KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY “M” DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN “GAGAL GINJAL KRONIK”

DI RUANGAN PERAWATAN ST.BERNADETH III.B

DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

SIFRA PADAUNAN TAMBOLANG

E.1614401038

YULISIA MELINA LIMBONG

E.1614401041

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2019

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY “M” DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN “GAGAL GINJAL KRONIK” DI RUANGAN PERAWATAN ST.BERNADETH III.B DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Sifra Padaunan Tambolang

E. 1614401038

Yulisia Melina Limbong

E. 1614401041

Disetujui Oleh:
Pembimbing

(Rosmina S.,SKM.,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0925117501

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik

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

NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY “M” DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN “GAGAL GINJAL KRONIK” DI RUANGAN PERAWATAN ST.BERNADETH III.B DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 20 Mei 2019

Pukul : 15.30-17.00

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Mery Sambo, Ns.,M.Kep (.....)
2. Fransiska Upa, S.kep.,Ns (.....)
3. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes (.....)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris

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

NIDN : 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Sifra Padaunan Tambolang
Tempat/Tanggal Lahir	: Makale, 4 Desember 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen
Pekerjan	: Mahasiswa
Alamat	: Jl. Daeng Tompo No. 35a

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Manase Sangpali'/Barneti Tambolang
Agama	: Kristen
Pekerjaan	: Pendeta/ Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Makale, Tana Toraja

III. Pendidikan yang telah ditempuh

SDN 198 Rano	: Tahun 2004-2006
SDN 256 Pabuntang	: Tahun 2006-2008
SDN 158 Batusura'	: Tahun 2008-2010
SMPN 3 Saluputti	: Tahun 2010- 2013
SMAN 3 Makale	: Tahun 2013-2016
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2016-2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Yulisia Melina Limbong
Tempat/Tanggal Lahir	: Wawondula, 30 Juli 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen
Alamat	: Jl. Lamadukelleng No.8

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Simon Limbong/Agustina P.
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Petani/Ibu Rumah Tangga
Alamat	: jl. Gunung Bromo No. 20 Asuli

III. Pendidikan yang ditempuh

TK Bina Kasih	:2003-2004
SDN 264 Wawondula	:2004-2010
SMPN 1 Towuti	:2010-2013
SMAN 1 Towuti	:2013-2016
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	:2016-2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "M" GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) DI RUANG St. BERNADETH III.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

Adapun maksud dan tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi Program DIII keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini penulis telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak sehingga segala macam bentuk kesulitan yang ditemukan dapat diatasi dan dilalui dengan baik. Oleh karena itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc. Selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosdewi, S.Kep.,MSN. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama mengikuti pendidikan.
4. Fr. Blasius Perang, CMM.,SS.,Ma.Psy. Selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
5. Mery Solon, Ns.,M.Kes. Selaku ketua Program DIII Akademik STIK Stella Maris.
6. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes. Selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan, bimbingan serta, motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. Mery Sambo, Ns.,M.Kep selaku penguji I dan Fransiska Upa, S.Kep.,Ns selaku penguji II yang telah menguji dan memberi masukan untuk karya tulis ilmiah ini
8. Seluruh dosen dan staf tenaga kependidikan STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Dr. Thomas Suharto, MMR. Selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makassar terutama dalam menyusun karya tulis ini tepat pada waktunya.
10. Pada Ny “M” dan keluarga, yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
11. Teristimewa kepada kedua orang tua penulis dan semua keluarga yang telah memberi dukungan dan doa selama penyusunan karya tulis ini.
12. Buat pimpinan asrama dan biara Siti Miriam, Sr. Margaretha Poluan, JMJ, Sr. Amabilis, JMJ serta semua Suster
13. Buat teman-teman seperjuangan mahasiswa/i program DIII keperawatan angkatan 2016 STIK Stella Maris Makassar.

Akhir kata harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar dan bagi perawat khususnya dalam usaha meningkatkan pelayanan kesehatan sesuai standar profesi. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk melengkapi kekurangan yang ada dalam karya tulis ilmiah ini.

Makassar, Mei 2019

Penulis

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan elektrolit..... 59

Tabel 3.2 Analisa Data..... 60

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan..... 64

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan..... 65

Tabel 3.5 Pelaksanaan Keperawatan 72

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambar Anatomi Ginjal..... 8

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL Hal

HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN i

HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN ii

RIWAYAT HIDUP iii

KATA PENGANTAR v

DAFTAR TABEL vii

DAFTAR GAMBAR viii

DAFTAR ISI ix

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 5
E. Sistematika Penulisan 5

BAB II TINJAUAN TEORI 7

A. Konsep Dasar Medis 7
1. Pengertian 7
2. Anatomi dan fisiologi 8
3. Etiologi 15
4. Patofisiologi 18
5. Manifestasi Klinis 21
6. Pemeriksaan Diagnostik 22
7. Penatalaksanaan Medik 23
8. Komplikasi 25

B. Konsep Dasar Keperawatan 26
1. Pengkajian 26
2. Diagnosa Keperawatan 27
3. Rencana Keperawatan 28
4. Discharge Planning 34
C. Patoflowdiagram 36

BAB III TINJAUAN KASUS 40

A. Pengkajian 41
B. Analisa Data 60
C. Diagnosa Keperawatan 64
D. Rencana Keperawatan 65
E. Pelaksanaan Keperawatan 73
F. Evaluasi 91
G. Daftar Obat 96

BAB IV PEMBAHASAN KASUS 100

A. Pengkajian 100
B. Diagnosa Keperawatan 101
C. Rencana Keperawatan 102
D. Implementasi Keperawatan 103
E. Evaluasi 104

BAB V PENUTUP 105

A. Kesimpulan 105
B. Saran 106

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit gagal ginjal kronik merupakan penyakit yang gejalanya muncul secara bertahap dan biasanya tidak menimbulkan gejala awal yang jelas, sehingga penurunanan fungsi ginjal sering tidak dirasakan. Peningkatan penyakit gagal ginjal kronik tersebut disebabkan oleh pola pikir dan perilaku serta kebiasaan masyarakat yang kurang sehat. Aktivitas juga sangat mempengaruhi status kesehatan dimana ketika kita memiliki pekerjaan yang semakin menyibukkan, tidak secara langsung membuat kita lupa akan tugas pokok kita yaitu menjaga kesehatan tubuh agar tetap sehat. Selain itu, ada beberapa hal yang menjadi contoh perilaku sehari-hari individu atau masyarakat yang salah dan tidak sehat bagi tubuh seperti sering mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak kolesterol, kurang berolahraga, kurang mengkonsumsi air putih, kebiasaan merokok dan minum alkohol, serta sering menggunakan obat-obatan dan zat kimia. Kebiasaan tersebut dapat mempengaruhi status kesehatan masyarakat yang kurang optimal dimana hal-hal tersebut juga merupakan salah satu penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik. (Tao. L dan Kendal, 2013).

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 data dari Organisasi Kesehatan Dunia WHO (2015) memperkirakan 165 juta penduduk dunia mengidap gagal ginjal kronik. Jumlah ini terus meningkat hingga melebihi 200 juta pada tahun 2016. Di Indonesia termasuk negara dengan tingkat penderita penyakit gagal ginjal kronik yang cukup tinggi. Menurut data dari persatuan Nefrologi Indonesia diperkirakan ada 70 ribu penderita penyakit gagal ginjal kronik. Namun yang terdeteksi menjalani terapi cuci darah hanya sekitar 4000 sampai 5000 saja

Data Riset Kesehatan Dasar (2018), menunjukkan bahwa prevalensi penduduk Indonesia yang menderita Gagal Ginjal Kronis pada kisaran usia ≥ 15 tahun sebesar 3.8% dari penduduk Indonesia. Prevalensi Gagal Ginjal Kronis tertinggi berada di provinsi Kalimantan Utara sebanyak 6.4% dan prevalensi Gagal Ginjal Kronis terendah berada di provinsi Sulawesi Barat sebanyak 1.8%.

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 1 orang dengan kategori umur (45-66 tahun) dan yang meninggal 1 orang. Pada tahun 2018 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik 1 orang dengan kategori umur (45-64 tahun).

Gagal ginjal kronik merupakan penyakit yang harus segera mendapatkan perawatan karena apabila tidak segera ditanggulangi dapat menyebabkan kematian. Terapi pengganti ginjal pada pasien GGK untuk dapat mempertahankan hidup adalah hemodialisis (HD), yang bertujuan menggantikan fungsi ginjal sehingga dapat memperpanjang kelangsungan hidup dan memperbaiki kualitas hidup pada penderita GGK. Terapi hemodialisis sebagai terapi pengganti

untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Marayanti, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Chelliah (2011) tentang gambaran tingkat depresi dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Sebagian besar responden memiliki kualitas hidup baik yaitu 56,7% dan sisanya memiliki kualitas buruk yaitu 43,3%. Pasien yang menjalani hemodialisis memiliki kualitas hidup yang buruk dan cenderung mengalami komplikasi seperti depresi, konsentrasi rendah, gangguan fisik, mental, dan sosial yang nantinya mengganggu aktivitas sehari-hari.

Seorang perawat profesional harus memperhatikan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani hemodialisis. Perawat memberikan asuhan keperawatan secara holistik yaitu bio-psiko sosial-spiritual.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis merasa tertarik untuk mengangkat Karya Tulis Ilmiah dengan Judul

*"*ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "M" DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN "GAGAL GINJAL KRONIK" DI RUANGAN PERAWATAN ST.BERNADETH III.B DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

   Mampu menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar pada kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD). Memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Gagal Ginjal Kronik di ruangan St.

Bernadeth III.B di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 08-11 Maret 2019.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan karya ilmiah ini, diharapkan penulis mampu :

a. Mengkaji dan menganalisa data pada Ny “M” dengan penyakit gagal ginjal kronik.
b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny “M” dengan penyakit gagal ginjal kronik.
c. Menyusun intervensi/ rencana keperawatan pada Ny “M” dengan penyakit gagal ginjal kronik.
d. Melakukan implementasi keperawatan pada Ny “M” dengan penyakit gagal ginjal kronik.
e. Membuat evaluasi tindakan keperawatan pada Ny “M” dengan penyakit gagal ginjal kronik.

C. Manfaat Penulisan

Ada beberapa manfaat penulisan dari karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat dirumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik.

2. Institusi

Sebagai sumber bacaan di perpustakaan STIK Stella Maris.

3. Pasien dan keluarga pasien

Dapat memperoleh pengetahuan tentang penyakit gagal ginjal kronik, penyebab gagal ginjal kronik, cara pencegahan dan penanganan dari gagal ginjal kronik serta komplikasi-komplikasi yang terjadi apabila penyakit tersebut tidak ditangani.

4. Penulis

Menambah pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien gagal ginjal kronik.

D. Metode Penulisan

Dalam perumusan karya tulis ini, untuk memperoleh data yang di perlukan maka penulis menggunakan beberapa metode yaitu :

1. Tinjauan kepustakaan

   Menggunakan buku-buku dan mencari melalui internet yang berkaitan dengan isi karya tulis ini yaitu dengan konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan.

2. Pengamatan kasus

   a. Wawancara

      Mengadakan wawancara langsung dengan pasien, dan keluarga yang merawat.

   b. Observasi

      Melakukan pengamatan langsung kondisi pasien dan tindakan yang dilakukan selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

   c. Pemeriksaan fisik

      Melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien pada berdasarkan pola Gordon melalui : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

   d. Studi dokumentasi

      Dengan melihat dokumen status pasien yang berhubungan dengan data pasien dan hasil pemeriksaan diagnostik.

E. Sistematika Penulisan

1. Pada Bab I menguraikan latar belakang pengambilan kasus penyakit Gagal Ginjal Kronik sebagi kasus kelolaan penulis, tujuan penulisan, manfaat, metode, dan sistematika penulisan.
2. Bab II berisi tinjauan toritis konsep dasar medik dan konsep dasar keperawatan. Konsep dasar medik terdiri dari: pengertian, stadium, prevalensi dan insiden, anatomi fisiologi, manifestasi

klinik, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan serta komplikasi; sedangkan konsep dasar keperawatan terdiri dari;
pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, perencanaan pulang serta patoflowdigram.

3. Bab III menguraikan tentang pengamatan kasus dimana pasien,mulai dari pengkajian diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.
4. Bab IV menguraikan tentang pembahasan kasus yang merupakan analisa dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.
5. Bab V berisi penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran
dapat diajukan sebagai masukan bagi institusi maupun instansi rumah sakit.

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

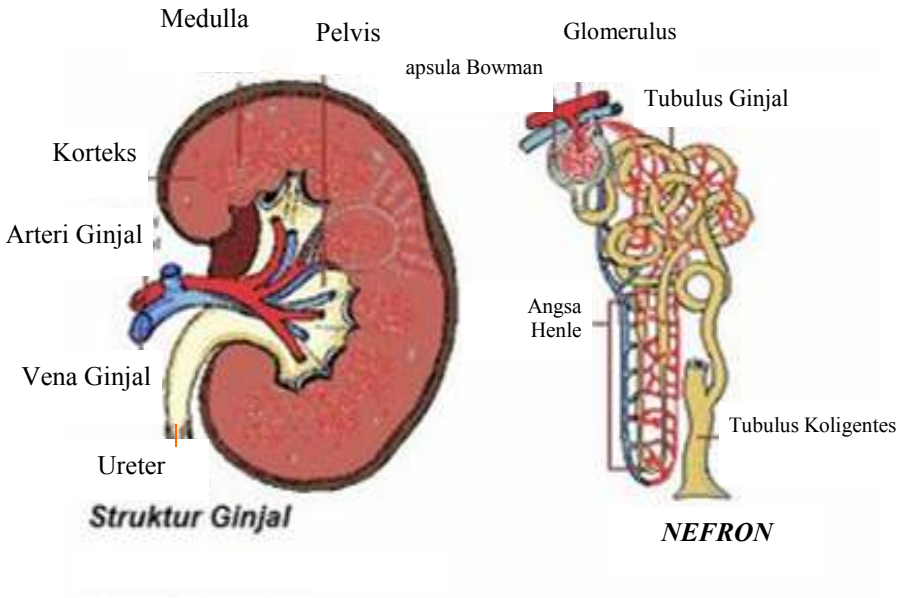
Gagal ginjal kronik (GGK) adalah kerusakan pada ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa darah, dengan ditandai adanya protein dalam urin serta penurunan laju filtrasi glomerulus yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan (Haryono, Rudi. 2013).

