ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Z DENGAN GANGGUAN SISTEMPERKEMIHAN : PENYAKIT ACUTE KIDNEY INJURYDI RUANG INTERNE PRIA TANGGAL 19-21 JUNIRSUD Dr. ACHMAD MOCHTARTAHUN 2017

LAPORAN STUDI KASUS

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam MenyelesaikanPendidikan Program Studi Diploma III Keperawatandi STIKes Perintis Padang

OLEH :YOSI PRATIWI14103084015434

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANGPROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATANTAHUN 2017

KARYA TULIS ILMIAH

LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Z DENGAN GANGGUAN SISTEMPERKEMIHAN : PENYAKIT ACUTE KIDNEY INJURYDI RUANG INTERNE PRIA TANGGAL 19-21 JUNIRSUD Dr. ACHMAD MOCHTARTAHUN 2017

OLEH :YOSI PRATIWI14103084015434

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANGPROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP  
I. Identitas Penulis  
Nama : YOSI PRATIWI  
Tempat / Tanggal Lahir : Tanjung Bingkung, 3 April 1995  
Alamat : Nagari Tj.Bingkung Kab. Solok  
II. Nama Orang Tua  
Ayah : Ahrizal  
Ibu : Muharnaida  
III. Pendidikan**❖**SDN 19 Tj.Bingkung : 2001 - 2006**❖**SMPN 4 Kota Solok : 2007 - 2009**❖**SMAN 3 Kota Solok : 2010 - 2013**❖**STIKes Perintis Sumatera Barat : 2014 - 2017**

***scientific papers, July 2017*YOSI PRATIWI  
14103084015434  
*NURSING CARE IN CLIENTS Tn.Z WITH URINARY SYSTEM DISORDERS : ACUTE  
KIDNEY INJURY IN THE INTERNE MEN INPATIENT HOSPITAL DR. ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI IN 2017*V CHAPTER + 84 pages + 1 Images + 9 Table + 3 Attachments  
*ABSTRACT****This case study entitled Nursing Care At Tn. Z With Urinary System Disorders: Acute Kidney  
Injury at Inpatient Room Interne Men Dr. RSUD. Achmad Mochtar Bukittinggi on 19-21  
June 2017. The reason the author performs this nursing care because the disease lasts a  
lifetime and progressively deteriorates slowly from year to year. The goal is to perform  
nursing care directly and comprehensively covers the bio-psycho-social and spiritual aspects  
of the Acute Kidney Injury client with the nursing process approach. Writing method used is  
descriptive method in the form of case study. Data collection techniques are observation,  
interview, physical examination, documentation study and literature study. Nursing care  
results obtained diagnosis, imbalance of fluid erlektrolit, pain, nutritional needs less than  
body needs, activity intolerance, anxiety. Nursing action planning can be prepared based on  
the problems faced by the client by referring to the objective criteria and pay attention to  
existing facilities and infrastructure. Implementation of actions on the client with Acute  
Kidney Injury which the author did in accordance with the nursing plan that has been  
prepared but the application tailored to the condition of the client, and evaluate the results of  
nursing actions that have been done and can assess the discussion that occurred on the  
client, the gap between theory and reality and find solution to problem. Conclusion in the  
nursing care of authors find obstacles, but thanks to the cooperation of writers, families,  
nurses room, and other health teams, so the authors can implement nursing care according to  
plan to get the optimal nursing care.****Keywords : Acute Kidney Injury, Nursing Care,implementation  
1. Tittle of Scientific Papers  
2. Student of Diploma Iii Keperawatan Nursing Program  
3. Supervisor High School Of Heakthscience Perintis Padang***

**KATA PENGANTAR**Penulis mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan  
Karunia-Nya, yang selalu dicurahkan kepada seluruh makhlukNya. Shalawat serta  
salam dikirimkan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah dengan nikmat dan  
hidayahNya, penulis telah dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul  
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.Z dengan Akut Kidney Injury di Ruang  
Rawat Inap Interne Pria RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun  
2017”**.  
Penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan setulus-tulusnya kepada ibu  
Ns.Ida Suryati, M.Kep sebagai pembimbing, yang telah memberikan motivasi,  
nasehat dan bimbingan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis juga  
mengucapkan terima kasih kepada kakanda Ns. Hidayati, M.Kep sebagai penguji,  
yang telah banyak membantu penulis dalam berbagai hal. Selain itu penulis juga  
mengucapkan terima kasih kepada :  
1. Bapak Yendrizal Jafri,S.Kp,M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang  
2. Ibu Ns.Endra Amalia,M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan  
STIKes Perintis Padang  
3. Kepada Direktur RSAM Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk  
melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam  
pengambilan data yang penulis butuhkan  
ii  
4. Ibu Ns. Yenita Roza S.Kep selaku Kepala Ruangan Rawat Inap Interne Pria  
RSAM Bukittinggi Sumatra Barat.  
5. Bapak Ns. Rio Febrinaldo S.Kep selaku Pembimbing Klinik di Ruang Rawat  
Inap Paru yang telah memberikan arahan, bimbingan selama praktek di RSAM  
Bukittinggi Sumatera Barat.  
6. Ibu Lilisa Murni M.Pd selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak  
memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pedidikan.  
7. Bapak dan Ibu dosen pengajar D III Keperawatan STIKes Perintis Padang yang  
telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama penulis  
mengikuti pedidikan.  
8. Seluruh teman-teman DIII Keperawatan angkatan XXVI, serta rekan-rekan  
mahasiswa lain yang telah banyak memberikan motivasi dan bantuan dalam  
bentuk apapun mulai saat pendidikan sampai terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah  
ini.  
9. Terkhusus kepada kedua orang tuaku tercinta dan seluruh keluarga atas jerih  
payah, curahan kasih sayang, bantuan moril maupun material serta do’a yang  
tulus dan ikhlas demi kesuksesan Penulis.  
Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak  
kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dan kritikan yang  
bersifat membangun agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat lebih baik dan menuju  
kesempurnaan.  
Akhir kata kepada-Nya juga kita berserah diri, semoga Karya Tulis Ilmiah ini  
berguna dan bermanfaat bagi semua pihak. Amin  
Bukittinggi, Juli 2017  
Penulis

**DAFTAR ISI  
Halaman  
HALAMAN SAMPUL  
HALAMAN JUDUL  
PERNYATAAN PERSETUJUAN  
PERNYATAAN PENGUJI  
HALAMAN PERSEMBAHAN  
KATA PENGANTAR.................................................................................... i  
DAFTAR ISI................................................................................................... iii  
DAFTAR GAMBAR...................................................................................... v  
DAFTAR TABEL .......................................................................................... vi  
DAFTAR LAMPIRAN .................................................................................. vii  
BAB I PENDAHULUAN**1.1 Latar Belakang............................................................................ 1  
1.2 Tujuan Penulisan  
1.2.1 Tujuan Umum ................................................................. 2  
1.2.2 Tujuan Khusus ................................................................ 3  
1.3 Manfaat Penulisan  
1.3.1 Bagi Penulis .................................................................... 3  
1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan ................................................ 4  
1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit ............................................. 4  
**BAB II TINJAUAN TEORITIS**2.1 Konsep Dasar Acute Kidney Injury  
2.2 Pengertian ................................................................................... 5  
2.3 Anatomi Fisiologi ....................................................................... 6  
2.4 Etiologi........................................................................................ 10  
2.5 Manifestasi klinis........................................................................ 12  
2.6 Patofisiologi beserta WOC ........................................................ 13  
2.7 Pemeriksaan Penunjang .............................................................. 17  
2.8 Penatalaksanaan .......................................................................... 18  
2.9 Komplikasi.................................................................................. 19  
2.10 Asuhan Keperawatan Teoritis  
2.10.1 Pengkajian....................................................................... 19  
iv  
2.10.2 Diagnosa ......................................................................... 22  
2.10.3 Intervensi ........................................................................ 23  
2.10.4 Implementasi................................................................... 27  
2.10.5 Evaluasi........................................................................... 27  
**BAB III TINJAUAN KASUS**3.1 Asuhan Keperawatan  
3.1.1 Pengkajian....................................................................... 28  
3.1.2 Diagnosa Keperawatan……………………………. ...... 50  
3.1.3 Intervensi Keperawatan................................................... 51  
3.1.4 Catatan Perkembangan……………………………........ 58  
**BAB IV PEMBAHASAN**4.1. Pengkajian................................................................................... 76  
4.2. Diagnosa Keperawatan ............................................................... 78  
4.3. Intervensi Keperawatan .............................................................. 79  
4.4. Implementasi Keperawatan......................................................... 80  
4.5. Evaluasi....................................................................................... 82  
**BAB V PENUTUP**5.1. Kesimpulan ................................................................................. 83  
5.2. Saran .......................................................................................... 84  
**DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN**  
v  
**DAFTAR GAMBAR  
Gambar 2.3 Anatomi Dan Fisiologi Ginjal.................................................. 6**  
vi  
**DAFTAR TABEL  
Tabel 1 Intervensi Keperawatan Teori ................................................. 23  
Tabel II Data Biologis................................................................................ 36  
Tabel III Data Laboratorium.....................,,............................................ 38  
Tabel IV Serum/Plasma............................................................................ 39  
Tabel V Data Pengobatan........................................................................ 40  
Tabel VI Indikasi Dan Kontraindikasi..................................................... 41  
Tabel VII Analisa Data............................................................................... 46  
Tabel VIII Intervensi Kasus........................................................................ 51  
Tabel IX Catatan Perkembangan............................................................ 58**  
vii  
**DAFTAR LAMPIRAN  
Lampiran 1 : Lembar Konsultasi Bimbingan  
Lampiran 2 : Lembar Daftar Hadir Ujian Pengamatan Kasus  
Lampiran 3 : Daftar Riwayat Hidup**

**BAB I  
PENDAHULUAN  
1.1 Latar Belakang**Menurut Organisasi kesehatan dunia, *world health organization* ( WHO ) secara  
global lebih dari 500 juta orang mengalami gagal ginjal akut ( ratnawati, 2014 ).  
Prevelensi menurut WHO memperkirakan bahwa prevelensi gagal ginjal akut  
lebih dari 356. Angka kejadian pada tahun 2010-2011.  
Gagal ginjal akut secara umum adalah suatu keadaan penurunan fungsi ginjal  
secara mendadak akibat kegagalan sirkulasi renal, serta gangguan fungsi tubulus  
dan glomerulus dengan manifestasi penurunan produksi urine dan terjadi azotemia  
( peningkatan kadar nitrogen darah, peningkatan kreatinin serum, dan retensi  
produk metabolik ang harus di ekresikan pada ginjal )  
Berdasarkan data dari riset kesehatan dasar ( riskesdas ) tahun 2013 prevelensi  
gagal ginjal akut di indonesia sekitar 0,2%. Prevelensi kelompok umur 75 tahun  
dengan 0,6% lebih tinggi dari kelompok umur lainnya. Di indonesia kebanyakan  
pasien yang melewati gagal ginjal akut dapat sembuh dengan fungsi ginjal  
semula dan dapat melanjutkan hidup seperti biasanya. Namun 50% kasus  
memiliki gangguan fungsi ginjal sublinis atau dapat ditemukan bekas luka  
residual pada biopsi ginjal.

