

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN KELEBIHAN VOLUME
CAIRAN PADA TN. G CKD ON HD DENGAN MENGULUM ES
BATU TERHADAP PENURUNAN RASA HAUS DI LANTAI V1
PAVILIUN DARMAWAN RSPAD GATOT SOEBROTO**

KARYA TULIS ILMIAH



**DISUSUN OLEH :
ANGGIE HANI DEWANTI
NIM 2036061**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RSPAD GATOT SOEBROTO
TA 2022/2023**

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN KELEBIHAN VOLUME
CAIRAN PADA TN. G CKD ON HD DENGAN MENGULUM ES
BATU TERHADAP PENURUNAN RASA HAUS DI LANTAI V1
PAVILIUN DARMAWAN RSPAD GATOT SOEBROTO**

KARYA TULIS ILMIAH

Di Ajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Ujian Akhir

Program D3 Keperawatan



DISUSUN OLEH :

ANGGIE HANI DEWANTI

NIM 2036061

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RSPAD GATOT SOEBROTO
TA 2022/2023**

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN
PADA TN. G CKD ON HD DENGAN MENGULUM ES BATU TERHADAP
PENURUNAN RASA HAUS DI LT VI PAVILIUN DARMAWAN RSPAD
GATOT SOEBROTO**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa, disetujui, dan siap untuk dipertahankan
dihadapan tim penguji pada Program Studi D-III Keperawatan STIKes RSPAD

Gatot Soebroto

Jakarta, 12 Juli 2023

Menyetujui

Pembimbing

(Ns. Hendik Wicaksono, S.Kep., M.Kes)

NIDN 0317107303

PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : **Anggie Hani Dewanti**

Nim : **2036061**

Program Studi : **D3 Keperawatan**

Angkatan : **2020**

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tugas akhir yang berjudul :

**“ PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN KELEBIHAN VOLUME
CAIRAN PADA TN. G CKD ON HD DENGAN MENGULUM ES
BATU TERHADAP PENURUNAN RASA HAUS DI LT VI
PAVILIUN DARMAWAN RSPAD GATOT SOEBROTO”**

Apabila dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Jakarta, 12 Juli 2023

Yang menyatakan,

Anggie Hani Dewanti

Nim 2036061

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**PENERAPAN MENGULUM ES BATU TERHADAP PENURUNAN RASA
HAUS PADA TN. G DENGAN CKD ON HD AKIBAT KELEBIHAN
VOLUME CAIRAN DI LANTAI VI PAVILIUN DARMAWAN
RSPAD GATOT SOEBROTO**

Telah disetujui dan diperiksa oleh Tim Penguji KTI

Prodi DIII Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Penguji I

Penguji II

(Ns. Hendik Wicaksono, S.Kep., M.Kes) (Ns. Lyana Arsianti, S. Kep. MARS)

NIDN 0317107303

NIP 197603132007012001

Mengetahui

Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Didin Syaefudin, S. Kp., MARS

NIDK : 899522021

RIWAYAT HIDUP

Nama : Anggie Hani Dewanti

Tempat, Tanggal Lahir : Jakarta, 09 Januari 2002

Agama : Islam

Alamat : jl. Sunter Bentengan 4 Rt.008/Rw.005 No.30

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Sunter Jaya 04 Petang Lulus Tahun 2013
2. SMP Negeri 152 Jakarta Lulus Tahun 2016
3. SMA Taman Madya 1 Jakarta Lulus Tahun 2019
4. STIKes RSPAD Gatot Soebroto D3 Keperawatan



KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirahim

Segala puji dan syukur saya panjatkan atas kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan- Nya saya dapat menyelesaikan studi kasus dan penyusunan tugas akhir ini dengan judul “ **PENERAPAN MENGULUM ES BATU TERHADAP PENURUNAN RASA HAUS PADA TN. G DENGAN CKD ON HD AKIBAT KELEBIHAN VOLUME CAIRAN DI LANTAI VI PAVILIUN DARMAWAN RSPAD GATOT SOEBROTO** “. Studi kasus ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan Pendidikan Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto. Dengan segala keterbatasan penulis menyadari bahwa dalam studi kasus ini masih terdapat banyak kekurangan atau masih jauh dari kata sempurna, baik dalam penulisan maupun tata bahasa. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis berharap agar para pembaca dapat memberikan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan studi kasus ini. Dalam menyelesaikan studi kasus ini penulis banyak mendapatkan bantuan berupa bimbingan, pengarahan dorongan semangat serta saran yang telah diberikan kepada penulis. Maka, pada kesempatan ini dengan segala hormat penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Didin Syaefudin S.Kp, MARS selaku Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Studi D3 Keperawatan.
2. Bapak Memed Sena Setiawan S.Kp, M.Pd, M.M selaku Wakil Ketua I yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Studi D3 Keperawatan.
3. Ibu Ns. Ita S.Kep, selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan.
4. Bapak Ns. Hendik Wicaksono, S.Kep., M.Kes selaku pembimbing dan penguji I yang telah banyak membantu, meluangkan waktu, tenaga serta kritik dan saran dalam studi kasus ini.
- 5.

6. Ibu Ns. Lyana Arisianti, S. Kep. MARS selaku penguji II yang telah memberikan banyak masukan serta arahan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.
7. Kaur, CI beserta staff lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto yang telah membantu penulis dalam memberikan informasi dan bimbingan selama proses pengambilan kasus.
8. Seluruh Dosen dan Staff STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang turut membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga studi kasus ini dapat terselesaikan.
9. Klien Tn. G beserta keluarga yang telah bersedia menjadi responden dan selalu kooperatif dalam pelaksanaan tindakan keperawatan
10. Kedua orang tua tercinta penulis, Papa dan Mama yang menjadi panutan penulis dalam kehidupan, yang sudah membimbing penulis di setiap langkahnya, yang sudah memberikan hal – hal yang tidak ternilai harganya selama penulis hidup, yang sudah mendukung dan mengarahkan penulis hingga sampai pada titik ini, yang tetap memberikan kasih sayang mereka jarak dekat maupun jauh.
11. Terimakasih kepada Sholahuddin Tiflen S.H yang telah membersamai penulis selama penyusunan dan pengerjaan Karya Tulis Ilmiah ini dalam kondisi apapun. Terimakasih telah menjadi rumah yang tidak hanya berupa tanah dan bangunan.
12. Sahabat tercinta saya yaitu Kaila Ekiyani, Khalda Hanifa, Irma Silfiani, Apriliyanti Nur Shabrina yang selalu bersama saya dan mendengarkan keluh kesah serta memberikan saran dalam penulisan studi kasus ini.
13. Teman – teman seperjuangan saya selama proses perkuliahan Debora, Dwiki, Fitri, Cynthia, Zalfa.
14. Teman satu bimbingan saya bang Amin, Evelin, Linda, Syifa, Widiati.
15. Rekan – rekan seperjuangan Angkatan XXXVI Mahasiswa STIKes RSPAD Gatot Soebroto atas dukungan dalam penulisan studi kasus ini.
16. *Last but not least, I wanna thank me for believe in me. I wanna thank me for doing all this hard word, I wanna thank me for having no days off, I wanna thank me for. For never quitting.*

Tanpa peran serta semua pihak di atas, studi kasus ini tidak akan pernah terwujud. Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan karunia kepada mereka semua. Akhir kata, perkenankan penulis mengucapkan maaf yang sebesar – besarnya apabila dalam stufi kasus ini terdapat kesalahan maupun kekurangan. Semoga studi kasus ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak yang bersangkutan, khususnya bagi penulis dan umumnya bagi penulis.

Jakarta, 12 Julii 2023

Penulis

Anggie Hani Dewanti

**HALAMAN PENYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA
ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademi STIKes RSPAD Gatot Soebroto, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anggie Hani Dewanti

NIM : 2036061

Program Studi : D III Keperawatan

Jenis Karya : Tugas Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes RSPAD Gatot Soebroto **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**PENERAPAN MENGULUM ES BATU TERHADAP PENURUNAN RASA
HAUS PADA TN. G DENGAN CKD ON HD AKIBAT KELEBIHAN
VOLUME CAIRAN DI LANTAI VI PAVILIUN DARMAWAN
RSPAD GATOT SOEBROTO**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan) Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKes RSPAD Gatot Soebroto berhak menyimpan, mengalih media atau formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 12 Juli 2023

Yang menyatakan

Anggie Hani Dewanti

ABSTRAK

Nama : Anggie Hani Dewanti
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Penerapan Asuhan Keperawatan Kelebihan Volume Cairan Pada Tn. G CKD ON HD Dengan Mengulum Es Batu Terhadap Penurunan Rasa Haus di Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto.

Gagal Ginjal Kronik adalah suatu keadaan penurunan fungsi ginjal secara mendadak tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya biasanya eliminasi urine menumpuk dalam cairan tubuh menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit serta asam basa. Penderita dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa harus mematuhi diet, minum obat, pembatasan aktivitas, proses hemodialisis, dan pembatasan cairan. Apabila cairan tidak dijaga atau terjadi kelebihan cairan antara sesi dialisis menimbulkan dampak berupa penambahan berat badan, dan edema. Membatasi cairan selama hemodialisa menimbulkan rasa haus dan mulut kering akibat produksi kelenjar ludah yang berkurang dengan pembatasan asupan cairan mengulum es batu sangat bermanfaat mengurangi rasa haus. Air dalam es batu memberikan efek dingin yang menyegarkan dan mengatasi haus pasien yang menjalani hemodialisa. Pada penelitian ini kelebihan volume cairan dengan teknik mengulum es batu dapat mempengaruhi menurunkan intensitas haus pada klien dan kesimpulan yang didapatkan pada penelitian terdahulu atau buku terkait dengan gagal ginjal kronik dilakukan teknik mengulum es batu dapat berpengaruh terhadap penurunan intensitas haus. Tujuan menggambarkan penerapan mengulum es batu dalam mengatasi kelebihan volume cairan pada pasien CKD on HD. Desain penelitian yang digunakan peneliti adalah penelitian deskriptif yang berbentuk studi kasus. Terdapat pengaruh yang signifikan tingkat rasa haus sebelum dan setelah intervensi mengulum es batu selama 5-10 menit karena air es yang mencair dan rasa dingin dari es dapat menyegarkan mulut dan tenggorokan teknik mengulum es batu dapat mempengaruhi menurunkan intensitas haus pada pasien CKD.

Kata Kunci : CKD, haus, es batu.

ABSTRACT

Name : Anggie Hani Dewanti
Study Program : D-III of Nursing Major
Title : Application of Nursing Care for Excess Fluid Volume in Tn. G CKD ON HD by Swallowing Ice Cube Against Thirst Decrease on the VI Floor of Darmawan Pavilion of Gatot Soebroto Hospital.

Chronic Renal Failure is a state of sudden decline in kidney function that is unable to transport the body's metabolic waste or perform its regular functions, usually urine elimination accumulates in body fluids causing endocrine and metabolic, fluid, electrolyte and acid-base function disorders. Patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis must comply with diet, medication, activity restriction, hemodialysis process, and fluid restriction. If fluids are not maintained or fluid overload occurs between dialysis sessions, weight gain and edema may result. Fluid restriction during hemodialysis leads to thirst and dry mouth due to reduced salivary gland production with restriction of fluid intake taking ice cubes is very beneficial to reduce thirst. Water in ice cubes provides a refreshing cold effect and overcomes the thirst of patients undergoing hemodialysis. In this study, excess fluid volume with the technique of swallowing ice cubes can affect reducing the intensity of thirst in clients and the conclusions obtained in previous studies or books related to chronic renal failure carried out the technique of swallowing ice cubes can have an effect on reducing the intensity of thirst. The purpose of describing the application of taking ice cubes in overcoming excess fluid volume in CKD patients on HD. The research design used by researchers is descriptive research in the form of case studies. There is a significant effect on the level of thirst before and after the intervention of chewing ice cubes for 5-10 minutes because melting ice water and the cold taste of ice can refresh the mouth and throat The technique of chewing ice cubes can affect the intensity of thirst in CKD patients.

Keywords : CKD, thirst, ice cubes.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	i
PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PENYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA	viii
ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	3
C. Tujuan Studi Kasus	3
D. Manfaat Studi Kasus	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Medis.....	5
B. Konsep Pengaruh Mengulum Es Batu dalam Penurunan Rasa Haus	16
C. Jurnal Pendukung Mengulum Es Batu Pada Pasien CKD ON HD.....	22
D. Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik.....	23
BAB III METODE STUDI KASUS.....	40
A. Desain Studi Kasus	40
B. Subyek Studi Kasus.....	40
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	40

D. Fokus Studi Kasus.....	41
E. Instrumen Studi Kasus	52
F. Metode Pengumpulan Data.....	53
BAB IV PEMBAHASAN.....	55
A. Pengkajian.....	55
B. Diagnosa Keperawatan.....	55
C. Intervensi Keperawatan.....	56
D. Implementasi Keperawatan.....	57
E. Evaluasi Keperawatan.....	57
BAB V PENUTUP.....	58
A. Kesimpulan	58
B. Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA.....	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2 1 Scores and categorical visual analogy scale.....	20
---	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi penyakit gagal ginjal kronik.....	6
Tabel 2. 2 Thirst Distres Scale	Error! Bookmark not defined.
Tabel 2. 3 Dialysis Thirst Inventory (DTI)	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pathway	63
Lampiran 2 Indeks Barthel.....	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 3 Lembar Konsultasi KTI.....	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 4 Satuan Acara Pembelajaran (SAP)	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 5 Leafleat	Error! Bookmark not defined.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Gagal Ginjal Kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) saat ini banyak diderita oleh penduduk dunia dan terus meningkat jumlah penderitanya di berbagai negara. Gagal Ginjal Kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah suatu keadaan penurunan fungsi ginjal secara mendadak ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya yang biasanya di eliminasi di urine menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan eksresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit serta asam basa (Harmilah, 2020). Prevalensi penyakit ginjal kronis menurut WHO (2018) menjelaskan bahwa gagal ginjal kronik adalah masalah kesehatan terdapat 1/10 penduduk dunia diidentikkan dengan penyakit ginjal kronis dan diperkirakan 5 sampai 10 juta kematian pasien setiap tahun, dan diperkirakan 1,7 juta kematian setiap tahun karena kerusakan ginjal akut (Zulfan et al., 2021). Menurut data nasional berkisar 713.783 jiwa dan 2.850 yang melakukan pengobatan hemodialisa. Jumlah penyakit gagal ginjal kronik di Jawa Barat mencapai 131.846 jiwa dan menjadi provinsi tertinggi di Indonesia, Jawa Tengah menduduki urutan kedua dengan angka mencapai 113.045 jiwa. Dalam uraian tersebut jumlah pada laki-laki adalah 355.726 jiwa, sedangkan pada perempuan adalah 358.057 jiwa (Kemenkes, 2019). Berdasarkan data di rumah sakit RSPAD Gatot Soebroto diruang Paviliun Darmawan Lantai VI sebanyak 389 klien yang dirawat dalam 3 bulan terakhir dan didapatkan data klien yang menderita CKD ON HD sebanyak 80 orang dari bulan Maret 2023-Mei 2023.

Saat ini hemodialisis menjadi terapi pengganti ginjal yang paling banyak dipilih. Fungsi dialisis untuk mengatasi ketidakseimbangan cairan dan membantu mengendalikan penyakit ginjal serta meningkatkan kualitas hidup pasien CKD. Hemodialisis idealnya dilakukan 10-12 jam per minggu agar tercapai adekuasi. Pasien biasanya menjalani hemodialisis 2-3 hari seminggu dengan lama durasi tiap hemodialisis 3-5 jam, artinya ketika pasien tidak

menjalani hemodialisis pada hari-hari diantara dua waktu dialisis pasien akan mengalami masalah penumpukan cairan dalam tubuh (Arfany, 2014).

Penderita dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa harus mematuhi diet, minum obat, pembatasan aktivitas, proses hemodialisis, dan pembatasan cairan. Apabila cairan tidak dijaga atau terjadi kelebihan cairan antara sesi dialisis, maka akan menimbulkan dampak berupa penambahan berat badan, dan edema. Namun, membatasi cairan selama hemodialisa dapat menimbulkan rasa haus dan mulut kering akibat produksi kelenjar ludah yang berkurang (Kozier, 2011).

