KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”B” DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

EMILIA SOIPMANAI SAREREAKEK

E1614401055

FRANSISKA ERNAWATI

E1614401057

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa :

Emilia Soipmanai Sarereakek(E161440105)

Fransiska Ernawati(E1614401057)

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Matilda M. Paseno ,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0925107502

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

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

NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

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

Hari/Tanggal : Rabu, 22 Mei 2019
Pukul : 11:00-12:20 WITA
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Rosdewi.,S.Kp.,MSN ( )
2. Mery Solon.,Ns, M.Kes ( )
3. Matilda M. Paseno.,Ns.,M.Kes ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Emilia Soipmanai Sarereakek
Tempat/Tanggal Lahir	: Limu, 17 Desember 1996
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Lamadukelleng No.8

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Yosep A.Sarereakek/ Anjelika Salaise’
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Mentawai, Sumatera Barat

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD St. Maria/ Mentawai	: 2004- 2010
SMP Yos Sudarso 2/ Mentawai	: 2011- 2013
SMAN 1 Siberut Selatan/ Mentawai	: 2014 - 2016
STIK Stella Maris Makassar	: 2016 - 2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Fransiska Ernawati
Tempat/Tanggal Lahir	: Mbaru Jawa, 23 Januari 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln. Maipa No. 19 Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Paulus Nurdin . Adelheit Ideja
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani . Irt (Ibu Rumah Tangga)
Alamat	: Pota Manggarai/Flores

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Baras	: 2002 – 2003
SDI Baras	: 2004 – 2010
SMP N 2 Sambi Rampas Pota	: 2011 – 2013
SMK ST. Mathilda Ruteng	: 2014 – 2016
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 2016 -2019

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "B" DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR ".

Dalam menyelesaikan karya tulis ini penulis mendapat banyak dukungan baik moral, materi maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada :

1. Siprianus Abdu.,S.,Si.,Ns.,M.Kes Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan serta telah membimbing, mendidik, dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Dr. Thomas Suharto.,M.Kes Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.
3. Henny Pongantung,Ns.,MSN.,DN.,Sc. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
4. Mery Solon.,S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku ketua program studi DIII keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.

5. Matilda M. Paseno,Ns.,M.Kes Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Elmiana Bongga Linggi, S.Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku Pembimbing Akademik (PA) yang senantiasa memberi motivasi kepada kami, sejak awal masuk kuliah.
7. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
8. Teristimewa untuk kedua orangtua kami tercinta, serta semua keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Keluarga Ny.''B'' dan pasien selalu penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerja sama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
10. Buat teman – teman mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Program DIII Keperawatan angkatan 2016 – 2019, khususnya teman seperjuangan di ruang perawatan Bernadeth II A yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, 22 Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PERSETUJUAN…… ii
HALAMAN PENGESAHAN…….. iii
RIWAYAT HIDUP…….. iv
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI viii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 4
C. Manfaat Penulisan 5
D. Metode Penulisan 6
E. Sistematika Penulisan 7
BAB II TINJAUAN TEORITIS 8
A. Konsep Dasar Medis 8
1. Pengertian 8
2. Anatomi Fisiologi 9
3. Etiologi 16
4. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik..... 19
5. Manifestasi Klinis 22
6. Pemeriksaan Diagnostik 23
7. Penatalaksanaan Medis 24
8. Komplikasi 25
B. Konsep Dasar Keperawatan 27
1. Pengkajian 27
2. Diagnosa Keperawatan 28
3. Intervensi Keperawatan 29
4. Discharge Planning 36
C. Patoflowdiagram 37

BAB III TINJAUAN KASUS 40
A. Pengkajian 41
B. Analisa Data 59
C. Diagnosa Keperawatan 61
D. Rencana Keperawatan 62
E. Implementasi Keperawatan 66
F. Evaluasi Keperawatan 76
G. Daftar Obat 81
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 85
A. Pengkajian 85
B. Diagnosa Keperawatan 87
C. Intervensi Keperawatan 90
D. Implementasi Keperawatan 91
E. Evaluasi Keperawatan 92
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 94
A. Kesimpulan 94
B. Saran 97
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tubuh yang sehat adalah dambaan setiap orang. Karena dengan tubuh yang sehat kita mampu melakukan segala sesuatu yang kita dambakan dan cita-citakan. Karena itu untuk mencapai kesehatan yang optimal, bagi setiap manusia di bumi ini tidak terlepas dari peran tenaga kesehatan sebagai promotor untuk meningkatkan derajat kesehatan. Karena itu sebagai tenaga kesehatan, kita perlu membangun kesadaran pada masyarakat untuk hidup sehat. Tetapi ada juga masyarakat yang tidak mempedulikan kesehatan dan menyepelekan.

