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 balance2. Hydration3. Nutritional status : food and fluid4. Intake**KH :**1. Mempertahankan urine outputsesuai dengan usia dan beratbadan, BJ urine normal, HTnormal2. TTV dalam batas normal3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi4. Elastisitas turgor kulit baik,membran mukosa lembab, tidakada rasa haus yang berlebihan | **NICFluid Management**1. Pertahankan catatan intake dan outputyang akurat2. Monitor status hidrasi(kelembapanmukosa, nadi adekuat, tekanan darahortostatik )3. Monitor vital sign4. Monitor status nutrisi5. Dorong keluarga untuk membantupasien makan |
| **2**  | Gangguan Rasa Nyaman :Nyeri  | **NOC :**1. Pain Level,2. Pain control,3. Comfort level**Kriteria Hasil :**1. Mampu mengontrol nyeri (tahupenyebab nyeri, mampumenggunakan tehniknonfarmakologi untuk | **NICPain Management**1. Lakukan pengkajian nyeri secarakomprehensif termasuk lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitasdan faktor presipitasi2. Observasi reaksi nonverbal dariketidaknyamanan3. Gunakan teknik komunikasi terapeutikuntuk mengetahui pengalaman nyeripasien |

24

|  |  |
| --- | --- |
| mengurangi nyeri, mencaribantuan).2. Melaporkan bahwa nyeriberkurang dengan menggunakanmanajemen nyeri.3. Mampu mengenali nyeri (skala,intensitas, frekuensi dan tandanyeri).4. Menyatakan rasa nyaman setelahnyeri berkurang.5. Tanda vital dalam rentang normal | 4. Kontrol lingkungan yang dapatmempengaruhi nyeri seperti suhuruangan, pencahayaan dan kebisingan5. Pilih dan lakukan penanganan nyeri(farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)6. Ajarkan tentang teknik non farmakologi7. Berikan analgetik untuk menguranginyeri8. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri9. Tingkatkan istirahat10. Kolaborasikan dengan dokter jika adakeluhan dan tindakan nyeri tidakberhasil |
| **3**  | Ketidakseimbangan nutrisi kurang darikebutuhan b/d intake yang adekuat | **Tujuan :**1. Setelah dilakukan tindakan 1x24jam klien mampu dengan**KH :**1. Nafsu makan klien membaik2. Adanya peningkatan berat badansesuai dengan tujuan3. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi4. Menunjukkan peningkatan fungsipengecapan dari menelan5. Tidak terjadi penurunan beratbadan yang berarti | **Nutrition management**1. Kaji adanya alergi makanan2. Kolaborasi dengan ahli gizi untukmenentukan jumlah kalori dan nutrisiang dibutuhkan klien3. Berikan informasi tentang kebutuhannutrisi4. Monitor jumlah nutrisi dan kandungankalori5. Kaji kemampuan pasien untukmendapatkan nutrisi yang dibutuhkan |

25

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4**  | Intoleransi aktivitas b/d immobilitas  | **Energy conservationActivity tolerenceSelf care : ADLsKH :**1. Berpartisipasi dalam aktifitas fisiktanpa di sertai peningkatantekanan darah, nadi dan RR2. Mampu melakukan aktifitassehari-hari secara mandiri3. Tanda-tanda vital normal4. Level kelemahan5. Sirkulasi status baik | **Activity therapi**1. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasimedik dalam merencanakan programterapi yang tepat2. Bantu klien untuk mengidentifikasiaktifitas yang mampu di lakukan3. Bantu klien membuat jadwal latihan diwaktu luang4. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitasyang di sukai5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuanaktifitas seperti kursi roda |
| **5**  | Ansietas b/d perubahan dalam ( statuskesehatan ) | **NocAnxiety self-controlAnxiety levelCopingKriteria hasil :1.** klien mampu mengidentifikasidan mengungkapkan gejala cemas2. mengidentifikasi,mengungkapkan danmenunjukkan teknik untukmengontrol cemas3. vital sign dalam batas normal4. postur tubuh, ekspresi wajah,bahasa tubuh dan tingkat aktivitasmenunjukkan berkurangnyaaktivitas | **NicAnxiety reduction ( penurunan kecemasan )**1. gunakan pendekatan yangmenenangkan2. nyatakan dengan jekas harapan terhadappelaku pasien3. jelaskan semua prosedur dan apa yangdirasakan selama prosedur4. pahami prespektif pasien terhadapsituasi stress5. temani pasien untuk memberikankeamanan dan mengurangi takut6. dorong keluarga untuk menemani7. dengarkan dengan penuh perhatian8. identifikasi tingkat kecemasan |