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, 2009).

Gagal ginjal kronik merupakan salah satu penyakit yang menyerang organ ginjal dimana keadaan organ ginjal menurun secara progresif, kronik, maupun menetap dan berlangsung. Kriteria yang terdapat pada gagal ginjal kronik ini adalah terjadinya kelainan struktural maupun fungsional (Faradilla, 2009).

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



Gambar 2.1 Anatomi ginjal

(Sumber : Syaifuddin, 2014)

a. Anatomi Ginjal

1) Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari 2 bagian yaitu :

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

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

2) Struktur Mikroskopis Ginjal

Satuan fungsional ginjal disebut nefron. Nefron adalah massa tubulus mikroskopis ginjal yang merupakan satuan

fungsional ginjal. Nefron menyerang darah dan mengontrol komposisinya. Setiap nefron berawal dari berkas kapiler yang terdiri dari :

a) Glomerulus, merupakan gulungan atau anyaman kapiler yang terletak di dalam kapsula bowman (ujung buntu tubulus ginjal yang bentuknya seperti kapsul cekung menutupi glomerulus yang saling melilitkan diri). Glomerulus menerima darah dari arteriol aferen dan meneruskan darah ke sistem vena melalui arteri aferen. Natrium secara bebas difiltrasi dalam glomerulus sesuai dengan konsentrasi dalam plasma. Kalium juga masih difiltrasi secara bebas.
b) Tubulus Proksimal Konvulta, tubulus ginjal yang langsung berhubungan dengan kapsula bowman dengan panjang 15 mm dan diameter 55 mm. Bentuknya berkelok-kelok menjalar dari korteks ke bagian medulla dan kembali ke korteks. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi diabsorbsi secara isotonik bersama klorida dan melibatkan transportasi aktif natrium. Peningkatan absorbsi natrium akan mengurangi pengeluaran air dan natrium. Hal ini dapat mengganggu pengenceran dan pemekatan urin yang normal. Kalium direabsorbsi lebih dari 70%, kemungkinan dengan mekanisme transportasi aktif akan terpisah dari reabsorbsi natrium.
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, sekitar 25% natrium yang difiltrasi diserap kembali karena nefron bersifat tidak permeable terhadap air. Reabsorbsi klorida dan natrium di pars asendens penting

untuk pemekatan urin karena membantu mempertahankan integritas gradien konsentrasi medulla. Kalium terfiltrasi sekitar 20 - 25% diabsorbsi pada pars asendens lengkung henle proses pasti terjadi karena gradien elektrokimia yang timbul sebagai akibat dari reabsorbsi aktif klorida pada segmen nefron ini.

d) Tubulus Distal Konvulta, bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok dan jauh letaknya dari kapsula bowman, panjangnya 5 mm. Tubulus distal dari masing-masing nefron bermuara ke duktus koligens yang panjangnya 20 mm. Masing – masing duktus koligens berjalan melalui korteks dan medulla ginjal, bersatu membentuk duktus yang berjalan lurus dan bermuara ke dalam duktus belini seterusnya menuju kaliks minor ke kaliks mayor. Akhirnya mengosongkan isinya ke dalam pelvis renalis pada apek masing-masing piramid medulla ginjal. Panjang nefron keseluruhan ditambah dengan duktus kolagens 45 - 65 mm. Nefron yang berasal dari glomerulus korteks (nefron korteks), mempunyai ansa henle yang memanjang ke dalam piramid medulla. Dalam keadaan normal sekitar 5 - 10% natrium terfiltrasi mencapai daerah reabsorbsi di bagian distal. Mekanisme pasti reabsorbsi natrium pada daerah ini ditukar dengan ion hidrogen atau kalium di bawah pengaruh aldosteron.

   Sekresi kalium terjadi secara murni. Suatu proses pasif yang terjadi karena gradien elektrokimia yang ditimbulkan oleh perbedaan besar potensial pada segmen nefron ini. Gradien ini dipertahankan oleh pertukaran aktif natrium dan kalium pada membrane basolateral sel tubulus. Mekanisme ini dikendalikan oleh aldosteron yang mengendalikan tubulus distal terhadap sekresi kalium.

e) Duktus Koligens Medulla, bukan merupakan saluran metabolik tidak aktif, tetapi pengaturan secara halus ekskresi natrium urin terjadi di sini dengan aldosteron yang paling berperan terhadap reabsorbsi natrium. Duktus ini memiliki kemampuan mereabsorbsi dan mensekresi kalium. Ekskresi aktif kalium diperlihatkan pada duktus koligens kortikal dan dikendalikan oleh aldosteron. Reabsorbsi aktif kalium murni terjadi dalam duktus koligens medulla.

3) 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 glomerulus 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

1) Ginjal mempunyai 2 fungsi yaitu :

a) Fungsi Ekskresi

(1) Mempertahankan osmolaritas plasma sekitar 285 miliosmol dengan mengubah – ubah ekskresi air.

(2) Mempertahankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam batas normal.

(3) Mempertahankan pH plasma sekitar 7,4 dengan mengeluarkan kelebihan H^+ dan membentuk kembali HCO_3.

(4) Mengekskresikan produk akhir nitrogen dari metabolisme protein terutama urea, asam urat dan kreatinin.

b) Fungsi Non – Ekskresi

(1) Menghasilkan renin, penting untuk pengaturan tekanan darah.

(2) Menghasilkan eritropoetin, faktor penting dalam stimulasi produksi sel darah merah oleh sum-sum tulang belakang.

(3) Metabolisme vitamin D menjadi bentuk aktifnya.

(4) Degradasi insulin.

(5) Menghasilkan prostaglandin (Suharyanto & Madjid, 2013).

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 mendapatkan hasil akhir.

Tekanan yang menyebabkan filtrasi, merupakan hasil kerja jantung. Tekanan hidrostatik kapiler glomerulus kira-kira 50 mmHg, tekanan ini cenderung mendorong air dan garam melalui glomerulus.

Tekanan yang melawan filtrasi. Tekanan hidrostatik cairan di dalam kapsula 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) Reabsorbsi

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 reabsorbsi terjadi pada tubulus atas. Sedangkan pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi penyerapan kembali ke dalam tubulus bagian bawah. Penyerapannya terjadi secara aktif dikenal dengan reabsorbsi fluktuatif dan sisanya dialirkan pada papila renal. Hormon yang dapat ikut berperan dalam proses reabsorbsi adalah *Anti Diuretic 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 sekitar 7,4 (alkalis). Sel tubuh membentuk amonik yang bersenyawa dengan asam kemudian disekresi sebagai amonium 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

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 mengkontriksi otot polos disekeliling arteriole . Hal ini meningkatkan tekanan darah dan selanjutnya meningkatkan LFG angiotensin juga merangsang sekresi hormon aldosteron 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 mensekresikan 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.

3. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut :

a. Faktor Presipitasi

1) 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 (Suharyanto, 2009).

2) Penyakit Ginjal Polikistik (8%)

Merupakan penyakit yang bersifat genetik/keturunan dimana terjadinya kelainan yaitu terbentuknya kista pada kedua ginjal yang berkembang secara progresif sehingga menyebabkan kerusakan ginjal.

3) Batu Ginjal

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.

4) Pielonefritis Kronis dan Nefritis Interstisial 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 mereabsorbsi cairan dan molekul yang masih diperlukan oleh tubuh sehingga terjadi gagal ginjal.

5) 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 glomerulus 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.

6) Medikasi (Agen Toksik)

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

7) 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 vasokontriksitor pembuluh darah. Vasokontriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, sehingga terjadi atrofi ginjal.

8) Infeksi Saluran Kemih

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

9) 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.

10) Lingkungan

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

b. Faktor Predisposisi

1) 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, 2011).

4. Patofisiologi

Kegagalan fungsi ginjal dimulai pada keadaan dimana fungsi renal menurun, yang mengakibatkan produk akhir metabolisme protein yang normalnya disekresi kedalam urine tertimbun dalam darah, sehingga terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak tertimbun produk sampah, maka kerusakan ginjal semakin berat.

Nefron yang berfungsi sebagai penyaring akan mengalami penurunan fungsi akibat dari penumpukan sampah dalam darah sehingga terjadi gangguan pada klirens renal, sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal. Suplai cairan mulai berkurang, dan fungsi nefron semakin menurun sehingga mengakibatkan gangguan ginjal secara irreversible.

Menurunnya filtrasi glomerulus, (akibat tidak berfungsinya glomeruli) klirens kreatinin akan menurun dan kadar kreatinin serum akan meningkat. Selain itu, kadar nitrogen urea darah (BUN) biasanya meningkat. Kreatinin serum merupakan indikator yang penting dari fungsi renal, karena substansi ini diproduksi secara konstan oleh tubuh. BUN tidak hanya dipengaruhi oleh penyakit renal, tetapi juga oleh masukan protein dalam diet, katabolisme (jaringan dan luka RBC) dan medikasi seperti steroid.

Retensi cairan dan natrium terjadi karena ginjal tidak mampu untuk mengkonsentrasi atau mengencerkan urine secara normal, pada penyakit ginjal tahap akhir. Respon ginjal yang sesuai terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari tidak terjadi karena cairan dan natrium yang tertahan maka akan meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung kongestif, dan hipertensi. Hipertensi juga dapat terjadi akibat aktivitas aksis renin angiotensin, yang mempunyai kecendrungan untuk kehilangan garam sehingga mencetuskan resiko hipotensi dan hipovolemia. Muntah dan diare

menyebabkan penipisan air dan natrium, yang semakin memperburuk status uremik.

Asidosis juga dapat terjadi karena semakin berkembangnya penyakit renal. Terjadi asidosis metabolik seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresikan muatan asam (H^+) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam, terutama akibat ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mengekskresi ammonia (NH_3) dan mengabsorbsi natrium bikarbonat (HCO_3) penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lain yang terjadi.

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik terutama dari saluran gastrointestinal. Eritropoetin merupakan suatu substansi normal yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sum-sum tulang untuk menghasilkan sel darah merah. Pada gagal ginjal, produksi eritropoetin menurun dan anemia berat terjadi disertai keletihan, angina dan sesak nafas.

Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat. abnormalitas utama yang lain pada gagal ginjal kronik adalah gangguan metabolisme kalsium dan fosfat. Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh, memiliki hubungan saling timbal balik; jika salah satunya meningkat, yang lain akan turun. Dengan menurunnya filtrasi melalui glomerulus ginjal, terdapat peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar serum kalsium. Penurunan kadar kalsium serum, menyebabkan sekresi parathormon dari kelenjar paratiroid. Namun demikian, pada gagal ginjal tubuh tidak berespon secara normal terhadap peningkatan sekresi parathormon, dan akibatnya kalsium ditulang menurun menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang (pruritus, kulit kering bersisik). Selain itu, metabolisme aktif vitamin D yang secara normal, dibuat di ginjal dan akan menurun seiring dengan berkembangnya gagal ginjal (Padila, 2012).

Ada beberapa stadium dalam gangguan fungsi ginjal antara lain:

a. Stadium 1 atau penurunan cadangan ginjal (>90ml/menit)

   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 (dibawah 15 -29 ml/menit)

   Pada stadium ini akan terjadi gejala dan komplikasi 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, 2013).

5. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala klinis pada gagal ginjal kronis antara lain sebagai berikut :

a. Kardiovaskular

Biasanya terjadi *pitting edema* (kaki, tangan, dan sakrum), edema periorbital, gesekan perikardium, pembesaran vena – vena di leher, perikarditis, tamponade perikardium, hiperkalemia, hiperlipidemia.

b. Saluran Cerna

Biasanya terjadi bau ammonia ketika bernapas, pengecapan rasa logam, ulserasi dan perdarahan mulut, anoreksia, mual dan muntah, cegukan, konstipasi, atau diare, perdarahan pada saluran cerna.

c. Paru – paru

Biasanya terjadi ronkhi basah kasar (krekels), sputum yang kental dan lengket, penurunan refleks batuk, nyeri pleura, sesak napas, takipnea, pernapasan Kussmaul, pneumonitis uremik.

d. Muskuloskeletal

Biasanya terjadi kram otot, kehilangan kekuatan otot, osteodistrofi ginjal, nyeri tulang, fraktur, kulai kaki.

e. Integumen

Biasanya kulit keabu – abuan, kulit kering dan gampang terkelupas, pruritus berat, ekimosis, purpura, kuku rapuh, rambut kasar dan tipis.

f. Neurologik

Biasanya terjadi kelemahan dan keletihan, konfusi, ketidakmampuan berkonsentrasi, disorientasi, tremor, kejang, asteriksis, tungkai tidak nyaman, telapak kaki serasa terbakar, perubahan perilaku.

g. Reproduksi

Biasanya terjadi amenorea, atrofi testis, ketidaksuburan, penurunan libido.

h. Sistem Hematologi

Biasanya terjadi anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin dan dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopenia. (Brunner and Suddarth edisi 12, 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 125 ml/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. Kedua zat merupakan hasil akhir nitrogen dari metabolisme protein yang normal diekskresikan dalam urin. Bila GFR turun seperti pada insufisiensi ginjal, kadar kreatinin dan BUN plasma meningkat, keadaan ini dikenal sebagai azotemia (zat nitrogen dalam darah).

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

Pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 2 (dua) tahap:

a. Tindakan konservatif

Tujuan dalam pengobatan tahap ini adalah untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif.

Pengobatan :

1. Pengaturan diet Protein, Kalium, Natrium dan Cairan
   a) 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.

   b) Diet rendah kalium

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

   c) Diet rendah natrium

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

   d) Pengaturan cairan

      Cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi dengan seksama. Parameter yang tepat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah pengukuran berat badan harian. 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, 2013).