Rasa haus merupakan keinginan yang disadari terhadap kebutuhan akan cairan tubuh. Rasa haus dapat mengakibatkan pasien tidak mematuhi diet pembatasan asupan cairan sehingga pasien mengalami kelebihan cairan atau overhidrasi. Ketidapatuhan terhadap pembatasan cairan akan semakin meningkatkan asupan cairan. Penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara masukan cairan dengan interdialytic weight gain (IDWG) atau peningkatan berat badan diantara waktu dialisis (Istanti, 2011).

Kelebihan cairan akan menurunkan kualitas hidup pasien karena timbulnya berbagai komplikasi seperti permasalahan kardiovaskuler. Kelebihan cairan bisa terjadi karena intake cairan yang berlebihan akibat tidak dapat menahan rasa haus. Rasa haus harus dimanajemen atau dikendalikan agar pasien patuh pada diet pembatasan intake cairan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa intervensi manajemen rasa haus dapat dilakukan, salah satunya yaitu mengulum es batu.

Pasien dengan pembatasan asupan cairan dengan mengulum es batu sangat bermanfaat mengurangi rasa haus. Air yang terkandung didalam es batu membantu memberikan efek dingin yang dapat menyegarkan dan mengatasi haus pasien yang sedang menjalani hemodialisa. (Conchon & Fonseca, 2014), dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa dengan penggunaan 10 ml es batu dengan cara dikulum oleh pasien postoperatif terbukti efektif dapat mengurangi rasa haus pada periode pemulihan di recovery room (RR). Penggunaan es batu 20% lebih efektif dari pada air pada suhu ruangan untuk meringankan kehausan. Konsumsi jumlah es batu yang dikulum dalam mengurangi rasa haus juga harus dipertimbangkan, hitung cairan setengah dari volume es batu (jika es batu dalam wadah ukuran 200 ml,

maka volume yang harus dihitung berjumlah 100 ml). Intervensi dalam tugas akhir ini diberikan perlakuan mengulum es batu yang telah disediakan dengan volume 25 ml selama 5-10 menit pada pasien yang menjalani rutin dialisis. Berdasarkan dari hasil studi pendahuluan, peneliti ingin melakukan pelaksanaan studi kasus dengan Penerapan intervensi mengulum es batu terhadap penurunan rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani perawatan dan hemodialisa di RSPAD Gatot Soebroto.

B. Perumusan Masalah

Bagaimana gambaran asuhan keperawatan dengan penerapan mengulum es batu dalam mengatasi kelebihan volume cairan pada pasien CKD on HD?

C. Tujuan Studi Kasus

Menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD on HD menggunakan intervensi mengulum es batu untuk mengatasi rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam pembatasan cairan terhadap terjadinya penurunan rasa haus pada pasien gagal ginjal kronis

2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan tambahan informasi bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan dalam memberikan terapi *non farmakologis* dan bisa dijadikan acuan dalam memberikan intervensi khususnya pada perawat ruangan dengan menggunakan pendekatan *Evidence Based Practice (EBP)* bagi permasalahan yang muncul pada pasien gagal ginjal kronik pada saat hemodialisa atau setelah hemodialisa

3. Penulis

Dapat meningkatkan kemampuan penulis melakukan analisa pengaruh mengulum es batu dalam penurunan rasa haus pada pasien CKD on HD yang menjalani perawatan di Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Definisi

Gagal ginjal kronik adalah suatu keadaan penurunan fungsi ginjal secara mendadak. Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya, suatu bahan yang biasanya di eliminasi di urine lalu menumpuk dalam cairan tubuh menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit serta asam basa (Mait et al., 2021).

Gagal ginjal kronik adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang dapat menyebabkan uremia dan azotemia (Choirunnasih, 2019).

Gagal ginjal kronik adalah penyakit ginjal yang progresif dan tidak dapat kembali sembuh secara total seperti sediakala (ireversibel) dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) <60 ml/menit dalam waktu 3 bulan atau lebih, sehingga kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit, yang dapat menyebabkan uremia (Kalengkongan et al., 2018).

Berdasarkan pengertian beberapa sumber di atas dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronik adalah penyakit terminal atau tidak dapat pulih dimana fungsi ginjal mengalami kegagalan dan kerusakan secara progresif dalam mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit ditandai dengan uremia yang bersifat irreversibel.

2. Klasifikasi

Menurut (Setiati, 2017) Klasifikasi GGK berdasarkan laju filtrasi glomerulus (LFG). Bisa dihitung menggunakan rumus Kockroft-gault sebagai berikut :

$$\text{LFG Pria} = \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{berat badan}}{72 \times \text{Kreatin Plasma (mg/dl)}}$$

$$\text{LFG Wanita} = \text{LFG Pria} \times 0,85$$

Derajat	LFG (ml/mnt/1.7 32m2)	Penjelasan
1	>90	LFG normal atau meningkat
2	60-89	LFG turun ringan
3A	45-59	LFG turun sedang
3B	30-44	Cukup menurun sampai menurun
4	15-29	LFG turun berat
5	<15	Gagal Ginjal

Tabel 2. 1 Klasifikasi penyakit gagal ginjal kronik

Sumber : (Agustin et al., 2015)

3. Etiologi

Menurut (Prabowo & Pranata, 2014) Gagal Ginjal Kronik sering kali menjadi penyakit komplikasi penyakit lainnya sehingga GGK disebut penyakit sekunder. Penyebab gagal ginjal kronik antara lain :

a. Diabetes Mellitus

Saat tubuh memiliki kadar gula yang terlalu tinggi atau sering dikatakan kondisi DM, maka akan mengakibatkan ginjal bekerja terlalu keras. Ginjal menyerap darah dalam jumlah yang lebih tinggi jadi dapat menyebabkan pembuluh darah menyaring darah dapat yang bekerja terlalu keras.

b. Hipertensi/Tekanan Darah Tinggi

Aliran darah yang kuat mengakibatkan tekanan darah terlalu tinggi yang membuat pembuluh darah bekerja terlalu keras, pembuluh darah rusak termasuk yang ada pada ginjal dapat rusak. Hipertensi salah satu faktor risiko terjadinya kematian pada pasien GGK yang mengalami hemodialisa.

c. Serangan Jantung

Ketika penderita mengalami serangan jantung maka aliran darah yang menuju jantung akan mengalami masalah atau bahkan ginjal tidak menerima darah dari jantung. Jika kondisi ini terus terjadi maka ginjal tidak dapat berfungsi dan terjadi penumpukan aliran limbah pada jantung.

d. Penyakit Ginjal Polikistik

Penyakit ginjal polikistik dapat menyebabkan kerusakan kemampuan ginjal karena banyaknya zat racun yang harus disaring oleh ginjal. Penyakit ini secara perlahan akan menyebabkan ginjal tidak berfungsi sehingga pada tahap akhir menyebabkan gagal ginjal. Penyakit ini ditemukan pada usia lanjut sekitar umur 55 tahun.

e. Glomerulonefritis

Penyakit ini menyebabkan peradangan pada bagian penyaringan di ginjal yang menyerang bagian nefron. Peradangan ini menyebabkan banyak kotoran dari sisa metabolisme yang seharusnya keluar tapi hanya menumpuk di bagian ginjal. Penyakit ini menjadi faktor penyebab gagal ginjal dalam waktu yang sangat cepat.

f. Pielonefritis

Infeksi yang terjadi pada ginjal melalui infeksi hematogen. Apabila infeksi berulang maka dapat menyebabkan kerusakan pada ginjal yang mengakibatkan GGK. Penyakit ini biasanya terjadi karena adanya batu ginjal, obstruksi atau refluks vesiko ureter.

g. Obat- obatan

Kebiasaan mengkonsumsi berbagai jenis obat yang banyak mengandung bahan lithium dan siklosporin dapat memicu terjadinya

gagal ginjal karena ginjal bekerja terlalu keras untuk menyaring semua limbah yang dihasilkan dari sisa – sisa obat.

h. Pola hidup

Berbagai penelitian mengemukakan bahwa merokok, minuman beralkohol, sering mengkonsumsi daging merupakan salah satu faktor terjadinya gagal ginjal kroni karena bahan kimia pada rokok dapat menyebabkan penurunan laju GFR.

4. Patofisiologi

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

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

(terdapat adanya 300 mg atau lebih protein per 24 jam atau 30 mg/dl dalam ginjal) mengakibatkan kerusakan glomerulus di duga menjadi penyebab cedera tubulus yang mengakibatkan gagal ginjal (Priscilla, 2016).

Pada gagal ginjal kronik, fungsi ginjal meurun secara drastis yang berasal dari nefron. Insifisiensi dari gagal ginjal tersebut akan mengalami penurunan sekitar 20% sampai dengan 50% dalam hal GFR. Pada penurunan fungsi rata-rata 50%, biasanya akan muncul tanda dan gejala azotemia sedang, poliuria (sering buang air kecil), hipertensi dan sesekali terjadi anemia pada gagal ginjal. Selain itu, selama terjadi kegagalan fungsi ginjal maka pada keseimbangan cairan dan elektrolit pun akan mengalami ketergangguan. Pada hakikatnya tanda dan gejala gagal ginjal kronik hampir sama dengan gagal ginjal akut, namun persamaan waktunya saja yang membedakan. Perjalanan dari Chronic Renal Failure tersebut yang membawa dampak yang sangat sistemik terhadap seluruh sistem yang ada di dalam tubuh dan sering akan mengakibatkan komplikasi yang sangat bertahap (Prabowo & Pranata, 2014).

5. Manifestasi Klinis

Menurut (Ns. Cut Husna, 2012) beberapa tanda dan gejala pemeriksaan yang dapat dijadikan indikator terjadinya penurunan fungsi ginjal yang signifikan yaitu :

- a. Jumlah urin (/ kemih) berkurang atau tidak ada urin. Jumlah urin < 500ml/24 jam atau < 20ml/kgBB/jam pada orang dewasa dan <1 ml/kgBB/jam pada anak-anak, walaupun air yang diminum dalam jumlah yang wajar/normal.
- b. Pucat/anemia. Penderita terlihat pucat pada muka maupun telapak tangannya, bila diukur Hb <10 g/dl.
- c. Mual, muntah, dan tidak nafsu makan.
- d. Nafas berat, mudah sesak bila banyak minum atau melakukan kerja berat.
- e. Rasa sangat lemah
- f. Sering cegukan/sedakan (hiccup) yang berkepanjangan.

- g. Rasa gatal di area kulit.
- h. Penumpukan cairan yang mengakibatkan pembengkakan pada ekstermitas atas atau ekstermitas bawah
- i. Pemeriksaan laboratorium yang penting : ureum darah tinggi (nilai normal ureum <40 mg/dl), kreatinin darah tinggi (nilai normal kreatinin <1,5 mg/dl). Hb rendah (nilai normal 12-15 g/dl pada perempuan dan 13-17 g/dl pada laki-laki).

6. Komplikasi

Menurut (Prabowo & Pranata, 2014) komplikasi yang timbul dari penyakit gagal ginjal kronik diantaranya adalah sebagai berikut

- a. Hiperkalemia, akibat penurunan sekresi, asidosis metabolic, katabolisme, dan masukan diet berlebihan.
- b. Perikarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak kuat.
- c. Hipertensi, akibat retensi cairan dan natrium serta berfungsi sistem renin – angiotensin - aldosteron.
- d. Anemia, akibat penurunan eritropoetin, penurunan tentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin, dan kehilangan darah selama hemodialisis.
- e. Penyakit Tulang, serta klasifikasi metastatis akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D upnormal, dan peningkatan kadar aluminium.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut penjelasan (Tanto, 2014) beberapa pemeriksaan penunjang untuk gagal ginjal kronik, antara lain:

- a. Gambaran Klinis
 - 1) Sesuai dengan penyakit yang mendasari seperti DM, infeksi tractus urinarius, batu tractus urinarius, hipertensi, hiperurikemia, SLE, dll.

- 2) Sindrom uremia yang terdiri dari lemah, letargi, anoreksia, mual muntah, nocturia, kelebihan volume cairan, neuropati perifer, pruritus, uremic frost, pericarditis, kejang – kejang sampai koma.
- 3) Gejala – gejala komplikasi, antara lain hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolic, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium, klorida).

b. Biokimia

Pemeriksaan dari analisis fungsi ginjal adalah ureum dan kreatinin plasma. Untuk hasil yang lebih akurat untuk mengetahui fungsi ginjal adalah dengan analisa kreatinin klirens. Selain pemeriksaan fungsi ginjal, pemeriksaan kadar elektrolit juga harus dilakukan untuk mengetahui status keseimbangan elektrolit dalam tubuh sebagai bentuk kinerja dari ginjal.

c. Urinalis

Urinalis dilakukan untuk penyingkapan ada atau tidaknya infeksi pada ginjal atau ada atau tidaknya perdarahan aktif akibat inflamasi atau peradangan pada jaringan parenkim ginjal.

d. Pemeriksaan Penunjang

1) Urine

- a) Volume, biasanya berkurang dari 400 ml/24 jam atau anuria yaitu tidak adanya produksi urine.
- b) Warna, secara abnormal urine keruh kemungkinan disebabkan oleh pus, bakteri, lemak, fosfat, kecoklatan menunjukkan adanya darah, hb, mioglobin, dan porfirin.
- c) Berat jenis, kurang dari 1.010 menunjukkan kerusakan ginjal berat.
- d) Osmolalitas, kurang dari 350 mOsm/kg menunjukkan kerusakan ginjal tubular dan rasio urine atau serum sering 1:1.
- e) Klirens kreatinin mengalami penurunan.
- f) Natrium, lebih besar dari 40mEq/L karena ginjal tidak mampu mengabsorpsi natrium.

g) Protein, derajat tinggi proteinuria (3-4+) secara kuat menunjukkan glomerulus.

2) Darah

a) BUN atau kreatinin, meningkat kadar kreatinin 10 mg/dl diduga merupakan tahap akhir.

b) Hematokrit menurun sehingga terjadinya anemia. HB biasanya akan kurang.

c) Sel darah merah menurun, defisiensi eritropoietin.

d) Natrium serum menurun, kalium meningkat, magnesium meningkat, kalsium meningkat.

3) Pemeriksaan EKG

Untuk melihat adanya hipertrofi ventrikel kiri, tanda pericarditis, aritmia, dan gangguan elektrolit.

e. Pemeriksaan Radiologi

1) Foto polos abdomen, tampak batu radio-opak.

2) Pielografi antegrad atau retrograde dilakukan sesuai indikasi

3) Ultrasonografi, ginjal memperlihatkan ukuran yang mengecil, korteks menipis, adanya hidronefrosis atau batu ginjal, kista, massa, kalsifikasi.

4) Pemeriksaan pemindaian ginjal atau renografi, apabila adanya indikasi

f. Biopsi dan Pemeriksaan Histopatologi Ginjal

Dilakukan pada pasien yang ukuran ginjal masih mendekati normal, karena diagnosis secara noninvasif tidak bisa ditegakkan. Pemeriksaan histopatologi bertujuan untuk mengetahui etiologic, menetapkan terapi, prognosis, dan mengevaluasi hasil terapi yang telah diberikan. Biopsi tidak akan dilakukan pada ginjal yang sudah mengecil, ginjal polikistik, hipertensi yang tak terkontrol, infeksi perinefrik, gangguan pembekuan darah, gagal napas, dan obesitas.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan perawatan GGK dibagi menjadi 3 menurut (Desitasari & Utami, 2014), yaitu :

- a Tindakan konservatif untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif
 - 1) Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan
 - a) Pembatasan protein, jumlah kebutuhan protein dilonggarkan sampai 60 – 80 g/hari, apabila penderita mendapatkan pengobatan dialisis teratur. Makanan yang mengandung tinggi protein yaitu susu, telur, hati, kacang - kacangan.
 - b) Diet rendah kalium, diet yang dianjurkan adalah 40-80 mEq/hari. Jika berlebihan mengkonsumsi makanan yang mengandung kalium dapat menyebabkan hiperkalemia. Terlalu banyak kalium dalam tubuh dapat menyebabkan melambatnya detak jantung bahkan pada kasus hiperkalemia berat, jantung dapat berhenti berdetak dan menyebabkan kematian.
 - c) Diet rendah natrium, diet Na yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari atau tidak lebih dari 2000 mg natrium atau setara dengan 1-1,5 sendok teh/hari. Natrium (sodium) banyak terkandung dalam tubuh dan meningkatkan tekanan darah. Pada penderita gagal ginjal, hal ini akan membuat kerja jantung dan paru – paru bekerja lebih keras. Diet rendah natrium penting untuk mencegah retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi, dan gagal ginjal kongestif.
 - d) Pengaturan cairan, cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi secara seksama. Parameter yang tepat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah berat badan harian. Jumlah urine yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir ditambah IWL 500 ml.
 - 2) Pencegahan dan pengobatan komplikasi
 - a) Hipertensi, batasi konsumsi natrium, pemberian diuretik (obat yang berfungsi untuk membuang kelebihan garam dan air dari

dalam tubuh melalui urine), pemberian antihipertensi namun jika tidak diberhentikan dapat menyebabkan hipotensi dan syok.

