KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”N” DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

CHARLES WILSON LAO
E15144001010
PASKALIS KARNI
E1514401037

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
MAKASSAR 2018/2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."N" DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG PERAWATAN ST. BERNADETH III.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa	: Charles Wilson Lao
	Paskalis Karni
NIM	: E1514401010
	E1514401037

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Serlina Sandi, Ns., M.Kep)

NIDN.0913068201

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc)

NIDN.0912106501

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY."N" DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 20 Mei 2019
Pukul : 15.30 – 17.00 WITA
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Rosdewi, S.Kp. MSN (.....)
2. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes (.....)
3. Serlina Sandi, Ns., M.Kep (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes)
NIDN.0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Charles Wilson Lao
Tempat/ Tanggal Lahir	: Boentuna, 07 Desember 1997
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Katholik
Alamat	: Jl. Tanjung Bira No. 27, Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu	: Bernadetha Bini
Agama	: Katholik
Pekerjaan	: PNS
Alamat	: Humusu, Insana Utara, Kefamenanu, NTT

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN Boentuna	: Tahun 2003 - 2009
SMPN Boentuna	: Tahun 2009 - 2012
SMK Agustinus Kefamenanu	: Tahun 2012 - 2015
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2015 - 2019

RIWAYAT HIDUP

IV. Identitas Pribadi

Nama	: Paskalis Karni
Tempat/ Tanggal Lahir	: Bantaeng, 09 Mei 1997
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Katholik
Alamat	: Jl. Matahari, Sungguminasa, Gowa

V. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu	: Nikolaus. P / Kartini
Agama	: Katholik
Pekerjaan	: PNS
Alamat	: Jl. Merpati Baru, Pallantikang, Bantaeng

VI. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 5 Lembang Cina	: Tahun 2003 - 2009
SMPN 1 Bantaeng	: Tahun 2009 - 2012
SMAN 1 Bantaeng	: Tahun 2012 - 2015
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2015 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia_Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny "N" dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan ST. Bernadeth III.A di Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program DIII keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan, namun berkat bimbingan , pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terimakasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimbah ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan kemahasiswaan STIK Stella Maris.
3. Rosdewi, S.Kp., MSN selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan.
4. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
5. Serlina Sandi, Ns., M.Kep selaku pembimbing penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah dan telah meluangkan waktu serta memberikan pengarahan dan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.

6. Rosmina Situngkir, Ns., M.Kes selaku pembimbing akademik DIII tingkat III.A yang selalu memberikan arahan dan masukan.
7. dr. Thomas Soeharto., MMR selaku Direktur RS Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS Stella Maris Makassar selama kami mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
8. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan ST. Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Segenap dosen beserta staf di STIK Stella Maris Makassar yang ikut membantu dalam memberikan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Keluarga Ny. “N” dan pasien selaku penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerjasama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
11. Teristimewa untuk orangtua dari Charles Wilson Lao (Bernadetha Bini) serta saudara dan semua keluarga yang telah memberikan dukungan, inspirasi, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
12. Teristimewa untuk kedua orangtua dari Paskalis Karni (Nikolaus. P dan Kartini) serta saudara dan semua keluarga yang telah memberikan dukungan, inspirasi, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
13. Buat sahabatku Dphardy Valient, Yohanes Ronaldo, Ulfa, Inggrid, Johanis Saklireski, Hendra Ovvi Dewanta, Anastasia Linda, Juan, Jesse Rudolf yang telah memberikan semangat serta masukan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan karya tulis ilmiah ini.
14. Teman- teman seangkatan 2016 program DIII keperawatan khususnya kelas DIII Keperawatan III.A yang selalu saling mendukung, saling membantu dan bekerjasama dengan baik selama mengikuti

proses perkuliahan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah di STIK Stella Maris Makassar.

15. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Makassar, Mei 2019

Penulis

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data
Tabel 3.2 Diagnosa
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan
Tabel 3.4 Pelaksanaan Keperawatan
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal
Gambar 3.1 Genogram

DAFTAR SINGKATAN

CKD (*Chronic Kidney Disease*)

GGK (Gagal Ginjal Kronik)

ADH (*Anti Deuretic Hormone*)

LFG (*Laju Filtrasi Glomerulus*)

GFR (*Glomerulus Filtrasi Rate*)

ISK (Infeksi Saluran Kemih)

BUN (*blood ureum nitrogen*)

USG (*Ultra Sonografi*)

EKG (*Elektro kardiogram*)

DAFTAR ISI

HAL

HALAMAN JUDUL ..... **i**

HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN ..... **ii**

HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN ..... **iii**

RIWAYAT HIDUP ..... **iv**

KATA PENGANTAR ..... **vi**

DAFTAR TABEL ..... **ix**

DAFTAR GAMBAR ..... **x**

DAFTAR SINGKATAN ..... **xi**

DAFTAR ISI ..... **xii**

BAB I PENDAHULUAN **1**

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan 4

C. Manfaat Penulisan 5

D. Metode Penulisan 5

E. Sistematika Penulisan 7

BAB II TINJAUAN TEORITIS **8**

A. Konsep Dasar Medis 8

1. Definisi 8
2. Anatomi dan fisiologi 9
3. Etiologi 16
4. Patofisiologi 19
5. Manifestasi Klinik 21
6. Test Diagnostik 22
7. Penatalaksanaan Medik 23
8. Komplikasi 25

B. Konsep Dasar Keperawatan 25

1. Pengkajian 25
2. Diagnosa Keperawatan 27

3. Intervensi Keperawatan 27
4. Discharge Planning 32
C. Patoflowdiagram 34
BAB III TINJAUAN KASUS 36
A. Pengkajian 37
B. Analisa Data..... 55
C. Diagnosa Keperawatan..... 58
D. Rencana Keperawatan..... 59
E. Pelaksanaan Keperawatan 66
F. Evaluasi Keperawatan 88
G. Daftar obat 94
BAB IV PEMBAHASAN 96
A. Pengkajian 96
B. Diagnosa keperawatan 97
C. Intervensi keperawatan 98
D. Implementasi keperawatan 99
E. Evaluasi 100
BAB V PENUTUP 101
A. Simpulan..... 101
B. Saran 102
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem perkemihan atau disebut juga dengan sistem urinaria adalah suatu sistem tubuh tempat terjadinya proses filtrasi atau penyaringan darah sehingga darah terbebas dari zat – zat yang tidak digunakan lagi oleh tubuh. Selain itu pada sistem ini juga terjadi proses penyerapan zat – zat yang masih dipergunakan lagi oleh tubuh. Zat – zat yang sudah tidak dipergunakan lagi oleh tubuh akan larut dalam air dan dikeluarkan berupa urine. Sistem urinaria pada manusia terdiri atas ureter, kandung kemih, uretra dan ginjal (Prabowo. E, 2014).

Ginjal secara umum punya peran penting sebagai organ pengekskresi dan non ekskresi, sebagai organ pengekskresi ginjal bertugas menyaring zat-zat yang sudah tidak dibutuhkan oleh tubuh seperti urea, fosfor, dan sebagainya. Sebagai organ non ekskresi ginjal berperan sebagai penghasil hormon tertentu, pengatur asam basa tubuh, pengatur keseimbangan ion tubuh dan sebagainya. Sehingga secara tidak langsung ginjal berfungsi sebagai pengatur homeostasis tubuh. Tetapi ginjal juga sering mendapat gangguan yang menyebabkan terjadinya penurunan fungsi ginjal, dan salah satunya adalah penyakit gagal ginjal kronik (Syaifuddin, 2014).

Data Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan menunjukkan adanya peningkatan beban biaya kesehatan untuk pelayanan penyakit katastropik. Pada tahun 2014 penyakit katastropik menghabiskan biaya kesehatan sebesar 8,2 triliun, tahun 2015 meningkat menjadi 13,1 triliun kemudian tahun 2016 sebanyak 13,3 triliun. Gagal ginjal merupakan penyakit katastropik

nomor 2 yang paling banyak menghabiskan biaya kesehatan setelah penyakit jantung (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan Badan Kesehatan Dunia, secara global lebih dari 500 juta orang mengalami penyakit gagal ginjal kronik dan sekitar 1,5 juta orang harus menjalani hidup bergantung pada cuci darah (Hemodialisis) (WHO, 2013).

Di Indonesia, berdasarkan Pusat Data dan Informasi (PUSDATIN) Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, jumlah pasien gagal ginjal kronik diperkirakan sekitar 50 orang per satu juta penduduk, 60% nya itu adalah usia dewasa dan usia lanjut. Indonesia berada diurutan ke empat sebagai negara terbanyak penderita gagal ginjal kronik. Dengan jumlah penderita mencapai 16 juta jiwa. Jumlah ini semakin meningkat dari tahun ke tahun (Dharma dkk, 2015).

Data Riset Kesehatan Dasar, menunjukkan bahwa prevalensi penduduk Indonesia yang menderita Gagal Ginjal sebesar 0,2% atau 2 per 1000 penduduk (499.800 orang) dan prevalensi Batu Ginjal sebesar 0,6% atau 6 per 1000 penduduk. Prevalensi penyakit gagal ginjal tertinggi ada di Provinsi Kalimantan Utara sebesar 6,4%. Berdasarkan jenis kelamin, prevalensi gagal ginjal pada laki-laki (60%) lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (40%), berdasarkan karakteristik umur, prevalensi tertinggi pada kategori usia di atas 75 tahun (0,6%), dimana mulai terjadi peningkatan pada usia 35 tahun ke atas, dan berdasarkan strata pendidikan, prevalensi gagal ginjal tertinggi pada masyarakat yang tidak sekolah (27%). Sementara berdasarkan masyarakat yang tinggal di pedesaan (60%) lebih tinggi prevalensinya dibandingkan masyarakat yang ada di perkotaan (40%) (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data yang diambil dari bagian *Medical Record* Rumah Sakit Stella Maris Makassar bahwa pada tahun 2016 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 24 orang dengan kategori umur (25 – 44 tahun) sebanyak 3 orang, umur (45 – 64 tahun) sebanyak 10 orang, umur (65 tahun keatas) sebanyak 11 orang dan yang meninggal sebanyak 6 orang. Pada tahun 2017 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 1 orang dengan kategori umur (45 – 66 tahun) sebanyak 1 orang dan yang meninggal 1 orang. Pada taun 2018 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 1 orang dengan kategori umur (45 – 64 tahun) sebanyak 1 orang dan tidak ada yang meninggal.

Penyakit CKD merupakan penyakit yang memerlukan perawatan dan penanganan seumur hidup. Fenomena yang terjadi banyak pasien yang keluar masuk Rumah Sakit untuk melakukan pengobatan dan dialisis. Oleh karena itu, peran perawat kesehatan secara umum ditujukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Indonesia yang dapat dilakukan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. (Kemenkes RI, 2016) upaya – upaya tersebut dapat dilakukan dengan cara yaitu melakukan aktivitas fisik teratur, makan – makanan sehat (rendah lemak, rendah garam, tinggi serat), kontrol tekanan darah dan gula darah, monitor berat badan dan mempertahankan berat badan normal, minum air putih minimal 2 liter per hari, tidak konsumsi obat-obatan yang tidak dianjurkan, dan tidak merokok.

Berdasarkan data di atas maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan ST. Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagai salah satu pemenuhan tugas akhir.

A. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

   Mampu menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar pada kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD). Selain itu memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dan pendokumentasian pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan St. Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus
   a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan St. Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan St.Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan St.Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan St.Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan St.Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

   Memberi gambaran bagi tenaga kesehatan mengenai perjalanan penyakit dari *Chronic Kidney Disease* (CKD) serta akibat yang ditimbulkan apabila tidak ditangani dengan segera.

2. Bagi Pasien

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, pengobatan yang efektif dan melakukan perubahan pola hidup sehat, sehingga dapat mencegah komplikasi atau berulangnya penyakit serta mendapatkan informasi mengenai penyebab gejala dan proses penanganan serta pengobatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).

3. Bagi Pendidikan

   Dapat digunakan sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk memperoleh tambahan ilmu pengetahuan.

4. Bagi Mahasiswa

   Mahasiswa dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) serta dalam melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam membentuk studi kasus yaitu :

1. Studi Pustaka
   a. Data lebih banyak diperoleh dari referensi yang ada kaitannya dengan masalah yang diangkat penulis.
   b. Memperoleh data melalui internet.

2. Studi Kasus

   Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan. Data dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu :

   a. Wawancara

      Dengan melakukan tanya jawab kepada pasien, keluarga, serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien.

   b. Observasi

      Dengan melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

   c. Pemeriksaan Fisik

      Dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

   d. Dokumentasi

      Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

   e. Data *Medical Record* Rumah Sakit

      Data yang dipakai adalah jumlah penderita *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dalam satu tahun terakhir ini.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari Bab I sampai dengan Bab V. Dimana Bab I terdiri dari Pendahuluan yang menguraikan tentang Latar Belakang Masalah, Tujuan Penulisan, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan, dan Sistematika Penulisan. Bab II terdiri dari Tinjauan Teoritis, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu Konsep Dasar Medis yang meliputi Pengertian, Anatomi Fisiologi, Etiologi, Patofisiologi, Manifestasi Klinis, Tes Diagnostik, Penatalaksanaan Medik, dan Komplikasi. Sedangkan Konsep Asuhan Keperawatan Terdiri dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Discharge Planning (perencanaan pulang) dan Patoflowdiagram. Bab III terdiri dari Tinjauan Kasus yang menguraikan tentang Pengkajian, Analisa Data, Diagnosa, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi serta daftar Obat Pasien. Bab IV terdiri dari Pembahasan Kasus yang Berisi Tentang Kesenjangan antara Teori dan Fakta dari Kasus – kasus Kelolaan yang ditemukan di lapangan, dan Bab V yaitu Kesimpulan dan Saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

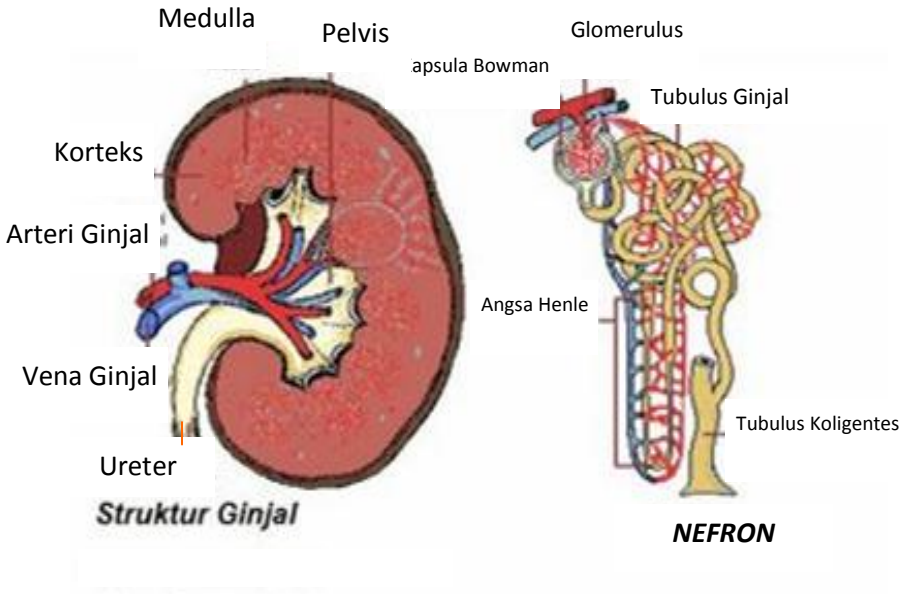
Gagal ginjal kronik (GGK) adalah kerusakan pada ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa darah, dengan ditandai adanya protein dalam urin serta penurunan laju *filtrasi glomerulus* yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan (Haryono, Rudi. 2013).