Peran tenaga kesehatan sangat diharapkan dalam hal ini untuk mengubah prilaku dan pola pikir masyarakat yang salah, kerena banyak masyarakat yang menyepelekan kesehatan dan tidak mempedulikan pentingnya kesehatan itu sendiri. Akibatnya semakin banyak penyakit yang timbul, jumlah penderita terus meningkat dan jika tidak segera ditangani maka akan menimbulkan kematian. Salah satu penyakit yang menimbulkan kematian dan jumlah penderitanya tinggi adalah gagal ginjal.

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

fungsi ginjal, dan salah satunya adalah penyakit gagal ginjal kronik (Syaifuddin, 2010).

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).

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

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

Berdasarkan data yang diambil dari bagian *Medical Record* Rumah Sakit Stella Maris Makassar bahwa pada tahun 2016 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 55 orang dengan kategori umur (15 – 24 tahun) sebanyak 5 orang, umur (25

– 44 tahun) sebanyak 11 orang, umur (45 – 64 tahun) sebanyak 18 orang, umur (65 tahun keatas) sebanyak 21 orang dan jumlah pasien meninggal sebanyak 15 orang. Pada tahun 2017 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 33 orang dengan kategori umur (25 – 44 tahun) sebanyak 3 orang, umur (45 – 64 tahun) sebanyak 12 orang, umur (65 tahun keatas) sebanyak 18 orang dan yang meninggal sebanyak 9 orang. Pada tahun 2018 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 24 orang dengan kategori umur (25 – 44 tahun) sebanyak 3 orang, umur (45 - 65 tahun) 10 orang, umur (65 tahun keatas) sebanyak 11 orang dan yang meninggal sebanyak 6 orang.

Dampak dari Gagal Ginjal menyebabkan ginjal kehilangan fungsi karena kerusakan nefron yang sangat bervariasif dimana orang yang mengalami penyakit gagal ginjal kronik yaitu : laju filtrasi (15 ml/menit) ginjal tidak mampu menjalankan seluruh fungsinya dengan baik, maka dibutuhkan terapi untuk menggantikan fungsi ginjal. Hingga saat ini dialysis dan tranplantansi ginjal adalah tindakan yang efektif sebagai terapi untuk gagal ginjal terminal (Cahyaningsih, 2009).

Dalam mengatasi berbagai permasalahan yang timbul pada pasien gagal ginjal kronik, peran perawat sangat penting. Sebagai pelaksana, perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional dan komperhensif, serta memberikan intervensi keperawatan selama pasien berada di rumah sakit, dalam hal kepatuhan seperti : melakukan aktivitas fisik teratur, makan – makanan yang sehat (rendah lemak, rendah garam, tinggi serat), pembatasan cairan, kontrol tekanan darah, dan tidak konsumsi obat – obatan yang tidak dianjurkan.

Berdasarkan hal tersebut maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan Bernadeth II A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

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

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

e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan St.Bernadeth II A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

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

2. Bagi Pasien

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

3. Bagi Pendidikan

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

4. Bagi Mahasiswa

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

D. Metode Penulisan

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

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

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

   a. Wawancara

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

   b. Observasi

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

   c. Pemeriksaan Fisik

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

   d. Dokumentasi

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

e. Data *Medical Record* Rumah Sakit

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

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan laporan studi kasus ini tersusun dari Bab I sampai dengan Bab V. Dimana Bab I terdiri dari pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II terdiri dari tinjauan teoritis, bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi. Sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning (perencanaan pulang) dan patoflowdiagram. Bab III terdiri dari tinjauan kasus yang menguraikan tentang pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV terdiri dari pembahasan kasus yang berisi tentang kesenjangan antara teori dan fakta dari kasus – kasus kelolaan yang ditemukan di lapangan, dan Bab V yaitu kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

