, gangguan fungsi ginjal disebabkan karena rusaknya nefron ginjal yang berfungsi untuk filtrasi sisa zat metabolisme, sehingga mengakibatkan tubuh tidak mampu mengontrol keseimbangan cairan dan elektrolit (Philipus et al., 2024). Penyebab terjadinya *Chronic Kidney Disease* disebabkan oleh faktor usia, riwayat penyakit, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, hipertensi, berat badan yang berlebih, mengonsumsi obat-obatan, dyslipidemia, serta masalah pada saluran kencing(Purqoti et al., 2023)

CKD suda menjadi masalah kesehatan masyarakat yang presentasinya cukup meningkat di seluruh dunia serta di Indonesia. CKD suatu penyebab utama morbilitas dan mortalitas global. Data dari World Health Organization (WHO) di tahun 2019 pasien dengan *Chronic Kidney Disease* di dunia 15% dari populasi dan telah menyebabkan 1,2 juta kasus kematian. Data pada tahun 2020 jumlah kasus kematian akibat CKD sebanyak 254.028 kasus. Serta data pada tahun 2021 sebanyak 843,6 juta penderita. Angka yang tinggi ini menunjukan CKD menempati angka ke 12 diantara penyebab kematian (World Health Organization, 2021).

Berdasarkan hasil riskesdes tahun 2019, populasi umur lebih dari umur 15 tahun yang terdiagnosis*Chronic Kidney Disease* sebesar 0,2% (Lubis & Thristy, 2023). Survei kesehatan indonesia tahun 2023, jumlah penderita CKD di indonesia menurut diagnosis tenaga kesehatan diperkirakan sebesar 0,18% dengan sebanyak 638.178 kasus. Prevelensi penderita penyakit gagal ginjal paling tertinggi di provensi lampung prevelensi sebesar 0,30%, dan di provensi sulawesi utara sebesar 0,29% (Badan Kementrian RI., 2023). Berdasarkan data dari Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon, diperoleh data yang menderita penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) atau penderita penyakit ginjal kronik sebanyak 397 kasus dalam rentang waktu 1 tahun terakhir.

Prevalensi CKD yang tinggi menyebabkan jumlah penderita di rumah sakit meningkat sehingga dampaknya bisa terjadi (komplikasi) hiperkalemia, hipertensi, gagal jantung, kerusakan permanen dalam ginjal, perikarditis, peningkatan resiko patah tulang, keruskan pada sistem saraf, anemia, dan dorongan seksual yang menurun, juga pada pasien adalah salah satu ke masalah psikis yang menimbulkan kecemasan pada pasien dan menjadi solusi untuk terapi ataupun pengobatannya adalah hemodialisa atau cuci darah yang memakan waktu yang lama atau menetap (Cahyaningrum et al., 2024).

Dialisis peritoneal adalah perawatan di mana peritoneum (selaput tipis yang menutup lapisan dalam perut) digunakan ssebagai membran dialisis. Melalui proses ini, cairan dan zat terlarut sselaput elektrolit, uremia, glukosa, albumin dan molekul kecil lainya dipertukaran antara darah dan cairan dialisis yang dikirim ke perut pasien. Piliha pengobatan lainya adalah transplanasi ginjal atau pencangkokan ginjal ke dalam tubuh penderita CKD (Sari et al., 2024).

Dari pengobatan dan terapi inilah sangat dibutuhkan peran perawat sebagai Health Provider yakni membantu untuk memperoleh kembali keschatan dengan asuhan keperawatan, edukator yakni membantu pasien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan CKD, konselor sebagai penyuluh dimana perawat menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang penyebab CKD terjadi.

Hasil data yang penulis dapat penulis tertarik untuk mengembangkan kemampuan dan pengetahuan, serta menambah pengalaman untuk mampu menjadi

perawat yang berguna dan kompeten dalam dunia pekerjaan di bidang kesehatan. Maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah pada Ny. M.K dengan masalah kesehatan *Chronic Kidney Disease.*

1.2. Rumusan masalah

Dengan melihat masalah dampaknya pada penderita penyakit ginjal serta peran perawat sangat penting untuk pemberi asuhan keperawatan yang profesional maka penulis melakukan proses asuhan keperawatan secara khusus dari pengkajian, penyusunan diagnosa, penyusunan rencana tindakan, implementasi serta mengevaluasi dalam studi kasus bentuk karya tulis ilmiah dengan studi kasus asuhan keperawatan *Chronic Kidney Disease* pada Ny. M.K

1.3. Tujuan penelitian

1.1.1. Tujuan umum

Diperolehnya kemampuan, pengetahuan dan ketrampilan secara lebih mendalam lagi, maka penulis dapat dideskripsikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada Ny. M.K di RSU Gunung Maria Tomohon dan dapat membandingkan secara teoritis yang pernah didapatkan selama proses perkuliahan.

1.1.2. Tujuan khusus

1. Diperolehnya kemampuan dalam melakukukan pengkajian keperawatan medikal bedah *Chronic Kidney Disease* pada Ny. M.Kdi RSU Gunung Maria Tomohon.
2. Diperolehnya kemampuan dalam menentukana diagnosa keperawatan medikal bedah *Chronic Kidney Disease* pada Ny. M.K di RSU Gunung Maria Tomohon
3. Diperolehnya kemampuan dalam menyusun perencanaan keperawatan medikal *Chronic Kidney Disease* bedah pada Ny. M.K di RSU Gunung Maria Tomohon
4. Diperolehnya kemampuan dalam melaksanakan implementasi keperawatan medikal bedah *Chronic Kidney Disease* pada Ny. M.K di RSU Gunung Maria Tomohon

5. Diperolehnya kemampuan dalam melaksanakan evaluasi keperawatan medikal bedah *Chronic Kidney Disease* pada Ny. M.K di RSU Gunung Maria Tomohon

1.4. Manfaat penulisan

1.2.1. Pasien dan keluarga

Memberikan pemahaman dan motivasi keluarga dan pasien untuk melakukan perawatan dan mencegah terjadinya komplikasi. serta memberikan bantuan pemulihan kesehatan pada Ny. M.K guna untuk mendorong keluarga dan meningkatkan kualitas hidup pasien CKD

1.2.2. Pelayanan keperawatan

Dapat digunakan sebagai masukan untuk menambah pengetahuan bagi perawat serta yang terlibat dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada penderita CKD

1.2.3. Instiusi pendidikan

Dapat digunakan sebagai sumber bacaan dan masukan dalam bidang pendidikan untuk meningkatkan pembelajaran bagi mahasiswa yang ada khususnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan medikal bedah dengan CKD

1.2.4. Penulis

Menambah wawasan, pemahaman dan keterampilan dalam meningkatkan kompetensi pemberian asuhan keperawatan juga mendapatkan pengalaman nyata untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien, khususnya penderita yang mengalami CKD

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit

2.1.1. Definisi

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah penurunan fungsi ginjal secara bertahap, ginjal yang berperan penting dalam menjaga keseimbangan tubuh, tidak lagi berfungsi dengan baik untuk mempertahankan metabolisme, mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit, serta mengtur pembuangan produk sisa dari nitrogen dari tubuh. Kondisi ini berlangusng secara bertahap dan mengganggu kemapuan ginjal untuk menjalankan fungsi-fungsi vital secara optimal (Syahputra et al., 2022)

Chronic Kidney Disease kondisi organ ginjal yang tidak mampuh menetralkan sisa-sisa metabolik, seharusnya dikeluarkan melalui urin dan terkumpul didalam cairan tubuh, menyebabkan disfungsi metabolism endokrin, cairan, elektrolit, dan asam klorida (Zahrah Maulidia Septimar et al., 2024).

Chronic Kidney Disease merupakan gangguan patologis atau indikator kerusakan ginjal, seperti proteinuria dan kerusakan ginjal selama kurang lebih tiga bulan (Usman et al., 2021).

Berdasarkan beberapa definisi maka penulis menarik kesimpulan bahwa penyakit *Chronic Kidney Disease* itu adalah ginjal gagal menjaga keseimbangan cairan elektrolit serta dapat mengakibatkan kerusakan ginjal dan fungsi ginjal terganggu sehingga tidak dapat menyaring sisa- sisa metabolisme di dalam tubuh, maka racun bisa menumpuk dalam darah dan bisa terjadi kematian.

2.1.2. Etiologi

Penyebab *Chronic Kidney Disease* yaitu:

1. Diabetes Melitus

   Diabetes melitus diaman kondisi kronik metabolisme gula darah. Dimana gangguan produksi insulin atau kadar gula darah tinggi akibat keduanya menentukan diabetes melitus

2. Hipertensi

   Hipertensi dimana tekanan darah sistolik kurang darih 140 mmHg dan tekanan diastolik yang lebih dari 90 mmHg atau ketika pasien

mengkonsumsi obat anti hipertensi

3. Glomerulonefritis

   Peradangan glomerulus, area ginjal yang bertanggung jawab untuk menyaring bahan limbah dan menghilangkan kelebihan cairan dan elektrolit dari tubuh, menyebabkan glomerulonefritis

4. Pielonefritis persisten

   Pielonefritis merupakan penyakit infeksi yang mempengaruhi saluran kemih bagian atas dan berlangsung lebih dari enam bulan, terutama di perenkim dan pelvis ginjal (Kyneissia Gliselda, 2021)

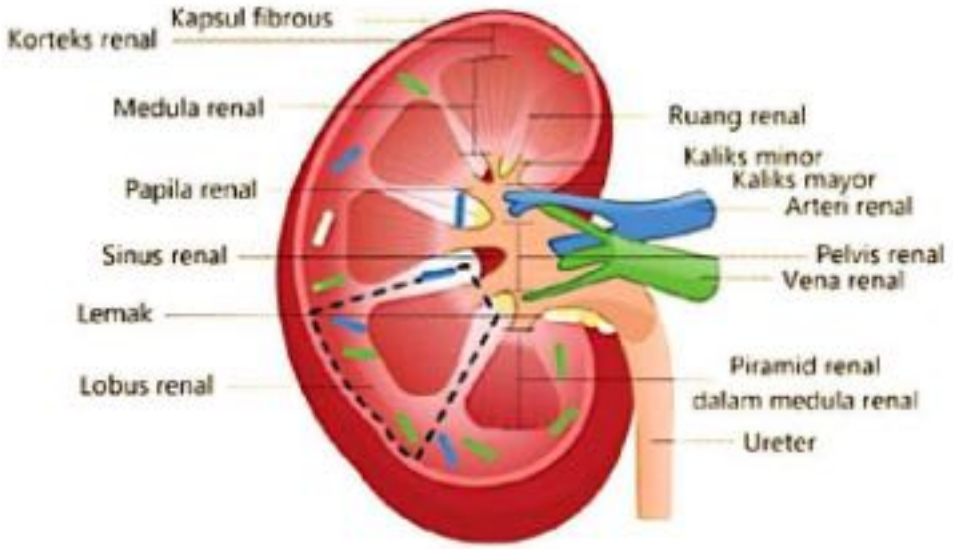
2.1.3. Faktor Resiko

Menurut National Kidney Foundation, faktor penyebab resiko penyakit chronic kidney desease sebagai berikut:

1. Diabetes melitus disebabkan karena gula darah tinggi menyebabkan ginjal bekerja lebih banyak untuk menghilangkan kadar gula darah yang berlebihan dalam darah melalui urin. Jadi kondisi ini terjadi dalam waktu yang cukup lama bisa mengalami kerusakan dan kemampuann ginjal unruk mennyaring racun dari waktu ke waktu akan hilang.
2. Hipertensi disebabkan ketika pembuluh darah terjadi kerusakan, nerfron yang menyaring darah tidak medapatkan oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan untuk berfungsi dengan baik. Inilah sebabnya hipertensi merupakan penyabab utama penyakit chronic kidney desease
3. Obesitas dapat menyebabkan penyakit gagal ginjal di karenakan kegemukan dapat membuat ginjal bekerja dengan lebih keras. Yakni untuk menyaring darah lebih banyak untuk memenuhi kebutuhan metabolisme dalam tubuh yang meningkat
4. Usia disebabkan semakin bertambahnya umur akan menyababkan struktur dan fungsi, mudah mengalami kelemahan serta mengalami kepada gaya hidup dan manajemen cairan
   a. Gaya hidup
   b. Pola makan

2.1.4. Anatomi Fisiologi

1. Anatomi ginjal



Gambat 2.1 Anatomi Ginjal (Siswapedia,2022)

Ginjal berada dibelakang abdomen atas kelenjar adrenal juga dikenal sebagai kelenjar suprarenal. Ginjal berada pada bagian belakang peritoneum, berhadap tulang rusak akhir dan tiga otot yaitu transversus abdomen, quadratus lumborum, dan psoas mayor. Lokasi dua ginjal berada di daerah vertebra T12 hingga L3. Ukuran ginjal pada dewasa adalah sekitar 11-12 cm, panjangnya 5-7, lebarnya dan tebalnya 2,3-3 cm. ukuranya sebesar kepalan tangan orang dewasa. Kedua ginjal ini memiliki berat kurang dari 1% dari berat total tubuh atau sekitar 120-150 gram (Niaty Sauria et al., 2022).

2. Fisiologi ginjal

a. Kulit ginjal

Ada bagian ginjak yang bertanggung jawab untuk menyaring darah yang disebut glomerulus. Darah disaring melalui glomerulus,. Setiap glomerulus dikelilingi oleh kapsul bowman yang merupakan struktur seperti kantong. Kombinasi glomerulus dan kapsul boeman membentuk unit dasar proses penyaringan darah dalam ginjal.

b. Letak ginjal

Ginjal berada dibelakang peritoneum parietal (retro-peritoneal) di area dinding abdomen posterior. Hepar menekan ginjal kanan kebawah hingga ginjal kanan rendah dari ginjal kiri.

c. Jaringan fibrus

Menyelubungi setiap ginjal memiliki pembukus yang halus dibagian luar dalam dan struktur ginjal berwarna ungu tua bagian dalam, yang dari korteks di bagian luar dan medula berada dalam.

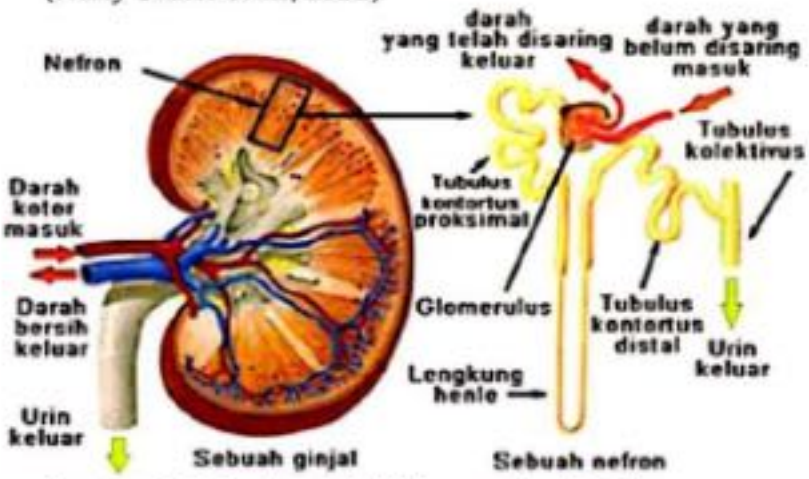
d. Sumsum ginjal (medula)

Medula terdiri dari sejumlah bagian meruncing yang disebut piramida ginjal. Dasar setiap piramida mengarah ke korteks, sedangkan puncaknya, yang disebut krista atau papila ginjal mengarah pada nefron, piramida ginjal mengandung jaringan korteks yang disebut lobus ginjal.

e. Rongga ginjal

Kaliks minor adalah bagian dari sistem ginjal yang menampung urin mengalir pada kaliks mayor dan kemudian pada pelvis renalis, sebelum akhirnya masuk pada ureter yang menyambungkan ginjal dengan kandung kemih. Pelvis renal adalah struktur corong yang melebar di ujung ureter yang berhubungan dengan ginjal

(Niaty Sauria et al., 2022)



Gambar 2.2 Bagian ginjal (Siswapedia, 2022)

f. Nefron

Nefron merupakan unit fungsional terrkecil dari ginjal dalam suatu organ dan mampu melakukan semua fungsi giinjal tersebut. Fungsi utama ginjal adalah memproduksi urin dan menjaga kestabilan komponen cairan ekstraseluler, jumlah nefron, kapsul bowman, tubulus proksimal, lengkung henle, tubulus distal, dan saluran penumpul dalam ginjal diperkirakan sekitar satu juta nefron terdiri dari.

1) Glomerulus adalah kumpulan dari arterior yang dapat mengalami dilatasi dengan endotel fenestrate yang terkumpul di arteriol. Arteriol atau vasa dapat muncul aferen dan mengalirkan darah ke dalam arteriol aferen.
2) Kapsul bowman adalah bagian tubulus dapat dilingkupi glomerulus dan dikumpul melalui cairan fyang disaring oleh kapiler glomerulus.
3) Tubulus dapat di bagi menjadi bagian:
   a) Fungsi tubulua proksimal adalah menyerap kembali zat-zat dai cairan tubuh dan mengeluarkan ke dalam cairan tubuh
   b) Ansa henle membentuk kurva berbentuk U yang tajam atau bagian yang turun dari korteks ke medula, sementara bagian yang naik juga dapat kembali pada korteks.
   c) Tubulus distal berperan penting dalam prosess menyerap kembali dan mengeluarkan beberpa zat khusus, sementara juga mengumpulka duktus. Duktus berfungsi sebagai saluran pengumpulan cairan dari delapan nefron yang berasal dari ginjal yang berbeda.

3. Fungsi ginjal
   a. Mengatur produksi sel darah merah
   b. Menjaga kesceimbangan air dalam tubuh
   c. Menyaring dan membuang limbah

d. Mengendalikan tekanan darah dan tingkat dalam darah
e. Mengatur volume cairan dalam tubuh
f. Menghasilkan vitamin d untuk tubuh
g. Menjaa keseimbangan asam basa darah
h. Menjaga konsentrasi elektrolit dan mineral

2.1.5. Klasifikasi

terdapat tiga tahapan *Chronic Kidney Disease*

1. Tahap 1

   Tahap 1, juga dikenal sebagai fase penurunan fungsi ginjal, terjadi ketika nefron mulai kehilanngan fungsinya. Tahap ini serum kreatinin tetap dalam batas normal, begitu dengan serum *blood urea nitrogen* (BUN).

2. Tahap 2

   Tahap ini, sebagai tahap pertumbuhan gagal ginjal, terjadi bila lebih dari 75% jaringan, ginjal megalami kerusakan kadar *blood urea nitrogen* (BUN) dan serum kreatinin meningkat di atas nilai normal yang mengakibatkan kondisi azoteia di ginjal. Gejala yang muncul meliputi, nokturia (sering BAK di malam hari) dan poliuria (produk urin yang berlebihan), karena gangguan dalam proses pembentuka urin.