Gagal ginjal kronik adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (*toksis uremik*) di dalam darah (Suharyanto & Madjid, 2013).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas penulis dapat mengambil kesimpulan bahwa gagal ginjal kronik adalah suatu keadaan dimana terjadi gangguan fungsi ginjal yang progresif sehingga ginjal tidak dapat mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadinya penumpukan sampah metabolik (ureum dan kreatinin) di dalam darah.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 : Anatomi Ginjal
(Sumber: Syaifuddin, 2014)

1) Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari 2 bagian yaitu :

a) Bagian dalam (internal) medulla : subtansi medularis terdiri dari piramid renalis jumlahnya antara 8-16 buah yang mempunyai basis sepanjang ginjal, sedangkan apeknya menghadap ke sinus renalis.

b) Bagian luar (ekternal) korteks. Subtansi kortkalis berwarna cokelat merah, konsistensi lunak dan bergranula. Subtansi ini tepat di bawah tunik fibrosa, melengkung sepanjang basis piramid yang berdekatan dengan sinus renalis, bagian dalam di antara piramid dinamakan kolumna renalis.

2) Pembungkus ginjal

Ginjal dibungkus oleh suatu massa jaringan lemak yang disebut kapsul adipose. Dibungkus yang paling tebal terdapat pada tepi ginjal yang memanjang melalui hilus renalis. Ginjal dan kapsul adipose tertutup oleh suatu lamina khusus dari fasia profunda dan stratum fasia subserosa internus. Fasia subserosa terpecah menjadi dua bagian yaitu lamella anterioer (*fasia prerenalis*) dan lamella posterior (*fasia retrorenalis*).

3) Struktur mikroskopis ginjal

Satuan fungsional ginjal disebut nefron. Nefron adalah massa tubulus mikroskopis ginjal yang merupakan satuan fungsional ginjal. Setiap nefron berawal dari berkas kapiler yang terdiri dari :

a) Glomerulus, merupakan gulungan atau anyaman kapiler yang terletak di dalam kapsul bowman (ujung buntu tubulus ginjal yang bentuknya seperti kapsul cekung menutupi glomerulus yang saling melilitkan diri). Glomerulus menerima darah dari arterior aferan dan meneruskan darah ke sistem vena melalui arterior eferan.

b) Tubulus proksimal konvulta, tubulus ginjal yang langsung berhubungan dengan kapsul bowman dengan panjang 15 mm dan diameter 55 mm. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi diabsopsi secara isotonik bersama klorida dan melibatkan transportasi aktif natrium. Peningkatan absopsi natrium akan mengurangi pengeluaran air dan natrium. Hal ini dapat

mengganggu pengenceran dan pemekatan urin yang normal.

c) Ansa Henle, bentuknya lurus dan tebal, diteruskan ke segmen tipis dan selanjutnya ke segmen tebal, panjangnya 12 mm, total panjang ansa henle 2-14 mm. klorida secara aktif diserap kembali pada cabang asendens ansa henle dan natrium begerak secara pasif untuk mempertahankan kenetralan listrik.

d) Tubulus distal konvulta, bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok dan jauh letaknya dari kapsul bowman, panjangnya 5 mm. Masing-masing duktus koligen berjalan melalui korteks dan medulla ginjal, bersatu membentuk duktus yang berjalan lurus dan bermuara ke dalam duktus belini seterusnya menuju kaliks minor ke kalisk mayor. Akhirnya mengosongkan isinya ke dalam pelvis renalis pada aspek masing-masing piramid medulla ginjal.

e) Duktus koligen medulla, duktus ini memiliki kemampuan mereabsobsi dan mensenkresi kalium. Ekskeri aktif kalium diperlihatkan pada duktus koligen kortikal dan dikendalikan oleh aldosteron. Reabsopsi aktif kalium murni terjadi dalam duktus koligen medulla.

4) Pembuluh darah di ginjal

Ginjal merupakan organ yang sangat kaya akan pembuluh darah dan mampu menerima 20 % curah jantung dalam keadaan istirahat. Ginjal mendapat suplai darah arteri dari aorta abdominal. Arteri renalis bercabang kemudian membentuk arteri lobaris yang memberi suplai darah pada

piramid. Arteri lobaris yang ini kembali bercabang agar darah dapat bergerak dengan efisien melalui setiap nefron. Darah masuk ke dalam glomelurus melalui arteriol aferen dan keluar melalui arteri aferen. Kemudian darah mengalir melalui kapiler peritubular yang mengelilingi tubula nefron dan akhirnya darah dalam kapiler peritubular masuk ke dalam venula dan darah dikembalikan ke dalam sistem sirkulasi melalui sistem vena ginjal (Syaifuddin, 2014).

b. Fisiologi Ginjal

Dalam fisiologi ginjal penulis membahas 5 pembahasan antara lain: fungsi ginjal, proses pembentukan urin, pengatur hormon terhadap fisiologi ginjal, keseimbangan asam basah ginjal dan pengaturan keseimbangan cairan.

1) Ginjal mempunyai 2 fungsi yaitu :
   a) Fungsi ekskresi
      (1) Mempertahankan osmoloritas plasma sekitar 285 miliosmol
      (2) Mempertahankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam rentang normal.
      (3) Mempertahankan pH plasma sekitar 7,4
      (4) Mengekskresikan urea , asam urat dan kreatinin
   b) Fungsi nonekskresi
      (1) Menghasilkan rennin, penting untuk pengaturan tekanan darah.
      (2) Menghasilkan eritropoetin, faktor dalam stimulasi produksi sel darah merah dalam sum-sum tulang.
      (3) Metabolisme vitamin D menjadi bentuk aktifnya
      (4) Degradasi insulin.

(5) Menghasilkan prostaglandin (Suharyanto & Majid, 2009).

2) Proses pembentukan urin

Ada 3 tahap dalam pembentukan urin yaitu sebagai berikut:

a) Proses Filtrasi

Proses filtrasi terjadi di glomerulus. Proses ini terjadi karena permukaan aferen sehingga terjadi penyerapan darah lebih. Setiap menit kira-kira 1.200 ml darah , terdiri dari 450 ml sel darah dan 660 ml plasma masuk ke dalam kapiler glomerulus. Untuk proses filtrasi diperlukan tekanan untuk mendapat hasil akhir. Tekanan yang menyebabkan filtrasi, merupakan hasil kerja jantung. Tekanan hidrostatik kapiler glomerulus kira-kira 50 mmHg, tekanan ini cenderung mendorong air dan gara melalui glomerulus.

Tekanan yang melawan filtrasi. Tekanan hidrostatik cairan di dalam kapsul bowman kira-kira 5 mmHg. Tekanan osmotik koloid protein kira-kira 30 mmHg yang cenderung menarik air dan garam ke dalam pembuluh kapiler.

Tekanan akhir menyebabkan filtrasi dikurangi tekanan yang melawan filtrasi sama dengan filtrasi aktif (50-30+5 mmHg=25 mmHg). Kira-kira 120 ml plasma difiltrasi setiap menit. Pada glomerulus membran filtrasi hanya dapat dilalui oleh plasma, garam, glukosa dan molekul kecil lainnya. Sel darah dan plasma teratur besar untuk difiltrasi dengan cara ini (Syaifuddin, 2014).

b) Reabsorpsi

Proses ini terjadi penyerapan kembali sebagian besar bahan-bahan yang masih berguna oleh tubuh diantaranya adalah glukosa, natrium, klorida, fosfat, dan ion bikarbonat. Proses tersebut terjadi secara pasif yang dikenal obligator reabsorpsi terjadi pada tubulus atas. Sedangkan pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi penyerapan kembali kedalam tublus bagian bawah. Penyerapannya terjadi secara aktif dikenal dengan reabsorpsi fluktuatif dan sisanya dialirkan pada *papilla renal*. Hormon yang dapat ikut berperan dalam proses reabsorbsi *Anti Deuretic Hormone* (ADH). (Syaifuddin, 2014).

c) Sekresi

Tubulus ginjal dapat mensekresi atau menambah zat-zat ke dalam cairan filtrasi selama metabolisme sel-sel membentuk asam dalam jumlah besar. Namun pH darah dan cairan tubuh dapat dipertahankan sikitar 7,4 (alkalis). Sel tubuh membentuk amonik yang bersenyawa dengan asam kemudian disekresi sebagai ammonium supaya pH darah dan cairan tubuh tetap alkalis (Syaifuddin, 2014).

3) Pengaturan Hormon Terhadap Fisiologi Ginjal

Pengaturan akhir dari urine diatur oleh 3 jenis hormon yaitu osmoreseptor pada hipotalamus sangat sensitif terhadap osmolatirasis serum. Selama dehidrasi osmolaritas serum meningkat terhadap osmolaritas serum. Selama dehidrasi osmolaritas serum meningkat. Osmoreseptor ini merangsang permeabilitas sel tubulus koligens terhadap air.

Hormon lain yang mempengaruhi konsentrasi urine adalah renin. Bila laju filtrasi glomerulus turun karena dehidrasi atau kehilangan darah maka kadar natrium dibawah normal maka ginjal akan dirangsang untuk mensekresi renin. Renin mengubah angiotensin yang disekresi hati menjadi angiotensin I. Sel kapiler paru-paru selanjutnya mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Angiotensin II menkontriksi otot polos disekeliling arteriole . Hal ini meningkatkan tekanan darah yang mempengaruhi osmolaritas urine. Korteks adrenal jika dirangsang oleh angiotensin II akan mensekresi aldosteron yang dapat meningkatkan reabsorbsi air di ginjal, meningkatkan tekanan darah dan menurunkan osmolaritas serum.

4) Keseimbangan Asam Basa Ginjal

Keseimbangan asam basa adalah suatu keadaan dimana konsentrasi ion hidrogen yang diproduksi setara dengan konsentrasi ion hidrogen yang dikeluarkan oleh sel.

Agar sel dapat berfungsi normal, perlu juga dipertahankan pH normal antara 7,35 – 7,45 untuk darah arteri. Keseimbangan ini dapat dicapai dengan mempertahankan rasio darah bikarbonat dan karbondioksida. Keseimbangan asam basa dalam tubuh manusia diatur oleh dua sistem yaitu paru-paru dan ginjal. Ginjal dan paru-paru bekerja dengan menyesuaikan jumlah karbondioksida dalam darah. Ginjal menyekresikan atau menahan bikarbonat dan ion hidrogen sebagai respon terhadap pH darah.

5) Pengaturan Keseimbangan Cairan:

Konsentrasi total solut cairan tubuh orang normal sangat konstan meskipun fluktuasi asupan dan ekskresi air dan solut cukup besar. Kadar plasma dan cairan tubuh dapat dipertahankan dalam batas-batas yang sempit melalui pembentukan urin yang jauh lebih pekat (augmentasi/pemekatan) atau lebih encer dibandingkan dengan plasma dimana urine dibentuk. Cairan yang banyak diminum menyebabkan cairan tubuh menjadi encer. Urin menjadi encer dan kelebihan air akan diekskresikan dengan cepat. Sebaliknya, pada waktu tubuh kehilangan air dan asupan solut berlebihan menyebabkan cairan tubuh menjadi pekat, maka urin akan sangat pekat sehingga solut banyak terbuang dalam air. Dan air yang dipertahankan cenderung mengembalikan cairan tubuh kembali pada konsentrasi solut yang normal.

(Syaifuddin, 2014).

3. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

1) Faktor Presipitasi

a) Glomerulonefritis Kronik (24%)

Pada glomerulonefritis kronik terjadi infeksi yang berulang, dimana ukuran ginjal sedikit berkurang sekitar seperlima dari ukuran normal dan terdiri dari jaringan fibrosa yang luas. Berkas jaringan parut merusak sisa korteks, menyebabkan permukaan ginjal kasar dan irregular, sejumlah glomeruli dan tubulus berubah menjadi jaringan parut, cabang-cabang arteri

renal menebal. Akhirnya terjadi kerusakan glomerulus yang parah, ketika glomerulus sudah tidak bisa melakukan fungsinya maka akan terjadi gagal ginjal .

b) Penyakit Ginjal Polikistik (8%)

Adalah terjadi sumbatan disepanjang saluran kemih akibat terbentuknya semacam batu yang 80% terdiri dari kalsium dan beberapa bahan lainnya. Ukuran batu ginjal ada hanya sebesar butiran pasir sampai ada yang yang sebesar bola golf.

c) Pielonefritis Kronis dan Nefritis Interstitial Lain (8%)

Mulai hilangnya progresifitas nefron akibat inflamasi kronis dan jaringan parut. Ketika terjadi kerusakan nefron maka nefron tidak dapat berfungsi sebagai regulator zat terlarut dalam tubuh sehingga tidak dapat menyaring darah, kemudian mereabsorspsi cairan dan molekul yang masih diperlukan oleh tubuh sehingga terjadi gagal ginjal.

d) Diabetes Melitus

Pada diabetes melitus terjadi hipoksia akibat dari diabetes yang jangka panjang sehingga glomerulus dan sebagian besar kapiler lainnya menebal dan akan terbentuklah lesi-lesi sklerotik noduler di glomelurus sehingga semakin menghambat aliran darah. Penurunan aliran darah dapat menyebabkan hipertofi ginjal dan juga hipertrofi ginjal terjadi akibat peningkatan kerja ginjal untuk menyerap ulang glukosa.

e) Medikasi (agen toksik)

Penggunaan agen-agen toksik dapat menyebabkan insufisiensi renal penggunaan analgesik kronik, terutama jika disertai NSAID menyebabkan nefritis intestital dan nekrosis papiler.

f) Hipertensi (50 %)

Sistem saraf merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokontriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasonkontriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokontstriktor pembuluh darah. Vasokontriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, sehingga terjadi atrofi.

g) Infeksi Saluran Kemih

Adanya infeksi pada saluran kemih yang menyebabkan menyebabkan terjadi refluks kedalam uretrovesikal sehingga urin balik mengalir kembali kedalam ureter yang menyebabkan kerentanan infeksi pada ginjal.

h) Gaya Hidup

Hal-hal yang merupakan faktor penyebab terjadinya gagal ginjal adalah gaya hidup, seperti peningkatan berat badan, mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak kolesterol, kurang berolahraga serta merokok.

i) Lingkungan

Lingkungan dan agens berbahaya yang mempengaruhi gagal ginjal kronik mencakup timah, kadnium, merkuri dan kronium (Muttaqin & sari, 2011).

