KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”R” DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

MERLIANA FATIMA MUTIARA
E.16144001025
MERLIN SAKKA LELEPADANG
E.1614401026

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Merliana Fatima Mutiara
Merlin Sakka Lelepadang

NIM : E.1614401025
E.1614401026

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Serlina Sandi,Ns.,M.Kep)
NIDN. 0913068201

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung,Ns.,MSN.,DN.Sc)
NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN."R" DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 20 Mei 2019
Pukul : 11.00 – 12.30 WITA
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Sr. Anita Sampe SJMJ,Ns.,MAN ( )
2. Yunita Carolina,Ns.,M.Kep ( )
3. Serlina Sandi,Ns.,M.Kep ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Merliana Fatima Mutiara
Tempat/ Tanggal Lahir	: Konang, 24 Maret 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Cendrawasi No 20

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu	: Yohanes Raji / Fransiska Mutiara
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: PNS
Alamat	: Ngkaer, Flores Manggarai

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDI Inenggaja	: Tahun 2004- 2010
SMP Dharma Bakti	: Tahun 2010- 2013
SMK Santa Mathilda	: Tahun 2013 - 2016
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2016 - 2019

RIWAYAT HIDUP

IV. Identitas Pribadi

Nama	: Merlin Sakka Lelepadang
Tempat/ Tanggal Lahir	: Rantepao, 13 Mei 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl.Rajawali No 35b Asrama Zidam

V. Identitas Orang Tua

Ayah/ Ibu	: Thomas Duma / Hermin Lelepadang
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Jl. Poros Makale-Rantepao, Bua Tallulolo

VI. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 4 Kesu	: Tahun 2003 - 2009
SMPN 1 Kesu	: Tahun 2009 - 2012
SMAN 6 Toraja Utara	: Tahun 2012 - 2015
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2016 - 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul ‘’Asuhan Keperawatan Pada Tn “R” dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan Bernadeth IIIA di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

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

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

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

7. dr. Thomas Soeharto., MMR, selaku Direktur RS Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS Stella Maris Makassar selama kami mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
8. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan Bernadeth IIIA Rumah Sakit Stella Maris yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Segenap dosen beserta staf di STIK Stella Maris Makassar yang ikut membantu dalam memberikan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Keluarga Tn. “R” dan pasien selaku penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerjasama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
11. Teristimewa untuk kedua orangtua dari Merliana Fatima Mutiara (Yohanes Raji Dan Fransiska Mutiara) serta saudara dan semua keluarga yang telah memberikan dukungan, inspirasi, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
12. Teristimewa untuk kedua orangtua dari Merlin Sakka Lelepadang (Thomas Duma dan Hermin Lelepadang) serta saudara dan semua keluarga yang telah memberikan dukungan, inspirasi, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
13. Buat sahabatku Melanny, Jesika, Adi, Trimegi yang telah memberikan semangat serta masukan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan karya tulis ilmiah ini.
14. Teman- teman seangkatan 2016 program DIII keperawatan khususnya kelas DIII Keperawatan IIIA yang selalu saling mendukung, saling membantu dan bekerjasama dengan baik selama mengikuti

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

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

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

Makassar,Mei 2019

Penulis

Merliana dan Merlin

DAFTAR ISI

JUDUL
LEMBAR PERSETUJUAN
LEMBAR PENGESAHAN
RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTAR i
DAFTAR ISI iv
BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Etiologi 13
4. Patofisiologi 16
5. Manifestasi Klinis 19
6. Pemeriksaan Diagnostik 21
7. Penatalaksanaan Medis 21
8. Komplikasi 24
B. Konsep Dasar Keperawatan 25
1. Pengkajian 25
2. Diagnosa Keperawatan 26
3. Intervensi Keperawatan 27
4. Discharge Planning 30
C. Patoflowdiagram 32

BAB III TINJAUAN KASUS
A. Pengkajian 35
B. Analisa Data 54
C. Diagnosa Keperawatan..... 57
D. Intervensi Keperawatan 58
E. Implementasi Keperawatan 67
F. Evaluasi Keperawatan 80
G. Daftar Obat 85
BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pengkajian 87
B. Diagnosa Keperawatan 88
C. Intervensi Keperawatan 89
D. Implementasi Keperawatan 90
E. Evaluasi Keperawatan 91
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN
A. Kesimpulan 93
B. Saran 94
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Semakin meningkatnya arus globalisasi yang berkembang pesat di segala bidang, membawa perubahan pada perilaku gaya hidup masyarakat, serta situasi lingkungan misalnya perubahan konsumsi makanan, berkurangnya aktivitas fisik dan meningkatnya polusi lingkungan. Perubahan gaya hidup masyarakat tersebut tanpa disadari telah memberi pengaruh terhadap terjadinya transisi epidemiologi dengan semakin meningkatnya kasus-kasus penyakit tidak menular. Salah satunya adalah Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolik di dalam darah (Muttaqin & Sari 2014).

Prevelensi penyakit gagal ginjal kronik di seluruh dunia terus meningkat. Secara global lebih dari 500 juta orang, dan harus menjalani hidup dengan bergantung pada terapi hemodialisis sebanyak 1,5 juta orang. Sebayak 36 juta orang warga dunia meninggal akibat penyakit gagal ginjal kronik dan menduduki peringkat ke-12 tertinggi angka kematian di dunia (WHO, 2013).

Penyakit gagal ginjal kronik selama 10 tahun terakhir semakin meningkat. Di Indonesia, berdasarkan Pusat Data dan Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, jumlah pasien gagal ginjal kronik diperkirakan sekitar 50 orang per satu juta penduduk, 60% nya itu adalah usia dewasa dan usia lanjut. Indonesia berada diurutan ke empat sebagai negara terbanyak penderita gagal ginjal kronik. Dengan jumlah penderita mencapai 16 juta jiwa. Jumlah angka penderita semakin meningkat dari tahun ke tahun (Dharma, 2015).

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).

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 *Medical Record* Rumah Sakit Stella Maris Makassar bahwa pada tahun 2016 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 24 orang, dari semua jumlah pasien tersebut ada 6 orang yang meninggal. Pada tahun 2017 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 1 orang dan yang meninggal 1 orang. Pada tahun 2018 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 1 orang.

Peningkatan jumlah penderita gagal ginjal menjadi masalah untuk dunia kesehatan karena gagal ginjal masih menjadi masalah perawatan yang tinggi, sehingga masalah ini harus ditangani dengan serius. Oleh karena itu diperlukan peran perawat terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien CKD, memberikan informasi bagi pasien dan keluarga, serta rencana pengobatan selanjutnya yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Selain itu, diharapkan perawat juga mampu meningkatkan kesehatan penderita baik dari biologi, psikologis, sosial dan spiritual (Sapri,2010).

Berdasarkan data diatas, penulis tertarik untuk mengangkat kasus ini dalam Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di ruang perawatan bernadeth 3A Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Salah satu pemenuhan tugas akhir.

B. Tujuan penulisan

Tujuan penulisan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Tujuan umum

   Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik di rumah sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan khusus

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

   a. Mengkaji dan menganalisa data pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik.
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik.
   c. Menyusun intervensi keperawatan pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik.
   d. Melakukan intervensi/ rencana keperawatan pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik.
   e. Membuat evaluasi keperawatan pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik.

C. Manfaat penulisan

Ada beberapa manfaat dari penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu:

1. Rumah sakit

   Sebagian bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di rumah sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.

2. Institusi/pendidikan

   Manfaat penulisan karya tulis ilmiah ini adalah:

a. Sumber informasi dan tolok ukur keberhasilan program pendidikan keperawatan, meningkatkan mutu pelayanan dalam pendidikan yang akan datang.
b. Untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi mahasiswa/i tentang penyakit gagal ginjal kronik.

3. Pasien/keluarga

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

4. Penulis

   Sebagai syarat dalam menyelesaikan program studi DIII keperawatan di STIK Stella Maris dan menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama pendidikan.

D. Metode penulisan

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

1. Tinjauan kepustakaan

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

2. Pengamatan khusus
   a. Wawancara

      Mengadakan wawancara langsung dengan pasien, keluarga serta pihak yang bersangkutan.

   b. Observasi

      Yaitu pengamatan langsung dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

   c. Pemeriksaan fisik

      Melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien pada tiap-tiap pola melalui: inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi.

d. Studi dokumentasi

Melalui dokumentasi status pasien yang berhubungan dengan data pasien dan hasil pemeriksaan diagnostik pasien.

E. Sistematika penulisan

Karya tulis ilmiah ini terdiri dari 5 Bab yaitu: pada Bab I, diuraikan tentang latar belakang penyakit gagal ginjal kronik, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II, diuraikan tentang tinjauan teoritis yang mana diuraikan menjadi dua point yaitu: konsep dasar medik yang terdiri dari: pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi; sedangkan konsep dasar keperawatan terdiri dari: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, perencanaan pulang, serta patoflowdiagram. Bab III, diuraikan tentang pengamatan kasus dimana diuraikan tentang pengkajian pada pasien, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evalusai. Bab IV, diuraikan tentang pembahasan kasus yang merupakan analisa dalam mengaitkan dan membandingan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus. Bab V, berisi penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran yang dapat diajukan sebagai masukan yang kiranya dapat bermanfaat bagi instiusi.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

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 metabolik di dalam darah (Muttaqin & Sari 2014).

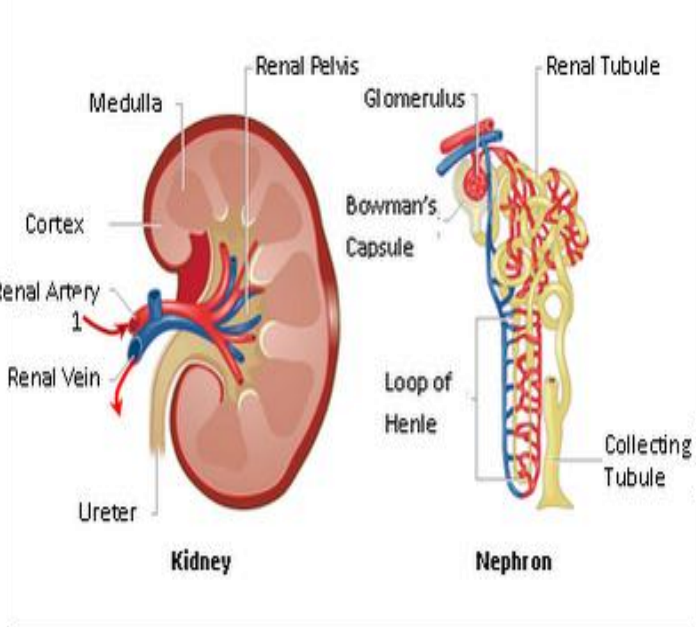
Gagal ginjal kronik adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible* dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia atau azotemia (Brunner & Suddarth, 2013).

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 structural maupun fungsional (Faradilla, 2009).

Dari beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa penyakit gagal ginjal kronik adalah kegagalan fungsi ginjal yang progresif dalam mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi penumpukan sisa metabolisme dalam darah.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Ginjal



Gambar 2.1 Anatomi ginjal

(Sumber Bagas Nugraha, 2010)

1) Struktur ginjal

Ginjal merupakan organ yang berbentuk seperti kacang, berwarna merah tua, terletak di kedua sisi kolumna vertebralis. Ginjal terlindung dengan baik dari trauma langsung karena di sebelah posterior dilindungi oleh tulang kosta dan otot-otot meliputi kosta, sedangkan dibagian anterior dilindungi oleh bantalan usus yang tebal. Ginjal kanan sedikit lebih rendah dibandingkan dengan ginjal kiri karena tertekan ke bawah oleh hati. Pada orang dewasa ginjal panjangnya 12-13cm, tebalnya 6 cm dan beratnya 120-150 gram (Suharyanto & Madjid, 2013).