Tahun 2014 di sumatera barat tercatat 368 pasien yang mengalami gagal  
ginjal akut sebagai penyebab kematian ke -6 tahun 1990 dan akan  
meningkat menjadi penyebab ke-3 pada tahun 2020 di seluruh dunia (  
maranata, 2010 )  
RSUD Dr. Ahcmad Mochtar sebagai tempat pelayanan kesehatan yang  
mempunyai tujuan memberikan pelayanan semaksimal mungkin yaitu  
dengan memberikan perawatan secara intensif begitu juga pada Penyakit  
Acute Kidney Injury. Penyakit Acute Kidney Injury merupakan penyakit  
yang harus segera mendapatkan perawatan karena apabila tidak segera di  
tangani dapat menyebabkan kematian.  
Data yang diperoleh dari Adm ruangan interne pria Rumah Sakit Umum  
Daerah Dr. Ahcmad Mochtar Bukittinggi didapatkan 4 orang yang di  
diagnosa terkena penyakit acute kidney injury ( AKI ) atau yang lebih  
dikenal dengan gagal ginjal akut pada periode Januari sampai dengan Juni  
2017.  
Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk membuat  
Karya Tulis Ilmiah yang brjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. Z  
Dengan gangguan sistem perkemihan : Acute Kidney Injury / Gagal  
Ginjal Akut Di Ruang Interne Pria RSAM Bukittinggi Dari  
Tanggal 19 – 21 juni 2017”**  
3  
**1.2. TujuanPenulisan  
1.2.1 Tujuan Umum**1.2.1.1 Mampu memahami, menerapkan dan mendokumentasikan asuhan  
keperawatan dengan pasien serta mendapatkan pengalaman nyata  
tentang asuhan keperawatan medikal bedah dengan Acute Kidney  
Injury diruang rawat inap interne pria RSAM Bukitinggi Tahun 2017.  
**1.2.2 Tujuan Khusus**1.2.2.1 Mampu menyusun konsep dasar asuhan keperawatan pada klien  
dengan Penyakit Acute Kidney Injury diruang rawat inap Interne Pria  
RSAM Bukittinggi Tahun 2017  
1.2.2.2 Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam  
menunjang asuhan keperawatan pada klien dengan Acute Kidney  
Injury diruang rawat inap Interne Pria RSAM Bukitinggi Tahun 2017.  
1.2.2.3 Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan  
klien dengan Acute Kidney Injury diruang rawat inap Interne Pria  
RSAM Bukitinggi Tahun 2017.  
1.2.2.4 Mampu menetukan perencanaan asuhan keperawatan pada klien  
dengan Acute Kidney Injury diruang rawat inap Interne Pria RSAM  
Bukitinggi Tahun 2017.  
1.2.2.5 Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada asuhan  
keperawatan klien dengan Acute Kidney Injury diruang rawat inap  
Interne Pria RSAM Bukitinggi Tahun 2017.  
1.2.2.6 Mampu melaksanakan evaluasi pada asuhan keperawatan klien  
dengan Acute Kidney Injury diruang rawat inap Interne Pria RSAM  
Bukitinggi Tahun 2017.  
4  
1.2.2.7 Mampu membuat dokumentasi keperawatan pada klien dengan Acute  
Kidney Injury diruang rawat Interne Pria RSAM Bukittinggi Tahun  
2017.  
**1.3 Manfaat Penulisan  
1.3.1 Bagi Penulis**Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis  
dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien  
dengan Acute Kidney Injury dan sebagai salah satu syarat  
menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan Sekolah  
Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.  
**1.3.2 Bagi Institusi**Sebagai bahan referensi institusi dalam memahami asuhan keperawatan  
klien dengan Acute Kidney Injury, sehingga dapat menambah  
pengetahuan dan acuan dalam memahami asuhan keperawatan klien  
dengan Acute Kidney Injury.  
**1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit**Memberikan laporan dalam bentuk dokumentasi asuhan keperawatan  
kepada tim kesehatan Rumah Sakit dalam memberikan asuhan  
keperawatan pada klien dengan Acute Kidney Injury.

**BAB II  
TINJAUAN TEORITIS  
2.1 Konsep Dasar  
2.2 Pengertian**Gagal ginjal akut adalah suatu keadaan penurunan fungsi ginjal secara mendadak akibat  
kegagalan sirkulasi renal,serta gangguan fungsi tubukus dan glomerulus dengan  
manifestasi penurunan produksi urine dan terjadi azotemia ( peningkatan kadar nitrogen  
darah, peningkatan kreatinin serum dan retensi produk metabolit yang harus diekresikan  
oleh ginjal ). (salemba medika, asuhan keperawatan sistem perkemihan arif muttaqin :  
kumala sari ; 2011)  
Gagal ginjal akut yaitu penyimpangan progresif, ginjal yang tidak dapat pulih dimana  
kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit  
mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia ( smeltzer. C, Suzanne, 2012 )  
AKI ( Acute Kidney Injury ) yaitu bersifat umum namun berbahaya, tetapi masih dapat  
di obati. Bahkan gangguan akut ang minor dalam fungsi ginjal memiliki prognosis buruk.  
Oleh karena itu deteksi dini dan pengobatan AKI dapat meningkatkan hasil yang cukup  
efektif dalam menentukan renal replacement therapy. ( KDIGO, 2012 )

