

BAB III

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini disajikan mengenai kasus klien kelolaan yang digambarkan dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawata, implemenasi keperawatan dan evaluasi keperawatan

3.1 Asuhan Keperawatan Klien Gagal Ginjal Kronis

3.1.1 Pengkajian

1) Identitas Klien

Nama : Ny. S
Tanggal Lahir : 23 – 10 – 1970
Umur : 55 thn 3 bln 23 hari
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Perkawinan : Menikah
Pendidikan : SD
Pekerjaan : IRT (Ibu Rumah Tangga)
Agama : Islam
Alamat : Krajan RT.001 RW.001/Desa Karang Asem. Tanggal
MRS : 17 Februari 2026
DX masuk : Gagal Ginjal Kronik + HT Emergency
Tanggal Pengkajian : 18 Februari 2026

2) Status Kesehatan

1. Keluhan utama :

Pasien mengeluh sering haus

2. Riwayat penyakit sekarang :

Klien datang ke IGD bersama keluarganya pada tanggal 17 februari 2026 pada pukul 00.00 WIB, dengan keadaan umum lemah, frekuensi nafas meningkat, terdapat penggunaan otot bantu nafas, tekanan darah meningkat, terdapat odema di bagian esktremitas bawah, di IGD pasien mendapatkan masker

oksigen NRBM 15 lpm, karena kondisi pasien memburuk dan membutuhkan pemantauan intensif, pasien kemudian dipindahkan ke ruang ICU Teratai untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut, di ICU Teratai pasien mengeluh sering haus.

3. Riwayat penggunaan obat :

Keluarga pasien mengatakan pasien mengonsumsi amlodipin tetapi diminumnya hanya pada saat tekanan darahnya naik saja.

4. Riwayat penyakit dahulu :

Keluarga pasien mengatakan, pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi sejak 1 tahun yang lalu

5. Riwayat penyakit keluarga :

Keluarga pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keluarga

3) Pemeriksaan Fisik

a. B1 (Breathing)

a) Inspeksi : pasien tampak menggunakan otot bantu nafas, RR: 28x/menit, Spo: 92% pasien terpasang oksigen NRBM 15 lpm, pernapasan cepat dan dalam (napas kussmaul), dan tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada benjolan atau jejas

b) Palpasi : dada ka/ki simetris, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada benjolan

c) Perkusi : dulness di basis paru

d) Auskultasi : terdapat bunyi ronchi

b. B2 (Blood)

a) Inspeksi : wajah tampak pucat, terdapat edema di ekstremitas bawah, akral teraba dingin

b) Palpasi : CRT >2 detik, pitting edema +4, N : 120 x/menit, TD: 236/106 mmHg, MAP: 150 mmHg ,dada ka/ki simetris

c) Perkusi : pekak

d) Auskultasi : bunyi jantung S1 dan S2 jantung lup dup

c. B3 (Brain)

a) Inspeksi : pasien tampak lemah dan mudah mengantuk, pasien tampak gelisah

b) Palpasi : pemeriksaan menggunakan four score

No	Four score	Nilai
1.	Respon mata	3
2.	Respon motorik	4
3.	Refleks batang otak	4
4.	Respirasi	4
	Total:	15

Keterangan: pasien mengalami gangguan kesadaran ringan (somnia).

d. B4 (Bladder)

a) Inspeksi : pasien terpasang kateter, urine 50 cc/24 jam, warna tampak pekat

$$\begin{aligned} IWL &= (15 \times 80) / 24 \text{ jam} \\ &= 1.200 : 24 \text{ jam} = 50 \text{ cc/jam} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Deuresis} &= \text{Urine} : \text{BB} : \text{Jam} = 50 : 80 : 24 \text{ jam} \\ &= 0,2 \text{ cc/kgBB/jam} \end{aligned}$$

$$\text{GFR} = (((140 - 55) \times 80) / (72 \times 10 (\text{mg/dL}))) \times 0,85$$

$$\text{GFR} = ((85 \times 80) / (720)) \times 0,85$$

$$= 6.800 / 720$$

$$= 9,4 \times 0,85$$

$$= 7,99 \text{ ml/menit}$$

b) Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

c) Perkusi : tidak ada distensi kandung kemih bila urin sedikit

d) Auskultasi : -

e. B5 (Bowel)

a) Inspeksi : tidak terdapat benjolan/jejas, pasien nampak mual jika mau makan/minum, pasien hanya minum susu yg

diberikan oleh RS sekitar 20 ml selama 3 x 24 jam

b) Auskultasi : bising usus 6 x/ menit

c) Palpasi : tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada tanda-tanda pembesaran hepar

d) Perkusi : tidak ada suara meteorismus (kembung/perut berisi udara)

f. B6 (Bone)