3. Tahap 3

   Pada tahap penyakit stadium akhir (End Stage Renal Disease atau uremia), hanya sekitar 10% dai tingkat normal GFR (Glomerular Filtration Rate) yang tersisa. Kondisi ini menyebabkan peningkatan yang signifikan dalam kadar seerum kreatinin dan BUN. Hal ini terjadi sebagai repons terhadapp penurunan laju filtrasi glomerulus hingga terjadi di tahap ini

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) dari *National Kidney Foundation* (NFK) tahun 2016 menyatakan terdapat lima tahap/stadium pada CKD. Tahapan ini berdasarkan tingkat kerusakan ginjal dan GFR, yang merupakan ukuran dai fungsi ginjal seseorang. Rumus untuk menghitug

$GFR=\frac{(140-usia)\times BB*}{75\times kreatinin\ serum}$ (*) dikalikan 0,85 untuk perempuan GFR yang dianggap normal antara 90 - 125 ml/menit/1,73 m^2.

Chronic Kidney Disease dinilai dalam 5 Derajat/ Stadium sebagai berikut :

Derajat/ Stadium	Kategor	GFR/ LFG (ml/menit/1,73m²)
1	Kerusakan fungsi ginjal dengan GFR/LFG normal atau meningkat	≥90
2	Rusaknya fungsi ginjal dengan GFR menurun atau scimbang	60-89
3	Rusaknya ginjal dengan GFR menurun atau sebagian 15-29	30-59
4	Kehilangan fungsi ginjal dengan GFR menurun atau berat	15-29
5	Terjadi Gagal ginjal	<15

Tabel 2.1 Klasifikasi derajat stadium CKD (national kidney foundation, 2016)

2.1.6. Patofisiologi

Terjadinya *Chronic Kidney Disease* (CKD) awaknya disebabkan oleh adanya kerusakan pada jaringan. Yang dimana kondisi ini menjadikan massa ginjal berkurng, hal ini membuat sel beradaptasi membentuk hipertrofil dan hiperflasia jaringan yang tersisa. Peningkatan aktivitas renin angiotensis aldosteron intratenal berkontribusi terhadap tejadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas tersebut, pada aktivitas jangka panjang dari sumbu renin-angiotansin-aldosteron dapat dipengaruhi faktor-faktor pertumbuhan contohnya faktor pertumbuhan insulin. Albuminuria, hipertensi, hiperglikemia dan dislipidemia sangat berperan penting terhadap tejadinya progresifitas penyakit *Chronic Kidney Disease*. Terhadap perbedaan anarindividu dalam munculnya sklerosis dan fibrosis serta tubulointerstitium.

Awal tahap penderita penyakit *Chronic Kidney Disease*, ginjal akan kehilangan daya cadangan ginjal (*renal reserve*), namun tahap awal GFR mungkin tetap normal atau bahkan menigkat. Ini kemudian dengan bersamaan penurunan

fungsi nefron begitu lambat tetapi seimbang dibuktikan peningkatan ureum dan kreatinin serum. Hasil GFR mencapai enam puluh persen sebagian besar pasien mungkin tidak tidak timbul gejala (asimtomatik), meskipun kadar ureum dan kreatinin meningkat

Laju filtrasi glumerulus (LFG) atau glomerular filtration rate (GFR) pada stadium awal *Chronic Kidney Disease* ini masih normal atau bisa saja mengalami peningkatan sedikit. Apabila kondisi ini tidak segerah di tangani maka aktivitas penurunan fungsi nefron akan berlangsung profgresif. Pengurangan masa ginjal terus menerus akan mengakibatkan hiperfentilasi, kondisi ini membuat tekanan darah glomelurus dan tekanan kapiler akan meningkat. Proses adaptasi ini relatif singkat setelahnya akan terjadi proses maladaptasi berupa sisa sklerosis nefron. Pada saat kondisi ini terjadi penurunan nefron yang progresif, walaupun sudah tidak aktif lagi.

Bila laju filtrasi glomerulus 30% penderita akan menngalami tanda dan gejala seperti kehilangan napsu makan, kelelahan, mual, peurunan berat badan, dan mual. Jika GFR kuarang dari 30%, penderita akan mengalami manifestasi klinis uremik pasti seperti tekanan darah tinggi, anemia, mual dan muntah. Dalam hal ini sistem kekebalan tubuh pasien juga tertekan bisa menyebabkan komplikasi infeksi saluran saluran pernapasan, infeksi saluran sistem cerna dan infeksi saluran kemih, serta gangguuan elektrolit natrium dan kalium serta keseimbangan air dalam tubuh seperti hipovolemia atau hipervolemia (Handini & Hunaifi, 2021).

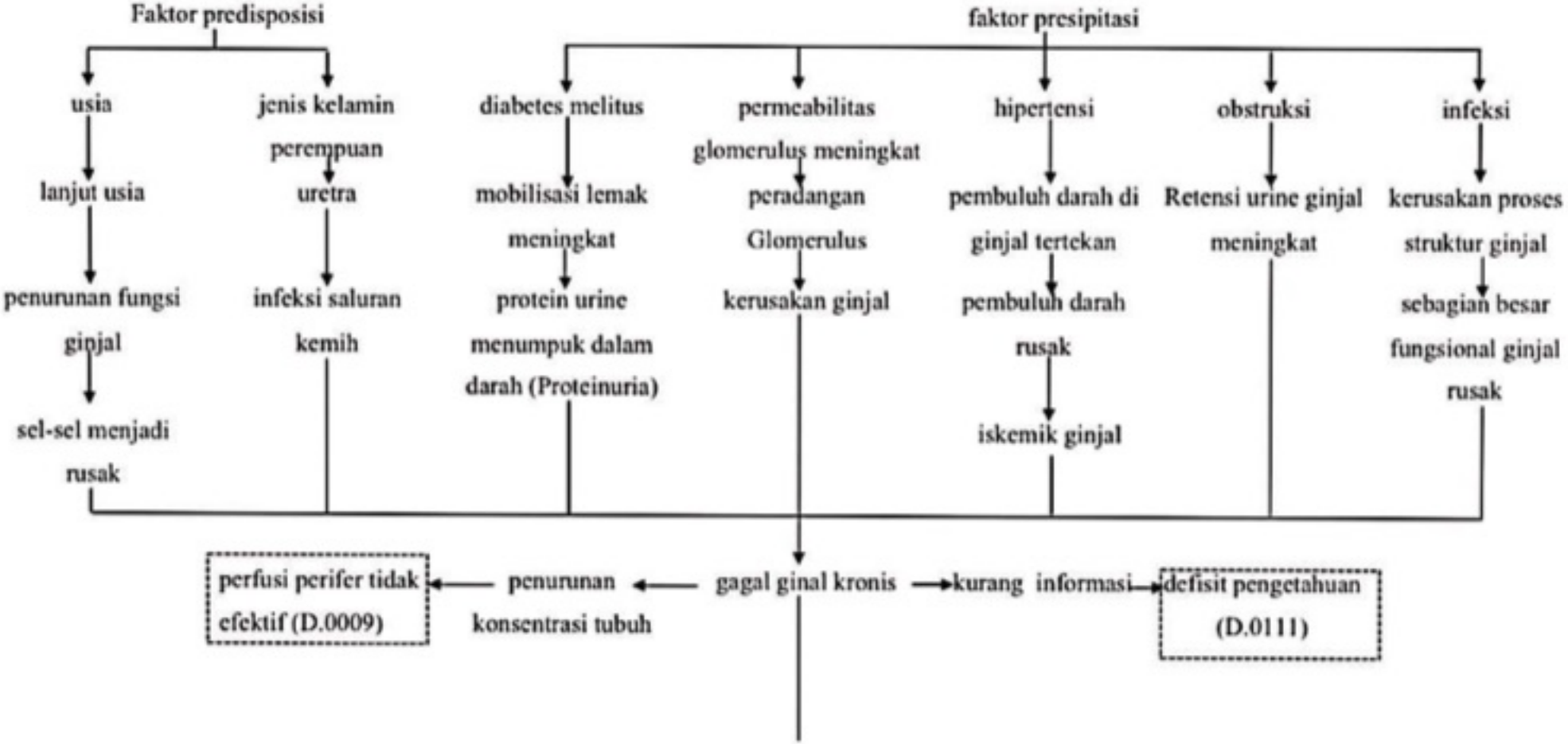
ketika *Chronic Kidney Disease* bekembang, proses reabsorbsi zat-zat penting dalam tubuh dapat terganggu. Reabsorpsi adalah mekanisme di mana tubuh menyerap kembali zat-zat yang dibutuhka dari filtrat ginjal. Gangguan dalam proses reabsorbsi ini dapat mrngalami penurunan volume cairan bisa meningkatkan preload, hingga mengalami curah jantung. Delain itu juga masalah reabsorpsi juga bisa terjadi peningkatan retensi natrium. Hal ini diakibatkan retensi cairan yang menigkatkan cairan dalam pembuluh darah dan dapat terjadi \ penigkatan permeabilitas kapiler

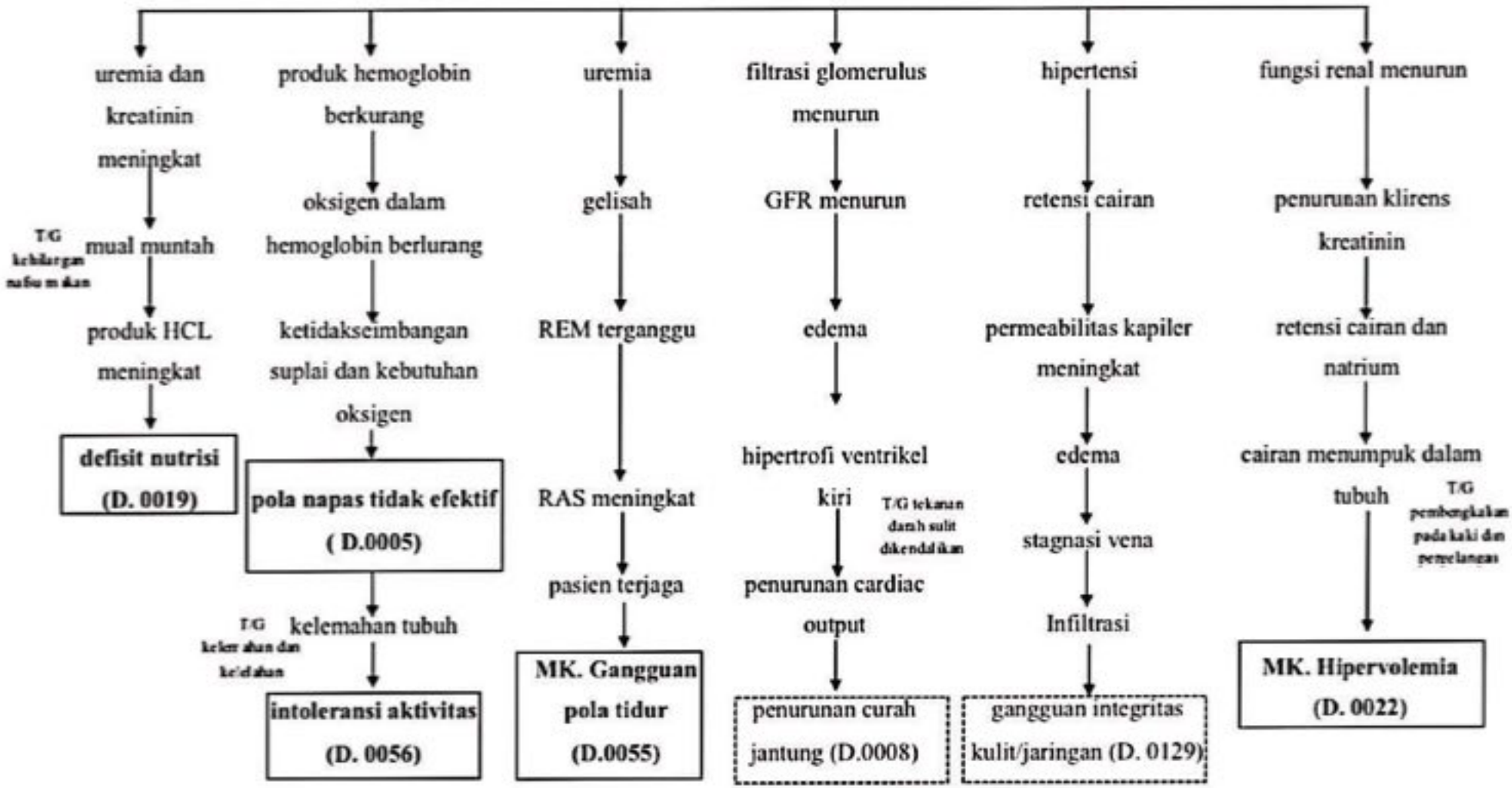
meningkatkan permeabilitas kapiler dapat menyebabkan penumpukan cairan atau edema. Hal tersebut dapat menyebabkan gangguan integritas kulit akibat

stasis vena dan penurunan fungsi paru-paru yang menyebabkan dispnea, di mana pola pernapasan yang tidak efektif dapat menjadi masalah keperawatan, dan asidosis respiratorik, di mana penurunan ekspansi paru-paru dapat menyebabkan retensi karbondioksida, di mana pertukaran gas yang tergaggu dapat menjadi masalah keperawatan

Ketika fungsi organ ginjal pasien dengan penyakit *Chronic Kidney Disease* menurun, produk urin juga akan berhenti. Dimulai dengan poliuria dan berkembang menjadi oliguria, anuria, nokturia, enuresis nokturnal, dan proteinuria. Pada pasien dengan penyakit stadium lanjut, ginjal tidak lagi dapar menjalankan fungsinya sehingga diperlukan metode lain untuk mengantikan fungsi ginjal. Salah satu metode tersebut adalah hemodialisis, suatu peraawtan ginjal yang menggunakan alat invasif untuk mengeluarkan racun uremik secara terus menerus yang membuat pasien berisiko terkena infeksi dan kerena kecemasan, mual muntah dapat menyebabkan peningkatan asam kambug hingga mucul diagnosa keperawatan defisit nutrisi, serta mennyebabkan intoleransi aktivitas karena kekurangan nutrisi dan energi (Eko Prabowo et al., 2019)

2.1.7. Skema patofisiologi





Skema patofisologi *Chronic Kidney Disease* (Handini & Hunaifi, 2021., Eko Prabowo et al., 2019., Riska et al., 2023)

2.1.8. Manifestasi Klinis'

Tanda dan gejala penyakit *Chronic Kidney Disease* atau yang terjadi gangguan di dalam ginjal yang harus segera diketahui karena jika ginjal mengalami gangguan yang sangat parah, maka ginjal akan menjadi faktor yang paling beresiko tinggi bagi penyakit lainnya. Secara umum tanda dan gejala penyakit *Chronic Kidney Disease* bisa dilihat melalui gejala yang dialami oleh penderitanya. Adapun beberapa tanda dan gejala penyakit *Chronic Kidney Disease* yang harus diketahui antaranya sebagai berikut (Riska et al., 2023):

1. Tekanan darah tinggi yang sulit dikendalikan

   Gejalah penyakit *Chronic Kidney Disease* juga bisa dideteksi dari tekanan darah yang naik. Akibatnya penumpukan cairan di dalam paru-paru dan jantung, maka bisa tekanan darah dapat naik. Jika kondisi tersebut berlangsung dalam waktu yang sangat lama maka hal ini dapat menyebar ke organ jantung dan dapat mengakibatkan penyakit gagal ginjal
2. Kehilangan nafsu makan

   Penumpukan bisa dari metabolisme di dalam tubuh akan dapat mengakibatkan pada kehilangan nafsu makan. Maka lakukanlah pemeriksaan agar supaya dapat mengetahui penyebab dan kondisi pada ginjal dengan cepat
3. Gatal terus menerus

   Dapat di ketahi pada fungsi utama ginjal ialah membuang kotoran dari aliran darah. Pada saat fungsi ini tidak dapat di jalankan, maka akan dapat terjadi penumpukan kotoran di dalam aliran darah, sehinggah dapat menyebabkan rasa yang gatal terus-menerus.
4. Pembengkakan pada kaki dan pergelangan tangan

   Tanda dan gejala berikut ini merupakan gejala yang terjadi perkembangan pada salah satu bagian tubuh. Perkembangan ini dapat terjadi di bagian lengan, tangan, bagian kaki, dan bahkan juga dapat terjadi pada daerah wajah. intinya, gejala ini dapat terjadi penumpukan cairan di dalam organ tubuh mana saja. Hal ini di

karenakan ginjal mampu menyaring cairan yang masuk di dalam tubuh.

5. Kelemahan dan kelelahan

   Gejala ini sering merasa lemah dan lelah atau tidak bergairah di dalam menjalani aktivitas sehari-hari dan di waspadai. Sebab ginjal mengalami gangguan, maka tubuh akan mengalami kekurangan oksigen dan sel-sel darah merah sehingga dapat membuat tubuh dapat merasakan lelah dan lemah bahkan tidak bersemangat. Jika keadaan ini terjadi terus menerus, maka akan dapat membuat kepala merasa pusing, kedinginan, dan bahkan sampai tidak sadarkan diri.

6. Perubahan volume dan frekuensi buang air kecil

   Gejala ini terjadi perubahan pada urine dan frekuensi buang air kecil. Jika warna urine mengalami perubahan dari warna yang biasanya, maka hal ini perlu di curigai. Perlu juga di waspadai jika frekuensi buang air kecil atau menjadi jarang buang air kecil padahal volume minum banyak.

7. Terasa sakit di bagian pinggang

   Gejala ini sering di rasakan sakit di bagian organ ginjal terletak di bagian punggung bagian belakang bawah di bagian sisi kanan dan kiri. Jika mengalami sakit di bagian punggung belakang bawah, maka di biarkan, apalagi di ketahui rasa yang sakit tersebut bukan karena jatung atau karena hal yang lain yang dapat membuat di sekitar bagian pinggang merasakan sakit.

2.1.9. Komplikasi

Komplikasi yang bisa terjadi dalam penyakit *Chronic Kidney Disease* yaitu

1. Hiperkalemia merupakan kondisi di mana ketika jumlah kalium dalam darah lebih tinggi dari nilai normal. Kalium fungsinya melancarkan fumgsi dari otot, dari saraf, dan dari jantung. Jika pada hiperkalemia, aktivitas di dalam jantung akan terganggu bisa ditandai dengan melambatnya detak jantung dan bisa tejadi kematian
2. Hipertensi diakibatkan oleh retensi cairan dan natrium yang tidak berfungsi di dalam sistem renin angiotensin aldosteron.

3. Gagal jantung bisa terjadi dikarenakan terjadinya peningkatan yang berlebihan
4. Kerusakan permanen di dalam ginjal (penyakit ginjal stadium akhir).
5. Perikarditis, dimana terjadi peradangan selaput yang membawah resiko terhadap ibu dan janin sedang mengalami perkembangan
6. Peningkatan resiko patah tulang dan tulang lemah
7. Keruskan pada sistem saraf pusat, bisa menyebabkan kesulitan berkonsentrasi, perubahan kepribadian atau kejang
8. Anemia dapat disebabkan oleh sejumlah factor, termasuk sekresi eritropoietin yang tidak memadai, masa hidup sel darah merah yang lebih pendek, dan berkurangnya sekresi eritropoietin. Factor ini dapat menyebakan anemi berat dengan gejala sesak napas dan kelelahan.
9. Dorongan seksual yang menurun, berkurangnya kesuburan atau disfungsi ereksi (Utami et al., 2020).