6  
**2.3. Anatomi Dan Fisiologi Ginjal**Gambar 1. Anatomi Ginjal  
Sumber : *Principle of Anatomy and Physiology*, 2009  
Ginjal merupakan organ berbentuk seperti kacang yang terletak di kedua  
sisi kolumna vertebralis. Ginjal kanan sedikit lebih rendah  
dibandingkan ginjal kiri, karena tertekan kebawah oleh hati. Kutub  
atasnya terletak setinggi iga keduabelas, sedangkan kutub atas ginjal kiri  
terletak setinggi iga kesebelas. (Price, *et al.*,2010)  
Ginjal terletak di bagian atas belakang abdomen, di belakang peritoneum,  
di depan iga 11 dan 12, dan terletak diantara tiga otot besar, yaitu  
transversus abdominis, kuadratus lumborum, dan psoas mayor. Ginjal  
difiksasi oleh bantalan lemak yang tebal sehingga posisinya akan tetap  
stabil. Ginjal dilindungi oleh iga dan otot-otot, sedangkan di anterior  
bawah ginjal dilindungi oleh bantalan usus yang tebal. (Aziz, *et al*, 2009)  
7  
**2.3.1 Fisiologi Ginjal**Ginjal adalah organ yang berfungsi mengatur keseimbangan cairan tubuh  
dengan cara membuang sisa-sisa metabolisme dan menahan zat-zat yang  
dibutuhkan tubuh. Fungsi ini amat penting bagi tubuh untuk menjaga  
hemostasis, walupun ginjal tidak selalu bisa mengatur keadaan cairan  
tubuh dalam kondisi normal. Pada keadaan minimal, ginjal harus  
mengeluarkan minimal 0,5 liter air per hari untuk kebutuhan  
pembuangan racun. (Sherwood, 2011)  
Terdapat 3 proses dasar yang mendasari, yaitu Filtrasi Glomerulus,  
Reabsorbsi Tubulus, dan Sekresi Tubulus.  
**2.3.1.1 Filtrasi Glomerulus**Darah mengalir melalui glomerulus, terjadi yang namanya filtrasi  
plasma bebas protein menembus kapiler glomerulus ke dalam  
kapsula bowman. Setiap hari kira-kira 180 liter filtrat glomerulus,  
dengan menganggap bahwa volume plasma rata-rata orang  
dewasa sekitar 2, 75 liter, berarti seluruh plasma yang di filtrasi  
enam puluh lima kali oleh ginjal setiap harinya. Oleh karena  
itu, jika semua volume cairan dikeluarkan melalui urin, maka  
volume plasma total akan habis dalam waktu setengah jam setelah  
berkemih. (Sherwood, 2011)  
8  
**2.3.1.2 Reabsorbsi Tubulus**Hasil filtrasi berupa zat-zat yang masih bermanfaat bagi tubuh  
akan dikembalikan ke plasma kapiler peritubulus. Zat-zat yang  
direabsorbsi tadi nantinya tidak akan dikeluarkan melalui urin,  
tapi diangkut ke sistem vena dan ke jantung untuk kembali  
diedarkan. Dari 180 liter plasma yang difiltrasi, rata-rata 178,5  
liter yang diserap kembali, dengan sisa 1,5 liter terus mengalir  
ke pelvis ginjal untuk dikeluarkan sebagai urin. (Sherwood,  
2001)  
**2.3.1.3 Sekresi Tubulus**Dalam proses ini terjadi perpindahan selektif zat-zat dari darah  
kapiler peritubulus ke dalam lumen tubuus. Dimana hanya sekitar  
20 % dari plasma mengalir melalui kapiler glomerulus  
disaring ke dalam kapsul bowman sedangkan sisanya 80%  
mengalir melalui arteriol eferen ke dalam kapiler peritubulus. (  
Sherwood, 2011 )  
**2.3.2 Pengaruh Gangguan Fungsi Ginjal**Ada beberapa kelainan yang umum terjadi pada beberapa ginjal,  
seperti ditemukan adanya protein dalam urine, leukosit, sel darah  
merah, dan silinder, yaitu potongan protein yang mengendap dalam  
tubulus dan di dorong oleh urine ke dalam kandung kemih. Akibat  
lain yang muncul dan penting untuk diketahui, seperti uremia dan  
asidosis dapat juga terjadi, seperti :  
9  
1. Proteinuria  
Proteinuria dapat terjadi pada beberapa penyakit ginjal dan pada satu  
kelainan ginjal yang tidak bahaya, permeabilitas kapiler glomeulus  
meningkat, dan protein dapat ditemukan di urin dalam jumlah yang lebih  
besar daripada normal. Pada kelainan seperti albuminuria ortostatik, dapat  
juga terjadi proteinuria, namun kelainan yang timbul tidaklah  
membahayakan, karena protein pada urin ditemukan bila mereka dalam  
posisi berdiri pada orang sehat. Mekanisme yang terjadi belum sepenuhnya  
dimengerti. (Ganong, 2009)  
2. Uremia  
Uremia dapat terjadi bila pemecahan metabolisme protein menumpuk  
didalam darah. Gejala yang muncul seperti letargi, anoreksia, mual, dan  
muntah, deteriorasi mental, kedutan otot, kejang, dan akhirnya kejang. Ada  
kemungkinan bahwa bukan ureum dan kreatinin saja yang  
menimbulkan gejala-gejala ini, namun juga karena penumpukan zat-zat  
toksik. Zat toksik tersebut dapat dihilangkan dengan melakukan  
hemodialisa darah. (Ganong, 2009)  
3. Asidosis  
Asidosis dapat terjadi pada penyakit ginjal menahun akibat kegagalan  
ginjal untuk mengekskresikan asam-asam hasil pencernaan dan  
metabolisme. Sebagai contoh, pada asidosis tubulus ginjal, terjadi gangguan  
spesifik pada kemampuan pembentukan urin yang asam, dan biasanya  
fungsi ginjal lainnya normal.(Ganong, 2009)  
10  
Pada kasus seperti *acute kidney injury*, gangguan fungsi ginjal seperti yang sudah  
disebutkan diatas rentan terjadi, oleh karena pengawasan akan status hemodinamik  
dan faal ginjal tidak dimonitor secara ketat, sehingga dapat menimbulkan prognosis  
yang buruk apabila tidak ditangani dengan segera.  
**2.4 Etiologi**Sampai saat ini para praktisi klinik masih membagi etiologi gagal ginjal akut dengan  
3 kategori meliputi **: prarenal, renal,** dan **pascarenal.  
2.4.1 faktor prarenal**Kondisi prarenal adalah masalah aliran darah akibat hipoperfusi ginjal dan  
turunnya laju filtrasi glomerulus. Kondisi klinis meliputi hal-hal sebagai  
berikut :  
1. Hipovolemik ( pendarahan post partum, luka bakar, kehilangan cairan  
dari gastrointestinal, pankreatitis, pemakaian diuretik berlebih )  
2. Vasolidatasi ( sepsis atau anafilaksis )  
3. Penurunan curah jantung ( disritmia, infark miokardium, gagal jantung  
kongestif, syok kardiogenik, emboli paru )  
4. Obtruksi pembuluh darah ginjal bilateral ( emboli, trombosis )  
**2.4.2 faktor renal**Kondisi renal ginjal akut adalah akibat dari kerusakan struktur glomerulus  
atau tubulus ginjal . kondisi klinis yang umum adalah sebagai berikut :  
1. Trauma langsung pada ginjal dan cidera akibat terbakar  
2. Iskemia ( pemakaian NSAID, kondisi syok pascabedah )  
3. Reaksi tranfusi ( DIC akibat tranfusi tidak cocok )  
11  
4. Penyakit glumerovaskular ginjal : glumerulonefritis, hipertensi maligna  
5. Nefritis interstitial akut : infeksi berat, induksi obat-obatan nefrotoksin  
**2.4.3 faktor pascarenal**Etiologi pasca renal terutama obtruksi aliran urine pada bagian distal  
ginjal, seperti pada kondisi berikut ini :  
1. Obtruksi muara vesika urianaria : hipertrofi prostat  
2. Obtruksi ureter bilateral oleh obsruksi batu saluran kemih, bekuan  
darah atau sumbatan dari tumor.  
Sistem klasifikasi yang telah di tetapkan menederhanakan mekanisme  
yang patlogis yang mendasari terjadinya AKI. Hipoferfusi jaringan  
parenkim pada ginjal akibat hipovolemia atau hipotensi awalnya  
menyebabkan peningkatan secara reversibel. Oleh karena disfungsi sel  
secara terus menerus, sel tubulus ginjal mengalami cidera iskemik yang  
dapat bertahan setelah koreksi awal hipoferfusi ( Rachion *et al,* 2012 )  
(Sumber : asuhan keperawatan gangguan sistem perkemihan arif muttaqin:2011)  
**2.5. Manifestasi Klinis**1. Peningkatan kreatinin.  
Pada pasien gagal ginjal akut terjadi peningkatan kretinin serum dalam 48  
jam, baik yang diketahui maupun di asumsikan teradi dalam 7 hari atau  
volume cairan < 0,5 ml/jam selama 6 jam ( KDIGO, 2012 ).  
2. Anemia  
Gagal ginjal akut dapat menyebabkan kekurangan sel darah merah  
12  
2. Hiperkalemi, asidosis metabolic  
Kondisi ketika kadar kalium dalam aliran darah tinggi, asidosis metabolik  
yaitu gangguan ketika sttus asam-basa bergeser ke sisi asam akibat hilangnya  
basa atau retesi asam nonkarbonat dalam tubuh, asidosis merupakan kondisi  
dimana terjadi akumulasi asam dan ion hidrogen dalam darah dan jaringan  
tubuh sehingga menurunkan pH.  
3. Edema  
Hal yang sering terjadi pada pasien AKI, CKD karena meningkatnya volume  
cairan di luar sel ( ekstraseluler ) dan di luar pembuluh darah (  
ekstravaskuler ) disertai dengan penimbunan di jaringan serosa.  
4. Anoreksia, nause, vomitus  
Anoreksia adalah sebuah gangguan makanan yang di tandai dengan  
penolakan untuk mempertahankan berat badan yang sehat dan rasa takut ang  
berlebihan terhadap peningkatan berat badan akibat pencitraan diri yang  
menyimpang.  
Nausea adalah mual, perasaan ingin muntah atau rasa tidak nyaman di  
lambung yang dapat mengakibatkan keinginan untuk segera memuntahkan.  
Vomitus adalah muntah, mengeluarkan isi lambung ( gastric ) melalui mulut  
saluran cerna bagian napas atau keluarnya isi lambung sampai ke mulut  
dengan paksa atau dengan kekuatan.  
5. Turgor kulit jelek, gatal-gatal pada kulit  
Berasal dari dehidrasi atau penurunan volume, yang menggerakkan cairan  
interstitial ke tempat vaskular untuk mempertahankan volume darah  
sirkulasi, menebabkan kekenduran pada lapisan dermal kulit.  
13  
6. Kelemahan otot  
Kelemahan otot merupakan masalah yang sering terjadi,tetap sering kali  
memberikan arti yang berbeda kepada setiap penderitanya. Beberapa  
penderita hanya merasakan lelah. Kelemahan bisa terjadi di seluruh tubuh,  
atau hanya terbatas di satu lengan, tungkai, tangan, atau jari tangan.  
8. Perubahan pola berkemih ( oligouri / poliuri )  
Produksi urine melebihi normal, tanpa peningkatan intake cairan  
9. Perubahan suhu tubuh : demam ( dehidrasi )  
10. Nafas bau amoniak  
**2.6. Patofisiologi**Menurut price, ( 2010 ) ada beberapa kondisi yang menjadi faktor predisposisi  
yang dapat menyebabkan pengurangan aliran darah renal dan gangguan fungsi  
ginjal, yaitu sebagai berikut :  
1. Obtruksi tubulus  
2. Kebocoran cairan tubulus  
3. Penurunan permeabilitas glomerulus  
4. Disfungsi vasomotor  
5. Glomerulus feed back  
Teori obtruksi glomerulus menyatakan bahwa NTA ( necrosis tubular acute )  
menyebabkan deskuamasi sel-sel tubulus yang nekrotik dan materi protein lainnya,  
yang kemudian membentuk silinder-silinder dan menumbat lumen tubulus.  
Pembengkakan selular akibat iskemia awal, juga ikut menyokong terjadinya obtruksi  
dan memperberat iskemia. Tekanan tubulus meningkat sehingga tekanan filtrasi  
14  
glomerulus menurun. Hipotesis kebocoran tubulus menyatakan bahwa filtrasi  
glomerulus terus berlangsung normal keluar melalui sel-sel tubulus yang rusak dan  
masuk dalam sirkulasi peritubular. Kerusakan membran basalis dapat terlihat NTA  
yang berat. Pada ginjal normal, 90% aliran darah didistribusikan ke korteks ( tempat  
dimana terdapat glomerulus ) dan 10% pada medulla. Dengan demikian, ginjal dapat  
memekatkan urine dan menjalankan fungsinya. Sebaliknya pada gagal ginjal akut,  
perbandingan antara distribusi korteks dan medulla menjadi terbalik sehingga terjadi  
iskemia relatif pada korteks ginjal. Kontriksi dari arterior aferen merupakan dasar  
penurunan laju filtrasi glomerulus. Iskemia ginjal akan mengaktivasi sistem reninangiotensin dan memperberat iskemia korteks luar ginjal setelah hilangnya  
rangsangan awal. Pada disfungsi vasomotor, prostaglandin dianggap bertanggung  
jawab terjadinya GGA ( gagal ginjal akut ), dimana dalam keadaan normal, hipoksia  
merangsang ginjal untuk melakukan vasodilator sehingga aliran darah ginjal  
direstribusikan ke kortek yang mengakibatkan diuresis. Ada kemungkinan iskemia  
akut yang berat atau berkepanjangan dapat menghambat ginjal untuk menintesi  
prostaglandin. Penghambatan prostaglandin seperti aspirin diketahui dapat  
menurunkan aliran darah renal pada orang normal dan menyebabkan NTA.  
Menurut smeltzer ( 2009 ) terdapat empat tahapan klinik dari gagal ginjal akut, yaitu  
periode awal, periode oliguria, periode diuresis, dan periode perbaikan :  
1. periode awal dengan awitan dan diakhiri dengan terjadinya oliguria  
periode oliguria ( volume urine kurang dari 400ml/24 jam ) disertai dengan  
peningkatan konsentrasi seru dari substansi yang biasanya di ekresikan oleh  
ginjal ( urea, kreatinin, asam urat, serta kation intraseluler-kalium dan  
magnesium ). Jumlah urine minimal yang di perlukan untuk membersihkan  
15  
produk sampah normal tubuh adalah 400 ml. Pada tahap ini gejala uremik  
untuk pertama kalinya muncul dan kondisi yang mengancam jiwa seperti  
hiperkalemia terjadi.  
2. Periode diuresis, pasien menunjukkan peningkatan jumlah urine secara  
bertahap, disertai tanda perbaikan filtrasi glomerulus. Meskipun urine output  
mencapai kadar normal atau meningkat, fungsi renal masih dianggap normal.  
Pasien harus di pantau dengan ketat akan adanya dehidrasi selama tahap ini,  
ika terjadi dehidrasi, tanda uremik biasanya meningkat  
3. Periode penyembuhan merupakan tanda perbaikan fungsi ginjal dan  
berlangsung selama 3-12 bulan. Nilai laboratorium akan kembali normal.  
(Sumber : asuhan keperawatan gangguan sistem perkemihan arif muttaqin:2013)  
17  
**2.7 Pemeriksaan Penunjang  
2.7.1 pemeriksaan urinalisis**Didapatkan warna kotor, sedimen kecoklatan menunjukkan adanya darah, Hb, dan  
myoglobin. Berat jenis < 1.020 menunjukkan penyakit ginjal, pH urine > 700  
menunjukkan NTA dan GGK. Osmolalatas kurang dari 350 mOsm/kg  
menunjukkan kerusakan ginjal dan rasio urine:serum sering 1:1  
**2.7.2 pemeriksaan BUN dan kadar kreatinin**Terdapat peningkatan yang tetap dalam BUN dan laju peningkatannya bergantung  
pada tingkat katabolisme ( pemecahan protein ), perfusi renal, dan masukan  
protein. Serum kreatinin meningkat pada kerusakan glomerulus. Kadar kreatinin  
serum bermanfaat dalam pemantauan fungsi ginjal dan perkembangan penyakit  
**2.7.3 pemeriksaan elektrolit**Pasien yang mengalami penurunan laju filtrasi glomerulus tidak mampu  
mengekresikan kalium. Katabolisme protein menghasilkan pelepasan kalium  
seluler kedalam cairan tubuh, menyebabkan hiperkalemia berat. Hiperkalemia  
menyebabkan disritmia dan henti jantung.  
**2.7.4 pemeriksaan pH**Pasien oliguri akut tidak dapat mengeliminasi muatan metabolik seperti substansi  
jenis asam yang di bentuk oleh proses metabolik normal. Selain itu, mekanisme  
bufer ginjal normal turun. Hal ini di tunjukkan dengan adanya penurunan  
kandungan karbon dioksida darah dan pH darah sehingga asidosis metabolik  
progresif menyertai ginjal  
18  
**2.8. Penatalaksanaan  
2.8.1 Keperawatan  
1. Penanganan hiperkalemia**Keseimbangan cairan dan elektrolit merupakan masalah utama pada gagal  
ginjal akut ; hiperkalemia merupakan kondisi yang paling mengancam jiwa  
pada gangguan ini. Oleh karena itu pasien dipantau akan adanya hiperkalemia  
melalui serangkaian pemeriksaan kadar elektrolit serum ( nilai kalium > 5.5  
mEq/L ; SI : 5.5 mmol/L), perubahan EKG (tinggi puncak gelombang T  
rendah atau sangat tinggi), dan perubahan status klinis. Pningkatan kadar  
kalium dapat dikurangi dengan pemberian ion pengganti resin (Natrium  
polistriren sulfonat, secara oral atau melalui retensi enema  
**2. Mempertahankan keseimbangan cairan**Penatalaksanaan keseimbanagan cairan didasarkan pada berat badan harian,  
pengukuran tekanan vena sentral, konsentrasi urin dan serum, cairan yang  
hilang, tekanan darah dan status klinis pasien. Masukkan dan haluaran oral  
dan parentral dari urine, drainase lambung, feses, drainase luka dan perspirasi  
dihitung dan digunakan sebagai dasar untuk terapi pengganti cairan.  
**2.8.2 Medis**Tujuan penatalaksanaan adalah menjaga keseimbangan dan mencegah  
komplikasi, yang meliputi hal-hal sebagai berikut :  
1. Dialisis. Dialisis dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi gagal ginjal  
akut yang serius, seperti hiperkalemia, perikarditis, dan kejang. Dialisis  
memperbaiki abnormalitas biokimia; menyebabakan cairan, protein, dan  
19  
natrium dapat di konsumsi secara bebas; menghilangkan kecenderungan  
perdarahan dan membantu penyembuhan luka.  
2. Koreksi hiperkalemi. Peningkatan kadar kalium dapat dikurangi dengan  
pemberian ion pengganti resin ( natrium polistriren sulfonat ), secara oral  
atau melalui retensi enema. Natrium polistriren sulfinat bekera dengan  
mengubah ion kalium menjadi natrium di saluran intestinal.  
3. Terapi cairan  
4. Diet rendah protein  
5. Koreksi asidosis dengan natrium bikarbonat dan dialisis  
**2.9 Komplikasi**Komplikasi metabolik berupa kelebihan cairan, hiperkalemia, asidosis metabolik,  
hipokalasemia, serta peningkatan ureum yang lebih cepat pada keadaan  
hiperkatabolik. Pada oliguria dapat timbul edema kaki, hipertensi dan edema paru,  
yang dapat menimbulkan keadaan gawat.  
**2.10 Asuhan Keperawatan  
2.10.1 Pengkajian**Keadaan umum :  
**a)** Identitas : nama, usia, alamat, telp, tingkat pendidikan, dll.  
**b)** Riwayat Kesehatan :  
1. Riwayat Penyakit Sekarang  
Keluhan utama tidak bisa kencing, kencing sedikit, urine bercampur darah,  
sering BAK pada malam hari, kelemahan otot atau tanpa keluhan lainnya.  
20  
2. Riwayat Penyakit Dahulu  
Adanya penyakit infeksi, kronis atau penyakit predisposisi terjadinya GGA serta  
kondisi pasca akut. Riwayat terpapar toksin, obat nefrotik dengan pengunan  
berulang, riwayat tes diagnostik dengan kontras radiografik. Kondisi yang  
terjadi bersamaan : tumor sal kemih; sepsis gram negatif, trauma/cidera,  
perdarahan, DM, gagal jantung/hati.  
3. Riwayat Kesehatan Keluarga  
Riwayat penyakit polikistik keluarga, nefritis herediter, batu urinarius atau yang  
lainnya  
**c)** Pola kebutuhan  
**d)** Aktivitas dan istirahat  
Gejala : keletihan, kelemahan, dan malaise  
Tanda : kelemahan otot, kehilangan tonus  
**e)** Sirkulasi  
Tanda : hipotensi /hipertensi, disritmia jantung, nadi lemah/halus, hipovolemia,  
hipervolemia ( nadi kuat ), oedema jaringan umum, pucat  
**f)** Eliminasi  
Gejala : Perubahan pola kemih : peningkatan frekuensi, poliuria (kegagalan dini)  
atau penurunan frekuensi/oliguria (fase akhir), disuria, ragu-ragu berkemih,  
dorongan kurang, kemih tidak lampias, retensi (inflamasi/obstruksi, infeksi),  
abdomen kembung, diare atau konstipasi, Riwayat Hipertropi prostat, batu/kalkuli  
**g)** Makanan/cairan  
Gejala : Peningkatan berat badan (edema), penurunan berat badan (dehidrasi),  
mual, muntah, anoreksia, nyeri ulu hati, riwayat penggunaan diuretic  
Tanda : Perubahan turgor kulit/kelembaban, edema  
21  
**h)** Neurosensorik  
Gejala : Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot/kejang, sindrom  
Tanda : gangguan status mental, penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan  
berkosentrasi, kehilangan memori, kacau penurunan tingkat kesadaran (  
azotemia, ketidakseimbangan elektrolit/asam/basa)  
**i)** Nyeri/Kenyamanan  
Gejala : nyeri tubuh, sakit kepala  
Tanda : Prilaku berhati-hati, distraksi, gelisah  
**j)** Pernafasan  
Gejala : Nafas pendek  
Tanda : Tachipnea, dispnea, peninggkatan frekuensi dan kedalaman pernafasan  
(kussmaul), nafas amonia, batuk produktif dengan sputum kental merah  
muda (edema paru)  
**k)** Keamanan  
Gejala : ada reaksi tranfusi  
Tanda : Demam (sepsis, dehidrasi), ptechie, echimosis kulit, pruritus, kulit kering  
**2.10.2 Kemungkinan Diagnosa Yang Muncul  
1.** Nyeri akut b/d proses penyakit  
**2.** Ketidakseimbangan cairan elektrolit b/d output yang berlebih  
**3.** Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake yang  
adekuat  
**4.** Intoleransi aktivitas b/d immobilitas  
**5.** Gangguan pola tidur b/d kurang kontrol tidur  
22  
**6.** Defisit volume cairan b/d fase diuresis dari gagal ginjal akut  
**7.** Pola nafas tidak efektif b/d penurunan pH pada cairan serebrospinal,  
perembesan cairan  
**8.** Resiko tinggi kejang b/d kerusakan hantaran saraf sekunder dari abnormalitas  
elektrolit dan uremia  
**9.** Aktual/resiko perubahan perfusi serebral b/d penurunan pH pada cairan  
serebrospinal efek sekunder dari asidosis metabolik  
**10.** Aktual/resiko tinggi aritmia b/d gangguan konduksi elektrikal efek sekunder  
dari hiperkalemi  
**11.** Defisit perawatan diri eliminasi b/d keletihan  
**12.** Kurang pengetahuan b/d proses penyakit  
( Sumber : asuhan keperawatan nanda nic-noc jilid 2 dan 3 : 2015 )