a) Inspeksi : keadaan pasien tampak lemah, terdapat edema (pitting edema +4), tidak terdapat fraktur/ ruptur

b) Palpasi : kekuatan otot

c) Perkusi : -

d) Auskultasi : -

3	3
3	3

g. Pemeriksaan penunjang

1.	Natrium (Na) 122.000 mmol/L	7.	Neutrofil 88.6 %
2.	Kalium (K) 6.66 mmol/L	8.	Limfosit 4.4 %
3.	Klorida (Cl) 97.80 mmol/L	9.	Monosit 6.70 %
4.	Hemoglobin (HGB) 8.14 g/dl	10.	PLT 240 x10 ³ /uL
5.	Eritrosit (RBC) 3,060 x10 ³ /uL	11.	BUN 66.20 mg/dL
6.	Hematokrit (HCT) 25,3%	12.	Kreatinin 10.276 mg/dL

h. Terapi

Nama obat	Dosis	Rute	Mekanisme kerja obat
Pantoprazole	40 mg x 2	Intravena (IV)	Pantoprazole bekerja dengan mengurangi produksi asam lambung.
Ceftriaxone	1 g x 2	Intravena (IV)	Ceftriaxone adalah antibiotik yang bekerja dengan merusak dinding pelindung bakteri. Dinding tersebut berfungsi menjaga bentuk dan melindungi bakteri. Ketika pembentukan dinding bakteri dihambat, bakteri menjadi lemah, pecah, lalu mati sehingga infeksi dapat diatasi oleh tubuh
Furosemide	40 mg x 1	Intravena (IV)	Furosemide bekerja dengan membantu ginjal mengeluarkan lebih banyak garam dan air melalui urine. Obat ini membantu mengurangi pembengkakan (edema), sesak napas akibat penumpukan cairan, dan menurunkan tekanan darah karena kelebihan cairan berkurang.

3.1.2 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	DS: pasien mengeluh sering haus DO: 1. Klien tampak sesak napas 2. Terdapat penggunaan otot bantu napas 3. Terdapat bunyi ronkhi pada paru-parunya 4. Klien tampak gelisah 5. Terdapat edema pada ekstremitas bawah (pitting edema +4) 6. Jumlah urin 50 cc/24 jam	Gagal Ginjal Kronik ↓ Retensi natrium ↓ CES↑ ↓ Tekanan kapiler meningkat ↓ Volume interstisial meningkat ↓ Edema ↓ Kelebihan volume cairan ↓ Hipervolemia	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)

3.1.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Hipervolemia	Keseimbangan cairan meningkat (L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan keseimbangan cairan	Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis: ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks

		meningkat dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan membaik 2. Output urin meningkat 3. Membran mukosa lembab meningkat 4. Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Frekuensi nadi membaik 8. Tekanan arteri rata-rata membaik	hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis: frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis: kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) 6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis: kadar protein dan albumin meningkat) 7. Monitor kecepatan infus secara ketat 8. Monitor efek samping diuretik (mis: hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) Terapeutik 9. Batasi asupan cairan dan garam 10. Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat 11. Berikan terapi <i>non-farmakologis (ice cubes)</i> untuk mengurangi rasa haus, sesuai dengan program pembatasan cairan Edukasi 12. Anjurkan melapor jika keluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 13. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari 14. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian diuretik
--	--	--	--

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Tgl & jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	TTD
18/02/2026	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia Hasil: pernapasan klien cepat dan dangkal, RR: 28x/menit, Spo2: 92%, CRT >2 detik, N : 120 x/menit, TD: 236/106 mmHg, MAP: 150 mmHg, terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah dengan pitting edema +4 2. Identifikasi penyebab hipervolemia Hasil: sebelum pasien mengidap GGK pasien mempunyai riwayat hipertensi dan tidak rutin minum obat 3. Monitor status hemodinamik Hasil: TD: 236/106 mmHg (MAP: 150 mmHg), N: 120 x/menit 4. Monitor intake dan output cairan Hasil: cairan masuk (infus 200 cc/24 jam, susu 100 cc 3 x 1, <i>ice cubes</i> 10 ml/hari), cairan keluar (urine 50 cc/24 jam) 5. Monitor tanda hemokonsentrasi Hasil: HCT: 25,3%, BUN: 66,20 mg/dl, Natrium: 122,00 mmol/L 6. Monitor kecepatan infus secara ketat Hasil: pasien diberikan cairan infus 200 cc/24 jam (3 tpm) 7. Batasi asupan cairan Hasil: pasien mendapatkan susu dari pihak RS 100 cc 3x, infus 200cc/24 jam, <i>ice cubes</i> 10 ml/hari 10. Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat Hasil: tempat tidur pasien sudah disetting menjadi 30° 11. Berikan terapi <i>non-farmakologis</i> (<i>ice cubes</i>) Hasil: pasien diberikan terapi <i>ice cubes</i> 10 ml/hari 12. Anjurkan melapor jika keluaran urin < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam Hasil: urine pasien 50cc/80kg/24 jam 13. Kolaborasi pemberian diuretic Hasil: kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat deuretik (furosemide inj)	