2) Faktor Predisposisi:

Umur

Fungsi renal dan traktus urinarius akan berubah bersamaan dengan pertambahan usia. Lansia yang berumur antara 55-65 tahun merupakan kelompok yang berkembang cepat untuk mengalami penyakit renal tahap akhir (Muttaqin & sari, 2011)

4. Patofisiologi

Pada waktu terjadi kegagalan, sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotensi nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai ¾ dati nefron-nefron rusak. Beban yang harus dilarut menjadi lebih besar dari pada yang bias direabsorpsi berakibat diuresis osmotik disertai poliuri dan haus. Selanjutnya, oleh Karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak, oliguria timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimna timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini, fungsi renal yang demikian, nilai kreatinin clearance turun sampai 15 ml/menit atau lebih rendah itu. Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap system tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat. Banyak gejala uremia membaik setelah dialisis. (Haryono, 2013).

Ada beberapa stadium dalam gangguan fungsi ginjal antara lain:

a. Stadium 1 atau penurunan cadangan ginjal

   Selama stadium ini terjadi daya cadang ginjal (Renal Reserve) pada keadaan ini basal LFG (*Laju Filtrasi Glomerulus*) masih normal atau malah terjadi peningkatan. Kemudian secara perlahan tapi pasti terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Nilai GFR pada stadium ini >90ml/menit

b. Stadium II atau kerusakan ginjal dengan GFR menurun ringan (60-89 ml/menit)

   Pada stadium ini pasien belum menunjukkan keluhan (Asimptomatik) tetapi sudah terjadi peningkatan urea dan kreatinin serum.

c. Stadium III atau kerusakan ginjal dengan GFR sedang (30-59 ml/menit)

   Pada stadium ini terjadi kerusakan ginjal dengan GFR sedang atau dibawah 30 ml/menit dimana mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang, dan penurunan berat badan. Sampai pada GFR dibawah 30 ml/menit pasien memperlihatkan uremia yang nyata seperti: Anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus dan mual muntah. Pasien juga terkena infeksi seperti ISK, infeksi salulan napas, infeksi saluran pencernaan.

d. Stadium IV atau kerusakan ginjal dengan GFR menurun berat (di bawah 15 -29 ml/menit)

   Pada stadium ini akan terjadi gejala dan kompliksi yang lebih serius.

e. Stadium V atau gagal ginjal (<15 ml/menit).
   Pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (Replaement Therapi) antara lain: Dialisis dan Transplantasi ginjal (Suharyanto & Madjid, 2009).

5. Manifetasi Klinis
   a. Sistem kardiovaskuler: Hipertensi, pitting edema (kaki dan tangan), edema periorbital, gesekan pericardium, pembesaran vena - vena di leher, pericarditis, tamponade pericardium, hyperkalemia, hyperlipidemia.
   b. Sistem integument: warna kulit keabu-abuan, kulit kering dan gampang terkelupas, pruritis berat, ekimosis, purpura, kuku rapuh, rambut kasar dan tipis.
   c. Sistem pernafasan, paru-paru: ronkhi basah kasar(krekels), sputum yang kental dan lengket, penurunan refleks batuk, nyeri pleura, sesak nafas takipnea, pernafasan kusmaul, pnemoritis uremik.
   d. Sistem pencernaan: bau ammonia ketika bernafas, pengecapan rasa logam, ulselari dan perdarahan mulut, anoreksia, mula muntah, cegukan, konstipasi, atau diare, perdarahan pada saluran cerna.
   e. Sistem musculoskeletal: kram otot, kehilangan kekuatan otot, osteodistrofi ginjal, nyeri tulang, fraktur, kulai kaki.
   f. Sistem reproduksi: amonera, atrofi testis, ketidak suburan, penururnan libido. (Brunner, 2013).

6. Pemeriksaan Diagnostik

   Dalam menentukan diagnosa gagal ginjal kronik, maka diadakan pemeriksaan diagnostik antara lain:

   a. Uji klirens kreatinin untuk melakukan tes bersihan kreatinin, cukup mengumpulkan spesimen urin 24 jam dan satu spesimen darah diambil dalam waktu 24 jam yang sama. Pada penyakit gagal ginjal kronik, nilai GFR turun dibawah nilai normal sebesar 125ml/menit.
   b. Kreatinin serum

      Pada pemeriksaan kreatinin serum maka akan terlihat peningkatan kadar kreatinin serum. Kreatinin serum pria : 0,85-1,5 mg/100ml sedangkan wanita : 0,7-1,25 mg/100ml.
   c. Pemeriksaan BUN normal (*blood ureum nitrogen*)

      Konsentrasi BUN normal besarnya antara 10 sampai 20 mg/100ml, sedangkan konsentrasi kreatinin plasma besarnya 0,7-1,5mg/100ml.
   d. Pemeriksaan USG

      Pada gagal ginjal kronik biasanya dilakukan USG untuk menentukan ukuran ginjal dan adanya massa, kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas.
   e. EKG

      Mungkin abnormal karena biasanya menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa (Padila, 2012).

7. Penatalaksanaan Medik
    a. Obat-obatan

        Furosemide (membantu berkemih). (Haryono, 2013).
    b. Pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 2 (dua) tahap yaitu tindakan konservatif dan dialysis atau transplantasi ginjal .
        1) Tindakan konservatif

            Tujuan dalam pengobatan tahap ini adalah untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif.
            a) Pengaturan diet Protein, Kalium, Natrium dan Cairan
                (1) Pembatasan protein

                Pembatasan protein tidak hanya mengurangi kadar BUN, tetapi juga mengurangi asupan kalium dan fosfat, serta mengurangi produksi ion hidrogen yang berasal dari protein.
                (2) Diet rendah kalium

                Hiperkalemia biasanya merupakan masalah pada gagal ginjal lanjut. Asupan kalium dikurangi. Diet yang dianjurkan adalah 40-80 mEq/hari.
                (3) Diet rendah natrium

                Diet Na yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari (1-2gNa). Asupan natrium yang terlalu longgar dapat mengakibatkan retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongesti.

(4) Pengaturan cairan

Cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi dengan seksama. Asupan yang bebas dapat menyebabkan beban sirkulasi menjadi berlebih, dan edema. Sedangkan asupan yang terlalu rendah mengakibatkan dehidrasi, hipotensi dan gangguan fungsi ginjal. (Suharyanto & madjid, 2009).

2) Hemodialsis dan transplantasi Ginjal

a) Hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi.

b) Transplantasi Ginjal

Transplantasi ginjal adalah suatu metode terapi dengan cara “memanfaatkan” sebuah ginjal sehat (yang diperoleh melalui proses pendonoran) melalui prosedur pembedahan. (Haryono, 2013).

8. Komplikasi
    a. Hiperkalemia, akibat penurunan eksresi asidosi metabolik, kata metabolisme dan masukan diet berlebih.
    b. Pericarditis, efusi pericardial dan temponade jantung, akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
    c. Hipertensi, akibat penurunan eritropoetitin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi.
    d. Penyakit tulang, akibat retensi fosfat, kadar kalium serum yang rendah metabolism vitamin D, abnormal dan peningkatan kadar aluminum. (Haryono, 2013).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian
    a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan:
    Riwayat diabetes militus, hipertensi lama atau berat. Palpitasi, nyeri dada (angina). Riwayat terpajan pada toksin, contoh obat, penggunaan antibiotik nefrotoksik saat ini/ berulang.
    b. Pola Nutrisi dan Metabolik
    Peningkatan berat badan cepat (*edema*), penurunan berat badan (malnutrisi). Anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa tidak sedap pada mulut (pernapasan amonia).
    c. Pola Eliminasi
    Penurunan frekuensi urin (oliguria), anuria, abdomen kembung, diare atau konstipasi. Perubahan warna urin, contoh: kuning pekat, bewarna merah kecoklatan, oliguria, dapat menjadi anuria.
    d. Pola Aktivitas dan Latihan
    Kelemahan, malaise, Gangguan tidur (insomnia/gelisah atau somnolens), anemis.

e. Pola Tidur dan Istirahat

   Nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaku (memburuk saat malam hari), perilaku berhati-hati dan gelisah

f. Pola Persepsi Kognitif

   Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot.

   Gangguan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, rambut tipis, kuku rapuh dan tipis.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

   Faktor stres contoh : finansial, hubungan, perasaan tidak berdaya, tidak ada kekuatan.

h. Menolak ansietas, takut, marah, mudah tersinggung, perubahan pola reproduksi dan seksualitas, penurunan libido, amenorea, infertilitas.

i. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

   Keamanan: kulit gatal, demam, sepsis dan dehidrasi.

j. Pola sistem nilai kepercayaan

   Timbulnya distres dalam spiritual pasien sehingga pasien menjadi cemas, takut akan kematian serta kebiasaan ibadah terganggu.

k. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama

   Kesulitan menentukan kondisi, contoh tidak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga. (Nursalam & Fransiska, 2009)

2. Diagnosa Keperawatan

   Diagnosa keperawatan potensial untuk pasien dengan Gagal Ginjal Kronik yaitu :

   a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi.
   b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot-otot pernapasan, ansietas, nyeri, obesitas.
   c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, ketidakmampuan makan.
   d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
   e. Risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor risiko agens farmaseutikal, gangguan sirkulasi, gangguan turgor kulit, dan terapi radiasi

3. Intervensi/Rencana Keperawatan

   a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan mekanisme regulasi

      NOC : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kelebihan volume cairan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang).

      Dengan kriteria hasil :

      1) Asites dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3
      2) Edema perifer dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3

3) Kehausan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3

NIC : Monitor tanda-tanda vital

1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan

Monitor cairan

1) Catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni)

Manajemen cairan

1) Kaji lokasi demam
2) Berikan terapi iv, seperti yang ditentukan
3) Berikan deuretik yang diresepkan

Manajemen Elektrolit

1) Batasi cairan yang sesuai
2) Mengistruksikan alasan untuk batasan cairan, tindakan hidrasi, atau atministrasi elektrolit tambahan seperti yang ditunjukkan

b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot-otot pernapasan, ansietas, nyeri, obesitas.

NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status pernapsan : ventilasi dipertahankan pada skala 2 (berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup).

Dengan kriteria hasil :

1) Penggunaan otot bantu nafas dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3
2) Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3

3) Irama pernapasan dipertahankan pada skala 2 tingkatkana ke skala

NIC: Monitor tanda-tanda vital

1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan

Manajemen jalan nafas

1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
2) Instruksikan bagaimana agar biasa melakukan batuk efektif
3) Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya
4) Lakukan penyedotan melalui endotrakea atau nasotrakea, sebagaimana mestinya

Monitoring pernapasan

1) Auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan
2) Monitor pola nafas
3) Monitor keluhan sesak nafas pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan makan, kurang asupan makan.

NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan status nutrisi dipertahankan pada skala 3 (cukup menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan keskala 4 (sedikit menyimpang dari rentang normal)

Dengan kriteria hasil :

1) Asupan makan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 4

NIC: Monitor tanda-tanda vital

1) Monitor tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan

Manajemen nutrisi

1) Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
2) Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih berventilasi, santai dan bebas dari debu yang menyengat)
3) Anjurkan pasien terkait kebutuhan diet untuk kondisi sakit

Pemberian makan

1) Berikan air minum pada saat makan atur pola diet yang diperlukan

d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawtan diharapkan kemampuan untuk mempertahankan aktivitas dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan pada skala 4 (ringan).

Dengan kriteria hasil :

1) Lateralgi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4
2) Kelelahan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 4

NIC: Manajemen lingkungan

1) Ciptakan lingkuangan yang aman bagi pasien
2) Identifikasi kebutuhan keselamatan pasien berdasarkan fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku dimasa lalu
3) Singkirkan bahaya lingkungan
4) Singkirkan benda-benda berbahaya dari lingkungan

e. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, kulit kering, pruritus, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan pembuatan akses darah hemodialisis, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi, hiperglikemia.

NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas jaringan kulit dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)

Dengan kriteria hasil :

1) Suhu kulit dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 4
2) Hidrasi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4
3) Lesi pada kulit dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 4

NIC: Perawatan luka

1) Angkat balutan dan plester perekat
2) Monitor karakteristik luka, termasuk draniase, warna, ukuran, dan bau.

   Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi (Nurif, 2015)

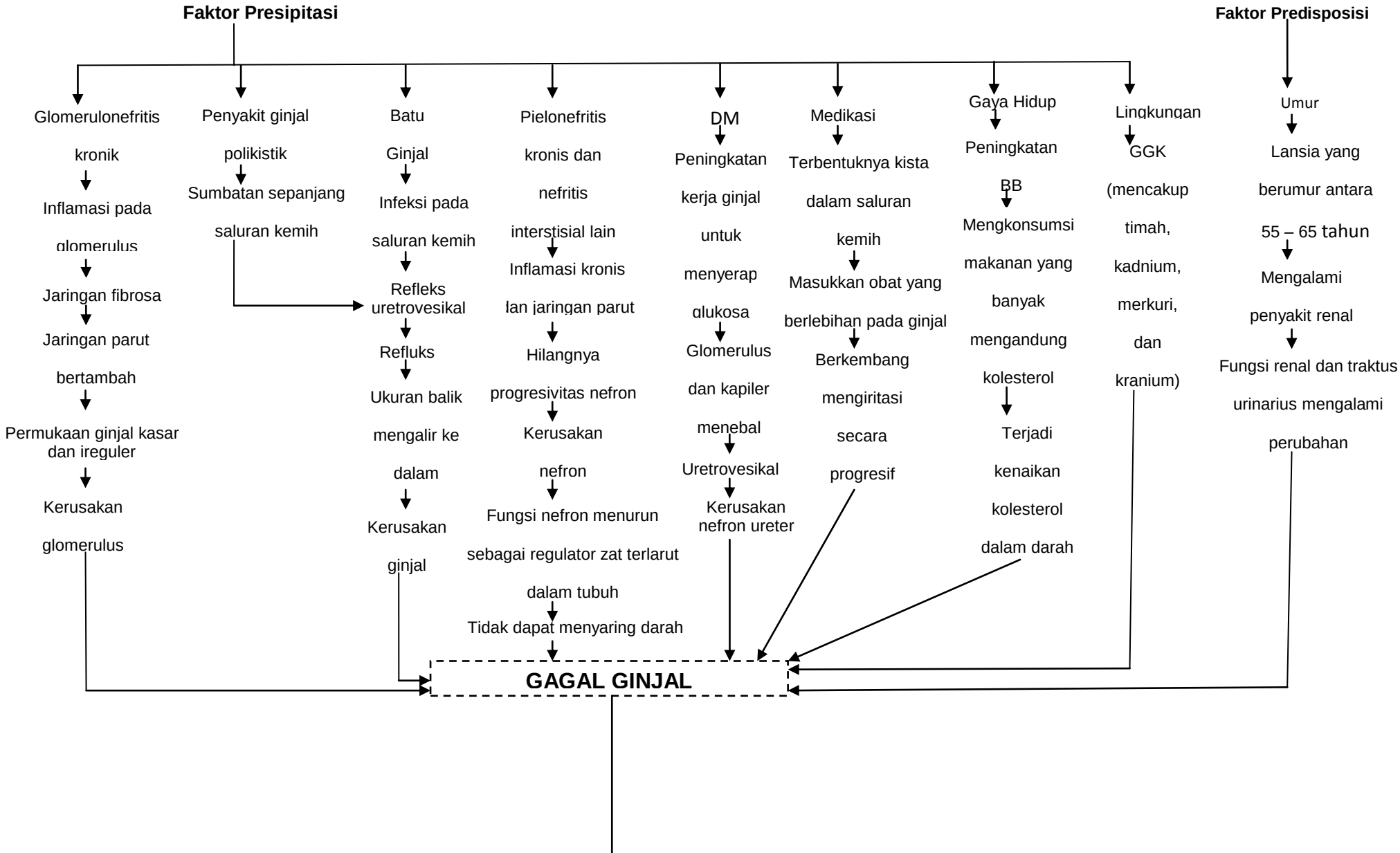
4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

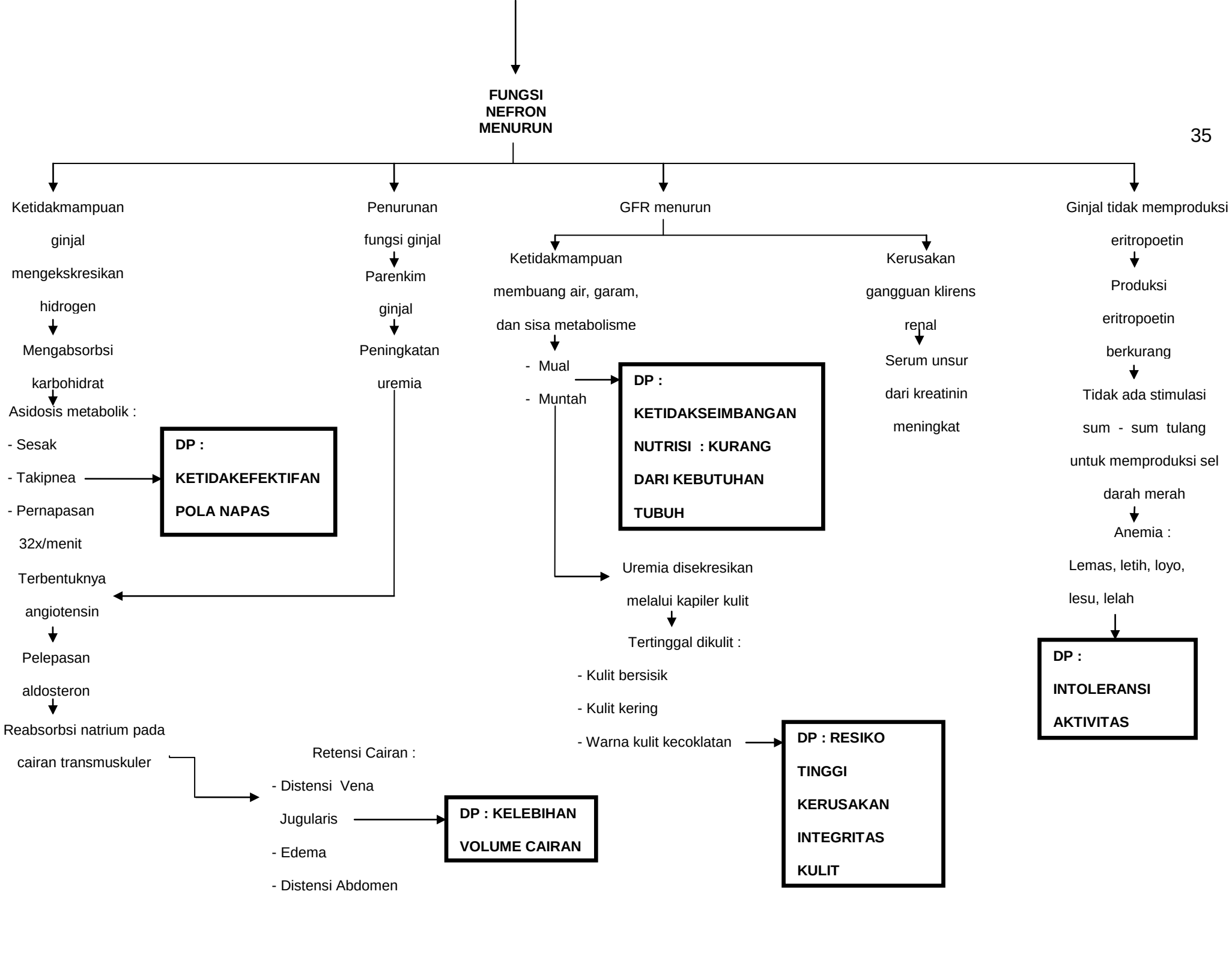
   Adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut :

   a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit gagal ginjal kronik misalnya mual, muntah, pengeluaran haluaran urin, napas berbau amonik.
   b. Obat: beritahu pasien dan keluarga tentang daftar nama obat dosis, waktu pemberian obat, jangan mengkonsumsi obat-obatan tradisional dan vitamin tanpa instruksi dokter, konsumsi obat secara teratur. Jika merasakan ada efek samping dari obat segera cek ke rumah sakit serta perhatikan aktivitas ketika selesai meminum obat yang memiliki efek samping mengantuk.
   c. Diet: pertahankan diet seperti yang dianjurkan dokter seperti mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan rendah protein, banyak mengkonsumsi makanan rendah natrium dan kalium. Keluarga harus memperhatikan benar-benar pola makan klien, membatasi pemasukan cairan. Jangan membiasakan diri untuk menahan buang air kecil, pertahankan berat badan normal, timbang berat badan secara teratur, serta hindari minuman bralkohol termaksuk bir, anggur, wiski dan minuman keras lainnya.
   d. Latihan: melatih membuat jantung lebih kuat, menurunkan tekanan darah, dan membantu membuat klien tetap sehat. Cara terbaik untuk mulai berolahraga perlahan-lahan dan lakukan lebih berat untuk membuat klien lebih kuat, lakukan

beberapa kegiatan yang sudah dijadwalkan bersama dokter dan perawat secara rutin (Prabowo & Pranata, 2014).

`C. Patoflowdiagram




FUNGSI NEFRON MENURUN
Ketidakmampuan ginjal mengekskresikan hidrogen
Mengabsorbsi karbohidrat
Asidosis metabolik :
- Sesak
- Takipnea
- Pernapasan 32x/menit
DP : KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAPAS
Terbentuknya angiotensin
Pelepasan aldosteron
Reabsorbsi natrium pada cairan transmuskuler
Retensi Cairan :
- Distensi Vena Jugularis
- Edema
- Distensi Abdomen
DP : KELEBIHAN VOLUME CAIRAN
Penurunan fungsi ginjal
Parenkim ginjal
Peningkatan uremia
GFR menurun
Ketidakmampuan membuang air, garam, dan sisa metabolisme
- Mual
- Muntah
DP : KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI : KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH
Uremia disekresikan melalui kapiler kulit
Tertinggal dikulit :
- Kulit bersisik
- Kulit kering
- Warna kulit kecoklatan
DP : RESIKO TINGGI KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT
Kerusakan gangguan klirens renal
Serum unsur dari kreatinin meningkat
Ginjal tidak memproduksi eritropoetin
Produksi eritropoetin berkurang
Tidak ada stimulasi sum - sum tulang untuk memproduksi sel darah merah
Anemia :
Lemas, letih, loyo, lesu, lelah
DP : INTOLERANSI AKTIVITAS

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny “N” berumur 63 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 27 Februari 2019 pada dengan keluhan sesak, bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan. Pasien masuk di ruang perawatan St. Bernadeth III.A dengan diagnosa medik CKD *(Chronic Kidney Disease)*, diagnosa saat pengkajian CKD *(Chronic Kidney Disease).*

Pada tanggal 01 Maret 2019 saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sesak nafas disertai batuk berlendir, kurang nafsu makan dan hanya menghabiskan setengah porsi dari 1 porsi makanan yang disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari, mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan dari 55 kg menjadi 49 kg., sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari, susah tidur karena sesak.

Tampak *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan, kesadaran composmentis dengan GCS 15, tanda-tanda vital: tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 82 ×/menit, pernapasan 28 ×/menit, suhu 36^0C. Pada hasil pemeriksaan laboratorium pada serum elektrolit: natrium 139 mmol/L, kalium 3.6 mmol/L, ureum 43 mg/dL, creatinin 4.14 mg/dL, HGB 12.1 g/dL. Diberika terapi furosemide 40mg/ IV/ 8 jam, ambroxol 250mg/ oral/ 12 jam, O_2 5 L/menit menggunakan *nasal canule* dan terpasang *triway (conecta)* sebelah kanan.

Berdasarkan data yang didapatkan di atas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan prioritas yaitu: kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:	Charles Wiilson Lao Paskalis Karni
Nim	: E1514401010 E1514401037

Unit : St.Bernadeth III.A Autoanamnese : ✓

Kamar : 356^2 Alloanamnese :

Tanggal masuk RS : 27-02-2019

Tanggal Pengkajian: 01-03-2019

1. Identifikasi
   a. Pasien

Nama initial	: Ny “N”
Umur	: 63 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Kawin
Jumlah anak	: 4
Agama/suku	: Budha/Tiongoa
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat rumah	: Jl. G. Latimojong, Makassar

   b. Penanggung Jawab

Nama	: Tn. “A”
Umur	: 39 Tahun
Alamat	: Jl. G. Latimojong, Makassar
Hubungan dengan pasien	: anak

2. Data Medik

   Diagnosa medik

   Saat masuk : CKD *(Chronic Kidney Disease)*

   Saat pengkajian : CKD *(Chronic Kidney Disease)*

3. Keadaan Umum

   a. Keadaan sakit

      Pasien tampak sakit ringan/ *berat* / tidak tampak sakit

      Alasan : Tampak pasien sakit berat, tampak lemah, sesak dengan frekuensi pernapasan 28 ×/menit, jenis pernapasan takipnea dan disertai batuk, *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan. Tampak pasien memakai O_2 5 L/menit menggunakan *nasal canule mask*, hanya terpasang *triway (conecta)* di tangan sebelah kanan.

   b. Tanda-tanda vital

      1) Kesadaran (Kualitatif) : composmentis

         Skala Koma Glasgow (Kualitatif)

         a) Respon motorik : 6

         b) Respon bicara : 5

         c) Respon membuka mata : 4

         Jumlah : 15

         Kesimpulan : pasien tidak koma

      2) Tekanan darah : 130/80 mmHg

         MAP : 96,66 mmHg

         Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

      3) Suhu : 36^0C di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

      4) Pernapasan : 28 x/menit

         Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea

         ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-strokea

         Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 86 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi

☐ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 28 cm

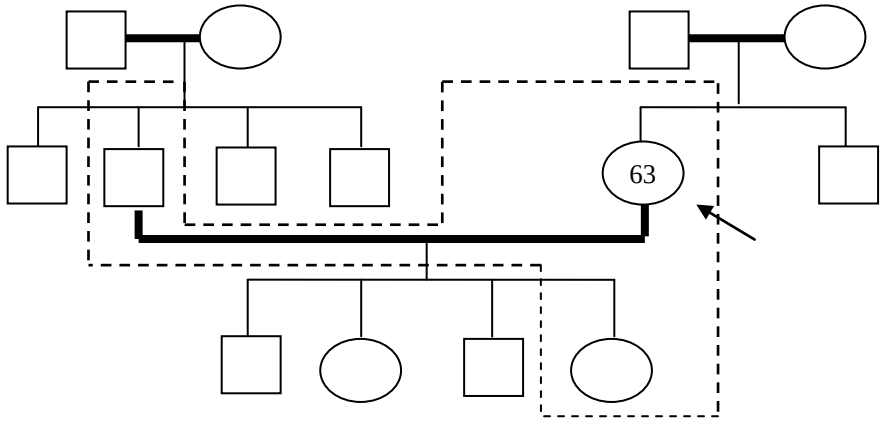
2) Tinggi badan : 163 cm

3) Berat badan : 49 kg

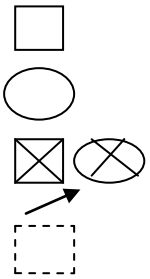
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 18,4 kg/m^2

5) Kesimpulan : Berat badan kurang

d. Genogram



Keterangan :



: laki-laki

: perempuan

: meninggal

: pasien

: tinggal serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan sangat penting bagi dirinya. Pasien mengatakan ketika menderita flu hanya minum obat.