26

|  |
| --- |
| 9. bantu pasien megenal siuasi yangmenimbulkan kecemasan10. dorong pasien untuk mengungkapkanperasaan, ketakutan, persepsi11. intruksikan pasien menggunakan teknikrelaksasi12. berikan obat untuk mengurangikecemasan |

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 DanMinuman/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,(jumlahurine normal 1200-1500ml perhari ) |  |

37

|  |
| --- |
| atau 150-600ml persekali 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 karenapasien baru masuk2 hari |
| Cuci rambut  | 3x/minggu  | Tidak ada |
| Gosok gigi  | 2x/hari  | Hanya berkumurkumur |
| 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Obat non parenteral / Dosis  | Obat parenteral/Dosis  | Cairan intra vena |
| 1.  | Domperidon  | 3x1 tab  | Inj. Cefeperazon  | 3x500 mgserbukinjeksi | Inf. RL 20tts/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 akibatpengosongan lambung yangtertunda. | 1. Orang yang alergi terhadapdomperidon atau kandungan laindari obat2. Penggunaan pada anak-anak tidakdi anjurkan, kecuali untukmengatasi mual muntah ketikamenjalani kemoterapi kanker danradioterapi3. Orang yang memiliki gangguanpada hipofisis di otak | 1. Bengkak pada tangan,kaki, pergelangan kaki,wajah, bibir atautenggorokan2. Ruam kulit kemerahanatau gatal-gatal3. Gangguan irama jantungyang menjadi cepat ataulambat4. gemetar |
| **2**  | Asam folat  | 3x1mg tab  | Anemia megabolistik, Keadaandengan defisiensi asam folatpada pasien cuci darah,pencegahan defek tabung saraf | 1. penderita dengan anemiapernisiosa tidak boleh di obatidengan asam folat sebelum diberikan vitamin B12 ( karena | 1. gangguan saluran cerna |

43

|  |
| --- |
| pada keadaan ini mungkin hanyamenyembuhkan secarahematologik tetapimemperbanyak manifestasineurologik dan defisiensi vitaminB12 ) |
| **3**  | Inj.Cefoperazone | 3x500mgamp | 1. infeksi saluran napas2. infeksi saluran kemih3. peritonitis, kolesistitis,kolangitis, dan infeksiintra abdominal lainnya | 1. hipersensitif terhadap antibiotikcephalosporin atau sulbactam2. pada ibu hamil dan menyusui3. defisiensi vitamin k dapat terjadi | 1. gangguan saluran cerna :diare, muntah, mual2. reaksi kulit : ruam,urtikaria3. peningkatan sementarabilirubin4. sakit kepala5. demam6. nyeri injeksi |