2) Nefron

Nefron merupakan unit fungsional dari ginjal. Nefron menyaring darah dan mengontrol komposisinya. Setiap nefron berawal dari berkas kapiler yang terdiri dari (Syaifuddin, 2012) :

a) Glomerulus

Glomerulus merupakan gulungan atau anyaman kapiler yang terletak di dalam kapsula bowman (ujung buntu tubulus ginjal yang bentuknya seperti kapsula cekung menutupi glomerulus yang saling melilitkan diri).

b) Tubulus Proksimal Konvulta

Tubulus ginjal yang langsung berhubungan dengan kapsula bowman dengan panjang 15mm dan diameter 55µm. Bentuknya berkelok-kelok menjalar dari korteks ke bagian medula dan kembali ke korteks. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi diabsorbsi secara isotonik bersama klorida dan melibatkan transportasi aktif natrium. Peningkatan reabsorbsi natrium akan mengurangi pengeluaran air dan natrium. Hal ini dapat mengganggu pencernaan dan pemekatan urine yang normal. Kalium diabsorbsi lebih dari 70%, kemungkinan dengan mekanisme transportasi aktif akan terpisah dari reabsorpsi natrium.

c) Ansa Henle

Ansa henle bentuknya lurus dan tebal, diteruskan ke segmen tipis. Selanjutnya ke segmen tebal, panjangnya 12mm, total panjang ansa henle 2-14mm. Klorida secara aktif diserap kembali pada cabang asendens ansa henle dan natrium bergerak 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 reabaorbsi aktif klorida pada segmen nefron ini.

d) Tubulus Distal Konvulta

Bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok dan letaknya jauh dari kapsula bowman, panjangnya 5mm. Tubulus distal dari masing-masing nefron bermuara ke duktus koligens yang panjangnya 20mm. Masing-masing duktus koligens berjalan melalui korteks dan medula ginjal yang bersatu membentuk suatu duktus yang berjalan lurus dan bermuara ke dalam duktus bellini seterusnya menuju kalik minor ke kalik mayor dan akhirnya mengosongkan isinya ke dalam pelvis renalis pada apeks masing-masing piramit medula ginjal. Panjang nefron keseluruhan ditambah dengan duktus koligen adalah 45-64 mm.

e) Duktus Koligens Medulla

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 istrahat. 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 melaluo sistem vena ginjal (syaifuddin, 2014).

b. Fisiologi Ginjal

1) Fungsi primer ginjal adalah mempertahankan volume dan komposisi cairan ekstrasel dalam batas normal. Komposisi dan volume cairan ektrasel dikontrol oleh filtrasi glomerulus, reabsorpsi dan sekresi tubulus (Price, Sylvia Anderson, 2005).

2) Ginjal mempunyai fungsi utama, yaitu:

a) Fungsi Ekskresi

(1) Mempertahankan osmolitas 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).

3) Kedua ginjal mampu memproduksi konsentrasi urine dengan konsentrasi osmotik 1200-1400 mOsm/L, melebihi empat kali konsentrasi plasma. Proses pembentukan urine terdiri dari tiga proses, diantaranya:

a) Proses Filtrasi

Proses pembentukan urin dimulai ketika darah melalui glomerulus. Glomerulus yang merupakan struktur awal nefron tersusun dari jonjot-jontot kapiler yang mendapat darah dari vasa aferen dan mengalirkan darah balik lewat vasa aferen. Tekanan darah menentukan berapa tekanan dan kecepatan aliran darah yang melalui glomerulus. Ketika darah berjalan melewati struktur ini filtrasi terjadi. Air dan molekul-molekul yang kecil akan dibiarkan lewat, sementara molekul-molekul yang besar tetap bertahan dalam aliran darah. Cairan disaring lewat jonjot-jonjot kapiler glomerulus dan memasuki tubulus. Cairan ini dikenal sebagai *filtrat.*

b) Proses Reabsorpsi

Proses reabsorpsi berlangsung pada tubulus proksimal, ansa henle, tubulus distal dan duktus koligens. Prinsip reabsorpsi adalah bila zat tersebut masih dibutuhkan oleh tubuh maka akan direabsorpsi dan jika tidak akan dibuang. Disini terjadi penyerapan kembali sebagian dari air, glukosa, sodium, chloride, fosfat, sulfat dan beberapa ion bikarbonat.

c) Proses Sekresi

Sisa hasil reabsorpsi akan dialirkan ke papilla renalis dan diteruskan ke pelvis renalis dan selanjutnya diteruskan keluar sebagai urine.

4) Pengaturan Hormon terhadap Fisiologi ginjal

Pengaturan akhir dari urine diatur oleh tiga 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 dan kadar natrium di bawah 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 menkontrisi otot polos di sekeliling arteriole. Hal ini meningkatkan tekanan darah dan selanjutnya meningkatkan GFR *(glomerulo filtration rate)* angiotensin juga merangsang sekresi hormon aldosteron yang mempengaruhi osmolaritas urine. Korteks adrenal jika dirangsang oleh angiotensin II, akan mensekresi aldosteron yang dapat meningkatkan

reabsorpsi air ginjal, meningkatkan tekanan darah dan menurunkan osmolaritas serum.

5) Keseimbangan asam-basa ginjal

Agar sel dapat berfungsi normal, perlu juga dipertahankan pH 7,35 untuk darah vena dan pH 7,45 untuk darah arteri. Keseimbangan ini dapat dicapai dengan mempertahankan rasio darah biokarbonat dan karbondioksida. Ginjal dan paru-paru bekerja dengan menyesuaikan jumlah karbondioksida dalam darah. Ginjal mensekresikan atau menahan bikarbonat dan ion hidrogen sebagai respon terhadap pH darah.

6) Pengaturan keseimbangan cairan

Konsentrasi total solut cairan tubuh orang normal sangat konstan meskipun fluktuasi asupan dan eksresi air dan solut cukup besar. Kadar plasma dan cairan tubuh dapat dipertahankan dalam batas-batas yang sempit melalui pembentukan urine yang jauh lebih pekat (augmentasi/pemekatan) atau lebih encer dibandingkan dengan plasma darimana urine di bentuk. Cairan yang banyak diminum menyebabkan cairan tubuh menjadi encer. Urine menjadi encer dan kelebihan air akan diekskresikan dengan cepat. Sebaliknya, pada waktu tubub kehilangan air dan asupan solut berlebihan menyebabkan cairan tubuh menjadi pekat, maka urine 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 gagal ginjal kronis adalah sebagai berikut:

a. Faktor presipitasi

1) Glomerulonefritis Kronik

Pada glomerulonefritis kronik terjadi infeksi yang berulang, dimana ukuran ginjal sedikit berkurang sekitar seperlima dari ukuran normal dan terjadi dari jaringan fibrosa yang luas. Bekas 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, 2013).

2) Penyakit ginjal polikistik

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

Terjadinya sumbatan di sepanjang saluran kemih akibat terbentuknya semacam batu yang 80% terdiri dari kalsium dan beberapa bahan lainnya. Ukuran batu ginjal hanya sebesar butiran pasir ada pula yang sebesar bola golf.

4) Pielonefritis dan nefritis interstitial lain

Mulai hilangnya progresifitas nefron akibat inflamasi kronik 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 molekul yang masih diperlukan oleh tubuh sehingga terjadi gagal ginjal (Smeltzer dan Bare, 2001).

5) Diabetes mellitus

Pada diabetes mellitus 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 menghambat aliran darah. Penurunan aliran darah menyebabkan hipertropi ginjal. Hipertrofi ginjal terjadi akibat peningkatan kerja ginjal untuk menyerap ulang glukos.

6) Nefropati toksik (agen toksik)

Penggunaan agen-agen toksik dapat menyebabkan insufisiensi renal terutama jika disertai NSAID menyebabkan nefritis interstitial dan nekrosis papiler. Gagal ginjal kronik dapat terjadi akibat penyalahgunaan analgesik dan pajanan timbal (Price, Sylvia Anderson, 2015).

7) Hipertensi

Sistem saraf merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan akitvitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliaran darah ke ginjal, sehingga terjadi atrofi ginjal (Smeltzer dan Bare, 2001)

8) Infeksi saluran kemih

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

9) Gaya hidup

Hal-hal yang merupakan penyebab terajadinya gagal ginjal adalah gaya hidup, seperti sering menahan kencing, kurang konsumsi air, peningkatan berat badan, mengkonsumsi makanann yang banyak mengandung kolesterol, kurang olahraga serta merokok.

10) Lingkungan

Lingkungan dan agen berbahaya yang mempengaruhi penyakit ginjal kronik mencakup timah, kadnium, merkuri dan kronium.

b. Faktor Predisposisi

Umur

Fungsi renal dan traktus urinarius akan berubah seiring dengan bertambahan usia. Lansia yang berumur antara 55-65 tahun merupakan kelompok yang berkembang cepat untuk mengalami renal tahap akhir (Slemetzer dan Bare, 2001)

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, shingga terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak tertimbun produks sampah, maka kerusakan ginjal semakin berat.

Nefron yang berfungsi sebangai 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) kliners 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 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 kecenderungan 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. Terjadinya asidosis metabolik seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresi muatan asam (H^+) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam, terutama akibat ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mengekskresi ammonia (NH_3) dan mengabsorpsi 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 di produksi 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 menurunya 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 (pruritis, kulit kering bersisik). Selain itu, metabolisme aktif vitamin D (1,25 – dehidrokolikalsiferol) 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 I 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 di bawah 30 ml/menit di mana mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada GFR di bawah 30 ml/menit pasien memperlihatkan uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritis dan mual muntah. Pasien juga terkena infeksi seperti ISK, infeksi saluran nafas dan infeksi saluran pencernaan.

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

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

e. Stadium V atau gagal ginjal (<15 ml/menit)

   Pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal *(Replacement 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. Kardiovaskuler

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

b. Saluran Cerna

Biasanya terjadi bau ammonia ketika bernapas, pengecapan ras 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 nafas, takipnea, pernapasan kussmaul, penumonitis uremik.

d. Muskuloskeletal

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

e. Integumen

Biasanya kulit keabu-abuan, kulit kering dan gampang terkelupas, pruritis 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 emenorea, atrofi testis, ketidaksuburan, penuruan libido.

h. Sistem hematologi

Biasanya terjadi anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritropoeitin dan dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopenia (Brunner dan Suddarth edisi 12, 2013).

6. Pemeriksaan Diagnostik

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

a. Uji Kliners 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 di bawah nilai normal sebesar 125ml/menit.

b. Kreatinin Serum

Pada pemeriksaan kreatinin serum makan 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 10-20 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 azomtemia (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 Medis

Pengobatan gagal ginjal kronik dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Penatalaksanaan konservatif

Tujuan pengobatan pada tahan ini adalah untuk meredahkan dan memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif.

1) Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan

a) Pembatasan protein

Tidak hanya mengurangi BUN tetapi juga mengurangi asupan kalium dan fosfat, serta mengurangi produksi ion hidrogen yang berasal dari protein.

b) Diet rendah kalium

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

c) Diet rendah natrium

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

d) Pengaturan cairan

Aturan yang dipakai untuk menentukan banyaknya asupan cairan pada penderita gagal ginjal kronik yaitu jumlah cairan yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir + 500ml.

2) Pencegahan dan pengobatan komplikasi

a) Hipertensi

Hipertensi dapat dikontrol dengan pembatasan natrium dan cairan, pemberian obat hipertensi dan pemberian diuretik (furosemide /lasix).

b) Hiperkalemia

Hiperkalemia merupaka kompliksi yang sangat serius karena bila K^+ serum mencapai sekitar 7mEq/L dapat mengakibatkan aritmia dan henti jantung. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena, yang akan memasukkan K^+ kedalam sel atau dengan pemberian kalsium glukonat 10%.

c) Anemia

Anemia pada gagal ginjal kronik diakibatkan penurunan sekresi eritropoetin, pemberian vitamin dan asam folat, besi dan transfusi darah.

d) Asidosis

Asidosis ginjal biasanya tidak diobati kecuali HCO_3 plasma turun di bawah angka 15mEq/L. Bila asidosis berat akan dikoreksi dengan pemberian Na HCO_3 parenteral.

e) Diet rendah fosfat

Diet rendah fosfat dengan pemberian gel yang dapat mengikat fosfat harus dimakan bersama dengan makanan.

f) Pengobatakan hiperurusemia

Obat pilihan untuk mengobati hiperurisemia pada penyakit ginjal lanjut adalah pemberian allopurinol.

b. Dialisis

Dialisis diadakan apabila kadar kreatinin serum biasanya diatas 6mg/100ml pada laki-laki atau 4mg/100ml pada wanita, dan GFR kurang dari 60ml/menit.

c. Transplantasi ginjal

Transplantasi ginjal merupakan terapi pengganti ginjal (anatomi dan faal). Pertimbangan program transplantsi ginjal yaitu:

1) Cangkok ginjal *(kydney transplan)* dapat mengambil alih seluruh (100%) faal ginjal, sedangkan hemodialisis hanya mengambil alij 70-80% faal ginjal alamiah.
2) Kualitas hidup kembali normal
3) Masa hidup *(survei rate)* lebih lama
4) Komplikasi (biasanya dapat diantisipasi) terutama berhubungan dengan obat imunosupresif untuk mencegah relasi penolakan
5) Biaya lebih murah dan dapat dibatasi.

8. Komplikasi

Penyakit gagal ginjal kronik jika tidak segera ditangani akan menimbulkan komplikasi-komplikasi sebagai berikut:

a. Hiperkalemia

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

b. Perikarditis

Perikarditis timbul akibat efusi perikardial dan temponade jantung akibat retensi. Produk 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 eritropetin, penurunan tentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah hemodialisa.

e. Penyakit tulang

Penyakit tulang terjadi akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, meabolisme vitamin D abnormal dan peningkatan kadar aluminium.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola Presepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

Riwayat DM , hipertensi lama atau berat. Palpitasi, nyeri dada (angina), riwayat terpajan pada toksin, contoh obat, penggunaan antibiotik nefrostatik saat ini/ berulang.