- b) Hiperkalemia dapat menyebabkan aritmia (gangguan yang terjadi pada irama jantung) dan juga henti jantung. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan pemberian insulin. Insulin dapat membantu mengembalikan kalium ke dalam sel – sel tubuh. Kalium merupakan mineral dalam tubuh.
- c) Anemia dikarenakan terjadinya penurunan sekresi eritropoietin di ginjal, terapi yang diberikan pemberian hormon eritropoietin, transfusi darah, dan vitamin.
- d) Diet rendah fosfat. Kelebihan jumlah fosfor dalam darah penderita akan melemahkan tulang dan menyebabkan kulit gatal-gatal.
- e) Pengobatan hiperurisemia dengan olopurinol (menghambat sintesis asam urat).

b Dialisis

1) Hemodialisa

Hemodialisa adalah suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderitanya dan beredar dalam sebuah mesin di luar tubuh yang disebut dialiser. Frekuensi Tindakan hemodialisa bervariasi tergantung fungsi ginjal, rata-rata penderita menjalani tiga kali dalam seminggu, sedangkan lama pelaksanaan hemodialisa paling sedikit tiga sampai empat jam tiap sekali tindakan terapi.

2) CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

CAPD adalah bentuk dialisis peritoneal kronis untuk pasien dengan gagal ginjal terminal, bentuk dialisisnya dengan menggunakan membran peritoneum yang bersifat semipermeabel sebagai membran dialisis, prinsip dasarnya adalah proses ultrafiltrasi antara cairan dialisis yang masuk ke dalam rongga peritoneum dengan plasma darah. CAPD dilakukan 3-5 kali per

hari, 7 hari perminggu dengan setiap kali cairan dialisis dalam kavum peritoneum lebih dari 4 jam. Pada umumnya pada waktu siang 4-6 jam, sedangkan waktu malam 8 jam.

c Operasi

Transplantasi atau cangkok ginjal merupakan prosedur operasi dengan dilakukan pemindahan ginjal yang sehat dan berfungsi baik dari donor hidup atau yang mati batang otak dan dicangkokkan pada pasien yang ginjalnya tidak berfungsi.

B. Konsep Pengaruh Mengulum Es Batu dalam Penurunan Rasa Haus

1. Definisi

Haus merupakan sinyal atau panduan pada orang sehat untuk minum dengan tujuan supaya mempertahankan status hidrasi yang optimal atau memenuhi kebutuhan cairan tubuh yang dilakukan dengan sadar (Said dan Mohammed, 2013).

Haus merupakan salah satu indikator normal tubuh dalam merangsang adanya ketidakseimbangan yang terjadi di dalam tubuh (Mait et al., 2021).

Haus merupakan keinginan untuk minum sebagai sensasi kekeringan pada mulut dan tenggorokan (Kara, 2013).

Kesimpulan dari beberapa literature di atas adalah bahwa haus sebagai perasaan sadar dan salah satu stimulus paling kuat yang terkait keinginan akan cairan atau keinginan untuk minum sebagai akibat sensasi kekeringan dimulut dan tenggorokan serta kehilangan cairan yang bermakna selain itu haus merupakan salah satu faktor utama untuk menentukan asupan cairan.

2. Faktor yang mempengaruhi rasa haus (*dispogenic factor*)

A) Usia

Bayi dan anak – anak tumbuh mengalami perpindahan cairan jauh lebih cepat dibandingkan orang dewasa karena laju metabolisme jauh lebih tinggi untuk kehilangan cairan tubuh, bayi lebih banyak kehilangan cairan lewat ginjal dibanding orang dewasa karena ginjal pada bayi belum mampu untuk menyimpan air. Selain itu bayi juga mengalami peningkatan kehilangan cairan yang tidak dirasakan karena bayi memiliki pernafasan yang cepat. Usia lanjut mengalami proses penuaan yang normal dan sangat mempengaruhi ketidakseimbangan cairan dalam hormon antidiuretik (ADH) tetap normal atau meningkat, tetapi nefron kurang mampu untuk menyimpan air. Peningkatan kadar natriuretik atrial yang muncul pada lansia turut andil pada gangguan

kemampuan untuk menyimpan air. Perubahan tersebut dapat meningkatkan risiko dehidrasi.

B) Jenis kelamin dan ukuran tubuh

Laki – laki membutuhkan lebih banyak cairan dibandingkan perempuan karena laki – laki memproduksi keringat lebih banyak dibanding perempuan. Selain itu laki – laki mengalami metabolisme dan memiliki massa otot yang lebih besar dibandingkan perempuan sehingga membutuhkan asupan cairan yang lebih besar daripada perempuan.

Individu yang memiliki persentase lemak lebih tinggi cenderung memiliki cairan tubuh lebih sedikit karena sel lemak mengandung lebih sedikit atau sama sekali tidak memiliki air dan jaringan tanpa lemak memiliki kandungan air yang lebih tinggi. Wanita secara proporsional mempunyai lemak tubuh lebih tinggi dan cairan tubuh lebih sedikit dibandingkan pria.

C) Suhu lingkungan

Kehilangan cairan tubuh melalui berkeringat akan meningkatkan apabila suhu lingkungan tinggi karena tubuh berupaya untuk menghilangkan panas. Garam dan air tubuh akan hilang melalui keringat, apabila hanya air yang digantikan maka akan terjadi risiko depleksi garam. Depleksi garam menyebabkan individu mengalami kelelahan, kelemahan, sakit kepala, dan gejala gastrointestinal seperti mual dan anoreksia apabila tidak segera digantikan individu akan mengalami heatstroke.

D) Gaya hidup

Stress dapat meningkatkan metabolisme seluler, kadar konsentrasi glukosa darah dan kadar katekolamin serta produksi ADH, yang perannya menurunkan produksi urine. Seluruh respon tubuh terhadap stress adalah meningkatkan volume dalam tubuh. Faktor gaya hidup lainnya adalah mengkonsumsi alkohol dan tembakau berlebihan dan mengakibatkan depresi pernafasan selanjutnya terjadi risiko

asidosis respiratorik akibat peningkatan pemecahan jaringan lemak. Selain itu mengonsumsi alkohol dapat meningkatkan risiko penurunan kadar kalsium, magnesium, dan fosfat.

3. Fisiologi muncul rasa haus

Asupan cairan rata – rata orang dewasa saat keadaan aktivitas dan suhu sedang yaitu sekitar 1500 ml cairan per hari tetapi untuk kebutuhan asupan cairan orang dewasa adalah 2500 ml per hari, untuk memenuhinya maka dibutuhkan tambahan 1000 ml yang di dapatkan dari makanan dan oksidasi selama proses metabolik. Salah satu faktor yang mempengaruhi asupan cairan adalah rasa haus. Pusat nya terletak di hipotalamus tekanan osmotik cairan tubuh, volume vaskular, dan angiotensin adalah stimulus yang memicu pusat rasa haus.

Osmolalitas dapat meningkat ketika adanya defisiensi cairan dan ingesti natrium klorida sehingga merangsang osmoreseptor di hipotalamus yang mensekresikan hormon ADH serta menyebabkan osmoreseptor kehilangan air. Peningkatan osmolalitas memberi sinyal ke serebral untuk meningkatkan sekresi ADH dan munculnya rasa haus dihilangkan dengan minum air perubahan cairan ekstraseluler menyebabkan turunnya tekanan volume darah. Penurunan volume darah dalam jumlah cukup mampu mengaktifasi refleksi baroreseptor kardiovaskular, dan impuls akan ditransmisikan ke dalam hipotalamus untuk mekanisme rasa haus.

4. Manajemen Rasa Haus

Rasa haus biasanya akan hilang dengan minum air namun pada pasien GGK harus membatasi asupan cairan agar tidak terjadi over hidrasi yang mengakibatkan komplikasi serta menurunkan kualitas hidup pasien.

a) Mengulum es batu

Strategi yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kebutuhan asupan cairan diantaranya adalah dengan memberikan secara sering sedikit asupan cairan (air), memberikan es batu atau es batang (Kozier, 2011). Sesuai dengan penelitian (Arfany, 2014), menyebutkan bahwa

dengan mengulum es batu selama 5 menit efektif dapat menurunkan rasa haus pada pasien GGK. Alasannya bahwa mengulum es batu, lama kelamaan es batu akan mencair dan es batu yang mencair dalam mulut dapat memberikan efek dingin serta menyegarkan sehingga keluhan haus pasien menjadi berkurang. Serta dengan mengulum es batu akan membuat mukosa dalam mulut lembab setelah es batu mencair, sehingga mulut pasien tidak kering yang dapat memicu munculnya rasa haus (Igbokwe & Obika, 2008).

Pasien dengan pembatasan asupan cairan dengan mengulum es batu sangat bermanfaat mengurangi haus. Air yang terkandung didalam es batu membantu memberikan efek dingin yang dapat menyegarkan dan mengatasi haus pasien yang sedang menjalani hemodialisa (Conchon & Fonseca, 2014) dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa dengan penggunaan 10 ml es batu dengan cara dikulum oleh pasien postoperatif terbukti efektif dapat mengurangi rasa haus pada periode pemulihan di recovery room (RR). Penggunaan es batu 20% lebih efektif daripada air pada suhu ruangan untuk meringankan kehausan. Konsumsi jumlah es batu yang dikulum dalam mengurangi rasa haus juga harus dipertimbangkan hitung cairan setengah dari volume es batu (jika es batu dalam wadah ukuran 200 ml, maka volume yang harus dihitung berjumlah 100 ml) selama 5-10 menit (Kozier, 2011).

b) Berkumur

Berkumur menggunakan obat kumur rasa mint dapat mengurangi rasa haus pada responden karena kandungan rasa mint yang mengakibatkan sensasi segar masih ada ketika obat kumur sudah tidak berada di mulut. Selain itu pada saat berkumur otot-otot pengunyah (*musculus masseter*) bekerja sehingga dapat merangsang kelenjar parotis yaitu kelenjar parotis yaitu kelenjar yang memproduksi saliva, konsekuensinya terjadi peningkatan produksi saliva sehingga rasa haus berkurang (Ardiyanti, Armiyati, & Arif, 2015; Suyatni, Armiyati, & Mustofa, 2016)

c) Mengunyah Permen Karet Rasa Mint Rendah Gula

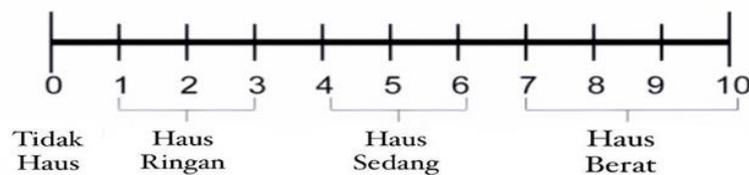
Setelah mengunyah permen karet rendah gula rasa mint selama 5 menit pasien merasa air liur keluar semakin banyak karena adanya gerakan yang merangsang kelenjar parotis dan terdapat rasa mint yang membuat mulut terasa lebih segar. Peningkatan saliva secara tidak langsung dapat mengurangi rasa haus pada responden dan biasanya peningkatan jumlah saliva rata-rata 2,7 ml/menit.

5. Instrumen pengukuran rasa haus

Beberapa instrument untuk mengukur rasa haus adalah sebagai berikut:

a) Visual Analogy Scale (VAS)

Instrument Visual Analogy Scale (VAS) (garis 0 – 10 cm pada ujung kiri tidak haus dan ujung kanan haus berat) telah digunakan oleh beberapa peneliti sebelumnya, Igbokwe dan Obika (2008) melakukan uji reliabilitas terhadap instrumen ini dan hasil VAS menunjukkan reliabel untuk mengukur rasa haus dengan nilai *Cronbach's alpha coefficient* = 0,96. Instrumen untuk pengukuran haus menurut VAS ditunjukkan.



Gambar 2 1 Scores and categorical visual analogy scale

b) Thirst Distress Scale (TDS)

Instrumen ini telah banyak dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji reliabilitas menyatakan nilai *Cronbach's alpha coefficient* = 0,78 (Kara, 2013). Beberapa komponen yang harus ditanyakan dalam TDS

No.	Komponen Pertanyaan
1	Rasa haus saya menyebabkan saya merasa tidak nyaman
2	Rasa haus saya membuat saya minum sangat banyak
3	Saya sangat tidak nyaman ketika saya haus
4	Mulut saya terasa sangat kering ketika saya haus
5	Saliva saya sangat sedikit ketika saya haus
6	Ketika saya kurang minum, saya akan sangat kehausan

Tabel 2. 2 Thirst Distres Scale

Sumber : ((Kara, 2013)

c) Dialysis Thirst Inventory(DTI)

Instrumen ini bisa digunakan sebagai indikator dalam mengukur rasa haus sebelum dan sesudah dilakukan tindakan hemodialisis. DTI adalah sebuah kuisisioner yang sudah tervalidasi yang terdiri dari 5 komponen, setiap komponen memiliki 5 point berasal dari skala Likert (tidak pernah = 1 sampai sangat sering = 5). Respon dari kelima komponen tersebut kemudian dijumlahkan, hasilnya berupa skor sebagai berikut: 5 = tidak pernah haus, 10 hampir tidak pernah haus, 15 = kadang-kadang, 20 = hampir sering haus, dan 25 = sangat sering haus.(Said & Mohammed, 2013).

No.	Komponen Pertanyaan
1	Haus adalah masalah untuk saya
2	Saya merasa haus sepanjang hari
3	Saya merasa haus sepanjang malah
4	Kehidupan sosial saya dipengaruhi oleh haus saya
5	Saya haus sebelum sesi alisis
6	Saya haus selama sesi dialisis
7	Saya haus setelah sesi dialisis

Tabel 2. 3 Dialysis Thrirst Inventory (DTI)

Sumber : (Said & Mohammed, 2013)

C. Jurnal Pendukung Pemberian Mengulum Es Batu Pada Pasien CKD ON HD

Berdasarkan hasil penelitian oleh Liza Fitri Lina, Haifa Wahyu dalam jurnal berjudul “ Efektivitas Inovasi Intervensi Keperawatan Mengulum Es Batu Terhadap Skala Haus Pasien Hemodialisis “ pada Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu Volume 07, Nomor 02, Oktober 2019.