44

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4**  | Inj.ranitidin  | 2x300mg  | 1. untuk sakit maag, terjadipeningkatan asamlambung dan luka padalambung2. pengobatan radangsaluran pencernaanbagian atas (kerongkongan ) | 1. riwayat alergi terhadap ranitidin2. ibu yang sedang menyusui3. pemberian ranitidin juga perludiawasi pada kondisi gagal ginjal | 1. sakit kepala2. sulit buang air besar3. diare4. mual5. nyeri perut6. gatal-gatal pada kulit |
| **5**  | Infus RL  | 500ml20x/menit | 1. mengembalikankeseimbangan elektrolitpada dehidrasi | 1. kerusakan sel hati, laktat asidosis2. hipernatremia | 1. panas, infeksi padatempat penyuntikan,trombosis vena atauflebitis yang meluas daritempat 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 mengatakanklien sering BAK- Klien mengatakan BAKsering tapi sedikit- Keluarga klien mengatakanbadan klien terasa lemas**Do :**- Jumlah urine 100 cc- Turgor kulit jelek- Mukosa bibir klien kering- Klien tampak oedem di kakikiri.- Klien terpasang inf. RL 20tts/i | Ketidakseimbangancairan elektrolit | Output yang berlebih |
| **2**  | **Ds :**- Keluarga klien mengatakanklien mengeluh nyeri diperutnya di bawahumblikus, kuadran kiribawah.- Keluarga mengatakan BAK | Nyeri  | Proses penyakitnya |

48

|  |
| --- |
| klien disertai nyeri- Klien mengatakan nyerimenjalar sampai kepinggang- Keluarga klien mengatakantidur klien kurang karenanyeri di perut di bawahumblikus,kuadran kiribawah.**Do :**- Klien tampak meringis jikanyeri di tekan di perutsebelah kiri bagian bawah.- Skala nyeri 5.- Klien tampak tidur di sianghari ( jam 11.00 ) |
| **3**  | **Ds :**- Keluarga klien mengatakanmakan klien kurang- Klien hanya makan sedikitdari porsi yang diberikan- Keluarga klien mengatakanklien susah menelan- Keluarga mengatakan klienmengalami penurunan BB | Ketidakseimbangannutrisi kurang darikebutuhan tubuh | Intake yang adekuat |

49

|  |
| --- |
| 2kg 1 bulan yang lalu**Do :**- Makanan yang disajikantampak tidak habis ½ porsi- Klien tampak lemah danlesu- Klien tampak kurus- BB sebelum masuk RS :40kg- BB selama di RS : 38kg,mengalami penurunan 2kg |
| **4**  | **Ds :**- Klien mengatakan susahmelakukan aktifitassecara mandiri- Keluarga mengatakanaktifitas klien di bantuoleh keluarga**Do :**- Klien tampak susahmelakukan aktifitasdengan mandiri- ADL klien tampak dibantu keluarga | Intoleransi aktifitas  | Immobilitas |
| **Ds :**  | Ansietas  | Perubahan dalam ( status kesehatan ) |  |

50

|  |
| --- |
| - Klien mengatakancemas dengankondisinya saat ini- Klien mengatakankadang-kadang gelisah- Klien mengatakan takutketika sakitnya datangtiba-tiba**Do :**- Klien dan keluargatampak cemas dengankondisi 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 cairanelektrolit**Ds :**1. Klien mengatakan kliensering BAK.2. Klien mengatakan BAKsering tapi sedikit**Do :**1. Jumlah urine 100 cc2. Turgor kulit jelek3. Mukosa bibir klien4. Klien tampak oedem dikaki kiri5. Klien tampak terpasanginfus RL 20tts/menit | **NOCTujuan :**1. Fluid balance2. Hydration3. Nutritional status : food and fluid4. Intake**KH :**1. Mempertahankan urine outputsesuai dengan usia dan beratbadan, BJ urine normal, HTnormal2. TTV dalam batas normal3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi4. Elastisitas turgor kulit baik,membran mukosa lembab, tidak | **NICFluid Management**1. Pertahankan catatan intake danoutput yang akurat2. Monitor status hidrasi (kelembapan mukosa, nadiadekuat, tekanan darah ortostatik)3. Monitor vital sign4. Monitor status nutrisi5. Dorong keluarga untukmembantu pasien makan |