23

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **NOC** | **NIC** |
| **1** | Ketidakseimbangan cairan elektrolit | **Tujuan :** 1. Fluid balance 2. Hydration 3. Nutritional status : food and fluid 4. Intake **KH :** 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan berat badan, BJ urine normal, HT normal 2. TTV dalam batas normal 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi 4. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan | **NIC Fluid Management** 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi(kelembapan mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ) 3. Monitor vital sign 4. Monitor status nutrisi 5. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan |
| **2** | Gangguan Rasa Nyaman :Nyeri | **NOC :** 1. Pain Level, 2. Pain control, 3. Comfort level **Kriteria Hasil :** 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk | **NIC Pain Management** 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien |

24

|  |  |
| --- | --- |
| mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri). 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 5. Tanda vital dalam rentang normal | 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) 6. Ajarkan tentang teknik non farmakologi 7. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 8. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 9. Tingkatkan istirahat 10. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil |
| **3** | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d intake yang adekuat | **Tujuan :** 1. Setelah dilakukan tindakan 1x24 jam klien mampu dengan **KH :** 1. Nafsu makan klien membaik 2. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 3. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 4. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan 5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti | **Nutrition management** 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi ang dibutuhkan klien 3. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 4. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 5. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan |

25

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4** | Intoleransi aktivitas b/d immobilitas | **Energy conservation Activity tolerence Self care : ADLs KH :** 1. Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa di sertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri 3. Tanda-tanda vital normal 4. Level kelemahan 5. Sirkulasi status baik | **Activity therapi** 1. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu di lakukan 3. Bantu klien membuat jadwal latihan di waktu luang 4. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang di sukai 5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktifitas seperti kursi roda |
| **5** | Ansietas b/d perubahan dalam ( status kesehatan ) | **Noc Anxiety self-control Anxiety level Coping Kriteria hasil : 1.** klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2. mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas 3. vital sign dalam batas normal 4. postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya aktivitas | **Nic Anxiety reduction ( penurunan kecemasan )** 1. gunakan pendekatan yang menenangkan 2. nyatakan dengan jekas harapan terhadap pelaku pasien 3. jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 4. pahami prespektif pasien terhadap situasi stress 5. temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 6. dorong keluarga untuk menemani 7. dengarkan dengan penuh perhatian 8. identifikasi tingkat kecemasan |

26

|  |
| --- |
| 9. bantu pasien megenal siuasi yang menimbulkan kecemasan 10. dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 11. intruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi 12. berikan obat untuk mengurangi kecemasan |

27  
**2.10.4 Implementasi**Setelah rencana tindakan di susun maka untuk selanjutnya adalah pengolahan data  
dan kemudian pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di  
susun tersebut. Dalam pelaksanaan implementasi maka perawat dapat melakukan  
observasi atau dapat mendiskusikan dengan klien atau keluarga tentang tindakan yang  
akan kita lakukan.  
**2.10.5 Evaluasi**Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan  
dengan pendekatan SOAP ( data subjektif, data objektif, analisa dan planning ).  
Dalam evaluasi ini dapat ditentukan sejauh mana keberhasilan rencana tindakan  
keperawatan yang harus dimodifikasi.

28  
**BAB III  
TINJAUAN KASUS  
3.1 Asuhan Keperawatan  
3.1.1 Pengkajian  
I. Identitas Klien**Nama/intial : Tn. Z No.MR : 364865  
Umur : 67 th Ruang Rawat : Interne Pria  
Jenis Kelamin : Laki-laki Tgl Masuk : 17-06-2017  
Status : Kawin Tgl Pengkajian : 19-06-2017  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Tani  
Pendidikan : SD  
Alamat : Malalak utara,Agam  
**Penanggung Jawab**Nama : Ny. R  
Umur : 58 th  
Hub Keluarga : Istri  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
**II. Alasan Masuk**Klien masuk IGD RSAM Bukittinggi pada tanggal 17 Juli 2017 pada jam 08.43 wib.  
Dengan keluhan perut sebelah kiri terasa sakit , kepala terasa sakit , sebelum masuk  
rumah sakit klien ada mual, muntah dan keluarga mengatakan klien tidak nafsu makan.

29  
**III. Riwayat Kesehatan  
a. Riwayat Kesehatan Sekarang**Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 Juni 2016 jam 09.00 WIB klien  
mengatakan muntah sejak 1 hari SMRS yaitu pada malam hari sebanyak  
4x ±250 cc, muntah berisi minuman dan makanan yang di konsumsi klien,  
muntah klien tidak bercampur darah ,sebelum muntah klien merasakan  
mual terlebih dahulu hal tersebut membuat nafsu makan klien menurun.  
Klien hanya makan 5 sendok dari porsi yang diberikan, 1 bulan yang lalu  
klien mengatakan berat badan klien SMRS 40kg , dan waktu perawat  
melakukan penimbangan ulang terhadap klien, berat badan klien turun 2kg  
yaitu 38kg. Klien merasakan ada bengkak pada perut sebelah kiri terutama  
di bawah umbilikus, namun 1 minggu SMRS pada bagian yang bengkak  
terasa nyeri, nyeri seperti di tusuk-tusuk , skala nyeri 5 pasien  
mengeluhkan terasa letih dan mengeluh tidurnya kurang, pinggang terasa  
nyeri, dan ada oedem di kaki kiri klien. BAK ( + ) warna kuning, BAK  
sedikit tapi sering dan kadang terasa nyeri pada saat BAK,klien  
mengatakan ingin BAK tapi tidak keluar, jumlah urine kurang lebih  
100cc/3jam, BAB ( + ) sejak 7 hari SMRS, BAB berwarna coklat tapi  
hanya sedikit seperti tahi kambing, klien dan keluarga mengatakan cemas  
dengan kondisinya saat ini, kontak mata klien buruk, gelisah. Tekanan  
Darah : 80/50 mmHg, nadi : 70x/menit, suhu : 36,50C, pernapasan :  
16x/menit.  
**b. Riwayat Kesehatan Dahulu**Klien mengatakan ada riwayat jantung sejak 2 tahun yang lalu, pernah di  
rawat akibat sesak 1 bulan yang lalu, kemudian pasien kontrol ke poli di  
30  
beri obat ( concor, furosemid, spironalakton, miniaspi, xaretto, tanapres,  
curcuma ). Dan riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu ( TD : 160  
mmHg ). Riwayat DM ( - ), penyakit hati ( - ).  
**c. Riwayat Kesehatan Keluarga**Keluarga klien mengatakan di keluarga tidak ada yang menderita penyakit  
yang sama dengan klien seperti : ginjal, jantung, hipertensi maupun  
penyakit menular lainnya.  
**Genogram :**Keterangan :  
: laki-laki : meninggal  
: perempuan : klien : tinggal serumah  
31  
**IV. Pemeriksaan Fisik**Kesadaran : Composmentis  
GCS : E4 M5 V6  
BB : 40 kg TB : 160 cm  
**Tanda Vital**Suhu : 36,5 CO Pernapasan : 16x/m  
Nadi : 70x/m TD : 80/50 mmHg  
**Head to Toe  
1. Kepala  
Rambut**Distribusi rambut lurus, tidak ada nyeri tekan di kepala, kekuatan  
rambut baik ( tidak mudah di cabut ), rambut klien memutih sebagian  
( beruban ), tekstur rambut baik, rambut klien tampak berminyak,  
tidak ada lesi.  
**Mata**Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sclera tidak ikhterik,  
diameter pupil isokor 2 mm, fungsi penglihatan agak kabur ( karena  
faktor usia ), tidak menggunakan alat bantu penglihatan.  
**Hidung**Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip, tidak ada seckret, tidak ada  
peradangan pada hidung, tidak ada cuping hidung.  
**Mulut dan Gigi**Mukosa bibir kering, tidak terdapat sariawan, tidak memakai gigi  
palsu, tidak ada pendarahan pada gusi.  
32  
**2. Leher**Tidak tampak pembembesaran vena jugularis dan kelenjar tyroid.  
**3. Thorak  
Paru-paru**I : Simetris kiri dan kanan, pergerakan dinding dada sama, tidak  
memakai alat bantu pernapasan.  
P : tidak ada nyeri tekan, vremitus traktil dalam intensitas  
getaran yang sama antara paru kanan dan paru kiri.  
P : Sonor  
A : Suara nafas vesikuler  
**Jantung**I : Simetris kiri dan kanan, ictus cordis tidak tampak  
P : Ictus cordis teraba, ictus cordis ada pada spatium ( SIC ) V  
disebelah midklavikularis sinistra, irama jantung teratur  
P : Redup  
A : BJ1 BJ2 Normal, tidak ada bunyi tambahan ( mur-mur )  
**4. Abdomen**I : Simetris kiri dan kanan, bentuk perut cekung  
A : Bising usus normal 5x/menit.  
(bising usus normal 5-35x/menit pada orang dewasa)  
P : Ada nyeri tekan di perut sebelah kiri, dan bengkak di perut  
sebelah kiri kuadran kiri bawah ( anus, rektum, testis, gunjal,  
usus kecil, usus besar bawah, skala nyeri 5, dan tidak teraba  
massa.  
33