Pasien mengatakan mengkonsumsi obat untuk penurun berat badan 20 tahun yang lalu rutin selama 2 tahun.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama

Sesak

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sesak, bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan dan merasa pusing ± 4 hari yang lalu. Pasien mengatakan untuk mengurangi pusing hanya membeli obat di apotik, namun pusing yang dirasakan tidak mengalami perubahan dan bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan tidak berkurang, oleh karena itu keluarga memutuskan membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 27 Februari 2019. Saat pengkajian pasien mengatakan masih mengeluh sesak, bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan. Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 28 x/menit, jenis pernapasan takipnea. Pasien tampak pucat dan gelisah, *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm (derajat III).

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan menderita penyakit Gagal Ginjal sejak 2 tahun lalu dan pernah dirawat di Rumah Sakit Pelamonia dan rutin melakukan cuci darah 3 kali seminggu sampai saat ini.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada penyakit keturunan.

5) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut : Tampak bersih dan beruban
b) Kulit kepala : Tampak bersih
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
d) Higine rongga mulut : Tampak kotor, lidah tampak putih
e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji pasien menolak
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji pasein menolak

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia makan hanya 2x sehari dengan mengkonsumsi beras merah dan sayur hanya menghabiskan ½ porsi dalam I porsi makanan yang disediakan dan setelah makan ia mengkonsumsi buah-buahan. Pasien mengatakan ia minum air putih ± 5-7 gelas 1.500 cc/hari. Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir dari 55 kg menjadi 49 kg.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan kurang nafsu makan ia hanya mampu menghabiskan ½ porsi dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 1800 cc/hari.

3) Observasi

Pasien tampak menghabiskan ¼ dari 1 porsi yang disediakan.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bewarna putih
b) Hidrasi kulit : *Finger print* kembali < 3 detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tampak *edema* /tampak anemis
d) Sclera : Tidak tampak ikterik
e) Hidung : Tampak simetris di tengah

f) Rongga mulut : Tampak kotor Gusi: Tidak ada peradangan
g) Gigi : Tampak utuh
h) Gigi palsu : Tampak tidak ada
i) Kemampuan mengunyah keras: Pasien mampu mengunyah keras
j) Lidah : Tampak kotor berwarna putih
k) Pharing : Tidak ada peradangan
l) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
m) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
n) Abdomen
- Inspeksi : Tampak asites
- Peristaltik usus : Peristaltik 18 x/menit
- Palpasi : Nyeri
- Perkusi : Pekak
o) Kulit
- Edema : [✓] Positif [ ] Negatif
- Ikterik : [ ] Positif [✓] Negatif
- Tanda-tanda radangan : Tidak ada tanda-tanda peradangan
p) Lesi : Tidak tampak adanya lesi

c. Pola eleminiasi
1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancar, frekuensi 1x/hari dengan konsisten padat dan bewarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK tidak lancar dan mengatakan sakit pada bagian pinggang yang hilang timbul, sehingga ia mengonsumsi obat asam mefenamat untuk menghilangkan rasa nyeri.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan BAB lancar, dengan frekuensi 1 ×/hari dengan konsistensi padat dan bewarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK tidak lancar ± 2-3 ×/hari dengan jumlah urin ±150 cc/24 jam dengan karakteristik bewarna kuning dan berbau.

3) Observasi

Tampak abdomen asites

Tampak urin pasien dalam botol aqua dan saat ini berjumlah ± 50 cc

Cm (air ptih) = 1800/ hari CM (07.00 -14.00) = 525

Ck (urine) = 150 cc/ 24 jam CK (07.00 -14.00) = 44

IWL = 15× BB

= 15×49

= 735/24 jam

Balance cairan dalam 7 jam :

CM – (CK + IWL)

= 525 – (44 + 214)

= 525 – 258

= 267 cc

Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 18 x/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☑ positif ☐ negatif

d) Mulut ureta : Tidak dikaji pasien menolak

e) Anus : Tidak dikaji pasien menolak

- Peradangan : Tidak dikaji pasien menolak
- Hemoroid : Tidak dikaji pasien menolak
- Fistula : Tidak dikaji pasien menolak

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan hanya seorang ibu rumah tangga, sehari-hari menghabiskan waktunya dengan menonton tv dan membuatkan makanan untuk orang di rumah. Pasien mengatakan jarang berolahraga karena ia akan merasa lemas.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak banyak melakukan aktivitas dan cepat lelah. Pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit sesak bertambah jika beraktivitas seperti pergi ke kamar mandi. Pasien mengatakan bila melakukan aktivitasnya sering dibantu oleh keluarga.

3) Observasi

Pasien tampak sesak dan tampak aktivitas dibantu dengan keluarga dan perawat, tampak pasien dengan posisi high-fowler, tampak terpasang triway, O_2 5 L/menit menggunakan *nasal canule.*

a) Aktivitas harian

1) Makan : 0
2) Mandi : 2
3) Pakaian : 2
4) Kerapian : 2
5) Buang air besar : 2
6) Buang air kecil : 2
7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

0	: Mandiri
1	: Bantuan dengan alat
2	: Bantuan orang
3	: Bantuan alat dan orang
4	: Bantuan penuh

b) Postur tubuh : Tidak dikaji pasien idak mampu berdiri

c) Gaya jalan : Tidak dikaji pasien tidak mampu berdiri

d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada yang cacat

e) Fiksasi : Tampak terpasang connecta

f) Tracheostomy : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

- Berbaring : 130/80 mmHg
- Duduk : Tidak dikaji
- Berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : ☐ positif ☑ Negatif

b) HR : 110 ×/ menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak tidak ada

Basah : Tampak tidak ada

d) JVP : 5 - 2 cmH_2O

Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai

e) Perferusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi

Bentuk Thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkosta : Tampak penggunaan otot bantu pernafasan

Sianosis : Tidak ada

- Palpasi

Vocal premitus : Getaran sama kiri kanan

Krepitasi : Tidak ada

- Perkusi

☐ Sonor ☐ Redup ☑ Pekak

Lokasi : lapang paru kiri kanan

- Auskultasi

Suara napas : Vesikular

Suara ucapan : Normal

Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis : Tidak ada pembesaran.

- Palpasi

  Ictus cordis :Teraba di ICS 5 linea mid - clavikularis sinistra

- Perkusi

  Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

  Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid – clavicuralis sinistra

  Batas kanan jantung : ICS 3 linea mid sternalis dekstra

  Batas kiri jantung : ICS 5 lineamid – axilaris anterior sinistra

- Auskultasi

  Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis dekstra

  Bunyi jantung II P : Tunggal ICS 3 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M : Tunggal ICS 5 linea sternalis Mid clavicularis sinistra

  Bunyi Jantung III irama gallop : Tidak terdengar

  Murmur : Tidak terdengar

  Bruit : Aorta : Tidak terdengar

  a. Renalis : Tidak terdengar

  b. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif

- Rentang gerak

  Kaku sendi : Tidak ada

  Nyeri sendi : Tidak ada

  Fraktur : Tidak ada

  Parese : Tidak ada

  Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jauh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologis : Bicep (-), Tricep (-), Patella (-)
- Reflex patologis : Negatif

  Babinski Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

  Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

- Clubbing jari-jari : Tidak ada
- Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna veterbalis

- Inspeksi : ☐ Lordosis ☑ Kiposis ☐ scoliosis
- Palpasi : Nyeri tekan tidak ada

- Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada gangguan saat tidur. Pasien mengatakan tidur malam ±7-8 jam, dari jam 21:00-05.00 WITA dan tidur siang ± 2 jam, dari jam 14:00-16:00 WITA. Pasien mengatakan lebih suka tidur dalam suasana gelap. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat tidur.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan susah tidur karena sesak dan batuk berdahak. Pasien mengatakan tidur malam ± 4-5 jam dan tidak bisa tidur siang. Pasien mengatakan sering terbangun karena gelisah dan sesak.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk :	☐	Positif	☑	Negatif
Banyak menguap :	☐	Positif	☑	Negatif
Palpebra inferior bewarna gelap :	☑	Positif	☐	Negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan mampu mendengar dengan baik, tidak ada gangguan terhadap peglihatan, dapat merasakan panas atau dingin, pasien dapat merasakan manis pahit, asin. Pasien mengatakan dapat mencium bau minyak kayu putih.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pasien mengatakan tidak bermasalah dengan pendengarannya.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu apapun.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

- Kornea : Tampak jernih
- Pupil : Tampak isokor
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan intra okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Tampak simetris
- Kanalis : Tampak bersih tidak ada serum
- Membran timpani : Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan tungkai

Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan seorang Ibu rumah tangga dan Ibu dari 4 orang anak. Untuk kebutuhan sehari-hari suami yang mencari nafkah.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit badannya terasa lemas dan merasa pusing tidak bisa melakukan aktivitasnya seperti biasa. Pasien hanya terbaring di tempat tidur dan tidak bisa menjalankan perannya sebagai IRT.

3) Observasi

Pasien tampak terbaring di tempat tidur.

a) Kontak mata : Tampak penuh, melihat perawat berbicara

b) Rentang perhatian :Tampak ada perhatian saat diajak bicara

c) Suara dan cara bicara : Suara pasien jelas dan pelan

d) Postur tubuh : Kiposis

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji pasien tidak mampu berdiri

c) Kulit : Tampak bersih tidak ada lesi

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sekarang tinggal bersama suami dan seorang anak perempuanya. Pasien mengatakan memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan anak-anaknya serta keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, perawat dan pasien lainnya terjalin dengan baik

3) Observasi

Pasien berkomunikasi dengan keluarganya serta perawat dengan baik. Tampak pasien dijaga dengan anak perempuannya beserta dengan suaminya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan memiliki 4 orang anak. Pasien mengatakan tidak ada masalah pada bagian reproduksi.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami adanya masalah pada reproduksinya.

3) Observasi

Tampak pasien berpeilaku dan berpenampilan layaknya.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji pasien menolak

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bila mengalami masalah selalu mengontrol diri dan bercerita dengan suami serta anaknya. Pasien mengatakan cara meredahkan amarahnya dengan menonton tv atau bercerita dengan suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa cemas memikirkan penyakitnya dan hanya bisa tetap sabar berpasrah dengan peyakitnya.

3) Observasi

Tampak ekspresi pasien cemas.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan beragama Buddha dan selalu berdoa kepada Dewa bersama suaminya. Pasien mengatakan juga aktif dalam kegiatan keagamaan di dalam agamanya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat lagi pergi mengikuti kegiatan keagamaannya dan hanya bisa berdoa di atas tempat tidur.

5. Uji saraf kranial
    a. N I: Olfactorius :

       Pasien mampu mencium serta membedakan bau minyak kayu putih dengan mata tertutup.
    b. N II: Opticus :

       Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ± 30 cm.
    c. N III, IV, VI: Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens :

       Pasien mampu menggerakkan bola matanya ke segala arah, pupil mengecil saat ketika diberi cahaya.
    d. N V: Trigeminus
        1) Sensorik: Pasien mengatakan mampu merasakan gesekan tisu di pipi sebelah kanan, kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.
        2) Motorik: Pasien mampu mengunyah dengan keras.
    e. N VII: Fascialis
        1) Sensorik: pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula.
        2) Motorik: pasien mampu membuka mulut, tersenyum dan mengangkat alis.
    f. N VIII : Vestibulo - Acusticus
        1) Vestibularis: tidak dikaji karena pasien tidak mampu berdiri.
        2) Akustikus: pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat pada telinga kiri dan kanan.
    g. N IX: Glossopharyngeus

       Tampak letak uvula di tengah.
    h. N X: Vagus

       Pasien mampu menelan.
    i. N XI: Ascesorius: Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan kiri serta dapat menggerakkan kepala ke kiri dan kekanan.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium : 27 Februari 2019

Tes	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Lain-lain			
Panel Emergency			
Hemoglobin	12.1	g/dL	12.0-16.0
Jumlah Leukosit	8.9	10^3/uL	4.0-10.0
Hitung Jenis			
Basofil	0.5	%	0-1
Eosinofil	2.8	%	0-4
Neutrrofil	67.4	%	50-70
Limfosit	**L 17.2**	%	20-40
Monosit	**H 12.1**	%	2-8
Hematokrit	37.2	%	34.0-45.0
Jumlah Eritrosit	**L 4.04**	10^6/uL	4.20-5.40
MCV,MCH,MCHC			
MCV	92.1	fL	80.0-95.0
MCH	30.0	Pg	25.6-32.2
MCHC	32.5	g/L	32.2-35.5
Jumlah Trombosit	197	10^3uL	150-400
SGOT-SGPT			
SGOT	**H 42**	U/L	<27
SGPT	**H 102**	U/L	<34
Glukosa Darah Sewaktu	111	mg/dL	<140
Ureum-Creatinine			
Ureum Darah	43	mg/dL	16-48
Kreatinin Darah	**H 4.14**	mg/dL	0.51-0.95
Natrium Darah	139	mmol/L	136-145
Kalium Darah	3.6	mmol/L	3.5-5.1

b. Terapi

1) Furosemide 40 mg/ IV/ 8 jam

2) Ambroxol 250 mg/ oral/ 12 jam

Mahasiswa Yang Mengkaji

(Charles Wilson Lao) (Paskalis Karni)

B. Analisa Data

Nama/ umur : Ny “N”/ 63 tahun

Unit/ kamar : St. Bernadeth III.A/ 356[2]

No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS: - Pasien mengatakan hanya minum air putih 6-8 ±1.800 cc/24 jam - Pasien mengatakan sering merasa haus - Pasien mengatakan BAK tidak lancar ± 2-3×/ hari dengan jumlah urine 150 cc bewarna kuning DO: - Keadaan umum pasien tampak sakit berat - Tampak abdomen asites - Tampak palpebral edema - Tampak bagian punggung kaki edema sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm - Tampak pasien sesak - Hasil pemeriksaan lab Ureum : 43 mg/dL Creatinin : 4.14 mg/dL	Gangguan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan

2.	DS : - Pasien mengatakan sesak napas, disertai batuk berlendir - Pasien mengatakan susah tidur karena sesak dan gelisah - Pasien mengatakan sering terbangun saat tidur karena sesak DO: - Tampak pasien sesak - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien di atas tempat tidur dengan posisi high-fowler - Hasil observasi TTV: TD : 130/80 mmHg N : 86 ×/menit S : 36^0C P : 28 ×/ menit - Tampak palpebra interior berwarna gelap - Tampak pasien batuk berlendir - Auskultasi Suara tambahan : Ronchi	Hiperventilasi	Ketidakefektifan pola napas