2) Pencegahan dan Pengobatan Komplikasi

a) Hipertensi

Hipertensi dapat dikontrol dengan pembatasan natrium dan cairan. Pemberian obat antihipertensi : metidopa (aldomet), propranolol, klonidin (catapres) dan Pemberian diuretik : furosemid (lasix)

b) Hiperkalemia

Hiperkalemia merupakan komplikasi yang paling serius, karena bila K^+ serum mencapai sekitar 7 mEq/L, dapat mengakibatkan aritmia dan juga henti jantung. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena, yang akan memasukkan K^+ ke dalam sel, atau dengan pemberian Kalsium Glukonat 10%.

c) Anemia

Anemia pada gagal ginjal kronik diakibatkan penurunan sekresi eritropoeitin oleh ginjal. Pengobatannya adalah pemberian hormon eritropoeitin, pemberian vitamin, dan asam folat, besi dan transfusi darah.

d) Asidosis

Asidosis ginjal biasanya tidak diobati kecuali HCO_3 plasma turun dibawah angka 15 mEq/L. Bila asidosis berat akan dikoreksi dengan pemberian Na HCO_3 (Natrium Bikarbonat) parenteral.

e) Diet rendah fosfat

Diet rendah fosfat dengan pemberian gel yang dapat meningkatkan fosfat di dalam usus. Gel yang dapat mengakibatkan fosfat harus dimakan bersama dengan makanan.

f) Pengobatan hiperurisemia

Obat pilihan untuk mengobati hiperurisemia pada penyakit ginjal lanjut adalah pemberian alopurinol. Obat ini mengurangi kadar asam urat dengan menghambat biosintesis sebagian asam urat total yang dihasilkan tubuh (Suharyanto & Madjid, 2013).

3) Dialisis dan Transplantasi

Dialisis diadakan apabila kadar kreatinin serum biasanya diatas 6 mg/100ml pada laki-laki atau 4 ml/100 pada wanita, dan GFR kurang dari 4 ml/menit (Suharyanto & Madjid, 2013).

8. Komplikasi

Pada penyakit gagal ginjal kronik mempunyai komplikasi atau akibatnya antara lain yaitu :

a. Hiperkalemia

Hiperkalemia terjadi akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebih.

b. Perikarditis timbul akibat efusi perikardial dan temponade jantung akibat retensi. Produksi sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.

c. Hipertensi

Akibat adanya retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem renin-angiotensin-aldosteron.

d. Anemia

Anemia timbul akibat adanya penurunan eritropoetin, penurunan tentang usia sel darah merah, pendarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah hemodialisa.

e. Penyakit tulang

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan diklasifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan

menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur pathologis. (Padila, 2012).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

1) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

Data Subjektif : riwayat DM, riwayat Hipertensi,

Data Objektif :tampak lesu, nadi kuat, pitting pada kaki,takipnea

2) Pola Nutrisi Metabolik

Data Subjektif : Peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), anoreksia, nyeri ulu hati, mual, muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernapasan amoniak).

Data Objektif : Distensi abdomen/asites, pembesaran hati (tahap akhir), perubahan turgor kulit/kelembaban, edema, ulserasi gusi, perdarahan/gusi/lidah, penurunan otot, penurunan lemak subkutan, penampilan tak bertenaga.

3) Pola Eliminasi

Data Subjektif : Penurunan frekuensi urine, oliguri, anuria (gagal ginjal lanjut).

Data Objektif : Abdomen kembung, diare,atau konstipasi.

4) Pola Aktifitas dan Latihan

Data Subjektif : Nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/ nyeri kaki (memburuk pada malam hari) perilaku berhati-hati/ distraksi, gelisah.

Data Objektif : Nafas pendek dispnea nokturnal paroksismal; batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak, takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi/kedalaman (pernafasan kussmaul). Batuk produktif dengan sputum merah muda encer (edema paru).

5) Pola Tidur dan Istirahat

Data Subjektif : Gangguan tidur (insomnia, gelisah)

Data Objektif : Gelisah atau somnolen, cemas, pruritus.

6) Pola Persepsi Kongitif

Data Subjektif : Sakit kepala, penglihatan kabur

Data Objektif : Gangguan status mental, penurunan lapang perhatian, kehilangan memori, tingkat kesadaran menurun.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri:

Data Subjektif : Harga diri rendah, perasaan tidak berdaya.

Data Objektif : Sering marah-marah, cemas.

8) Pola Peran dan Hubungan dengan sesama:

Data Subjektif : Kesulitan menentukan kondisi (tak mampu bekerja), mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

Data Objektif : Lemas, penampilan tak berharga, murung, suka menyendiri.

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data Objektif : Penurunan libido, amenorea, infertilitas.

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

Data Subjektif : Hubungan perasaan tidak berdaya, tak ada harapan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan untuk gagal ginjal yaitu:

a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan peningkatan asupan cairan, penurunan laju glomerulus, hiperglikemia, ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan, retensi cairan serta natrium, dan pertukaran antara darah dan dialisat, gangguan 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 kehilangan nafsu makan, mual/muntah, pembatasan diet, stomatitis.
d. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi

e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, anemia, retensi produk sampah dan prosedur dialisis.
f. Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, kulit kering, pruritus, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan pembuatan akses darah hemodialisa, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi, hiperglikemia.

3. Intervensi/Rencana Keperawatan

Adapun Perencanaan Keperawatan yang disusun untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh penderita Gagal Ginjal Kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) yaitu :

a. Diagnosa Keperawatan I : Kelebihan volume cairan berhubungan dengan peningkatan asupan cairan, penurunan laju glomelurus, hiperglikemia, ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan, retensi cairan serta natrium, dan pertukaran antara darah dan dialisat.

   Hasil yang diharapkan : menunjukkan haluaran urine tepat dengan berat jenis/hasil laboratorium mendekati normal; berat badan stabil; tanda-tanda vital dalam batas normal; tidak ada edema, tidak ada suara tambahan.

   Intervensi :

   1) Kaji status cairan, timbang berat badan harian, keseimbangan masukan dan haluaran, turgor kulit dan adanya edema, distensi vena leher, tekanan darah denyut dan irama nadi.

      Rasional: Pengkajian merupakan dasar dan data dasar berkelanjutan untuk memantau perubahan dan mengevaluasi intervensi.

   2) Batasi masukan cairan.

      Rasional: Pembatasan cairan akan menentukan berat tubuh ideal, haluaran urin, dan respons terhadap terapi.

   3) Identifikasi sumber potensial cairan medikasi dan cairan yang digunakan dan makanan.

Rasional: Sumber kelebihan cairan yang tidak diketahui dapat diidentifikasi.

4) Jelaskan kepada pasien dan keluarga rasional pembatasan cairan.
   Rasional: Pemahaman meningkatkan kerja sama pasien dan keluarga dalam pembatasan cairan.
5) Bantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan.
   Rasional: Kenyamanan pasien meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan diet.
6) Tingkatkan dan dorong oral hygiene dengan sering.
   Rasional: Hygiene oral meningkatkan kekeringan membran mukosa mulut.
7) Kolaborasi pemberian obat diuretik.
   Rasional: untuk melebarkan lumen tubular dari debris.

b. Diagnosa Keperawatan II : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot-otot pernapasan, ansietas, nyeri, obesitas, sindrom hipoventilasi.
   Hasil yang diharapkan : klien tidak sesak napas, RR dalam batas normal 16-24x/menit

   Intervensi :

1) Kaji frekuensi atau kedalaman, awasi TTV, irama jantung.
   Rasional: berguna dalam evaluasi derajat distres pernapasan dan kronisnya proses penyakit.
2) Istirahatkan pasien dengan posisi semi fowler.
   Rasional: Posisi semi fowler akan meningkatkan ekspansi paru optimal, istirahat akan mengurangi kerja jantung dan menurunkan tekanan darah.
3) Auskultasi bunyi napas, catat adanya suara tambahan.

Rasional: bunyi tambahan dapat menunjukkan akumulasi cairan atau obstruksi jalan napas parsial.

4) Dorong pasien untuk mengeluarkan sputum.
   Rasional: kental, tebal, dan banyaknya sputum adalah sumber utama gangguan pernapasan.
5) Pantau tingkat kesadaran/status mental.
   Rasional: gelisah adalah manifestasi umum pada hipoksia.
6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian O_2 .
   Rasional: untuk melebarkan jalan napas sehingga pasien dapat bernapas dengan baik.

c. Diagnosa Keperawatan III : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan nafsu makan, mual/muntah, pembatasan diet, stomatitis.
   Hasil yang diharapkan : mempertahankan/meningkatkan masukan berat badan seperti yang diindikasikan oleh situasi individu, bebas edema.
   Intervensi :
   1) Kaji status nutrisi, perubahan berat badan, pengukuran antropometrik, nilai laboratorium (elektrolit serum, BUN, kreatinin, protein, transferin, dan kadar besi).
      Rasional: Menyediakan data dasar untuk memantau perubahan dan mengevaluasi intervensi.
   2) Kaji pola diet nutrisi pasien, riwayat diet, makanan kesukaan, hitung kalori.
      Rasional : Pola diet dahulu dan sekarang dapat dipertimbangkan dalam menyusun menu.
   3) Kaji faktor yang berperan dalam merubah masukan nutrisi : anoreksia, mual atau muntah. Diet yang tidak menyenangkan bagi pasien depresi, kurang memahami pembatasan diet, stomatitis.

Rasional: Menyediakan informasi mengenai faktor lain yang dapat diubah atau dihilangkan untuk meningkatkan masukan diet.

4) Menyediakan makanan kesukaan pasien dalam batas-batas diet.

   Rasional: Mendorong peningkatan masukan diet.

5) Tingkatkan masukan protein yang mengandung nilai biologis tinggi; telur, produk susu, daging.

   Rasional: Protein lengkap diberikan untuk mencapai keseimbangan nitrogen yang diperlukan untuk pertumbuhan dan penyembuhan.

6) Anjurkan cemilan tinggi kalori, rendah protein, rendah natrium di antara waktu makan.

   Rasional: Mengurangi makanan dan protein yang dibatasi dan menyediakan kalori untuk energi, membagi protein untuk pertumbuhan dan penyembuhan jaringan.

7) Beri makan sedikit tapi sering.

   Rasional: meminimalkan anoreksia dan mual sehubungan dengan status uremik/menurunnya peristaltik.

8) Jelaskan rasional pembatasan diet dan hubungannya dengan penyakit ginjal dan peningkatan kadar ureum dan kreatinin.

   Rasional: Meningkatkan pemahaman pasien tentang hubungan antara diet, urea, kasar kreatinin dan penyakit renal.

9) Timbang berat badan setiap hari.

   Rasional: Untuk memantau status cairan dan nutrisi pasien.

10) Kaji bukti adanya masukan protein yang tidak adekuat : pembentukan edema, penyembuhan yang lambat, penurunan kadar albumin serum.

    Rasional : Masukan protein yang tidak adekuat dapat menyebabkan penurunan albumin dan protein lain, pembentukan edema, dan perlambatan penyembuhan.

d. Diagnosa Keperawatan IV : Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi.

   Hasil yang diharapkan : Meningkatkan pengetahuan mengenai kondisi dan penanganan yang bersangkutan.

   Intervensi :

   1) Kaji pemahaman mengenai penyebab gagal ginjal, konsekuensinya, dan penanganannya, penyebab gagal ginjal pasien, pengertian gagal ginjal. Pemahaman mengenai fungsi renal, hubungan antara cairan, pembatasan diet dengan gagal ginjal, rasional penanganan (hemodialisis, dialisisi peritoneal, transplantasi).

      Rasional : Merupakan instruksi dasar untuk penjelasan dan penyuluhan lebih lanjut.

   2) Jelaskan fungsi renal dan konsekuensi gagal ginjal sesuai dengan tingkat pemahaman dan kesiapan pasien untuk belajar.

      Rasional : Pasien dapat belajar tentang gagal ginjal dan penanganan setelah mereka siap untuk memahami dan menerima diagnosis dan konsekuensinya.

   3) Bantu pasien untuk mengidentifikasi cara-cara untuk memahami berbagai perubahan akibat penyakit dan penanganan yang mempengaruhi hidupnya.

      Rasional : Pasien dapat melihat bahwa kehidupannya tidak harus berubah akibat penyakit.

   4) Sediakan informasi baik tertulis maupun secara oral dengan tepat tentang fungsi dan kegagalan renal, pembatasan cairan dan diet, medikasi, melaporkan masalah, tanda dan gejala, jadwal tindak lanjut, sumber di komunitas, pilihan terapi.

      Rasional: Pasien memiliki informasi yang dapat digunakan untuk klarifikasi selanjutnya di rumah.

e. Diagnosa Keperawatan V : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, anemia, retensi produk sampah dan prosedur dialisis.

   Hasil yang diharapkan : Berpartisipasi dalam aktifitas yang dapat ditoleransi.

   Intervensi :

   1) Kaji faktor yang menimbulkan keletihan, anemia, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, retensi produk sampah dan depresi.

      Rasional : Menyediakan informasi tentang indikasi tingkat keletihan.

   2) Tingkatkan kemandirian dalam aktifitas perawatan diri yang dapat ditoleransi, bantu jika keletihan terjadi.

      Rasional : Menyediakan informasi tentang indikasi tingkat keletihan.

   3) Anjurkan aktifitas alternatif sambil istirahat.

      Rasional : Mendorong latihan dan aktifitas dalam batasan-batasan yang dapat ditoleransi dan istirahat yang adekuat.

   4) Anjurkan untuk istirahat setelah dialisis.

      Rasional: istirahat yang adekuat dianjurkan setelah dialisis yang bagi banyak pasien sangat melelahkan.

f. Diagnosa Keperawatan VI : Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, kulit kering, pruritus, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan pembuatan akses darah hemodialisa, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi, hiperglikemia.

   Hasil yang diharapkan : mempertahankan kulit utuh.

   Intervensi :

   1) Inspeksi kulit terhadap perubahan warna, turgor, vaskular.

      Perhatikan kemerahan, ekskoriasi. Observasi terhadap ekimosis, purpura.