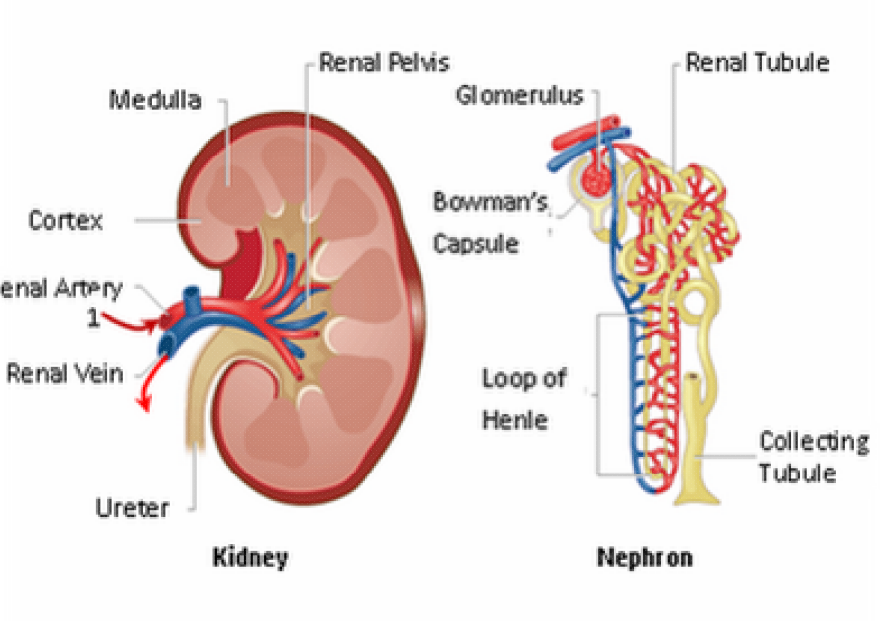
Chronic Kidney Disease (CKD) atau penyakit ginjal kronik (PGK) atau yang sering disebut juga dengan gagal ginjal kronis (GGK) adalah kerusakan pada ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa dari darah, dengan ditandai adanya protein dalam urin serta penurunan laju filtrasi glomerulus yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan (Black & Hawks, 2014).

Gagal ginjal kronis (GGK) atau Chronic Kidney Disease yaitu ditandai oleh kerusakan fungsi ginjal secara progresif dan ireversibel dalam berbagai periode waktu, dari beberapa bulan hingga beberapa dekade (Esther Chang, 2009).

Penyakit ginjal kronik (PGK, *Chronic Kidney Disease*) adalah suatu spektrum proses – proses patofisiologik yang berbeda – beda serta berkaitan dengan kelainan fungsi ginjal dan penurunan progresif laju filtrasi glomerulus (LFG) (J. Larry Jameson and Joseph Loscalzo, 2013).

Dari beberapa pengertian yang telah dicantumkan diatas, penulis dapat mengambil kesimpulan, bahwa gagal ginjal kronik adalah kerusakan pada ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa dari darah secara progresif dan ireversibel serta terjadi penurunan progresif laju filtrasi glomerulus (LFG) yang berlangsung lebih dari 3 bulan hingga beberapa dekade.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi ginjal
(Sumber Bagas Nugraha, 2010)

a. Anatomi Ginjal

1) Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari 2 bagian yaitu :

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

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

2) Pembungkus Ginjal

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

3) Struktur Mikroskopis Ginjal

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

a) Glomerulus, merupakan gulungan atau anyaman kapiler yang terletak di dalam kapsula bowman (ujung buntu tubulus ginjal yang bentuknya seperti kapsul cekung menutupi glomerulus yang saling melilitkan diri). Glomerulus menerima darah dari arteriol aferen dan meneruskan darah ke sistem vena melalui arteri aferen. Natrium secara bebas difiltrasi dalam glomerulus sesuai dengan konsentrasi dalam plasma. Kalium juga masih difiltrasi secara bebas.

b) Tubulus Proksimal Konvulta, tubulus ginjal yang langsung berhubungan dengan kapsula bowman dengan panjang 15 mm dan diameter 55 mm. Bentuknya berkelok-kelok menjalar dari korteks ke bagian medulla dan kembali ke korteks. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi diabsorbsi secara isotonik bersama klorida dan melibatkan transportasi aktif natrium. Peningkatan absorbsi natrium akan mengurangi pengeluaran air dan natrium. Hal ini dapat mengganggu pengenceran dan pemekatan urin yang

normal. Kalium direabsorbsi lebih dari 70%, kemungkinan dengan mekanisme transportasi aktif akan terpisah dari reabsorbsi natrium.