2.1.10. Pemeriksaan penunjang

1. Gambaran laboratorium
   a Adanya penyakit yang mendasar, kelainan pada urinalisi dapat mencangkup adanya protei dalam urin (proteinuria), adanya darah dalam urin (hematuria), adanya sel darah putih dalam urin (leukosituria), perubahan komposis urin (COSF), dan keseimbangan osmotic urin (isosteruria).
   b Hipoplasia ginjal dimanifestasikan oleh peningkatan kadar urea dan kreatinin serum bersamaan dengan penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR). Kreatinin serum saja bukan merupakan penilaian yang akurat terhadap fungsi ginjal
   c Masuk dalam kelainan biokimia darah metabolic seperti penurunan kadar hemoglobin, peningkatan kadar asam urat, hiperkalemia atau hipokalemia, hiponatremia, hiperkloremia, hiperfosfatemia, hipokalsemia, dan asidosi.
2. Gambar radiologi

   Pemeriksaan radiologi penyakit gagal ginjal yaitu:

   a Foto perut polos, sebuah batuk radiopatik terlihat

b Pielografi intravena tidak terlalu sering dilakukan karena zat kontras biasanya gagal melewati filter glomerulus dan dapat menimbulkan efek toksik pada ginjal yang rusak

c Indikasi untuk pielografi antregrade atau retrograde ditentukan berdasarkan kasus.

d Ultrasonografi ginjal dapat menunjukan berbagai fitur, termasuk penurunan ukuran ginjal, penipisan kortikal, hidronefosis, batu ginjal, kista, dan adanya massa. Nefrektomi atau nefrolitomi dilakukan berdasarkan kebutuhan medis tertentu.

3. Biopsi dan pemeriksaan histopatologi

Biopsi ginjal dan pemeriksaan histopatologi dilakukan pada pasien dengan ukuran ginjal yang mendekati normal kertika diagnosis non-invasiv tidak memungkinkan. Tujuan pemeriksaan histopalogi adalah untuk menentukan pengobatan yang tepat, memprediksi prognosis, dan mengevaluasi hasil pengobatan, biopsi ginjal merupakan kontraindikasi pada kondidi seperti ginjal kecil suda ada sebelumya (penyusutan nefron), penyakit ginjal polikistik, hipertensi yang tidak terkendali, infeksi perinefrik, gangguan perdarahn, gagal napas dan obesitas (Handini & Hunaifi, 2022).

2.1.11. Pencegahan

1. Minum air dalam jumlah yang cukup untuk menjaga angka keluaran urin yang baik (bisa membantu mencegah batu ginjal dan infeksi saluran kemih).
2. Rutin memeriksa tekanan darah dan mendengarkan edukasi yang disampaikan oleh tenaga kesehatan.
3. Memperhatikan keberdihan peribadi untuk mencegah infeksi saluran kemih. Untuk perempuan dan anak-anak lebih rentang terhadap infeksi saluran kemih.
4. Kendali pola makan yang sehat, hindari asupan garam berlebih dan daging, hindari asupan kalsium yang tinggi.

5. Jangan menyalah gunakan obat-obatan, misalnya obat penghilang rasa nyeri
6. Mencegah komplikasi dari penyakit awal, misalnya diabetes melitus, hipertensi, kadar gula darah harus dikendalikan dengan baik.
7. Lakukan pemeriksan secara berkala.tes urin bisa mendeteksi penyakit ginjal stadium awal. Jika pasien menderita hematuria (darah dalam urin) atau albumin urin (Albumin dalam darah)
8. Lakukan pengobatan terhadap penyakit ginjal dengan segera (Siregar et al., 2022)

2.1.12. Penatalaksanaan

Menurut (Satyanarayana R. Vaidya & Narothama R. Aeddula, 2022) berikut ini penetalaksanaan yang dilakukan untuk pasien dengan penyakit chronic kidney desease:

1. Penatalaksanaan umum
   a Penyesuaian terhsdsp asupan nutrisi pada pasien gagal ginjal
   b Penyesuaian dosid obat unutk tingkat perkiraan laju filtrasi glumerulus
   c Persiapan terapi penganti ginjal dengan menempatkan fistula atau cankok arteriovenosa
2. Penatalaksanaan khusus

   Setelah perkembangan penyakit ginjal kroik diketahui, pasien harus ditawarkan berbagai pilihan untuk terapi pengantian ginjal, sebagai berikut:

   a Hemodialisis

   Proses pembersihan darah dengan membuang zat-zat sisa metabolisme dalam tubuh dengan menggunakan mesin cuci darah

   b Dialisis peritoneal (kontinu atau intermiten)

   Salah satu metode yang dilakukan untuk cuci darah melalui perut pasien. Metode dialisis peritoneal ini memanfatkan selaput dalam rongga perut, yang memiliki permukaan luas dan banyak

jaringan pembuluh darah, sebagai filtrasi alami ketika dilewati oleh zat sisa.

e Transplantasi ginjal (donor atau meninggal)

Pasien yang tidak menginginkan terapi pengganti ginjal harus diberi informasi tentang manajemen perawatan konservatif dan paliatif. Penanganan dengan melakukan trasplantasi ginjal adalah pilihan pengobatan penyakit ginjal lanjut yang terbaik karena manfaat kelangsungan hidupnya dibandingkan dengan terapu dialisis jangka panjang. Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* memenuhi syarat untuk terdaftar dalam program dalam program transplantasi ginjal donor meninggal bila Egfr dari 20 ml/menit/1.73m2.

2.1.13. *Evidane based*

1. Psikoedukasi

Psikoedukasi merupakan terapi modialitas yang di lakukan dengan intervensi edukasi keperawatan yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah fisiologi dan psikologi yang menderita CKD manfaat dalam melakukan psikoedukasi keperawatan beguna untuk kepatuhan pasien terhadap perubahan gaya hidup selain itu psikoedukasi juga meningkatkan kepercayaan diri dan kemampuan untuk perawtan diri dan lebih sering fokus pada masalah kesehatan yang menimpa pada pasien seperti meningkatkan kepatuhan diet, serta program dialisis (Wowor, 2018)

2. Edukasi pembatasan asupan cairan

Pembatasan cairan sangat penting bagi pasien CKD,banyak pasien tidak mengetahui pentinngnya pemantauan cairan berkala dan egan membatasi cairan yang dikonsumsi. Edukasi pemantauann cairan berbasis bukti mampu membantu menurunkan kenaikan berat badan sebelum hemodialisis dan jumlah tarikan saat dialisis (Khusna et al., 2023)

3. *Chronic kidney disease role of diet a reduction ini the severity of teh disease*

Terapi nutrisi medis sangat penting bagi pasien CKD dapat memperlambat perkembangan penyakit melalui pemantauan protein, kalsium, kalium dan natrium secara cermat, meredakan gejala yang dialami pasien CKD tanpa membatasi terlalu banyak dapat membuat pasien beresiko tinggi mengalami malnutrisi (MacLaughlin et al. 2024)

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal untuk proses keperawatan pengumpulan data yang sistematis dari berbagai bentuk sumber untuk hasil akhir status kesehatan pasien

1. Identifikasi pasien

   Mulai dari nama, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, diagnosis medis

2. Keluhan utama

   Keluhan utama pasien *Chronic Kidney Disease* adalah pasien mengalami bengkak pada kedua kaki kiri dan kanan lokasi dipunggung kaki. chronic kidney deseas merupakan suatu penyakit dimana fungsi ginjal mengalami penurunan hingga akhirnya tidak lagi mampu bekerja seperti semestinya.

3. Riwayat penyakit keluarga

   Apakah sebelumnya pernah mengalami penyakit *Chronic Kidney Disease* atau penyakit laiinya.

4. fokus pengkajian

   a. pola nutrisi

      penderita CKD sering mengalami berbagai tingkat perubahan berat badan. Salah satunya adalah kenaikan berat badan akibat edema (akumulasi cairan dalam tubuh). Namun, ada juga pasien yang mengalami penurunan berat badan karena kurangnya asupan nutrisi yang memadai. Gejalanya dapat berupa kehilangan nafsu makan (anoreksia), sering mual dan muntah.

Terapi nutrisi medis sangat penting bagi pasien CKD dapat memperlambat perkembangan penyakit melalui pemantauan protein, kalsium, kalium dan natrium secara cermat, meredakan gejala yang dialami pasien CKD tanpa membatasi terlalu banyak dapat membuat pasien beresiko tinggi mengalami malnutrisi (MacLaughlin et al. 2024)

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal untuk proses keperawatan pengumpulan data yang sistematis dari berbagai bentuk sumber untuk hasil akhir status kesehatan pasien

1. Identifikasi pasien

   Mulai dari nama, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, diagnosis medis

2. Keluhan utama

   Keluhan utama pasien *Chronic Kidney Disease* adalah pasien mengalami bengkak pada kedua kaki kiri dan kanan lokasi dipunggung kaki. chronic kidney deseas merupakan suatu penyakit dimana fungsi ginjal mengalami penurunan hingga akhirnya tidak lagi mampu bekerja seperti semestinya.

3. Riwayat penyakit keluarga

   Apakah sebelumnya pernah mengalami penyakit *Chronic Kidney Disease* atau penyakit laiinya.

4. fokus pengkajian

   a. pola nutrisi

      penderita CKD sering mengalami berbagai tingkat perubahan berat badan. Salah satunya adalah kenaikan berat badan akibat edema (akumulasi cairan dalam tubuh). Namun, ada juga pasien yang mengalami penurunan berat badan karena kurangnya asupan nutrisi yang memadai. Gejalanya dapat berupa kehilangan nafsu makan (anoreksia), sering mual dan muntah.

b. Pola eliminasi

Penurunan produksi urin (oliguria), ≤ 30 cc / jam atau 500 cc / jam. Selain itu, warna urin dapat berubah seperti kuning pekat, merah dan coklat.

c. Pola istirahat dan tidur

Penderita CKD, pola istirahat dan tidur yang terganggu merupakan hal yang umum terjadi karena berbagai gejala yang dapat mempengaruhi kenyamanan tidur, nyeri pingul, sakit kepala, kram otot, perasaan gelisah. Gejala ini memburuk pada malam hari ketika tubuh sedang beristirahat.

d. Pola aktivitas

Dalam pola aktivitas, pasien dengan CKD akan merasakan otot mengalami kelemahan, dan juga biasanya pasien merasakan lelah luar biasa ketika mereka bergerak, yang membuat mereka merasa berbeda dari kondisi sebelumnya

e. Personal hygine

Bagi penderita CKD, kebiasaan perawatan diri juga dapat mempengaruhi kulit. Disebabkan oleh sabun karena didalamnya terdapat gliserin.

5. Pemeriksaan TTV

a. TD (Tekanan Darah)

Penderita CKD cenderung adanya hipertensi. Normal untuk orang dewasa berkisar antara 100-140 / 60-90 (rata-rata 120/80 mmHg), dan pembacaan tekanan darah normal untuk orang dewasa yang lebih tua berkisar antara 100-160 / 60-90 mmHg (rata-rata 130/180 mmHg)

b. Nadi

Seorang dengan penyakit CKD memiliki denyut jantung yang tidak teratur. Jumlah denyut nadi normal bervariasi dari orang ke orang, tetapi kisaran normal untuk orang dewasa adalah 60-10 x/menit.

c. Suhu

Karena sepsis atau dehidrasi, suhu tubuh dapat meningkat, mengakibatkan demam. Suhu tubuh orang dewasa yang normal bervariasi di setiap bagian tubuh. Ketika 36,4°C rektum 36,6°C sedangkan oral 37,0°C

d. Respirasi

Pasien dengan *Chronic Kidney Disease* dapat mengalami gangguan pernapasan dengan beberapa gejala khas, laju pernapasan cepat dan sesak napas. Kisaran normal laju pernapasan orang dewasa adalah 12-20 x/ menit dengan rata-rata 18x/ menit.

e. Keadaan umum

Pasien CKD, biasanya nampak sakit berat dan tampak lemah untuk tingak kesadaran menurun disebabkan oleh sistem saraf pusat terpengaruh oleh tingkat uremia.

6. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Penderita dengan CKD mengalami sejumlah perubahan pada penampilan fisik mereka termasuk, kerontokan rambut, perubahan pada kulit, kulit kasar. Perubahan ini dapat mempengaruhi penampilan dan kualitas hidup pasien.

b. Telinga

Selama periksa telinga pasien CKD. Biasanya diperiksa simetri dan produk kedua telinga, kotoran telinga dan kemampuan pendengaran harus.

c. Mata

Pemeriksaan mata pada pasien dengan CKD biasanya menunjukkan adanya endapan mineral kalsium fosfat di daerah perokular akibat uremia yang berkepanjangan. Selain itu, pasien dengan anemia berat dapat mengalami edema, penglihatan kabur dan konjungtiva pusat di sekitar mata.

d. Hidung

Selama pemeriksaan fisik hidung hal-hal berikut akan diperiksa adanya produksi sekresi dan pernapasan dan juga kedua hidung simetris serta kekeringa, kurangnya kilau kulit juga diperiksa

e. Mulut

Pada pasien dengan CKD, pemeriksaan fisik mulut juga diperlukan. Dalam kasus seperti ini, bau amonia saat bernapas biasanya ditemukan, disebabkan oleh uremik serta gusi dan bibir terlihat kering.

f. Leher

Penderita dengan CKD adalah tes yang menilai adanya massa, edema pada leher, pucat, kulit kering dan gangguan pernapasan serta pembesaran kelenjar getah benig.

g. Toraks

Periksa dinding dada apakah ada gerakan yang teraba, nyeri dan edema. Semua bidang paru-paru beresonasi dan pada pasien dengan gagal ginjal kronis, suara menjadi serak karena paru-paru terisi cairan akibat edema. Periksa apakah adanya suara napas tambahan seperti ronkhi, wheesing, stridor dan pleura.

h. Abdomen

Kulit perut tampak pucat, mengkilap, berwarna coklat, kekuningan dan gatal karena asites dan kulit kering. Dengarkan bunyi keempa kuadran abdomen (perut) dan pasien CKD mengeluhkan sakit pada sudut kostovertebral diperiksa. Kemudian periksa area yang menyebabkan rasa sakit untuk meliat apakah ada mssa dalam ginjal.

i. Kulit dan kuku

Kuku pasien *Chronic Kidney Disease* biasanya terjadi tipis dan rapuh, pucat, kulit menjadi, bersisik, gatal, kering, warna coklat hiperpigmentasi, kekuningan, petekie, ekimosis, uremik rost, CRT> 3 detik, kulit menjadi kasar dan tidak homogeny saat disentu.

j. Genitalia

Dipriksanya alat kelamin penderita *Chronic Kidney Disease* juga dimaksudkan untuk mengetahui higienitas atau kebersihan alat kelamin. Selain itu, pemeriksaan fisik alat kelamin juga dimaksudkan untuk mengetahui adanya lesi.

k. Ekstermitas

Pasien dengan penyakit CKD mengalami bengkak pada ekstremitas bawa karena penumpukan cairan. Pasien yang terbang di tempat tidur biasanya mengalami edema pada betis dan paha dann juga mengalami kelelahan, kelemahan, urgor kulit > 3 detik disebabkan edema, kulit kering, hiperpigmentasi.

2.2.2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinik tentang respon klien, keluarga maupun komunikasi terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. diagnosis keperawatan merupakan dasar pemilihan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat (PPNI, 2017). Dalam penyakit *Chronic Kidney Disease* biasanya diagnosis yang muncul berdasarkan SDKI yaitu:

1. Hipervolmia berhubungan dengan kelebihan asuhan cairan
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor pisikologis
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
6. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan vena
7. Gangguan intergritas kulit berhubungan dengan kondisi gangguan metabolik
8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapanya informasi
9. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi

2.2.3. Intervensi keperawatan

Menurut PPNI (2018)yaitu:

1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
   a. Pemeriksaan tanda dan gejala, identifikasi penyebab hipervolemia, monito satus hemodinamik, monitor intake dan ouput cairan, monitor kecepatan infus secara ketat, monitor efek samping cairan(observasi).
   b. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, batasi asupan caran (terapeutik)
   c. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, ajarkan membantasi carian (edukasi)
   d. Kolaborasi diuretik (kolaborasi)
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan upaya jalan napas
   a. Monior pola napas, monitor bunyi napas, monitor sputum (observasi)
   b. Posisikan semi fowler atau fowler, berikan fisioterapi dada jika perlu, berikan minuman hangat, berikan oksigen jika perlu (terapeutik)
   c. Anjurkan asupan cairan sesuai yang dibutuhkan, jika tidak kontra indikadsi, (edukasi)
   d. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu (kolaborasi)
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan neusea
   a. Identifikasi identifikasi makanan yang disukai, status nutrisi, monitor asupan makanan, monitor BB (observasi)
   b. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi dan berikan makanan tinggi kalori (terapeutik)
   c. Anjurkan posisi duduk jika mampu dan anjarkan diet yang di progamkan (edukasi)
   d. Kolaborasi pemberian obat antiemetik (kolaborasi)

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
   a. Identifikasi pola tidur dan aktifitas (observasi)
   b. identifikasi faktor pengganggu saat istirahat (observasi)
   c. memberikan lingkungan nyaman, tetapkan jadwal rutin tidur (terapeutik)
   d. memberikan edukasi tidur yang cukup sangat penting, mengajarkan kebiasan tidur harus di tepati, ajarkan relaksai otot atau cara nonfarmakologi (edukasi)
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
   a. Observasi yang menjadi gangguan fungsi tubuh sehingga mengakibatkan kelelahan
   b. Memantau kebiasaan jam tidur (observasi)
   c. Memberikan lingkungan yang nyaman serta ranah stimulus untuk melakukan gerakan aktif dan pasif(terapeutik)
   d. Pemberian obat (kolaborasi)
6. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan vena
   a. Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung meliputi edema, ortopnea, dispnea, kelelahan. Identifkasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung meliputi, berat bada meningkat, hepatomegaly, vena jugularis terjadi distensi, ronkhi basah, noliguria, batuk, kulit pucati. Memonitor masuk dan keluar cairan (observasi)
   b. Memonitor berat badan, spo2, keluhan sakit dada misalnya intensitas, lokasi, durasi, radiasi, presipitasi yang mengurang nyeri, memonitor ekg, memonitor artitmia kelainan irama dan frekuensi, memonitor nilai laboratorium jantung misalnya elektroli, enzim jantung (observasi)
   c. Berikan posisi fowler atau semi fowler, berikan diet jantung yang sesuai misalnya batas asupa kafein, natrium, kolestrol, dan makanan yang tinggi lemak, fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat, berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perluh, berikan oksigen untuk

mempertahankan saturasi oksigen > 94%, berikan dukungan emosional dan spiritual (terapeutik)

d. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, anjurkan berhenti merokok, anjurkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian, ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian (edukasi)

e. Rujuk ke program rehabilitasi jantung, kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perluh (kolaborasi)