3.	DS: - Pasien mengatakan kurang nafsu makan dan hanya mampu menghabiskan ½ porsi yang disediakan dengan frekuensi makan 3×/ hari - Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan dari 55 kg menjadi 49 kg DO : - Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ dari porsi yang disediakan - Tampak rongga mulut kotor	Kurang asupan makan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / umur : Ny “N” /63 tahun

Unit / kamar : St. Bernadeth III.A / 356^2

No	Diagnosa
I.	Kelebihan volume cairan b/d Gangguan mekanisme regulasi
II.	Ketidakefektifan pola napas b/d Hiperventilasi
III.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Kurang asupan makan

C **.** Rencana Keperawatan

Nama /umur : Ny “N”/ 63 tahun

Unit/ kamar : St. Bernadeth III.A / 356[2]

No	Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Nursing Outcomes Clasification (NOC)	Nursing Interventions Clasification (NIC)
1.	Kamis 01-03-2019	Kelebihan volume cairan b/d Gangguang mekanisme regulasi Ditandai dengan: DS: - Pasien mengatakan ia hanya minum air putih 1.800 cc/24 jam - Pasien mengatakan ia sering merasa haus - Pasien mengatakan BAK tidak lancar ± 2-3×/ hari dengan jumlah urine 150 cc bewarna kuning	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan keseimbangan cairan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang). Dengan kriteria hasil: a. Keseimbangan cairan 1) Edema dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 2) Keseimbangan *intake* dan *output* dalam 24 jam dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3	a. Monitor cairan Catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni) b. Manajemen cairan 1) Kaji lokasi dan luasnya edema 2) Berikan terapi IV, seperti yang ditentukan 3) Berikan diuretik yang diresepkan c. Manajemen Elektrolit 1) Batasi cairan yang sesuai

		DO: - Keadaan umum pasien tampak sakit berat - Tampak abdomen acites - Tampak palpebral edema - Tampak bagian punggung kaki edema sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm - Tampak pasien sesak - Hasil observasi: TD : 130/ 80 mmHg N : 86 ×/menit S : 36^{o}C P : 28 ×/menit - Hasil pemeriksaan lab	keterangan : • Skala 1 : berat • Skala 2 : cukup berat • Skala 3 : sedang • Skala 4 : ringan • Skala 5 : tidak ada b. Eliminasi urin 1) Jumlah urin dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 keterangan : • Skala 1 : sangat terganggu • Skala 2 : banyak terganggu • Skala 3 : cukup terganggu • Skala 4 : sedikit terganggu • Skala 5 : tidak terganggu	2) Mengistruksikan alasan untuk batasan cairan, d. Pengaturan Hemodinamik Tinggikan kaki tempat tidur e. Monitor tanda-tanda vital Monitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan

		Ureum : 43 mg/dL Creatinin : 4.14 mg/dL Cm (air putih) = 1800/ hari CM (07.00 -14.00) = 525 Ck (urine) = 150 cc/ 24 jam CK (07.00 -14.00) = 44 IWL = 15× BB = 15×49 = 735/24 jam Balance cairan dalam 7 jam : CM – (CK + IWL) = 525 – (44 + 735) = 525 – 779 = -254 cc		
2.	Kamis 01/03/2019	Ketidakefektifan pola napas b/d iperventilasi. Ditandai dengan: DS : - Pasien megatakan sesak serta batuk	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan status pernafasan pada skala 2 (berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup)	a. Manajemen jalan nafas 1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 2) Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif

		- Pasien mengatakan susah tidur karena sesak dan gelisah - Pasien mengatakan sering tebangun saat tidur karena sesak DO: - Tampak pasien sesak - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien di atas tempat tidur dengan posisi semi-fowler - Tampak penggunaan otot bantu pernapasan - Tampak pasien menggunakan O_2 5 L/menit, menggunakan *nasal canule* - Hasil observasi TTV: TD : 130/80 mmHg	Dengan kriteria hasil : a. Status pernapasan : kepatenan jalan napas 1) Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 3 2) Irama pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 3 3) Kemampuan untuk mengeluarkan sekret dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 3 keterangan : • Skala 1 : deviasi berat dari kisaran normal. • Skala 2 : deviasi cukup berat dari kisaran normal. • Skala 3 : deviasi sedang dari kisaran normal.	3) Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya 4) Lakukan penyedotan atau disfungsi 5) Kelola pengobatan Sebagaimana mestinya b. Monitor pernapasan 1) Auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan 2) Monitor pola nafas 3) Monitor keluhan sesak nafas pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut

		N : 86 ×/menit S : 36^0C P : 28 ×/ menit - Tampak palpebra interior beerwarna gelap - Auskultasi Suara tambahan : Ronchi	• Skala 4 : deviasi ringan dari kisaran normal. • Skala 5 : tidak ada deviasi dari kisaran normal. b. Status pernapasan : ventilasi 1) Penggunaan otot bantu nafas dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 2) Dipsnea saat beristirahat dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 3) suara nafas tambahan ditingkatkan ke skala 2 ditingkatkan ke skala 3 keterangan : • Skala 1 : sangat berat • Skala 2 : berat • Skala 3 : cukup • Skala 4 : ringan • Skala 5 : tidak ada	c. Monitor tanda-tanda vital Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan

III.	Kamis 01/03/2019	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan Ditandai dengan : DS: - Pasien mengatakan kurang nafsu makan dan hanya mampu menghabiskan ½ porsi yang disediakan dengan frekuensi makan 3×/ hari - Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan dari 55 kg menjadi 49 kg	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, status nutrisi dipertahankan pada skala 4 (sedikit terganggu) ditingkatkan ke sakala 5 (tidak terganggu) Dengan kriteria hasil: a. Nafsu makan 1) Hasrat/keinginan untuk makan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5 2) Intake makan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5 keterangan : • Skala 1 : sangat terganggu • Skala 2 : banyak terganggu • Skala 3 : cukup terganggu • Skala 4 : sedikit terganggu • Skala 5 : tidak terganggu	a. Manajemen nutrisi 1) Identifikasi(adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien 2) Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan dari debu yang menyengat 3) Anjurkan pasien terkait kebutuhan diet untuk kondisi sakit b. Pemberian makan 1) Atur diet yang diperlukan 2) Catat asupan dengan tepat c. Manajemen berat badan Hitung berat badan ideal pasien

		DO : - Tampak pasien hanya menghabiskan ¼ dari porsi yang disediakan - Tampak rongga mulut kotor	b. Berat badan: massa tubuh 1) Berat badan dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 3 (deviasi sedang dari kisaran normal) keterangan : • Skala 1 : deviasi berat dari kisaran normal • Skala 2 : deviasi yang cukup besar dari kisaran normal • Skala 3 : deviasi sedang dari kisaran normal • Skala 4 : deviasi ringan dari kisaran normal • Skala 5 : tidak ada deviasi dari kisaran normal	

E. Implementasi Keperawatan

Nama / umur : Ny “N”/ 63 tahun

Unit / kamar : St. Bernadeth III.A / 356[2]

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
02/03/2019	II	07:30	Meninggikan kaki di tempat tidur Hasil: - meletakkan bantal di bawah kaki pasien yang *edema*. Tampak pasien berbaring menggunakan 1 bantal di bawah kaki yang *edema*	Perawat Ita
	III	07:40	Mengidentifikasi adanya alergi makanan yang dimiliki pasien Hasil: - Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan	Lia
	II	08:00	Memberikan dIuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - Furosemide 40 mg/ IV	Perawat Ita
	I	08:30	memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - memberikan posisi high fowler	Nike
	II	09:00	Mencatat asupan dan pengeluran Hasil : - air putih: 200cc - urine :40cc	NIke
	I,II III	10:00	Mengobservasi ttv Hasil: - TD : 130/70 mmHg - N : 90 ×/menit	Lia & Nike

			- S : 36,5^{0}c - P : 29 ×/menit	
	I	10.10	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - tampak pasien dalam posisi high fowler - pasien mengatakan ia masih merasa sesak	Nike
	I	10.15	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil : - memberikan O_2 5L/menit memakaikan *nasal canule*	Nike
	III	11.30	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan Hasil : - membersihkan tisu di atas tempat tidur - tampak bersih di atas tempat tidur pasien	Lia
	III	11.50	Mencatat asupan makan pasien Hasil : - tampak pasien menghabiskan ½ bubur, sepotong ikan dan tidak menghabiskan sayur yang telah disediakan	Lia
	I	12.00	Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - ambroxol 250 mg/oral	Perawat Ita
	I, II,	12:15	Memonitor suhu pasien	Lia

	III		hasil: - $36,8^0$C	
	II	12:30	Membatasi cairan yang sesuai 400 cc/hari Hasil: - Pasien mengatakan dia sering merasa haus	Nike
	II	13.30	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : - air putih = 500 cc - urine = 50 cc	Perawat Adol
	II	14.00	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi Hasil : - pukul 07.30-09.00 (air putih= 200 cc, urine= 40 cc) - pukul 10.00-14.00(air putih= 500 cc, urine= 50 cc) - Total: CM: 700 cc CK: 90 cc	Kalis
	I	15.00	Memonitoring pola nafas Hasil: - tampak pasien sesak dengan frekuensi pernafasan 27 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan (accessorius), irama pernafasan takipnea, dan jenis pernafasan dada	Charles
	I	15.05	Mengauskultasi suara nafas Hasil : - terdengar suara ronchi	Charles

	I	15.15	memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil : - memberikan posisi high fowler	Charles
	I	15.18	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 5 L/menit - memberikan *nasal canule*	Charles
	III	15.30	Mengatur diet yang diperlukan Hasil : - ahli gizi memberikan diet rendah garam <59/ hari dan diet protein 1,25 /kg BB	Ahli gizi
	II	15.55	Mengkaji lokasi edema Hasil : - pasien mengatakan bengkak tidak berkurang. Tampak edema pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik	Kalis
	II	16.00	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - furosemide 40 mg/IV	Perawat Elsy
	I,II III,	16.10	Mengobservasi ttv Hasil : - TD : 120/90 mmHg - N : 82 ×/menit - P : 25×/menit - S : 36,5^{0}C	Kalis & Charles
	I	16.20	Memberikan posisi untuk	Kaliz

			memaksimalkan ventilasi yaitu posisi semifowler Hasil : - tampak pasien dengan posisi semifowler - pasien mengatakan sesak mulai berkurang	
	I	16.23	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 3 L/menit memberikan *nasal canule*	Kalis
	II	17.00	Mencatat asupann dan pengeluaran Hasil: - air putih= 250 cc - urine = 40 cc	Kalis
	II	17.20	Membatasi cairan yang sesuai intruksi dokter 400/hari Hasil: - tampak perawat memberikan contoh botol aqua yang berisi 400 cc	Perawat Fira
	III	17.30	Menghitung berat badan pasien Hasil : - 49 kg, IMT =18,44 kg/m^2	Charles
	III	18.00	Mencatat asupan dengan tepat Hasil : - tampak pasien hanya mampu menghabiskan ½ nasi dan ½ sayur yang telah disediakan. Pasien mengatakan kurang nafsu makan	Kalis

	III	18.20	Menganjurkan pasien untuk kebutuhan diet, seperti tidak minum air yang mengandung soda Hasil : - tampak pasien paham untuk tidak minum air yang mengandung soda	Charles
	I, II, III	18.35	Memonitor suhu Hasil: - Suhu : 36,3^{0}C	Kalis
	I	18.50	Memonitor keluhan sesak pasien Hasil : - pasien mengatakan masih merasa sesak disertai batuk berlendir. pasien mengatakan sesak bertambah ketika pergi ke kamar mandi	Charles
	II	19.00	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih = 250 cc - urine = 40 cc	Charles
	I	19.30	Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Prerawat Fira
	I	19.55	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - ambroxol 250 mg/oral	Kalis
	II	20.00	Memonitoring asupan dan pengeluran pada shift siang Hasil: - pukul 15.00-17.00 (air putih=	Charles

			250 cc, urine = 40 cc) - pukul 17.20-21.00 (air putih= 250 cc, urine= 40 cc) - total CM = 500 cc CK = 80 cc	
	I,II III,	21.00	Mengobservasi ttv Hasil : - TD :130/90 mmHg - N : 88 ×/menit - S : 36,4^{0}C - P : 25 ×/menit	Charles & Kalis
	I	22.00	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi high fowler Hasil: - tampak pasien dengan posisi highfowler - pasien mengatakan masih mengeluh sesak	Perawat Agnes
	I	22.10	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 3 L/menit - memberikan *nasal canule*	Perawat Agnes
	II	22.30	Mengkaji lokasi *edema* Hasil: - pasien mengatakan bengkak pada kaki tidak berkurang. - tampak *edema* dengan cekungan kembali 7 detik	Perawat Nonce
	II	24.00	Memberikan deuretik sesuai dengan	Perawat

			kolaborasi dokter Hasil: - furosemide 40 mg/IV	Nonce
	I,II III	05.00	Mengobservasi ttv Hasil: - TD : 130/80 mmHg - N : 100×/ menit - S : 36,^{0}C - P : 27×/menit	Perawat Agnes
	I	05.10	Memberikan oksigen yang dilembabkan Hasil: - memberikan O_2 4 L/menit - memakaikan *nasal canule*	Perawat Agnes
	II	07.00	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - pukul 21.00-07.00 (air putih= 250 cc, urine= 40 cc - Total Cm: 250 cc Ck: 40 cc	Perawat Agnes
	II	07.10	Memonitoring asupan dan pengeluaran Hasil : - Melakukan Balance cairan CM-(CK+IWL) 1450- (210 +735) 1450-945 = +505 cc	Perawat Agnes
	II	07.30	Mengkaji lokasi *edema* Hasil: - pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki belum berkurang. Tampak	Perawat Yoslin

			bengkak dengan cekungan kembali 7 detik	
03/03/2019	II	07.35	Meninggikan kaki di tempat tidur Hasil : - meletakkan 1 bantal di bawah kaki pasien yang edema. Tampak pasien berbaring dengan 1 bantal dibawah kaki sebelah kanan.	Perawat Yoslin
	II	08.00	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - furosemide 40 mg/ IV	Perawat Vero
	I		Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil : - terdengar suara ronchi	Perawat Vero
	I		Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - ambroxol 250mg/oral	Perawat Vero
	I	08.10	Memonitor pola nafas Hasil: - pasien tampak sesak dengan frekuensi pernafasan: 29 ×/menit, tampak menggunakan otot bantu pernafasan (acessorius), irama pernafasan: takipnea, dan jenis pernafasan: dada	Perawat Janna
	I	08.30	Memberikan oksigen yang	Perawat

			dilembabkan Hasil: - memberikan O_2 3L/menit - memberikan *nasal canule*	Janna
	II	09.30	Mencatat asupan dan pengeluaran hasil: - air putih= 250 cc - urine= 40 cc	Perawat Janna
	I,II III	10.00	Observasi ttv: Hasil: - TD : 140/90 mmHG - N : 110 ×/menit - P : 25 ×/menit - S : 36,8^{0}C	Perawat Hein
	III	12.30	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan dengan membersihkan tisu di atas tempat tidur dan membuka tirai Hasil: - tampak ruangan bersih	Perawat Hein
	III	13.00	Mencatat asupan makan pasien Hasil: - tampak pasien menghabiskan ½ bubur, sepotong ikan dan tidak menghabiskn sayur yang telah disediakan - pasien mengatakan kurang selera makan	Perawat Hein
	II	13.05	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih = 400 cc - urine = 50 cc	Perawat Hein
	I	13.10	Memonitor pola nafas pasien	Perawat