Hipertensi, nadi kuat, edema jaringan umum dan pitting pada kaki, telapak kaki, telapak tangan. Batuk dengan atau tanpa sputum kental dan banyak, takipnea, dispnea.

b. Pola Nutrisi Metabolik

Peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnurtisi). Anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa tidak sedap pada mulut (pernapasan amonia). Distensi abdomen, perubahan turgor kulit, edema, penampilan tidak bertenaga.

c. Pola Eliminasi

Penurunan frekuensi urin, oliguria, anuria, abdomen kembung, diare atau konstipasi. Perubahan warna urin, contoh kuning pekat, merah soklat berwarna, oliguria,dapat menjadi anuria.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Kelemahan, malaise, gangguan tidur (insomnia/ gelisah atau somnolen)

e. Pola Tidur dan Istrahat

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

f. Pola presepsi kognitif

Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot. Gangguan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, rambut tipis, kuku rapuh dan tipis.

g. Pola Presepsi dan Konsep Diri

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

h. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama

Kesulitan menentukan kondisi, contoh: tidak mampu bekerja, mempertahakankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

Penurunan libido, amenorea dan infertilitas.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

Keamanan, kulit gatal, demam, sepsis dan dehidrasi

k. Pola Nilai Kepercayaan

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan potensial untuk pasien dengan Gagal Ginjal Kronik

a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium.

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

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan nafsu makan, mual/muntah, pembatasan diet dan stomatitis.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring.

e. Risiko kerusakan integritas kulit dengan faktor risiko edema, kulit kering, pruritis, gangguan sirkulasi vena akibat

pembedahan pembuatan akses darah hemodialisa, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi dan 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. Dignosa keperawatan I: Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot pernapasan, ansietas, nyeri dan obesitas.

Hasil yang diharapkan:

1) Frekuensi pernafasan (20-26x/menit)
2) Suara nafas tambahan
3) Irama pernafasan

Intervensi:

1. Monitor pernapasan:
   - Pantau kecepatan irama, kedalaman dan upaya pernapasan.
   - Monitor suara napas tambahan.
   - Auskultasi suara nafas
2. Manajemen jalan nafas:
   - Posisikan untuk memanimalkan ventilasi dan mengurangi sesak nafas.
   - Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya.
   - Kelola pengobatan sebagaimana mestinya
3. Monitor tanda-tanda vital

b. Diagnosa keperawatan II: Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium.

Hasil yang diharapkan:

1) Tekanan darah dalam batas normal

2) Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam
3) Asites
4) Edema perifer

Intervensi:

1) Manajemen cairan
   - Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien.
   - Jaga intake/ asupan yang akurat dan catat output serta lakukan balance cairan selama 24 jam.
   - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat
   - Monitor tanda-tanda vital pasien.
2) Terapi hemodialisa

   Lakukan hemodialisa sesuai jadwal yang ditentukan.

c. Dignosa keperawatan III: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring.

   Hasil yang diharapkan:

   1) Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas
   2) Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian
   3) TTV dalam batas normal.

   Intervensi:

   a. Manajemen energy
      - Kaji tingkat kempuan pasien untuk berpindah-pindah dari satu tempat, berdiri dan melakukan aktifitas sehari-hari.
      - Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan pokok (makan dan minum, mandi, BAK, BAB, mobilisasi).
      - Jelaskan kepada keluarga dan pasien pentingnya membatasi aktivitas yang menyebabkan keletihan dan pusing.
   b. Manajemen lingkungan
      - Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang.

- Atur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal hingga dada (misalnya posisi kepala 45^{o})

c. Monitor tanda-tanda vital

d. 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 situasiindividu, bebas edema.

Intervensi :

1) Kaji status nutrisi, perubahan berat badan, pengukuran antropometrik, nilai laboratorium (elektrolit serum, BUN, kreatinin, protein, transferin, dan kadar besi).
2) Kaji pola diet nutrisi pasien, riwayat diet, makanan kesukaan,hitung kalori.
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.
4) Menyediakan makanan kesukaan pasien dalam batas-batas diet.
5) Tingkatkan masukan protein yang mengandung nilai biologis tinggi; telur, produk susu, daging.
6) Anjurkan cemilan tinggi kalori, rendah protein, rendah natrium diantara waktu makan.
7) Beri makan sedikit tapi sering.

e. Resiko kerusakan integritas kulit dengan faktor risiko edema, kulit kering, pruritis, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan pembuatan akses darah hemodialisa,

gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi dan hiperglikemia.

Hasil yang diharapkan : mempertahankan kulit utuh.

Intervensi :

1) Inspeksi kulit terhadap perubahan warna, turgor, vaskular.Perhatikan kemerahan, ekskoriasi. Observasi terhadap ekimosis, purpura.
2) Inspeksi area tergantung terhadap edema.
3) Ubah posisi dengan sering; gerakkan pasien dengan perlahan; beri bantalan pada tonjolan tulang dengan kulit.
4) Berikan perawatan kulit, batasi penggunaan sabun, berikan salep atau krim, misalnya Lanolin, Aquaphor.

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

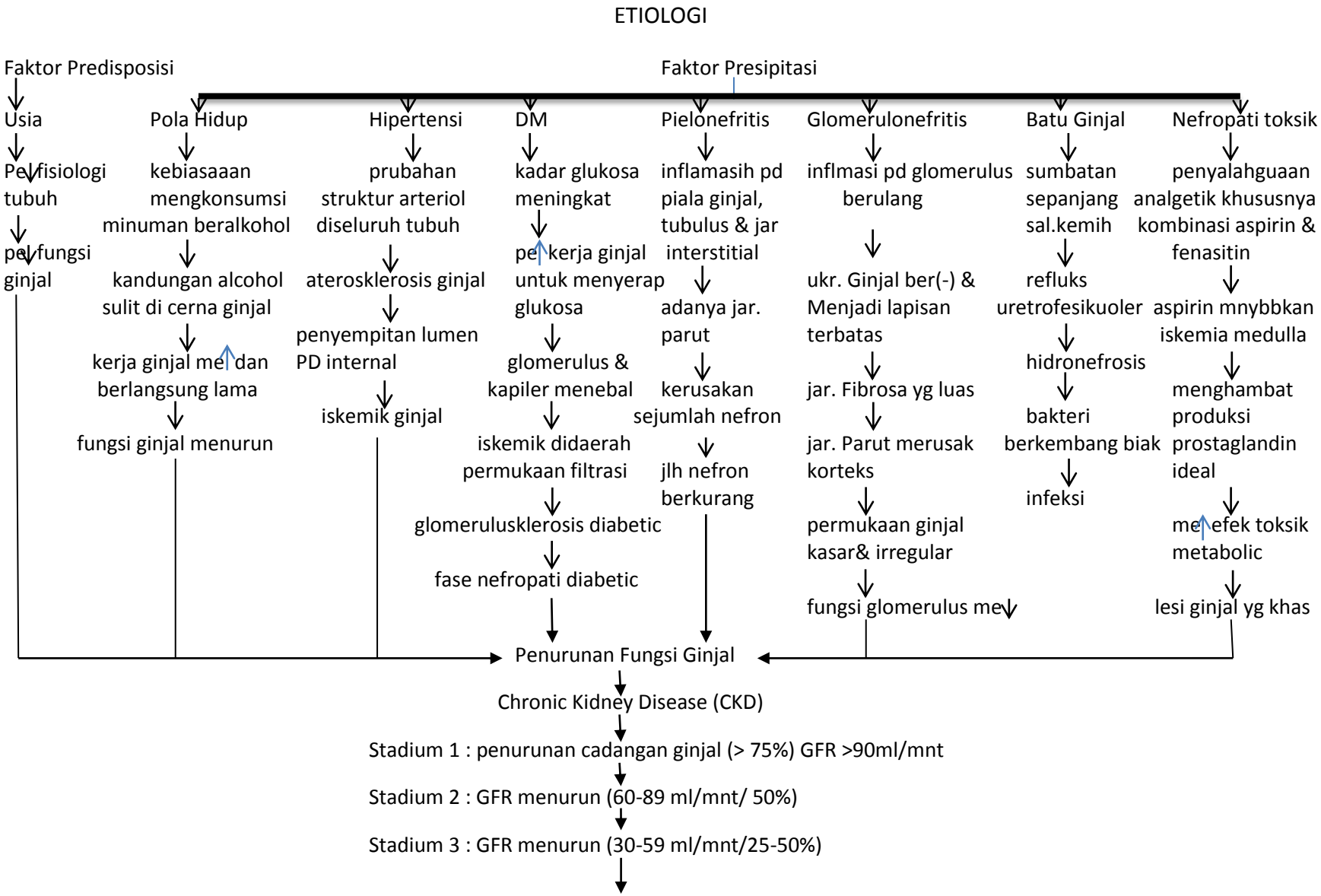
Adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut:

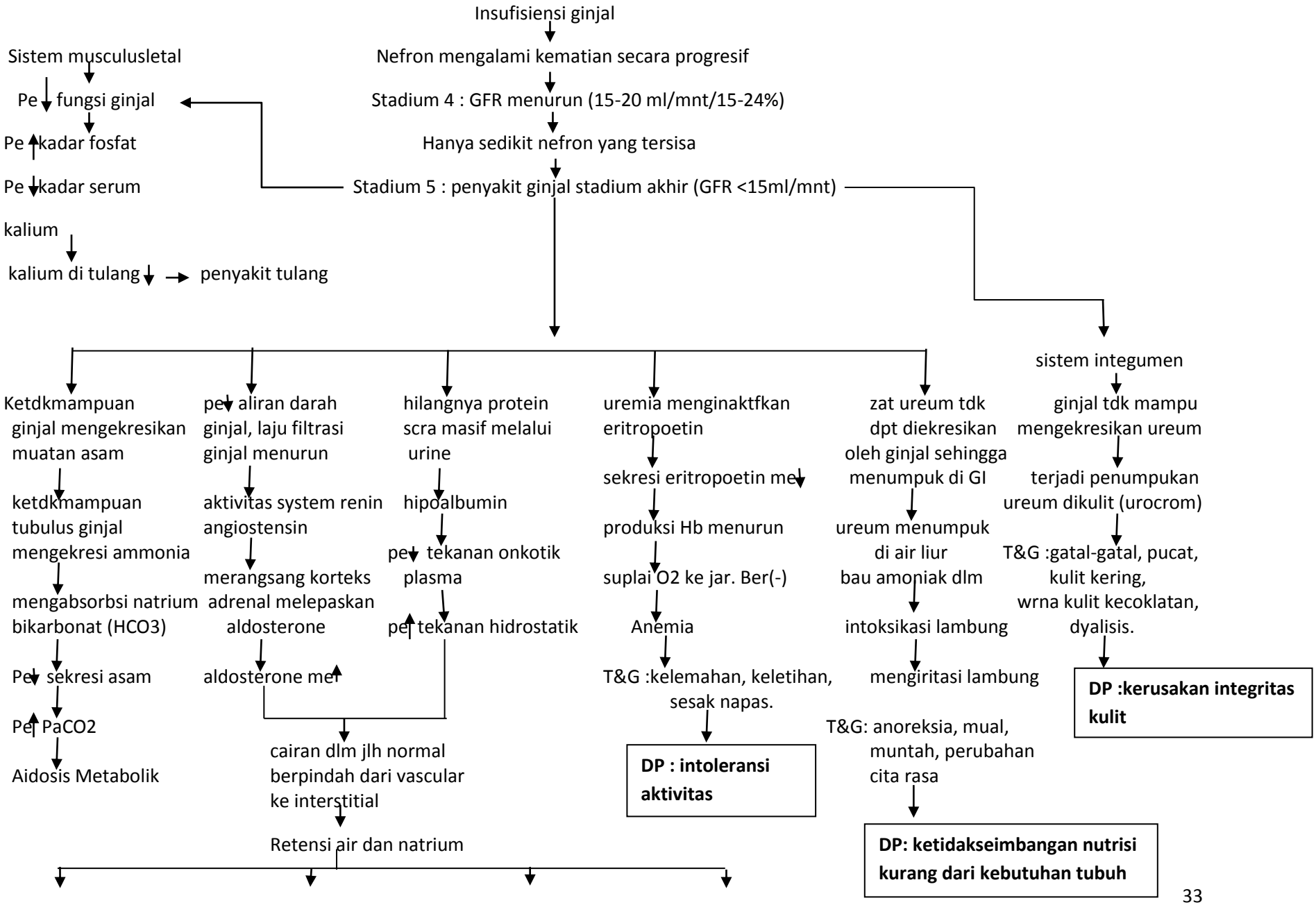
a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit Gagal Ginjal Kronis misalnya mual, muntah, pengeluaran haluaran urin, napas berbau amoniak.
b. Obat : Beritahu klien dan keluarga tentang daftar nama obat dosis, waktu pemberian obat, jangan mengkonsumsi obat-obatan 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, mengkonsumsi makanan rendah natrium dan kalium. Keluarga harus memperhatikan benar - benar pola