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian pendekatan kuantitatif dengan pendekatan pre eksperimen menggunakan design one group pre test and post test. Hasil yang didapatkan sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 8 orang (60,0%), sebagian besar skala rasa haus responden sebelum mengulum es batu adalah rasa haus berat yaitu sebanyak 7 orang (46,7%). Setelah diberikan intervensi mengulum es batu sebagian besar skala rasa haus menurun menjadi haus sedang sebanyak 11 orang (73,4%) dan Berat 1 Orang (6,7). Kesimpulan, ada pengaruh mengulum es jeger terhadap penurunan rasa haus pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Penelitian ini dapat menjadi salah satu manajemen/ terapi yang dapat di aplikasikan untuk mengurangi keluhan rasa haus baik di rumah maupun di rumah sakit.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik

a. Pengkajian

Pengkajian adalah proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi serta data pasien, untuk dapat mengidentifikasi, mengenali masalah - masalah, kebutuhan kesehatan serta keperawatan pasien baik secara fisik, mental, sosial serta lingkungan.

a) Identitas Klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku atau bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medis, diagnosis medis dan alamat.

b) Keluhan Utama

Biasanya badan terasa lemah, mual, muntah, dan terdapat edema. Hal yang perlu dikaji pada penderita gagal ginjal kronis adalah tanda atau gejala seperti pucat, hiperpigmentasi, hipertensi, kardiomegali, edema, nefropati perifer, mengantuk, bau nafas uremik. Dilihat dari penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) tanda dan gejala yang timbul yaitu laju filtrasi glomerulus 60%, pasien masih belum merasakan keluhan, namun sudah terjadi peningkatan 68 kadar ureum dan kreatinin. Kemudian pada LFG sebesar 30%, pasien mulat mengalaminocturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan.

c) Riwayat Kesehatan Sekarang

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

d) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji adanya riwayat penyakit gagal ginjal akut, infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat-obat nefrotoksik, dan prostatektomi. Kaji adanya riwayat penyakit batu saluran kemih, infeksi sistem perkemihan yang berulang, penyakit diabetes mellitus, dan penyakit hipertensi pada masa sebelumnya yang menjadi predisposisi penyebab. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat

pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji didalam keluarga adanya riwayat penyakit vascular hipertensif, penyakit metabolik, riwayat keluarga mempunyai penyakit gagal ginjal kronis, penyakit menular seperti TBC, HIV, infeksi saluran kemih, dan penyakit menurun seperti diabetes melitus, asma, dan lain-lain.

f) Aktivitas Sehari – hari

Biasanya pada pasien dengan gagal ginjal kronik terjadi kelelahan ekstrim, malaise. Kaji adanya kelemahan otot, kehilangan tonus, dan biasanya terjadi penurunan rentran gerak.

g) Pola Nutrisi

Kaji adakah pantangan dalam makan, kaji peningkatan berat badan (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), kaji adakah rasa mual, muntah, anoreksia, nyeri ulu hati.

h) Pola Eliminasi

Kaji ada penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria, abdomen kembung. Kaji adanya konstipasi atau diare. Kaji adakah perubahan warna urine atau tidak.

i) Pola Aktivitas

Biasanya pada pasien gagal ginjal kronis terjadi kelelahan ekstrim, kelemahan, malaise. Kaji adanya kelemahan otot, kehilangan tonus, dan biasanya terjadi penurunan rentang gerak.

j) Pola Istirahat Tidur

Biasanya pada pasien gagal ginjal kronis mengalami gangguan pola tidur (insomnia/gelisah/somnolen), gelisah karena adanya nyeri panggul, sakit kepala, dan kram otot kaki.

k) Pemeriksaan Fisik

1. Sistem pernafasan

Adanya bau urea pada bau nafas, pola nafas akan semakin cepat, dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi (kusmaul)

2. Sistem hematologi

Adanya friction rub pada kondisi uremia berat, tekanan darah meningkat, akral dingin, capillary refill rate >3 detik, palpitasi jantung, chest pain, dyspnea, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya. Jika semakin parah zat sisa metabolisme semakin tinggi dalam tubuh karena tidak efektif dalam eksresinya, juga pada fisiologis darah sendiri sering ada gangguan anemia karena penurunan eritropoetin

3. Sistem neuromuscular

Penurunan kesadaran terjadi jika mengalami hiperkarbic dan sirkulasi cerebral terganggu. Karena itu penurunan kognitif dan terjadi disorientasi akan dialami klien gagal ginjal kronis.

4. Sistem kardiovaskular

Tekanan darah yang tinggi di atas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler, ini memicu retensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan beban jantung.

5. Sistem endokrin

Berhubungan dengan pola seksualitas karena penurunan hormone reproduksi. Jika berhubungan dengan diabetes mellitus maka gangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada proses metabolisme.

6. Sistem perkemihan

Dengan gangguan atau kegagal fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabrobsi, dan eksresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urine output <400ml/hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output)

7. Sistem pencernaan

Gangguan sistem pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit, anoreksia, nausea, vomiting, dan diare.

8. Sistem muskuloskeletal

Dengan penurunan atau kegagalan fungsi sekresi pada ginjal maka berdampak pada proses demineralisasi tulang, sehingga resiko terjadi osteoporosis tinggi.

9. Sistem perkemihan

- 1) Keadaan umum : lemah, keasadaran somnolen, disorientasi
- 2) Tekanan darah : hipertensi (sistol >140mmHg dan diastole >90mmHg)

10. Sistem tubuh:

1) Sistemn pulmoner

Inspeksi : pernafasan cepat dan dalam (kusmaul), sputum kental

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, massa, peradangan dan ekspansi dada simetris

Perkusi : sonor

Auskultasi : jika terjadi penumpukan cairan maka terdengar bunyi pekak

2) Sistem kardiovaskular

Inspeksi : pembesaran vena jugularis

Palpasi : iktus cordis teraba di ics 4 atau 5

Perkusi : redup

Auskultasi : jika terjadi penumpukan cairan dalam pleura, terdengar friction rub perikardial

3) Sistem neurologi

Kesadaran composmentis terjadi kondisi disorientasi apabila adanya penumpukan zat - zat toksik, rasa panas pada telapak kaki

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun profesional (SDKI, 2017)

1. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi
2. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Psikologis (keengganan untuk makan)
3. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Fungsi Konsentrasi Hemoglobin
4. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Kelebihan Volume Cairan
5. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi Perfusi
6. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik
7. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan
8. Nausea berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis

c. Intervensi Keperawatan

Menurut (SIKI, 2018)

1. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi

Luaran : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... x 24 jam diharapkan hipervolemia dapat teratasi.

Kriteria Hasil :

- 1) Asupan cairan meningkat (skala 1 -5)
- 2) Haluaran cairan meningkat (skala 1 – 5)
- 3) Kelembapan membran mukosa meningkat (skala 1- 5)
- 4) Edema menurun (skala 1 – 5)
- 5) Tekanan darah membaik (skala 1 -5)
- 6) Berat badan membaik (skala 1 -5)

Intervensi :**Observasi**

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara nafas tambahan
r/ : mengetahui adanya tanda dan gejala hipervolemia pada klien.
- 2) Identifikasi penyebab hipervolemia
r/ : mengetahui penyebab hipervolemia
- 3) Monitor status hemodinamik (mis frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP) jika ada
r/ : mengetahui status hemodinamik klien
- 4) Monitor intake dan output cairan
r/ : mengetahui keseimbangan cairan klien
- 5) Monitor tanda hemokonsentrasi (misal kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine
r/: mengetahui adanya tanda hemokonsentrasi pada klien

Terapeutik

- 1) Timbang bb setiap hari pada waktu yang sama
r/ : mengetahui adanya penambahan atau pengurangan bb klien
- 2) Batasi asupan cairan dan garam
r/ : mengurangi asupan cairan dan garam agar keseimbangan cairan kembali normal

Edukasi

- 1) Anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
r/ : agar klien mengetahui cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan secara mandiri
- 2) Ajarkan cara membatasi cairan
r/ : agar klien dapat mengontrol intake dan output cairan secara mandiri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian diuretik

r/ : membantu mengeluarkan kelebihan garam dan air dalam tubuh melalui urine

2. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Psikologis (keengganan untuk makan)

Luaran : setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x 24 jam diharapkan defisit nutrisi dapat teratasi

Kriteria Hasil :

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat (skala 1-5)
- 2) Perasaan cepat kenyang menurun (skala 1-5)
- 3) BB membaik (skala 1-5)
- 4) Frekuensi makan membaik (skala 1-5)
- 5) Nafsu makan membaik (skala 1-5)

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi

r/ : mengetahui status nutrisi klien

- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

r/ : mengetahui adanya alergi dan intoleransi makanan pada klien

- 3) Identifikasi makanan yang disukai

r/ : mengetahui makanan yang disukai

- 4) Monitor asupan makan

r/ : mengetahui jumlah makanan yang masuk dan jumlah yang keluar

- 5) Monitor BB

r/ : mengetahui penurunan atau penambahan bb

- 6) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

r/ : mengetahui hasil laboratorium klien

Terapeutik

- 1) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
r/ : menambah nafsu makan klien
- 2) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
r/ : makanan dengan tinggi serat selain mencegah konstipasi juga membentuk penyerapan nutrisi
- 3) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
r/ : makanan tinggi kalori untuk sumber energi, makanan tinggi serat untuk mengganti sel – sel yang rusak

Edukasi

- 1) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
r/ : mencegah terjadinya muntah
- 2) Anjurkan diet yang di programkan
r/ : kepatuhan terhadap diet dapat mencegah terjadinya komplikasi lain

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Antimetik)
r/ : antimetik digunakan untuk mencegah mual
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
r/ : mengetahui kalori dan nutrient yang dibutuhkan klien

3. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Fungsi Konsentrasi Hemoglobin

Luaran : setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x 24 jam diharapkan perfusi perifer efektif

Kriteria Hasil

- 1) Denyut nadi perifer meningkat (skala 1-5)
- 2) Warna kulit pucat menurun (skala 1-5)
- 3) Nyeri ekstermitas menurun (skala 1-5)

- 4) Kelemahan otot menurun (skala 1-5)
- 5) Turgor kulit membaik (skala 1-5)
- 6) Tekanan darah membaik (skala 1-5)

Intervensi :

Observasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
r/ : mengetahui kemungkinan adanya gangguan pada perfusi perifer
- 2) Identifikasi faktor gangguan sirkulasi (mis, diabetes, merokok, hipertensi, kadar kolesterol tinggi)
r/ : beberapa penyakit seperti diabetes, hipertensi, dapat menyebabkan gangguan sirkulasi perifer
- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas
r/ : mengetahui adanya masalah atau gangguan yang terjadi pada bagian perifer tubuh

Terapeutik

- 1) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
r/ : mencegah kekurangan atau perubahan sirkulasi perifer
- 2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi
r/ : sirkulasi perifer yang terganggu dapat memperlambat penyembuhan luka area yang cedera
- 3) Lakukan pencegahan infeksi
r/ : mencegah munculnya infeksi akibat invasi
- 4) Lakukan perawatan kaki dan kuku
r/ : mencegah terjadinya luka pada kaki

Edukasi

- 1) Anjurkan berolahraga rutin
r/ : memperlancar sirkulasi perfusi perifer

- 2) Anjurkan menggunakan obat penurun darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol jika perlu
r/ : penyakit hipertensi, kolesterol termasuk salah satu penyebab gangguan perfusi perifer

4. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Kelebihan Volume Cairan

Luaran : setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x 24 jam diharapkan integritas kulit dapat teratasi

Kriteria Hasil :

- 1) Perfusi jaringan meningkat (skala 1-5)
- 2) Kerusakan lapisan kulit menurun (skala 1-5)
- 3) Nyeri menurun (skala 1-5)
- 4) Kemerahan menurun (skala 1-5)
- 5) Pigmentasi abnormal menurun (skala 1-5)
- 6) Suhu kulit membaik (skala 1-5)

Intervensi :

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban)
r/ : mengetahui penyebab gangguan kerusakan integritas kulit pada klien

Terapeutik

- 1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
r/ : mencegah terjadinya lesi atau ulkus pada kulit yang tertindis
- 2) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
r/ : menjaga kelembabaoan kulit
- 3) Gunakan produk berbahan ringan atau alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
r/ : menghindari terjadinya iritasi kulit

- 4) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering
r/ : produk berbahan alkohol dapat mengiritasi kulit

Edukasi

- 1) Anjurkan menggunakan pelembab
r/ : menjaga kelembabapan kulit
- 2) Anjurkan minum air yang cukup
r/ : menjaga status hidrasi kulit
- 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
r/ : menjaga kesehatan kulit tetap baik
- 4) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
r/ : suhu ekstrem dapat menyebabkan kerusakan kulit

5. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi Perfusi

Luaran : setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x 24 jam
diharapkan gangguan pertukaran gas dapat tertatasi

Kriteria Hasil

- 1) Tingkat kesadaran meningkat (skala 1-5)
- 2) Bunyi napas tambahan menurun (skala 1-5)
- 3) Napas cuping hidung menurun (skala 1-5)
- 4) Pola napas membaik (skala 1-5)
- 5) Warna kulit membaik (skala 1-5)

Intervensi :

Observasi

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas klien
r/ : mengetahui frekuensi, irama, kedalaman, upaya napas klien
- 2) Monitor pola napas
r/ : mengetahui pola napas klien
- 3) Monitor adanya sumbatan jalan napas
r/ : mengetahui adanya sumbatan napas atau tidak pada klien

- 4) Monitor saturasi oksigen
r/ : mengetahui adanya perubahan saturasi oksigen pada klien
- 5) Monitor nilai AGD
r/ : mengetahui adanya perubahan nilai AGD pada klien
- 6) Monitor hasil X-Ray Thoraks
r/ ; mengetahui adanya perubahan atau kelainan pada hasil x-ray thoraks

Terapeutik

- 1) Atur interval pemantauan respirasi kondisi klien
r/ : mengetahui perkembangan kondisi klien
- 2) Dokumentasikan hasil pemantauan
r/ : mengetahui fokus keperawatan dan mengevaluasi hasil keperawatan serta berbagai tanggung gugat perawat

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
r/ : memberikan informasi kepada klien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
r/ : meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga mengenai kondisi terkait kesehatan

6. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik

Luaran : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x24 jam diharapkan nyeri dapat teratasi.

Kriteria Hasil :

- 1) Melaporkan nyeri terkontrol meningkat (skala 1-5)
- 2) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat (skala 1-5)
- 3) Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat (skala 1-5)
- 4) Keluhan nyeri menurun (skala 1-5)

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
r/ : mengetahui lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
r/ : mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
r/ : mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 4) Identifikasi monitor efek samping penggunaan analgetik
r/: mengetahui efek samping penggunaan analgetik pada klien

Teraupetik

- 1) Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
r/ : mengurangi tingkat nyeri klien
- 2) Fasilitasi tidur dan istirahat
r/ : mengalihkan dan memenuhi kebutuhan istirahat klien

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
r/ : memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan klien
- 2) Anjurkan memonitor secara mandiri
r/ : klien dapat mengetahui sendiri karakteristik nyeri saat muncul
- 3) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
r/ : memudahkan klien mengontrol nyeri dengan cara sederhana tanpa menggunakan obat – obatan.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik
r/ : mengurangi atau mengijilangkan rasa nyeri yang dirasakan klien

7. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan

Luaran : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24jam diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi.

Kriteria Hasil :

- 1) Pergerakan ekstermitas meningkat (skala 1 -5)
- 2) Kekuatan otot meningkat (skala 1 -5)
- 3) ROM meningkat (skala 1 -5)
- 4) Nyeri menurun (skala 1 -5)
- 5) Kelemahan fisik menurun (skala 1 -5)

Intervensi :

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
r/ : mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
r/ : mengetahui koping klien
- 3) Monitor pola dan jam tidur
r/ : menghindari kelelahan akibat kurangnya istirahat
- 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan akibat kurang istirahat
r/ : mengetahui kemampuan dan batasan klien terkait aktivitas yang akan dilakukan.

Teraupetik

- 1) Lakukan latihan rentan gerak aktif dan pasif
r/ : membantu meningkatkan rentang gerak klien dalam beraktivitas
- 2) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan
r/ : memberikan rasa nyaman pada klien
- 3) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berjalan atau berpindah
r/ : mengurangi risiko jatuh atau sakit pada klien

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring
r/ : istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas yang memulihkan energi kembali
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
r/ : melatih kekuatan otot dan pergerakan klien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makan
r/ : pemberian gizi yang cukup dapat meningkatkan energi klien

8. Nausea berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis

Luaran : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan nausea dapat teratasi.