|  |  |
| --- | --- |
| kuadran kanan atas | kuadaran kiri atas |
| kuadran kanan bawah | kuadran kiri bawah |

P : Tympani  
**5. Punggung**Simetris, tidak ada pembengkakan pada punggung dan tidak ada  
bekas luka pada punggung.  
**6. Ekstremitas  
Atas**Pada bagian tangan kanan klien terpasang infus RL 20 tts/m  
**Bawah**Tidak terdapat luka dan ada oedema di kaki klien sebelah kiri.  
Cara pemeriksaan oedema dan lokasi pemeriksaan :  
1. Daerah sakrum  
2. Diatas tibia  
3. Pergelangan kaki  
Langkah-langkah pemeriksaan, inspeksi daerah oedema ( simetris,  
apakah ada tanda-tanda peradangan. Lakukan palpasi pitting dengan  
cara menekan dengan cara menggunakan ibu jari dan amati waktunya  
kembali.  
Penilaian :  
1. Derajat I : kedalamannya 1-3mm dengan waktu kembali 3 detik  
2. Derajat II : kedalamannya 3-5mm dengan waktu kembali 5 detik  
3. Derajat III : kedalamannya 5-7mm dengan waktu kembali 7 detik  
4. Derajat IV : kedalamannya 7mm dengan waktu kembali 7 detik  
34  
**Kekuatan Otot**

|  |  |
| --- | --- |
| 4444 | 4444 |
| 4444 | 4444 |

Kekuatan otot klien berkurang karena faktor umur dan klien pernah  
mengalami sakit jantung 2 bulan yang lalu .  
**7. Genitalia**Klien tidak terpasang kateter, dan tidak ada kelainan pada genetalia  
**8. Integumen**Warna kulit sawo matang, turgor kulit jelek, kapilary refil 3 detik,  
tidak terdapat adanya lesi, terdapat oedem pada kaki sebelah kiri.  
**9. Reflek**Bisep : +/-  
Trisep : +/-  
Patela : +/-  
**10. Nervus**a. N I (Nerfus olfaktorius)  
Tidak ada terdapat kelainan pada penciuman klien, klien masih  
bisa membedakan antara bau kopi dan teh, ataupun lainnya.  
b. N II (Nerfus Opticus)  
Klien kurang mampu melihat tulisan namun klien mampu  
mengungkapkan dengan kata-kata , saat tes lapang pandang sulit  
untuk dilakukan karena klien susah diajak karena mengalami  
keterbatasan gerak.  
c. N III, IV,VI (Nerfus Okulomotorius, toklear, Abdusen)  
35  
Klien tidak ada oedema kelopak mata , pergerakan bola mata  
aktif (mampu melihat keatas,miring kiri dan kanan atas dan  
bawah ) , serta reaksi pupil terhadap cahaya ada.  
d. N,V(Trigeminus)  
Klien ada respon saat ada nya sentuhan , contoh: dapat merasakan  
gigitan nyamuk pada bagian wajah.  
e. N.VII (Facialis)  
Untuk motorik klien dapat dilihat dengan menaikkan kedua alis  
secara bersamaan, serta simetris kiri dan kanan  
f. N.VIII ( Vestibulotoklear/Auditorius)  
Anggota gerak kiri klien lemah, karena keterbatasan bergerak.  
g. N.IX.X(Glasofaringeus dan fagus)  
Klien terlihat susah untuk berbicara dan susah untuk menelan karena  
nafsu makan kurang.  
h. N.XI(Acsesorius)  
Klien bisa menoleh kekanan dan kekiri.  
i. N.XII(Hipoglosus)  
Klien mampu menggerakkan lidah dan kekuatan otot sedang.  
36  
**V. DATA BIOLOGIS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **AKTIVITAS** | **SEHAT** | **SAKIT** |
| **1** | **Makanan Dan Minuman/Nutrisi** |  |  |
| **Makan** |  |  |  |
| Menu | Nasi | Diit ML |  |
| Porsi | 1 porsi | ½ porsi |  |
| Makanan kesukaan | Nasi | Nasi |  |
| Pantangan | Ikan laut | Ikan laut |  |
| **Minum** |  |  |  |
| Jumlah | 4-6L/hari | 3-5L/hari |  |
| Minuman Kesukaan | Air putih | Air putih |  |
| Pantangan | Tidak ada | Tidak ada |  |
| **2** | **Eliminasi** |  |  |
| **BAB** |  |  |  |
| Frekuensi | 1x/hari | 1x/hari |  |
| Warna | Kuning kecoklatan | Kuning kecoklatan |  |
| Bau | Khas | Khas |  |
| Konsistensi | Padat | Cair |  |
| Kesulitan | Tidak ada | Tidak ada |  |
| **BAK** |  |  |  |
| Frekuensi | 3-5x/hari | 100cc/3jam,(jumlah urine normal 1200- 1500ml perhari ) |  |

37

|  |
| --- |
| atau 150-600ml per sekali miksi |
| Warna | Kuning | Kuning |
| Bau | Pesing | Pesing |
| Konsistensi | Cair | Cair |
| Kesulitan | Tidak ada | Tidak ada |
| **3** | **Istirahat dan Tidur** |  |
| Waktu Tidur | 22.00-04.00 | Jam 10.00-11.00 |
| Jam 14.00-15.00 |  |  |
| Jam 21.00-05.00 |  |  |
| Lama Tidur | 6 jam | 10 jam |
| Hal yang mempermudah tidur | Tidak ada | Tidak ada |
| Kesulitan tidur | Tidak ada | Nyeri di perut |
| **4** | **Personal hygiene** |  |
| Mandi | 2x/hari | Hanya dilap karena pasien baru masuk 2 hari |
| Cuci rambut | 3x/minggu | Tidak ada |
| Gosok gigi | 2x/hari | Hanya berkumur kumur |
| Potong kuku | 1x/minggu | Belum ada |

38  
**VI. Riwayat Alergi**Keluarga klien mengatakan klien alergi terhadap ikan laut.  
**VII. Data Psykologis**Keluarga klien mengatakan selama klien sakit klien sama sekali tidak mengeluh  
tentang penyakitnya, keluarga klien yakin ALLAH SWT akan menyembuhkan  
penyakitnya.  
**VIII. Data Sosial Ekonomi**Keluarga klien mengatakan klien tinggal bersama istri dan anaknya keluarga  
berpenghasilan menengah. Klien mengatakan untuk biaya rumah sakit klien  
menggunakan BPJS.  
**IX. Data Spiritual**Selama sakit klien tidak pernah shalat dikarenakan fisik lemah tetapi  
klien yakin penyakit yang dideritanya akan sembuh.  
**X. Data Penunjang  
10.1** Hasil Laboratorium DARAH LENGKAP  
19/06/2017

|  |  |
| --- | --- |
| PARAMETER | NILAI RUJUKAN |
| HGB | 15,2 | [g/dL] | P 13.0- 16.0 W 12.0-14.0 |
| RBC | 5,09 | [10^6/ul] | P 4.5- 5.5 W 4.0- 5.0 |
| HCT | 46,0 | [%] | P 40.0- 48.0 W 37.0- 43.0 |
| MCV | 90,4 | [fl] |  |
| MCH | 29,9 | [pg] |  |
| MCHC | 33,0 | [g/dl] |  |
| RDW-SD | 48,5 | [fl] |  |
| RDW-CV | 14,9 | [%] |  |

39

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WBC | 10,32 | [10^3/ul] | 5.0-10.0 |
| EO% | 1,5 | [%] | 1-3 |
| BASO% | 0.2 | [%] | 0-1 |
| NEUT% | 82,6 | [%] | 50-70 |
| LYMPH% | 8,7 | [%] | 20-40 |
| MONO% | 7,0 | [%] | 2-8 |
| EO% | 0.15 | [10^3ul] |  |
| BASO% | 0.02 | [10^3ul] |  |
| NEUT% | 8,53 | [10^3ul] |  |
| LYMPH% | 0,90 | [10^3ul] |  |
| MONO% | 0,72 | [10^3ul] |  |
| PLT | 178 | [10^3/uL] | 150 – 400 |
| PDW | 12,7 | [fL] |  |
| MPV | 11,3 | [fL] |  |
| P-LCR | 34,3 | [%] |  |
| PCT | 0,20 | [%] |  |
| LED | 42 | Mm/jam | L <10 |

**19/06/2017  
10.2 SERUM / PLASMA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TYPE** | **REPORT** | **FLAG** | **UNIT** | **NORMAL VALUES** |
| ALT | 16 | U/L | 0-41 |  |
| AST | 36 | U/L | 0-37 |  |
| C-Chol | 176 | mg/dL | ---201 |  |

40

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C-HDL | 33 | mg/gL | 30-71 |
| GluK | 75 | mg/dL | 74-106 |
| Trigly | 148 | mg/dL | 60-165 |
| UA | 13.2 | H | mg/dL | 3.5-7.2 |
| Urea | 160 | H | mg/dL | 15-43 |
| Crea-R | 1.79 | H | mg/dL | 0.80-1.30 |