53

|  |
| --- |
| ada rasa haus yang berlebihan |
| **2**  | **Selasa /20 Juni 2017** | Gangguan Rasa Nyaman :NyeriDs :1. Klien mengatakan nyerimenjalar sampai kepinggang2. Klien mengatakanmengeluh nyeri diperutnyaDo :1. Wajah klien tampakmeringis jika nyeri ditekan2. Skala nyeri = 5 | **NOC :**1. Pain Level,2. Pain control,3. Comfortlevel**Kriteria Hasil :**1. Mampu mengontrol nyeri (tahupenyebab nyeri, mampumenggunakan tehniknonfarmakologi untukmengurangi nyeri, mencaribantuan).2. Melaporkan bahwa nyeriberkurang dengan menggunakanmanajemen nyeri.3. Mampu mengenali nyeri (skala, | **NICPain Management**1. Lakukan pengkajian nyeri secarakomprehensif termasuk lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan faktor presipitasi2. Observasi reaksi nonverbal dariketidaknyamanan3. Gunakan teknik komunikasiterapeutik untuk mengetahuipengalaman nyeri pasien4. Kontrol lingkungan yang dapatmempengaruhi nyeri sepertisuhu ruangan, pencahayaan dankebisingan |

54

|  |  |
| --- | --- |
| intensitas, frekuensi dan tandanyeri).4. Menyatakan rasa nyaman setelahnyeri berkurang.5. Tanda vital dalam rentang normal | 5. Pilih dan lakukan penanganannyeri (farmakologi, nonfarmakologi dan inter personal)6. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi7. Berikan analgetik untukmengurangi nyeri8. Evaluasi keefektifan kontrolnyeri9. Tingkatkan istirahat10. Kolaborasikan dengan dokterjika ada keluhan dan tindakannyeri tidak berhasil |
| **3**  | **Rabu /21 Juni 2016** | Ketidakseimbangan nutrisi kurangdari kebutuhan b/d intake yangadekuat | **Tujuan :**1. Setelah dilakukan tindakan 1x24jam klien mampu dengan | **Nutrition management**1. Kaji adanya alergi makanan2. Kolaborasi dengan ahli gizi |

55

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ds :**1. Klien mengatakan makanklien kurang**Do :**1. Makanan yang di sajikantampak tidak habis ½porsi.2. Klien tampak kurus3. BB sebelum masuk RS : 40kg, dan berat badan selamadi RS : 38kg mengalamipenurunan berat badan2kg. | **KH :**1. Nafsu makan klien membaik2. Adanya peningkatan berat badansesuai dengan tujuan3. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi4. Menunjukkan peningkatan fungsipengecapan dari menelan5. Tidak terjadi penurunan beratbadan yang berarti | untuk menentukan jumlah kaloridan nutrisi ang dibutuhkan klien3. Berikan informasi tentangkebutuhan nutrisi4. Monitor jumlah nutrisi dankandungan kalori5. Kaji kemampuan pasien untukmendapatkan nutrisi yangdibutuhkan |
| **4**  | **Rabu /21 Juni 2017** | Intoleransi aktivitas b/dimmobilitas**Ds :** | **Energy conservationActivity tolerenceSelf care : ADLs** | **Activity therapi**1. Kolaborasi dengan tenagarehabilitasi medik dalam |

56

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Klien mengatakan susahmelakukan aktivitas secaramandiri2. Keluarga mengatakanaktivitas klien di bantuoleh keluarga**Do :**1. Klien tampak susahmelakukan aktivitasdengan mandiri2. ADL klien tampak dibantu keluarga | **KH :**1. Berpartisipasi dalam aktifitas fisiktanpa di sertai peningkatantekanan darah, nadi dan RR2. Mampu melakukan aktifitassehari-hari secara mandiri3. Tanda-tanda vital normal4. Level kelemahan5. Sirkulasi status baik | merencanakan program terapiyang tepat2. Bantu klien untukmengidentifikasi aktifitas yangmampu di lakukan3. Bantu klien membuat adwallatihan di waktu luang4. Bantu untuk mengidentifikasiaktivitas yang di sukai5. Bantu untuk mendapatkan alatbantuan aktifitas seperti kursiroda |
| **5**  | **Rabu /21 juni 2017** | Ansietas b/d perubahan dalam (status kesehatan )**Ds :** | **NocAnxiety self-controlAnxiety level** | **NicAnxiety reduction ( penurunankecemasan )** |