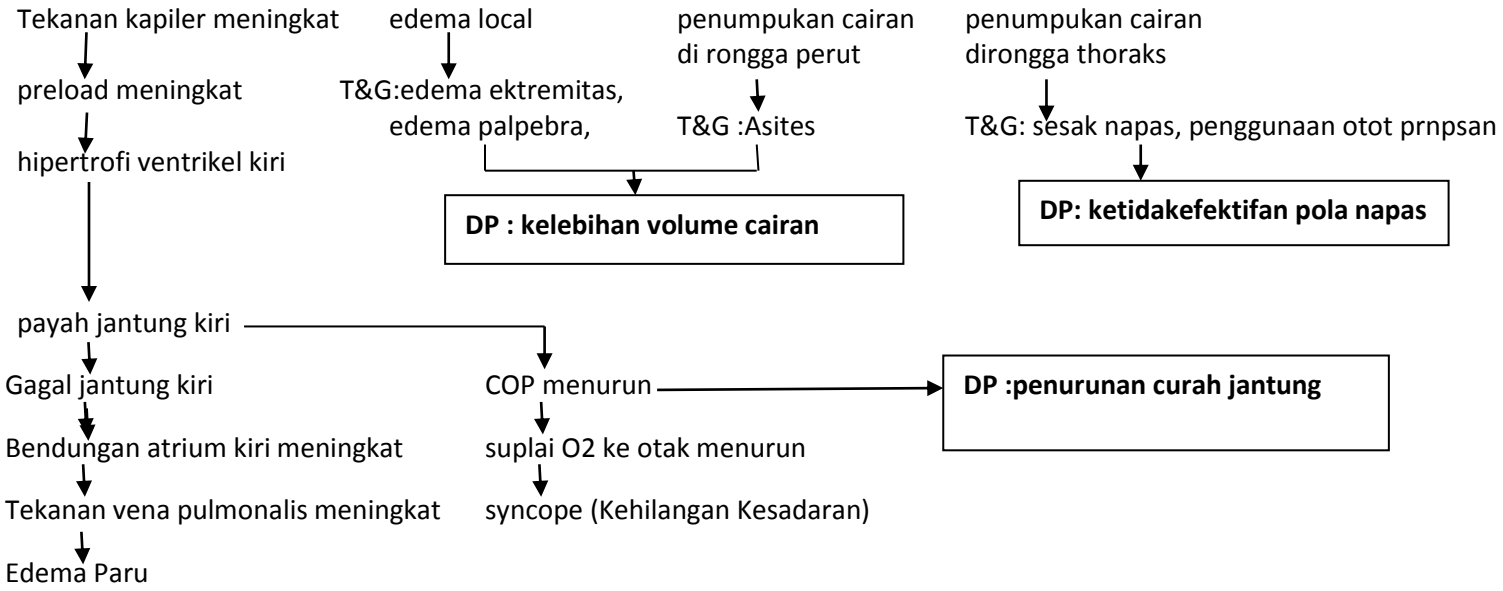
makan klien, membatasi pemasukan cairan. Jangan membiasakan diri untuk menahan buang air kecil, pertahankan berat badan normal, timbang berat badan secara teratur, serta hindari minuman beralkohol termaksuk bir, anggur, wiski dan minuman keras lainnya.

d. Latihan : Melatih membuat jantung lebih kuat, menurunkan tekanan darah, dan membantu membuat klien tetap sehat. Cara terbaik untuk mulai berolahraga perlahan-lahan dan lakukan lebih berat untuk membuat klien lebih kuat, lakukan beberapa kegiatan yang sudah dijadwalkan bersama dokter dan perawat secara rutin (Prabowo & Pranata, 2014).

C. Patoflowdiagram




Insufisiensi ginjal
Nefron mengalami kematian secara progresif
Stadium 4 : GFR menurun (15-20 ml/mnt/15-24%)
Hanya sedikit nefron yang tersisa
Stadium 5 : penyakit ginjal stadium akhir (GFR <15ml/mnt)
Sistem musculusletal
Pe ↓ fungsi ginjal
Pe ↑ kadar fosfat
Pe ↓ kadar serum kalium
kalium di tulang ↓ → penyakit tulang
Ketdkmampuan ginjal mengekresikan muatan asam
ketdkmampuan tubulus ginjal mengekresi ammonia
mengabsorbsi natrium bikarbonat (HCO3)
Pe ↓ sekresi asam
Pe ↑ PaCO2
Aidosis Metabolik
pe ↓ aliran darah ginjal, laju filtrasi ginjal menurun
aktivitas system renin angiostensin
merangsang korteks adrenal melepaskan aldosterone
aldosterone me↑
cairan dlm jlh normal berpindah dari vascular ke interstitial
Retensi air dan natrium
hilangnya protein scra masif melalui urine
hipoalbumin
pe↓ tekanan onkotik plasma
pe↑ tekanan hidrostatik
uremia menginaktfkan eritropoetin
sekresi eritropoetin me↓
produksi Hb menurun
suplai O2 ke jar. Ber(-)
Anemia
T&G :kelemahan, keletihan, sesak napas.
DP : intoleransi aktivitas
zat ureum tdk dpt diekresikan oleh ginjal sehingga menumpuk di GI
ureum menumpuk di air liur
bau amoniak dlm
intoksikasi lambung
mengiritasi lambung
T&G: anoreksia, mual, muntah, perubahan cita rasa
DP: ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
sistem integumen
ginjal tdk mampu mengekresikan ureum
terjadi penumpukan ureum dikulit (urocrom)
T&G :gatal-gatal, pucat, kulit kering, wrna kulit kecoklatan, dyalisis.
DP :kerusakan integritas kulit


Tekanan kapiler meningkat
preload meningkat
hipertrofi ventrikel kiri
payah jantung kiri
Gagal jantung kiri
Bendungan atrium kiri meningkat
Tekanan vena pulmonalis meningkat
Edema Paru
edema local
T&G:edema ektremitas,
edema palpebra,
penumpukan cairan
di rongga perut
T&G :Asites
DP : kelebihan volume cairan
penumpukan cairan
dirongga thoraks
T&G: sesak napas, penggunaan otot prnpsan
DP: ketidakefektifan pola napas
COP menurun
DP :penurunan curah jantung
suplai O2 ke otak menurun
syncope (Kehilangan Kesadaran)

BAB III
TINJAUAN KASUS

Tn “R” berumur 50 tahun dirujuk dari rumah sakit Fatima Makale Tana Toraja pada tanggal 05 Maret 2019 dan tiba di IGD rumah sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 06 Maret 2019 pukul 03.00 WITA dengan keluhan sesak napas sejak 3 hari yang lalu,tampak edema pada kedua kaki pasien, tampak pasien asites dan tampak sesak pasien bertambah saat melakukan aktifitas berlebihan. Pasien masuk di ruang perawatan Bernadeth IIII.A dengan diagnosa medik CKD (Chronic Kindey Disease).

Pada tanggal 06 Maret 2019 dilakukan pengkajian dan diperoleh data yaitu keadaan umum tampak sakit sedang, pasien tampak sesak napas menggunakan nasal kanul 4 liter, serta edema pada kedua kaki dengan pitting edema derajat 3 (5mm), tampak asites dengan lingkar perut 118cm, tampak pasien kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya sendiri. Pasien terbaring dengan posisi semi fowler. Hasil pemeriksaan Hasil pemeriksaan foto thorax AP: gambaran bronchitis, cardiomegaly dan edema paru. Hasil lab 06 Maret 2019, ureum : 344.6 mg/dL,creatinine 5.9 mg/dL,albumin : 2,84 g/dL. Terapi yang diberikan pada pasien furosemide 20mg/12 jam/IV, amlodipine 10mg/24jam/oral.

Setelah melakukan pengkajian, diagnosa keperawatan diangkat untuk melaksanakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada pasien adalah ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi, kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi, intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

A.Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji :	1. Merliana Fatima Mutiara (E1614401025) 2. Merlin Sakka Lelepadang (E1614401026)

Unit : Bernadeth III A Autoanamnese : √

Kamar : 356^2 Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 06/03/2019

Tanggal Pengkajian : 06/03/2019

1. Identitas
   a. Pasien

Nama initial	: Tn. “R”
Umur	: 50 tahun
Jenis kelamin	: Laki – laki
Status Perkawinan	: Belum Menikah
Jumlah Anak	: -
Agama/Suku	: Protestan/Toraja
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: D3 Ilmu Gizi
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat rumah	: Sangbua’ Kec.Kesu, Toraja Utara

   b. Penanggung Jawab

Nama	: Ny. “P”
Umur	: 60 tahun
Alamat	: Sangbua’ Kec.Kesu’ Toraja Utara
Hubungan dengan pasien	: Sepupu

2. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk : CKD (*Chronic Kindey Disease*) + Sesak + Asites

Saat pengkajian : CKD (*Chronic Kindey Disease*) Stage 4 + edema paru+Asites

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan : Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur dengan posisi semifowler. Tampak terpasang conecta di tangan bagian sebelah kanan. Tampak terpasang O_2 nasal kanul 4 liter. Observasi tanda – tanda vital TD : 150/90 mmHg, S : 37°c, P : 30x/menit, N : 88x/menit.

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (Kualitatif) : Compos mentis

Skala Koma Glasgow (Kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan Darah : 150/90 mmHg

MAP : 110 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 37°c di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 30 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea

☐ Kusmaull ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 88 x/menit

☑ ☐ ☐

Irama : Teratur Bradikardi Takikardi

√ Kuat ☐ Lemah

6) Pengukuran

a) Lingkar lengan atas : 29 cm

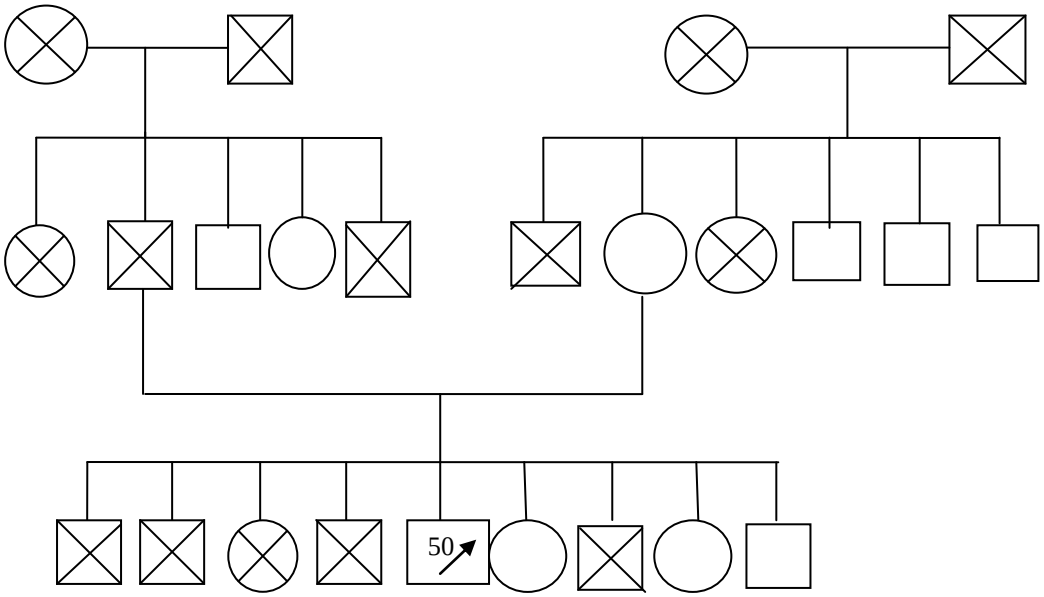
b) Tinggi badan : 160 cm

c) Berat badan : 79 kg (tidak akurat karena pasien asites)

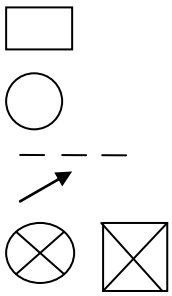
d) IMT (Indeks Massa Tubuh) : Tidak dihitung karena pasien asites

Kesimpulan : Tidak bisa disimpulkan karena pasien asites

7) Genogram



Keterangan



: Pria

: Wanita

: Tinggal Serumah

: Pasien

: Meninggal

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan jarang sekali untuk berolahraga. Pasien mengatakan ia tidak pernah mengkonsumsi alcohol, pasien hanya mengkonsumsi suplemen/vitamin dan minum susu. Pasien mengatakan selalu menjaga, kebersihan tubuh dan lingkungan sekitar. Keluarga pasien juga mengatakan lingkungan tempat tinggal bersih.