7. Gangguan intergritas kulit berhubungan dengan kondisi gangguan metabolic

a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas (observasi)

b. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang jika perlu, ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring, gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare, hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering (terapeutik)

c. Anjurkan menggunakan pelembab misalnya lotion, serum, anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim, anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya (edukasi)

d. Memberikan antibiotik jika diperukan (kolaborasi)

8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapanya informasi (observasi)

a. Identifikasi faktor-faktor yang meningkatkan dan menurunkan motivasi perliaku hidup bersih dan sehat, identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (observasi)

b. Berikan kesempatan untuk bertanya, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan (terapeutik)

c. Jelaskan jenis resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan perlaku hidup bersih dan sehat (edukasi)

9. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi

a. Memeriksa aliran sirkulasi, identifikasi faktor resiko gangguan aliran, memnatau suhu, ruam merah, rasa sakit, atau pembengakan pada ekstremitas (observasi)

b. Hindari penekanan dan pemasangan torniquet dan infus pada area yang cedera, lakukan pencegahan infeksi, lakukan hidrasi (terapeutik)

c. Anjurkan berolaraga rutin, ajarkan berhenti merokok, anjurkan mencegah air mandi untuk menghindari kulit bakar, anjurkan program rehabilitasi vaskuler, anjurkan minuman obat pengontrol tekanan darah secarah teratur (edukasi)

2.2.4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah proses yang dilakukan oleh perawat guna membantu melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kesehatan yang baik dapat digambarkan dengan kriteria kerbehasilan yang optimal(jannah, 2020).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakn suatu kegiatan tahap akhir dalam menilai tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pada setiap yahap dari proses keperawatan. Dan pada tahap ini perawat dapat menemukan reaksi pasien terhadap intervensi yang relah diberikan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan secara optimal dan juga mengukur hasil dari proses keperawatan apakah sasaran dari rencana keprawatan dapat di terima (lusiana, 2019)

BAB III

METODOLOGI

3.1. Pendektana (desain)

Jenis penelitian ini adalah studi kasus deskriptif, yang bertujuan menjelaskan secara rinci tentang kasus asuhan keperawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RS Gunung Maria Tomohon untuk memperoleh pemahaman terhadap fenomena yang tejadi pada pasien yang menderita penyakit *Chronic Kidney Disease* serta manfaat terhadap asuhan keperawatan di sarana kesehatan rumah sakit

3.2. Subjek studi kasus

Subjek studi kasus dalam karya tulis ilmiah ini adalah Ny. M.K dengan masalah utama chronis kidney disease (CKD) yang termasuk dalam bagian keperawatan medikal bedah di RSU Gunung Maria Tomohon

3.3. Definisi opresional

3.1.1. Hipervolemia adalah cairan yang berlebihan dalam tubuh pasien dimana pada kasus ini terjadi pembengkakan pada kedua pungung kaki pasien

3.1.2. Pola napas tidak efektif dimana oksigen dalam darah pasien menurun diman dalam kasus ini pasien mengalami sesak napas

3.1.3. Defisit nutrisi penyebabnya asupan makan yang kurang dimana dalam kasus ini pasien mengalami penurunan berat badan derastis

3.1.4. Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas waktu tidur akibat ketidaknyamanan diman pasien mengalami ketdaknyamanan dalam tidur karena rasa nyeri di daerah kaki

3.1.5. Intoleransi adalah dimana ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas dalam kasus ini pasien tidak mampu beraktivitas dikarenakan kelemahan

3.4. Waktu dan lokasi studi kasus

Tempat pengambilan studi kasus karya tulis ilmiah ini yaitu studi kasus asuhan keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD) di RSU Gunung Maria Tomohon

waktu pelaksanaan pengambilan studi kasus yaitu bulan Maret 2024, dan dilaksanakan perawatan selama 3 hari perawatan secara menyeluruh di mulai tanggal 14 Maret 2023 sampai 16 Maret 2024

3.5. Proses pengumpulan data

3.1.6. Kepustakaan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis melaksanakan pengumpulan data melalui kepustakaan dengan mencari berbagai referensi yang sesuai dengan kasus dalam karya tulis ilmiah ini, yaitu sebagai berikut

1. Literatur buku

   Penulis menggunakan berbagai referensi dari buku yang memuat materi tentang penyakit *Chronic Kidney Disease* baik secara konsep dasar penyakit maupun konsep dasar keperawatan
2. Literatur jurnal online

   Penulis menggunakan berbagai refrensi dari artikel penelitian dlam jurnal onlie yang berkaitan dengan kasus karya tulis ilmiah ini yaitu tentang perawatan pada pasien dengan penyakit ginjal kronis
3. Literatur internet

   Penulis juga mengunakan berbagai referensi dari internet untuk mengambil gambar anatomi dan untuk mencari data-data prevelensi penyakit gagal ginjal kronis di dunia

3.1.7. Kasus asuhan keperawatan

1. Wawancara

   Penulis melakukan komunikasi langsung pada pasien, kerabat, perawat serta dokter untuk mendapatkan data pada pasien dengan penyakit ginjal kronis
2. Observasi

   Penulis melihat secara langsung kondisi dan keadaan pasien untuk mendapatkan pengkajian data, pemberian tindakan evaluasi yang telah diberikan pada evaluasi dalam tahpa pemulihan
3. Pemeriksaan fisik

   Penulis secara langsung melakukan pemeriksaan kesehatan kepada pasen dengan penyakit ginjal kronis dengan meliputi pemeriksaan

tanda-tanda vital, riwayat penyakit dan keluhan yang dirasakan oleh pasien

4. Pendokumentasi

   Penulis melakukan pendokumentasian dalam asuhan keperawatan yang di lakukan pada pasien dalam pengambilan data dari rekam medik sampai tahap evaluasi dan data dari hasil pemeriksaan laboratorium, ekg, hematologi

5. Diskusi

   Penulis berdiskusi dengan keluarga dan pasien dalam pembrian tindakan yang diberikan. Penulis juga berdiskusi dengan dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah dan beberapa rekan mahasiswa seta pegawai di rumah sakit

3.6. Penyajian data

3.1.8. Narasi

Penyajian data disajikan dalam bentuk narasi dan tabel. Data yang disajikan dalam bentuk narasi yaitu: data umum pasien dan keluarga, pengkajian *head to toe*, pengkajian pola kesehatan dan penatalaksanaan terapi pengobatan

1. Data umum pasien dan keluarga

   Memberikan pertanyaan pada pasien dan kerabat pasien untuk memperoleh data-data umum yang dibutuhkan secara identitas pasien dan keluarga, identitas saudara kandung, riwayat kesehatan, genogram, riwayat psikososial, riwayat spiritual

2. Pengkajian *head toe toe*

   Penulis melakukan pengkajian dalam melakukan pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai ujung kaki kepada pasien

3. Pengkajian pola kesehatan

   Penulis telah mengkaji pola kesehatan kepada pasien dan telah memperhatikan pola kesehatan pada saat perawatan

4. Penatalaksanaan terapi pengobatan

   Penulis melaksanakan terapi obat meliputi indikasi, kontraindikasi efek samping dari obat yang sesuai dengan anjuran dari dokter

3.1.9. Tabel

Selain penyajian data salam bentuk narasi, penulis juga menyajikan data dalam bentuk tabel. Adapun data- data yang disajikan dalam bentuk tabel yaitu:

1. Hasil pemeriksaan laboratorium

   Penulis melampirkan di dalam karya tulis ilmiah tentang pemeriksaan laboratorium kimia klinik dan hematologi dalam bentuk tabel

2. Analisa data

   Penulis membuat analisa data terkait data-data yang ada pada pasien dalam bentuk tabel

3. Rencana asuhan keperawatan

   Penulis membuat rencana asuhan keperawatan pada pasien yang mencakup pengkajian, diagnosa, tujuan dan intervensi yang di bentuk dalam tabel

4. Implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan

   Penulis mengimplementasikan asuhan keperawatan pada pasien dan mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien selama 3 hari perawatan dalam bentuk tabel

3.7. Etika

3.1.10. Prinsip *respect to person*

1. Teori *informed consent* (IC)

   Informed consent adalah suatu kesepakatan atau persetujuan pasien atas upaya medis yang akan dilakukan oleh dokter dan perawat terhadap dirinya, setelah pasien mendapatkan informasi dari dokter dan perawat mengenai upaya medis yang telah dilakukan untuk menolong dirinya serta informasi mengenai segala resiko yang mungkin akan terjadi. Dalam hal ini, sebelum penulis memberikan asuhan keperawatan kepada Ny m.k. penulis meminta persetujuan kepada pasien dan keluarga untuk kesediaan menjadi pasien kelolaan dalam kasus karya tulis ilmiah ini.

2. Anonymity (prinsip tanpa nama)

   Anonymity adalah prinsip untuk menjaga keberhasilan, penulis tidak

boleh mencantumkan nama responden akan tetapi pada lembar tersebut akan diberikan inisial. Dalam hal ini, penulis tidak mencantumkan nama tapi hanya menggunakan inisial. Penulis harus melakukan prosedur yang memastikan bahwa identitas pasien dan semua daya yang terkait dengan pasien itu semua harus dirahasiakan.

3. Autonomy (prinsip kebebasan)

   Autonomy adalah prinsip yang menghargai harkat dan martabat manusia sebagai individu yang dapat memutuskan semua hal yang terbaik bagi dirinya. Dalam hal ini, penulis selalu menghormati pasien dalam memilih dalam menerapkan tindakan keperawatan yang hendak diberikan.

4. Confidentiality

   Confidentiality adalah prinsip yang berisi segalah privasi pasien yang haaarus dijaga. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan pasien hanya bisa dibaca untuk keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan terhadap pasien. Diskusi tentang pasien diluar area pelayanan keperawatan harus dihindari untuk menjaga kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi dan hal-hal penting lainnya. dalam hal ini, penulis menjaga semua informasi yang dikumpulkan dan hanya data tertentu saja yang boleh dilaporkan pada hasil penelitiaan

5. prinsip beneficience (bermanfaat)

   semua prosedur yang telah dilakukan harus berguna untuk pasien dan keluarga pasien yang di mana hal ini, penulis harus menyadari dan memastikan agar tindakan-tindakan yang yang di lakukan benar-benar bermanfaat dalam kehidupan pasien dan keluarga untuk membantu mengurangi resiko terjadinya hal yang tidak diinginkan

3.1.11. Prinsip justice (keadilan)

Prinsip ini dibutuhkan dan diberikan semua individu, pemberi asuhan keperawatan harus bersikap adil tanpa memandang perbedaan antara pasien dalam hal ini, penulis telah memperlakukan pasien dengan adil tampa membeda-bedakan baik dari segi agama, suku, budaya dan ras sehingga bisa memberikan pelayanan keperawatan keseluruhan (gracediani liliy, 2017)

BAB IV

TINJAWAN KASUS

Ruangan/Kamar	: Paula 3 Bed 3	Autoanamnese	: √
Tanggal masuk RS/jam	: 14-03-2024/12:47 WITA	alloanamnese	: √
Tanggal dikaji/jam	: 14-03-2024/ 13:12	No RM/REG	: 408119/030536

4.1. PENGKAJIAN

4.1.1. Identitas

a. Pasien

Nama	: Ny. M.K
Umur	: 46 tahun
Jenis kelamin	: perempuan
Status perkawinan	: Kawin
Jumlah anak	: 4
Agama/suku	: Protestan/Minahasa
Warga negara	: Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT
Alamat rumah	: Toulour Lingkungan IV Kabupaten Minahasa

b. Penanggung jawab

Nama	: Tn. S.S
Umur	: 47 tahun
Alamat	: Toulour
Hubungan keluarga	: Suami

c. Data medik

Diagnosa medik

Saat masuk	: CKD
Saat pengkajian	: CKD

4.1.2. Keadaan umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit : pasien tampak sakit berat

Alasanya : pasien terpasang O_2 nasal canul, pasien tampak sesak napas, pasien tampak lemah, pasien tampak lemah IVFD NaCl 0,9% di tangan kiri dan aktifitas pasien dibantu keluarga

b. Kesadaran

1) Kualitatif : compos mentis

2) Kuantitatif : 15

Skala koma glasgow

a) Respon motorik : 6 (pasien mengikuti perintah yang diberikan)

b) Respon bicara : 5 (orientas baik)

c) Respon membuka mata : 4 (pasien membuka mata secara spontan)

Jumlah: 15

Kesimpulan: compos mentis sadar penuh

c. Pemeriksaan TTV

1. Tekanan darah : 133/85 mmHg

Posisi : semi fowler

MAP : $\frac{133+2(85)}{3} = \frac{303}{3} = 101$

Kesimpulan :perfusi darah tidak memadai dengan batas normal 70-100

2. Suhu : 36,7 °C

Lokasi : axila

3. Pernapasan : 26x/menit

Irama : teratur

Jenis : pernapasan dada

4. Nadi : 91x/menit

Irama : teratur

Kekuatan : cepat

5. Pengukuran

Tinggi badan : 156cm

Berat badan :44kg

Indikasi Massa Tubuh (IMT)= $\frac{BB}{TB^2} = \frac{44}{1{,}56^2} = \frac{44}{2.43} = 18{,}10$

Kesimpulan : indeks massa tubuh pasien masuk kategori berat kurang

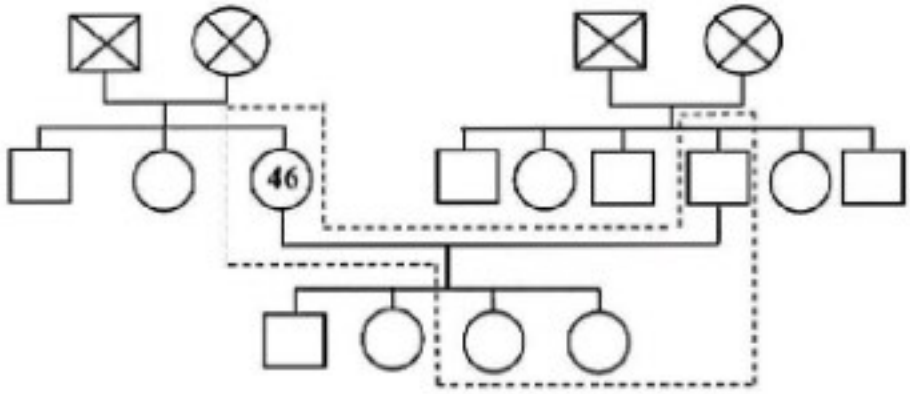
Klasifikasi IMT menurut WHO

klasifikasi	IMT
berat badan kurang	<18.5
berat badan normal	18,5-22,9
kelebihan berat badan	23-24,9
obesitas I	25-29,9
obesitas II	>30

Normal IMT menurut nasional

klasifikasi	IMT
kurus berat ringan	<17.0 17,0-18,4
normal	18,5-25,0
gemuk ringan berat	25,1-27,0 >27

4.1.3. Genogram



Keterangan

⊠/⊗ : sudah meninggal

(46) : klien

□ : pria

└─┘ : menikah

○ : wanita

┌─┐ : keturunan

-------- : Tinggal serumah

Kesimpulan: pasien anak ke tiga dari tiga bersaudarah, sudah menikah dan memiliki anak empat dan tingal bersama dua anak

4.1.4. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan rambut dan hygiene kepala

Kepela pasien tampak besih, tidak ada luka di kepala, tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata, rambu berwarna hitam dan sudah terdapat uban, tidak ada nyeri tekan.

b. Hidrasi kulit kepala :

pasien Nampak tidak dehidrasi dilakukan dengan finger print kembali kurang dari 2 detik, kulit teraba hangat, kulit tampak kering, wajah dan Kulit pasien tampak pucat.

c. Mata

Terdapat edema pada palpebra, sklera pasien ikterus, konjungtiva anemis, tidak terdapat tekanan bolah mata, refleks cahaya positif, visus ketajaman penglihatan pasien rabun dekat, mulai pergerakan bolah mata normal dapat melihat ke segala arah

d. Hidung

septum hidung tampak berada di tengah, tidak adanya secret, peradangan pada hidung tidak ada, tidak ada nyeri tekan, kotor pada hidung pasien, fungsi penciuman baik dilakukan dengan cara pasien menutup mata dan diberikan bau minyak kayu putih dan ditebak dengan benar oleh pasien.

e. Telinga

kebersihan telinga pasien tampak kotor, refleks cahaya politzer positif, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, fungsi pendengaran baik dilakukan dengan cara klien menutup mata dan diberikan suara dari telinga kiri dan kanan pasien dan pasien mampu menjawab dengan benar

f. Mulut/gigi

Mulut pasien tampak kotor, terdapat sedikit karang gigi, kelengkapan gigi pasien sudah tidak lengkap, keadaan lidah tampak kotor

(berwarna putih), tidak ada peradangan pada tonsil, fungsi rasa pasien masih bisa berfungsi dengan baik

g. Leher/tenggorokan

tidak terdapat kaku kuduk, tidak adanya edema pada kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, fungsi, menelan baik, tekanan vena jugularis normal 5cm

h. Toraks/pernapasan

bentuk dada pasien simetris, bunyi napas pasien wheezing, irama pernapasan reguler, jenis pernapasan dada, vokal fremitus terdapat getaran pungung kiri dan kanan, jumlah pernapasan 26 x/menit, irama pernapasan normal

i. Jantung

ictus cordis pasien tidak terlihat tapi terabah, jumlah HR:91x/menit, batas-batas jantung, bunyi jantung I: katub trikuspidalis, pada ICS IV linea sinitatis, katub mitralis pada ICS V midklavikularis sinistra. Bunyi jantung II: katub aorta, pada ICS II pada sternalis dextra katub pulmonalis, pada ICS II-III stenalis sinista. Saat dilakukan pengkajian tidak ada bunyi jantung tambahan

j. Payudara

Saat dilakukan pengkajian Kulit area payudarah bersih, tidak terdapat benjolan, tidak pernah oprasi

k. Abdomen

bentuk abdomen pasien simetris, dan terdapat nyeri tekan pada abdomen kanan pasien tidak ada gangguan pada umbilikus pasien tampak meringis, bunyi peristaltik usus normal 25 x/ menit, appendiks pasien tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, lien pasien normal, perkusi abdomen terdapat suara pekak.

l. Kelenjar limfe ingunal Genetalia dan anus

Tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada kelenjar limfe, genetalia externa wanita tidak ada infeksi kulit, tidak masalah pada anus pasien dan tidak terdapat hemoroid external

m. Ekstremitas

Ekstremitas Atas tangan kiri pasien terpasang IVFD NaCl 0,9%, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, pasien mampu menggerakkan kedua tangannya

Ekstremitas Bawah, tampak adanya edema pada punggung kedua kaki pasien, teredapat nyeri tekan,

Uji kekuatan otot

5	5
4	4

Keterangan:

1. Tidak ada pergerakan dan kontreksi otot, jatuh pasif
2. Ada sedikit kontraksi, sedikit gerakan dan tahapan sewaktu jatuh
3. Hanya mampu menahan gravitasi, tetapi akan jatuh dengan sendirinya
4. Mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong, tetapi mampu melawan tekanan/dorongan
5. Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain
6. Kekuatan utuh

4.1.5. Pengkajian pola kesehatan

a. Pola presepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien menyatakan sebelum sakit pasien menjaga kesehatan dengan baik serta mampu melakukan aktifitas sendiri dan melakukan pekerjaan rumah sendiri

2. Riwayat penyakit saat ini

   pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit sudah merasah pusing, dan merasa lemah badan, serta mengalami penurunan berat badan dari 59kg turun menjadi 44kg dan saat di rumah pasien mengatakan merasa sakit di kedua kaki dan edema pada

kedua kaki dan pasien mengatakan sempat sesak nafas dan ditamba mengigil sebelum masuk rumah sakit dan pada siang hari jam 11:13 WITA

3. Keluhan utama : pasien mengatakan pusing dan sesak napas serta adanya nyeri pada kedua kaki
4. Riwayat keluhan utama : pasien mengatakan tubuh terasa lemah, disertai nyeri uluhati, dan merasa sesak napas
5. Riwayat penyakit yang pernah dialami: diabetes melitus tipe dua
6. Riwayat kesehatan keluarga: pasien mengatakan pasien memiliki penyakit turunan diabetes melitus dan hipertensi.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien menyatakan makan teratur 3-4 kali sehari jenis makanan sayur, nasi, ikan, dan buah jika ada, saat makan tidak ada gangguan saat makan dan minum air putih ±7-8 gelas perhari, tidak ada gangguan saat minum dan juga beratbadan 56kg sebel

2. Keadaan sejak sakit

   Sejak sakit jam makan sudah tidak teratur 1-2 kali perhari, saat makan merasa mual, sering kali tidak napsu makan, pasien mengatakan berat badanya pasien sekarang 44kg napsu makan berkurang dan saat makan sering tidak di habiskan

Pengkajian khusus gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit

Balance cairan

1. Intake cairan (cairan masuk):

Cairan oral:	Makanan	: 200 cc
	Minuman	: 600 cc
Cairan parentral : IFVD		: 600 cc
Obat-obatan		: 10 cc
Total intake		: 1410

2. Ouput cairan (cairan keluar)

   Urine : 200 cc

Total output : 200 cc

3. IWL (*insisible water loss*)= (15 x BB(kg) / 24 jam

$=15 \times 44\text{kg}/24 = 660$

Balance cairan= intake-ouput-IWL

$= 1410 - 200 - 660 = 550$

Kesimpulan: pasien mengalami kelebihan cairan

c. Pola eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit

BAB: pasien menyatakan 1-3x BAB dalam seminggu berwarna kekuning tidak berdarah, fases cair, berbau seperti biasa

BAK: pasien mengatakan BAK, ± 4-5 kali sehari, tida ada nyeri saat berkemih, warna kekuningan

2. Keadaan sejak sakit

BAB: pasien menyatkan 1x berwarna kekuning-kuningan, fases cair, berbau khas

BAK: pasien mengatakan BAK ± 1-2 kali sehari saat masuk di rumah sakit, berwarna kunung, berbauh khas

d. Pola aktivitas, latihan, dan perawatan diri

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah saat beraktivitas, pasien mandi 1 kali sehari dan bisa merawat dirinya dengan baik

2. Keadaan sejak sakit

Pasien menyatakan saat ini suda lagi beraktivitas begitu baik disebabkan adanya edema pada kaki kiri dan kanan, pasien tampak kurus aktivitas pasien dibantu keluarga, pasien mengatakan cepat merasa lelah dan tampak lemah.

e. Pola tidur dan istirahat

1. Keadaan sebelum sakit

pasien menyatakan tidur dijam 09:30 pm bangun pagi jam 06:00 pm, pasien mengatakan bangun sendiri, alat bantu tidur pasien bantal, pasien mengatakan jarang tidur siang saat tidur siang hanya 1 jam.

2. Keadaaan sejak sakit

pasien tampak ngantuk, pasien tampak banyak menguap, pasien megatakan waktu tidur tidak menentu, pasien mengatakan pasien tidak tidur teratur, dan merasa sulit tidur di karemakan kaki terasa nyeri, jam bangun pasien tidak menentu, pasien sering terbangun di malam hari karena merasa tidak nyaman dan waktu tidur pasien kurang lebih hanya 4 jam, pasien mengatakan merasa tidak cukup istirahat

f. Pola presepsi kognitif

1. Keadaan sebelum

pasien menyatakan masih mengingat anggota keluarganya dan masih menginggat pristiwa-pristiwa di masa lampau dan masa sekarang

2. Keadaan sejak sakit

pasien tampak mengetahui hari dan tanggal pada saat di kaji, pasien masih mengingat kejadian saat masuk rumah sakit

g. Pola persepsi dan konsep diri

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien menyatakan sebelumnya menggangap dirinya tidak akan mendapatkan penyakit dan berpikir sakit itu hal yang biasa hanya sekedar sakit yang bisa di obat dengan meminum obat, dan bisa sembuh begitu saja. pasien mengatakan puas akan dirinya saat sebelum sakit, pasien puas akan citra dirinya dan perannya dalam ibu rumah tangga melakukan kegiatan bersih-bersih dan merawaat anggota keluarga.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien menyatakan sejak sakit sadar bahwa kesehatan diri itu sangat penting, yang pertamanya berpikir bisa sembuh sendiri itu salah, pasien mengatakan akan menerima keadaan yang saat ini, dan cita dirinya dan perannya yang menjadi ibu rumah tangga yang sudah tidak sama seperti keadaan sebelum sakit

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien menyatakan berhubungan baik bersama sesama dan keluarganya, peran pasien dalam rumah tangga iyalah IRT yang mengurus suami dan anak-anak, pasien mengikuti kegiatan di lingkungannya dan selalu terlibat dalam kegiatan sosial kemasyarakatan.

2. Keadaan sejak sakit

Pasien menyatakan memiliki hubungannya baik dengan keluarganya dan pasien lain yang satu kamar denganya karena saat sakit keluarga dan beberapa masyarakat hanya bisa datang menjengguk, perannya sebagai ibu rumah tangga setalah sakit tidak seperti dulu lagi

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit

pasien menyatakan tidak pernah mengalami masalah. Pasien juga sibuk dengan pekerjaan dan tidak lagi melakukan aktivitas seksual

2. Keadaan sejak sakit

pasien menyatakan bahwa fungsi reproduksinya baik, namun aktivitas seksualnya telah berkurang karena kesibukan masing-masing

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien menyatakan jika adanya masalah akan mendiskusikan dan mencari jalan keluar bersama suaminya, pasien mengatakan tidak merasah kawatir tentang dirinya ketika mrasa stres pasien akan menyibukan diri pasien

2. Keadaan sejak sakit

Pasien menyatakan yang mengambil keputusan yaitu suaminya dan pasien mengatakan merasa takut dengan penyakit yang di

derita dan karna tidak akan bisa mengurus suaminya dan anak-ankanya, pasien tampak gelisah

k. Pola sistem nilai kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien menyatakan bragama protestan dan biasanya rajin menghadiri gereja dan tempat ibadah sebelum mengalami sakit

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien menyatakan sejak sakit, tidak bisa mengikuti ibada ke gereja.

4.1.6. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

a. Hematologi:

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
HEMATOLOGY			
Gol Darah + Rhesus	A/+		
Darah Lengkap			
- Hemoglobin	*8.7	12~18	g/dL
- Hematokrit	*25.3	35~47	%
- Eritrosit	*2.99	3.50~5.00	Juta/uL
- Leukosit	7.80	5~10	uL
- Trombosit	297	150~ 400	uL

Tabel 4.1 pemeriksaan hematology 1

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Hitung Jenis/DIFF			
- Basofil	0.2	0~1	%
- Eosinofil	*00	1~5	%
- Neutrofil segment	*90.7	40~70	%
- Limfosit	*7.4	30~45	%
- Monosit	*1.7	2~8	%

Tabel 4.2 pemeriksaan hematology 2

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Index Eritrosit			
- MCV	84.7	80~100	fL
- MCH	29.2	24~34	pg
- MCHC	34.5	33~37	%
Rdw-cv	13.0	11.3~14.7	%
Rdw-sd	40.0	39~47	fL

Tabel 4.3 pemeriksaan hematology 3

b. Kimia klinik

pemeriksaan	hasil	nilai normal	satuan
KIMIA KLINIK:			
Fungsi Ginjal	23 ckd st		
Egfr	IV		
- Ureum	* 78	17~49	mg/dL
- Creatinine	* 3.20	<1.5	mg/dL

Tabel 4.4 kimia klinis 1

Pemriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Lipid			
- Kolesterol total	*206	<200	mg/dL
- Trigliserida	98	<150	mg/dL
- Kolesterol HDL	48	>35	mg/dL
- Kolesterol LDL	76	<155	mg/dL

Tabel 4.5 kimia klinis 2

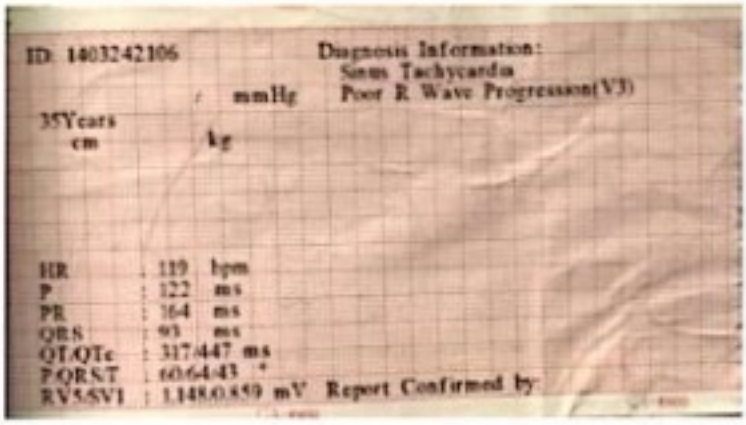
pemeriksaan	hasil	nilai normal	satuan
Elektrolit			
- Natrium	*124.9	135~ 147	mEq/L
- Kalium	4.7	3.5~5.5	mEq/L
- Chlorida	* 94.0	98.0~106.0	mEq/L

Tabel 4.6 kimia klinis 3

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
Glukosa Darah			
Glukosa Darah Sewaktu (GDS)	*239	70~140	mg/dL

Tabel 4.7 kimia klinis 4

2. EKG : sinus tachycardia



Gamabar 4.1 hasil EKG

4.1.7. Terapi

1. Obat
   a. Cefixime 2 X 200 mg
      1) Klasifikasi / golongan obat: obat keras
      2) Dosis umum: dewasa dan anak-anak dengan berat badan sama dengan atau lebih dari 30kg, dosis harian yang dirkomendasikan adalah 50-100 (potensi) cefixime, diberikan per oral dua kali sehari. Untuk infeksi yang berat, dosis dapat di tingkatkan sampai 200mg diberikan dua kali sehari
      3) Dosis untuk pasien: 200mg 2x sehari
      4) Cara pemberian obat: oral

5) kontra indikasi pasien dengan riwayat syok atau hipersensitif terhadap bahan dari obat
6) efek samping syok, hipersensitivitas, hematologi, hati, ginjal, saluran cerna, pernapasan, perubahan flora bakteri, defisiensi, vitamin, pengaruh terhadap tes laboratorium.

b. Bicnat 3 X 500 mg
1) Klasifikasi/ golongan obat : obat bebas
2) Dosis umum: asidosis metabolik perhitungan dosis berdasarkan kondisi pasien 1-5 gram setiap 4-6 jam jika di perlukan
3) Dosis untuk pasien: 3x1
4) Cairan pemberian obatt: oral
5) Kontra indikasi edema pulmonari
6) Efek samping rasa ingin berkemih yang sering, pusing

c. Novorapid 3 X 6 unit
1) Klasifkasi / golongan obat: obat keras
2) Dosis umum: penggunaan obat ini harus sesuai dengan anjuran dokter, dosis bersifat individual, injeksi subkutan dosis lazim 0.5-1 IU/kg BB perhari
3) Dosis untuk pasien: 3x 6 unit jika GD>180
4) Cara pemberian obat : IS (injeksi subkutan)
5) Kontra indikasi obat tidak boleh diberikan pada pasien yang mengalami hipoglikemia alergi atau hipersensiti vitas terhasap komponen obat
6) Efek samping hipoglikemia, reaksi anafilaksis

d. Candesartan 16 mg
1) Klasifikasi / golongan obat: obat keras
2) Dosis: penggunaan obat ini harus sesuai dengan anjuran dokter, dosis awal 4mg perhari dan dapat ditingkatkan hingga 16mg satu kali sehari
3) Dosis pada pasien: 16mg
4) Cara pemberian: oral

5) Kontra indikasi: pasien yang hipersensitif terhadap candesartan atau komponen obat, pasien dengan gangguan hati yang berat atau tanpa ketoasidosi, wanita hamil dan menyusui

6) Efek samping: infeksi saluran pernafasan bagian atas, nyeri punggung, dan pusing

e. Asam folat 2 X 5 mg

1) Klasifikasi golongan obat: obat bebas

2) Dosis : 5mg setiap hari

3) Dosis pasien: 2x1

4) Cara pemberian obat: oral

5) Kontra indikasi : hipersensitivitas terhadap obat ini dan anemia yang tidak diobati

6) Efek samping : panas, lemah, kulit kemerahan, sesak nafas, rasa gatal, anoreksia

2. Cairan

1. Jenis cairan: NaCl 0,9% 10 tpm
2. Komposisi cairan: NaCl 0,9% setiap 500Ml mengandung: 4,5 natrium klorida (NaCl)
3. Indikasi: mengembalikan keseimbangan elektrolit pada keadaan dehidrasi
4. Tetes/menit: 10 tetes
5. Jumlah cairan: 500cc

3. Oksigen: O_2 nasal canul 3L/meni

4.2. Diagnosa keperawatan

4.2.1. Klasifikasi data

a. Data subjektif

1. Pasien mengatakantubuh terasa lemah
2. Pasien mengatakan cepat merasalelah
3. Pasien mengatakan napsu makan berkurang
4. Pasien mengatakan merasa mual saat makan
5. Pasien mengatakan sering kali tidak napsu makan
6. Pasien mengatakan makan sering tidak dihabiskan
7. Pasien mengtakan nyeri pada kedua kaki dan edema
8. Pasien mengatakan berat badan mengalami penurunan dari 56kg ke 44kg
9. Pasien mengatakan nyeri uluhati
10. Pasien mengatakan merasa sesak napas
11. Pasien mengatakan waktu tidur tidak menentu
12. Pasien mengatakan sulit untuk tidur
13. Ppasien mengatakan sering terbangun di malam hari
14. Pasien mmengatakan waktu tidur hanya 4 jam
15. Pasien mengatakan tidak cukup istirahat

b. Data objektif

1. Pasien tampak lemah
2. Pasien tampak puucat
3. Pasien tampak gelisah
4. Pasien tampak meringis
5. Pasien tampak ada nyeri tekan pada abdomen kanan
6. Kedua pungung kaki pasien nampak bengkak
7. Palpebra pasien nampak edema
8. Kulit pasien tampak kering
9. Pasien tampak kurus
10. Pasien tampak mengantuk
11. Pasien tampak menguap
12. Sinus takikardial

13. Ureum: 78 mg/dL
14. kreatinine: 3.20 mg/dL
15. intake: 1410
    output: 100
    balance: 550
16. Natrium 124.9 mEq/L
17. Kalium 4.7 mEq/L
18. Chlorida 94.0 mEq/L
19. Glukosa darah sewaktu 239 mg/dL
20. Hemoglobin 8.7 g/dL
21. Hematokrit 25.3%
22. Eritrosit 2.99 Juta/uL
23. kesadaran compos mentis
24. pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% 10 tpm di tangan kiri
25. TTV
    TD: 133/85 mmHg
    N: 91 x/menit
    R: 26x/menit
    SB: 36,7°c
    SPO2: 97%

4.2.2. Analisa data

No	Data (sing/simpton)	Penyebab	Masalah
1.	**DS:** 1. Pasien mengatakan tubuh terasa lemah 2. Pasien mengatakan cepat merasa lelah 3. Pasien mengatakan nyeri dikedua kaki 4. Pasien mengatakan nyeri pada kedua kaki dan edema **DO:** 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak meringis 3. Kesadaran kompos mentis 4. Palpebra pasien tampak edema 5. Ureum : 78 mg/dL 6. kreatinin : 3.20 mg/dL 7. Intake 1410 Output 200 Balance 550 8. Pasien terpasang IVFD 0,9% 10TPM 9. TTV: TD: 133/85mmHg N: 91 x/menit R: 26 x/menit SB: 36,7 °c	fungsi renal menurun ↓ penurunan klirens kreatinin ↓ retensi cairan dan natrum ↓ cairan menumpuk dalam tubuh ↓ Kelebeihan asupan cairan ↓ hipervolemia	hipervolemia

	SPO2: 97%		
2	**DS** 1. Pasien mengatakan merasa sesak napas 2. Pasien mengatakan tubuh terasa lemah 3. Pasien mengatakan cepat merasa lelah **DO** 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak gelisah 3. pasien bernapas cuping hidung 4. Pasien tampak terpasang O2 nasal canul 3L/menit 5. TTV TD:133/85 mmHg N:91 x/menit R:26 x/menit SB:36,7 °c	produk hemoglobin berkurang ↓ oksigen dalam hemoglobin berkurang ↓ ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen ↓ Hambatan upaya napas ↓ Pola napas tidak efektif	Pola napas tidak efektif
3	**DS** 1. Pasien mengatakan napsu makan berkurang 2. Pasien mengatatakan merasa mual saat makan 3. Pasien mengatakan sering kali tidak napsu makan 4. Pasien mengatakan makan sering tidak dihabiskan	uremia dan kreatinin meningkat ↓ mual muntah ↓ produk HCL meningkat ↓ Nausea (keengganan untuk menelan)	Defisit nutrisi

	5. Pasien mengatakan berat badan pasien mengalami penurunan berat badan dari 56kg ke 44kg 6. Pasien menggataka nyeri uluhai DO 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak kurus 3. Pasien tampak ada nyeri tekan pada abdomen kanan 4. IMT pasien 18,10 (masuk dalam berat badan ringan) 5. Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% 10 tpm di tangan kiri 6. TTV TD:133/85 mmhg N:91x/menit R:26x/menit SB:36,7 °c SPO2: 97%		
4	**DS** 1. pasien mengatakan sulit untuk tidur 2. pasien mengatakan waktu untuk tidur tidak menentu 3. pasien mengatakan sering terbangun di malam hari 4. pasien mengatakan waktu tidur hanya 4 jam	uremia ↓ gelisah ↓ pasien terjaga ↓ Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur

	5. pasien mengatakan merasa tidak cukup istirahat **DO** 1. pasien tampak gelisah 2. pasien tampak menguap 3. Pasien tampak mengantuk		
5	**DS** 1. Pasien mengatakan bedan terasa lemah 2. pasien mengatakan sering terbangun di malam hari 3. pasien mengatakan merasa tidak cukup isitirahat **DO** 1. pasien tampak lemah 2. Kedua pungung kaki pasien bengkak 3. Aktivitas pasien di bantu keluarga 4. Pasien tampak mengantuk 5. Pasien tampak menguap	produk hemoglobin berkurang ↓ ketidakseimbangan suplai dan kebuthan oksigen ↓ Kelemahan tubuh	Intoleransi aktivitas

Tabel 4.8 Analisa Data

4.2.3. Diagnosa keperawatan

1. Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan
2. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas
3. Defisit nutrisi b.d nausea
4. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur
5. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan

4.3. Intervensi, implementasi, evaluasi

Hari perawatan pertama: kamis 14 maret 2024

N0	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan ditandai dengan DS 1. Pasien mengatakan tubuh terasa lemah 2. Pasien mengatakan cepat merasa lelah 3. Pasien mengatakan nyeri di kedua kaki 4. Pasien mengatakan kedua kaki kiri dan kanan bengkak DO 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak meringis 3. Kesadaran kompos mentis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x12 jam, maka diharapkan masalah hipervolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan menurun 2. keluaran urine meningkat 3. Edema menurun	Manajemen hipervolemia(**1.03114**) **Observasi** 1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamika 4. Monitpr intake dan output cairan 5. Monitor kecepatan infus secara ketat 6. Monitor efek samping cairan **Terapeutik** 1. Batasi asupan cairan 2. Berikan posisi semi fowler atau fowler	08.00 08.15 09.20 11.00 11.35	**Observasi** 1. Memeriksa tanda dan gejala Hasil:terdapat pembengkakan pada palpebra dan ekstremitas bawah 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia Hasil: pasien didapati pembengkakan pada bagian kedua pungung kaki 3. Memonitor status hemodinamika Hasil: MAP 101 4. Memonitor intek dan output cairan Hasil: intake 600cc output urine 200cc 5. Memonitor kecepatan infus secara ketat	**Jumat, 15 maret 2024 jam 07.00pm -20.00 WITA** **S** 1. Pasien mengatakan tubuh terasa lemah 2. Pasien mengatakan nyeri di kedua kaki 3. Pasien mengatakan dkedua kaki bengkak 4. Pasie nmengatakan lemah badan **O** 1. Pasien tampak pucat 2. Kesadaran compos mentis 3. Palpebra pasien tampak bengkak 4. Bengkak pada kedua kaki pasien

	4. Palpebra pasien tampak edema 5. Ureum : 78 mg/dL 6. kreatinin:3.20 mg/dL 7. Intake: 1410 Output: 100 Balance: 650 8. Pasien terpasang IVFD naci 0,9% 10 tpm ditangan kiri 9. TTV TD:133/85 mmHg N:91x/menit R: 26x/menit SB: 36 °c SPO2: 97%		**Edukais** 1. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 2. Anjurkan cara membatasi cairan **Kolaborasi** Kolaborasi pemberian diuritik	12.00 08.40 13.25 14.00 18.00	Hasil: terpasang IVFD NaCl 0,9% 10 tpm **Terapeutik** 1. Membatasi asupan cairan Hasil: dianjurkan meminum air 500ml dalam 1 hari 2. Memberikan posisi semi fowler atau fowler Hasil: pasien di berikan posisi semi fowler **Edukasi** 1. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan Hasil: pasien diajarkan memantau asupan haluaran cairan 2. Menganjurkan cara membatasi cairan Hasil: pasien di anjurkan untuk meminum air 500cc dalam 1 hari sudah termasuk obat	5. Pasien tampak meringis 6. Intake 600cc ouput 150cc 7. Pasien terpasang IVFD Nacl 0,9% 10tpm ditangan kiri 8. TTV TD:143/81mmhg N:120x/menit R:27x/menit SB: 36.5°c SPO2: 99% **A** Masalah hipervolemia belum teratasi **P** Intervensi lanjut 1. Monitor intake output pasien 2. Monitor kecepatan infus secara ketat 3. Monitor asupan cairan

					Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat sesuai anjuran dokter Hasil: Cefixime 2X200mg, Bicnat 3x500mg, Novorapid 3X6 unit jika GDS >180, Candesartan 16mg, Asam folat 2x5mg	4. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 5. Mengajarkan cara membatasi cairan
2	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas ditandai dengan DS 1. Pasien mengatakan merasa sesak napas 2. Pasien mengatakan tubuh terasa lemah 3. Pasien mengatakan cepat merasa lelah DO 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak gelisa	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x12 jam, maka diharapkan masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi dengan kritera hasil: 1. Frekuensi napas membaik 2. Kedalaman napas membaik 3. Pernapasan cuping hidung menurun	Manajemen jalan napas **(I.01011)** **Observasi** 1. Monnitor pola napas 2. Monitor bunyi napas 3. Monitor sputum **Terapeutik** 1. Posisikan semifowler atau fowler 2. Berikan minuman hangat 3. Berikan fisioterapi dada jika perlu	08.00 08.10 08.40	**Observasi** 1. Memonitor pola napas Hasil: frekuensi napas pasien 27x/mennit 2. Memonitor sputum Hasil : pasien tampak tidak memiliki sputum **Terapeutik** 1. Berikan posisi semi fowler dan fowler Hasil : pasien diberikan semi fowler Respon: pasien tampak nyaman dengan posisi yang diberikan semi fowler	**S:** 1. Pasien mengatakan masi merasa sesak 2. Pasien mengatakan tubuh terasa lemah 3. Pasien mengatakan cepat merasa lemah **O:** 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak bernapas cuping hidung 3. Pasien tampak terpasang O2 nasal kanul 3L/ menit

	3. Pasien tampak bernapas cuping hidung 4. Pasien tampak terpasang O2 nasal kanul 3L/menit 5. TTV TD: 133/85 mmhg N:91 x/m R:26 x/m SB: 36 °c SPO2: 97%		4. Berikan oksigen jika perlu **Edukasi** Anjurkan batuk efektif **Kolaborasi** Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik jika perlu	09.25 10.05 10.55 18.00	2. Memberiakn minuman hangat Hasil : pasien diberikan minuman hangat Respon: pasien mengatakan merasa lebih baik 3. memberikan oksigen Hasil : pasien diberikan oksigen nasal kanul 3L/ menit **Edukasi** 1. Ajarkan batuk efektif Hasil: pasien diberiakn edukasi tentang bagaimana cara batuk efektif Respon: pasien tampak mengerti edukasi yang di berikan **Kolaborasi** Kolaborasi pemberian obat sesuai anjuran dokter Hasil: Cefixime 2X200mg, Bicnat 3x500mg,	4. TTV TD:143/81mmhg N:120x/menit R:27x/menit SB: 36.5°c SPO2:99% **A:** pola napas tidak efektif belum teratasi **P:** Intervensi dilanjutkan 1. monitor pola napas 2. Monitor sputum 3. Posisikan semifowler atau fowler 4. Berikan minuman hangat 5. Berikan oksigen 6. Ajarkan batuk efektif 7. Berkolaborasi pemberian obat bersama perawat dan dokter

					Novorapid 3X6 unit jika GDS >180, Candesartan 16mg, Asam folat 2x5mg	
3	Defisit nutrisi b.d nausea ditandai dengan DS 1. Pasien mengatakan napsu makan berkurang 2. Pasien mengatakan merasa mual saat makan 3. Pasien mengatakan sering kali tidak napsu makan 4. Pasien mengatakan makan sering tidak di habiskan 5. Pasien mengatakan berat badan pasien mengalami penurunan berat bafam dar 56kg ke 44kg	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x12 jam maka diharapkan masalah defisit nutrisi dapat teratas dengan kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indek masa tubuh membaik 4. Nafsu makan membaik	Manajemen nutrisi **(I.03119)** **Observasi** 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang di sukai 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan **Terapeutik** 1. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 2. Berikan makanan tinggi kalori	08.30 09.00 09.10 09.15	**Observasi** 1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil : pasien mengatakann hanya mekana bubur 2. Mengidentifikasi makanan yang di sukai Hasil : pasien mengatakan suka memakan daging dan buah 3. Memonitor asupan makanan Hasil: pasien mengatakan hanya meminum air putih 4. Monitor berat badan Hasil: berat badan pasien 44kg	**S:** 1. Pasien mengatakan kurang napsu makan 2. Pasien mengatakan masi meras mual saat makan 3. Keluarga pasien mengatakan makanan pasien tidak di habiskan **O:** 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak kurus 3. Pasien terpasang NaCl 0,9% 10tpm di tangan kiri 4. TTV TD:143/81mmhg N:120x/menit R:27x/menit SB: 36.5°c SPO2:99%

	6. Pasien mengatakan nyeri uluhati 7. DO 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak kurus 3. Pasien tampak ada nyeri tekan pada abdomen kanan 4. IMT pasien 18,10 5. Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% 10 tpm di tangan kiri 6. TTV TD: 133/85 mmhg N: 91x/m R: 26x/m SB:36°c SPO2: 97%		**Edukasi** 1. Anjurkan posis duduk, jika mampu 2. Jalankan diet yang di programkan **Kolaborasi** Kolaborasi pemberian obat antiemetik	10.15 10.25 11.05	**Terapeouik** 1. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Hasil : pasien diberikan makanan yang tinggi serat Respon: pasien merasakan merasa senang dengan memakan tinggi serat 2. Berikan makanan tinggi kalori Hasil: pasien di anjurkan memakan tinggi kalori seperti kentang Respon: pasien megatakan akan memakan kentang **Edukasi** 1. Anjurkan posis duduk, jika mampu Hasil: pasien diberikan posisi semi fowler Respon: pasien mengatakan bisa duduk tapi untuk	**A:** Defisit nutrisi belum teratasi **P:** Intervensi dilanjutkan 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan 4. Memberikan makanan tenggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Memberikan makanan tinggi kalori 6. Menganjurkan posisi duduk 7. Mengajarkan diet yang di programkan

				11.25 18.00	berjalan harus dibantu keluarga 2. Jalankan diet yang di programkan Hasil: pasien diedukasi tentang diet rendah protein Respon: pasien mengatakan mengerti tentang diet rendah protein dikamakan sudah tau tentang diet rendah protein **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian obat yang di resepkam dokter Hasil: Cefixime 2X200mg, Bicnat 3x500mg, Novorapid 3X6 unit jika GDS >180, Candesartan 16mg, Asam folat 2x5mg	
4	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur dibuktikan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama	Dukungan tidur **(I.09265)**		**Observasi**	**S:** 1. Pasien mengatakan sulit untuk tidur

	DS 1. Pasien mengatakan sulit untuk tidur 2. Pasien mengatakan waktu untuk tidak menentu 3. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari 4. Pasien mengatikan waktu tidur hanya 4jam 5. Pasien mengatakan merasa tidak cukup untuk istirahat DO 1. Pasien tampak gelisa 2. Pasien tampak menguap 3. Pasien tampak mengantuk	1 x 12 jam masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan pola tidur berubah meningkat 4. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat	**Observasi** 1. Indentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur **Terapeutik** 1. Modifikasi lingkungan 2. Tetapkan jadwal tidue rutin **Edukasi** 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan relaksasi otot atau cara nonfarmakologi	08.40 09.20 13.20 14.00 15.40	1. Indentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil: pasien selalu terbangun saat malam dan kualitas tidur pasien tidak terlalu bagus 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur Hasil: pasien merasa gelisah pada malam hari karena nyeri di kedua kaki **Terapeutik** 1. Modifikasi lingkungan Hasil: menutup pasien pasien 2. Tetapkan jadwal tidur rutin Hasil: pasien ditetapkan untuk mulai tidur jam 9 **Edukasi** 1. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	2. Pasien mengatakan waktu untuk tidur sudah mengikuti jadwal yang di tetapakm 3. Pasien sering terbangu di malam hari 4. Pasien mengatakan tidur hanya 4jam 5. Pasien mengatakan tidak cukup untuk istirahat **O:** 1. Pasien tampak menguap di pagi hari menjelang siang di pagi hari menjelang siang 2. Pasien tampak gelisa 3. Pasien tampak ngantuk **A:** Gangguan pola tidur belum teratasi

				15.45 16.00	Hasil: pasien diberikan edukasi pentingnya tidur yang cukup selama sakit Respon: pasien mengatakan akan tidur dengan cukup 2. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur Hasil: pasien dianjurkan untuk menepati kebiasaan tidur Respon: pasien mengatakan akan berusaha untuk tidur dengan teratur 3. Menganjurkan relaksasi otot atau cara nonfarmakologi Hasil: pasien dianjurkan untuk tenang agar otot rileks dengan mendengar musik Respon: pasien mengatakan akan mencoba melakukan	**P:** Intervensi di lanjutkan 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor penganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup 6. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 7. Menganjurkan relaksasi otot atau cara nonfarmakologi

					anjuran yang diberikan	
5	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan ditandai dengan DS 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah 2. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari 3. Pasien mengatakan merasa tidak cukup istirahat DO 1. Pasien tampak lemah 2. Aktivitas pasien di bantu keluarga 3. Pasien tampak mengantuk 4. Pasien tampak menguap di pagi hari menjelang siang	Intoleransi aktifitas (L.03032) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x12 jam maka maslah intoleransi aktivitas dapat terasi dengan kriteria hasil: 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Perasaan lemah menurun	Manajemen energi (L.05278) **Observasi** 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dam jam tidur **Terapeutik** 1. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan **Edukasi** 1. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	09.00 09.05 10.00	**Observasi** 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasi: kedua pungung kaki pasien tampak bengkak 2. Memonitor pola dan jam tidur Hasil: pasien mengataka sering terbangun dimalam hari **Terapeutik** 1. Memfalitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Cara: mangajurkan pasien duduk di sisi tempat tidur jika tidak	**S:** 1. Pasien mengatakan badan masi terasa lemah 2. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari 3. Pasien mengatakan merasa tidak cukup istirahat **O:** 1. Pasien tampak lemah 2. Kedua pungung kaki pasien tampak bengkak 3. Aktivitas pasien di bantu keluarga 4. Pasien tampak menguap di pagi hari menjelang siang 5. Pasien tampak meringis **A:**

			2. Ajurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif	13.15	bisa berjalan atau berpindah Hasil: pasien diberikan posisi semi fowler Respon: pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semi fowler **Edukasi** 1. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil: pasien diajarkan untuk menggerakan kedua kaki secara bertahap dan perlahan Respon: pasien mengikuti edukasi yang diberikan	Intoleransi aktifitas belum teratasi **P:** Intervensi dilanjutkan 1. Mengidentifikasi gangguaan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jan tidur 3. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak dapat berpinda atau berjalan 4. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5. Menganjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif

4.4. Catatan perkembangan

Hari perawatan ke2: jumat 15 Maret 2024

Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
Hipovolemia b.d keleihan asupan cairan ditandai dengan DS 1. Pasien mengatakan adanya bengkak pada kedua kaki 2. Pasien mnegatakan merasa lemah badan 3. Pasien mengatakan nyeri pada kedua kaki DO 1. Pasien tampak pucat 2. Kedua kaki tampak bengkak 3. Kesadaran compos mentis 4. Palpebra tampak suda memudar 5. Pasien tarpasang NaCl 0,9% di tangan kiri 6. TTV TD: 149/76 mmhg N: 88 x/menit R: 26 x/meit SB: 36.3°c SPO2:99%	08.15 08.20 09.25 09.30 09.35	**Obaervasi** 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia Hasil: terdapat pembengkakan pada bagian palpebra dan ekstremitas bawah kedua pungung kaki 2. Memonitor intake dan output cairan: Hasil: Intake cairan pasien: 500cc Output cairan pasien: 300cc 3. Memonitor kecepatan infus secara berkala Hasil: pasien diberikan IVFD NaCl 0,9 % dengan kecepatan 10 tpm **Terapeutik** 1. Membatasi asupan cairan Hasil: dianjurkan minum minuman 500ml dalam 1 hari Respone: pasien mengatakan sudah paham dengan anjuran yang telah diberikan 2. Meningkatkan area kepala tempat tidur 30-40 derajat Hasil: pasien di berikan posisi semi fowler Respone: pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan	**Sabtu 16 Maret 2024** **S:** 1. Pasien mengatakan bengkak pada ekstremitas bawah mulai menurun 2. Pasien mengatakan badan masi trasa lemah 3. Pasien mengatakan nyeri pada kedua kaki sudah menurun **O:** 1. Pasien tampak sudah tidak pucat 2. Bengkak pada bagian mata pasien tampak sudah memudar 3. Pasien terpasang NaCl 0,9 % di tangan kiri 4. TTV TD:154/87mmhg N:98x/menit R:25x/meit SB:36.3°c SPO2:98% **A:** Hipervolemia teratasi sebagian

	09.50	**Edukasi** 1. Mengajarkan dan mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan Hasil: pasien diajarkan cara mengukur asupan dan haluaran cairan Respon: pasien mengatakan paham dengan edukasi yang diberikan	**P:** Intervensi dilanjutkan 1. Monitor intake dan output pasien 2. Monitor kecepatan infus secara ketaat 3. Monitor asupan cairan 4. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 5. Mengajarkan cara membatasi cairan
Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas ditandai dengan DS 1. Paasien mengatakan merasa sesak napas 2. Pasien mengatakan tubuh terasa lemah 3. Pasien mengatakan tubuh capat merasa lelah DT 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak bernapas cuping hidung 4. Paien tampak terpasang O2 nasal kanul 3L/ menit 5. TTV	08.25 08.40 08.45	**Observasi** 1. Memonitor pola napas Hasil: frekuensi napas pasien 25x/menit 2. Monitor sputum Hasil: pasien tampak tida ada sputum **Terapeutik** 1. Posisikan semi fowler atau fowler Hasil: pasien diberikan posis fowler Respone: pasien mengatakan mrasa nyaman dengan posisi yang diberikan 2. Berikan minuman hangat Hasil: pasien di berikan minuman hangat Respone: pasen mengatakan akan minum air hangat sesuai anjuran 3. Berikan oksigen jika perlu Hasil: pasien diberikan oksigen nasal kanul 3L/menit	**Sabtu 16 Maret 2024** **S:** 1. Pasien mengatakan sesak sudah mulai berkurang 2. Pasien mengatakan suda tidak meraas lemah badan 3. Pasien mengatakan tubuh sudah tidak merasa lelah **O:** 1. Pasien terlihat pucat 2. Pasien tampak gelisah 3. Paien tampak terpasang O2 nasal kanul 3L/ menit 4. TTV TD:154/87mmhg N:98x/menit R:25x/meit SB:36.3°c SPO2:98%