57

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. klien mengatakan cemasdengan kondisinya saat ini**Do :**1. klien dan keluarga cemasdengan kondisi klien saatini2. klien tampak gelisah3. kontak mata buruk | **CopingKriteria hasil :**1. klien mampu mengidentifikasidan mengungkapkan gejala cemas2. mengidentifikasi,mengungkapkan danmenunjukkan teknik untukmengontrol cemas3. vital sign dalam batas normal4. postur tubuh, ekspresi wajah,bahasa tubuh dan tingkat aktivitasmenunjukkan berkurangnyaaktivitas | 1. gunakan pendekatan yangmenenangkan2. nyatakan dengan jekas harapanterhadap pelaku pasien3. jelaskan semua prosedur dan apayang dirasakan selama prosedur4. pahami prespektif pasienterhadap situasi stress5. temani pasien untukmemberikan keamanan danmengurangi takut6. dorong keluarga untukmenemani7. identifikasi tingkat kecemasan8. bantu pasien megenal siuasiyangmenimbulkan kecemasan |

58

|  |
| --- |
| 9. dorong pasien untukmengungkapkan perasaan,ketakutan, persepsi10. intruksikan pasien menggunakanteknik relaksasi11. berikan obat untuk mengurangikecemasan |

59
**3.1.4 Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO**  | **HARI/TANGGAL**  | **DIAGNOSA**  | **JAM**  | **IMPLEMENTASI**  | **JAM**  | **EVALUASI**  | **PARAF** |
| **1.**  | Senin /20 Juli 2017 | Ketidakseimbangan cairan elektrolit | 11.3011.3511.4512.00 | 1. Memonitor statushidrasi ( kelembabanmembran mukosa, nadiadekuat, tekanan darah)2. Mengobservasi intakeoutput klien3. Monitor berat badanklien4. Mengkolaborasikanpemberian cairan IV5. Mendorong klien | 12.0012.30 | **S :**- klien mengatakanBAK sering tapisedikit-sedikit yangkeluar sebanyak100cc/4 jam**O :**- Klien tampak sering kewc- Jumlah urine 100cc**A :** Masalahketidakseimbangan |  |

60

|  |  |
| --- | --- |
| untuk menambahintake oral6. Lanjutkan terapydengan dokter untukpemberian obatparenteral / nonparenteral :domperidon tab 3x10mg , injeksi ranitidin2x300 mg | cairan elektrolit belumteratasi**P :** Intervensi :- Observasi intakeoutput- Lanjutkan terapydengan dokter untukpemberian obatparenteral / nonparenteral :domperidon tab 3x10mg, injeksi ranitidin2x300 mg. |
| **2.**  | Senin/19 Juni 2017 | Nyeri  | 11.00  | - Mengobservasi tingkatnyeri yang dirasakan | 12.00  | **S :**- Klien mengatakan |

61

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 11.0511.4512.00 | klien- Mengajarkan teknikrelakasasi nonfarmakologis / tekniknafas dalam kepadaklien- Mengevaluasi tindakanpengalihan nyeriseperti menonton danmembaca- Melanjutkan terapyklien dengan dokteruntuk pemberian obatparenteral / nonparenteral : | 12.30  | mengeluh nyeri diperut sebelah kiribawah umbilikuskuadran kiri bawah- Keluarga klienmengatakan perutklien masih nyeri**O :**- Klien tampak meringis- Klien tampakmelakukan teknikrelaksasi nafas dalam- Skala nyeri 5**A :** Masalah belum teratasi**P :** Intervensi : |

62

|  |  |
| --- | --- |
| domperidon tab 3x10mg , asam folat tab3x10 mg, injeksicefoperazon 3x500mg, injeksi ranitidin2x300 mg. | - Kaji tingkat nyeri- Evaluasi teknikpengalihan nyeri yangdiajarkan- Lanjutkan terapydengan dokter untukpemberian obatparenteral / nonparenteral :domperidon tab 3x10mg , asam folat tab3x10 mg, injeksicefoperazon 3x500mg, injeksi ranitidin2x300 mg. |