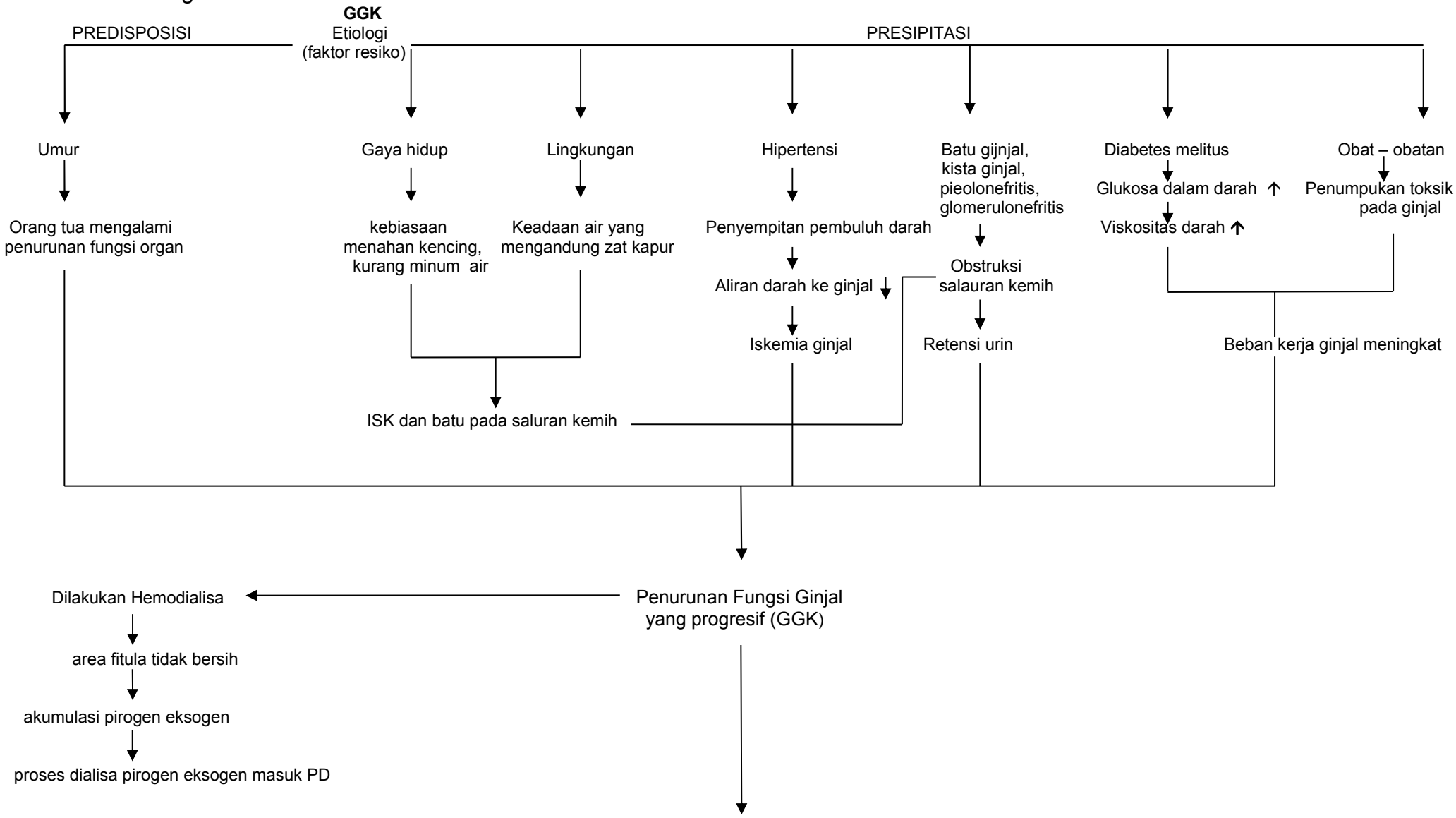
Rasional : Menandakan area sirkulasi buruk yang dapat menimbulkan pembentukan dekubitus/ infeksi.

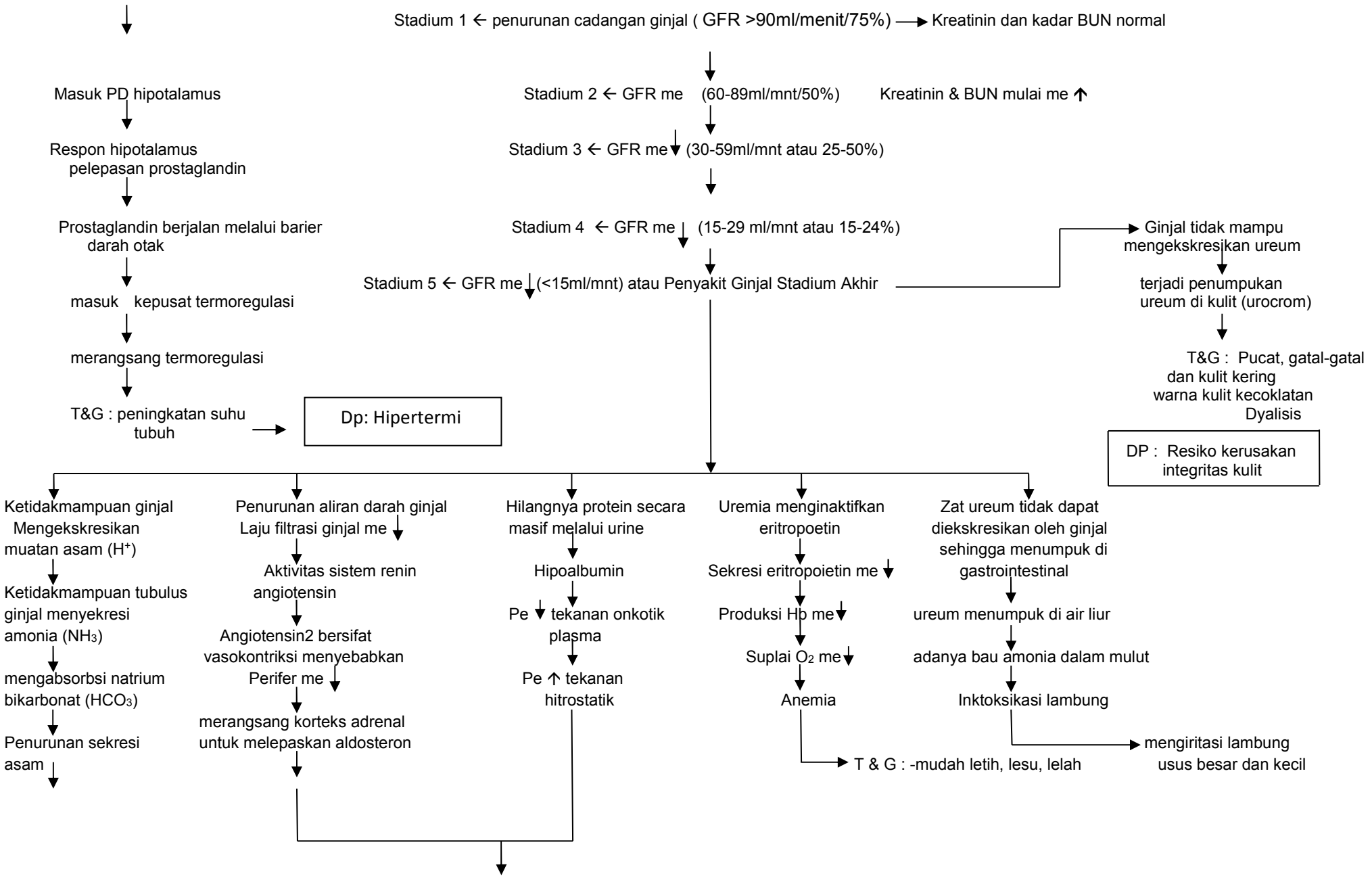
2) Inspeksi area tergantung terhadap edema.
   Rasional : Mendeteksi adanya dehidrasi atau hidrasi berlebihan yang mempengaruhi sirkulasi dan integritas jaringan pada tingkat seluler.
3) Ubah posisi dengan sering; gerakkan pasien dengan perlahan; beri bantalan pada tonjolan tulang dengan kulit.
   Rasional : menurunkan tekanan pada edema, jaringan dengan perfusi buruk untuk menurunkan iskemia. Peninggian meningkatkan aliran balik statis vena terbatas/pembentukan edema.
4) Berikan perawatan kulit, batasi penggunaan sabun, berikan salep atau krim, misalnya Lanolin, Aquaphor.
   Rasional : Soda kue, mandi dengan tepung menurunkan gatal dan mengurangi pengeringan dari sabun. Lotion dan salep mungkin diinginkan untuk menghilangkan kering, robekan kulit.

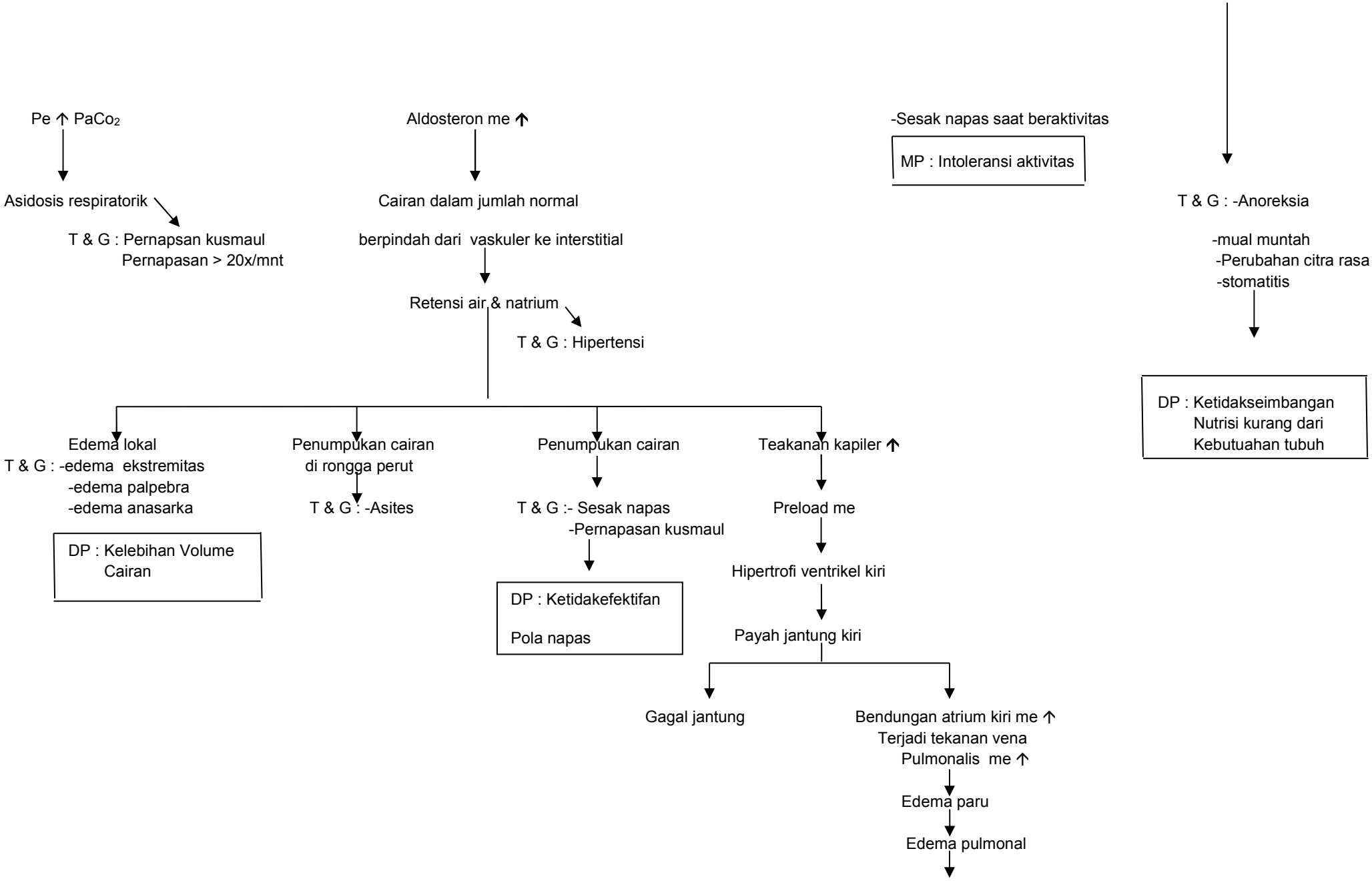
4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)
   Ada beberapa penyuluhan yang perlu diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut
   a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit gagal ginjal kronis misalnya mual, muntah, pengeluaran haluaran urin, napas berbau amoniak.
   b. Obat : Beritahu klien 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 beralkohol termasuk 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




Stadium 1 ← penurunan cadangan ginjal (GFR >90ml/menit/75%) → Kreatinin dan kadar BUN normal
Masuk PD hipotalamus
Stadium 2 ← GFR me (60-89ml/mnt/50%) Kreatinin & BUN mulai me ↑
Respon hipotalamus pelepasan prostaglandin
Stadium 3 ← GFR me (30-59ml/mnt atau 25-50%)
Prostaglandin berjalan melalui barier darah otak
Stadium 4 ← GFR me (15-29 ml/mnt atau 15-24%)
Ginjal tidak mampu mengekskresikan ureum
masuk kepusat termoregulasi
Stadium 5 ← GFR me (<15ml/mnt) atau Penyakit Ginjal Stadium Akhir
terjadi penumpukan ureum di kulit (urocrom)
merangsang termoregulasi
T&G : Pucat, gatal-gatal dan kulit kering warna kulit kecoklatan
T&G : peningkatan suhu tubuh
Dp: Hipertermi
Dyalisis
DP : Resiko kerusakan integritas kulit
Ketidakmampuan ginjal Mengekskresikan muatan asam (H^+)
Penurunan aliran darah ginjal
Laju filtrasi ginjal me
Hilangnya protein secara masif melalui urine
Uremia menginaktifkan eritropoetin
Zat ureum tidak dapat diekskresikan oleh ginjal sehingga menumpuk di gastrointestinal
Ketidakmampuan tubulus ginjal menyekresi amonia (NH_3)
Aktivitas sistem renin angiotensin
Hipoalbumin
Sekresi eritropoietin me
ureum menumpuk di air liur
mengabsorbsi natrium bikarbonat (HCO_3)
Angiotensin2 bersifat vasokontriksi menyebabkan Perifer me
Pe tekanan onkotik plasma
Produksi Hb me
adanya bau amonia dalam mulut
Penurunan sekresi asam
merangsang korteks adrenal untuk melepaskan aldosteron
Pe tekanan hitrostatik
Suplai O_2 me
Anemia
Inktoksikasi lambung
T & G : -mudah letih, lesu, lelah
mengiritasi lambung usus besar dan kecil