c) Ansa Henle, bentuknya lurus dan tebal, diteruskan ke segmen tipis dan selanjutnya ke segmen tebal, panjangnya 12 mm, total panjang ansa henle 2 – 14 mm. Klorida secara aktif diserap kembali pada cabang asendens ansa henle dan natrium begerak secara pasif untuk mempertahankan kenetralan listrik, sekitar 25% natrium yang difiltrasi diserap kembali karena nefron bersifat tidak permeable terhadap air. Reabsorbsi klorida dan natrium di pars asendens penting untuk pemekatan urin karena membantu mempertahankan integritas gradien konsentrasi medulla. Kalium terfiltrasi sekitar 20 - 25% diabsorbsi pada pars asendens lengkung henle proses pasti terjadi karena gradien elektrokimia yang timbul sebagai akibat dari reabsorbsi aktif klorida pada segmen nefron ini.

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

daerah reabsorbsi di bagian distal. Mekanisme pasti reabsorbsi natrium pada daerah ini ditukar dengan ion hidrogen atau kalium di bawah pengaruh aldosteron. Sekresi kalium terjadi secara murni. Suatu proses pasif yang terjadi karena gradien elektrokimia yang ditimbulkan oleh perbedaan besar potensial pada segmen nefron ini. Gradien ini dipertahankan oleh pertukaran aktif natrium dan kalium pada membrane basolateral sel tubulus. Mekanisme ini dikendalikan oleh aldosteron yang mengendalikan tubulus distal terhadap sekresi kalium.

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

4) Pembuluh Darah di Ginjal

Ginjal merupakan organ yang sangat kaya akan pembuluh darah dan mampu menerima 20 % curah jantung dalam keadaan istirahat. Ginjal mendapat suplai darah arteri dari aorta abdominal. Arteri renalis bercabang kemudian membentuk arteri lobaris yang memberi suplai darah pada piramid. Arteri lobaris yang ini kembali bercabang agar darah dapat bergerak dengan efisien melalui setiap nefron. Darah masuk ke dalam glomerulus melalui arteriol aferen dan keluar melalui arteri aferen. Kemudian darah mengalir melalui kapiler peritubular yang mengelilingi tubula nefron dan akhirnya darah dalam kapiler peritubular masuk ke dalam venula dan darah

dikembalikan ke dalam sistem sirkulasi melalui sistem vena ginjal (Syaifuddin, 2014).

b. Fisiologi Ginjal

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

1) Ginjal mempunyai 2 fungsi yaitu :
   a) Fungsi Ekskresi
      (1) Mempertahankan osmolaritas plasma sekitar 285 miliosmol dengan mengubah – ubah ekskresi air.
      (2) Mempertahankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam batas normal.
      (3) Mempertahankan pH plasma sekitar 7,4 dengan mengeluarkan kelebihan H^+ dan membentuk kembali HCO_3.
      (4) Mengekskresikan produk akhir nitrogen dari metabolisme protein terutama urea, asam urat dan kreatinin.
   b) Fungsi Non – Ekskresi
      (1) Menghasilkan renin, penting untuk pengaturan tekanan darah.
      (2) Menghasilkan eritropoetin, faktor penting dalam stimulasi produksi sel darah merah oleh sum-sum tulang belakang.
      (3) Metabolisme vitamin D menjadi bentuk aktifnya.
      (4) Degradasi insulin.
      (5) Menghasilkan prostaglandin (Suharyanto & Madjid, 2013).
2) Proses Pembentukan Urin

   Ada 3 tahap dalam pembentukan urin yaitu sebagai berikut :

   a) Proses Filtrasi

Proses filtrasi terjadi di glomerulus. Proses ini terjadi karena permukaan aferen sehingga terjadi penyerapan darah lebih. Setiap menit kira-kira 1.200 ml darah, terdiri dari 450 ml sel darah dan 660 ml plasma masuk ke dalam kapiler glomerulus. Untuk proses filtrasi diperlukan tekanan untuk mendapatkan hasil akhir.