63

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3**  | Senin/19 Juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurangdari kebutuhantubuh | 10.0010.1010.1510.20 | 1. Mengobservasi adanyaalergi makanan2. Menganjurkan klienuntuk meningkatkanmakan sayuran danbuah-buahan3. Memberikan informasitentang kebutuhannutrisi klien4. Mengobservasikemampuan klienuntuk mendapatkannutrisi yangdibutuhkan | 10.3010.35 | **S :**- Keluarga klienmengatakan klien tidakmemiliki alergimakanan- Keluarga klienmengatakan klienjarang mengkonsumsisayuran dan buahbuahan**O :**- Klien tidak memilikialergi makanan- Makanan klien habis ¼dari porsi yang |

64

|  |
| --- |
| diberikan- Mukosa bibir klienterlihat kering**A :** Masalah nutrisi kurangdari kebutuhan tubuh belumteratasi**P :** Intervensi :- Anjurkan klienmeningkatkankonsumsi sayuran danbuah-buahan- Kaji kemampuan klienmendapatkan nutrisiyang dibutuhkan |

65
**3.1.4 Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO**  | **HARI/TANGGAL**  | **DIAGNOSA**  | **JAM**  | **IMPLEMENTASI**  | **JAM**  | **EVALUASI**  | **PARAF** |
| **1.**  | Selasa /20 Juli 2017 | Ketidakseimbangan cairan elektrolit | 11.3011.3511.4512.00 | 1. Mengobservasi jumlahurine keluar2. Memonitor TTV klien3. Melanjutkan terapidengan dokter untukpemberian obatparenteral/nonparenteral : infus RL20 tts/menit :domperidon tab 3x10mg, injeksi ranitidin2x300 mg | 12.0012.30 | **S :**- klien mengatakanBAK sudah tidaksering lagi, BAK klien1100cc/24 jam- Keluarga klienmengatakan klienBAK sudah tidaksering seperti 3 hariyang lalu**O :**- Jumlah urine 1100cc |  |

66

|  |
| --- |
| - Klien tampakberistirahat**A :** Masalahketidakseimbangancairan elektrolit mulaiteratasi sebagian**P :** Intervensi :- Observasi intakeoutput- Lanjutkan terapydengan dokter untukpemberian obatparenteral / nonparenteral :domperidon tab 3x10 |

67

|  |
| --- |
| mg, injeksi ranitidin2x300 mg. |
| **2.**  | Selasa/20 Juni 2017 | Nyeri  | 11.0011.0511.4512.00 | - Mengobservasi tingkatnyeri yang dirasakanklien- Mengajarkan tekniknafas dalam kepadaklien- Mengevaluasi tindakanpengalihan nyeriseperti menonton danmembaca- Melanjutkan terapyklien dengan dokteruntuk pemberian obat | 12.0012.30 | **S :**- Klien mengatakanmengeluh nyeri diperut sudah mulaiberkurang- Keluarga klienmengatakan klienberusaha melakukanrelaksasi teknik nafasdalam seperti yang diajarkan**O :**- Klien tampak meringis |

68

|  |  |
| --- | --- |
| parenteral / nonparenteral :domperidon tab 3x10mg , asam folat tab3x10 mg, injeksicefoperazon 3x500mg, injeksi ranitidin2x300 mg. | jika perutnya di tekan- Skala nyeri 3- Klien tampakmelakukan teknikrelaksasi nafas dalam**A :** Masalah nyeri teratasisebagian**P :** Intervensi :- Kaji tingkat nyeri- Evaluasi teknikpengalihan nyeri yangdiajarkan- Lanjutkan terapydengan dokter untukpemberian obat |