Pe ↑ PaCo2
Asidosis respiratorik
T & G : Pernapsan kusmaul
Pernapasan > 20x/mnt
Aldosteron me ↑
Cairan dalam jumlah normal
berpindah dari vaskuler ke interstitial
Retensi air & natrium
T & G : Hipertensi
-Sesak napas saat beraktivitas
MP : Intoleransi aktivitas
T & G : -Anoreksia
-mual muntah
-Perubahan citra rasa
-stomatitis
DP : Ketidakseimbangan
Nutrisi kurang dari
Kebutuahan tubuh
Edema lokal
T & G : -edema ekstremitas
-edema palpebra
-edema anasarka
DP : Kelebihan Volume
Cairan
Penumpukan cairan
di rongga perut
T & G : -Asites
Penumpukan cairan
T & G :- Sesak napas
-Pernapasan kusmaul
DP : Ketidakefektifan
Pola napas
Teakanan kapiler ↑
Preload me
Hipertrofi ventrikel kiri
Payah jantung kiri
Gagal jantung
Bendungan atrium kiri me ↑
Terjadi tekanan vena
Pulmonalis me ↑
Edema paru
Edema pulmonal

KEMATIAN ← Gagal napas

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny “M” berumur 68 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 08 Maret 2019 pada pukul 09.30 WITA dengan keluhan sesak, bengkak pada kedua bagian punggung kaki. Pasien masuk di ruang perawatan ST.Bernadeth III.B dengan diagnosa medik *Chronic Kidney Disease* on trip + Febris, diagnosa saat pengkajian *CKD Chronic Kidney Disease Stage IV*

Pada tanggal 08 Maret 2019 saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sesak disertai dengan demam serta bengkak pada kedua punggung kaki, dan kurang nafsu makan. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman setelah pulang dari hemodialysis pada tanggal 06 Maret 2019

Tampak *edema* pada kedua punggung kaki, tampak pasien dengan posisi *semifowler*, kesadaran composmentis dengan GCS 15, tanda-tanda vital: tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 106 ×/menit, pernapasan 25 ×/menit, suhu 37,2^{0}C. Pada hasil pemeriksaan laboratorium pada serum elektrolit: natrium 136 mmol/lt, kalium 3.9 mmol/lt, clorida 94*mmol/lt, ureum 29,7 mg/dl, creatinin 2,3 mg/dl, HGB 7,4 g/dL. Pemeriksaan foto thorax Kesan: Gambaran Bronchitis, *Edema paru* dan *Efusi Pleura Bilateral*. Diberikan terapi furosemide 30 mg/ bolusIV/ 12 jam, O_2 4 L/menit menggunakan nasal kanul dan hanya terpasang *triway (conecta).*

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	: Sifra Padaunan Tambolang (E1614401038) Yulisia Melina Limbong (E16144010)

Unit : BIIIB Autoanamnese : ☐

Kamar : 368 Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 08 Maret 2019

Tanggal Pengkajian : 08 Maret 2019

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Nama initial : Ny"M"
      Umur : 68 tahun
      Jenis kelamin : Perempuan
      Status perkawinan : Kawin
      Jumlah anak : 7
      Agama/suku : Khatolik
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : SPG
      Pekerjaan : -
      Alamat rumah : jl. Rappocini lr. 5
   b. Penanggung Jawab
      Nama : Tn. M
      Umur : 70 tahun
      Alamat : jl. Rappocini lr. 5
      Hubungan dengan pasien: Suami

2. Data Medik

Diagnosa medik

Saat masuk : CKD *(Chronic Kidney Disease)* on trip + Febris

Saat pengkajian : CKD *(Chronic Kidney Disease)* stage IV

Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

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

Alasan : pasien tampak sakit sedang terpasang O2 nasal kanul 4 liter/menit, tampak pasien sesak dengan frekuensi pernafasan 26x/menit, jenis pernafasan *takipnea,* tampak pasien berbaring lemas di tempat tidur dengan posisi *semifowler*, *edema* pada kedua bagian punggung kaki, tampak terpasang CDL di sebelah kanan.

Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (Kualitatif) : composmentis

2) Skala Koma Glasgow (Kualitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 5

Jumlah : 15

Kesimpulan : pasien tidak koma

Tekanan darah : 130/80 mmHg

MAP :96,6 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 37,2^{0}C di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 25x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-strokea

Jenis : ☐ Dada ☑ Perut

5) Nadi : 106x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradikardi ☑ Takikardi

☑ Kuat ☐ Lemah

b. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 23 cm

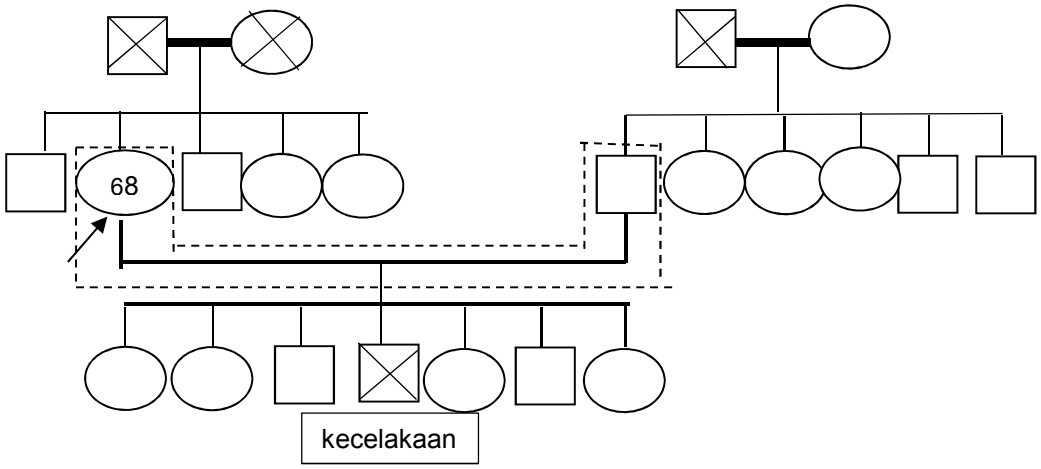
2) Tinggi badan : 163 cm

3) Berat badan : 46 kg

4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 17,9 kg/m²

5) Kesimpulan : Berat badan kurang

c. Genogram



Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Pasien

------- : Tinggal serumah

3. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan kesehatan itu penting untuk dijaga sehingga kita tidak mudah terserang penyakit dan bisa

melakukan aktivitas setiap hari. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang sekali untuk berolahraga. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi suplemen/vitamin. Keluarga pasien mengatakan pasien selalu berusaha menjaga kesehatan, kebersihan tubuh dan lingkungan sekitar. Keluarga pasien juga mengatakan lingkungan tempat tinggal bersih. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat penyakit DM selama 5 tahun dan hipertensi selama 6 bulan.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama

Sesak

b) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak di rumah sejak 3 hari yang lalu, dan edema pada kedua punggung kaki sejak 1 minggu yang lalu, serta pasien demam sejak 2 hari yang lalu sehingga keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 8 Maret 2019. Saat pengkajian pasien tampak sesak, frekuensi nafas 26x/menit, pernafasan *takipnea*, menggunakan otot bantu pernafasan, terpasang oksigen 4 liter/menit, posisi pasien *semifowler*, tampak pasien pucat dan gelisah, dan edema pada kedua punggung kaki dengan cekungan kembali dalam 7 detik dengan kedalaman 5 mm.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit gagal ginjal sejak 1 tahun yang lalu dan di rawat di Rumah Sakit Stella Maris dan melakukan cuci darah 3 kali seminggu sampai saat ini. Keluarga pasien mengatakan pasien juga memiliki riwayat DM sejak 5 tahun yang lalu

semenjak itu pasien mulai mengontrol pola makan agar kadar gula pasien terkontrol hingga saat ini, serta hipertensi sejak 6 bulan yang lalu, keluarga mengatakan semenjak pasien hipertensi pasien selalu mengkonsumsi obat antihipertensi yaitu amlodipin sesuai dengan resep dokter.

3) Riwayat kesehatan keluarga:

Keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit DM, hipertensi, maupun CKD

4) Pemeriksaan fisik

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

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien baik, frekuensi makan 3 kali sehari. Pasien makan nasi, sayur, ikan, dan kadang pasien mengkonsumsi beras merah, dan setelah makan biasanya pasien biasanya mengkonsumsi buah-buahan. Keluarga pasien mengatakan pasien suka makan makanan asin dan makanan manis. Keluarga pasien mengatakan pasien minum air putih ±5-7 gelas sehari (1750cc)/hari.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan ia hanya mampu menghabiskan ½ porsi dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 5-6 gelas ± 1200

cc/hari. Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien turun dari 54 kg menjadi 46 kg.

3) Observasi

Pasien kurus dengan BB 46 kg dan tampak porsi makan pasien tidak dihabiskan, pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanannya.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : beruban, mudah rontok

b) Hidrasi kulit : tidak dehidrasi, finger print kembali dalam <3 detik

c) Palpebra/conjungtiva : tidak edema/ tampak anemik

d) Sclera : tidak ikterik

e) Hidung : bersih, septum berada di tengah

f) Rongga mulut : kotor dan tidak ada peradangan

g) Gusi : tidak ada peradangan

h) Gigi : kotor

i) Gigi palsu : tidak ada gigi palsu

j) Kemampuan mengunyah keras : pasien kurang mampu mengunyah keras

k) Lidah : kotor dan tidak ada peradangan

l) Pharing : tidak ada peradangan

m) Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran

n) Kelenjar parotis :tidak teraba adanya pembesaran

o) Abdomen

- Inspeksi : bentuk simetris, perut datar, dan bayangan vena tidak tampak.
- Peristaltik usus : peristaltik 18x/menit
- Palpasi : nyeri

p) Perkusi : Thympani

- Edema : [ ] Positif [-] Negatif

- Icterik : ☐ Positif ☐ - Negatif
- Tanda-tanda radangan : tidak ada tanda-tanda peradangan
- Lesi : tidak adanya lesi

c. Pola eleminiasi

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien BAB lancar, frekuensi 1 kali per hari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning serta berbau khas. Keluarga pasien mengatakan pasien BAK tidak lancar dan mengatakan sakit pada bagian pinggang yang hilang timbul.

2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi

Keluarga pasien mengatakan urin pasien berjumlah ± 50 cc

Cm (air putih) = 1200/ hari

Ck (urine) = 150 cc/ 24 jam

IWL = 15× BB

= 15×46

= 690/24 jam

Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 18x/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☑ positif ☐ negatif

d) Mulut ureta : tidak dikaji

e) Anus : tidak dikaji

- Peradangan : tidak dikaji
- Hemoroid : tidak dikaji

Fistula : tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien seorang pensiunan guru di Papua setelah pensiun keluarga pasien dan pasien kembali ke Makassar, sehari-hari pasien menghabiskan waktunya di rumah dan bercocok tanam dan membersihkan rumah. Keluarga pasien mengatakan ia jarang berolahraga karena ia akan merasa lemas.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak banyak melakukan aktivitas dan cepat lelah. Keluarga pasien mengatakan sejak pasien 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 sesak dengan frekuensi 26x/menit dengan jenis pernafasan *takipnea*, tampak pasien menggunakan nasal kanul 3 liter/menit, tampak pasien dengan posisi semifowler.

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 : kiposis

c) Gaya jalan : tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada yang cacat

e) Fiksasi : tidak ada

4) Tracheostomy : tidak ada

5) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

- Berbaring : 130/80 mmHg
- Duduk : tidak dikaji
- Berdiri : tidak dikaji
- Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : [-] positif [-] Negatif

b) HR : 106x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : tidak ada

Basah : 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 : simetris kiri dan kanan

  Retraksi interkosta : penggunaan otot bantu pernafasan

  Sianosis : tidak ada

- Palpasi

  Vocal premitus : Getaran sama dirasakan dikedua lapang paru

  Krepitasi : tidak ada

  Perkusi :

  [ ] Sonor [ ] Redup [√] Pekak

  Lokasi : lapang paru sebelah kanan dan kiri

- Auskultasi
- Suara napas : Vesikular lemah terdengar di lapang di lapang paru kiri dan kanan

Suara ucapan : tidak jelas terdengar di lapang paru kiri dan kanan

Suara tambahan : Ronchi terdengar dikedua lapang paru

g) Jantung

- Inspeksi

Ictus cordis : tidak ada

- Palpasi

Ictus cordis : Teraba di ICS 5 linea mid- clavikularis

- Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid – clavicuralis sinistra

Batas kanan jantung : linea mid sternalis dekstra

Batas kiri jantung : ICS 5 mid – 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 terdngar

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 dengar 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
- Palasi : nyeri tekan tidak ada

Kaku kuduk : tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur pada malam hari karena sesak. Keluarga pasien mengatakan pasien tidur malam ±4-5 jam dan tidak bisa tidur siang. Keluarga pasien mengatakan pasien 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

Keluarga pasien mengatakan pasien mampu mendengar dengan baik, dapat merasakan panas atau dingin, pasien dapat merasakan manis pahit, asin. Keluarga pasien mengatakan dapat mencium bau minyak kayu putih.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan alat bantu penglihatan sejak tahun 2015 dan pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran serta tidak ada masalah pada penciumannya. Keluarga pasien mengatakan jika pasien merasakan sesak, pasien lebih suka tidur dalam posisi semifowler dengan ditambahkan bantal dibelakangnya atau menggunakan otot bantu pernapasan.

3) Observasi

Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat pada jarak ± 35 cm.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

- Kornea : kurang jernih
- Pupil : isikor
- Lensa mata : keruh
- Tekanan intra okuler (TIO) : tidak ada peningkatan tekanan intra okuler antara kiri dan kanan sama

b) Pendengaran

- Pina : Simetris
- Kanalis : bersih

c) Membran timpani : utuh

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien seorang Ibu rumah tangga dan Ibu dari 7 orang anak. Untuk kebutuhan sehari-hari suami yang mencari nafkah.

2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi

Pasien terbaring di tempat tidur.

a) Kontak mata : kurang.

b) Rentang perhatian : kurang perhatian.

c) Suara dan cara bicara : suara pasien pelan dan kurang jelas.

4) Postur tubuh : kiposis.

5) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada.

b) Bentuk/postur tubuh : kiposis.

c) Kulit : bersih dan tidak ada lesi.

h. Pola persepsi dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama suaminya. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan keluarga serta para tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga, perawat dan pasien lainnya terjalin dengan baik. Di dalam keluarga, pasien berperan sebagai ibu rumah tangga.