			Hasil: - tampak pasien sesak dengan frekuensi 27 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan, irama pernafasan: takipnea, dan jenis pernafsan: dada	Janna
	I	13.15	Auskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Perawat Hein
	I	13.18	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - tampak pasien dengan posisi high fowler	Perawat Janna
	II	14.00	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi Hasil: - pukul 07.30-09.30 (air putih= 250 cc, urine= 40 cc) pukul 09.55-13.00 (air putih = 400 cc, urine= 50 cc) - total CM = 650 cc CK= 90 cc	Charles
	II	14.15	Membatasi cairan cairan yang sesuai anjuran dokter 400 cc/hari Hasil: - tampak perawat memberikan contoh botol aqua isi 400 cc	Charles
	II	15.30	Mengkaji lokasi edema Hasil: - pasien mengatakan bengkak	Kalis

			tidak berkurang. Tampak *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik	
	II	15.40	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - furosemide 400 mg/IV	Perawat Karni
	I,II, III	16.00	Mengobservasi ttv: Hasil: - TD : 130/80 mmHg - N : 96 ×/menit - S : 36,^{0}C - P : 26 ×/menit	Kalis
	I	16.15	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 15 L/menit - memasangkan *nasal canule*	Kalis
	II	16.30	Membatasi cairan sesuai dengan anjuran dokter 400 cc/hari Hasil: - tampak perawat memberikan contoh botol aqua yang berisi 400 cc/hari	Perawat Karni
	II	16.40	Menginstruksikan pasien unntuk batasan cairan, seperti mengkonsumsi air 400 cc/hari sesuai anjuran dokter, jika lebih maka bengkak akan berkurang Hasil: - pasien mengatakan ia selalu	Charles Charles

			merasa haus sehingga susah untuk mengontrol cairan yang di anjurkan dokter	
	II	17.00	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih = 250 cc - urine= 40 cc	Kalis
	III	17.20	Menghitung berat badan pasien Hasil: - BB= 49 kg, IMT= 18,4 kg/m^2	Kalis
	III	17.30	Mencatat asupan dengan tepat Hasil: - tampak pasien hanya menghabiskan ½ nasi, dan ½ sayur yang telah disediakan - pasien mengatakan kurang selera makan	Kalis
	I	18.55	Memonitoring keluhan sesak nafas Hasil: - pasien mengatakan masih merasa sesak disertai batuk berlendir. pasien mengatakan jika pergi ke kamar mandi sesak yang dirasakan sedikit bertambah - tampak pasien batuk dengan mengeluarkan lendir bewarna putih	Charles
	II	19.40	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih= 250 cc - urine = 40 cc	Kalis
	I	20.00	Memonitoring pola nafas	Charles

			Hasil: - tampak pasien sesak dengan frekuensi 25 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan (acessorius), irama pernafasan: takipnea, jenis pernafasan: dada	
	I	20.10	Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Charles
	I	20.13	Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - ambroxol 250 mg/oral	Perawat Karni
	I	20.35	Memberikan oksigen untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - memberikan O_2 5 L/menit - memasangkan *nasal canule*	Kalis
	II	21.00	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift siang Hasil: - pukul 14.15-17.00 (air putih= 250 cc, urine= 40 cc) pukul 17.00-21.00(250 cc, urine: 40 cc) - total CM= 500 cc CK=80 cc	Kalis
	I,II III	22.00	Mengobservasi ttv Hasil :	Charles

			- TD : 120/80 mmHg - N : 98 ×/menit - S : 36 ^{0}C - P : 25 ×/menit	
	II	22.10	Mengkaji lokasi *edema* Hasil: - Pasien mengatakan bengkak pada kaki tidak berkurang. Tampak *edema* dengan cekungan kembali 7 detik	Peraat Vero
	II	22.50	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - furosemide 40 mg/IV	Perawat Vero
	I,II III	05.00	Mengobservasi ttv: Hasil: - TD : 110/80 ×/menit - N : 90 ×/menit - S : 36^{0}C - P : 24 ×/menit	Peraat Vero
	I	05.10	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi - Tampak pasien dengan posisi high fowler	Perawat Yoslin
	I	05.12	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 4L/menit	Perawat Yoslin
	II	05.30	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift malam Hasil : - pukul 22.00-05.30 (air putih=	Perawat Vero

			200 cc, urine= 40 cc) - Cm= 200 cc - Ck = 40 cc	
	II	07.00	Memonitoring asupan dan pengeluaran Melakukan balance cairan CM- (CK+IWL) 1350- (190+ 735) 1350- 925 = + 425 cc	Perawat Vero
04/03/2019	II	07.30	Mengkaji lokasi *edema* Hasil : - pasien mengatakan bengkak pada bagian kaki sebelah kanan belum berkurang. Tampak bagian punggung kaki sebelah kanan *edema* dengan cekungan kembali 5 detik	Rita
	II	07.35	Meninggikan kaki di tempat tidur Hasil : - tampak pasien berbaring dengan menggunakan 1 bantal dibawah kaki kanan yang edema	Susan
	I	07.40	Mengauskultasi suara nafas Hasil : - terdengar suara ronchi	
	II	08.00	Memberikan deuretik yang diresepkan Hasil : - furosemide 40 mg/IV	Susan

	I	08.30	Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - ambroxol 250mg/oral	Resti Perawat
	I	08.40	Memonitor keluhan sesak pasien Hasil : - pasien mengatakan masih merasa sesak dan batuk berlendir. pasien mengatakan ketika ke kamar mandi sesak sedikit bertambah - tampak pasien batuk dengan lendir bewarna putih	Fira Perawat Fira
	I	08.45	Memonitor pola nafas Hasil: - pasien tampak sesak dengan frekuensi pernafasan: 30 ×/menit, tampak menggunakan otot bantu pernafasan (acessorius), irama pernafasan: takipnea, dan jenis pernafasan: dada	Rai
	I	09.00	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - memberikan posisi high fowler	Robert
	I	09.20	Memberikan Oksigen yang dilembabkan Hasil: - memberikan O_2 6 L/menit - memebrikan *nasal canule*	
	II	09.40	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil:	Robert

			- air putih= 200 cc - urine= 20 cc	
	I,II, III	10.00	mengobservasi ttv: Hasil: - TD : 120/80 mmHG - N : 110 ×/menit - P : 25 ×/menit - S : 36,6^{0}C	Reksi
	I	11.00	Memonitor keluhan sesak nafas pasien Hasil: - pasien mengatakan masih merasa sesak. Pasien mengatakan saat pergi ke kamar mandi merasa sesak - tampak pasien batuk tidak mengeluarkan lendir	Susan
	III	12.00	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan dengan membersihkan tisu di atas meja Hasil: - tampak di atas meja bersih dan kamar pasien bersih	Perawat Fira
	III	12.30	Mencatat asupan makan pasien Hasil: - tampak pasien menghabiskan ½ bubur, 1 potong ikan dan tidak menghabiskn sayur yang telah disediakan - pasien mengatakan kurang selera makan	Robert & Reksi

	I	13.05	Memonitor pola nafas pasien Hasil: - tampak pasien sesak dengan frekuensi 25 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan(acessorius), irama pernafasan: takipnea, dan jenis pernafsan: dada	Susan
	I	13.10	Auskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Susan
	II	14.00	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi Hasil : - pukul 07.30-09.20 (air putih= 200 cc, urine= 20 cc) pukul 09.30-14.00(air putih= 250 cc, urine= 20 cc) - total Cm = 450 cc Ck = 40 cc	Charles Perawat Agnes
	II	15.00	Membatasi cairan cairan yang sesuai anjuran dokter 400 cc/hari Hasil: - tampak perawat memberikan contoh botol aqua isi 400 cc	Kalis
	II	15.55	Mengkaji lokasi edema Hasil: - pasien mengatakan bengkak tidak berkurang. Tampak edema pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik	Kalis

	II	16.00	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - furosemide 400 mg/IV	Carles
	I,II III	16.00	Mengobservasi ttv: Hasil: - TD : 130/80 mmHg - N : 87 ×/menit - S : 37^0C - P : 28 ×/menit	Kalis dan Carles
	III	16.40	Menghitung berat badan pasien Hasil: - BB= 49 kg, IMT= 18,4 kg/m^2	Kalis
	III	17.30	Mencatat asupan dengan tepat Hasil: - tampak pasien hanya menghabiskan ½ nasi, dan ½ sayur yang telah disediakan - pasien mengatakan kurang selera makan	Kalis
	II	17.40	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih = 250 cc - urine = 40 cc	Charles
	I	18.25	Memonitoring keluhan sesak nafas Hasil: - pasien mengatakan masih merasa sesak pasien mengatakan jika pergi ke kamar mandi sesak yang dirasakan sedikit bertambah	Charles Kalis
	I	19.55	Memonitoring pola nafas Hasil:	Merlin

			- tampak pasien sesak dengan frekuensi 25 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan(acessorius), irama pernafasan: takipnea, jenis pernafasan: dada	
	I	19.57	Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Merliana
	I	20.00	Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - ambroxol 250 mg/oral	Charles
	II	20.10	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih= 300 cc - urine = 30 cc	Kalis
	I	20.15	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - memberikan posisi high fowler	Kalis
	I	20.18	Memberikan oksigen untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - memberikan O_2 5 L/menit - memasangkan *nasal canule*	Perawat Agnes
	II	21.00	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift siang Hasil: - pukul 15.00-17.40 (air putih= 250 cc, urine= 40 cc) pukul 18.25-21.00(air putih= 300 cc,	Charles dan Kalis

			urine= 30 cc) - total Cm= 550 cc Ck= 70 cc Melakukan balance cairan CM- (CK+IWL) 1000- (110+ 735) 1000 – 845 = +155 cc	

F. Evaluasi

Nama / umur : Ny “N” /63 tahun

Unti / kamar : St. Bernadeth III.A / 536[2]

Tanggal	DP	Evaluasi soap	Nama perawat
02/03/2019	I	Ketidakefektifan pola napas b/d Hiperventilasi S: Pasien mengatakan ia masih merasa sesak dan batuk berlendir. pasien mengatakan sesak bertambah ketika pergi ke kamar mandi O: - Irama : takipnea - Tampak menggunakan otot bantu pernapasan - Jenis pernapasan dada - P : 28×/menit - Suara tambahan : ronchi A: Pasien masih mengalami Ketidakefektifan pola napas P: Lanjutkan intervensi	
	II	Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi. S: Pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan	

		tidak berkurang. O: Tampak bagian punggung kaki sebelah kanan edema dengan cekungan kembali 5 detik. Balance cairan= +505 cc A: Pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P : lanjutkan intervensi	
	III	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari Kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan S: Pasien mengatakan kurang nafsu makan O: Tampak pasien hanya mampu menghabiskan ½ nasi dan ½ sayur yang telah disediakan. BB= 49 kg, IMT =18,4 kg/m^2: A: Pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P: Lanjutkan intervensi	

03/03/2019	I	Ketidakefektifan pola nafas b/d keletihan otot pernafasan S: Pasien mengatakan ia masih sesak dengan batuk berlendir. pasien mengatakan sesak bertambah jika pergi ke kamar mandi O: Pola nafas - irama : takipnue - tampak menggunakan otot bantu pernapasan - jenis pernapsan dada - pernafasan: 27×/menit - suara tambahan: ronchi - tampak lendir pasien bewarna putih A: Pasien masih mengalami Ketidakefektifan pola napas P: Lanjutkan intervensi	
	II	Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S: Pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan tidak berkurang O :tampak bagian punggung kaki sebelah kanan edema dengan cekungan kembali 7 detik	

		Balance cairan = +425 cc A: Pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P: Lanjutkan Intervensi	
	III	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan S: Pasien mengatakan kurang nafsu makan O: Tampak pasien hanya mampu menghabiskan ½ nasi dan ½ sayur yang telah disediakan. BB 49 kg, IMT = 18,4 kg/m^2 A: Pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P: Lanjutkan intervensi	

04/03/2019	I	Ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernafasan S: Pasien mengatakan masih merasa sesak. Pasien mengatakan jika pergi ke kamar mandi sesak yang dirasakan sedikit bertambah O: Pola nafas - irama : takipnea - tampak menggunakan otot bantu pernapasan - jenis pernapsan dada - pernafasan : 29×/menit - suara tambahan : ronchi A: Kebersihan jalan nafas dipertahankan pada skala 2 (berat) P: Lanjutkan intervensi	
	II	Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S: Pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan pasien mengatakan sering merasa haus O: Tampak bagian punggung kaki sebelah kanan edema dengan cekungan	

		kembali 5 detik Balance cairan + 155 cc A: Pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P: Lanjutkan intervensi	
	III	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan S: Pasien mengatakan kurang nafsu makan O: Tampak pasien hanya mampu menghabiskan ½ nasi dan ½ sayur yang telah disediakan. BB 49 kg, IMT =18,4 kg/m^2 A: Pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P: Lanjutkan intervensi	

Daftar Nama Obat ntuk Pasien

1. Furosemide
   a. Klasifikasi/golongan obat : Diuretik
   b. Dosis umum : 20-40 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien : 40 mg/8 jam
   d. Cara pemberian obat : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Furosemide menghambat penyerapan kembali natrium dan kalium di lengkung henle ginjal dan mengeluarkannya dari dalam tubuh melalui peningkatan output urine. Furosemide sebagai obat untuk mengatasi edema.
   f. Alasan pemberian pada pasien : obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien edema pada kaki bagian punggung sebelah kanan.
   g. Kontra indikasi
      1) pasien yang memiliki riwayat alergi terhadap farsix (furosemide).
      2) obat ini juga dikontraindikasikan untuk pasien dengan anuria.
   h. Efek samping obat
      1) Mulut terasa kering
      2) Sensitif terhadap cahaya matahari
      3) Pusing
      4) Sakit kepala
      5) Sakit perut
      6) Penglihatan buram
      7) Merasa Lelah

2. Ambroxol
    a. Klasifikasi/golongan obat : mukolitik
    b. Dosis umum : 30 mg - 120 mg
    c. Dosis untuk pasien 250 mg
    d. Cara pemberian : oral
    e. Mekanisme kerja dan fungsi obat

       Ambroxol mempunyai sifat sekretolitik, dapat mempermudah pengeluaran sekret yang kental dan lengket di dalam saluran pernapasan.
    f. Indikasi

       Sebagai sekretolitik pada gangguan pernapasan akut dann kronis, khususnya pada eksaserbasi bronchitis kronis, bronchitis asmatik, dan asma bronkial.
    g. Kontra indikasi

       Hipersensitif terhadap ambroxol
    h. Efek samping
        1) Mual
        2) Muntah
        3) Nyeri ulu hati

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini, penulis membahas kesenjangan antara tinjauan teoritis dan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Ny “N” umur 63 tahun dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ruang St.Bernadeth III.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama 3 hari yaitu tanggal 01 - 04 Maret 2019, melalui pendekatan proses keperawatan yaitu Pengkajian, Analisa Data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi.

