

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS**

#### **A. Data Kasus Kelolaan**

##### 1. Data Umum Pasien

###### A. Pengkajian

###### 1. Data Dasar pasien

###### Identitas Pasien

Nama : Ny. S  
Tempat tanggal lahir : 08 April 1977  
No.RM : 173175  
Jenis kelamin : Perempuan  
Status kawin : Menikah  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMA  
Suku : Jawa  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Sekampung, Lampung Timur  
Sumber Biaya : BPJS  
Tanggal Datang : 15 November 2022  
Diagnosa Medis : GGK/ CKD on HD

###### 2. Riwayat Kesehatan

###### a. Riwayat Kesehatan Masuk Rumah Sakit

Ny. S datang ke unit Hemodialisis RSUD Sukadana, pukul 08.30 WIB dengan jadwal rutinitas untuk Dialysis atau cuci darah.

###### b. Riwayat Penyakit Sekarang

Ny. S mengatakan malas untuk makan, setelah makan takut sesak nafas karena pasien pernah mengalami sesak nafas pada saat Berat Badan 42 kg.

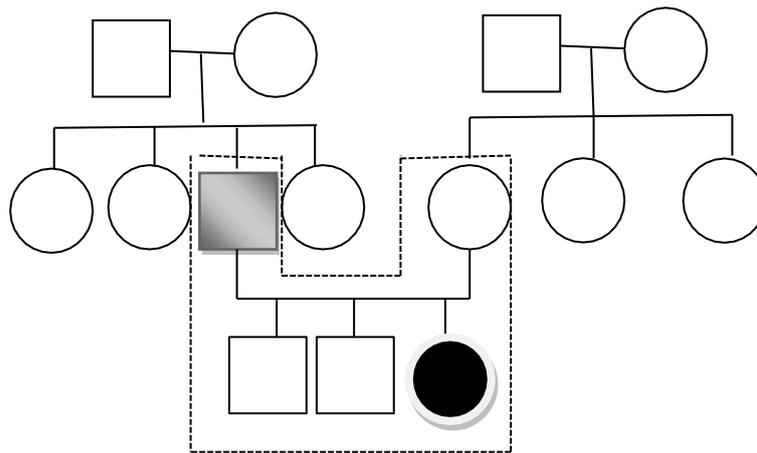
c. Riwayat Kesehatan Lalu

Sebelumnya pasien menderita gagal ginjal kronik yang disebabkan adanya penyakit Hipertensi pasien yang tidak tertangani dengan baik, pasien tidak pernah dirawat di RS dengan penyakit serius. Pasien tidak memiliki alergi obat, makanan, dan suhu lingkungan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan atau memiliki penyakit gagal ginjal kronik yang sama dengan pasien.

Genogram keluarga



Keterangan:

-  : laki-laki
-  : perempuan
-  : klien
-  : tinggal dalam satu rumah

2. Hasil Pengkajian

a. Pemeriksaan fisik

Setelah pasien menyerahkan lembar administrasi untuk

pendaftaran Hemodialisa di ruang Hemodialisa RSUD Sukadana Lampung Timur pada jam 08.50 WIB pasien dilakukan pengkajian dengan hasil sebagai berikut:

P : Rasa tidak nyaman pada area perut

Q : rasa nyeri seperti tertimpa benda berat

R : perut

S : skala nyeri 3

T : menetap, jika beraktivitas rasa tidak nyaman meningkat

Keadaan Umum; pasien dengan kesadaran composmentis, TD:130/80 mmhg, Nadi :78x/menit,RR 24x/menit, Suhu 37<sup>0</sup> C. TB: 155 cm, BB 42 kg. IMT 17,48 (17 – 18,4 kategori kurus, Kemenkes RI), Wajah tampak pucat konjungtiva anemis dan bibir kering.

1) Kepala

Bentuk kepala oval, tidak ada nyeri tekan, wajah oval, tidak ada jejas atau benjolan pada kepala dan tidak ada nodul. Rambut sedikit rontok bila disisir.

2) Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, dan tidak ada lesi disekitar mata.

3) Telinga

Bentuk simetris, sejajar dengan mata, tidak ada benjolan maupun lesi. Telinga bersih, tidak ada serumen. Tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan fungsi pendengaran masih bagus.