3) Observasi

Pasien berkomunikasi dengan keluarganya dan perawat dengan baik. Pasien dijaga oleh suaminya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki 7 orang anak namun salah satu anaknya meninggal karena kecelakaan 10 tahun yang lalu. keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah pada bagian reproduksi pasien.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengalami pada masalah reproduksi.

3) Observasi

Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan bila pasien mengalami masalah, pasien biasa mengontrol diri dan selalu bercerita dengan suami atau anaknya. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalihkan amarahnya dengan bercerita kepada suaminya suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa cemas memimikirkan penyakitnya dan hanya bisa berpasrah kepada Tuhan Yang Maha Esa.

3) Observasi

Pasien sedih

k. Pola sistem nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama khatolik. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien rajin ikut

ibadah di gereja setiap hari minggu dan mengikuti ibdah rukun ataupun kegiatan lain yang ada di gereja.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak sudah jarang ke gereja untuk mengikuti ibadah dan sudah tidak pernah mengikuti ibdah rukun lagi. Keluarga pasien mengatakan pasien hanya bisa berdoa di atas tempat tidur.

3) Observasi

Tidak dikaji.

4. Uji saraf kranial

a. N I: Olfactorius

Pasien mampu mencium serta membedakan bau minyak kayu putih dengan mata tertutup.

b. N II: Opticus

Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ±35 cm.

c. N III, IV, VI: Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens

Pasien mampu menggerakan bola matanya ke segala arah. Pupil mengecil saat diberi cahaya, reflex akomodasi baik.

d. N V: Trigeminus

1) Sensorik: pasien mampu merasakan gesekan kapas di pipi sebelah kanan dan kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.
2) Motorik: pasien kurang mampu mengunyah keras

e. N VII: Fascialis

1) Sensorik: Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula.
2) Motorik: Pasien mampu tersenyum, mengangkat alis, dan mengerutkan dahi.

f. N VIII :

1) Vestibularis: tidak dikaji karena pasien sesak

2) Akustikus: pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat pada telinga pada telinga kiri dan kanan

g. N IX: Glossopharyngeus

Tampak letak uvula ditengah

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.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah: Pemeriksaan Darah Lengkap: 09 Maret 2019

Test	Result	Unit	Reference Ranges
WBC	H 14.50	10^3/uL	4.8 – 10.2
RBC	L 2.75	10^6/uL	4.0 – 5.5
HGB	L 7.4	g/dl	12.2 – 16.2
HCT	L 22.9	%	37.7 – 47.9
MCV	83.3	fL	80.0 – 97.0
MCH	26.9	pg	26.0 – 31.0
MCHC	32.3	g/dl	31.8 – 35.4
PLT	164	10^3/uL	130.0 – 400.0
RDW	12.8	fL	11.5 – 14.5
PDW	13.0	fL	9.0 – 13.0
MPV	10.1	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	H 26.4	%	15.0 – 25.0
DIFF			
LYMPH	L 4.6	%	10.0 – 50.0
MXD	9.8	%	1.0 – 20.0
NEUT	H 85.6	%	37.0 – 80.0
LYMPH#	L 0.70	10^3/uL	1 – 3.7
MXD#	H 1.4	10^9/uL	0 – 1.4
NEUT#	H 12.40	10^3/uL	1.5 – 7

- Leukositosis
- Anemia

b. Pemeriksaan Ureum Creatinin: 09 Maret 2019

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
Ureum	29.7	10-50	mg/dL		H
Cratinine	2.3	<1.1	mg/dL		H

CATATAN : Azotemia

c. Pemeriksaan Kimia Darah : 09 Maret 2019

Tes / Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
Elektrolit natrium, kalium, clorida				
Natrium	136	136-145	mmol/L	
Kalium	3.9	3.4 4.5	mmol/L	
Clorida	**94 ***	100-108	mmol/L	

Tabel 3.1 Pemeriksaan Elektrolit

d. Pemeriksaan Foto Thorax : 09 Maret 2019

Kesan :

Gambaran bronchitis

Edema paru

Efusi pleura bilateral

6. Terapi

1) Amlodipin 10mg/oral/0-0-1
2) Ketorolac 30mg/IV/ diberikan sesuai kebutuhan
3) Furosemide 40 mg/ IV/ 12 jam

Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Sifra P. Tambolang) (Yulisia M. Limbong)

B. Analisa Data

Nama/ umur : Ny “M”/ 68 tahun

Unit/ kamar : St. Bernadeth III.B/ 368[1]

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus. - Keluarga pasien mengatakan pasien minum air putih selama satu hari 5-6 gelas ± 1200 cc/hari. - Keluarga pasien mengatakan BAK pasien tidak lancar ± 2-3 ×/hari dengan jumlah urin 150 cc/ 24 jam dengan karakteristik bewarna kuning dan berbau. DO: - Keadaan umum pasien tampak sakit ringan - Tampak edema pada kedua punggung kaki dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm. - Hasil observasi: TD : 130/ 80 mmHg N : 106 ×/menit S : 37,2^{o}C	Gangguan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan

	P : 25 ×/menit - Hasil pemeriksaan lab Ureum : 29.7 mg/dL Creatinin : 2.3 mg/dL Elektrolit Natrium : 136 mmol/L - Kalium : 3,9 mmol/L - Clorida : 94 mmol/L - Balance cairan Cm (air putih) : 1200cc/24 jam Ck(urine) : 150cc		
2.	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien sesak di rumah 3 hari yang lalu. - Keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur pada malam hari karena sesak. DO: - Tampak pasien sesak dengan frekuensi 26x/menit dengan jenis pernafasan *takipnea.* - Tampak pasien menggunakan nasal kanul 4 liter/menit. - Tampak pasien menggunakan alat bantu pernafasan.	Hiperventilasi	Ketidakefektifan pola nafas

	- Tampak pasien dengan posisi *semifowler.* - Tampak pasien gelisah. - Hasil observasi: TD : 130/ 80 mmHg N : 106 ×/menit S : 37,2^{o}C P : 25 ×/menit - Hasil foto thoraks Kesan: *Gambaran bronchitis* *Edema paru* *Efusi pleura bilateral* - Auskultasi Suara napas : Vesikular lemah terdengar di lapang paru sebelah kanan dan kiri. - Perkusi: pekak pada lapang paru sebelah kanan dan kiri - Suara ucapan: tidak jelas terdengar di lapang paru sebelah kanan dan kiri. - Suara tambahan: Ronchi terdengar dikedua lapang paru - Vocal premitus: Getaran sama dirasakan di lapang		

	paru sebelah kanan dan kiri.		
3.	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan ia hanya mampu menghabiskan ¼ porsi dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. - Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien turun dari 54 kg menjadi 46 kg. DO: - tampak porsi makan pasien tidak dihabiskan, pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanannya. - IMT = 17,9 kg/m^2 Kesimpulan berat badan kurang - Pasien tampak kurus - Tampak rongga mulut kotor	Kurang asupan makan	Ketidakseimbangan nurtrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Tabel 3.2 Analisa Data

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / Umur : Ny “M”/68 tahun

Unit / Kamar :St. Bernadeth III.B/ 368[1]

No.	Diagnosa
1.	Kelebihan volume cairan b/d Gangguan mekanisme regulasi.
2.	Ketidakefektifan pola nafas b/d Hiperventilasi.
3.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Kurang asupan makan.

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

D. Rencana keperawatan

Nama /umur : Ny “M”/ 68 tahun

Unit/ kamar : St. Bernadeth III.B / 368[1]

No.	Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Klasifikasi Hasil Keperawatan (NOC)	Klasifikasi Intervensi Keperawatan(NIC)
1.	Jumat 08/03/2019	Kelebihan volume cairan b/d Gangguan mekanisme regulasi DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus. - Keluarga pasien mengatakan pasien minum air putih selama satu hari 5-6 gelas ± 1200 cc/hari. - Keluarga pasien mengatakan BAK pasien tidak lancar ± 2-3 ×/hari dengan jumlah urin 150 cc/	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	a. Monitor cairan 1) Catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni) b. Manajemen cairan 1) Kaji lokasi dan luasnya Edema. 2) Berikan deuretik yang diresepkan c. Manajemen Elektrolit 1) Batasi cairan yang sesuai 2) Mengistruksikan alasan untuk batasan cairan,

		24 jam dengan karakteristik bewarna kuning dan berbau. DO: - Keadaan umum pasien tampak sakit ringan - Tampak edema pada kedua punggung kaki dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm. - Hasil observasi: TD : 130/ 80 mmHg N : 106 ×/menit S : 37,2^{o}C P : 25 ×/menit - Hasil pemeriksaan lab	2 ditingkatkan ke skala 3. b. Eliminasi urin 1) Jumlah urin depiertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. c. Status pernapasan : ventilasi 1) Dispnea saat beristirahat dipertahankan pada skala 2 Ditingkatkan ke skala 3.	d. Pengaturan Hemodinamik 1) Tinggikan kaki tempat tidur e. Monitor tanda-tanda vital 1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan

		Ureum : 29.7 mg/dL Creatinin : 2.3 mg/dL Elektrolit Natrium : 136 mmol/L - Kalium : 3,9 mmol/L - Clorida : 94 mmol/L - Balance cairan Cm (air putih) : 1200cc/24 jam Ck(urine) : 150cc		

2.	Jumat 08/03/2019	ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi Ditandai dengan: DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien sesak di rumah 3 hari yang lalu. - Keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur pada malam hari karena sesak. DO: - Tampak pasien sesak dengan frekuensi 26x/menit dengan jenis pernafasan *takipnea.*	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan status pernafasan pada skala 2 (berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup) 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 b. Status pernapasan : ventilasi 1) Penggunaan otot bantu nafas dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 2) suara nafas tambahan	a. Manajemen jalan nafas 1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2) Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya. 3) 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 c. Monitor tanda-tanda vital 1) Monitor tekanan darah,

		- Tampak pasien menggunakan nasal kanul 4 liter/menit. - Tampak pasien menggunakan alat bantu pernafasan. - Tampak pasien dengan posisi *semifowler.* - Tampak pasien gelisah. - Hasil observasi: TD : 130/ 80 mmHg N : 106 ×/menit S : 37,2^{o}C P : 25 ×/menit - Hasil foto thoraks Kesan: *Gambaran bronchitis* *Edema paru* *Efusi pleura bilateral*	ditingkatkan ke skala 2 ditingkatkan ke skala 3	nadi, suhu, dan status pernapasan

		- Auskultasi Suara napas : Vesikular lemah terdengar di lapang paru sebelah kanan dan kiri. - Perkusi: pekak pada lapang paru sebelah kanan dan kiri - Suara ucapan: tidak jelas terdengar di lapang paru sebelah kanan dan kiri. - Suara tambahan: Ronchi terdengar dikedua lapang paru - Vocal premitus: Getaran sama dirasakan di lapang paru sebelah kanan dan kiri.		

3.	Jumat 08/03/2019	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan Ditandai dengan : DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan ia hanya mampu menghabiskan ½ porsi dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan	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.	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. b. pemberian makan 1) Catat asupan dengan tepat c. Manajemen berat

		dengan frekuensi makan 3x sehari. - Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien turun dari 54 kg menjadi 46 kg. DO : - tampak porsi makan pasien tidak dihabiskan, pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanannya. - IMT = 17,9 kg/m^2 Kesimpulan berat badan kurang - Pasien tampak kurus - Tampak rongga mulut kotor	2) Intake makan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5. b. Berat badan: massa tubuh 1) Berat badan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang).	badan 1) Hitung berat badan ideal pasien

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan

E. Pelaksanaan Keperawatan

Nama / umur : Ny “M”/ 68 tahun

Unit / kamar : St. Bernadeth III.B / 368[1]

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
09/03/2019	II	07.30	Memonitoring keluhan sesak pasien. Hasil: - keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak.	Sifra
	II	07.35	Memonitoring pola nafas Hasil: - tampak pasien sesak dengan frekuensi pernafasan 26 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan (accessorius), irama pernafasan takipnea, dan jenis pernafasan dada.	Sifra
	II	07.40	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi semifowler. Hasil: - tampak pasien dalam posisi semifowler. - pasien mengatakan masih mengeluh sesak.	Sifra
	II	07.50	Memberikan oksigen yang dilembabkan. Hasil: - memberikan O_2 nasal 4L/menit.	Sifra
	I	07.50	Mengkaji lokasi *edema* Hasil:	Sifra

			- keluarga pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki pasien belum berkurang. Tampak bengkak dengan cekungan kembali 7 detik.	
	I	07.55	Meninggikan kaki di tempat tidur Hasil : meletakkan 1 bantal di bawah kaki pasien yang edema. Tampak pasien berbaring dengan 1 bantal dibawah kedua kaki.	Sifra
	I	08.00	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter. Hasil : - furosemide 40 mg/ IV.	Sifra
	I,II	09.30	Observasi ttv: Hasil: - TD : 150/100 mmHG - N : 110 ×/menit - P : 26 ×/menit - S : 37,2^{0}C	Sifra
	II	09.45	Mengauskultasi suara nafas tambahan. Hasil: - terdengar suara ronchi.	Sifra
	III	11.30	Mengidentifikasi(adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien. Hasil: - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki alergi	Sifra

			tertentu terhadap makanan.	
	III	11.40	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkomsumsi makanan Hasil: - Memberikan posisi yang nyaman untuk pasien yaitu posisi semifowler sehingga boleh mengkonsumsi makanan dengan baik.	Sifra
	III	13.00	Mencatat asupan makan pasien Hasil: - tampak pasien menghabiskan ¼ porsi bubur dari 1 porsi yang disediakan, dan tidak menghabiskan sayur yang telah disediakan. - Keluarga pasien mengatakan selera makan pasien kurang.	Sifra
	I	13.30	Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk batasan cairan, seperti mengkonsumsi cairan 600 cc/hari jika lebih maka *edema* tidak akan berkurang. Hasil: - tampak keluarga pasien dan pasien paham yang dijelaskan oleh perawat. - Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus sehingga sulit untuk mengontrol minum air. -	Sifra