TD:149/76mmhg N:88x/menit R:26x/meit SB:36.3°c SPO2:99%	09.10 11.55	Respon:pasien mengatakan merasa lebih mendingan **Edukasi** 1. Ajarkan batuk efektif Hasil: pasien diberiakn edukasi tentang bagaimana cara batuk efektif Respon: pasien tampak mengerti edukasi yang di berikan **Kolaborasi** Berkolaborasi bersama perawat dan dokter Hasil: Cefixime 2X200mg, Bicnat 3x500mg, Novorapid 3X6 unit jika GDS >180, Candesartan 16mg, Asam folat 2x5mg	**A:** Pola napas tidak efekti belum teratasi **P:** Intervensi dilanjutkan 1. Monitor pola napas 2. Monitor sputum 3. Posisikan semi fowler atau fowler 4. Berikan minuman hangat 5. Berikan oksigen 6. Ajarkan batuk efektif 7. Kolaborasi pemberian obat
Defisit nutrisi b.d nausea ditandai dengan DS 1. Pasien mengatakan tidak napsu makan 2. Keluarga pasien mengatakan makanan pasien tidak di habiskan DO	09.10 09.15 09.20 10.05	**Obaervasi** 1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil: pasien memakan bubur dan sup 2. Memonitor asupan makanan Hasil: pasien hanya bisa meminum air putih 3. Monitor berat badan Hasil: berat badan pasien 44kg **Terapeutik** 1. Memberikan makanan tinggi serta untuk mencegah konstipasi tinggi sert seperti sayur	**Sabtu 16 Maret 2024** **S:** 1. Pasien mengatakan sudah memakan makanan yang dianjurkan 2. Pasien mengatakan kadang dihabiskan 3. Keluarga mengatakan makanan pasien tidak di habiskan **O:** 1. Pasien tampak kurus 2. Pasien tampak lemah

1. Pasien tampak kurus 2. Pasien tamppak lemah 3. Pasien terpasang NaCl 0,9% 10 tpm di tangan kiri 4. TTV TD:149/76mmhg N:88x/menit R:26x/meit SB:36.3°c SPO2:99%	10.15 10.25 10.45	Hasil: pasien diberikan makanan Respon: pasien memakan makanan tinggi serat 2. Berikan makanan tinggi kalori Hasil: pasien dianjurkan memekan makanan tinggi kalori seperti kentang Respom: pasien mengakatakan akan memakn kentang untuk dikonsumsi **Edukasi** 1. Mengajurkan posisi duduk Hasil: pasien diberikan posisi fowler Respon: pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang telah diberikan 2. Mengajarkan diet yang di progamkan Hasil: pasien diberikan edukasi tentang diet rendah protein Respon: pasien tampak sudah mengeti	3. Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% di tangan kiri 4. TTV: TD:154/87mmhg N:98x/menit R:25x/meit SB:36.3°c SPO2:98% **A:** Defisit nutrisi belum teratasi **P:** Intervensi dilanjutkan 1. Mengdentifkasi status nutrisi 2. Monitor berat badan 3. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Menganjurkan posisi duduk 5. Anjurkan diet yang diprogramkan 6. Kolaborasi pemberian obat
Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur dibuktikan dengan DS 1. Pasien mengatakan sulit untuk tidur 2. Waktu untuk tidur tidak menentu	10.15 10.20	**Observasi** 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil: pasien selalu terbangun saat malam dan kualitas tidur pasien tidak terlalu bagus 2. Identifikasi faktor penganggu tidur Hasil: pasien merasa gelisah pada malam hari karena nyeri di kedua kaki	**Sabtu 26 Maret 2024** **S:** 1. Pasien mengatakan masi sulit untuk tidur 2. Pasien mengatakan waktu untuk tidur sudah mengikuti jadwal

3. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari 4. Pasien mengatakan tidur hanya 4 jam 5. Pasien mengatkan masi merasa tidak cukup untuk tidur DO 1. Pasien tampak menguap di pagi hari menjelang siang 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak ngantuk	10.30 10.35 10.50 11.00 11.05	**Terapeutik** 1. Modifikasi lingkungan Hasil: menutup tirai pasien Respon: pasien merasa lebih tenang dengan menutup tirai 2. Tetapkan jadwal tidur rutin Hasil: pasien ditetapkan untuk mulai tidur jam 9 Respon: pasien mengatakan sudah mengikuti jadwal yang di berikan **Edukasi** 1. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selam sakit Hasil: pasien diberikan edukasi pentingnya tidur yang cukup selama sakit Respon: pasien mengatakan akan tidur dengan cukup 2. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur Hasil: pasien dianjurkan untuk menepati kebiasaan tidur Respon: pasien mengatakan akan berusaha untuk tidur dengan teratur 3. Menganjurkan relaksasi otot atau cara nonfarmakologi Hasil: pasien dianjurkan untuk tenang agar otot rileks dengan mendengar musik	3. Pasien mengatakan sudah tidak terbangun di malam hari 4. Pasien mengatakan tidur hanya 4 jam dikarenakan nyeri pada kaki di malam hari 5. Pasien mengatakan masi merasa kurang cukup untuk tidur **O:** 1. Pasien tampak menguap di pagi hari menjelang siang 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak ngantuk **A:** Gangguan pola tidur teratasi sebagian **P:** Intervensi dilanjutkan 1. Megidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi aktor pnganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan 4. Terapkan jadwal tidur rutin 5. Menjelaskan pentinngnya tidur yang cukup selama sakit 6. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

		Respon: pasien mengatakan akan mencoba melakukan anjuran yang diberikan	
Intoleransi aktivitas b.d kelemahan ditandai dengan DS 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah 2. Pasien mengatakan sereing terbangun di malam hari 3. Pasien mengatakan tidak cukup istirahat DO 1. Pasien tampak lemah 2. Kedua pungung kaki pasien tampak masi bengkak 3. Aktivitas pasien di bantu keluagra 4. Pasien tampak ngantuk 5. Pasien tampak menguap di pagi hari menjelang siang	09.20 09.25 11.05	**Obaervasi** 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil: terdapat pembengkakan pada kedua pungung kaki pasien 2. Memonitor pola dan jam tidur Hasil: pasien mengatakan sering terbangun di malam hari **Terapeutik** 1. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Cara: menganjurkan pasien duduk di sisi tempat tidur jika tidak bisa berjalan atau berpinda Hasil: pasien hanya di berika posis fowler Respon: pasien mengatakan merasa nyaman **Edukasi** 1. Meganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Cara: pasien diajarkan untuk mengerakan kedua kaki secara bertahap dan perlahan-lahan Hasil: pasien mengikuti instruksi yang diberikan	**S** 1. Pascien mengatakan sudah tidak merasa lemah 2. Pasien mengatakan sudah tidak terbangun di malam hari 3. Pasien mengatakan merasa tidak cukup istirahat **O** 1. Pasien tampak lemah 2. Bengkak pada kedua pungung kaki pasien tampak menurun 3. Aktivitas pasien masih di bantu keluarga 4. Pasien tampak ngantuk 5. Pasien tampak sudah mulai tidak menguap di pagi hari menjelang siang **A** Intoleransi aktivitas belum teratasi **P** Intervensi dilanjutkan 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

		Respon: pasien mengerti dan melakukan aktivitas secara bertahap di bantu keluarga 2. Menganjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif Cara: keluarga pasien di anjurkan untuk selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien Hasil: keluarga pasien mengikuti edukasi yang di berikan	2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika idak dapat berpinda atau berjalan 4. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5. Menganjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif

Catatan perkembangan

Hari perawatan ke 3: minggu 17Maret 2024

Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan ditandai dengan DS 1. Pasien mengatakan bengkak pada ekstremitas bawah sudah mulai menurun 2. Pasien mengatakan kedua kaki sudah tidak nyeri 3. Pasien mengatakan badan masi teras lemah DO 1. Palpebra pasien sudah tidak bengkak 2. Pasien sudah tampak tidak pucat 3. Pasien terpasang NaCl 0,9% di tangan kiri 4. Tampak pembengakakn di kedua pungung kaki pasientampak sudah menurun 5. TTV TD:156/83mmhg N:78x/menit R:23x/menit	08.00 08.25 09.00 10.20	**Obaervasi** 1. Monitor intake dan output pasien Hasil: Intake cairn pasien 400cc Output cairan pasien 250cc 2. Memonitor kecepatan infus secara ketat Hasil: pasien terpasang IVFD NS 0,9 % dengan kecepatan 10tpm **Terapeutik** 1. Memonitor asupan cairan Hasil:pasien mengatakan menghabiskan air sekitar 500ml dalam sehari **Edukasi** 1. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan Hasil:pasien diedukasikan cara mengukur asupan cairan dan haluaran cairan Respon: pasien mengatakan paham dengan apa yang di edukasikan 2. Mengajarakn cara membatasi cairan	**Senin 18 Maret 2024** **S:** 1. Pasien mengatakan bengkak pada ektremitas bawah sudah tidak bengkak 2. Pasien mengatakan kedua kaki sudah tidak nyeri 3. Pasien mengatakan badan sudah tidak mera lemah **O:** 1. Palpebra pasien sudah tidak bengkak 2. Pasien sudah tampak tidak pucat 3. Pasien terpasang NaCl 0,9% di tangan kiri 4. Tampak pembengakakn di kedua pungung kaki pasientampak sudah menurun 5. TTV TD:145/83mmhg N:78x/menit R:20x/menit SB: 36.3°c **A:**

SB: 36.3°c SPO2:99%	10.30	Hasil: pasien dijelaskan tentan bagaimana cara membatasi cairan Respon pasien paham dengan apa yang di jelaskan	Hipervolemia teratasi **P:** Intervensi Anjurkan pasien membatasi cairan dirumah
Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas ditandai dengan DS 1. Pasien mengatakan sesak napas sudah berkurang DO 1. Pasien tampak tidak pucat 2. Pasien tampak gelisah 3. Paien tampak sudaht idak terpasang O2 4. TTV TD:156/83mmhg N:78x/menit R:23x/menit SB: 36.3°c SPO2:99%	08.20 08.25 09.20 09.25 09.45	**Observasi** 1. Memonitor pola napas Hasil: frekuensi napas pasien 20x/menit 2. Monitor sputum Hasil: pasien tampak tida ada sputum **Terapeutik** 1. Posisikan semi fowler atau fowler Hasil: pasien diberikan posis fowler Respone: pasien mengatakan mrasa nyaman dengan posisi yang diberikan 2. Berikan minuman hangat Hasil: pasien di berikan minuman hangat Respone: pasen mengatakan akan minum air hangat sesuai anjuran 3. Berikan oksigen jika perlu Hasil: pasien sudah tidak terpasang O2 Respon:pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak **Edukasi** 1. Ajarkan batuk efektif	**S:** 1. Pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak **O:** 1. Pasien tampak tidak pucat 2. Pasien sudah tidak terlihat gelisah 3. Paien tampak sudaht idak terpasang O2 4. TTV TD:145/83mmhg N:78x/menit R:20x/menit SB: 36.3°c SPO2:99% **A:** Pola napas tidak efektif teratasi **P:** Intervensi Edukasi pasien pulang

	10.00 11.30	Hasil: pasien diberiakn edukasi tentang bagaimana cara batuk efektif Respon: pasien tampak mengerti edukasi yang di berikan **Kolaborasi** Berkolaborasi bersama perawat dan dokter Hasil: Cefixime 2X200mg, Bicnat 3x500mg, Novorapid 3X6 unit jika GDS >180, Candesartan 16mg, Asam folat 2x5mg	
Defisit nutrisi b.d nausea ditandai dengan DS 1. Pasien mengatakan sudah mekakan makanan yang di anjurkan 2. Pasien mengatakan kadang dihabiskan 3. Keluarga pasien mengatakan makanan pasien tidak di habiskan DS 1. Pasien tampak sudah tidak pucat	 08.45 09.00 12.30	**Observasi** 1. Mengidentifikasi status nutrisi Hasil: pasien memakan bubur dan sup 2. Monitor berat badan Hasil: berat badan pasien 44kg **Terapeutik** 1. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi Hasil: pasien diberikan makanan tinggi serat seperti sayuran Respone: pasien memakan makan tinggi serat **Edukasi**	**S:** 1. Keluarga pasien mengatakan makanan pasien tidak dihabiskan **O:** 1. Pasien terpasng IVFD NaCl 0,9 % di tangan kiri 2. TTV TD:145/83mmhg N:78x/menit R:20x/menit SB: 36.3°c SPO2:99% **A:**

2. Pasien tampak kurus 3. Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% di tangan kiri 4. TTV TD: 156/83 mmhg N:78x/menit R:23x/menit SB: 36.3°c SPO2: 99%	12.45 13.00 12.30	1. Menganjurkan posisi duduk Hasil: pasien diberikan posis fowler Respone: pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi fowler 2. Anjurkan diet yang diprogamkan Hasil: pasien diedukasi tentang diet renda protein **Kolaborasi** Berkolaborasi dengan perawat dan dokter Hasil: Cefixime 2X200mg, Bicnat 3x500mg, Novorapid 3X6 unit jika GDS >180, Candesartan 16mg, Asam folat 2x5mg	Defisit nutrisi teratasi sebagian **P** Intervensi Menganjurkan diet yang diprogramkan
Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur DS 1. Pasien mengatakan masi merasa sulit untuk tidur 2. Pasien mengatakan waktu unutuk tidur sudah mengikuti jadwal 3. Pasien mengatakan suda tidak sering bangun di malam hari	 09.15 10.45 14.20	**Observasi** 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil: pasien sudah tidur dengan baik dan tidak memiliki lagi keluhan terbangun di malam hari 2. Identifikasi penganggu tidur Hasil: pasien mengatakan sudah tidak merasa gelisah pada malam **Terapeutik** 1. Modifikasi tidur Hasil: menutup tirai pasien	**S** 1. Pasien mengatakan sudah mulai tertidur sesuai jadwal 2. Pasien mengatakan sudah tidak sering bangun di malam hari 3. Pasien mengatakan waktu tidur sudah lebih dari 4 jam 4. Pasien mengatakan sudah cukup waktu tidur 5. Pasien mengatakan sudah tidak merasa ngantuk

4. Pasien mengatakan tidur hanya 4 jam dikarenakan nyeri pada kaki 5. Pasien mengatakan masi merasa kurnag cukup tidur DO 1. Pasien tampak sering menguap di pagi hari mnjrlang siang 2. Pasien tampak sudah tidak gelisah	15.40 18.30 18.40	Respon: pasien merasa nyaman 2. Tetapkan jadwal tidur rutin Hasil: pasien ditetapkan untuk mulai tidur jam 9 Respon: pasien mengikuti jadwalkan yang diberikan **Edukasi** 1. Menjelaskan pentingnya tidur yang cukip selama sakit Hasil: pasien diberikan edukasi pentingnya tidur yang cukup selama sakit Respon: pasien tampak sudah mengerti 2. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur Hasil: pasien mrngikuti anjuran yang di berikan Respon: pasien mengatakan sudah tidur teratur	**O** 1. Pasien tidak menguap di pagi hari menjelang siang 2. Pasien sudah tidak gelisah 3. Pasien sudah tidak tampak mengantuk **A** Gangguan pola tidur teratasi **P** Intervensi Edukasi pasien pulang
Intoleransi aktivitas b.d kelemahan ditandai dengan **DS** 1. Pasien mengatakan suda merasa tidak lemah badan 2. Pasien mengatakan suda tidak sering bangun di malam hari 3. Pasien mengatakan tidak cukup istirahat DO	09.00 09.05 10.15	**Observasi** 1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil: terdapat pembengkakan pada kedua pungung kaki pasien 2. Memonitor pola dan jam tidur Hasil: pasien tidur di jam 9 mengikuti jadwal rutin **Terapeutik** 1. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpinda atau berjalan	**S** 1. Pasien mengatakan suda tidak lemah badan Pasien mengatakan suda tidak sering bangun di malam hari 2. Pasien mengatakan sudah cukup untuk istirahat **O** 1. Bengkak pada kedua pungunug kaki pasien tampak sudah menurun 2. Aktivitas pasien masih di bantu oleh keluarga

1. Bengkak pada kedua pungung kaki pasien tampak menurun 2. Aktivitas pasien masi di bantu oleh keluarga 3. Pasien tampak sudah tidak merasa ngantuk	10.30 11.25	Cara: menganjuran pasien duduk di sisi tempat tidur jika tidak bsa berjalan atau berpindah Hasil: pasien diberikan posisi fowler Respon: pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang di berikan **Edukasi** 1. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil: pasien mengerti dan melakukan aktivitas secara bertahap Cara: pasien diajarkan untuk mengerakan kaki secara bertahap Respon: pasien mengatakan mengerakan kaki secara bertahap sudah bisa dilakukan sendiri 2. Menganjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif Cara: keluarga pasien dianjurkan untuk selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien Hasil: keluarga pasien mengikuti anjuran yang diberikan	3. Pasien tampak sudah tidak merasa ngantuk **A** Intoleransi aktivitas teratasi **P** Intervensi Edukasi pasien pulang

BAB V
PEMBAHASAN

5.1. pengkajian

Faktor penyebab utama dari *Chronic Kidney Disease* yang telah di bahas pada tinjauan teori adalah diabetes melitus, hipertensi, glomeluronefritis. Glomerulonefritis dapat menyebabkan gangguan pada gagal ginjal karena glomerulus mengeluarkan cairan elektrolit dan sisa berlebihan dari aliran darah akan keluar melalui urin. tekanan dalam darah (hipertensi) mengakibatkan rusaknya bagian arteri suatu komponen ginjal, hingga darah akan di saring ginjal dialirkan pembuluh darah berada di sekitar ginjal darah mengalir banyak sekali di pembuluh darah mengakibatkan arteri di sekitar darah ginjal mengalami penempitan, kelemhan serta mengeras. Di tinjauan kasus, salah satu faktor penyebab pasien menderita gagal ginjal kronik yaitu diabetes merupakan gangguan metabolik dengan gejala yang sering muncul hiperglikemia, terjadinya peningkatan nilai gula dalam darah meningat diatas batas normal bisa terjadi dikarenakan kelainan sekresi insulin, kerja dari insulin, maupun kelainan pada keduanya. Gangguan yang terjadi pada gagal ginjal diakibatkan diabetes melitus ditandai dengan munculnya mikroalbuminuria yang artinya jumblah ekskresi albumin dalam urin dengan jumlah antara 20-199 mg/menit atau 30-299 mg/hari jika tidak terkontrol maka akan menjadi proteinuria lain berlanjut dengan penurunan LFG yang kemudian menjadi kelainan fungsi ginjal (Putri Maharani et al., 2024)

berdasarkan tinjauan terori dan tinjawan kasus yang ada pada bagian manifestasi klinis ditemukan kesamaan dalam tanda dan gejala pada pasien gagal ginjal kronik dengan mengalami edema. Edema bisa terjadi karena fungsi renal menurun sehingga mengakibatkan peningkatan retinel cairan dan natrium akibatnya cairan menumpuk hingga mengakibatkan terjadinya edema, ditandai dengan data yang di dapat pada pasien yaitu kaki pasien tampak bengkak, dengan hasil lab ureum 78 mg/Dl, kreatinin 3,20 mg/Dl. Gagal ginjal kronik banyak menyerang pada usia dewasa muda. Dikarenakan hal ini pola hidup yang tidak sehat seperti banyaknya mengkonsumsi makanan yang cepat saji, kesibukan yang membuat

stress adalah duduk seharian, minuman yang berenergi dan jarang mengkonsumsi air putih (Rina et al., 2022)

5.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperaawatan yang ada di tinjawan teori dan kasus yaitu:

1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

   Diagnosa ini diangkat karena ditemukan ada tanda dan gejala berupa edema pada kaki kiri dan kanan dan juga pada mata bagian bawa pasien. pasien mengalami penurunan kadar elektrolit di dalam tubuh berupa natrium, klorida.