A. Pengkajian

Pasien atas nama Ny “N” umur 63 tahun, masuk rumah sakit Stella Maris dengan keluhan utama sesak nafas. Saat pengkajian pada tanggal 01 Maret 2019 pasien mengatakan masih mengeluh rasa sesak serta batuk, bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan dan penurunan nafsu makan. Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 28x/menit, dan terdengar suara tambahan ronchi. Hal ini sejalan dengan manifestasi pada pasien gagal ginjal kronik yang terdapat pada teori. Menurut teori *edema* terjadi karena ginjal tidak mampu untuk mengkonsentrasi atau mengencerkan urin secara normal. Selain itu, pada gagal ginjal kronik terjadi pula proteinuria yang menyebabkan kehilangan protein di ginjal sehingga timbul hipoalbumin yang kemudian terjadi penurunan tekanan okotik plasma selanjutnya tekanan hidrostatik meningkat maka akan terjadi perpindahan cairan dari intravaskuler ke iterstitial (honesdocs, 2019).

Sesak terjadi bisa karena fungsi nefron yang mengalami penurunan yang mengakibatkan gangguan ginjal secara irreversibel sehingga tidak mampu mengekskresikan asam yang mengakibatkan terjadinya asidosis metabolik dimana sekresi asam, sekresi amoniak dan absorbsi natrium dan bikarbonat mengalami penurunan (Firdaus, R B (2016).

Penurunan nafsu makan terjadi karena adanya gangguan penyaringan zat beracun didalam tubuh, produksi sel darah merah berkurang, gangguan elektrolit dan tekanan darah yang tinggi. Selain itu juga bisa disebabkan karena rasa mual akibat dari penumpukan racun di dalam darah (uremia) (Gahong dan McPhe (2010) dalam Saryono, dkk (2017).

Pemeriksaan diagnostik yang didapat adanya nilai abnormal, diantaranya ureum 43 mg/dL, kreatinin 4.14 Mg/dL. Ureum dan kreatinin adalah sisa–sisa protein yang menjadi racun dalam tubuh, sehingga jika ginjal rusak atau tidak mampu mengekskerikan urin maka ureum kreatinin akan tetap tertinggal dalam tubuh sehingga terjadinya peningkatan ureum kreatinin.

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan potensial untuk pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yaitu:

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot-otot pernapasan, ansietas, nyeri, obesitas.
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, ketidakmampuan makan.

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
5. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit dengan faktor risiko agens farmaseutikal, gangguan sirkulasi, gangguan turgor kulit, dan terapi radiasi.

Berdasarkan data pengkajian, penulis mengangkat 3 diagnosa yaitu:

1. Ketidakefektifan pola nafas b/d hiperventilasi
2. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan

Sedangkan diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis yang tidak diangkat pada kasus, diantaranya:

1. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit dengan faktor risiko agens farmaseutikal, gangguan sirkulasi, gangguan turgor kulit, dan terapi radiasi. Diagnosa ini tidak diangkat, karena selama pasien dalam masa perawatan dirumah sakit kulit pasien tidak mengalami gangguan turgor kulit, dan tidak ada tonjolan tulang.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosa ini tidak diangkat, karena pasien masih mampu untuk bergerak sendiri setelah pulang dari hemodialisis.

C. Intervensi Keperawatan

Penulis membuat intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul. Intervensi pada teori tidak jauh berbeda dengan intervensi pada kasus karena disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

1. Ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi

Pada diagnosa kedua ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan. Manajemen jalan nafas posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, instruksikan bagaimana agar bisa

melakukan batuk efektif, Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya. Monitoring pernapasan : auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan, monitor pola nafas, monitor keluhan sesak nafas pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut.

2. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi.

   Pada diagnosa pertama ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: monitor tanda-tanda vital monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan. Monitor cairan catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni). Manajemen cairan Kaji lokasi edemama, berikan terapi Iv seperti yang ditentukan, berikan deuretik yang diresepkan.

   Manajemen elektrolit batasi cairan yang sesuai. Pengaturan hemodinami: tinggikan kaki di tempat tidur.

3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan

   Pada diagnosa ketiga ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: monitor tanda-tanda vital monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan. Manajemen nutrisi identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih berventilasi, santai dan bebas dari debu yang menyengat), anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit. pemberian makan berikan air minum pada saat makan tunda pemberian makanan, jika pasien kelelahan (sesak).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan dilakukan selama 3 hari dan bekerjasama dengan

pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan dokter sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik dan lancar. Pada saat pelaksanaan ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan, yaitu pada diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi dengan intervensi instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. Hal ini disesuaikan dengan keadaan pasien saat melakukan implementasi, pasien tidak mampu untuk melakukan batuk efektif karena pasien sesak.

E. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan Ny “N” sebagai berikut :

1. Ketidak efektifan pola nafas b/d hiperventilasi.

   Masalah belum terasatasi, meskipun pasien sudah mampu menunjukkan perubahan tidak batuk, tetapi pasien masih sesak dengan pernapasan 29x/menit, irama takipnea, dan terdengar suara tambahan ronci serta menggunakan otot bantu pernapasan. Maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat.

2. Kelebihan volume cairan b/d Gangguan mekanisme regulasi.

   Masalah belum teratasi, meskipun pasien sudah menunjukkan edema pada salah satu bangian kaki sebelah kanan sudah berkurang dengan cekungan kembali 5 detik tetapi TTV maish belum normal. Maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat.

3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Kurang asupan makan.

   Masalah ini belum teratasi, pasien belum ada menunjukkan perubahan. Pasien hanya mampu menghabiskan ½ porsi nasi dan ½ porsi sayur yang telah disediakan. BB 49 kg, IMT =18,4 kg/m^2. Maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil pembahasan yang telah diuraikan mengenai asuhan keperawatan pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK), maka penulis membuat simpulan dan saran yang dapat bermanfaat demi pengembangan dan peningkatan pelayanan perawatan pasien khususnya pada pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK).

A. Simpulan

1. Pada saat pengkajian keperawatan pada pasien Ny “N” dengan gagal ginjal kronik diperoleh data:

   pasien tampak lemah, sesak dengan frekuensi pernapasan 28×/menit, dengan jenis pernapasan takipnea dan disertai dengan batuk berlendir, posisi pasien dalam keadaan semifouler, *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan. Tampak pasien memakai O_2 5 L/menit menggunakan *nasal kanul* dan terpasang *triway* sebelah kanan. *Edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm. IMT pasien 18,4 kesimpulan: berat badan kurang. Tanda-tanda vital: tekanan darah130/80 mmHg, nadi 82 ×/menit, suhu 36^0C, pernapasan 28 ×/menit. Pada hasil pemeriksaan laboratorium pada serum elektrolit: natrium 139 mmol/lt (nilai normal: 136 -145), kalium 3.6 mmol/lt (nilai normal: 3.4 - 4.5) clorida 9.8*mmol/lt (nilai normal: 96-108), ureum 43 mg/dl (nilai normal:10-50), creatinin 4.14 mg/dl (nilai normal: ≤ 1,1), HGB 12.1 g/dL (nilai normal:14 - 18). Berdasarkan data yang di dapatkan dari Ny “N” dengan gagal ginjal kronik penulis mendapatkan masalah keperawatan antara lain:

   a. Ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi.

   b. Kelebihan volume cairan b/d Gangguan mekanisme regulasi

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Kurang asupan makan

2. Perencanaan tindakan keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada Ny “N” dan semua intervensi untuk ke-tiga diagnosa dibuat sesuai dengan teori dan kondisi pasien.
3. Implementasi dilakukan selama 3 hari perawatan dan semuanya terlaksana dengan baik berupa tindakan mandiri, kolaborasi, pendidikan kesehatan.
4. Evaluasi dari ke-tiga masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny “N” adalah belum teratasi.

B. Saran

Dengan melihat kenyataan yang ada dalam uraian-uraian diatas, maka penulis mengajukan beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan derajat di masyarakat antara lain:

1. Pasien

   Pada pasien gagal ginjal kronik sangat penting untuk membatasi intake cairan dan protein guna meningkatkan kualitas hidup sehari-hari.

2. Institusi pendidikan

   Kiranya lebih meningkatkan mutu pendidikan guna menambah pengetahuan dan wawasan bagi mahasiswa tentang gagal ginjal kronik.

3. Penulis

   Kiranya penulis lebih dapat meningkatkan kompetensi dan wawasan tentang perkembangan teori-teori terbaru dalam dunia kesehatan terutama dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik.

DAFTAR PUSTAKA

Black, J., & Jane, H. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Jakarta : Salemba Medika

Dharma, D. S., dkk. (2015).*Penyakit Ginjal Deteksi Dini dan Pencegahan*. Yogyakarta : CV Solusi Distribusi

Depkes RI. (2018). *Riset Kesehatan dasar tahun 2018. https://www.persi.or.id>materi_menkes.* Diakses tanggal 11 Mei 2019

Depkes RI. (2018). Hasil Utama Riskesdas Tahun 2018. www.depkes.go.id>info-terkini>hasil-riskesdas-2018. Diakses tanggal 11 Mei 2019.

https://www.alodokter.com/ambroxol *omeprazole kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 9 Maret 2019

https://www.alodokter.com/furosemide *furosemide kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 9 Maret 2019.

https://www.honestdocs.id/edema. 2019. Diakses tanggal 14 Mei 2019.

Kemenkes RI. (2016). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2016.* http://www.depkes.go.id/article/print/18030700007/cegah-dan-kendalikan-penyakit-ginjal-dengan-cerdik-dan-patuh.html, diakses tanggal 10 Maret 2019

Hryono, Rudi. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Perkemihan*. Yogyakarta: Rapha Publlishing.

Medical Record Rumah Sakit Stella Maris Makassar. 2016, 2017, 2018. *Statistik Penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK).* Makassar : Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Muttaqin, A & Sari, K. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan.* Jakarta: Salemba Medika

Nursing Interventions Classification (NIC). (2013). *Nursing Interventions Classification.* Edisi ke – 6, edisi Bahasa Indonesia : Intansari Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor

Nursing Outcomes Classification (NOC). (2013). *Nursing Outcomes Classification.* Edisi ke – 5, edisi Bahasa Indonesia : Intansari, Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor

Prabowo, E. dan Paranata, E. A. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan.* Yogyakarta : Nuha Medika

Firdaus, R. B. (2016). Upaya Penatalaksanaan Pola Napas Tidak Efektif pada Pasien Chronic Kidney Disease di RSUD dr. Soehardi Prijonegoro. Surakarta: Jurnal Kesehatan Andalas.

Saryono, & dkk. (2017). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penurunan Nafsu Makan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemidialisis.* Soekarjo: ISSN.

Suharyanto, T. dan Madjid, A. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Klien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Trans Info Media

Syaifuddin, Haji (2014). *Anatomi Fisiologi: Kurikulum Berbasis Kompetensi Untuk Keperawatan Edisi 4.* Jakarta: EGC

WHO. (2013). *Prevalensi Penyakit Gagal Ginjal Kronik.* http://www.litbang.depkes.gp.id.pdf**.** Diakses tanggal 10 Maret 2019

LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Charles Wilson Lao E1514401010

Paskalis Karni E1514401037

NAMA PEMBIMBING : SERLINA SANDI, Ns., M.Kep

NO	Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1.	Rabu, 27 Februari 2019	Konsul BAB II.	Perbaiki lagi KDM dan KDK	
2.	Selasa, 5 Maret 2019	Konsul BAB III.	Perbaiki Pengkajian	
3.	Jumat, 15 Maret 2019	Konsul perbaikan BAB III (Pengkajian, diagnosa, analisa data dan intervensi).	Perbaiki BAB III (Pengkajian, diagnosa, analisa data dan intervensi).	
4.	Kamis, 11 April 2019	Konsul BAB I.	Perbaiki pengetikan.	
5.	Kamis, 18 April 2019	Konsul BAB I, II dan III.	Perbaiki Pengetikan BABI, II dan III. BAB II perbaiki pathway.	

6.	Rabu, 24 April 2019	Konsul BAB IV dan V.	Perbaiki BAB IV dan V serta perhatikan spasi.	
7.	Senin, 6 Mei 2019	a. Kosul BAB I. b. Konsul BAB II. c. Konsul BAB III. d. Konsul BAB IV e. Konsul BAB V f. Konsul daftar pustaka	a. Hilangkan yang disilang, perbaiki lagi yang dikoreksi, perhatikan spasi. b. BAB II di ACC. c. Renpra : beri keterangan pada skala tiap intervensi. Implementasi : perbaiki lagi. Evaluasi : lihat NOC, sesuaikan dengan data S dan O. d. Sesuaikan lagi antara hasil dan teori (lihat BAB II). e. Saran untuk pasien dan RS diperbaiki	

			f. Perbaiki lagi daftar pustaka	
8.	Jumat, 12 Mei 2019	Konsul perbaikan BAB I, III, IV, V dan daftar pustaka.	ACC BAB I, III, dan V. Perbaiki lagi BAB IV dan daftar pustaka.	
9.	Senin, 15 Mei 2019	Konsul perbaikan BAB IV dan daftar pustaka.	ACC BAB IV dan daftar pustaka.	