	I	14.00	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi Hasil: - pukul 07.30-13.30 (air putih=500 cc, urine= 100 cc) total CM = 500 cc CK= 100 cc	Sifra
	I	16.00	Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter. Hasil: - Ketorolac 30 mg/IV.	Yulisia
	I,II	16.05	Mengobservasi ttv: Hasil: - TD : 160/90 mmHg - N : 100 ×/menit - S : 37^0C - P : 28 ×/menit	Yulisia
	II	16.15	Mengauskultasi suara nafas tambahan. Hasil: - terdengar suara ronchi.	Yulisia
	II	16.20	Memonitoring keluhan sesak pasien. Hasil: - keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak bertambah.	Yulisia
	II	16.25	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi *semifowler* Hasil: - tampak pasien dengan posisi	Yulisia

			semifowler	
	II	16.35	Memberikan oksigen yang dilembabkan Hasil: - memberikan O_2 dengan *nonrebreathing mask* 10L/menit	Yulisia
	II	18.00	memberikan obat sesuai dengan kolaborasi dokter hasil: - amlodipin 10 mg/Oral.	Yulisia
	I	20.00	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - furosemide 40 mg/ IV.	Yulisia
	III	20.15	Menghitung berat badan pasien Hasil: - BB= 46kg, IMT= 17,9kg/m^2	Yulisia
	I	20.50	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift siang Hasil: - pukul 14.30-20.30 (air putih=300 cc, urine= 100 cc) total CM = 300 cc CK= 100 cc	Yulisia
	I,II	21.15	Mengobservasi ttv Hasil: - TD= 140/100 mmHg - N= 98x/menit - S=36,9^0c - P=28x/menit	Yohanes

	II	21.30	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi semifowler. Hasil: - tampak pasien dengan posisi semifowler.	Yohanes
	I,II	05.00	Mengobservasi ttv Hasil: - TD: 140/80 mmHg - N: 88x/menit - S: 36,9^{o}c - P:30x/menit	Yohanes
	II	05.15	Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Yohanes
	I	06.30	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift malam Hasil: - Pukul 21.00-06.30 (air putih= 350 cc, urine= 50) CM= 350cc CK= 50	Yohanes
	I	06.40	Memonitoring asupan dan pengeluaran CM(air putih) = 1.000 cc CK (urine)= 250 cc Melakukan balance cairan CM-(CK+IWL) 1.000-(250+690) =1.000-940 =+160 cc	Yohanes
	II	07.30	Memonitoring keluhan sesak pasien.	Sifra

			Hasil: - keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak dan susah tidur pada malam hari.	
10/03/2019	II	07.35	Memonitoring pola nafas Hasil: - tampak pasien sesak dengan frekuensi pernafasan 30 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan (accessorius), irama pernafasan takipnea, dan jenis pernafasan dada.	Sifra
	II	07.40	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi *semifowler*. Hasil: - tampak pasien dalam posisi *semifowler*. - kelurag pasien mengatakan pasien masih mengeluh sesak.	Sifra
	II	07.50	Memberikan oksigen yang dilembabkan. Hasil: - memberikan O_2 dengan *nonrebreathing mask* 10L/menit.	Sifra
	I	07.50	Mengkaji lokasi *edema.* Hasil: - keluarga pasien mengatakan bengkak pada bagian kedua punggung kaki pasien belum	Sifra

			berkurang. Tampak bengkak dengan cekungan kembali 6 detik.	
	I	07.55	Meninggikan kaki di tempat tidur Hasil : meletakkan 1 bantal di bawah kaki pasien yang edema. Tampak pasien berbaring dengan 1 bantal dibawah kedua kaki.	Sifra
	I	08.00	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter. Hasil : - furosemide 40 mg/ IV.	Sifra
	I,II	10.00	Observasi ttv: Hasil: - TD : 170/90 mmHG - N : 106×/menit - P : 30 ×/menit - S : 36,5^{0}C	Sifra
	II	10.15	Mengauskultasi suara nafas tambahan. Hasil: - terdengar suara ronchi.	Sifra
	III	11.50	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkomsumsi makanan. Hasil: - Memberikan posisi yang nyaman untuk pasien yaitu posisi semifowler sehingga boleh mengkonsumsi makanan dengan baik.	Yulisia

	III	13.00	Mencatat asupan makan pasien. Hasil: - tampak pasien menghabiskan ¼ porsi bubur dari 1 porsi yang disediakan, dan tidak menghabiskan sayur, ikan dan tempe yang telah disediakan - keluarga pasien mengatakan selera makan pasien kurang.	Yulisia
	I	13.30	Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk batasan cairan, seperti mengkonsumsi cairan 600 cc/hari jika lebih maka *edema* tidak akan berkurang Hasil: - tampak pasien dan keluarga paham yang dijelaskan oleh perawat. - Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus sehingga sulit untuk mengontrol minum air.	Yulisia
	I	14.00	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi. Hasil: - pukul 07.30-13.30 (air putih=450 cc, urine= 100 cc). - total CM = 450 cc CK= 100 cc	Yulisia
	II	16.00	Memberikan obat sesuai kolaborasi	Yulisia

			dengan dokter. Hasil: - Ketorolac 30 mg/IV.	
	I,II	16.05	Mengobservasi ttv: Hasil: - TD : 160/90 mmHg - N : 106 ×/menit - S : 36,7^{0}C - P : 28 ×/menit	Yulisia
	II	16.15	Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Saldianus
	II	16.20	Memonitoring keluhan sesak pasien. Hasil: keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh sesak dan susah untuk beristirahat.	Saldianus
	II	16.25	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi *orthopneic* Hasil: - tampak pasien dengan posisi orthopneic.	Saldianus
	I	16.35	Memberikan oksigen yang dilembabkan. Hasil: - memberikan O_2 dengan *nonrebreathing mask* 10L/menit.	Saldianus
	II	18.00	memberikan obat sesuai dengan kolaborasi dokter. hasil:	Saldianus

			- amlodipin 10 mg/Oral.	
	I	20.00	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter. Hasil : - furosemide 40 mg/ IV.	Perawat Delky
	III	20.15	Menghitung berat badan pasien . Hasil: - BB= 46kg, IMT= 17,9kg/m^2	Saldianus
	I	20.50	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift siang.. Hasil: - pukul 14.30-20.30 (air putih=350 cc, urine= 60 cc) total CM = 350 cc CK= 60 cc	Saldianus
	I,II	21.30	Mengobservasi ttv Hasil: - TD= 140/100 mmHg - N= 98x/menit - S=36,9^0c - P=30x/menit	Saldianus
	II	21.45	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi orthopneic Hasil: - tampak pasien dengan posisi orthopneic	Yohanes
	I,II	05.30	Mengobservasi ttv Hasil: - TD: 130/80 mmHg - N: 88x/menit	Yohanes

			- S: 36,9ºc - P:30x/menit	
	II	05.45	Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Yohanes
	I	06.30	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift malam Hasil: - Pukul 21.00-06.30 (air putih= 200 cc, urine= 50) CM= 200cc CK= 50	Yohanes
	I	06.40	Memonitoring asupan dan pengeluaran CM(air putih) =1.000 cc CK (urine)= 210 cc Melakukan balance cairan CM-(CK+IWL) 1.000-(210+690) = 1.000-900 =+100 cc	Yohanes
11/03/2019	II	07.30	Memonitoring keluhan sesak pasien. Hasil: - keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh sesak	Sifra
	II	07.35	Memonitoring pola nafas Hasil: - tampak pasien sesak dengan frekuensi pernafasan 31 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu	Sifra

			pernafasan (accessorius), irama pernafasan takipnea, dan jenis pernafasan dada.	
	II	07.40	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi orthopneic. Hasil: - tampak pasien dalam posisi orthopneic. - keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh sesak.	Sifra
	II	07.50	Memberikan oksigen yang dilembabkan. Hasil: - memberikan O_2 dengan *nonrebreathing mask* 10L/menit.	Sifra
	I	07.50	Mengkaji lokasi *edema* Hasil: - keluarga pasien mengatakan bengkak pada bagian kedua punggung kaki pasien sedikt berkurang. Tampak bengkak dengan cekungan kembali 6 detik.	Sifra
	I	07.55	Meninggikan kaki di tempat tidur Hasil : meletakkan 1 bantal di bawah kaki pasien yang edema. Tampak pasien berbaring dengan 1 bantal dibawah kedua kaki	Sifra

	I	08.00	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - furosemide 40 mg/ IV	Sifra
	I,II	09.30	Observasi ttv: Hasil: - TD : 180/90 mmHG - N : 99×/menit - P : 31 ×/menit - S : 36,5^{0}C	Sifra
	II	09.45	Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Sifra
	III	11.30	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkomsumsi makanan Hasil: - Memberikan posisi yang nyaman untuk pasien yaitu posisi semifowler sehingga boleh mengkonsumsi makanan dengan baik.	Sifra
	III	12.40	Mencatat asupan makan pasien Hasil: - tampak pasien menghabiskan ¼ porsi bubur dari 1 porsi yang disediakan, dan tidak menghabiskan sayur yang telah disediakan - keluarga pasien mengatakan selera makan pasien kurang	Sifra
	I	13.00	Menginstruksikan pasien dan	Sifra

			keluarga untuk batasan cairan, seperti mengkonsumsi cairan 600 cc/hari jika lebih maka *edema* tidak akan berkurang Hasil: - tampak pasien dan keluarga paham yang dijelaskan oleh perawat. - Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus sehingga sulit untuk mengontrol minum air.	
	I	13.30	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi Hasil: - pukul 07.30-13.30 (air putih=400 cc, urine= 100 cc) total CM = 400 cc CK= 100 cc	Sifra
	I,II	16.00	Mengobservasi ttv: Hasil: - TD : 160/90 mmHg - N : 106 ×/menit - S : 36,7^{0}C - P : 30×/menit	Yohanes
	II	16.05	Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Yohanes
	II	16.15	Memonitoring keluhan sesak pasien. Hasil: - keluarga pasien mengatakan	Yulisia

			pasien masih mengeluh sesak dan susah untuk beristirahat.	
	II	16.20	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi orthopneic Hasil: - tampak pasien dengan posisi orthopneic	Yulisia
	II	16.25	Memberikan oksigen yang dilembabkan Hasil: - memberikan O_2 dengan *nonrebreathing mask* 10L/menit	Yulisia
	II	18.00	memberikan obat sesuai dengan kolaborasi dokter hasil: - amlodipin 10 mg/Oral	Yohanes
	I	20.00	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - furosemide 40 mg/ IV	Yohanes
	III	20.15	Menghitung berat badan pasien Hasil: - BB= 46kg, IMT= 17,9kg/m^2	Yulisia
	I	20.50	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift siang Hasil: - pukul 14.30-20.30 (air putih=250 cc, urine= 100 cc) total	Yulisia

			CM = 400 cc CK=100cc	Saldianus
	I,II	21.15	Mengobservasi ttv Hasil: - TD= 180/100 mmHg - N= 100x/menit - S=36,8^{0}c - P= 30x/menit	
	II	21.30	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi orthopneic Hasil: - tampak pasien dengan posisi orthopneic	Saldianus
	I,II	05.00	Mengobservasi ttv Hasil: - TD: 130/80 mmHg - N: 88x/menit - S: 36,9^{o}c - P:30x/menit	Saldianus
	II	05.15	Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Saldianus
	I	06.30	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift malam Hasil: - Pukul 21.00-06.30 (air putih= 200 cc, urine= 50) CM= 200 cc CK= 50	Saldianus
	I	06.55	Memonitoring asupan dan pengeluaran	Saldianus

			CM(air putih) = 1.000 cc CK (urine)= 250 cc Melakukan balance cairan CM-(CK+IWL) 1000-(250+690) =1.000-940 =+60 cc	

Tabel 3.5 Pelaksanaan Keperawatan

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / umur : Ny “M” /68 tahun

Unti / kamar : St. Bernadeth III.B / 368[1]

Tanggal	Evaluasi soap	Nama perawat
09/03/2019	DP I : kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : keluarga pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki pasien belum berkurang. O : tampak bagian punggung kaki edema dengan cekungan kembali 7 detik. Balance cairan = +160 cc A : pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P : lanjutkan intervensi a. Monitor cairan b. Manajemen cairan c. Manajemen elektrolit d. Monitor tanda-tanda vital.	Sifra
	DP II : ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi. S : keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak. O : pola nafas - irama : takipnea - tampak menggunakan otot bantu pernapasan - jenis pernapasan dada - P : 26×/menit suara tambahan : ronchi A : pasien masih mengalami ketidakefektifan pola napas	Sifra

	P : lanjutkan intervensi a. Manajemen jalan nafas b. Monitor pernafasan c. Monitor tanda-tanda vital.	
	DPIII : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan S : pasien mengatakan kurang selera makan O : tampak pasien hanya mampu menghabiskan ¼ bubur porsi dari 1 porsi yang telah disediakan. BB= 46 kg, IMT =17,9 kg/m^2: A : pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. P : lanjutkan intervensi a. Manajemen nutrisi b. Pemberian makan c. Manajemen berat badan.	Sifra
10/03/2019	DP I : kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : keluarga pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki pasien belum berkurang. O : tampak bagian punggung kaki edema dengan cekungan kembali 7 detik. Balance cairan = +100 cc A : pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P : lanjutkan intervensi e. Monitor cairan	

	f. Manajemen cairan g. Manajemen elektrolit h. Monitor tanda-tanda vital	
	DP II : ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi. S : keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak susah tidur pada malam hari. O : pola nafas - irama : takipnea - tampak menggunakan otot bantu pernapasan - jenis pernapasan dada - P : 30×/menit suara tambahan : ronchi A : pasien masih mengalami ketidakefektifan pola napas P : lanjutkan intervensi d. Manajemen jalan nafas e. Monitor pernafasan f. Monitor tanda-tanda vital	
	DPIII : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan S : pasien mengatakan kurang selera makan O : tampak pasien hanya mampu menghabiskan ¼ bubur porsi dari 1 porsi yang telah disediakan. BB= 46 kg, IMT =17,9 kg/m^2: A : pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang	

	dari kebutuhan tubuh. P : lanjutkan intervensi d. Manajemen nutrisi e. Pemberian makan f. Manajemen berat badan	
11/03/2019	DP I : kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : keluarga pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki pasien belum berkurang. O : tampak bagian punggung kaki edema dengan cekungan kembali 6 detik. Balance cairan = +60 cc A : pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P : lanjutkan intervensi i. Monitor cairan j. Manajemen cairan k. Manajemen elektrolit l. Monitor tanda-tanda vital	
	DP II : ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi. S : keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak susah tidur pada malam hari. O : pola nafas - irama : takipnea - tampak menggunakan otot bantu pernapasan - jenis pernapasan dada	