Kriteria Hasil :

- 1) Kemampuan untuk mengontrol mual/muntah (skala 1 – 5)
- 2) Melaporkan mual dan muntah terkontrol meningkat (skala 1 -5)
- 3) Penggunaan obat antimetik menurun (skala 1 -5)
- 4) Melaporkan gejala yang tidak terkontrol menurun (skala 1 – 5)

Intervensi :**Observasi**

- 1) Identifikasi karakteristik mual dan muntah
r/ : mengetahui karakteristik mual dan muntah klien
- 2) Identifikasi faktor penyebab mual dan muntah
r/ : mengetahui penyebab mual dan muntah klien.
- 3) Monitor mual dan muntah
r/ : mengetahui intake dan output dari tubuh klien

Teraupetik

- 1) Kontrol faktor lingkungan penyebab mual dan muntah
r/ : menyiapkan tempat yang nyaman bagi klien
- 2) Atur posisi untuk mencegah aspirasi
r/ : mencegah terjadinya aspirasi pada saat klien makan
- 3) Berikan makan dalam jumlah kecil dan menarik
r/ : memudahkan proses makan

Edukasi

- 1) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
r/ : membantu meningkatkan stamina klien.
- 2) Anjurkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual dan muntah
r/ : membantu klien untuk mengurangi rasa mual dan muntah dengan cara sederhana tanpa menggunakan obat – obatan.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antimetik
r/ : untuk membantu mengurangi mual dan muntah yang dirasakan klien

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi langsung dan tidak langsung terhadap klien. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik dengan kriteria hasil yang diharapkan. Saat implementasi perawat melaksanakan hasil dari rencana keperawatan yang di lihat dari diagnosa keperawatan. Sehingga, dengan proses keperawatan, rasa tanggung jawab dan tanggung gugat bagi perawat itu dimiliki dan digunakan dalam tindakan yang merugikan atau menghindari tindakan yang legal. Semua tatanan

perawatan kesehatan secara hukum perlu mencatat observasi keperawatan, perawatan yang diberikan, dan respons pasien (Manullang, 2020).

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan adalah evaluasi yang dilakukan terus - menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setiap selesai tindakan. Evaluasi dapat SOAP sebagai pola pikirnya (Simanullang, 2019).

Untuk memudahkan dalam pengevaluasian pasien, digunakan komponen SOAP sebagai berikut :

S : Data Subjektif Perawat mengetahui dan menuliskan keluhan pasien yang dirasakan setelah diberi tindakan keperawatan.

O : Data Objektif Berdasarkan hasil pengukuran ataupun observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan setelah diberi tindakan keperawatan.

A : Analisis Suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah diagnosis baru akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam subjektif dan objektif.

P : Planning Perencanaan keperawatang yang bisa saja di lanjutkan, berhentikan, ubah, tambahkan dari rencana yang sudah yang telah dipersiapkan sebelumnya.

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi :

- a. **Masalah teratasi**, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- b. **Masalah teratasi sebagian**, jika pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- c. **Masalah belum teratasi**, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- d. **Muncul masalah baru**, jika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Desain penelitian yang digunakan peneliti adalah penelitian deskriptif yang berbentuk studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan untuk membuat deskripsi, gambaran, atau lukisan secara sistematis, faktual, dan akurat mengenai fakta – fakta, sifat – sifat, serta fenomena yang diselidiki, dalam penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada klien Tn. G dengan CKD on HD dalam pemenuhan kebutuhan rasa haus di ruang Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan dan dijabarkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

B. Subyek Studi Kasus

Pada studi kasus ini peneliti hanya membahas klien Tn. G seorang laki – laki berusia 53 tahun dengan masalah kelebihan volume cairan. Setelah dilakukan analisa data di prioritaskan masalah kelebihan volume cairan upaya tindakan mandiri keperawatan adalah klien mampu dan bersedia mengulum es batu untuk mengurangi rasa haus.

C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

1. Lokasi Studi Kasus

Lokasi pelaksanaan studi kasus di Ruangan Perawatan Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto.

2. Waktu Pelaksanaan Studi Kasus

Waktu pelaksanaan dalam melakukan studi kasus ini yaitu selama 3 hari dimulai tanggal 02 Mei 2023 sampai dengan 05 Mei 2023.

D. Fokus Studi Kasus

Studi kasus penelitian ini adalah penerapan mengulum es batu pada klien Tn. G dengan Chronic Kidney Disease (CKD) on HD untuk mengurangi rasa haus pada klien dengan kelebihan volume cairan di Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto.

Pengkajian dilakukan pada tanggal di lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto. Klien datang dari IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 01 April 2023. Klien masuk ke ruang perawatan lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 01 Mei 2023, nomor rekam medis 01099899 dengan diagnosa CKD On HD.

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Klien atas nama Tn. G berjenis kelamin laki – laki, lahir pada tanggal 31 Juli 1970, berusia 53 tahun, status perkawinan cerai mati, agama Kristen Katholik, suku bangsa Batak, pendidikan terakhir SMA, bahasa yang digunakan adalah Bahasa Indonesia, pekerjaan Wiraswasta, alamat jl. sumur batu rt.014 rw.001 kemayoran Jakarta Pusat, sumber biaya BPJS PBI, sumber informasi didapatkan dari klien, keluarga, dan rekam medis. Pengkajian dilakukan pada tanggal 02 Mei 2023 dengan diagnosa CKD On HD di Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto.

b. Riwayat Penyakit

Klien datang dari IGD pada tanggal 01 April 2023 dengan keluhan kesulitan bernafas, lemas, penurunan kesadaran, dan merasa luka yang ada di kakinya tidak sembuh. Sebelumnya klien merupakan klien rujukan dari RS. Cikini dan sudah di diagnosa DM tipe II, selama 3 hari di IGD RSPAD Gatot Soebroto sesak klien semakin bertambah dan adanya penurunan kesadaran akhirnya klien dipindahkan ke ICU dilakukan intubasi dan ventilator selama 10 hari. Klien berada di ICU selama 1 bulan. Setelah keadaan cukup membaik klien dipindahkan ke Paviliun Darmawan Lt VI pada tanggal 01 Mei 2023 untuk dilakukan

pemantauan dan perawatan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 02 Mei 2023 didapatkan hasil TTV : TD 187/96 mmHg, N 73 x/menit, S 36,8 C, RR 18 x/menit, SPO2 97 %. Masalah Keperawatan yang muncul adalah kelebihan volume cairan. Pemeriksaan hematologi hasil Hb 8,0 g/dL Ht 23% Cr 2.11 mg/dL Ur 45 mg/dL. Pemeriksaan USG Upper and Lower abdomen dengan kesan yaitu CKD grade 5. Masalah belum teratasi.

c. Pemeriksaan Fisik

Pola Nutrisi : frekuensi makan klien 3x/hari, nafsu makan cukup baik tidak ada mual dan muntah, klien hanya menghabiskan beberapa sendok makan, klien mengatakan menyukai semua jenis makanan tetapi cukup pemilih, klien menjalankan diet sayuran&buah, klien tidak menggunakan obat sebelum makan, klien tidak menggunakan alat bantu seperti NGT, dan lain – lain.

Pola Eliminasi : frekuensi bak tidak tentu, warna kuning keruh. Tidak ada keluhan saat BAK, klien menggunakan alat bantu cystostomy, frekuensi BAB tidak tentu, warna kuning kecoklatan, konsistensi semi padat, terkadang klien kesulitan untuk BAB, klien tidak menggunakan obat laxatif.

Pola Personal Hygiene : klien mandi 2x/hari hanya di seka, oral hygiene klien 2x/hari waktu pagi dan malam, klien mencuci rambut 2x/seminggu.

Pola Istirahat dan Tidur : klien tidur siang 2-3 jam/hari, klien tidur malam 7-8 jam/hari, kebiasaan klien sebelum tidur berbincang-bincang dengan anaknya.

Pola Aktivitas dan Latihan : setelah masuk rumah sakit klien tidak bekerja, tidak berolahraga, dan merasa lemas setiap beraktivitas.

Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan : klien tidak merokok dan tidak meminum minuman keras.

Pemeriksaan Fisik Umum : BB klien saat pengkajian 71 kg, BBK : 68kg, keadaan umum sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

Sistem Penglihatan : posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sklera ikterik, pupil sokor, otot mata klien tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, klien tidak menggunakan kacamata dan lensa kotak, reaksi terhadap cahaya positif.

Sistem Pendengaran : daun telinga klien normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh pada telinga, tidak ada titinus, fungsi pendengaran tuli di bagian kanan, tidak ada penggunaan alat bantu.

Sistem Wicara : normal, klien dapat berbicara jelas, kemampuan komunikasi baik.

Sistem Pernafasan : jalan nafas bersih, klien mengatakan tidak ada sesak, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, frekuensi nafas 18 x/menit, irama teratur, jenis pernapasan spontan, tidak ada nyeri saat bernafas.

Sistem Kardiovaskular : nadi 73 x/menit, irama teratur, denyut kuat, tekanan darah 187/96 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat, suhu 36.8 C, warna kulit pucat, CRT <3 detik, terdapat edema pada kedua ekstermitas bawah.

Sirkulasi Jantung : irama jantung teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada.

Sistem Hematologi : klien tampak pucat, klien tidak mengalami perdarahan atau lainnya.

Sistem Syaraf Pusat : kesadaran compos mentis, GCS E4M6V5, tidak ada peningkatan TIK, tidak ada gangguan sistem persyarafan, refleks fisiologis normal, refleks patologis tidak ada.

Sistem Pencernaan : gigi tidak ada caries, tidak ada gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, saliv normal, tidak ada muntah,

tidak ada nyeri daerah perut, bising usung 12x/menit, tidak ada diare, hepar tak teraba.

Sistem Endokrin : tidak ada pembesaran kelenjar getah tiroid, nafas tidak berbau keton, tidak ada luka gangren.

Sistem Urogenital : intake 970 cc, output 750 cc, BAK warna kuning keruh, tidak ada ketegangan kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang.

Sistem Integumen : turgor kulit tidak elasti, tempratur kulit hangat, warna kulit pucat, keadaan kulit terdapat ulkus dekubitus pada bagian punggung, bokong dan kepala, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, keadaan rambut baik dan bersih.

Sistem Muskuloskeletal : klien kesulitan dalam pergerakan, tidak ada sakit pada tulang dan sendi. Tidak ada fraktur, tidak ada kelainan bentuk sendi atau kelainan tulang belakang.

Kekuatan Otot :

5 5 5 5	5 5 5 5
3 3 3 3	3 3 3 3

d. Pengkajian Spesifik

Skrinning Gizi : klien tidak mengalami penurunan berat badan, klien tidak mengalami penurunan nafsu makan. Total skor 0.

Pengkajian nyeri : klien mengatakan tidak terdapat nyeri pada bagian tubuh manapun. Skor (0-1)

Risiko Tinggi Jatuh : Cedera sedang

e. Pemeriksaann Penunjang

Hasil Hematgologi pada tanggal 02 Mei 2023 adalah Hb 8,0 g/dL, Ht 23%, Eritrosit 2,8 juta/uL, Leukosit 10.720/UI, MCHC 35 g/dl, Trombosit 121.000 /uL, Ureum 45 mg/dL, Kreatinin 2.11mg/dL, Kalsium 9,0 mg/dL, eGFR 3,49, Kalsium 9.0 mg/dL, Magnesium 1.40

mg/dL, Natrium 136 mmol/L, Kalium 2.6 mmol/L, Klorida 100 mmol/L.

Hasil Hematologi pada tanggal 05 Mei 2023 adalah Hb 8.9 g/dL, Ht 25%, Eritrosit 3,1 juta/uL, Leukosit 10.440/uL, MCHC, Trombosit 124.000 /uL, Ureum 51 mg/dL, Kreatinin 1,94 mg/dL, Kalsium 8,9 mg/dL, eGFR 3,86, Magnesium 1,20 mg/dl, Natrium 137 mmol/L, Kalium 2,8 mmol/L, Klorida 102 mmol/L

f. Penatalaksanaan (Therapi Obat/Diet)

ISDN PO 3X20 mg, Atorvastatin PO 1x20, V, Cefepime PO 2X1gram, Asam Folat PO 3X1 gram, B12 PO 3X1, CACO3 PO 3X1 gram,, Aspar K PO 3X1 gr, Adalatoros PO 3X30 mg, Depram PO 1X10 mg, Levoflaxim 750 mg IV 1X750 mg, Ca Gluconas 1 gram via iv 3X1 gr, Candesatan 32 mg PO 2X32 mg, V block PO 2X12,5 mg, Hytroz PO 1X4 mg. Rutin hemodialisa 3x/minggu (senin,rabu,jum.at), memberikan edukasi dan penerapan mengulum es batu

g. Analisa Data

Dari hasil pengkajian data yang di dapatkan kemudian dianalisa. Analisa data pertama yaitu Data Subjektif keluarga klien mengatakan kedua kaki klien bengkak, klien mengatakan tubuhnya sangat lemas, klien kesulitan BAK dan keluar BAK sedikit, keluarga klien mengatakan intake masuk 970 cc. Data Objektif klien tampak pucat, keadaan umum sedang, klien terdapat edema, intake 970 cc output 750 cc, hasil pemeriksaan yaitu TD 187/96 mmHg, N 73 x/menit, S 36,8 C, RR 18 x/menit, SPO2 97%.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas penulis dalam studi kasus ini adalah Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Luaran : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan hipervolemia dapat teratasi.

Kriteria Hasil : Asupan cairan meningkat (skala 1-5), Haluaran urin meningkat (skala 1-5), Edema menurun (skala 1-5), Dehidrasi menurun (skala 1-5), Tekanan darah membaik (skala 1-5), Berat badan membaik (skala 1-5).

Intervensi :

Observasi

Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan), Identifikasi penyebab hipervolemia, Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP) jika ada, Monitor intake dan output cairan, Monitor tanda hemokonsentrasi (misal kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine).

Terapeutik

Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama, Batasi asupan cairan dan garam.

Edukasi

Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg setiap dalam sehari

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian diuretik, Kolaborasi penerapan mengulum es batu, Kolaborasi melakukan hemodialisa

4. Implementasi Keperawatan

Tanggal 03 Mei 2023

Implementasi Observasi

Pukul 07.30 mengobservasi tanda-tanda vital klien, hasil : TD 145/86 mmHG, N 83 x/menit, RR 20 x/menit, S 36.5 C, SpO2 95%. Pukul 08.00 mengobservasi tanda dan gejala hipervolemia, hasil : tampak adanya

edema derajat II pada kedua ekstremitas bawah. Pukul 09.00 memonitor tanda hemokonsentrasi, hasil : hematokrit 23%. Pukul 12.30 mengobservasi tanda-tanda vital klien, hasil : TD 173/89 mmHg, N 80 x/menit, RR : 21 x/menit, S 36,8 C, SpO2 97%. Pukul 19.30 mengobservasi tanda-tanda vital klien, hasil : TD 159/87 mmHg, N 89 x/menit, RR 19 x/menit, S 36,1 C, SpO2 98%. Pukul 20.30 memonitor intake dan output klien, hasil intake 2.273 ml output+IWL 1570 BC +703 cc

Implementasi Terapeutik

Pukul 13.00 mengajarkan cara membatasi cairan pada klien, hasil : klien dan keluarga memahami cara membatasi cairan yaitu cairan sebanyak 600 ml dibagi dalam 24 jam sehingga tiap jam klien hanya boleh maksimal minum sebanyak 25 ml. Pukul 13.30 menimbang berat badan klien, hasil berat badan klien 71kg., BB post HD 68 kg

Implementasi Edukasi

Pukul 11.00 menganjurkan klien dan keluarga mengukur dan mencatat haluaran cairan, hasil : klien dan keluarga memahami cara mengukur dan mencatat haluaran urine. Pukul 17.00 membatasi asupan cairan dan garam, hasil : klien dan keluarga memahami cara membatasi asupan cairan dan garam.

Implementasi Kolaborasi

Berkolaborasi dengan tindakan non farmakologis penerapan mengulum es batu selama 5-10 menit, hasil sebelum dilakukan tindakan skala haus 8 (7-10 = haus berat), sesudah tindakan 6 (4-6 = sedang), klien mengatakan jauh lebih segar setelah dilakukan tindakan megulum es batu, Berkolaborasi dalam melakukan tindakan hemodialisa pukul 14.00, hasil klien dilakukan HD 3X/minggu (senin.rabu.jum'at)

Alat :

- a Siapkan air 25 ml (dibekukkan dalam freezer dengan cetakan es batu dengan kedalaman 2,5 cm sisi kanan&kiri 3,5 cm akan menjadi 4-5 buah es batu)
- b Gelas
- c Tissue
- d Handuk kecil

Langkah – Langkah :

- a Mencuci tangan
- b Mengatur posisi klien/duduk
- c Meletakkan handuk kecil diatas dada klien
- d Berikan es batu kepada klien untuk dihisap/dikulum selama 5 menit sampai es nya mencair
- e Ulangi langkah-langkah tersebut kurang lebih 4-5 kali selama 5-10 menit dengan frekuensi es batu yang diberikan setara dengna 175-200cc air sampai haus berkurang
- f Membersihkan mulut dengan tissue
- g Bereskan alat-alat

Tanggal 04 Mei 2023

Implementasi Observasi

Pukul 06.00 mengobservasi tanda-tanda vital klien, hasil : TD 140/88 mmHg, N 67 x/menit, RR20 x/menit, S 36,2°C, SpO2 97%. Pukul 10.00 mengobservasi tanda dan gejala hpervolemia, hasil terdapat edema pada ekstremitas bagian bawah klien. Pukul 12.00 mengobservasi status hemodinamik, hasil tekanan darah 167/97 mmHg. Pukul 13.30 mengobservasi tanda-tanda vital klien, hasil : TD 150/89 mmHg, N 80 x/menit, RR 20 x/menit, S 36°C, SpO2 98%. Pukul 20.00 mengobservasi tanda-tanda vital klien, hasil : TD 158/89 mmHg, N 75 x/menit, RR : 24 x/menit, S 36,7°C, SpO2 98%. Pukul 21.00 memonitor intake dan output klien, hasil intake 2.223 ml, output+IWL 1.620 BC : +603 ml

Implementasi Terapeutik

Pukul 08.00 menimbang berat badan klien, hasil berat badan klien 68 kg.