4) Mulut dan Tenggorokan

Kemampuan bicara baik, mukosa bibir kering, tidak menggunakan gigi palsu. Tidak ada sariawan pada mulut.

5) Hidung

Bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada keluhan dan kelainan pada hidung.

6) Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

7) Sistem endokrin

Tidak ada pembengkakan pada kelenjar getah bening ditubuh seperti dileher, ketiak, payudara, dan lipatan paha.

8) Sistem Respirasi

Inspeksi : dada tampak simetris, tidak ada luka, benjolan dan tidak memar. Palpasi : tidak ada benjolan dan nyeri tekan, perkusi : tidak ada bunyi dulnes atau hipersonor, auskultasi : suara paru vesikuler, tidak terdengar wheezing/ronchi.

9) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi : permukaan dada simetris  
Palpasi : tidak ada benjolan dan nyeri tekan  
perkusi : saat diperkusi bunyi pekak  
auskultasi : bunyi jantung normal (s1 dan s2)

10) Sistem Gastrointestinal

Inspeksi : tampak simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada lesi  
auskultasi : bising usus peristaltic 8x/mnt  
Perkusi : timpani  
Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan dan perut sedikit kembung,

11) Sistem Muskuloskeletal

Anggota gerak lengkap dan terdapat edema pada kedua kaki dengan derajat 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang bila dalam keadaan berbaring.

12) Sistem Integument

Kulit tampak kusam dan kering, tidak ada lesi atau gangguan kulit yang tampak pada pasien.

### 13) Sistem Reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada daerah genetalia

### 3. Hasil pemeriksaan penunjang

- Hasil pemeriksaan laboratorium Darah lengkap

Hemoglobin : 6.6 g/dl

Eritosit : 2.38 jt/ul

Hematokrit : 19 %

Lekosit : 7.400/ul

Trombosit : 351.000/ul

Gol.Darah : B Rh+

LED : -

Ureum : 172 mg/dl

Creatinin : 9.8 mg/dl

GDS : 74 mg/dl

HBsAg : Non reaktif

### 3. Farmakoterapi

Terapi farmakologi yang diberikan adalah;

Transfusi PRC 2 Kolf

Furosemid 40mg 1 – 0 – 0

Asam folat 2 x 1

Eritropoitin 1000 unit

### 4. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	Ds : <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasien mengatakan khawatir makan jika makan atau minum yang berlebihan, sehingga membatasi makan</li></ul> Do <ul style="list-style-type: none"><li>• k/u lemah pasien, tampak lesu</li><li>• pasien tambah meringis menahan GDS 74mg/dl</li></ul>	Defisit Nutrisi  (Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme)	Factor psikologis (keengganan untuk makan)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HB 6.6 g/dl, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering</li> <li>• tanda-tanda vital (TTV) TD:130/80 mmhg, Nadi :78x/menit,RR 24x/menit, Suhu 37<sup>0</sup> C. TB: 155 cm, BB 42 kg. IMT 17,48</li> <li>• Perut terpalpasi kembung</li> </ul>		
--	--	--	--

### 5. Diagnosa Keperawatan Prioritas

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis; keengganan untuk makan ditandai dengan Pasien mengatakan khawatir makan jika makan atau minum yang berlebihan, sehingga membatasi makan, k/u lemah
  - pasien tambah meringis menahan GDS 74mg/dl
  - HB 6.6 g/dl, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering
  - tanda-tanda vital (TTV)
  - TD:130/80 mmhg, Nadi :78x/menit,RR 24x/menit, Suhu 37<sup>0</sup> C. TB: 155 cm, BB 42 kg. IMT 17,48
  - Perut terpalpasi kembung
2. Hipervolemia berhubungan dengan ketidakadekuatan kinerja ginjal ditandai dengan pasien tampak tidak nyaman dan gelisah, pasien mengeluh kembung, terdapat edema pada kaki pasien/pitting edema +.
3. Nausea berhubungan dengan distensi lambung ditandai dengan pasien mengeluh sesak, terasa tidak nyaman pada ulu hati dan mual serta muntah.