	- P : 31×/menit suara tambahan : ronchi A : pasien masih mengalami ketidakefektifan pola napas P : lanjutkan intervensi g. Manajemen jalan nafas h. Monitor pernafasan i. Monitor tanda-tanda vital	
	DPIII : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan S : pasien mengatakan kurang selera makan O : tampak pasien hanya mampu menghabiskan ¼ bubur porsi dari 1 porsi yang telah disediakan. BB= 46 kg, IMT =17,9 kg/m^2: A : pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. P : lanjutkan intervensi g. Manajemen nutrisi h. Pemberian makan i. Manajemen berat badan	

tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

G. Daftar Nama Obat Untuk Pasien

1. Furosemide
   a. Klasifikasi/golongan obat : Diuretik
   b. Dosis umum : 20-40 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien : 40 mg/12 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 kedua punggung kaki.
   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. Amlodipine
   a. Klasifikasi/golongan obat : antagonis kalsium/ obat resep
   b. Dosis umum : 2,5-10 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien : 10 mg/24 jam
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Amlodipine bekerja dengan cara melemaskan dinding dan melemaskan diameter pembuluh darah. Efeknya akan memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah dalam pembuluh. Obat ini juga menghalangi kadar kalsium yang masuk ke dalam sel otot halus di dinding pembuluh darah jantung. Kalsium akan membuat otot dinding pembuluh darah berkontraksi. Dengan adanya penghambatan kalsium yang masuk, dinding pembuluh darah akan menjadi lemas. Amlodipine berfungsi untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi. Dengan menurunkan tekanan darah, obat ini membantu mencegah serangan stroke, serangan jantung, dan penyakit ginjal.

   f. Alasan pemberian pada pasien : obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien mengalami hipertensi atau tekanan darah tinggi.
   g. Kontra indikasi
      1) Pasien yang memiliki riwayat hipersensitifitas atau reaksi alergi yang berlebihan bersifat patologis yang ditimbulkan oleh sistem imun tubuh yang menimbulkan beberapa gejala yang tidak diinginkan terhadap obat amlodipine atau komponennya atau terhadap penghambat kalisum lain.
      2) Hipotensi (tekanan darah rendah)
   h. Efek samping obat
      1) Merasa lelah atau pusing.
      2) Jantung berdegup kencang.

3) Merasa mual dan tidak nyaman di bagian perut.
4) Pergelangan kaki membengkak.
5) Rasa panas dan kegerahan.

3. Ketorolac
   a. Klasifikasi/golongan obat : obat antiimplamasi nonsteroid/ obat resep
   b. Dosis umum : 10-40 mg/ hari
   c. Dosis untuk pasien : 30 mg/ ekstra
   d. Cara pemberian obat : IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat

      Ketorolac bekerja dengan memblok produksi substansi alami tubuh yang menyebabkan inflamasi. Efek ini membantu mengurangi bengkak, nyeri, atau demam. Ketorolac berfungsi untuk mengatasi neyri sedang hingga nyeri berat untuk sementara.
   f. Alasan pemberian pada pasien : obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien mengalami nyeri dada setelah dilakukan pungsi di ruangan HD.
   g. Kontra indikasi
      1) Pasien yang memiliki riwayat asma, bronchosspasme, polip hidung, alergi ketorolac dan obat-obat NSAID lainnya, perdarahan, gangguan pembekuan darah, ulkus peptikum, penderita jantung, hipertensi, gangguan ginjal, dll.
   h. Efek samping obat
      1) Nyeri dada.
      2) Lemas.
      3) Sesak.
      4) BAB hitam, berdarah atau gelap.
      5) Batuk darah atau muntah seperti kopi.
      6) Bengkak atau berat badan naik cepat.
      7) Lebih jarang atau tidak buang air kecil.

8) Mual.
9) Nyeri perut.
10) Demam ringan.
11) Tidak nafsu makan.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab IV ini, penulis akan membahas kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dan kasus kelolaan yang dimana diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan Bernadeth III B Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama tiga hari perawatan yaitu dari tanggal 08-11 Maret 2019. Untuk memudahkan pembahasan, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, pemeriksaan diagnostik, dan hasil pengamatan langsung pada pasien. Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien Ny. M usia 68 tahun yang dirawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 09 Maret 2019 diperoleh data : pasien mengeluh sesak nafas dengan frekuensi pernafasan 26x/menit, dengan jenis pernafasan takipnea dan terdengar suara tambahan ronchi serta pasien menggunakan nasal kanul 4 liter/menit, *edema* pada kedua punggung kaki dengan cekungan kembali dalam 7 detik dengan kedalaman 5 mm serta pasien demam sejak 2 hari yang lalu. *Edema* terjadi karena ginjal tidak mampu mengekskresi urin secara normal, respon ginjal yang terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari tidak terjadi.

Sedangkan sesak terjadi akibat retensi natrium dan air yang tertahan mengakibatkan ketidakseimbangan suplai O_2 dengan kebutuhan, selain retensi Na^+ dan H_2O mengakibatkan cairan masuk ke intraseluler menyebabkan *edema* paru dan efusi. Pada kasus di dapatkan sesak akibat cairan di pleura dengan pemeriksaan foto thorax Kesan : *Edema* paru dan Efusi pleura *bilateral*.

Pemeriksaan diagnostik yang didapat adanya nilai ureum 29.7 mg/dL, kreatinin 2.3 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, sedangkan hasil pemeriksaan darah HGB 7,4 g/dl, anemia terjadi karena fungsi ginjal untuk menghasilkan eritropoetin menurun sehingga stimulasi pembentukan sel-sel darah di sum-sum tulang juga menurun. (Suharyanto & Madjid, 2013).

B. Diagnosa keperawatan

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

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi.
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot-otot pernapasan, ansietas, nyeri, obesitas, sindrom hipoventilasi.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, ketidakmampuan makan.
4. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi.
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. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi.
2. Ketidakefektifan pola nafas b/d hiperventilasi.
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. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi. Diagnosa ini tidak diangkat karena pada saat pengkajian keluarga pasien dan pasien paham mengenai penyebab penyakit yang sedang dialami saat ini.
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, anemia retensi produk sampah. Diagnosa ini tidak diangkat karena pada saat pengkajian pasien masih bisa melakukan aktifitas mandiri seperti ke kamar mandi dan makan.
3. 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.

C. Rencana keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul, diantaranya sebagai berikut:

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Pada diagnosa kedua 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 edema, berikan deuretik yang diresepkan. Manajemen elektrolit batasi cairan yang sesuai. Pengaturan hemodinami: tinggikan kaki di tempat tidur.

2. Ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi.

   Pada diagnosa pertama 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, 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.

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

   Pada diagnosa ketiga ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: 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), 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, namun ada beberapa kendala yang dialami perawat terlebih pada diagnosa pertama yaitu kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

dimana pasien sulit untuk mengontrol rasa haus sehingga pasien sering mengkonsumsi air putih yang menyebabkan sesak pasien semakin bertambah dan bengkak pada kedua punggung kaki pasien tidak mengalami perubahan, serta pada diagnosa ketiga yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan, karena nafsu makan kurang sehingga pasien dalam sehari hanya menghabiskan ¼ porsi bubur dari 1 porsi yang telah disediakan yang menyebabkan pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien tidak tercapai.

E. Evaluasi tindakan keperawatan Ny. “M” sebagai berikut :

1. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi. Masalah belum teratasi, edema pada kedua punggung kaki pasien belum berkurang dengan cekungan kembali dalam 6 detik serta TTV maish belum normal. Maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat.
2. Ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi. Frekuensi napas pasien tidak berkurang dari sebelumnya (26-31x/menit), terdengar suara napas tambahan. Masalah belum teratasi, sesak yang dialami pasien belum menunjukan perubahan. Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan

   Masalah belum teratasi, pasien belum ada menunjukkan perubahan. Pasien hanya mampu menghabiskan ¼ porsi bubur yang telah disediakan. BB 46 kg, IMT=17,9 kg/m^2 . Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah melakukan pembahasan kasus, yang membandingkan teori dengan kasus pada pasien di lahan praktek melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien Ny .M dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan Bernadeth III B Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Maka penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

a. Pengkajian

Pada pengkajian penulis mendapatkan data-data sebagai berikut Pengkajian keperawatan pasien Ny. M usia 68 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 08 Maret 2019 dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08 Maret 2019 diperoleh data : pasien mengeluh sesak napas, bengkak pada kedua punggung kaki, keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kerusakan pada kedua ginjalnya. Keluarga pasien mengatakan setiap kali pasien selesai HD pasien kadang merasa demam, serta malas makan karena setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, pasien mengalami penurunan berat badan dari 54 kg menjadi 46 kg. Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan. Keluarga pasien mengatakan dalam satu minggu pasien 3x menjalani cuci darah. Hasil laboratorium : ureum 29.7 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 2.3 mg/dL (nilai normal : ≤ 1,1 mg/dL), dan hasil pemeriksaan darah HGB 7.4 g/dL (nilai normal : 14 – 18 g/dL), WBC 14.50 10^3µL (nilai normal 4.8 – 10.2). pemeriksaan foto thorax , kesan: gambaran bronchitis, edema paru, dan edema paru.

a. Diagnosa Keperawatan meliputi:
    a. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi.
    b. Ketidakefektifan pola nafas b/d hiperventilasi.
    c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan.

b. Intervensi
    a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi intervensi ini diangkat sesuai dengan keadaan pasien.
    b. Ketidakefektifan pola nafas b/d sindrom hipoventilasi intervensi diangkat sesuai dengan keadaan pasien.
    c. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan intervensi ini diangkat sesuai dengan keadaan pasien.

c. Implementasi keperawatan

    Semua rencana keperawatan diimplementasikan dengan baik meskipun ada beberapa hal yang menjadi kendala yang dialami oleh perawat dan keluarga dimana pasien sulit untuk mengontrol rasa haus sehingga pasien ingin selalu minum air dan pasien sulit untuk mengkonsumsi makanan karena nafsu makan pasien kurang.

d. Evaluasi keperawatan

    Diperoleh data: dari ketiga diagnosa yang diangkat semua masalah 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 pentingnya untuk membatasi intake cairan dan protein sehingga tidak mengalami edema.

2. Bagi rumah sakit

   Hendaknya perawat di rumah sakit lebih meningkatkan edukasi terkait dengan bagaimana cara merawat pasien dengan gagal ginjal kronik.

3. Institusi pendidikan

   Kiranya lebih meningkatkan sumber-sumber bacaan di perpustakaan.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner & sudar. 2013. *Keperawatan medikal-bedah*. Jakarta : EGC.

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

Tao, L dan Kendall K, (2013). *Sinopsis Organ System Ginjal*. Tangerang: Karisma Publishing Group.

Medical Record Rumah Sakit Stella Maris Makassar. 2016, 2017, 2018. *Statistik Penyakit Gagal Ginjal Lainnya*. Makassar: Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Muttaqin, Arif dan Sari, Kumala. 2011. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.

Nurif, Huda Amin. 2015. *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC NOC*. Yogyakarta: Medication.

Nursam & Fransiska. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba.

Faradilla, N., 2009. “Gagal Ginjal Kronik (GGK)”. Fakultas Kedokteran Universitas Riau.

Padila. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuhana Medika.

Prabowo dan Pranata. 2014. *Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan. Yogyakarta*: Nuhana Medika.

Suharyanto, T dan Majid, A. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan.* Jakarta. TIM.

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

Depkes RI (2018). Riset Kesehatan Dasar tahun 2018. http://www.kemenkes.kemkes.go.id/assets/upload/dir 519d41d8cd98f00/files/hasil-riskesdas-2018_1274. Diakses tanggal 9 April 2019 (05.00 pm).

STjekyan(2014)Prevalensi_dan_Faktor_Risiko_Penyakit_Ginjal_Kronik https://www.google.com/searchq=jurnal+etiologi+usia+pada+gagal+ginjal+kronik. Diakses tanggal 9 April 2019 (10.00 pm).

http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-2015.pdf. Diakses pada tanggal 10 April 2019 (11.30 am).

https://www.google.com/search?client=firefox-b&ei=QpgUW63tIZP-rQH7jYQg&q=tingkat+kualitas+hidup+pasien&oq=tingkat+kualitas+hidup+pasien&gs. Diakses pada tanggal 10 April 2019 (06.30 pm) .

https://hellosehat.com/obat/ketorolac/ diakses pada tanggal 10 Mei 2019 (02.30 pm).

https://www.alodokter.com/amlodipine diakses pada tanggal 10 Mei 2019 (03.00 pm).

https://www.alodokter.com/furosemide diakses pada tanggal 10 Mei 2019 (03.20 pm).

LEMBAR KONSUL KTI

Nama Mahasiswa : Sifra Padaunan Tambolang
E.1614401038
Yulisia Melina Limbong
E. 1614401041

Judul :Asuhan keperawatan pada Ny "M" dengan gangguan sistem perkemihan gagal ginjal kronik di ruang perawatan St. Bernadeth III.B Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf pembimbing
1.	Rabu 27/02/2019	Kasus kelolaan		
2.	Senin 04/03/2019	BAB I dan II	- Perbaiki latar belakang. - BAB II teoritis lebih diperhatikan sumber-sumber bacaan.	
3.	Rabu 20/03/2019	BAB III	- Pengkajian dibuat lebih simple. - Renpra sesuaikan	

			dengan di nanda.	
4.	Kamis 11/04/2019	BAB I, II, III	- Bab I tambahkan pengantar. - Bab II cari dari sumber buku-buku, internet.	
5.	Senin 15/04/2019	BAB III dan IV	- Implementasi sesuaikan dengan diagnosa prioritas. - Pembahasan yang dituliskan adalah adanya kesenjangan antara kasus dan teori.	
6.	Senin 22/04/2019	BAB I dan II	- Perbaiki pada latar belakang. - Pada tinjauan teori tentang persepsi. - Lanjutkan Bab IV dan V	

7.	Jumat 03/05/2019	BAB IV dan V	- Perbaiki buat kesenjangan antara teori dan yang dilakukan.	
8.	Senin 13/05/2019	BAB IV dan V	- Perbaiki kesimpulan pada intervensi. - Saran untuk pasien, RS, dan Institusi.	
9.	Rabu 15/05/2019	BAB I,II,III,IV,V	- Perbaiki lembar pengesahan. - ACC KTI. - Siap diuji.	