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

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

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

b) Reabsorbsi

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

proses reabsorbsi adalah Anti Diuretic Hormone (ADH) (Syaifuddin, 2014).

c) Sekresi

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

3) Pengaturan Hormon Terhadap Fisiologi Ginjal

Pengaturan akhir dari urine diatur oleh 3 jenis hormon yaitu, osmoreseptor pada hipotalamus sangat sensitif terhadap osmolaritas serum. Selama dehidrasi osmolaritas serum meningkat. Osmoreseptor ini merangsang permeabilitas sel tubulus koligens terhadap air. Hormon lain yang mempengaruhi konsentrasi urine adalah renin. Bila laju filtrasi glomerulus turun karena dehidrasi atau kehilangan darah maka kadar natrium dibawah normal maka ginjal akan dirangsang untuk mensekresi renin. Renin mengubah angiotensin yang disekresi hati menjadi angiotensin I. Sel kapiler paru-paru selanjutnya mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Angiotensin II mengkontriksi otot polos disekeliling arteriole . Hal ini meningkatkan tekanan darah dan selanjutnya meningkatkan LFG angiotensin juga merangsang sekresi hormon aldosteron yang mempengaruhi osmolaritas urine. Korteks adrenal jika dirangsang oleh angiotensin II akan mensekresi aldosteron yang dapat meningkatkan reabsorbsi air di ginjal , meningkatkan tekanan darah dan menurunkan osmolaritas serum.

4) Keseimbangan Asam Basa Ginjal

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

5) Pengaturan Keseimbangan Cairan

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

3. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut :

a. Faktor Presipitasi

1) Glomerulonefritis Kronik (24%)

Pada glomerulonefritis kronik terjadi infeksi yang berulang, dimana ukuran ginjal sedikit berkurang sekitar seperlima dari ukuran normal dan terdiri dari jaringan fibrosa yang luas. Berkas jaringan parut merusak sisa korteks, menyebabkan permukaan ginjal kasar dan irregular, sejumlah glomeruli dan tubulus berubah menjadi jaringan parut, cabang-cabang arteri renal menebal. Akhirnya terjadi kerusakan glomerulus yang parah, ketika glomerulus sudah tidak bisa melakukan fungsinya maka akan terjadi gagal ginjal (Suharyanto, 2009).

2) Penyakit Ginjal Polikistik (8%)

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

3) Batu Ginjal

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

4) Pielonefritis Kronis dan Nefritis Interstisial Lain (8%)

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

5) Diabetes Melitus

Pada diabetes melitus terjadi hipoksia akibat dari diabetes yang jangka panjang sehingga glomerulus dan sebagian besar

kapiler lainnya menebal dan akan terbentuklah lesi-lesi sklerotik noduler di glomerulus sehingga semakin menghambat aliran darah. Penurunan aliran darah dapat menyebabkan hipertofi ginjal dan juga hipertrofi ginjal terjadi akibat peningkatan kerja ginjal untuk menyerap ulang glukosa.

6) Medikasi (Agen Toksik)

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

7) Hipertensi (50 %)

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

8) Infeksi Saluran Kemih

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

9) Gaya Hidup

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

10) Lingkungan

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

b. Faktor Predisposisi

1) Umur

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

4. Patofisiologi

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

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

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

masukan protein dalam diet, katabolisme (jaringan dan luka RBC) dan medikasi seperti steroid.

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

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

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

Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat. abnormalitas utama yang lain pada gagal ginjal kronik adalah gangguan metabolisme kalsium dan fosfat. Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh, memiliki hubungan saling

timbal balik; jika salah satunya meningkat, yang lain akan turun. Dengan menurunnya filtrasi melalui glomerulus ginjal, terdapat peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar serum kalsium. Penurunan kadar kalsium serum, menyebabkan sekresi parathormon dari kelenjar paratiroid. Namun demikian, pada gagal ginjal tubuh tidak berespon secara normal terhadap peningkatan sekresi parathormon, dan akibatnya kalsium ditulang menurun menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang (pruritus, kulit kering bersisik). Selain itu, metabolisme aktif vitamin D (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 1 atau penurunan cadangan ginjal (>90ml/menit)

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

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

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

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

   Pada stadium ini terjadi kerusakan ginjal dengan GFR sedang atau dibawah 30 ml/menit dimana mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang, dan penurunan berat badan. Sampai pada GFR dibawah 30 ml/menit pasien memperlihatkan uremia yang nyata seperti anemia,

peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus dan mual muntah. Pasien juga terkena infeksi seperti ISK, infeksi salulan napas, infeksi saluran pencernaan.