#### 4. Rencana Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil SLKI	Intervensi
1	2	3
<p><b>Defisit Nutrisi D.0019</b></p> <p><b>Definisi :</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 1x 4 jam pasien dapat mencapai kriteria hasil:</p> <p><b>1. Status Nutrisi</b></p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien menghabiskan porsi makan</li> <li>• Hemoglobin meningkat</li> <li>• Pengetahuan pasien meningkat dalam memilih makanan yang sehat</li> <li>• Pengetahuan pasien meningkat dalam memilih minuman yang sehat</li> <li>• Pengetahuan pasien meningkat tentang asupan nutrisi yang sehat</li> <li>• Nafsu makan membaik</li> <li>• IMT normal</li> </ul>	<p><b>1. Manajemen Nutrisi</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi status nutrisi</li> <li>b. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>c. Monitor asupan makanan</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitasi menentukan pedoman diet: mengajarkan panduan diet GGK</li> <li>b. Berikan makanan sesuai panduan diet GGK</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ajarkan diet pasien yang diprogramkan, sampaikan makanan dan minuman apa saja yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan serta jumlahnya.</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat farmakologi pasien</li> </ol>

---

<b>Hipervolemia</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka hipervolemia meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan meningkat</li> <li>2. Haluaran urin meningkat</li> <li>3. Edema menurun</li> <li>4. Tekanan darah membaik</li> <li>5. Turgor kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen</b></p> <p><b>Hipervolemia Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan)</li> <li>2. Monitor intake dan output cairan</li> <li>3. Monitor jumlah dan warna urin</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>5. Tinggikan kepala tempat tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>8. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> <li>9. Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT), jika perlu</li> </ol>
---------------------	---	--

---

<p><b>Nausea</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka nausea membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan membaik</li> <li>2. Keluhan mual menurun</li> <li>3. Pucat membaik</li> </ol> <p>Takikardia membaik (60-100 kali/menit)</p>	<p><b>Manajemen</b></p> <p><b>MualObservasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pengalaman mual</li> <li>2. Monitor mual (mis. Frekuensi,durasi, dan tingkat keparahan)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Kendalikan faktor lingkunganpenyebab (mis. Bau tak sedap,suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)</li> <li>4. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan,ketakutan, kelelahan)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Anjurkan istirahat dan tidurcukup</li> <li>6. Anjurkan sering membersihkanmulut, kecuali jika merangsangmual</li> <li>7. Ajarkan teknik nonfarmakologisuntuk mengatasi mual(mis. Relaksasi, terapi musik, akupresur)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p>
----------------------	---	---

## 5. Hasil Implementasi dan Evaluasi

Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
Pukul 09.30 WIB 15 November 2022	<p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <p>Observasi:</p> <p>d. Mengidentifikasi status nutrisi pasien dengan cek HB, monitor TTV, pemeriksaan fisik</p> <p>e. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>f. Monitor asupan makanan pasien</p> <p>Terapeutik:</p> <p>c. Memberikan Pendidikan Kesehatan dalam menentukan pedoman diet: mengajarkan panduan diet GGK</p> <p>d. Berikan makanan sesuai panduan diet GGK</p> <p>Edukasi :</p> <p>b. Mengajarkan diet pasien yang diprogramkan,</p> <p>c. menyampaikan makanan dan minuman apa saja yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan serta jumlahnya.</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat farmakologi pasien dan tranfusi darah sesuai intruksi dokter</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan memahami tujuan diet nutrisi pasien GGK,</p> <p>7. Pasien menyebutkan makanan dan minuman yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan,</p> <p>8. Pasien menyebutkan takaran diet nutrisi yang disampaikan</p> <p>9. Pasien mampu menyebutkan kapan waktu yang tepat untuk makan/jadwal makan</p> <p>10. Pasien mengikuti diet yang dianjurkan.</p> <p>O :</p> <p>b. Pasien tampak menyimak dengan seksama edukasi diet yang diberikan.</p> <p>c. Diberikan transfusi PRC 2 kolf, asam folat 2x1, caco3 2x1.</p> <p>d. TD:130/80 mmhg, Nadi :76x/menit,RR 22x/menit, Suhu 37<sup>0</sup> C. TB: 155 cm, BB 42 kg. IMT 17.48</p> <p>e. Pasien menghabiskan porsi makan yang diberikan</p> <p>f. Konjungtiva non anemis, mukosa bibir lembab dan merah muda.</p> <p>A : Pasien mampu mengikuti intervensi edukasi diet nutrisi saat implementasi</p> <p>P : intruksikan pasien untuk tetap menjalankan panduan diet nutrisi GGK dirumah</p>