2) Riwayat Penyakit Saat ini

a) Keluhan utama : Pasien sesak nafas.

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan mengalami sesak pada hari minggu malam 03 Maret 2019 sehingga keluarga membawa pasien ke RS Fatima Makale untuk mendapatkan pertolongan. Pasien mengatakan dirujuk ke RS Stella Maris Makassar pada hari selasa malam dan tiba di IGD RS Stella Maris Makassar pada hari rabu pagi 06 Maret 2019. Pada saat pengkajian pasien mengatakan mengalami sesak napas sejak 3 hari yang lalu, pasien merasa sesak bertambah jika melakukan banyak aktifitas dan pada saat tidur dengan posisi terlentang. Selain sesak pasien juga mengeluh bengkak pada kedua kaki dan perutnya yang dialami sekitar ± 1 tahun. Tampak pasien pernapasan 32x/menit. Tampak pasien memakai selang 0_2 nasal kanul 4liter dengan posisi semifowler, lingkar perut 118 cm dan pitting edema derajat 3 (5mm).

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan ia mengalami riwayat hipertensi dan diabetes militus ±10 tahun. Pasien mengatakan

tidak rutin mengkonsumsi obat hipertensi dan tidak pernah memperhatikan pola dan jenis makanan yang dimakannya. Pasien mengatakan tahun lalu pernah masuk di RS Siloam Makassar dan ditemukan hasil pemeriksaan pasien mengalamai gagal ginjal namun pasien tidak langsung melakukan cuci darah, pasien kembali ke kampungnya Toraja untuk melakukan pengobatan kampung.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan Ibu pasien memiliki riwayat hipertensi, ayah pasien memiliki riwayat diabetes melitus dan 2 saudaranya meninggal karena diabetes melitus.

e) Pemeriksaan fisik

(1) Kebersihan rambut :Tampak bersih, beruban
(2) Kulit kepala :Tampak bersih, tidak ada ketombe
(3) Kebersihan kulit :Tampak ada bekas lesi dan bersisik
(4) Hygene rongga mulut : Tampak rongga mulut kotor
(5) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Mengatakan pola makannya teratur, yaitu 3 x sehari dan pola minumnya juga teratur, yaitu 7 – 8 gelas per hari atau sekitar 1.500 cc. Pasien mengatakan ia suka mengkonsumsi ikan, tahu, tempe, daging dan sayur. Pasien juga mengatakan kadang mengkonsumsi buah – buahan dan juga pasien selalu minum vitamin/suplemen

dan susu. Pasien mengatakan berat badannya sebelum sakit 80 kg. Pasien tidak menjalani diet.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan di Rumah Sakit nafsu makan pasien baik. Pasien mengatakan makan seperti biasanya sebelum sakit. Pasien mengatakan dokter memberikan terapi diet cairan pada pasien, pasien hanya bisa minum air ketika selesai makan dan saat minum obat ± 400 cc dalam sehari.

3) Observasi

Pasien tampak lemah, tampak pasien tidak pernah meminum air selama pengkajian. Tampak terpasang conecta di bagian tangan sebelah kanan, tampak asites pada perut pasien dan edema pada kaki sebelah kiri dan kanan. Observasi tanda –

tanda vital TD : 150/90 mmHg, S : 37ºc, P : 32x/menit, N:88x/menit.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bersih
b) Hidrasi kulit : Tampak turgor kulit tidak elastis
c) Palpebra/conjungtiva : Tampak gelap/tampak ikterik
d) Sclera : Tampak anemis
e) Hidung : Tampak septum simetris kiri dan kanan
f) Rongga mulut : Tidak ada peradangan
Gusi : Tidak ada peradangan
g) Gigi : Tampak utuh, gigi palsu ada
h) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien mampu mengunyah keras
i) Lidah : Tampak kotor dan berwarna putih
j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
k) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran

l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran

m) Abdomen

(1) Inspeksi : Tampak asites dan bayangan vena

(2) Auskultasi : Tidak bias didengar karena asites

(3) Palpasi : Tidak dikaji

(4) Perkusi : dullness dominant

n) Kulit

(1) Edema : [√] positif [ ] negatif

(2) Icterik : [ ] positif [√] negatif

(3) Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada peradangan

o) Lesi : Tampak ada bekas lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BABnya lancar ± 2x sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kecoklatan. Pasien mengatakan tidak ada masalah saat BAB. Pasien juga mengatakan ia tidak pernah mengkonsumsi pencahar. Pasien mengatakan BAKnya ± 5 - 6x sehari, pasien juga biasanya

minum ± 1 gelas air putih tiap pagi. Pasien mengatakan tidak ada masalah saat BAK. BAKnya berwarna kuning pekat dan berbau khas urin.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit BABnya 1x dalam 3 hari, tinjanya padat dan BAKnya 6x sehari dengan frekuensi ±30cc setiap kali BAK. Pasien mengatakan dibatasi dalam mengkonsumsi air. Pasein mengatakan saat BAB dan BAK pasien dibantu oleh keluarganya.

3) Observasi

Tampak pasien dibantu oleh keluarganya saat akan BAK.

BAK warna kuning dengan jumlah 180 cc dan berbau khas urin.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Peristaltik usus : tidak dikaji

b) Palpasi kandung kemih : [√] penuh [ ] kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : [√] positif [ ] negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji

e) Anus :

(1) Peradangan : Tidak dikaji

(2) Hemoroid : Tidak dikaji

(3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sehari-hari bekerja sebagai wirausaha, menjual bahan sembako di rumahnya. Pasien mengatakan mampu melakukan sendiri aktifitasnya sehari-hari seperti, ke pasar untuk berbelanja isi jualannya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak bisa lagi beraktivitas, seperti bekerja karena sakit yang dialaminya dan juga terhambat karena bengkak pada bagian kaki sebelah kiri dan kanan. Pasien lebih sering berbaring di tempat tidur. Pasien juga mengatakan mengeluh nyeri pada bagian dada disertai dengan sesak napas bertambah jika terlalu banyak bergerak. Pasien mengatakan mampu makan sendiri dan mobilisasi di tempat tidur. Keluarga mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien dibantu oleh perawat dan keluarga.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur dengan posisi semifowler, tampak terpasang conecta di tangan sebelah

kanan, tampak terpasang 02 nasal kanul 4 liter, tampak edema pada bagian kaki sebelah kiri dan kanan dan asites.

a) Aktivitas harian :

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

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

b) Postur tubuh : tegak

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tampak tidak menggunakan fiksasi

f) Tracheostomi : Tampak tidak ada

3) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

(1) berbaring : 150/90 mmHg
(2) duduk : Tidak dikaji
(3) berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan :Hipotensi ortostatik: ☐ positif ☑ negatif

b) HR : 88 x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak tidak ada

Basah : Tampak tidak ada

d) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Tidak kembali dalam waktu 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi :

(a) Bentuk thorax :Tampak simetris kiri dan kanan

(b) Retraksi interkostal :Tampak tidak ada

(c) Sianosis :Tampak tidak ada

(d) Stridor :Tampak tidak ada

(2) Palpasi :

Vocal premitus : Tidak dikaji pasien sesak

(3) Perkusi : ☐ sonor ☐ redup ☑ pekak

Lokasi: pada seluruh lapang paru

(4) Auskultasi :

(a) Suara napas : Vesicular melemah

(b) Suara ucapan :

(c) Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : ada pembesaran jantung

(2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

(3) Perkusi :

(a) Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

(b) Batas bawah jantung : ICS 5 linea midclavicularis sinistra

(c) Batas kanan jantung : ICS 3 linea sternalis dextra

(d) Batas kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra

(4) Auskultasi :

(a) Bunyi jantung II A : Bunyi tunggal ICS 2 linea

sternalis sinistra

(b) Bunyi jantung II P : Bunyi tunggal ICS 2 dan
3 linea sternalis sinistra
(c) Bunyi jantung I T : Bunyi tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra
(d) Bunyi jantung I M : Bunyi tunggal ICS 5 linea
medio clavicularis sinistra
(e) Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada
(f) Murmur : Tidak ada
(g) Bruit : Aorta : Tidak ada
(h) A. Renalis : Tidak ada
(i) A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai
(1) Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif
(2) Rentang gerak : Tampak rentang gerak bebas
(a) Kaku sendi : Tidak ada
(b) Nyeri sendi : Tidak ada
(c) Fraktur : Tidak ada
(d) Parese : Tidak ada
(e) Paralisis : Tidak ada
(3) Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :
Nilai 5 : Kekuatan penuh
Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain
Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(4) Refleks fisiologis : Biceps (+), Triceps (+), Patella (+)

(5) Refleks patologis :

Babinski : Kiri : ☐ positif ☑ negatif

Kanan : ☐ positif ☑ negatif

(6) Clubbing jari-jari : Tidak ada

(7) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis

(1) Inspeksi : Kelainan bentuk : Tidak ada

(2) Palpasi : Nyeri tekan : Tampak tidak ada

(3) Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidurnya teratur ± 7 jam tidur tiap malam dan ± 3 jam disiang hari. Pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat tidur. Pasien mengatakan suka tidur dengan suasana gelap.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak begitu sulit dalam tidur, hanya saja jika sesaknya bertambah dia akan sulit tidur. Pasien mengatakan pada malam hari jam tidurnya tidak menentu dan kurang nyenyak. Pasien mengatakan lebih sering tidur siang. Pasien mengatakan ia bangun pada pagi hari sekitar jam tujuh pagi.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : [√] positif [ ] negatif

Banyak menguap : [√] positif [ ] negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : [√] positif [ ] negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada pendengaran dan penglihatan serta tidak ada masalah pada penciuman. Pasien mengatakan dapat mengingat masa lalunya.

2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan O_2 nasal kanul 4liter.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan :

(1) Kornea : Tampak jernih

(2) Pupil : Tampak isokor

(3) Lensa mata : Tampak jernih

(4) Tekanan intra okuler (TIO) : Tidak ada peningkatan tekanan intra okuler antara kiri dan kanan sama

b) Pendengaran :

(1) Pina : Tampak Simetris

(2) Kanalis : Tampak Bersih

(3) Membran Timpani : Tampak Utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia merasa senang dan bangga dengan dirinya. Pasien mengatakan akrab dengan ibu dan saudaranya serta tetangga disekitar lingkungannya maupun para pembeli yang datang berbelanja di rumahnya. Pasien mengatakan ia menerima kehidupannya. Pasien juga mengatakan tidak ada beban dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan menerima kondisinya yang sekarang.

3) Observasi

a. Kontak mata : Tampak penuh, melihat perawat berbicara
b. Rentang perhatian : Tampak ada perhatian saat diajak bicara
c. Suara dan cara berbicara : Tampak suara dan cara bicaranya jelas
d. Postur tubuh : Bungkuk

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk / Postur tubuh : Bungkuk
c) Kulit : Tampak kulit bersih dan tidak bersisik

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia anak kelima dari 10 bersaudara, empat kakaknya sudah meninggal, ia tinggal bersama

dengan ibunya. Pasien mengatakan sangat akrab dan menjalin hubungan yang baik dengan tetangga sekitar rumahnya dan keluarganya. Di dalam keluarganya tidak ada konflik yang terjadi. Pasien mengatakan di dalam keluarganya ia selalu hidup dengan bahagia.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga dan tetangga disekitarnya masih terjalin dengan baik, pasien mengatakan ia tidak aktif lagi pada kegiatan kerohanian di gerejanya. Pasien mengatakan dia merindukan ibunya di kampung, ibunya tidak dapat ikut ke Makassar karena sudah tua.

3) Observasi

Tampak keluarga – keluarganya datang menjenguk, 3 adiknya bergantian menjaga pasien dan ibu pasien berada dikampung.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada alat reproduksinya. Pasien mengatakan belum menikah.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit tidak ada masalah pada alat reproduksinya dan belum menikah.

3) Observasi

Tampak pasien berperilaku dan berpenampilan layaknya seorang laki – laki.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia hidup dengan normal, tidak ada beban, santai dalam menjalani kehidupannya bersama ibunya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan gelisah dengan kondisinya yang sekarang

karena semenjak ia sakit tidak ada lagi yang menjaga usaha jualannya di kampung karena ibunya sudah tua dan tidak bisa melakukannya sendiri. Pasien mengatakan ia tetap sabar dalam menghadapi situasi dan kondisinya yang sekarang.