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

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

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

   Pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal *(Replaement Therapi)* antara lain: Dialisis Dan Transplantasi Ginjal (Suharyanto & Madjid, 2013).

5. Manifestasi Klinis

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

a. Kardiovaskular

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

b. Saluran Cerna

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

c. Paru – paru

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

d. Muskuloskeletal

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

e. Integumen

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

f. Neurologik

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

g. Reproduksi

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

h. Sistem Hematologi

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

6. Pemeriksaan Diagnostik

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

a. Uji Klirens Kreatinin

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

b. Kreatinin Serum

Pada pemeriksaan kreatinin serum maka akan terlihat peningkatan kadar kreatinin serum. Kreatinin serum pria : 0,85 - 1,5 mg/100ml sedangkan wanita : 0,7 - 1,25 mg/100ml.

c. Pemeriksaan BUN Normal *(Blood Ureum Nitrogen)*

Konsentrasi BUN normal besarnya antara 10 sampai 20 mg/100ml, sedangkan konsentrasi kreatinin plasma besarnya 0,7 - 1,5mg/100ml. Kedua zat merupakan hasil akhir nitrogen dari

metabolisme protein yang normal diekskresikan dalam urin. Bila GFR turun seperti pada insufisiensi ginjal, kadar kreatinin dan BUN plasma meningkat, keadaan ini dikenal sebagai azotemia (zat nitrogen dalam darah).

d. Pemeriksaan USG

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

e. EKG

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

7. Penatalaksanaan Medik

Pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 2 (dua) tahap yaitu tindakan konservatif dan dialisis atau transplantasi ginjal.

a. Tindakan konservatif

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

Pengobatan :

1) Pengaturan diet Protein, Kalium, Natrium dan Cairan

a) Pembatasan protein

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

b) Diet rendah kalium

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

c) Diet rendah natrium

Diet Na yang dianjurkan adalah 40 - 90 mEq/hari (1 – 2 g Na). Asupan natrium yang terlalu longgar dapat

mengakibatkan retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif.

d) Pengaturan cairan

Cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi dengan seksama. Parameter yang tepat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah pengukuran berat badan harian. Asupan yang bebas dapat menyebabkan beban sirkulasi menjadi berlebih, dan edema. Sedangkan asupan yang terlalu rendah mengakibatkan dehidrasi, hipotensi dan gangguan fungsi ginjal. (Suharyanto & Madjid, 2013).

2) Pencegahan dan Pengobatan Komplikasi

a) Hipertensi

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

b) Hiperkalemia

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

c) Anemia

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

d) Asidosis

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

e) Diet rendah fosfat

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

f) Pengobatan hiperurisemia

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

3) Dialisis dan Transplantasi

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

8. Komplikasi

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

a. Hiperkalemia

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

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

c. Hipertensi

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

d. Anemia

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

e. Penyakit tulang

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan diklasifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur pathologis. (Padila, 2012).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

1) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

Data Subjektif : Riwayat DM, riwayat terpajan pada toksin, penyakit polikistik nefritis.

Data Objektif : Merokok.

2) Pola Nutrisi Metabolik

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

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

3) Pola Eliminasi

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

Data Objektif : Abdomen kembung, diare,atau konstipasi.

4) Pola Aktifitas dan Latihan

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

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

5) Pola Tidur dan Istirahat

Data Subjektif : Gangguan tidur (insomnia), kulit gatal.

Data Objektif : Gelisah atau somnolen, cemas, pruritus.

6) Pola Persepsi Kongitif

Data Subjektif : Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot

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

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri:

Data Subjektif : Harga diri rendah, perasaan tidak berdaya.

Data Objektif : Sering marah-marah, cemas.

8) Pola Peran dan Hubungan dengan sesama:

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

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

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data Objektif : Penurunan libido, amenorea, infertilitas.