Pukul 09.15 WIB  
17 November 2022

### Manajemen Nutrisi

#### Observasi:

- g. Mengidentifikasi status nutrisi pasien dengan cek HB, monitor TTV, pemeriksaan fisik
- h. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- i. Monitor asupan makanan pasien

#### Terapeutik:

- e. Memberikan Pendidikan Kesehatan dalam menentukan pedoman diet: mengajarkan panduan diet GGK
- f. Berikan makanan sesuai panduan diet GGK

#### Edukasi :

- d. Mengajarkan diet pasien yang diprogramkan,
- e. menyampaikan makanan dan minuman apa saja yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan serta jumlahnya.

#### Kolaborasi :

- 2. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat farmakologi pasien dan tranfusi darah sesuai intruksi dokter

#### S :

- a. Pasien mengatakan memahami tujuan diet nutrisi pasien GGK,
- b. Pasien menyebutkan makanan dan minuman yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan,
- c. Pasien menyebutkan takaran diet nutrisi yang disampaikan
- d. Pasien mampu menyebutkan kapan waktu yang tepat untuk makan/jadwal makan
- e. Pasien mengikuti diet yang dianjurkan.
- f. Pasien menanyakan variasi menu pengganti pada pemenuhan dietnya

#### O :

- a. Pasien tampak menyimak dengan seksama edukasi diet yang diberikan.
- b. Diberikan transfusi PRC 2 kolf, asam folat 2x1, caco3 2x1.
- c. TD:120/80 mmhg, Nadi :72x/menit,RR 24x/menit, Suhu 37<sup>0</sup> C. TB: 155 cm, BB 42.5 kg. IMT 17.48
- d. Pasien menghabiskan porsi makan yang diberikan
- e. Konjungtiva non anemis, mukosa bibir lembab dan merah muda.

A : Pasien mampu mengikuti intervensi edukasi diet nutrisi saat implementasi

P : intruksikan pasien untuk tetap melanjutkan menjalankan panduan diet nutrisi GGK dirumah

### **E. Data Senjang Pada Kasus**

Pada kasus pasien Ny.S dengan Riwayat Gagal ginjal Kronik/CKD on HD, terdapat kesenjangan data pada hasil implementasi dan Evaluasi, dimana pada pengkajian sebelum implementasi pasien belum mengerti dengan baik panduan diet nutrisi pasien Gagal ginjal kronik dan merasa takut untuk makan. Setelah dilakukan implementasi sesuai dengan standar intervensi Indonesia, pasien memenuhi kriteria hasil luaran intervensi dengan menunjukkan adanya kemampuan dalam peningkatan status nutrisi yaitu; pasien memahami tentang panduan diet nutrisi pasien CKD on HD dengan baik, menyebutkan makanan dan minuman yang diperbolehkan untuk diet, menyebutkan jumlah porsi setiap makan dan minum. Data objektif ditemukan konjungtiva non anemis dan mukosa bibir menjadi tidak kering dan berwarna merah muda. Pasien sudah tidak mengeluh pusing atau tidak nyaman. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi yang dilakukan penulis mampu memberikan perubahan data atau dampak bagi peningkatan Kesehatan pasien pada manajemen diet nutrisi pasien CKD on HD.

Penulis pada penerapan Karya Ilmiah Akhir Ners ini mencoba untuk memberikan edukasi kepada pasien dengan tujuan untuk melakukan manajemen diet pasien CKD on HD dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Pentingnya memberikan pengertian kepada pasien bahwa mematuhi panduan diet yang telah diajarkan melalui leaflet sangat berdampak pada status Kesehatan pasien.

Secara umum kesenjangan data pada Karya Ilmiah Akhir ini tidak memberikan dampak negative akan tetapi sebaliknya manajemen diet nutrisi pasien CKD on HD dapat meningkatkan kemandirian pasien dan mempercepat pemulihan pasien secepat mungkin sehingga mengurangi kemungkinan kebutuhan perawatan pasien di rumah sakit.