19/02/2026		1. Monitor status hemodinamik Hasil: RR: 25x/menit, Spo2: 97%, CRT >2 detik, N : 115 x/menit, TD: 160/100 mmHg, MAP:120 mmHg,terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah dengan pitting edema +3 2. Monitor intake dan output cairan Hasil: cairan masuk (infus 200 cc/24 jam, susu 100 cc 3 x 1, <i>ice cubes</i> 10 ml/hari), cairan keluar (urine 55 cc/24 jam) 3. Batasi asupan cairan Hasil: pasien mendapatkan susu dari pihak RS 100 cc 3x, infus 200cc/24 jam, ice cubes 10 ml/hari 4. Tinggikan kepala tempat tidur 30 – 40 derajat Hasil: tempat tidur pasien sudah disetting menjadi 30⁰ 5. Berikan terapi <i>non-farmakologis</i> (<i>ice cubes</i>) Hasil: pasien diberikan terapi <i>ice cubes</i> 10 ml/hari, pasien mengatakan setelah diberikan <i>ice</i> tersebut rasa hausnya semakin berkurang 6. Kolaborasi pemberian diuretic Hasil: kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat deuretik (furosemide inj)	
20/02/2026		1. Monitor status hemodinamik Hasil: RR: 23 x/menit, Spo2: 97%, CRT < 2 detik, N : 110 x/menit, TD: 130/90 mmHg, MAP: 103 mmHg,terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah dengan pitting edema +2 2. Monitor intake dan output cairan Hasil: cairan masuk (infus 200 cc/24 jam, susu 100 cc 3 x 1, <i>ice cubes</i> 10 ml/hari), cairan keluar (urine 60 cc/24 jam) 3. Batasi asupan cairan Hasil: pasien mendapatkan susu dari pihak RS 100 cc 3x, infus 200cc/24 jam, ice cubes 10 ml/hari	

		Berikan terapi <i>non-farmakologis</i> (<i>ice cubes</i>) Hasil: pasien diberikan terapi <i>ice cubes</i> 10 ml/hari, pasien mengatakan setelah diberikan <i>ice</i> tersebut rasa hausnya semakin berkurang 4. Kolaborasi pemberian diuretic Hasil: kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat deuretik (<i>furosemide inj</i>)	
--	--	---	--

3.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tgl & Jam	Evaluasi Keperawatan	TTD
18/02/2026	S: : Pasien mengeluh sering haus O: 1. Pernapasan klien cepat dan dangkal 2. Terdapat penggunaan otot bantu napas 3. Terdapat bunyi ronkhi pada paru-parunya 4. RR: 28x/menit, Spo2: 92%, CRT >2 detik, N : 120 x/menit, TD: 236/106 mmHg, MAP: 150 mmHg 5. Terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah dengan pitting edema +4 6. Jumlah urine 50 cc/24 jam A: Masalah belum teratasi P: 1. Monitor hemodinamik 2. Monitor intake dan cairan output 3. Batasi asupan cairan 4. Tinggikan kepala 30-40° 5. Berikan terapi <i>non-farmakologis</i> (<i>ice cubes</i>) 6. Kolaborasi pemberian deuretik	
19/02/2026	S: : Pasien mengatakan setelah diberikan terapi <i>Ice Cubes</i> tersebut rasa hausnya berkurang O: 1. RR: : 25x/menit, Spo2: 97%, CRT >2 detik, N : 115 x/menit, TD: 160/100 mmHg, MAP:120 mmHg 2. Terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah dengan pitting edema +3 3. Jumlah urine 55 cc/24 jam	

	A: Masalah teratasi sebagian P: 1. Monitor hemodinamik 2. Monitor intake dan cairan output 3. Batasi asupan cairan 4. Berikan terapi <i>non-farmakologis</i> (<i>ice cubes</i>) 5. Kolaborasi pemberian deuretik	
20/02/2026	S: : Pasien mengatakan setelah diberikan terapi <i>Ice Cubes</i> tersebut sudah tidak merasa haus O: 1. RR: : 23 x/menit, Spo2: 97%, CRT < 2 detik, N : 110 x/menit, TD: 130/90 mmHg, MAP: 103 mmHg 2. Terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah dengan pitting edema +2 3. Jumlah urine 60 cc/24 jam A: Masalah teratasi sebagian P: 1. Monitor hemodinamik 2. Monitor intake dan cairan output 3. Batasi asupan cairan 4. Kolaborasi pemberian deuretik	