3) Observasi

Ekspresi pasien tampak cemas dan gelisah.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia menganut agama Protestan. Pasien mengatakan sebelum sakit ia rajin mengikuti kegiatan kerohanian di gerejanya dan setiap hari minggu ia rajin pergi

ke gereja.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ia sudah tidak pernah

lagi mengikuti kegiatan – kegiatan ibadah di gerejanya karena kondisi yang kurang memungkinkan.

3) Observasi

Tampak alkitab di tempat tidur pasien.

5. Uji Saraf Kranial

a. N I Olfactorius

Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih dengan kedua hidung dengan mata tertutup

b. N II Opticus

Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 60 cm.

c. N III,IV,VI Oculomotoris, Trochlearis, Abduscens

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

d. N V Trigeminus

Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan kapas di pipi sebelah kanan dan kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.

Motorik : Pasien mampu mengunyah dengan keras.

e. N VII Fascialis

Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula.

Motorik : Pasien mampu tersenyum, mengangkat alis, dan mengerutkan dahi.

f. N VIII Vestibulo - Acusticus

Vestibularis : Tidak dikaji pasien bedrest.

Akustikus : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat pada telinga kanan dan kiri.

g. N IX Glossopharyngeus

Pasien mampu menelan

h. N X Vagus

Tampak letak uvula berada di tengah.

i. N XI Accessorius

Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan secara bersama dan menggerakan kepala.

j. N XII Hypoglossus

Pasien mampu menjulurkan lidah kedepan dan mendorong lidah ke pipi kiri dan kanan.

6. Pemeriksaan Penunjang

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan

UREUM	344,6	10 – 50	mg/dL		H
CREATININ	5,9	< 1.4	mg/dL		H

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
ALBUMIN	2,84	3,5 - 5	g/dL		L

Pemeriksaan foto thorax AP :
Corakan bronchovaskuler kedua lapang paru kasar,
Tidak tampak gambaran spesifik pada kedua paru.
Tampak perkabutan pada daerah parahillar kanan dan kiri,
Kelenjar hilus kanan menebal.
Cor : Bentuk dan ukuran tampak membesar CTI > 50%
Mediastinum tidak melebar, Trachea tidak shift.

Kesan :

- Gambaran bronchitis
- Cardiomegaly dan edema paru

B. Analisa Data

Nama/Umur : Tn. “R”/ 50 tahun

Ruangan/Kamar : St.Bernadeth 3A/356 bad 2

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: - Pasien mengatakan mengalami sesak sejak 3 hari yang lalu. - Pasein mengatakan sesak bertambah jika pasien tidur terlentang. - Pasien mengatakan pada malam hari tidurnya kurang nyaman karena sesak yang dialaminya. DO: - Keadaan umum tampak sakit sedang - Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur dengan posisi	Hiperventilasi	Ketidakefektifan pola napas

	semifowler. - Tampak pasien sesak napas - Hasil observsai TTV: TD :150/90 mmHg N : 88x/menit S: 37^{o}C P : 30x/menit - Hasil pemeriksaan foto thorax AP: - Gambaran bronchitis - Cardiomegaly dan edema paru - Hasil lab 06 Maret 2019 Ureum : 344.6 mg/dL Creatinine : 5.9 mg/dL		
2	DS - Pasien mengatakan mengalami bengkak pada kaki dan perutnya ±1 tahun. - Pasien mengatakan membatasi minumnya, pasein hanya minum air 500cc dalam sehari yaitu saat makan dan minum obat saja.	Gangguan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan

	- Pasien mengatakan BAK 6x sehari dengan frekuansi 30 cc berwarna kuning dan bau amoniak. DO: - Keadaan umum tampak sakit sedang. - Tampak pasien terbaring lemah dengan posisi semifowler. - Tampak abdomen asites - Tampak kedua tungkai edema - Lingkar perut 118 cm - Pitti edema derajat 3 (5mm) - Hasil observsai TTV: TD :150/90 mmHg N : 88x/menit S: 37^{o}C P : 30x/menit - Hasil lab 06 Maret 2019 Ureum : 344.6 mg/dL Creatinine 5.9 mg/dL		
3	DS - Pasein mengatakan sejak sakit aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas

	sehari-hari pasein terbatas dan terhambat. - Keluarga mengatakan pasien hanya mampu makan sendiri dan mobilisasai di tempat tidur. - Keluarga mengatakan dalam memenuhi kebutuhan seharihari pasien dibantu oleh perawat dan keluarga. - Pasien mengatakan sesak bertambah jika terlalu banyak aktifitas. DO : - Keadaan umum pasien tampak sakit sedang - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler. - Tampak pasien dibantu oleh keluarga saat akan BAK. - Tampak pasien sesak napas. - Hasil observsai TTV: TD :150/90 mmHg N : 88x/menit		

	S: 37^{o}C
	P : 30x/menit
	- Hasil pemeriksaan foto thorax AP:
	  - Gambaran bronchitis
	  - Cardiomegaly dan edema paru		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/Umur : Tn. “R”/ 50 tahun

Ruangan/Kamar : St.Bernadeth 3A/356 bad 2

No.	Diagnosa Keperawatan
1.	Ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi
2.	Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi
3.	Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

D. Nama/Umur : Tn. “R”/ 50 tahun

Ruangan/Kamar : St.Bernadeth 3A/356 bad 2

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan (NOC)	Rencana Keperawatan (NIC) Meliputi : Tindakan mandiri keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter
06/03/2019	DP I Ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan ditandai dengan: DS : - Pasien mengatakan mengalami sesak sejak 3 hari yang lalu.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat menunjukkan pola nafas kembali efektif dengan kriteria hasil: - Frekuensi pernafasan (20-26x/menit)	1. Monitor pernapasan: - Pantau kecepatan irama, kedalaman dan upaya pernapasan. - Monitor suara napas tambahan. - Auskultasi suara nafas 2. Manajemen jalan nafas: - Posisikan untuk memanimalkan ventilasi dan mengurangi sesak nafas. - Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya.

	- Pasein mengatakan sesak bertambah jika pasien tidur terlentang. - Pasien mengatakan pada malam hari tidurnya kurang nyaman karena sesak yang dialaminya. DO: - Keadaan umum tampak sakit sedang - Tampak pasien	dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 - Suara nafas tambahan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 - Irama pernafasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3	- Kelola pengobatan sebagaimana mestinya 3. Monitor tanda-tanda vital

	berbaring lemah di tempat tidur dengan posisi semifowler. - Tampak pasien sesak napas - Tampak terpasang 02 nasal kanul 4liter - Hasil observsai TTV: TD :150/90 mmHg N : 88x/menit S: 37^{o}C P : 32x/menit - Hasil pemeriksaan foto thorax AP:		

	- Gambaran bronchitis - Cardiomegaly dan edema paru		
06/03/2019	DP II Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi yang ditandai dengan: DS - Pasien mengatakan mengalami bengkak pada kaki dan perutnya ±1 tahun. - Pasien mengatakan membatasi minumnya,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kelebihan volume cairan dapat dikurangi secara bertahap dengan kriteria hasil: Dengan kriteriahasil: - Tekanan darah dipertahankan	1. Manajemen cairan - Timbang berat badan setiap hari dan monitor status pasien. - Jaga intake/ asupan yang akurat dan catat output serta lakukan balance cairan selama 24 jam. - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat - Monitor tanda-tanda vital pasien. 2. Terapi hemodialisa Lakukan hemodialisa sesuai jadwal yang

	pasein hanya minum air 400cc dalam sehari yaitu saat makan dan minum obat saja. - Pasien mengatakan BAK 6x sehari dengan frekuansi 30 cc berwarna kuning dan bau amoniak. DO: - Keadaan umum tampak sakit sedang. - Tampak pasien terbaring lemah dengan posisi semifowler. - Tampak andomen	pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 - Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 - Asites dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 - Edema dipertahankan	ditentukan.

	acites - Tampak kedua tungkai edema - Lingkar perut 118cm - Pitti edema derajat 3 (5mm) - Hasil observsai TTV: TD :150/90 mmHg N : 88x/menit S: 37^{o}C P : 32x/menit - Hasil lab 06 Maret 2019 Ureum : 344.6 mg/dL Creatinine 5.9 mg/dL	pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3	

06 Maret 2019	DP III Intoleransi aktivitas b/d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan: DS - Pasein mengatakan sejak sakit aktivitas sehari-hari pasein terbatas dan terhambat. - Keluarga mengatakan pasien hanya mampu makan sendiri dan mobilisasai di tempat tidur. - Keluarga mengatakan	Setelah dilakukan keperawatan 3x24 jam diharapkan intoleransi aktifitas akan teratasi dengan kriteria hasil: - Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 - Kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3	a. Manajemen energi - Kaji tingkat kempuan pasien untuk berpindah-pindah dari satu tempat, berdiri dan melakukan aktifitas sehari-hari. - Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan pokok (makan dan minum, mandi, BAK, BAB, mobilisasi). - Jelaskan kepada keluarga dan pasien pentingnya membatasi aktivitas yang menyebabkan keletihan dan pusing. b. Manajemen lingkungan - Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang. - Atur posisi pasien yang memungkinkan untuk pengembangan maksimal hingga dada (misalnya posisi kepala 45^{o})

	dalam memenuhi kebutuhan seharihari pasien dibantu oleh perawat dan keluarga. - Pasien mengatakan sesak bertambah jika terlalu banyak aktifitas. DO : - Keadaan umum pasien tampak sakit sedang - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler. - Tampak pasien dibantu oleh keluarga saat akan BAK.	- TTV dalam batas normal.	c. Monitor tanda-tanda vital

	- Tampak pasien sesak napas.
	- Hasil observsai TTV:
	TD :150/90 mmHg
	N : 88x/menit
	S: 37^{o}C
	P : 32x/menit
	- Hasil pemeriksaan foto thorax AP:
	  - Gambaran bronchitis
	  - Cardiomegaly dan edema paru.		

E. Implementasi Keperawatan
Nama/Umur : Tn. “R”/ 50 tahun
Ruangan/Kamar : St.Bernadeth 3A/356[2]

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
07-03-2019	I,II,III	07.05	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 150/90 mmHg N: 92x/menit S: 36,5^{o}C P: 30x/menit	Merlin
	II	07.10	Memberikan obat amlodipine 10mg/oral	Merlin
	II	07.10	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - tampak pasien minum air 100cc	Merlin
	I	07.20	Memantau kecepata irama, kedalaman dan upaya pernapasan. Hasil: - Tampak pasien sesak napas - P: 30x/menit, cepat dan dangkal	Merlin
	I	07.25	Mengauskultasi suara napas dan adanya suara napas tambahan. Hasil: - Terdengar suara napas pasien vesikuler - Terdengar suara napas tambahan ronchi	Merlin
	II	08.00	Memberikan injeksi furosemide 20mg/IV	Merlin

	III	08.25	Menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang. Hasil: - Tampak kamar pasien tenang dan pasien berbaring posisi semifowler.	Merlin
	II	09.00	Mengukur berat badan pasien dan mengukur lingkar perut pasien. Hasil: - Berat badan : 79 kg dan lingkar perut 118 cm	Merlin
	III	09.40	Menjelaskan kepada keluarga dan pasien pentingnya membatasi aktivitas yang menyebabkan keletihan dan pusing. Hasil: - Pasien tampak mendengar dan memahami penjelasan yang disampaikan perawat.	Merlin
	III	09.50	Mengkaji tingkat kemampuan pasien. Hasil: - Pasien mengatakan susah berdiri sendiri, sehingga selalu harus dibantu dengan keluarga - Pasien mengatakan jika mau mandi, BAK, selalu dibantu dengan keluarga. - Pasien mengatakan sesak napas jika banyak bergerak dan tidur terlentang.	Merlin

	I,II,III	10.00	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 150/90 mmHg N: 90x/menit S: 36^{o}C P: 30x/menit	Merlin
	II	10.30	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian tidakan hemodialisis. Hasil: - Mengantar pasien ke ruang hemodialisis	Merlin
	II	15.30	Mengukur berat badan pasien dan mengukur lingkar perut pasien. Hasil: - Berat badan 77 kg dan lingkar perut 118 cm.	Merliana
	II	15.45	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - pasien mengatakan minum air 100cc di ruang HD	Merliana
	I	15.40	Memberikan posisi untuk mengoptimalkan pernapasan. Hasil: - Tampak pasien berbaring dengan posisi semi fowler.	Merliana
	I,II,III	15.50	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 130/90 mmHg N: 88x/menit S: 37^{o}C P: 30x/menit	Merliana