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

   Diagnosa ini diangkat karena di temukan pada pasien mengalami penurunan HB pada pasien. dalam tinjauan kasus ini di temukan dalam pemeriksaan laboratorium khususnya pemeriksaan hematologi di temukan kadar hemoglobin yaitu 8,7 g/Dl sedangkan normalnya 12-18 g/Dl

3. Defisist nutris berhubungan nausea

   Diagnosa keperawatan ini diangkat karena di temukan pada pasien dengan tanda dan gejala berupa, pasien tidak napsu makan, pasien hanya makan sedikit, berat badan pasien menurun.

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

   Diagnosa keperawatan ini diangkat karena ditemukan pada pasien tanda dan gejala berupa pasien sulit untuk tidur pada malam hari karena adanya nyeri di kedua kaki dan pasien merasa gelisah

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

   Diagnosa keperawatan ini diangkat karena ditemukan pada pasien tanda dan gejala berupa tubuh pasien terasa lemah dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

5.3. Intervensi

Menurut SIKI (2018) yaitu:

1. Hipovolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

   Intervensi yang diberikan kepada pasien sesuai dengan buku SIKI

(2018) adalah memeriksa tanda gejala hipervolemia lalu mengidentifikasi peneybab hipervolemis, menghitung penggunaan infus, monitor status hemodinamika, monitor intake otput cairan, monitor kecepatan infus secara ketat, batasi asupan cairan, berikan posis semi fowler atau fowler, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan keluar cairan, mengajarkan bagaimana cara mengukur dan mencatat asupan yang keluar , anjurkan bagaimana cara untuk membatasi cairan , lalu berkolaborasi memberikan obat

2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
   Intervenei yang diberikan kepada pasien sesuai dengan buku SIKI (2018) yaitu monitor pola napas, montor bunyi napas, posisikan semi fowler atau fowler, berikan asupan hangat, berikan oksigen, anjurkan asupan cairan, ajarkan batuk efektif, kolaborasi pemberian obat
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan nausea
   Intervensi yang diberikan kepada pasien sesua dengan buku SIKI (2018) yaitu identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makanan, monitor berat bafan, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori, anjurkan posisi duduk jika mampu, jelaskan dier yang diprogramkan, kolaborasi pemberian obat
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
   Intervensi yang diberikan kepada pasien sesuai dengan buku SIKi (2018) yaitu identifikai pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, tetapkan jadwal tidur rutin, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan relaksasi untuk otot atau bisa disebut nonfarmakologi lainya.
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemaha
   Intervensi yang diberikan kepada pasien sesuai dengan buku SIKi (2018) yaitu, identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemhan, monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan yang

nyaman dan rendah stimulus, lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif, kolaborai dalam memberikan obat

5.4. Implementasi

Berdasarkan intervensi yang telah disusun, penulis telah melakukan implemantasi keperawatan pada pasien sesuai dengan diagnosa. Pada pelaksanaan tindakan keparawatan dalam kasus yang telah di ambil ini tidak ditemukan adanya hambatan karena pasien dan keluarga pasien kooperatif saat melakukan tindakan perawatan.

5.5. Evaluasi

1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
   Selelah dilakuan tindakan keperawatan selam 3 hari maka hasil dari evaluasi yang didapat yatu masalah hipervolemia sudah teratasi yang dimana dapat dibuktikan bahwa pasien mengatakan sudah tidak bengkak pada kedua pungung kaki
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
   Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari maka hasil akhir dimana pola napas tidak efektif teratasi hingga dapat dibuktikan bahwa pasien mengatakan suda tidak merasa sesak napas
3. Defisis nutrisi berhubungan dengan nausea
   Selelah diberikan implementasi selama 3 hari maka hasil evaluasi yang didapat yaitu maslah defisit nutrisi teratasi sebagian
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
   Setelah di lakukan implementasi selam 3 hari maka hasil evaluasi yang didapat yaitu maslah gangguan pola tidur sudah terarasi di buktikan dengan pasien mengatakan pola tidur pasien membaik
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
   Setelah diberikan tindakan keperawatan selam 3 hari maka hasil evaluasi yang di dapat yaitu masalah intolerasi aktivitas sudah teratas

BAB VI

PENUTUP

Setelah membahas tinjauan teori dari melaksanakan studi kasus asuhan keperawatan gagal ginjal kronis pada pasien N.y M.K Di Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon maka penulis dapat mengambil kesimpulan serta saran sebagai berikut:

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan dari latar belakang sampai pembahasan prevelensi CKD yang tinggi menyebabkan jumlah penderita di rumah sakit meningkat sehingga dampaknya terjadi komplikasi. Pada tinjauan teori terdapat kesamaan tanda dan gejala pada tinjauan kasus yaitu merasa letih dan lemah badan terjadi pembengkakan pada kedua ekstremitas bawah, mengalami penurunan berat badan, nyeri dibagian pinggang, kehilangan nafsu makan dan juga tekanan darah yang sulit dikendalikan.

6.1.1 Pengkajian

Setelah di lakukan proses pengkajian pada n.y m.k dengan penyakit gagal ginjal kronis, maka di peroleh tanda dan gejala adanya edema di kaki kiri dan kanan serta di bawah mata. Dan juga didapatkan keluhan lain seperti adanya nyeri di uluhati, nyeri pada bagian kaki, dan nyeri di abdomen pinggang sebelah kanan, serta sesak napas.

6.1.2 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah didapatkan penulis menyusun 5 diagnosa keperawatan yaitu hipovolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, pola napas ridak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, defisit nutrisi berhubungan dengan nausea, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

6.1.3 Intervensi Dan Implementasi Keperawatan

Setelah di lakukan pengkajian dan penentuan diagnosis keperawatan, penulis menyusun inntervensi yang sesuai dengan diagnosis keperawatan didapatkan pada pasien. Setelah membuat perencanaan maka penulis akan melakukan implementasi rencana yang sudah di susun

6.1.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dimana dalam tahap ini menggunakan metode (s) subjektif (o) objektif (a) assesmen (p) planning. Pada karya tulis ilmiah ini terdapat lima diagnosis yang muncul dimana Derdasarkan Hasil Evaluasi Dan Di Peroleh Hasil Sudah Teratasi.

6.2. Saran

6.2.1 Pelayanan Kesehatan

Dapat meningkatkan kebutuhan kondisi pada pasien gagal ginjal kronis misalnya alat untuk mencuci darah atau alat hemodialisa dan di harapkan juga rumah sakit dapat meningkatkan ketenangan dan keamanan dalam area perawatan pada pasien.

6.2.2 Pasien Dan Keluarga

Bagi pasien dan keluarga hendaknya dapat melakukan penanganan penyakit gagal ginjal kronis dengan menjaga pola hidup sehat dan melakukan aktivitas fisik secara teratur dan hendaknya semua anggota keluarga selalu bekerja sama dengan tenaga kesehatan dalam memberikan motivasi dan dukungan kepada pasien selama dirawat di rumah sakit maupun di rumah, serta dapat membantu pasien dalam penanganan penyakit gagal ginjal kronis seperti memberikan makanan sesuai dengan diet pasien dan membantu pasien untuk minum obat secara teratur yang telah di anjurkan dari dokter.

6.2.3 Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan hendaknya dapat menambah bahan referensi yang sangat berguna bagi mahasiswa menambah wawasan dan pengetahuan di sekolah tinggi ilmu kesehatan gunung maria tomohon dan di harapkan untuk pihak institusi dapat menyediakan fasilitas internet yang mudah dijangkau untuk mahasiswa demi membantu proses belajar mengajar.

6.2.4 Peneliti Selanjutnya

Setelah melalui pendidikan yang telah di tempuh diharapkan peneliti selanjutnya dapat melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan keluhan dan keadaan pasien serta lebih teliti dalam memberi intervensi – intervensi yang sesuai. Diharapkan juga dapat mengembangkan penelitian baru berdasarkan hasil penelitia

Daftar pustaka

Badan kementerian, & kebijakan pembangunan kesehatan ri. (2023). *Dalam angka tim penyusun ski 2023 dalam angka*.

Cahyaningrum, a., indrawati, l., & meliyana, e. (2024). Hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. *Jurnal penelitian perawat profesional*, *4*(7). Http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/jppp

Eko prabowo, & andi eka pranata. (2014). *Buku ajar asuhan keperawatan sistem perkemihan pendekatan* (ns.eko prabowo & andi eka pranata, eds.; 2nd ed., vol. 2). Nuha medika.

Gracediani liliy. (2017). *Buku standar kode etik keperawatan*.

Handini, y. S., & hunaifi, i. (2021). Gangguan fungsi kognitif pada pasien chronic kidney disease. *Jurnal kedokteran unram*, *10*(4), 712–721.

Handini, y. S., & hunaifi, i. (2022). Pasien chronic kidney disease. *Jurnal kedokteran unram*, *2*(4), 712–721.

Khusna, r. P., wahyuni, t. D., & wicaksana, a. L. (2023). Edukasi pemantauan cairan pada pasien gagal ginjal kronis dengan anuria 8 tahun: studi kasus. *Jurnal persatuan perawat nasional indonesia (jppni)*, *7*(3). Https://doi.org/10.32419/jppni.v7i3.403

Kyneissia gliselda, v. (2021). Diagnosis dan manajemen penyakit ginjal kronis (pgk). *Jurnal medika hutama*, *2*(4). Http://jurnalmedikahutama.com

Lubis, s., & thristy, i. (2023). Perbandingan kadar asam urat dan laju filtrasi glomerulus (lfg) pada pasien gagal ginjal kronik sebelum dan sesudah hemodialisa. *Jurnal ilmiah kohesi*, *7*(1). Https://kohesi.sciencemakarioz.org/index.php/jik/article/view/382

National kidney foundation. (2016). *Tahapan penyakit ginjal kronis (ckd)*. Https://www.kidney.org/atoz/content/stages-chronic-kidney-disease-ckd

Niaty sauria, d., kartini, anita rosanty, la ode muhammad ady ardyawan, rahim, e., dian rosmala lestari, & herman. (2022). *Anatomi fisiologi tubuh manusia penerbit cv.eureka media aksara* (ns. ,m. S. S. S. Kep. Ns. ,m. K. Dr. R. S. Or. , m. K. Dr. Mubarak., ed.). Eureka media aksara.

Philipus, v. M., yetti, k., & maria, r. (2024). Perawatan topikal berbasis minyak pada pasien pruritus uremik dengan gagal ginjal kronis. *Journal of telenursing (joting)*, *6*(1), 857–865. Https://doi.org/10.31539/joting.v6i1.9286

Ppni. (2017). *Standar diagnosa keperawatan indonesia*. Dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional indonesia.

Ppni. (2018). *Standar intervensi keperawatan indonesia* (tim pokja siki dpp ppni, ed.; 1st ed., vol. 2). Dewan pengurus pusat persatuan perawat natsional indonesia.

Purqoti, d. N., arifin, z., fatmawati, b. R., ilham, i., istianah, i., & hapipah, h. (2023). Upaya pengenalan faktor risiko dan pencegahan gagal ginjal kronis. *Losari: jurnal pengabdian kepada masyarakat*, *5*(1), 6–10. Https://doi.org/10.53860/losari.v5i1.118

Putri maharani, m., kurniati, i., & sidharti, l. (2024). *Kejadian gagal ginjal kronik pada pasien diabetes melitus tipe 2*. *14*.

Rina, l., sinurat, e., barus, d., simamora, m., & syapitri, h. (2022). Self management berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronis di unit hemodialisa. *Jurnal penelitian perawat profesional*, *4*, 173–184. Http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/jppp

Riska, wulan maulia, arifin noor, & mohammad. (2023). Jurnal keperawatan sisthana effect of the combination of ankle pump exercise and 30° foot elevation on foot edema in ckd patients. *Jurnal keperawatan sisthana*, *8*(1).

Sari, s. , t., & muhammad yusuf. (2024). Gambaran pengobatan pada pasien gagal ginjal kronik di rumah sakit umum daerah arifin ahmad provinsi riau. *Ensiklopedia of journal*, *6*(2), 60–68. Http://jurnal.ensiklopediaku.org

Satyanarayana r. Vaidya, & narothama r. Aeddula. (2022). Chronic kidney disease - statpearls - ncbi bookshelf. In *nat*.

Siregar, f. M., asputra, h., & mela, n. F. (2022). Penapisan tekanan darah tinggi pada masyarakat kota bangkinang sebagai upaya pencegahan penyakit ginjal kronis. *Jurnal pengabdian kesehatan komunitas*, *2*(1), 74–78. Https://doi.org/10.25311/jpkk.vol2.iss1.1215

Syahputra, e., kristin laoli, e., alyah, j., yanti bahagia hsb, e., yuni estra br tumorang, & eva, n. (2022). Dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa. *Jurnal penelitian perawat profesional*, *4*(3), 793–300. Http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/jppp

Usman, a., misnawati, a., sukri, n., taliabo, p., wardani, w., jimung, m., waidatul, n., sampeangin, h., melyani steni, y., djeny randa, y., tena andreas, malla, m., emmi, b., & apriani tae britman. (2021). Faktor risiko kejadian persalinan prematur di rumah sakit umum polewali tahun 2021. *Jurnal kesehatan lentera acitya*, *8*(2). Https://www.lppmfatimaparepare.org

Utami, i. A. A., santhi, d. G. D. D., & lestari, a. A. W. (2020). Prevalensi dan komplikasi pada penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di

rumah sakit umum pusat sanglah denpasar tahun 2018. *Intisari sains medis*, *11*(3), 1216–1221. Https://doi.org/10.15562/ism.v11i3.691

Widya astuti, l., & rizqi, l. (2024). Edukasi tentang gagal ginjal kronis dan diabetes melitus di desa serading kecamatan moyo hilir kabupaten sumbawa. *Jurnal pengabdian kesehatan samawa*, *1*, 29–32. Https://e-journallppmunsa.ac.id/index.php/jpks/index

World health organization. (2021). *The world health organization: global kidney disease*. Https://www.paho.org/en/enlace/burden-kidney-diseases

Zahrah maulidia septimar, nisa putri, a., rahma nuraini, f., fitriyah, h., alamsyah, i., fajriyah, l., keperawatan, d., yatsi madani, u., & profesi ners, m. (2024). Asuhan keperawatan pasien gagal nafas dengan ckd dalam pemenuhan kebutuhan cairan di rsud kabupaten tangerang. *Gudang jurnal ilmu kesehatan*, *2*(1), 01–05. Https://doi.org/10.59435/gjik.v2i1.102

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN

PENELITIAN KARYA TULIS ILMIAH

Setelah diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, prosedur penelitian karya tulis ilmiah, kerahasiaan informasi yang disampaikan serta bentuk keikutsertaan dalam penelitian ini, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. M.K

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 46 tahun

Alamat : Toulour lingkuangan IV kabupaten minahasa

No. Telp. / Hp. : -

Bersedia berpartisipasi untuk ikut serta menjadi responden dalam Penelitian Karya Tulis Ilmiah dengan Judul: Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah *Chronic Kidney Disease*

yang akan dilakukan oleh:

No	Nama	NIM	Status
1	Anjelita Kamuntuan	202101043	Mahasiswa Semester VI, Tahun Akademik 2023/2024
2	Deah Tumbelaka	202101009	

Adapun bentuk kesediaan saya yaitu:

1. Bersedia untuk memberikan informasi sehubungan dengan data yang diperlukan dalam penelitian karya tulis ilmiah ini.
2. Bersedia untuk memperoleh asuhan keperawatan yang diberikan oleh peneliti.

Surat pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

... 14 Maret 2024

Peneliti,	Peneliti,
Engel Kamuntuan	Dean Tumbelaka

Responden,

Masye. Kuron

Lampiran 2 liflead

CRONIC KIDNEY DISEASE

GAGAL GINJAL KRONIS

1. Desh Tumbeloka
2. Enjel kamuntuan

Apa itu CKD

Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang menurun secara cepat dan fungsi tersebut tidak dapat kembali seperti semula, yaitu dimana ginjal mengalami kegagalan mempertahankan dalam keseimbangan cairan dan elektrolit.

PENYEBAB

- Kurang minum
- Minuman Beralkohol
- Minuman bersoda
- Tekanan darah tinggi
- Infeksi penyakit
- Penyakit bawaan
- Mengkonsumsi jamu-jamuan atau obat- obatan secara
- berlebihan
- Batu saluran kencing

Tanda & Gejala

- Gejala dini: lemah, sakit kepala berat badan menurun, letah, nyeri pinggang.
- Gejalah lanjut: Nafsu makan menurun,muai disertai munta..Sesak nafas baik di waktu ada kegiatan atau tidak bengkak yang di sertai gatal-gatal pada kulit dan kesadaran menurun

PENATALAKSANAAN

1. Observasi keseimbangan cairan antara yang masuk dan keluar
2. Batasi cairan yang masuk
3. Cuci darah (hemodialisa)
4. Continuous Ambulatory Peritoneal Dyalisis (CAPD)
5. Operasi
- Pengambilan batu
- Transplantasi ginjal (Cangkok Ginjal)

6. Nutrisi
7. Obat-obatan

APABILA TIDAK SEGERA DITANGANI

1. Penyakit jantung, serangan jantung
2. Stroke
3. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)
4. Kurang darah (Anemia)
5. Penyakit tulang
6. Kerusakan kulit
7. Kematian

PRINSIP DIET SECARA UMUM

1. Diet lunak atau biasa
2. Sebagai sumber karbohidrat gula pasir, selai, sirup, dan permen
3. Cukup energy dan rendah protein Sebagai sumber protein diutamakan protein hewani, misalnya susu sapi, daging, dan ikan. Banyaknya sesuai dengan kegagaglan fungsi ginjal penderita

ANJURKAN MAKAN YANG PERLU DIBATASI

1. Hindari minuman berakohol
2. Hindari bumbu-bumbu yang merangsang seperti merica, cabe, jahe, cuka
3. Batasi bahan makanan yang mengandung gas seperti sawi, gubis, lobak, nangka, durian
4. Hindari makanan natrium seperti garam dapur(gunakan sedikit garam dalam makanan), vetsin, soda kue, pengawet makanan
5. Menggunakan bumbu dari rempah-rempah

ASUPAN CAIRAN SELAMA DI RUMAH

1. Menggunakan gelas kecil bukan gelas besar
2. Setiap minum hanya setengah gelas 3. Es batu kubus dapat mengurangi haus (es batu kubus sama dengan 30 ml/2 sendok makan
4. Membilas mulut dengan berkumur tetapi airnya tidak boleh ditelan
5. Merangsang produksi air liur dengan menghisap irisan jeruk bali/lemonMinum obat jika perlu

Lampiran 3 Dokumentasi