69

|  |
| --- |
| parenteral / nonparenteral :domperidon tab 3x10mg , asam folat tab3x10 mg, injeksicefoperazon 3x500mg, injeksi ranitidin2x300 mg. |
| **3**  | Selasa/20 Juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurangdari kebutuhantubuh | 10.0010.1010.1510.20 | 1. Memberikan porsikecil tapi sering2. Hidangkan makananselagi hangat3. Menganjurkan klienmeningkatkankonsumsi sayuran dan | 10.3010.35 | **S :**- Keluarga klienmengatakan makanklien masih sedikit- Keluarga klienmengatakan klienhanya minum susu dan |

70

|  |  |
| --- | --- |
| buah-buahan4. Mengobservasikemampuan klienmendapatkan nutrisiyang dibutuhkan | pisang.**O :**- Makanan klien habis ¼dari porsi yangdiberikan- Mukosa bibir klienterlihat kering**A :** Masalah nutrisi kurangdari kebutuhan tubuh belumteratasi**P :** Intervensi :- Anjurkan klienmeningkatkankonsumsi sayuran danbuah-buahan |

71

|  |
| --- |
| - Kaji kemampuan klienmendapatkan nutrisiyang dibutuhkan- Anjurkan makansedikit tapi sering |

72
**3.1.4 Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO**  | **HARI/TANGGAL**  | **DIAGNOSA**  | **JAM**  | **IMPLEMENTASI**  | **JAM**  | **EVALUASI**  | **PARAF** |
| **1.**  | Rabu /21 Juni 2017 | Ketidakseimbangan cairan elektrolit | 11.3011.3511.4512.00 | 1. Mengobservasi jumlahurine keluar2. Memonitor TTV klien3. Melanjutkan terapidengan dokter untukpemberian obatparenteral/nonparenteral : infus RL20 tts/menit :domperidon tab 3x10mg, injeksi ranitidin2x300 mg | 12.0012.30 | **S :**- klien mengatakanBAK sudah sepertibiasa, BAK klien1500cc/24 jam- Keluarga klienmengatakan BAKklien sudah mulainormal- TD : 90/70 mmHgN : 72x/menitP : 21x/menit |  |

73

|  |
| --- |
| S : 36,3 oC**O :**- Klien tampakberistirahat**A :** Masalahketidakseimbangancairan elektrolitteratasi**P :** Intervensi :- Observasi intakeoutput- Lanjutkan terapydengan dokter untukpemberian obatparenteral / non |

74

|  |
| --- |
| parenteral :domperidon tab 3x10mg, injeksi ranitidin2x300 mg. |
| **2.**  | Rabu/21 Juni 2017 | Nyeri  | 11.0011.0511.4512.00 | - Mengobservasi tingkatnyeri yang dirasakanklien- Mengevaluasi tekniknafas dalam kepadaklien- Mengevaluasi tindakanpengalihan nyeriseperti menonton danmembaca- Melanjutkan terapy | 12.0012.30 | **S :**- Klien mengatakannyeri di perut sudahmulai berkurang- Keluarga klienmengatakan klienberusaha melakukanrelaksasi teknik nafasdalam seperti yang diajarkan**O :** |

75

|  |  |
| --- | --- |
| klien dengan dokteruntuk pemberian obatparenteral / nonparenteral :domperidon tab 3x10mg , asam folat tab3x10 mg, injeksicefoperazon 3x500mg, injeksi ranitidin2x300 mg. | - Skala nyeri 2- Klien tampakmelakukan teknikrelaksasi nafas dalam**A :** Masalah nyeri teratasisebagian**P :** Intervensi di hentikan |
| **3**  | Rabu/21 Juni 2017 | Ketidakseimbangan nutrisi kurangdari kebutuhantubuh | 10.0010.1010.15 | 1. Memberikan porsikecil tapi sering2. Hidangkan makananselagi hangat3. Menganjurkan klien | 10.3010.35 | **S :**- Klien mengatakanmakan klien sudahsedikit lebih banyakdari sebelumnya. |

76

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10.20 | meningkatkankonsumsi sayuran danbuah-buahan4. Mengobservasikemampuan klienmendapatkan nutrisiyang dibutuhkan | - Keluarga klienmengatakan nafsumakan klien sudahmulai membaik**O :**Makanan klien tampak habis½ 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.