	II	16.00	Memberikan injeksi furosemide 20mg/IV	Merliana
	II	16.05	Menganjurkan pasien untuk mengurangi asupan cairan masuk ±400cc/24 jam. Hasil: - Tampak pasien minum air 100cc.	Merliana
	I	16.10	Mempertahankan O2 aliran rendah dengan kanula nasal. Hasil: - Tampak pasien menggunakan kanula nasal 3 liter.	Merliana
	II	17.00	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Keluarga mengatakan pasien BAK 4 kali tetapi belum BAB. - Keluarga mengatakan urine pasien kuning, berbau khas urin sebanyak 50cc setiap kali BAK.	Merliana
	II	19.00	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Tampak pasien minum air 50cc	merliana
	I,II,III	22.00	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 130/90 mmHg N: 90x/menit S: 37^{o}C P: 30x/menit	Elsi
	II	24.00	Memberikan injeksi	Elsi

			furosemide 20mg/IV	
	I	00.30	Mempertahankan O2 aliran rendah dengan kanula nasal. Hasil: - Tampak pasien menggunakan kanula nasal 3 liter.	Elsi
	I,II,III	05.00	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 140/100 mmHg N: 88x/menit S: 28^{o}C P: 28x/menit	Elsi
	II	05.30	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Tampak pasien minum air 50cc	Elsi
	II	06.00	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Keluarga mengatakan pasien BAK 2 kali dari semalam - Keluarga mengatakan urine pasien kuning, berbau khas urin sebanyak 50cc setiap kali BAK.	Elsi
	III	06.45	Mengkaji tingkat kemampuan pasien. Hasil: - Pasien mengatakan susah untuk duduk dan berdiri sendiri, sehingga selalu harus dibantu dengan keluarga	Merlin

			- Pasien mengatakan jika BAK, selalu dibantu dengan keluarga - keluarga pasien mengatakan pasien mampu makan dan minum sendiri	
	II	06.55	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - keluarga pasien mengatakan minum air 50cc	Merlin
	II	07.00	Melakukan monitor intake dan output cairan/24jam. Hasil: CM (intake): Air putih = 450cc CK(output) IWL = 77x15=1155 Urine = 300 Jadi, Balance cairan =CM-(CK+IWL) =450-(300+1155) =450-1455 = -1005cc/24 jam.	Merlin
08-03-2019	II	07.10	Memberikan obat amlodipine 10mg/oral	Merlin
	II	07.10	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - tampak pasien minum air 100cc	Merlin
	II	07.30	Mengukur berat badan pasien dan mengukur lingkar perut pasien. Hasil: - Berat badan : 77 kg dan lingkar perut 118 cm	Merlin
	II	08.00	Memberikan injeksi furosemide	Merlin

			20mg/IV	
	I,II,III	10.00	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 92x/menit S: 36^{o}C P: 28x/menit	Merlin
	I	10.10	Memantau kecepatan irama, kedalaman dan upaya pernapasan. Hasil: - Tampak pasien sesak napas - P: 28x/menit, cepat dan dangkal	Merlin
	I	10.15	Mengauskultasi suara napas dan adanya suara napas tambahan. Hasil: - Terdengar suara napas pasien vesikuler - Terdengar suara napas tambahan ronchi.	Merlin
	II	12.45	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Keluarga mengatakan pasien minum air 100cc - Sup 50cc	Merlin
	I,II,III	15.45	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 160/90 mmHg N: 98x/menit S: 36,2^{o}C P: 28x/menit	Merliana
	II	16.00	Memberikan injeksi furosemide	Merliana

			20mg/IV	
	II	18.30	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Keluarga mengatakan pasien BAK 5 kali terhitung dari pagi. - Keluarga mengatakan urine pasien kuning, berbau khas urin sebanyak 50cc setiap kali BAK.	Merliana
	II	21.50	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Tampak pasien minum air 100cc	Merliana
	I,II,III	22.00	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 140/80 mmHg N: 90x/menit S: 36^{o}C P: 28x/menit	Meri
	II	24.00	Memberikan injeksi furosemide 20mg/IV	Meri
	I	24.10	Mempertahankan O2 aliran rendah dengan kanula nasal. Hasil: - Tampak pasien menggunakan kanula nasal 3 liter.	Meri
	I,II,III	05.00	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 140/80 mmHg N: 90x/menit S: 36^{o}C	Meri

			P: 28x/menit	
	II	06.20	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Keluarga mengatakan pasien BAK 3 kali dari semalam - Keluarga mengatakan urine pasien kuning, berbau khas urin sebanyak 50cc setiap kali BAK.	Meri
	II	06.50	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Keluarga mengatakan pasien minum air 100cc	Merlin
	II	07.00	Melakukan monitor intake dan output cairan/24jam: Hasil: CM (intake): Air putih = 400cc Sup = 50cc CK(output) IWL = 77x15=1155 Urine = 400cc Jadi, Balance cairan =CM-(CK+IWL) =450-(400+1155) =450-1555 = -1105cc/24 jam.	merlin
09-03-2019	II	07.10	Memberikan obat amlodipine 10mg/oral	Merlin dan Merliana
	II	07.10	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan: Hasil: - Tampak pasien minum air 100cc	
	I	07.30	Memantau kecepatan irama,	

	II II		kedalaman dan upaya pernapasan. Hasil: - Tampak pasien sesak napas - P: 28x/menit, cepat dan dangkal	
	I	07.40	Mengauskultasi suara napas dan adanya suara napas tambahan. Hasil: - Terdengar suara napas pasien vesikuler - Terdengar suara napas tambahan ronchi.	
	I	08.00	Memberikan injeksi furosemide 20mg/IV	
		8.20	Mengukur berat badan pasien dan mengukur lingkar perut pasien. Hasil: - Berat badan : 78 kg dan lingkar perut 118 cm	
	II II	08.30	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 90x/menit S: 36^{o}C P: 28x/menit	
	I,II,III	08.50	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian tidakan hemodialisis. Hasil: - Mengantar pasien ke ruang hemodialisis	
		13.00	Mengukur berat badan pasien dan mengukur lingkar perut	

			pasien. Hasil: - Berat badan : 76,77 kg dan lingkar perut 118 cm	
	II	13.10	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Pasien mengatakan minum air 50cc di ruangan HD	
	I,II,III	13.20	Mengobservasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 130/80 mmHg N: 88x/menit S: 37°C P: 28x/menit	
	II	16.00	Memberikan injeksi furosemide 20mg/IV	
	II	19.00	Mempertahankan asupan cairan dan haluaran cairan. Hasil: - tampak pasien minum air 100cc - sup 50cc	
	I	20.10	Mempertahankan O2 aliran rendah dengan kanula nasal. Hasil: Tampak pasien menggunkan kanula nasal 3 liter.	
	II	20.50	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Keluarga mengatakan pasien BAK 5 kali dan belum BAB - Keluarga mengatakan	

			urine pasien kuning, berbau khas urin sebanyak 50cc setiap kali BAK.	
	II	22.00	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 140/80 mmHg N: 90x/menit S: 36^{o}C P: 28x/menit	
	II	24.00	Memberikan injeksi furosemide 20mg/IV	
	I,II,III	05.00	Mengobervasi tanda-tanda vital. Hasil: TD: 140/80 mmHg N: 90x/menit S: 36^{o}C P: 28x/menit	
	II	06.00	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: - Keluarga mengatakan pasien BAK 2 kali dari semalam - Keluarga mengatakan urine pasien kuning, berbau khas urin sebanyak 50cc setiap kali BAK.	
	II	06.30	Mempertahankan asupan dan haluaran cairan. Hasil: Keluarga mengatakan pasien minum air 100cc	
	II	07.00	Melakukan monitor intake dan output cairan:	

			Hasil: CM (intake): Air putih = 350cc Sup = 50cc CK (output) IWL = 76,77x15=1151 Urine = 350cc Jadi, balance cairan 24 jam =CM-(CK+IWL) =400-(350+1151) =400-1451 = -1051cc/24jam	

F. Evaluasi Keperawatan
Nama/Umur : Tn. “R”/ 50 tahun
Ruangan/Kamar : St.Bernadeth 3A/356[2]

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	perawat
07-04-2016	DP I : ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan. S: - Pasien mengatakan masih sesak napas. - Pasien mengatakan sesak napas jika banyak bergerak dan tidur terlentang. O: - Tampak pasien sesak napas - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan - Tampak pernapasan pasien cepat - Terdengar suara napas pasien ronchi - Observasi TTV TD: 140/100 mmHg N: 88x/menit S: 28^{o}C P: 28x/menit A: Pasien masih mengalami ketidakefektifan pola napas. P: Lanjutkan intervensi DP II : kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi S: - Pasien mengatakan diet cairan 400cc/hari - Pasien mengatakan BAK 6 kali dalam sehari O: - Pasien tampak lemah - Pasien tampak edema dan asites - Lingkar perut 118 dan berat badan 77 - Perkusi perut didapatkan suara dullness dominan. A: Pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P:	Merlin dan Merliana

	Lanjutkan intervensi DPIII: intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S: - Pasien mengatakan jika terlalu banyak bergerak sesak bertambah - Keluarga pasien mengatakan pasien masih dibantu dalam memenuhi kebutuhannya - Keluarga mengatakan pasien dapat makan dan minum tanpa bantuan orang lain. O: - Tampak ku pasien lemah - Tampak konjungtiva anemis - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam pemenuhan kebutuhan. - Tampak pasien hanya mampu mobilisasi tempat tidur. A: Pasien masih mengalami intoleransi aktivitas P: Lanjutkan intervensi	
08-03-2019	DP I : ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan. S: - Pasien mengatakan masih sesak napas. - Pasein mengatakan sesak setelah melakukan aktivitas. - Pasien mengatakan sesak napas jika banyak bergerak dan tidur terlentang. O: - Tampak pasien sesak napas - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan - Tampak pernapasan pasien cepat - Tampak pasien dalam posisi semi fowler - Tampak terdengar suara napas pasien ronchi - Observasi TD: 140/80 mmHg N: 90x/menit	Merlin dan Merliana

	S: 36^{o}C P: 28x/menit A: Pasien masih mengalami ketidakefektifan pola napas. P: Lanjutkan intervensi DP II : kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi S: - Pasien mengatakan diet cairan 400cc/hari - Pasien mengatakan BAK 8 kali dalam sehari O: - Pasien tampak lemah - Pasien tampak edema dan asites - Lingkar perut 118 dan berat badan 77 - Perkusi perut didapatkan bunyi pekak A: Pasien masih menunjukkan tanda-tanda kelebihan volume cairan sepeti edema, sesak napas, ascites, sehingga kelebihan volume cairan. P: Lanjutkan intervensi DPIII: intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S: - Pasien mengatakan jika terlalu banyak bergerak sesak bertambah - Keluarga pasien mengatakan pasien masih dibantu dalam memenuhi kebutuhannya - Keluarga mengatakan pasien dapat makan dan minum tanpa bantuan orang lain. O: - Tampak ku pasien lemah - Tampak konjungtiva anemis - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam pemenuhan kebutuhan.	

	- Tampak pasien hanya mampu mobilisasi tempat tidur. A: Pasien masih mengalami intoleransi aktivitas P: Lanjutkan intervensi	
09-03-2019	DP I : ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan. S: - Pasien mengatakan masih sesak napas. - Pasein mengatakan sesak setelah melakukan aktivitas. - Pasien mengatakan sesak napas jika banyak bergerak dan tidur terlentang. O: - Tampak pasien sesak napas - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan - Tampak pernapasan pasien cepat - Tampak pasien dalam posisi semi fowler - Terdengar suara napas pasien ronchi - Observasi TD: 140/80 mmHg N: 90x/menit S: 36^{o}C P: 28x/menit A: Pasien masih mengalami ketidakefektifan pola napas. P: Lanjutkan intervensi DP II : kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi S: - Pasien mengatakan diet cairan 400cc/hari - Pasien mengatakan BAK 6 kali dalam sehari O: - Pasien tampak lemah - Pasien tampak edema dan asites - Lingkar perut 118 dan berat badan 76,77 - Perkusi perut didapatkan dullness dominan. A:	Merlin dan Merliana

	Pasien masih mengalami kelebihan volume cairan. P: Lanjutkan intervensi DPIII: intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S: - Pasien mengatakan jika terlalu banyak bergerak sesak bertambah - Keluarga pasien mengatakan pasien masih dibantu dalam memenuhi kebutuhannya O: - Tampak ku pasien lemah - Tampak konjungtiva anemis - Tampak pasien dibantu oleh keluarga dalam pemenuhan kebutuhan. - Tampak pasien hanya mampu mobilisasi tempat tidur. A: Pasien masih mengalami intoleransi aktivitas P: Lanjutkan intervensi	

G. Daftar Obat

a. Furosemide 20mg/12 jam/IV

1) Klasifikasi/golongan obat: diuretic
2) Dosis umum: 20mg-80mg
3) Dosis untuk pasien: 20mg/12jam
4) Cara pemberian obat: IV
5) Mekanisme kerja dan fungsi obat: mengeluarkan cairan yang berlebihan didalam tubuh.
6) Alas an pemberian obat: pasien diberikan obat ini untuk mengurangi edema pada pasien.
7) Kontra indikasi: wanita hamil dan menyusui
8) Efek samping obat:
   a) pusing
   b) mulut terasa kering
   c) sensitive terhadap cahaya matahari
   d) sakit perut
   e) penglihatan kabur
   f) merasa lelah

b. Amlodipine 10mg/24jam/oral

1) Klasifikasi/golongan obat: antihipertensi
2) Dosis umum: 5mg-10mg/24jam
3) Dosis untuk pasien: 10mg/24jam
4) Mekanisme kerja dan fungsi obat

   Amlodipine adalah obat untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi.. Amlodipine bekerja dengan cara melemaskan dinding atau melebarkan diameter pembuluh darah. Efeknya akan memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah dalam pembuluh.