Implementasi Edukasi

Pukul 11.00 menganjurkan klien dan keluarga mengukur dan mencatat haluaran cairan, hasil : klien dan keluarga memahami cara mengukur dan mencatat haluaran urine. Pukul 17.00 membatasi asupan cairan dan garam, hasil : klien dan keluarga memahami cara membatasi asupan cairan dan garam.

Implementasi Kolaborasi

Pukul 14.00 kolaborasi dengan tindakan non farmakologis penerapan mengulum es batu selama 5-10 menit, hasil sebelum dilakukan tindakan skala haus 7 (7-10 = haus berat), sesudah tindakan 5 (4-6 = sedang), klien mengatakan jauh lebih segar setelah dilakukan tindakan megulum es batu, Pukul 19.30 memberikan obat kepada klien, hasil obat masuk dengan lancar tanpa hambatan

Alat :

- a. Siapkan air 25 ml (dibekukkan dalam freezer dengan cetakan es batu dengan kedalaman 2,5 cm sisi kanan&kiri 3,5 cm akan menjadi 4-5 buah es batu)
- b. Gelas
- c. Tissue
- d. Handuk kecil

Langkah – Langkah :

- a. Mencuci tangan
- b. Mengatur posisi klien/duduk
- c. Meletakkan handuk kecil diatas dada klien
- d. Berikan es batu kepada klien untuk dihisap/dikulum selama 5 menit sampai es nya mencair

- e. Ulangi langkah-langkah tersebut kurang lebih 4-5 kali selama 5-10 menit dengan frekuensi es batu yang diberikan setara dengan 175-200cc air sampai haus berkurang
- f. Membersihkan mulut dengan tissue
- g. Bereskan alat-alat

Tanggal 05 Mei 2023

Implementasi Observasi

Pukul 06.30 mengobservasi tanda-tanda vital klien, hasil : TD 150/87 mmHG, N 80 x/menit, RR 21 x/menit, S 36,3°C, SpO2 98%. Pukul 08.00, Pukul 08.00 mengobservasi tanda dan gejala hipervolemia, hasil : tampak masih adanya namun sudah sedikit berkurang pada kedua ekstremitas bawah. Pukul 09.00 memonitor tanda hemokonsentrasi, hasil : hematokrit 25%. Pukul 19.30 mengobservasi tanda-tanda vital klien, hasil : TD 157/90 mmHg, N 80 x/menit, RR 18 x/menit, S 36,1 C, SpO2 99%. Pukul 20.30 memonitor intake dan output klien, hasil intake 2.223 ml output+IWL 1.620 BC : +578 cc

Implementasi Terapeutik

Pukul 13.00 mengajarkan cara membatasi cairan pada klien, hasil : klien dan keluarga memahami cara membatasi cairan yaitu cairan minum sebanyak 600 ml dibagi dalam 24 jam sehingga tiap jam klien hanya boleh maksimal minum sebanyak 25 ml. Pukul 13.30 menimbang berat badan klien, hasil berat badan klien 69 kg.

Implementasi Edukasi

Pukul 11.00 menganjurkan klien dan keluarga mengukur dan mencatat haluaran cairan, hasil : klien dan keluarga memahami cara mengukur dan mencatat haluaran urine. Pukul 17.00 membatasi asupan cairan dan garam, hasil : klien dan keluarga memahami cara membatasi asupan cairan dan garam.

Implementasi Kolaborasi

Pukul 14.00 Berkolaborasi dalam melakukan hemodialisa. hasil hemodialisa dilakukan 3x/minggu (senin.rabu,jum'at)

Pukul 19.00 Berkolaborasi dengan tindakan non farmakologis penerapan mengulum es batu selama 5-10 menit, hasil sebelum dilakukan tindakan skala haus 6 (7-10 = haus berat), sesudah tindakan 3 (1-3= ringan), klien mengatakan jauh lebih segar setelah dilakukan tindakan megulum es batu,

Alat :

- a. Siapkan air 25 ml (dibekukkan dalam freezer dengan cetakan es batu dengan kedalam 2,5 cm sisi kanan&kiri 3,5 cm akan menjadi 4-5 buah es batu)
- b. Gelas
- c. Tissue
- d. Handuk kecil

Langkah – Langkah :

- a. Mencuci tangan
- b. Mengatur posisi klien/duduk
- c. Meletakkan handuk kecil diatas dada klien
- d. Berikan es batu kepada klien untuk dihisap/dikulum selama 5 menit sampai es nya mencair
- e. Ulangi langkah-langkah tersebut kurang lebih 4-5 kali selama 5-10 menit dengan frekuensi es batu yang diberikan setara dengna 175-200cc air sampai haus berkurang
- f. Membersihkan mulut dengan tissue
- g. Bereskan alat-alat

5. Evaluasi Keperawatan

S : klien mengatakan lemas sudah berkurang, klien dan keluarga mengatakan paham penjelasan dan penerapan tentang mengulum es batu, klien megatakan setelah dilakukan penerapan mengulum es batu rasa haus klien berkurang, klien mengatakan jika mengulum es batu tindakan yang efektif untuk menghilangkan rasa haus

O : TTV : TD 168/100 mmHg, N 93 x/menit, RR 20 x/menit, SPO2 99%, S 36 C., klien tampak lebih segar, klien dan keluarga tampak paham apa yang sudah dijelaskan dan diterapkan, masih tampak adanya edema derajat pada kedua ekstermitas bawah.

A : Tujuan Belum Tercapai, Masalah Teratasi Sebagian

P : Intervensi Dilanjutkan

- Monitor intake dan output per 24 jam
- Edukasi klien untuk melakukan HD 3 kali seminggu
- Melakukan intervensi mengulum es batu secara mandiri baik di rumah maupun di rumah sakit.

E. Instrumen Studi Kasus

1. Alat atau instrument pengumpulan data berupa format pengkajian KMB mulai dari awal pengkajian sampai dengan evaluasi. Cara pengumpulan data dimulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi langsung dan dokumentasi.
2. Format penerapan mengulum es batu

Alat :

- a. Siapkan air 25 ml (dibekukan dalam freezer dengan cetakan es batu dengan kedalaman 2,5 cm sisi kanan&kiri 3,5 cm akan menjadi 4-5 buah es batu)
- b. Gelas
- c. Tissue
- e Handuk kecil

Langkah – Langkah :

- a. Mencuci tangan
- b. Mengatur posisi klien/duduk
- c. Meletakkan handuk kecil diatas dada klien
- d. Berikan es batu kepada klien untuk dihisap/dikulum selama 5 menit sampai es nya mencair

- e. Ulangi langkah-langkah tersebut kurang lebih 7-8 kali selama 5-10 menit dengan frekuensi es batu yang diberikan setara dengan 175-200cc air sampai haus berkurang
- f. Membersihkan mulut dengan tissue
- g. Bereskan alat-alat

F. Metode Pengumpulan Data

Dalam mengumpulkan data untuk menyusun studi kasus dengan CKD on HD pada pasien Tn. G digunakan dengan teknik pengumpulan data dengan cara sebagai berikut :

1. Anamnesa

Pengumpulan data ini dilakukan dengan menggunakan metode anamnesa yaitu pengkajian secara langsung baik dari klien secara langsung maupun keluarga klien.

2. Wawancara

Pengumpulan data dilakukan dengan cara tanya jawab sesuai data yang dibutuhkan. Wawancara dilakukan baik kepada klien, keluarga klien, serta tenaga kesehatan yang bertugas di Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto.

3. Observasi

Pengumpulan data dilakukan selama 3 hari pada tanggal 03 Mei 2023 sampai dengan 05 Mei 2023. Teknik pengumpulan data dengan melakukan observasi terhadap klien Tn. G data ditemukan dengan melakukan interaksi secara langsung antara perawat, klien, dan keluarga klien.

4. Pemeriksaan Fisik

Pengumpulan data dengan metode pendekatan IPPA yaitu Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi dengan pengamatan secara langsung dengan pada tubuh klien.

5. Studi Literature

Pengumpulan data dilakukan dengan cara menggali sumber – sumber pengetahuan melalui buku, jurnal, internet, dan literature lainnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan kepada klien gagal ginjal kronik.

6. Studi Dokumentasi

Sumber informasi yang bisa dilihat dari catatan rekam medis klien yang berisi tentang catatan perkembangan pasien terintergritasi, hasil pemeriksaan penunjang seperti hasil laboratorium, hasil, radiologi, serta yang lainnya.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini peneliti akan membahas perbandingan antara masalah proses asuhan keperawatan yang ditemukan dilapangan dengan teori dan hasil penelitian terdahulu (buku dan jurnal terkait) pada klien dengan Gagal Ginjal Kronik yang telah dilakukan pada tanggal 02-05 Mei 2023 di ruang penginapan Paviliun Darmawan Lantai VI RSPAD Gatot Soebroto. Dimana dalam pembahasan ini sesuai dengan fase proses keperawatan yang meliputi; pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan atau implementasi, dan evaluasi keperawatan

A. Pengkajian

Menurut (Ns. Cut Husna, 2012) Tanda klinis biasanya tubuh akan terasa lemah atau lemas, tampak pucat pada bagian muka atau tangannya, adanya anemia, apabila pemeriksaan laboratorium hemoglobin akan <10 g/dl, rasa gatal pada area kulit. Sedangkan pada penelitian yang ditemukan pada klien Tn. G dengan diagnosa Gagal Ginjal Kronik adalah adanya pembengkakan atau edema pada ekstermitas bawah bagian kanan dan kiri menunjukkan tanda klinis yang sama dengan hasil penelitiann dilapangan sehingga antara teori dan hasil pengkajian terhadap klien dengan gagal ginjal kronik tidak ditemukan kesenjangan dan perbedaan pengkajian pada klien menunjukkan hal serupa tindakan yang dilakukan untuk menurunkan rasa haus. Penelitian menurut (Arfany, 2014) Penerapan ice cube's yang dapat menurunkan intensitas rasa haus, pada kasus ini dilakukan teknik non farmakologis yaitu dengan teknik mengulum es batu yang efisien menurunkan rasa haus dan meminimalisirkan risiko terjadinya kelebihan.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada hasil penelitian dilapangan ditemukan 7 diagnosa keperawatan menurut teori gagal ginjal kronik menurut (SDKI, 2017) diantaranya meliputi:

1. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi
2. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Psikologis (keengganan untuk makan)
3. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Fungsi Konsentrasi Hemoglobin
4. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Kelebihan Volume Cairan
5. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi Perfusi
6. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik
7. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan
8. Nausea berhubungan dengan Efek Agen Farmakologis

Sedangkan pada kasus Tn. G dengan gagal ginjal kronis didapati beberapa masalah, namun yang menjadi menonjol dan harus ditangani adalah :

1. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi

Setelah dibandingkan antara hasil penelitian lapangan dan teori kasus dan juga penelitian terdahulu didapatkan satu diagnosa keperawatan yang sama yaitu hipervolemia karena klien dengan gagal ginjal kronik dibutuhkan upaya untuk pembatasan kelebihan cairan.

C. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan hipervolemia yang didapatkan pada teori (SIKI, 2018) intervensi yang dapat diberikan pada diagnosa keperawatan hipervolemia adalah; Periksa tanda dan gejala hipervolemia agar mengetahui keluhan atau gejala apa saja yang muncul (mis. Ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan), Identifikasi penyebab hipervolemia agar mengetahui penyebab terkena hipervolemia, Monitor status hemodinamik, Monitor intake dan output cairan agar mengetahui pembatasan intake yang lebih besar dari output yang mengakibatkan kelebihan volume cairan, Monitor tanda hemokonsentrasi (misal kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis) apabila kadar natrium tinggi dapat dihubungkan dengan kelebihan volume cairan yang

mengakibatkan edema, hipertensi, dan komplikasi penyakit jantung, Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama untuk memantau apabila ada perubahan berat badan pada klien, Batasi asupan cairan dan garam karena kebiasaan ini membuat penurunan fungsi ginjal untuk mengeluarkan kelebihan air di dalam tubuh, akibatnya kelebihan cairan dapat menumpuk dan merusak keseimbangan ginjal, Kolaborasi pemberian diuretik pemberian furosinamide yang dapat mengurangi cairan berlebih pada tubuh agar tidak terjadi edema, Kolaborasi penerapan mengulum es batu untuk meminimalisir rasa haus pada klien agar tidak terjadi kelebihan volume cairan yang masuk, Kolaborasi melakukan hemodialisa guna untuk menggantikan fungsi ginjal dalam mempertahankan kualitas hidup klien.

D. Implementasi Keperawatan

Penerapan siber ice cube's dilakukan selama 5-10 menit sehingga intensitas rasa haus berkurang dengan cara mengulum es batu, pengukuran skala haus sebelum dan sesudah tindakan menggunakan Visual Analogy Scale (VAS) atau disebut dengan skala numerik dan hasil implementasi pada Tn. G setelah dilakukan penerapan mengulum es batu untuk mengurangi intensitas rasa haus berkurang dan klien merasa tampak segar tidak mudah haus.

E. Evaluasi Keperawatan

Pemberian mengulum es batu dalam mengatasi kelebihan volume cairan, penerapan terapi ice cube's yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut selama 5-10 menit mengalami penurunan skala haus hari pertama 03 Mei 2023 pre : 8 (7-10 haus berat) post : 6 (4-6 haus sedang), hari kedua 04 Mei 2023 pre : 7 (7-10 haus berat) post 5 (4-6 haus sedang), hari ketiga 05 Mei 2023 pre : 5 (4-6 haus sedang) post 3 (1-3 haus ringan) setelah membandingkan antara teori dan jurnal terkait ditemukan beberapa kesamaan yaitu teknik non farmakologis dengan mengulum es batu untuk menurunkan intensitas rasa haus yang berlebih. Namun ada beberapa kesenjangan yaitu pada waktu yang diberikan disetiap pertemuan dengan klien.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Salah satu hal yang dikeluhkan oleh klien dengan gagal ginjal kronik adalah pembatasan cairan untuk itu perawat perlu melakukan tindakan dalam mengatasi terjadinya dehidrasi dengan teknik farmakologi dan teknik non farmakologi, salah satu tindakan non farmakologi yaitu dengan penerapan pemberian ice cube's atau es batu dengan cara mengulumnya. Penerapan mengulum es batu diyakini bisa untuk memperpanjang waktu mengkonsumsi air dibandingkan dengan minum secara langsung. Hal ini yang akan membuat rasa haus menjadi lebih teratasi dan memberikan efek menyegarkan.

Pada klien dengan hasil penelitian lapangan ini dari pengkajian yang dilakukan pada tanggal 02-05-2023 anamnesis didapatkan gejala adanya edema pada ekstermitas bawah bagian kiri dan kanan sehingga didapatkan diagnosa kelebihan volume cairan, manajemen yang dilakukan adalah periksa tanda dan gejala, identifikasi penyebab hipervolemia, monitor intake dan output cairan, edukasi dalam pembatasan cairan yang masuk, edukasi tentang dan teknik yang akan dilakukan, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan teknik mengulum es batu selama 5-10 menit sehingga intensitas haus berkurang, anjurkan memonitorhaus secara mandiri menggunakan skala haus VAS atau numerik sebelum pelaksanaan dan sesudah pelaksanaan tindakan mengulum es batu, kolaborasi pemberian diuretik dan hemodialisa. Pada penelitian ini kelebihan volume cairan dengan teknik mengulum es batu dapat mempengaruhi menurunkan intensitas haus pada klien dan kesimpulan yang didapatkan pada penelitian terdahulu atau buku terkait dengan gagal ginjal kronik dilakukan teknik mengulum es batu dapat berpengaruh terhadap penurunan intensitas haus.