**10.1.3 Balance Cairan**Rumus balance cairan  
Intake/cairan masuk = output/cairan keluar + IWL ( Insensible Water Loss ) :  
mulai dari cairan infus, minum, kandungan cairan dalam makanan pasien, volume  
obat-obatan, termasuk obat suntik, obat yang di drip, albumin dll.  
Output / cairan keluar : urine dalam 24 jam, jika pasien di pasang kateter maka  
hitung dalam ukuran di urine bag, jika tidak terpasang maka pasien harus  
menampung urinenya sendiri, biasanya di tampung di botol air mineral dengan  
ukuran 1,5 liter, kemudian feses  
IWL ( Insensible Water Loss ) : jumlah cairan keluarnya tidak disadari dan sulit  
di hitung, jumlah keringat, uap hawa nafas.  
Rumus IWL  
IWL = ( 15 x BB )  
24 jam  
Balance cairan Tn. Z  
Tn. Z berumur 67 tahun, BB 38 kg. Tn.Z terpasang infus RL 20tts/menit : 1500 ml/24 jam,  
tidak terpasang kateter, urine hanya di tampung dengan pispot sebanyak 900cc, injeksi  
ranitidin 2 x 1 amp ( 1 amp = 3 cc ), muntah 250 cc, feses 120 cc, suhu 36,50c.  
41  
Intake : infus = 1500 ml  
Injeksi 2 x 1amp = 6cc  
Total intake 1506  
Output : Muntah = 250 cc  
Feses = 120 cc  
IWL = 1005  
Total Output 1375  
Jadi total balance cairan Tn. Z = 1506 – 1375 = 131  
Tidak ada tanda-tanda dehidrasi pada Tn.Z  
**XI. Data Pengobatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N o | Obat non parenteral / Dosis | Obat parenteral/Dosis | Cairan intra vena |
| 1. | Domperidon | 3x1 tab | Inj. Cefeperazon | 3x500 mg serbuk injeksi | Inf. RL 20 tts/menit |
| 2. | Asam folat | 3x1 tab | Inj. Ranitidin | 2x1 amp |  |

42

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **NAMA OBAT** | **INDIKASI** | **KONTRAINDIKASI** | **EFEK SAMPING** |
| **1** | Domperidon | 3x10mg tab | Mengobati mual dan muntah, keluhan perut yang terjadi akibat pengosongan lambung yang tertunda. | 1. Orang yang alergi terhadap domperidon atau kandungan lain dari obat 2. Penggunaan pada anak-anak tidak di anjurkan, kecuali untuk mengatasi mual muntah ketika menjalani kemoterapi kanker dan radioterapi 3. Orang yang memiliki gangguan pada hipofisis di otak | 1. Bengkak pada tangan, kaki, pergelangan kaki, wajah, bibir atau tenggorokan 2. Ruam kulit kemerahan atau gatal-gatal 3. Gangguan irama jantung yang menjadi cepat atau lambat 4. gemetar |
| **2** | Asam folat | 3x1mg tab | Anemia megabolistik, Keadaan dengan defisiensi asam folat pada pasien cuci darah, pencegahan defek tabung saraf | 1. penderita dengan anemia pernisiosa tidak boleh di obati dengan asam folat sebelum di berikan vitamin B12 ( karena | 1. gangguan saluran cerna |

43

|  |
| --- |
| pada keadaan ini mungkin hanya menyembuhkan secara hematologik tetapi memperbanyak manifestasi neurologik dan defisiensi vitamin B12 ) |
| **3** | Inj. Cefoperazone | 3x500mg amp | 1. infeksi saluran napas 2. infeksi saluran kemih 3. peritonitis, kolesistitis, kolangitis, dan infeksi intra abdominal lainnya | 1. hipersensitif terhadap antibiotik cephalosporin atau sulbactam 2. pada ibu hamil dan menyusui 3. defisiensi vitamin k dapat terjadi | 1. gangguan saluran cerna : diare, muntah, mual 2. reaksi kulit : ruam, urtikaria 3. peningkatan sementara bilirubin 4. sakit kepala 5. demam 6. nyeri injeksi |

44

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4** | Inj.ranitidin | 2x300mg | 1. untuk sakit maag, terjadi peningkatan asam lambung dan luka pada lambung 2. pengobatan radang saluran pencernaan bagian atas ( kerongkongan ) | 1. riwayat alergi terhadap ranitidin 2. ibu yang sedang menyusui 3. pemberian ranitidin juga perlu diawasi pada kondisi gagal ginjal | 1. sakit kepala 2. sulit buang air besar 3. diare 4. mual 5. nyeri perut 6. gatal-gatal pada kulit |
| **5** | Infus RL | 500ml 20x/menit | 1. mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi | 1. kerusakan sel hati, laktat asidosis 2. hipernatremia | 1. panas, infeksi pada tempat penyuntikan, trombosis vena atau flebitis yang meluas dari tempat penyuntikan, ekstravasasi |

45  
**XII. Data Fokus  
a. Data Subjektif**1. Keluarga klien mengatakan makan klien kurang  
2. Klien hanya makan sedikit dari porsi yang diberikan  
3. Keluarga klien mengatakan nafsu makan klien menurun  
4. Keluarga mengatakan berat badan klien berkurang 2 kg,selama di rs berat badan  
klien : 38 kg  
5. Keluarga klien mengatakan klien mengeluh nyeri di perutnya  
6. Keluarga klien mengatakan klien tidurnya kurang karena nyeri pada perut  
7. Keluarga klien mengatakan klien badannya terasa letih  
8. Keluarga klien mengatakan klien BAK sering tapi sedikit  
9. Klien mengatakan BAK di sertai nyeri  
10. Klien mengatakan nyeri menjalar sampai ke pinggang  
11. Klien tampak susah melakukan aktifitas secara mandiri  
12. Keluarga klien mengatakan aktivitas klien dibantu keluarga.  
13. Klien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini  
**b. Data Objektif**1. Klien makanan yang di sajikan tampak tidak habis ½ porsi  
2. Mukosa bibir klien kering  
3. Turgor kulit jelek  
4. Klien tampak lemah dan lesu  
5. Bb klien sebelum masuk RS : 40 kg, dan dilakukan penimbangan ulang berat  
badan klien turun 2kg, yaitu 38kg  
6. Klien tampak kurus  
46  
7. Klien tampak meringis jika nyeri di tekan di bawah umbilikus, kuadaran kiri  
bawah, Skala nyeri 5.  
8. Klien tampak oedem di kaki sebelah kiri.  
9. ADL tampak dibantu keluarga  
10. Klien dan keluarga tampak cemas dengan kondisi klien saat ini  
11. Klien terpasang inf. RL 20tts/i  
12. Jumlah urine 100 cc  
47  
**ANALISA DATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data** | **Masalah** | **etiologi** |
| **1** | **Ds :** - Keluarga klien mengatakan klien sering BAK - Klien mengatakan BAK sering tapi sedikit - Keluarga klien mengatakan badan klien terasa lemas **Do :** - Jumlah urine 100 cc - Turgor kulit jelek - Mukosa bibir klien kering - Klien tampak oedem di kaki kiri. - Klien terpasang inf. RL 20 tts/i | Ketidakseimbangan cairan elektrolit | Output yang berlebih |
| **2** | **Ds :** - Keluarga klien mengatakan klien mengeluh nyeri di perutnya di bawah umblikus, kuadran kiri bawah. - Keluarga mengatakan BAK | Nyeri | Proses penyakitnya |

48

|  |
| --- |
| klien disertai nyeri - Klien mengatakan nyeri menjalar sampai ke pinggang - Keluarga klien mengatakan tidur klien kurang karena nyeri di perut di bawah umblikus,kuadran kiri bawah. **Do :** - Klien tampak meringis jika nyeri di tekan di perut sebelah kiri bagian bawah. - Skala nyeri 5. - Klien tampak tidur di siang hari ( jam 11.00 ) |
| **3** | **Ds :** - Keluarga klien mengatakan makan klien kurang - Klien hanya makan sedikit dari porsi yang diberikan - Keluarga klien mengatakan klien susah menelan - Keluarga mengatakan klien mengalami penurunan BB | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | Intake yang adekuat |

49

|  |
| --- |
| 2kg 1 bulan yang lalu **Do :** - Makanan yang disajikan tampak tidak habis ½ porsi - Klien tampak lemah dan lesu - Klien tampak kurus - BB sebelum masuk RS : 40kg - BB selama di RS : 38kg, mengalami penurunan 2kg |
| **4** | **Ds :** - Klien mengatakan susah melakukan aktifitas secara mandiri - Keluarga mengatakan aktifitas klien di bantu oleh keluarga **Do :** - Klien tampak susah melakukan aktifitas dengan mandiri - ADL klien tampak di bantu keluarga | Intoleransi aktifitas | Immobilitas |
| **Ds :** | Ansietas | Perubahan dalam ( status kesehatan ) |  |

50

|  |
| --- |
| - Klien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini - Klien mengatakan kadang-kadang gelisah - Klien mengatakan takut ketika sakitnya datang tiba-tiba **Do :** - Klien dan keluarga tampak cemas dengan kondisi klien - Klien tampak gelisah - Kontak mata buruk |

51  
**3.1.1 Diagnosa Keperawatan**Daftar Prioritas Diagnosa Keperawatan  
1. Ketidakseimbangan cairan elektrolit b/d output yang berlebih ( jilid 3 nanda noc  
nic, hal 322 )  
2. Nyeri akut b/d proses penyakit ( jilid 3 nanda noc nic, hal 299 )  
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake yang  
adekuat ( jilid 3 nanda noc nic, hal 294 )  
4. Intoleransi aktifitas b/d immobilitas ( jilid 3 nanda noc nic, hal 273 )  
5. Ansietas b/d perubahan dalam ( status kesehatan ) ( jilid 1 nanda noc nic, hal 347 )  
Sumber : Amin Huda Nurarif Dan Hardi Kusuma ( *asuhan keperawatan nanda noc nic jilid  
1 dan 3* : 2015 )

52

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/tanggal** | **Diagnosa keperawatan** | **NOC** | **NIC** |
| **1** | **Senin / 19 Juni 2017** | Ketidakseimbangan cairan elektrolit **Ds :** 1. Klien mengatakan klien sering BAK. 2. Klien mengatakan BAK sering tapi sedikit **Do :** 1. Jumlah urine 100 cc 2. Turgor kulit jelek 3. Mukosa bibir klien 4. Klien tampak oedem di kaki kiri 5. Klien tampak terpasang infus RL 20tts/menit | **NOC Tujuan :** 1. Fluid balance 2. Hydration 3. Nutritional status : food and fluid 4. Intake **KH :** 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan berat badan, BJ urine normal, HT normal 2. TTV dalam batas normal 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi 4. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak | **NIC Fluid Management** 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi ( kelembapan mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ) 3. Monitor vital sign 4. Monitor status nutrisi 5. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan |

53

|  |
| --- |
| ada rasa haus yang berlebihan |
| **2** | **Selasa / 20 Juni 2017** | Gangguan Rasa Nyaman :Nyeri Ds : 1. Klien mengatakan nyeri menjalar sampai ke pinggang 2. Klien mengatakan mengeluh nyeri di perutnya Do : 1. Wajah klien tampak meringis jika nyeri di tekan 2. Skala nyeri = 5 | **NOC :** 1. Pain Level, 2. Pain control, 3. Comfortlevel **Kriteria Hasil :** 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 3. Mampu mengenali nyeri (skala, | **NIC Pain Management** 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan |

54

|  |  |
| --- | --- |
| intensitas, frekuensi dan tanda nyeri). 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 5. Tanda vital dalam rentang normal | 5. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) 6. Ajarkan tentang teknik non farmakologi 7. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 8. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 9. Tingkatkan istirahat 10. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil |
| **3** | **Rabu / 21 Juni 2016** | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d intake yang adekuat | **Tujuan :** 1. Setelah dilakukan tindakan 1x24 jam klien mampu dengan | **Nutrition management** 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi |

55

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ds :** 1. Klien mengatakan makan klien kurang **Do :** 1. Makanan yang di sajikan tampak tidak habis ½ porsi. 2. Klien tampak kurus 3. BB sebelum masuk RS : 40 kg, dan berat badan selama di RS : 38kg mengalami penurunan berat badan 2kg. | **KH :** 1. Nafsu makan klien membaik 2. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 3. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 4. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan 5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti | untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi ang dibutuhkan klien 3. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 4. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 5. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan |
| **4** | **Rabu / 21 Juni 2017** | Intoleransi aktivitas b/d immobilitas **Ds :** | **Energy conservation Activity tolerence Self care : ADLs** | **Activity therapi** 1. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam |

56

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Klien mengatakan susah melakukan aktivitas secara mandiri 2. Keluarga mengatakan aktivitas klien di bantu oleh keluarga **Do :** 1. Klien tampak susah melakukan aktivitas dengan mandiri 2. ADL klien tampak di bantu keluarga | **KH :** 1. Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa di sertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri 3. Tanda-tanda vital normal 4. Level kelemahan 5. Sirkulasi status baik | merencanakan program terapi yang tepat 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu di lakukan 3. Bantu klien membuat adwal latihan di waktu luang 4. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang di sukai 5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktifitas seperti kursi roda |
| **5** | **Rabu / 21 juni 2017** | Ansietas b/d perubahan dalam ( status kesehatan ) **Ds :** | **Noc Anxiety self-control Anxiety level** | **Nic Anxiety reduction ( penurunan kecemasan )** |

57

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. klien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini **Do :** 1. klien dan keluarga cemas dengan kondisi klien saat ini 2. klien tampak gelisah 3. kontak mata buruk | **Coping Kriteria hasil :** 1. klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2. mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas 3. vital sign dalam batas normal 4. postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya aktivitas | 1. gunakan pendekatan yang menenangkan 2. nyatakan dengan jekas harapan terhadap pelaku pasien 3. jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 4. pahami prespektif pasien terhadap situasi stress 5. temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 6. dorong keluarga untuk menemani 7. identifikasi tingkat kecemasan 8. bantu pasien megenal siuasiyang menimbulkan kecemasan |

58

|  |
| --- |
| 9. dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 10. intruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi 11. berikan obat untuk mengurangi kecemasan |

59  
**3.1.4 Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **HARI/TANGGAL** | **DIAGNOSA** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **JAM** | **EVALUASI** | **PARAF** |
| **1.** | Senin / 20 Juli 2017 | Ketidakseimbanga n cairan elektrolit | 11.30 11.35 11.45 12.00 | 1. Memonitor status hidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ) 2. Mengobservasi intake output klien 3. Monitor berat badan klien 4. Mengkolaborasikan pemberian cairan IV 5. Mendorong klien | 12.00 12.30 | **S :** - klien mengatakan BAK sering tapi sedikit-sedikit yang keluar sebanyak 100cc/4 jam **O :** - Klien tampak sering ke wc - Jumlah urine 100cc **A :** Masalah ketidakseimbangan |  |

60

|  |  |
| --- | --- |
| untuk menambah intake oral 6. Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian obat parenteral / non parenteral : domperidon tab 3x10 mg , injeksi ranitidin 2x300 mg | cairan elektrolit belum teratasi **P :** Intervensi : - Observasi intake output - Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian obat parenteral / non parenteral : domperidon tab 3x10 mg, injeksi ranitidin 2x300 mg. |
| **2.** | Senin/ 19 Juni 2017 | Nyeri | 11.00 | - Mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan | 12.00 | **S :** - Klien mengatakan |

61

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 11.05 11.45 12.00 | klien - Mengajarkan teknik relakasasi non farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien - Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri seperti menonton dan membaca - Melanjutkan terapy klien dengan dokter untuk pemberian obat parenteral / non parenteral : | 12.30 | mengeluh nyeri di perut sebelah kiri bawah umbilikus kuadran kiri bawah - Keluarga klien mengatakan perut klien masih nyeri **O :** - Klien tampak meringis - Klien tampak melakukan teknik relaksasi nafas dalam - Skala nyeri 5 **A :** Masalah belum teratasi **P :** Intervensi : |

62

|  |  |
| --- | --- |
| domperidon tab 3x10 mg , asam folat tab 3x10 mg, injeksi cefoperazon 3x500 mg, injeksi ranitidin 2x300 mg. | - Kaji tingkat nyeri - Evaluasi teknik pengalihan nyeri yang diajarkan - Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian obat parenteral / non parenteral : domperidon tab 3x10 mg , asam folat tab 3x10 mg, injeksi cefoperazon 3x500 mg, injeksi ranitidin 2x300 mg. |

63

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | Senin/ 19 Juni 2017 | Ketidakseimbanga n nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | 10.00 10.10 10.15 10.20 | 1. Mengobservasi adanya alergi makanan 2. Menganjurkan klien untuk meningkatkan makan sayuran dan buah-buahan 3. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi klien 4. Mengobservasi kemampuan klien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | 10.30 10.35 | **S :** - Keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki alergi makanan - Keluarga klien mengatakan klien jarang mengkonsumsi sayuran dan buah buahan **O :** - Klien tidak memiliki alergi makanan - Makanan klien habis ¼ dari porsi yang |

64

|  |
| --- |
| diberikan - Mukosa bibir klien terlihat kering **A :** Masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi **P :** Intervensi : - Anjurkan klien meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan - Kaji kemampuan klien mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan |

65  
**3.1.4 Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **HARI/TANGGAL** | **DIAGNOSA** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **JAM** | **EVALUASI** | **PARAF** |
| **1.** | Selasa / 20 Juli 2017 | Ketidakseimbanga n cairan elektrolit | 11.30 11.35 11.45 12.00 | 1. Mengobservasi jumlah urine keluar 2. Memonitor TTV klien 3. Melanjutkan terapi dengan dokter untuk pemberian obat parenteral/non parenteral : infus RL 20 tts/menit : domperidon tab 3x10 mg, injeksi ranitidin 2x300 mg | 12.00 12.30 | **S :** - klien mengatakan BAK sudah tidak sering lagi, BAK klien 1100cc/24 jam - Keluarga klien mengatakan klien BAK sudah tidak sering seperti 3 hari yang lalu **O :** - Jumlah urine 1100cc |  |

66

|  |
| --- |
| - Klien tampak beristirahat **A :** Masalah ketidakseimbangan cairan elektrolit mulai teratasi sebagian **P :** Intervensi : - Observasi intake output - Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian obat parenteral / non parenteral : domperidon tab 3x10 |

67

|  |
| --- |
| mg, injeksi ranitidin 2x300 mg. |
| **2.** | Selasa/ 20 Juni 2017 | Nyeri | 11.00 11.05 11.45 12.00 | - Mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan klien - Mengajarkan teknik nafas dalam kepada klien - Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri seperti menonton dan membaca - Melanjutkan terapy klien dengan dokter untuk pemberian obat | 12.00 12.30 | **S :** - Klien mengatakan mengeluh nyeri di perut sudah mulai berkurang - Keluarga klien mengatakan klien berusaha melakukan relaksasi teknik nafas dalam seperti yang di ajarkan **O :** - Klien tampak meringis |

68

|  |  |
| --- | --- |
| parenteral / non parenteral : domperidon tab 3x10 mg , asam folat tab 3x10 mg, injeksi cefoperazon 3x500 mg, injeksi ranitidin 2x300 mg. | jika perutnya di tekan - Skala nyeri 3 - Klien tampak melakukan teknik relaksasi nafas dalam **A :** Masalah nyeri teratasi sebagian **P :** Intervensi : - Kaji tingkat nyeri - Evaluasi teknik pengalihan nyeri yang diajarkan - Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian obat |

69

|  |
| --- |
| parenteral / non parenteral : domperidon tab 3x10 mg , asam folat tab 3x10 mg, injeksi cefoperazon 3x500 mg, injeksi ranitidin 2x300 mg. |
| **3** | Selasa/ 20 Juni 2017 | Ketidakseimbanga n nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | 10.00 10.10 10.15 10.20 | 1. Memberikan porsi kecil tapi sering 2. Hidangkan makanan selagi hangat 3. Menganjurkan klien meningkatkan konsumsi sayuran dan | 10.30 10.35 | **S :** - Keluarga klien mengatakan makan klien masih sedikit - Keluarga klien mengatakan klien hanya minum susu dan |

70

|  |  |
| --- | --- |
| buah-buahan 4. Mengobservasi kemampuan klien mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | pisang. **O :** - Makanan klien habis ¼ dari porsi yang diberikan - Mukosa bibir klien terlihat kering **A :** Masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi **P :** Intervensi : - Anjurkan klien meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan |

71

|  |
| --- |
| - Kaji kemampuan klien mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan - Anjurkan makan sedikit tapi sering |

72  
**3.1.4 Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **HARI/TANGGAL** | **DIAGNOSA** | **JAM** | **IMPLEMENTASI** | **JAM** | **EVALUASI** | **PARAF** |
| **1.** | Rabu / 21 Juni 2017 | Ketidakseimbanga n cairan elektrolit | 11.30 11.35 11.45 12.00 | 1. Mengobservasi jumlah urine keluar 2. Memonitor TTV klien 3. Melanjutkan terapi dengan dokter untuk pemberian obat parenteral/non parenteral : infus RL 20 tts/menit : domperidon tab 3x10 mg, injeksi ranitidin 2x300 mg | 12.00 12.30 | **S :** - klien mengatakan BAK sudah seperti biasa, BAK klien 1500cc/24 jam - Keluarga klien mengatakan BAK klien sudah mulai normal - TD : 90/70 mmHg N : 72x/menit P : 21x/menit |  |

73

|  |
| --- |
| S : 36,3 oC **O :** - Klien tampak beristirahat **A :** Masalah ketidakseimbangan cairan elektrolit teratasi **P :** Intervensi : - Observasi intake output - Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian obat parenteral / non |

74

|  |
| --- |
| parenteral : domperidon tab 3x10 mg, injeksi ranitidin 2x300 mg. |
| **2.** | Rabu/ 21 Juni 2017 | Nyeri | 11.00 11.05 11.45 12.00 | - Mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan klien - Mengevaluasi teknik nafas dalam kepada klien - Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri seperti menonton dan membaca - Melanjutkan terapy | 12.00 12.30 | **S :** - Klien mengatakan nyeri di perut sudah mulai berkurang - Keluarga klien mengatakan klien berusaha melakukan relaksasi teknik nafas dalam seperti yang di ajarkan **O :** |

75

|  |  |
| --- | --- |
| klien dengan dokter untuk pemberian obat parenteral / non parenteral : domperidon tab 3x10 mg , asam folat tab 3x10 mg, injeksi cefoperazon 3x500 mg, injeksi ranitidin 2x300 mg. | - Skala nyeri 2 - Klien tampak melakukan teknik relaksasi nafas dalam **A :** Masalah nyeri teratasi sebagian **P :** Intervensi di hentikan |
| **3** | Rabu/ 21 Juni 2017 | Ketidakseimbanga n nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | 10.00 10.10 10.15 | 1. Memberikan porsi kecil tapi sering 2. Hidangkan makanan selagi hangat 3. Menganjurkan klien | 10.30 10.35 | **S :** - Klien mengatakan makan klien sudah sedikit lebih banyak dari sebelumnya. |

76

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10.20 | meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan 4. Mengobservasi kemampuan klien mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | - Keluarga klien mengatakan nafsu makan klien sudah mulai membaik **O :** Makanan klien tampak habis ½ porsi. **A :** Masalah teratasi sebagian **P :** Intervensi : Intervensi di hentikan |

77  
**BAB IV  
PEMBAHASAN**Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien Tn. Z Dengan Acute Kidney  
Injury ( Gagal Ginjal Akut ) Diruangan Rawat interne pria RSAM Bukittinggi pada tanggal  
19-21 juni 2017. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus  
keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan  
proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan Acute Kidney Injury ( Gagal Ginjal Akut )  
sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang  
diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur  
keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.  
**4.1. Pengkajian  
4.1.1. Identitas klien**Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis mengalami kesulitan untuk  
mendapatkan data dari klien sendiri, karena klien sangat susah di ajak untuk bercerita  
dikarenakan nyeri pada perutnya namun penulis mendapatkan data dari keluarga  
klien, catatan medis, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya.  
**4.1.2. Keluhan utama**Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus ada terdapat  
kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian.  
Menurut teori keluhan utama yang sering yaitu terjadi penurunan miksi, nyeri di  
perut, buang kecil berdarah, mual muntah, buang air kecil disertai nyeri.