1) Alasan pemberian obat pada pasien: obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien memiliki riwayat hipertensi.
2) Kontra indikasi: amlodipine relative aman dan tidak memiliki kontra indikasi khusus. Satu-satunya kondisi yang tidak boleh obat ini diberikan ialah alergi (hipersensivitas) terhadap amlodipine.
3) Efek samping obat:
   a) Merasa lelah dan pusing
   b) Jantung berdegup kencang
   c) Merasa mual dan tidak nyaman dibagian perut

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 Tn. R dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama tiga hari perawatan yaitu dari tanggal 07 – 09 Maret 2018. 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 Tn. R usia 50 tahun dirujuk dari RS Fatima Tana Toraja pada tanggal 05 Maret 2019 ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan tiba di IGD pada tanggal 06 Maret 2019 dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Maret 2019 diperoleh data : pasien mengeluh sesak nafas, bengkak pada kaki kiri dan kanannya serta perutnya. Pasien mengatakan mengatakan saat melakukan aktifitas dan tidur terlentang maka sesaknya akan bertambah sehingga kebutuhan pasien dibantu oleh perawat ruangan dan keluarga. Pasien mengatakan akan dilakukan pemasangan CDL pada rabu siang. Hasil laboratorium : ureum 344.6 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 5.9 mg/dL (nilai normal : ≤ 1.4 mg/dL), albumin2.84 g/dL (nilai normal : 3,5 - 5

g/dL) dan hasil pemeriksaan foto thorax PA : Kesan Gambaran bronchitis, Cardiomegaly dan edema paru. Hasil observasi tanda – tanda vital TD : 150/90 mmHg, N : 88x/menit, S : 37ºc, dan P : 32x/menit, jenis pernapasan takipnea, suara napas tambahan berbunyi ronchi dan perkusi suara pernapasan terdengar seperti pekak, berat badan pasien 79kg, lingkar perut pasien 118cm.

Asites terjadi karena retensi cairan dan natrium dimana 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 risiko terjadinya edema.

Sesak terjadi pada pasien mengalami kardiomegaly yang menyebabkan terjadinya edema paru, dibuktikan pada hasil pemeriksaan foto thorax kardiomegaly dan edema paru.

B. Diagnosa keperawatan

1. Ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi

   Penulis mengangkat diagnosa ini berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian, dimana pasien mengeluh sesak napas dan menggunakan otot bantu pernapasan (pernapasan 30x/menit), pasien tampak menggunakan oksigen nasal kanul 3 liter dengan posisi semi fowler.

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

   Penulis mengangkat diagnosa ini berdasarkan data yang diperoleh dari pasien saat pengkajian, dimana pasien mengalami acites dan edema pada kedua tungkai bawah. Jika masalah kelebihan volume cairan tidak ditangani akan menimbulkan komplikasi dimana cairan yang keluar ke ekstraseluler akan masuk dan tertampung di rongga paru dan organ lian yang dapat menyebabkan gagal napas maupun kematian.

3. Intoleransi aktivitas b/d Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

   Penulis mengangkat dignosa ini berdasarkan data yang diperoleh dari pasien saat pengkajian, daimana pasien mengalami kesulitan dalam melakukan akitivitas karena sesak yang dialamai pasien. Jika masalah intoleransi aktivitas tidak ditangani akan menimbulkan kompliksi dimana pasien akan mengalami sesak napas setiap kali melakukan aktivitasnya sendiri.

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

1. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual-muntah. Diagnosa ini tidak diangkat karena selama perawatan pasien tidak mengalami mual muntah dan anoreksia.
2. Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kulit kering, edema gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan akses darah hemodialisis. Diganosa ini tidak diangkat karena selama pasien dalam masa perawatan di rumah sakit, aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat termasuk mobilisasi ditempat tidur,

   sehingga meminimalkan risiko kerusakan integritas kulit.

C. Intervensi keperawatan

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

1. Ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi

   Dengan kriteria hasil : Frekuensi pernafasan (20-26x/menit) dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3, suara nafas tambahan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 irama pernafasan dipertahankan pada skala 2

ditingkatkan ke skala 3. Pada diagnosa pertama ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: monitor pernapasan, manajemen jalan nafas dan monitor tanda-tanda vital.

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Dengan kriteria hasil : tekanan darah dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3, asites dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3, edema dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. Pada diagnosa kedua ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: manajemen cairan dan terapi hemodailisa.
3. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Dengan kriteria hasil: frekuensi pernapasan ketika beraktivitas dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3, kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 dan TTV dalam batas normal. Pada diagnosa ketiga ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: manajemen energi, manajemen lingkungan dan monitor tanda-tanda vital.

D. Implementasi keperawatan

Pada tahap ini penulis melaksanakan tindakan sesuai perencanaan yang ditetapkan didalam mencapai tujuan untuk masalah pasien. Pada tahap pelaksaan perawat bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien dan perawat ruangan. Sebelum melakukan tindakan terlebih dahulu menjelaskan pada pasien dan keluarga pasien apa yang akan dilakukan dan mengharapkan kerja sama yang baik dari pasien dan keluarga. Pada saat pelaksanaan tindakan keperawatan ada beberapa tindakan yang penulis

lakukan pada pasien tidak ada diperencanaan dalam hal ini sisesuaikan dengan keadaan pasien saat dilakukan implementasi, tetapi penulis dapat menjalin kerja sama dengan pasien sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik dan lancar.

E. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan Tn “R” sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan. Dengan kriteria hasil frekuensi pernafasan (20-26x/menit) dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3, suara nafas tambahan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 irama pernafasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. Masalah belum teratasi, sesak yang dialami pasien belum menunjukan perubahan. Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.
2. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi. Dengan kriteria hasil : tekanan darah dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3, keseimbangan intake dan output dalam 24 jam dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3, asites dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3, edema dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. Masalah belum teratasi, kelebihan volume cairan pada pasien belum mengalami perubahan. Maka perencanaan dari diagnosa keperwatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.
3. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Dengan kriteria hasil: frekuensi pernapasan ketika beraktivitas dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3, kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian dipertahankan pada skala 2

ditingkatkan ke skala 3 dan TTV dalam batas normal. Masalah belum teratasi, intoleransi aktivitas pasien belum mengalami perubahan. Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

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

A. Simpulan

1. Pengkajian keperawatan setelah perawatan 3x24 jam diperoleh data: pasien masih mengalami sesak napas bengkak pada kedua kaki dan perut, dan aktivitas sehari-hari pasien masih terbatas. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 150/90 mmHg, nadi : 88x/menit, suhu: 37^{o}C, pernapasan : 30x/menit. Pemeriksaan foto thorax, kesan: gambaran bronchitis, cardiomegaly dan edema paru.
2. Diagnosa keperawatan meliputi:
   a. Ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi
   b. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi
   c. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
3. Intervensi
   a. Ketidakefektifan pola napas b/d hiperventilasi dengan intervensi monitor pernapasan, manajemen jalan nafas dan monitor tanda-tanda vital.
   b. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi dengan intervensi Manajemen cairan dan terapi hemodialisa sesuai jadwal yang ditentukan.
   c. Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan intervensi, manajemen energi, manajemen lingkungan dan monitor tanda-tanda vital

4. Implementasi keperawatan

   Semua rencana keperawatan diimplementasikan dengan baik, hal ini didukung oleh fasilitas yang cukup memadai, ada kerja sama antara penulis dengan perawat ruangan dan terjalin hubungan yang baik antara penulis dengan pasien serta keluarga pasien.

5. Evaluasi keperawatan

   Diperoleh data: ketiga diagnosa keperawatan yang diangkat 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

   Pasien diharapkan patuh terhadap diet nutrisi, pemberian cairan, menjalankan HD dengan teratur sesuai jadwal yang diberikan dan melakukan pemeriksaan rutin. Keluarga diharapkan agar bekerja sama dengan baik untuk mencapai penyembuhan, yaitu dengan cara mendampingi pasien agar melakukan perawatan rutin serta memberikan dukungan bagi pasien dalam meningkatkan kualitas hidup pasien.

2. Bagi Rumah Sakit

   Bagi rumah sakit diharapkan hendaknya tetap menjaga mutu pelayanan dengan memberikan perawatan semaksimal mungkin agar pasien dan keluarga merasa puas dengan pelayanan rumah sakit.

3. Institusi pendidikan

   Penulis mengharapkan agar institusi pendidikan meningkatkan mutu pendidikan baik dalam teori maupun praktek langsung di lapangan, dengan cara menambah buku-buku (buku panduan)

yang berhubungan dengan penyakit ginjal kronik, khususnya edisi terbaru, sehingga mahasiswa/I dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuannya tentang penyakit tersebut.

4. Mahasiswa

   Sedangkan bagi mahasiswa/i diharapkan sungguh-sungguh dalam menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang telah didapatkan pada bangku perkuliahan.

DAFTAR PUSTAKA

Bagas, Nugraha. (2010). *Sistem Perkemihan Anatomi Ginjal.* Http://www.gambaranatomiginjal.com . Diakses 23 Maret 2019

Brunner & Suddarth. Edisi. 12 (2013). *Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta : EGC

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

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 20 April 2019

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

Herdman, T. Heather. (2015). *Nanda Internasional Inc. Diagnosa Keperawatan Nanda NIC NOC*. Jakarta : EGC

http://www.alodokter.com/furosemide. *Furosemide kegunaan, dosis, efek samping* - alodokter. Diakses tanggal 4 April 2019

http://www.alodokter.com/amlodipine. *Amlodipine kegunaan, dosis, efek samping –alodokter.* Diakses 4 April 2019

Kemenkes RI, (2016). Kementrian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2016. http://www.depkes.go.id/article/print/180300007/cegah-dan-

kendalikan-penyakit-ginjal-dengan-cerdik-dan-patuh.html. Diakses tanggal 20 April 2019

MRO Rumah Sakit Stella Maris, (2018). *Statistik Penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK).* Makassar : Tidak untul Dipublikasikan

Muttaqin, A & Sari, K. (2014). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan.* Jakarta : Salemba Medika

Nursing Intervention Classification (NIC). (2013). Nursing Interventions Classification. Edisi ke-5, edisi Bahasa Indonesia : Intansari, Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor

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

Padila (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika

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

Price, A. dan Wilson, Lorrraine. M. (2005). Patofisiologi Edisi 6. Jakarta: EGC

Smeltzer, S. C., Bare, B. G. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth. Vol. 2. E/8*. Jakarta : EGC

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

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

WHO. (2013). Prevelensi Penyakit Gagal Ginjal Kronik. http://www.litbang.depkes.gp.id.pdf. Diakses tanggal 20 April 2019

DAFTAR LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Merliana Fatima Mutiara E1614401025
Merlin Sakka Lelepadang E1614401026

Kelas : IIIA / DIII Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn."R" dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Perawatan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Serlina Sandi, Ns.,M.Kep

No	Hari/Tgl.	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1.	Sabtu 23-03-2019	Bab II	Bab II - Perhatikan citusi sesuai di dapus - Perbaiki konsep keperawatan	
2.	Senin 08-04-2019	Bab III	Bab III Perbaiki: - Pengkajian - Intervensi - Implementasi - Evaluasi	
3.	Senin 29-04-2019	Bab I	Bab I Perbaiki: - Tiap bait yang dikoreksi - Perhatikan citusi yang digunakan akan di crosscek didapus	
4.	Senin 06-05-	Bab I,II,III,IV,V	Bab I Perbaiki:	

	2019		- Perhatikan citusi sesuai didapus - Edit ketikan Bab II - Edit ketikan Bab III - Perbaiki intervensi, implementasi dan evaluasi Bab IV - Edit yang dikoreksi Bab V - Saran untuk pasien di rumah sakit diperbaiki	
5.	Senin 13-05-2019	Bab I,II,V	Bab I dan Bab II ACC Bab V - Perbaiki simpulan intervensi	
6.	Selasa 14-09-2019	Bab V	Bab V ACC	
7.	Rabu 15-09-2019	Bab III,IV	Bab III dan Bab IV ACC Lampirkan dapus dan daftar obat.	