B. Saran

1. Bagi Masyarakat

Masyarakat mampu melakukan dan dapat mengontrol intake cairan melalui pengendalian rasa haus dengan cara mengulum es batu secara mandiri

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan karya tulis ilmiah ini tentang penerapan mengulum es batu dapat menjadi bahan atau materi pembelajaran tambahan terkait kelebihan volume cairan pada CKD on HD.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Untuk memperluas jangkauan penelitian mengenai pemberian intervensi mengulum es batu terhadap penurunan rasa haus pada klien gagal ginjal kronik

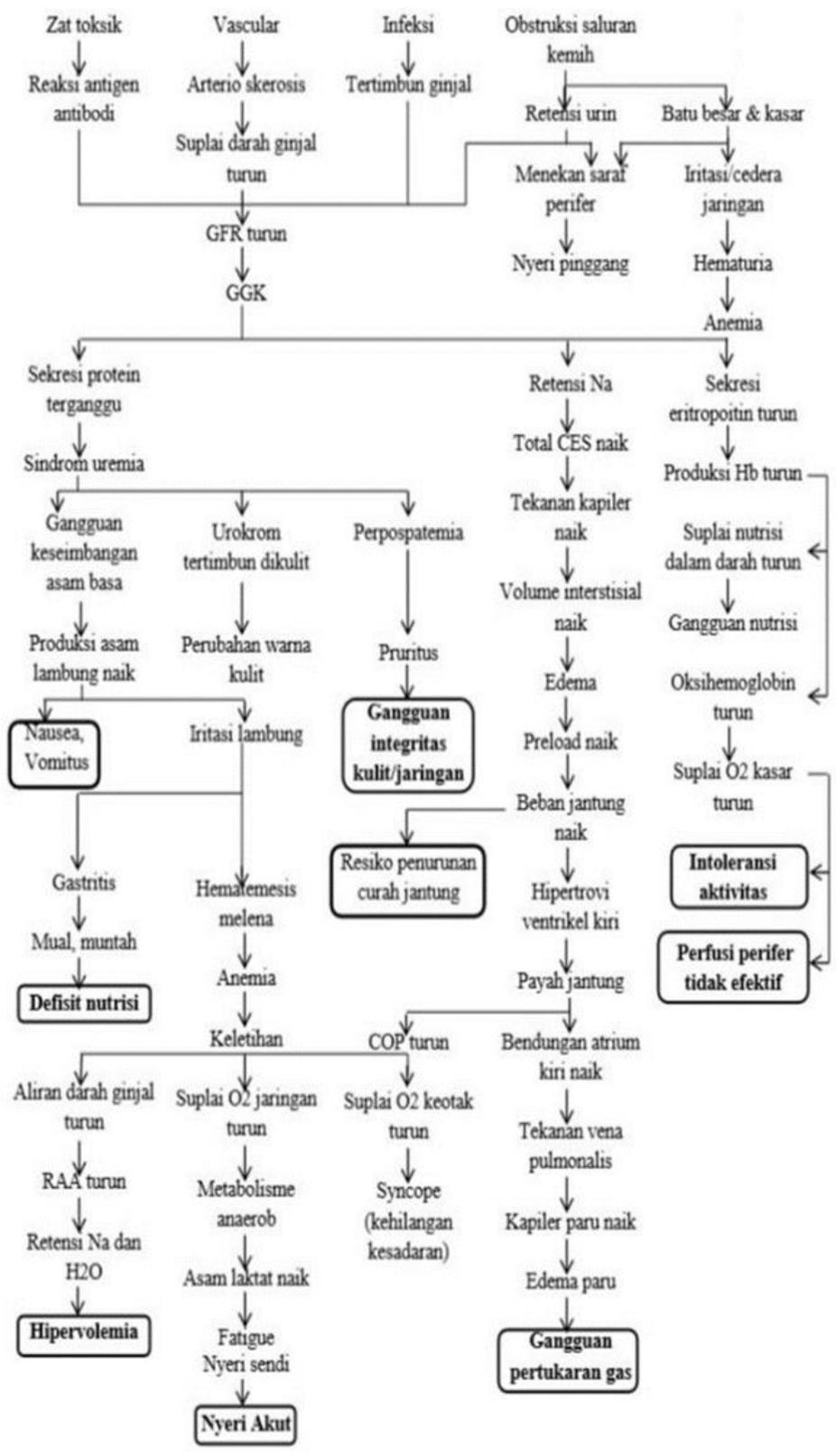
DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, I., Haryanti, P., Nisa, K., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2015). *Terapi Konservatif dan Terapi Pengganti Ginjal sebagai Penatalaksanaan pada Gagal Ginjal Kronik Conservative Therapy and Renal Replacement Therapy as Treatment for Chronic Renal Failure*. 4, 49–54.
- Andi Eka Pranata, Eko Prabowo, S.Kep, M. K. (2014). *Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan Edisi 1 Buku Ajar, Nuha Medika : Yogyakarta*.
- Ardiyanti, A., Armiyati, Y., & Arif, M. S. (2015). (2015). Pengaruh Kumur dengan Obat Kumur Rasa Mint terhadap Rasa Haus pada Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa di SMC RS Telogorejo. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 1–9.
- Arfany, N. W. (2014). *Megulum Es Batu Terhadap Penurunan Rasa Haus Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa*. 1–9.
- Choirunnasih. (2019). Jurnal ilmiah. *Jurnal Ilmiah*, 10(2), 1–94.
- Conchon, M. F., & Fonseca, L. F. (2014). Ice and Water efficiency in the management of thirst in the immediate postoperative period: randomized clinical trial. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 8 (5).
- Desitasari, Utami, G. T., & M. (2014). Hubungan tingkat pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan diet pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. *Jurnal Online Mahasiswa (JOM) Bidang Ilmu Keperawatan*, 1(2), 1–8. <http://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/view/3463/3359>
- Harmilah. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Yogyakarta: PT Pustaka Baru Press.
- Igbokwe & Obika. (2008). Thirst perception and dryness of mouth in healthy young adults Nigerians. *African Journal of Biomedical Research*, Volume 11.

- Istanti. (2011). Faktor –Faktor Yang Berkontribusi Terhadap IDWG Pasien CKD Di Unit Hemodialisis RS PKU Yogyakarta. *Jurnal Mutiara Medika Vol. 11 No. 2 Mei 2011*.
- Kalengkongan, D. J., Makahaghi, Y. B., & Tinungki, Y. L. (2018). Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Chronik Kidney Disease (CKD) Penderita Yang Dirawat Di Rumah Sakit Daerah Liunkendage Tahuna. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, 2(2), 104. <http://www.e-journal.polnustar.ac.id/jis/article/view/183>
- Kara, B. (2013). Validity and reliability of the Turkish version of the Thirst Distress Scale in patients on hemodialysis. *Asian Nursing Reaserch* 7, 2013, 212–218.
- Kemenkes. (2019). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kementerian Kesehatan RI, 1(1), 1*.
<https://www.kemkes.go.id/article/view/19093000001/penyakit-jantung%02penyebab-kematian-terbanyak-ke-2-di-indonesia.html>
- Kozier,B.,Glenora Erb, A. B. & S. J. S. (2011). Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Alih bahasa :Esty Wahyu ningsih, Devi yulianti, yuyun yuningsih & Ana lusyana). Jakarta :EGC. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*.
- Mait, G., Nurmansyah, M., & Bidjuni, H. (2021). Gambaran Adaptasi Fisiologis Dan Psikologis Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisis Di Kota Manado. *Jurnal Keperawatan*, 9(2), 1.
<https://doi.org/10.35790/jkp.v9i2.36775>
- Manullang, P. S. (2020). Implementasi Asuhan Keperawatan. *Osf.Io*, 2001, 1–7.
<https://osf.io/md3qj/download>
- Ns. Cut Husna, M. (2012). Literature Review: Gagal Ginjal Kronis Dan Penanganannya. *Jurnal Keperawatan*, 3(2), 67–73.
- Priscilla Lemone, Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). Buku Ajar Medikal Bedah. *Jakarta: EGC, Vol 3*.

- Said, H., & Mohammed, H. (2013). Effect of chewing gum on xerostomia, thirst and interdialytic weight gain in patients on hemodialysis. *Life Science Journal*. 2. 10.
- SDKI. (2017). *PPNI. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta; DPP PPNI.*
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.*
- Simanullang, M. V. (2019). Evaluasi Keperawatan Yang Tepat Untuk Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Keprawatan Muhammadiyah*, 1–7. <https://osf.io/k37pn/download/?format=pdf>
- Suharyanto, T & Madjid, A. (2013). Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan. *Rineka Cipra: Jakarta.*
- Suyatni, Armiyati, Y., & Mustofa, A. (2016). Efektifitas Berkumur dengan Obat Kumur dan Mengulum Es Batu terhadap Penurunan Rasa Haus pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa di RS Roemani Muhammadiyah Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 1–12.
- Tanto C, H. N. (2014). Penyakit Ginjal Kronis. In Liwang F, Hanifati S, Pradiptara EA. *Editors. Kapita Selekta Kedokteran Jilid 2. Edisi 4. Jakarta: Media Aesculaplus*, p.644-47.
- Zulfan, E., Irwan, M., Islami Zalni, R., Roni, Y., & Tengku Maharatu, S. (2021). Faktor_Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Kesehatan Maharatu* 2(2).

LAMPIRAN



YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO

JENIS KETERAMPILAN : INDEKS BARTHEL

NAMA KLIEN

: TN. G

LAHAN PRAKTIK

: P. DARMA W M Lt. G

TANGGAL/HARI

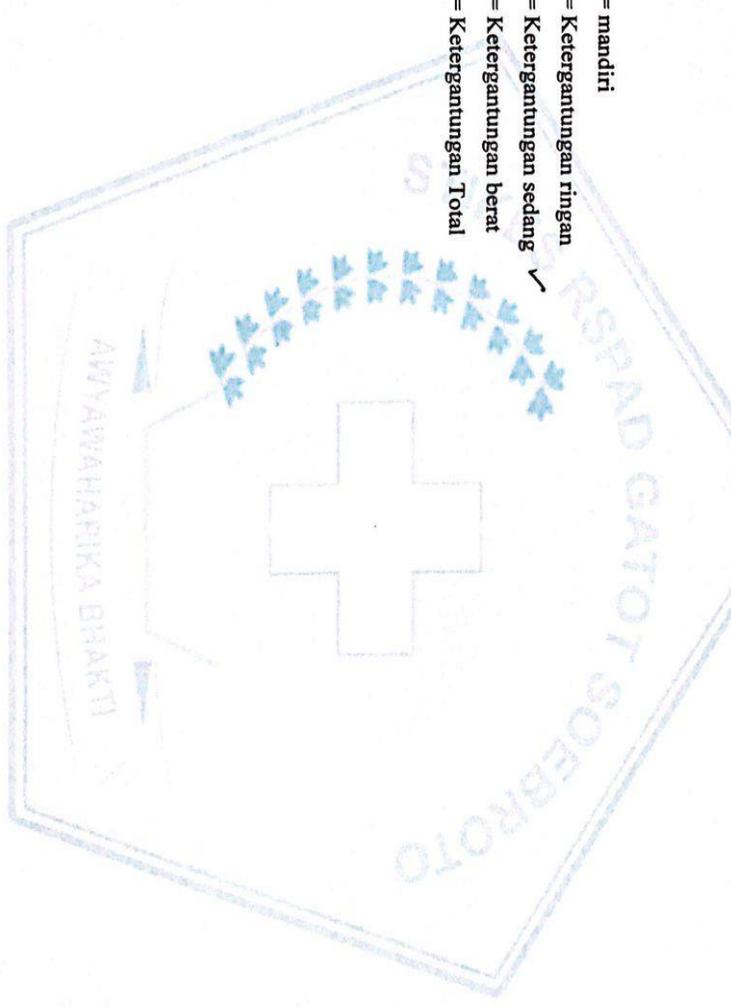
: 02 - 05 Mei 2023

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN
1.	Mengendalikan rangsang pembuangan tinja	0	Tak terkendali terukur (perlu pencacah)
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1x seminggu)
		2	Terkendali
2.	Mengendalikan rangsang berkemih	0	Tak terkendali atau pakai kateter
		1	Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1x/24 jam)
		2	Mandiri
3.	Membersihkan diri (seka muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain
		1	Mandiri
4.	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain
		2	Mandiri

5.	Makan	0 1 2	Tidak mampu Perlu pertolongan memotong makanan Mandiri
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0 1 2 3	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk biasa duduk (2orang) Bantuan minimal 1 orang Mandiri
7.	Berpindah/berjalan	0 1 2 3	Tidak mampu Bisa (ppindah) dengan kursi roda Berjalan dengan bantuan 1 orang Mandiri
8.	Memakai baju	0 1 2	Tergantung dengan orang lain Sebagian dibantu (mis mengkancingkan baju) Mandiri
9.	Naik turun tangga	0 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri
10.	Mandi	0 1	Tergantung dengan orang lain mandiri

Total	9	Ketergantungan sedang.
-------	---	------------------------

- Ket Skor :
- 20 = mandiri
 - 12 - 19 = Ketergantungan ringan
 - 9 - 11 = Ketergantungan sedang ✓
 - 5 - 8 = Ketergantungan berat
 - 0 - 4 = Ketergantungan Total



KARTU KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa

ANGGIE HANI DEWANTI

NIM

2036061

Judul KTI

Penerapan Asuhan Keperawatan Kelainan Volume Cairan Pada t.t. G. CKD on H/D dengan keluhan es lepuh

Pembimbing

NS. Hendik Wicaksono S.Kep. M.KeG. terhadap penurunan rasa haus Lt vi Pak.

No.	Tanggal	Topik Konsultasi	Follow-up	Tanda Tangan Pembimbing
1	14/06/2023	- Perbaiki Judul Konsul Bab 1 & Bab 2	- Perbaiki Judul - Revisi sesuai perkembangan	
2	22/06/2023	- Perbaiki bab 2 - Konsul bab 3, 4, 5	- Perbaiki bab 2	
3	22/06/2023	- Konsul Bab 3, 4, 5	- Perbaiki bab 3, 4, 5	
4	03/07/2023	Revisi bab 1-5	- Perbaiki bab 1 - bab 5	
5	12/07/2023	Acc sidang Bab 1-5	Acc sidang bab 1-5	
6	15/07/2023	Revisi sidang Bab 1-5	Revisi Sidang Bab 1-5	

DARMASURY
RSPAD GATA
SUCORATI

CATATAN :

- Dibawa setiap konsultasi
- Akhir konsultasi harap serahkan kartu ini kepada Bidang Akademik sebagai persyaratan penetapan tanggal ujian.

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN
PENCEGAHAN DAN PERAWATAN GAGAL GINJAL KRONIK
PADA KELUARGA Tn. G DI RUANG PAVILIUN DARMAWAN
RSPAD GATOT SOEBROTO LANTAI VI**



**DISUSUN OLEH :
ANGGIE HANI DEWANTI
2036061
3B**

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO
PRODI D-III KEPERWATAN
JAKARTA PUSAT
2023**

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Topik : Pencegahan dan Perawatan Gagal Ginjal Kronik
Sasaran : Keluarga Tn. G
Hari/tanggal : Selasa, 03 Mei 2023
Tempat : Ruang Pavilliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto
Waktu : 30 Menit
Penyuluh : Anggie Hani Dewanti

A. Tujuan Intruksional Umum :

Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 20 menit, diharapkan keluarga Tn. G memahami tentang Pencegahan dan Perawatan Gagal Ginjal Kronik.

B. Tujuan Intruksional Khusus :

Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 30 menit diharapkan keluarga Tn. G mampu:

1. Menjelaskan pengertian gagal ginjal kronik.
2. Menyebutkan penyebab gagal ginjal kronik.
3. Menyebutkan tanda dan gejala gagal ginjal kronik
4. Menyebutkan komplikasi gagal ginjal kronik.
5. Menyebutkan cara pencegahan gagal ginjal kronik.
6. Menyebutkan cara perawatan gagal ginjal kronik

C. Materi

1. Pengertian gagal ginjal kronik.
2. Penyebab gagal ginjal kronik.
3. Tanda dan gejala gagal ginjal kronik
4. Komplikasi gagal ginjal kronik
5. Cara pencegahan gagal ginjal kronik.
6. Cara perawatan gagal ginjal kronik.