78  
Pada Tinjauan Kasus didapatkan data Klien masuk IGD RSAM Bukittinggi  
pada tanggal 17 Juni 2017 jam 09.14 WIB dengan nyeri di perut di sebelah  
kiri, klien merasakan mual muntah terlebih dahulu hal tersebut membuat  
klien tidak nafsu makan.  
**4.1.1. Riwayat kesehatan dahulu**Pada tinjauan teori didapatkan data pada riwayat kesehatan dahulu seperti  
batu saluran kemih, infeksi sistem perkemihan yang berulang, penyakit  
diabetes mellitus, riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya  
riwayat alergi terhadap jenis obat atau infeksi intra abdominal. Dan pada  
tinjauan kasus saat dilakukan pengkajian keluarga klien mengatakan  
sebelumnya tidak mengetahui bahwa klien mempunyai riwayat ginjal,  
keluarga hanya mengetahui klien mempunyai riwayat hipertensi. Dan riwayat  
jantung, klien pernah kontrol ke poli jantung 1 bulan yang lalu. Jadi terdapat  
kesenjangan data antara teori dan kasus saat melakukan pengkajian.  
**4.1.2. Riwayat kesehatan keluarga**Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga biasanya  
terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita Acute Kidney  
Injury ( Gagal Ginjal Akut ) namun tidak ditemukan data di keluarga yang  
menderita penyakit Acute Kidney Injury ( Gagal Ginjal Akut ) seperti klien.  
**4.1.3. Pemeriksaan Fisik**Dalam melakukan pemeriksaan fisik pada Ny.N penulis banyak mengalami  
hambatan dikarenakan klien tidak mampu berbicara karena nyeri di perut dan  
juga sedang beristirahat, Penulis mendapatkan data dari keluarga klien dan  
buku status. Beberapa pemeriksaan fisik yang Penulis temukan yaitu terdapat  
79  
nyeri di perut sebelah kiri klien dengan skala nyeri 5. Nyeri dirasakan saat  
perutnya di tekan.  
**4.1. Diagnosa Keperawatan**Diagnosa keperawatan Acute Kidney Injury secara teori menurut NANDA  
nic noc jilid 2 dan 3 :  
1. Ketidakseimbangan cairan elektrolit  
2. Nyeri akut  
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  
4. Intoleransi aktivitas  
5. Kurangnya pengetahuan  
6. Ansietas  
7. Gangguan eliminasi urne  
8. Gangguan pola tidur  
9. Defisit volume cairan  
10. Pola nafas tidak efektif  
11. Resiko tinggi kejang  
Sedangkan pada tinjauan kasus hanya ditemukan 3 diagnosa keperawatan,  
diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus adalah :  
1. Ketidakseimbangan cairan eletrolit  
2. nyeri  
3. ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  
Dari 11 diagnosa diatas, ada 7 diagnosa yang tidak terdapat dalam tinjauan  
kasus yaitu intoleransi aktivitas, ansietas, gangguan pola tidur, pola nafas  
tidak efektif, resiko tinggi kejang, kurang pengetatahuan, defisit volume  
80  
cairan, namun diagnosa ini tidak ditegakkan karena penulis tidak menemukan  
data yang menunjang tegaknya diagnosa tersebut yaitu :  
**4.2. Intervensi Keperawatan**Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan  
prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori  
dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan  
kasus disesuaikan dengan keluhan yang dirasakan klien saat pengkajian  
dilakukan.  
**a. Untuk diagnosa pertama**Yaitu ketidakseimbangan cairan elektrolit, rencana tindakan yang  
dilakukan adalah pemberian cairan inravena, kaji intake dan output,  
monitor status dehidrasi ( kelembaban membran mukosa, turgor kulit,  
tekanan darah ).  
**b. Untuk diagnosa kedua**Yaitu Nyeri akut, rencana tindakan yang dilakukan adalah Lakukan  
pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik,  
durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. Observasi reaksi  
nonverbal dari ketidaknyamanan. Gunakan teknik komunikasi terapeutik  
untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. Kontrol lingkungan yang  
dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan  
kebisingan. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non  
farmakologi dan inter personal). Ajarkan tentang teknik non farmakologi.  
Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. Evaluasi keefektifan kontrol  
nyeri. Tingkatkan istirahat. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan  
dan tindakan nyeri tidak berhasil. Untuk intervensi pada kasus beberapa  
81  
intervensi teori tidak penulis masukkan karena klien berumur 67 tahun,  
penulis memilih dan menyesuaikan dengan kondisi klien  
**c. Untuk diagnosa ketiga**Yaitu Ketidakseimbangan kebutuhan nutrisi tubuh kurang dari  
kebutuhan tubuh, rencana tindakan yang dilakukan adalah Kaji adanya  
alergi makanan. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah  
kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. Anjurkan pasien untuk  
meningkatkan protein dan vitamin C. Berikan makanan yang terpilih (  
sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi). Berikan informasi tentang  
kebutuhan nutrisi. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi  
yang dibutuhkan. Untuk intervensi pada kasus beberapa intervensi teori  
tidak penulis masukkan karena klien berumur 67 tahun, penulis memilih  
dan menyesuaikan dengan kondisi klien.  
**4.3. Implementasi Keperawatan**Setelah rencana tindakan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan  
rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih  
dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan  
yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga  
seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang  
dihadapi klien.  
a. **Untuk diagnosa pertama**Yaitu ketidakseimbangan cairan elektrolit, tindakan yang penulis lakukan  
yaitu memonitor status dehidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi  
adekuat,tekanan darah ), mengobservasi intake output klien, monitor berat  
badan klien.  
82  
b. **Untuk diagnosa kedua**Yaitu Nyeri akut, tindakan yang penulis lakukan adalah Mengobservasi  
tingkat nyeri yang dirasakan klien. Mengajarkan teknik relakasasi non  
farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien. Mengevaluasi tindakan  
pengalihan nyeri seperti menonton TV dan membaca. Melanjutkan terapy  
klien dengan dokter.  
c. **Untuk diagnosa ketiga**Yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, tindakan  
yang penulis lakukan adalah Mengobservasi adanya alergi makanan.  
Menganjurkan klien untuk meningkatkan makan sayuran dan buahbuahan, memganjurkan pasien makan sedikit tapi sering. Memberikan  
informasi tentang kebutuhan nutrisi klien. Mengobservasi kemampuan  
klien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.  
Dalam melakukan rencana tindakan keperawatan penulis tidak menemukan  
kesulitan yang berarti hal ini disebabkan karena :  
a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam  
perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada  
tindakan keperawatan.  
b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa  
percaya sehingga memudahkan dalam melakukan tindakan  
keperawatan pada klien.  
c. Adanya kerjasama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan  
sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan  
asuhan keperawatan  
83  
**4.4. Evaluasi**Dari 3 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang  
penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan  
keperawatan belum mencapai perkembangan yang diharapkan, dikarenakan  
waktu yang singkat oleh karena itu diharapkan kepada perawat dan tenaga  
medis lainnya untuk melanjutkan intervensi yang telah penulis rencanakan.  
Dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal  
memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter,  
dan tim kesehatan lainnya.  
a. **Untuk diagnosa pertama** yaitu ketikseimbangan cairan elektrolit, hasil  
yang penulis dapatkan adalah keluarga mengatakan sering buang air kecil  
dengan jumlah urine 100cc, buang air kecil kadang-kadang disertai nyeri.  
b. **Untuk diagnosa kedua** yaitu nyeri akut, hasil yang penulis dapatkan  
adalah Keluarga klien mengatakan klien masih mengeluh nyeri di perut  
sebelah kiri. Klien terlihat meringis saat perutnya di tekan. Skala nyeri 5.  
Klien tampak mencoba rileksasi yaitu teknik napas dalam.  
c. **Untuk diagnosa ketiga** yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari  
kebutuhan tubuh, hasil yang penulis dapatkan adalah Keluarga klien  
mengatakan makan klien sudah sedikit lebih banyak dari pada  
sebelumnya Keluarga klien mengatakan klien makan pisang dan susu.  
Makanan klien tampak habis ½ dari porsi yang diberikan.  
84  
**BAB V  
PENUTUP  
5.1. Kesimpulan**Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Tn.Z Dengan Acute Kidney Injury  
Di Ruang Rawat Inap Interne Pria RSAM Bukittinggi 2017 dapat disimpulkan :  
**a. Pengkajian**Saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data yang sesuai dengan penyakit  
pasien yaitu Acute Kidney Injury ( Gagal Ginjal Akut ), dan nantinya data tersebut  
akan menjadi dasar bagi penulis untuk menegakkan diagnosa dalam melakukan  
tindakan keperawatan.  
**b. Diagnosa**Berdasarkan data yang di dapat, ditemukan 3 diagnosa pada kasus Tn.Z yaitu :  
1. Ketidakseimbangan cairan elektrolit b/d output yang berlebih  
2. Nyeri b/d proses penyakit  
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake yang  
adekuat  
**c. Intervensi**Intervensi yang dilakukan mengacu kepada diagnosa yang ditegakkan dan dibuat  
sesuai teoritis pada Buku Rencana Asuhan Keperawatan, Intervensi dapat berupa  
tindakan mandiri maupun tindakan kolaborasi. Untuk intervensi pada kasus  
beberapa intervensi teori tidak penulis masukkan karena klien berumur 67 tahun,  
penulis memilih dan menyesuaikan dengan kondisi klien

85  
**d. Implementasi**Implementasi yang dilakukan di ruangan lebih di fokuskan pada pendidikan  
kesehatan dan kolaborasi dengan keluarga untuk merawat pasien, sedangkan  
untuk implementasi yang lain secara continue dilakukan oleh perawat  
ruangan karena keterbatasan waktu bagi penulis memantau dan melakukan  
implementasi pada klien.  
**e. Evaluasi**Evaluasi dapat berupa respon verbal, respon non verbal, dan hasil  
pemeriksaan. Dari 3 diagnosa yang penulis tegakkan, sudah ada masalah  
yang teratasi, tapi hanya sedikit dari diagnosa dikarenakan keterbatasan  
waktu dan kemampuan penulis untuk melakukan asuhan keperawatan.  
**5.1. Saran  
5.2.1. Bagi Mahasiswa**Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas  
wawasan mengenai Acute Kidney Injury ( Gagal Ginjal Akut ) karena dengan  
adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu  
mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan  
kesehatan bagi masyarakat mengenai Acute Kidney Injury ( Gagal Ginjal  
Akut ) dan fakor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk  
kasus tersebut.  
**5.2.2. Bagi Rumah Sakit**Untuk mencegah meningkatnya Acute Kidney Injury ( Gagal Ginjal Akut )  
sebaiknya pasien di beri informasi yang memadai mengenai Acute Kidney  
Injuri itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan di perolehnya informasi yang  
cukup maka pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera. Adapun untuk  
86  
pasien yang telah mengalami atau menderita Acute Kidney Injury ( Gagal  
Ginjal Akut ), maka harus segera di lakukan perawatan yang intensif.  
**5.2.3. Bagi Masyarakat**Masyarakat diharapkan mampu mengenali tanda dan gejala penyakit Acute  
Kidney Injury ( Gagal Ginjal Akut ), sehingga komplikasi dari penyakit  
tersebut dapat segera di atasi, dan bagi masyarakat diharapkan mampu  
mengendalikan pola hidup yang tidak baik sehingga bisa terhindar dari  
penyakit Acute Kidney Injury. Diharapkan juga bagi keluarga bersikap lebih  
terbuka dalam memberikan informasi yang akan sangat berguna untuk  
melakukan rencana tindakan yang tepat nantinya.