D. Strategi Pembelajaran

No.	URAIAN KEGIATAN	METODE	MEDIA	WAKTU
1	Pendahuluan: a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan tujuan d. Mengemukakan kontrak waktu	Ceramah	Lisan	5 menit
2	Pembahasan: a. Menjelaskan pengertian gagal ginjal kronik. b. Menjelaskan penyebab gagal ginjal kronik c. Menjelaskan tanda dan gejala gagal ginjal kronik. d. Menjelaskan komplikasi gagal ginjal kronik. e. Menjelaskan pencegahan gagal ginjal kronik. f. Menjelaskan cara perawatan gagal ginjal kronik.	- Ceramah - Tanya Jawab - Leaflet	-Laptop -Power point -LCD -Wireles -Leaflet	10 menit
3	Penutup: a. Melakukan evaluasi b. Menyampaikan kesimpulan materi c. Menutup penkes dengan hamdalah	- Ceramah - Tanya Jawab	- Laptop - Power point - Wireles	5 menit

E. Evaluasi (Terlampir)

Bentuk Evaluasi : Lisan
Waktu : 6 menit
Jumlah : 6 soal
Jenis soal : Essay

F. Sumber

Ardiyanti, A., Armiyati, Y., & Arif, M. S. (2015). (2015). Pengaruh Kumur dengan Obat Kumur Rasa Mint terhadap Rasa Haus pada Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa di SMC RS Telogorejo. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 1–9.

Arfany, N. W. (2014). *Megulum Es Batu Terhadap Penurunan Rasa Haus Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa*. 1–9.

URAIAN MATERI

PENCEGAHAN DAN PERAWATAN CA INTRA ABDOMEN

A. Pengertian

Gagal ginjal kronik adalah suatu keadaan penurunan fungsi ginjal secara mendadak. Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya, suatu bahan yang biasanya di eliminasi di urine lalu menumpuk dalam cairan tubuh menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit serta asam basa.

B. Penyebab

i. Diabetes Mellitus

Saat tubuh memiliki kadar gula yang terlalu tinggi atau sering dikatakan kondisi DM, maka akan mengakibatkan ginjal bekerja terlalu keras. Ginjal menyerap darah dalam jumlah yang lebih tinggi jadi dapat menyebabkan pembuluh darah menyaring darah dapat yang bekerja terlalu keras.

j. Hipertensi/Tekanan Darah Tinggi

Aliran darah yang kuat mengakibatkan tekanan darah terlalu tinggi yang membuat pembuluh darah bekerja terlalu keras, pembuluh darah rusak termasuk yang ada pada ginjal dapat rusak. Hipertensi salah satu faktor risiko terjadinya kematian pada pasien GGK yang mengalami hemodialisa.

k. Serangan Jantung

Ketika penderita mengalami serangan jantung maka aliran darah yang menuju jantung akan mengalami masalah atau bahkan ginjal tidak menerima darah dari jantung. Jika kondisi ini terus terjadi maka ginjal tidak dapat berfungsi dan terjadi penumpukan aliran limbah pada jantung.

l. Penyakit Ginjal Polikistik

Penyakit ginjal polikistik dapat menyebabkan kerusakan kemampuan ginjal karena banyaknya zat racun yang harus disaring oleh ginjal. Penyakit ini secara perlahan akan menyebabkan ginjal tidak berfungsi sehingga pada tahap akhir menyebabkan gagal ginjal. Penyakit ini ditemukan pada usia lanjut sekitar umur 55 tahun.

m. Glomerulonefritis

Penyakit ini menyebabkan peradangan pada bagian penyaringan di ginjal yang menyerang bagian nefron. Peradangan ini menyebabkan banyak kotoran dari sisa metabolisme yang seharusnya keluar tapi hanya menumpuk di bagian ginjal. Penyakit ini menjadi faktor penyebab gagal ginjal dalam waktu yang sangat cepat.

n. Pielonefritis

Infeksi yang terjadi pada ginjal melalui infeksi hematogen. Apabila infeksi berulang maka dapat menyebabkan kerusakan pada ginjal yang mengakibatkan GJK. Penyakit ini biasanya terjadi karena adanya batu ginjal, obstruksi atau refluks vesiko ureter.

o. Obat- obatan

Kebiasaan mengkonsumsi berbagai jenis obat yang banyak mengandung bahan lithium dan siklosporin dapat memicu terjadinya gagal ginjal karena ginjal bekerja terlalu keras untuk menyaring semua limbah yang dihasilkan dari sisa – sisa obat.

p. Pola hidup

Berbagai penelitian mengemukakan bahwa merokok, minuman beralkohol, sering mengkonsumsi daging merupakan salah satu faktor terjadinya gagal ginjal kroni karena bahan kimia pada rokok dapat menyebabkan penurunan laju GFR.

C. Tanda Dan Gejala

- j. Jumlah urin (/ kemih) berkurang atau tidak ada urin. Jumlah urin < 500ml/24 jam atau < 20ml/kgBB/jam pada orang dewasa dan <1 ml/kgBB/jam pada anak-anak, walaupun air yang diminum dalam jumlah yang wajar/normal.
- k. Pucat/anemia. Penderita terlihat pucat pada muka maupun telapak tangannya, bila diukur Hb <10 g/dl.
- l. Mual, muntah, dan tidak nafsu makan.
- m. Nafas berat, mudah sesak bila banyak minum atau melakukan kerja berat.
- n. Rasa sangat lemah
- o. Sering cegukan/sedakan (hiccup) yang berkepanjangan.
- p. Rasa gatal di area kulit.
- q. Penumpakan cairan yang mengakibatkan pembengkakan pada ekstermitas atas atau ekstermitas bawah
- r. Pemeriksaan laboratorium yang penting : ureum darah tinggi (nilai normal ureum <40 mg/dl), kreatinin darah tinggi (nilai normal kreatinin <1,5 mg/dl). Hb rendah (nilai normal 12-15 g/dl pada perempuan dan 13-17 g/dl pada laki-laki).

D. Komplikasi

- f Hiperkalemia, akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolic, katabolisme, dan masukan diet berlebihan.
- g Perikarditis, efusi pericardial, dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak kuat.
- h Hipertensi
- i Anemia
- j Penyakit Tulang, serta metastatis akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D upnormal, dan peningkatan kadar aluminium.

E. Cara Pencegahan

- a) Mengonsumsi makanan bergizi lengkap dan seimbang
- b) Batasi makan makanan yang mengandung tinggi garam, tinggi lemak jenuh, dan tinggi asam urat
- c) Cukup minum air putih, minimal 8 gelas sehari
- d) Menjaga berat badan ideal
- e) Tidak merokok
- f) Menghindari konsumsi obat pereda nyeri golongan OAINS tanpa berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter

F. Cara Perawatan

- d Tindakan konservatif untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif
 - 3) Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan
 - e) Pembatasan protein, jumlah kebutuhan protein dilonggarkan sampai 60 – 80 g/hari
 - f) Diet rendah kalium, diet yang dianjurkan adalah 40-80 mEq/hari. Jika berlebihan mengonsumsi makanan yang mengandung kalium dapat menyebabkan hiperkalemia.
 - g) Diet rendah natrium, diet Na yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari atau tidak lebih dari 2000 mg natrium atau setara dengan 1-1,5 sendok teh/hari.
 - h) Pembatasan cairan harus diawasi secara seksama. Efek dari pembatasan cairan biasanya pasien akan merasa sering haus dan menyebabkan bibir terasa kering alternatifnya bisa dilakukan teknik mengulum es batu dengan jumlah yang dibataskan
- e Dialisis
 - 3) Hemodialisa

Hemodialisa adalah suatu prosedur dimana darah dikeluarkan dari tubuh penderitanya dan beredar dalam sebuah mesin di luar tubuh yang disebut dialiser.
 - 4) CAPD (Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis)

CAPD adalah bentuk dialisis peritoneal kronis untuk pasien dengan gagal ginjal terminal, bentuk dialisisnya dengan menggunakan membran peritoneum yang bersifat semipermeabel sebagai membran dialisis, prinsip dasarnya adalah proses ultrafiltrasi antara cairan dialisis yang masuk ke dalam rongga peritoneum dengan plasma darah.

f Operasi, Transplantasi atau cangkok ginjal

LAMPIRAN EVALUASI

Pertanyaan:

1. Jelaskan pengertian gagal ginjal kronik?
2. Sebutkan penyebab gagal ginjal kronik?
3. Sebutkan tanda dan gejala gagal ginjal kronik?
4. Sebutkan komplikasi gagal ginjal kronik?
5. Sebutkan cara pencegahan gagal ginjal kronik?
6. Sebutkan cara perawatan gagal ginjal kronik?

Jawaban :

1. Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal kronik adalah suatu keadaan penurunan fungsi ginjal secara mendadak. Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya, suatu bahan yang biasanya di eliminasi di urine lalu menumpuk dalam cairan tubuh menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit serta asam

2. Penyebab Gagal Ginjal Kronik

- a) Diabetes Mellitus
- b) Hipertensi/Tekanan Darah Tinggi
- c) Serangan Jantung
- d) Penyakit Ginjal Polikistik
- e) Glomerulonefritis
- f) Pielonefritis
- g) Obat- obatan
- h) Pola hidup

3. Tanda Dan Gejala Gagal Ginjal Kronik

- a) Anemia/pucat
- b) Nafas berat, mudah sesak
- c) Rasa sangat lemah
- d) Rasa gatal di area kulit
- e) Penumpukan cairan yang menyebabkan pembengkakan pada beberapa bagian
- f) Hasil laboratorium : ureum darah tinggi, kreatinin darah tinggi, hemoglobin rendah
- g) Jumlah urin berkurang atau tidak ada urin

4. Komplikasi Gagal Ginjal Kronik

- a) Hiperkalemia
- b) Perikarditis
- c) Hipertensi
- d) Anemia
- e) Penyakit tulang lainnya

5. Cara Pencegahan Gagal Ginjal Kronik

- a) Konsumsi makanan bergizi lengkap
- b) Batasi makanan tinggi garam, tinggi lemak jenuh, dan tinggi asam urat
- c) minum air putih, minimal 8 gelas sehari
- d) Menjaga berat badan ideal
- e) Tidak merokok
- f) Menghindari obat pereda nyeri golongan OAINS tanpa berkonsultasi dengan dokter

6. Cara Perawatan Gagal Ginjal Kronik

- 1. Tindakan konservatif untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif
 - a) Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan
 - b) Pembatasan cairan harus diawasi secara seksama. Efek dari

pembatasan cairan biasanya pasien akan merasa sering haus dan menyebabkan bibir terasa kering alternatifnya bisa dilakukan teknik mengulum es batu dengan jumlah yang dibataskan. Adapun langkah – langkah sebagai berikut :

Alat :

- a Siapkan air 25 ml (dibekukkan dalam freezer dengan cetakan es batu dengan kedalam 2,5 cm sisi kanan&kiri 3,5 cm akan menjadi 4-5 buah es batu)
- b Gelas
- c Tissue
- d Handuk kecil

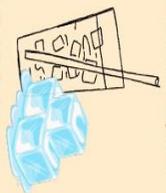
Langkah – Langkah :

- a Mencuci tangan
 - b Mengatur posisi klien/duduk
 - c Meletakkan handuk kecil diatas dada klien
 - d Berikan es batu kepada klien untuk dihisap/dikulum selama 5 menit sampai es nya mencair
 - e Ulangi langkah-langkah tersebut kurang lebih 4-5 kali selama 5-10 menit dengan frekuensi es batu yang diberikan setara dengna 175-200cc air sampai haus berkurang
 - f Membersihkan mulut dengan tissue
 - g Bereskan alat-alat
2. Hemodialisa
 3. CAPD (Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis)
 4. Operasi, Transplantasi atau cangkok ginjal

LANGKAH MENGULUM ES BATU

ALAT-ALAT :

1. Siapkan air 25 ml (dibekukukkan dalam freezer dengan cetakan es batu dengan kedalaman 2,5 cm sisi kanan&kiri 3,5 cm akan menjadi 4-5 buah es batu)
2. Gelas
3. Tissue
4. Handuk kecil



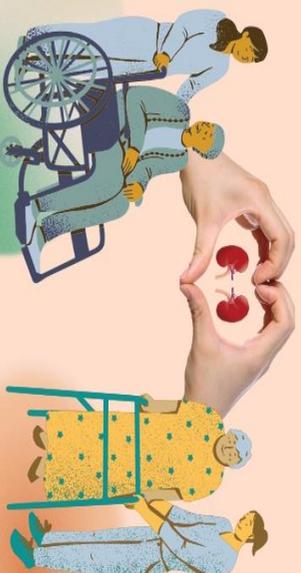
LANGKAH-LANGKAH:

1. Mencuci tangan
2. Mengatur posisi klien/duduk
3. Meletakkan handuk kecil diatas dada klien
4. Berikan es batu kepada klien untuk dihisap/dikulum selama 5 menit sampai es nya mencair
5. Ulangi langkah-langkah tersebut kurang lebih 4-5 kali selama 5-10 menit dengan frekuensi es batu yang diberikan setara dengan 175-200cc air sampai haus berkurang
6. Membersihkan mulut dengan tissue
7. Bereskan alat-alat



SUMBER

- Ardiyanti, A., Armiyati, Y., & Arif, M. S. (2015). (2015). Pengaruh Kumur dengan Obat Kumur Rasa Mint terhadap Rasa Haus pada Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa di SMC RS Telogorejo. Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan, 1-9.
- Artany, N. W. (2014). Megulum Es Batu Terhadap Penurunan Rasa Haus Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa. 1-9.



STIKes RSPAD Gatot Soebroto

CARA PENCEGAHAN & PERAWATAN PADA GAGAL GINJAL KRONIK

ANGGIE HANI DEWANTI
2036061



APA ITU GAGAL GINJAL KRONIK?



Gagal ginjal kronik adalah suatu keadaan penurunan fungsi ginjal secara mendadak. Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolisme tubuh atau melakukakan fungsi regulernya, suatu bahan yang biasanya di eliminasi di urine lalu menumpuk dalam cairan tubuh menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolisme, cairan, elektrolit serta asam basa

PENYEBAB GAGAL GINJAL KRONIK

1. Diabetes melitus
2. Hipertensi
3. Serangan jantung
4. Penyakit ginjal polikistik
5. Glomerulonefritis
6. Pielonefritis
7. Obat-obatan
8. Pola hidup



TANDA DAN GEJALA GAGAL GINJAL KRONIK

1. Jumlah urin (/ kemih) berkurang atau tidak ada urin.
2. Pucat/anemia.
3. Mual, muntah, dan tidak nafsu makan.
4. Nafas berat, mudah sesak bila banyak minum atau melakukan kerja berat.
5. Rasa sangat lemah
6. Sering cegukan/sedakan (hiccup) yang berkepanjangan.
7. Rasa gatal di area kulit.
8. Penumpukan cairan yang mengakibatkan pembengkakan pada ekstremitas atas atau ekstremitas bawah.
9. Ureum darah tinggi (nilai normal ureum <40 mg/dl), kreatinin darah tinggi (nilai normal kreatinin <1,5 mg/dl).

KOMPLIKASI PADA GAGAL GINJAL KRONIK

1. Hiperkalemia
2. Perikarditis
3. Hipertensi
4. Anemia
5. Penyakit tulang



CARA PENCEGAHAN GAGAL GINJAL KRONIK

1. Mengonsumsi makanan bergizi lengkap dan seimbang
2. Batasi makan makanan yang mengandung tinggi garam, tinggi lemak jenuh, dan tinggi asam urat
3. Cukup minum air putih, minimal 8 gelas sehari
4. Menjaga berat badan ideal
5. Tidak merokok
6. Menghindari konsumsi obat pereda nyeri golongan OAINS tanpa berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter

CARA PERAWATAN GAGAL GINJAL KRONIK

1. Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan.
2. Mengulum es batu.
3. Hemodialisa.
4. CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis).
5. Operasi (Transplantasi ginjal).