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan potensial untuk pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (Wilson, 2009).

a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, penurunan laju glomerulus, hiperglikemia, ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan, retensi cairan serta natrium, dan pertukaran antara darah dan dialisat.
b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot-otot pernapasan, ansietas, nyeri, obesitas.
c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan nafsu makan, mual/muntah, pembatasan diet, stomatitis.
d. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi
e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, anemia, retensi produk sampah dan prosedur dialisis.
f. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, kulit kering, pruritus, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan pembuatan akses darah hemodialisa, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi, hiperglikemia.

3. Intervensi/Rencana Keperawatan

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

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

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

   Intervensi :

1) Kaji status cairan, timbang berat badan harian, keseimbangan masukan dan haluaran, turgor kulit dan adanya edema, distensi vena leher, tekanan darah denyut dan irama nadi.
   Rasional: Pengkajian merupakan dasar dan data dasar berkelanjutan untuk memantau perubahan dan mengevaluasi intervensi.
2) Batasi masukan cairan.
   Rasional: Pembatasan cairan akan menentukan berat tubuh ideal, haluaran urin, dan respons terhadap terapi.
3) Identifikasi sumber potensial cairan medikasi dan cairan yang digunakan dan makanan.
   Rasional: Sumber kelebihan cairan yang tidak diketahui dapat diidentifikasi.
4) Jelaskan kepada pasien dan keluarga rasional pembatasan cairan.
   Rasional: Pemahaman meningkatkan kerja sama pasien dan keluarga dalam pembatasan cairan.
5) Bantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan.
   Rasional: Kenyamanan pasien meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan diet.
6) Tingkatkan dan dorong oral hygiene dengan sering.
   Rasional: Hygiene oral meningkatkan kekeringan membran mukosa mulut.
7) Kolaborasi pemberian obat diuretik.
   Rasional: untuk melebarkan lumen tubular dari debris.

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

Intervensi :

1) Kaji frekuensi atau kedalaman, awasi TTV, irama jantung.
   Rasional: berguna dalam evaluasi derajat distres pernapasan dan kronisnya proses penyakit.
2) Istirahatkan pasien dengan posisi semi fowler.
   Rasional: Posisi semi fowler akan meningkatkan ekspansi paru optimal, istirahat akan mengurangi kerja jantung dan menurunkan tekanan darah.
3) Auskultasi bunyi napas, catat adanya suara tambahan.
   Rasional: bunyi tambahan dapat menunjukkan akumulasi cairan atau obstruksi jalan napas parsial.
4) Dorong pasien untuk mengeluarkan sputum.
   Rasional: kental, tebal, dan banyaknya sputum adalah sumber utama gangguan pernapasan.
5) Pantau tingkat kesadaran/status mental.
   Rasional: gelisah adalah manifestasi umum pada hipoksia.
6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian O_2.
   Rasional: untuk melebarkan jalan napas sehingga pasien dapat bernapas dengan baik.

c. Diagnosa Keperawatan III : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan nafsu makan, mual/muntah, pembatasan diet, stomatitis.
   Hasil yang diharapkan : mempertahankan/meningkatkan masukan berat badan seperti yang diindikasikan oleh situasi individu, bebas edema.
   Intervensi :
   1) Kaji status nutrisi, perubahan berat badan, pengukuran antropometrik, nilai laboratorium (elektrolit serum, BUN, kreatinin, protein, transferin, dan kadar besi).

Rasional: Menyediakan data dasar untuk memantau perubahan dan mengevaluasi intervensi.

2) Kaji pola diet nutrisi pasien, riwayat diet, makanan kesukaan, hitung kalori.

   Rasional : Pola diet dahulu dan sekarang dapat dipertimbangkan dalam menyusun menu.

3) Kaji faktor yang berperan dalam merubah masukan nutrisi : anoreksia, mual atau muntah. Diet yang tidak menyenangkan bagi pasien depresi, kurang memahami pembatasan diet, stomatitis.

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

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

   Rasional: Mendorong peningkatan masukan diet.

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

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

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

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

7) Beri makan sedikit tapi sering.

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

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

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

9) Timbang berat badan setiap hari.

Rasional: Untuk memantau status cairan dan nutrisi pasien.

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

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

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

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

Intervensi :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

   Hasil yang diharapkan : Berpartisipasi dalam aktifitas yang dapat ditoleransi.

   Intervensi :

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

   Rasional : Menyediakan informasi tentang indikasi tingkat keletihan.

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

   Rasional : Menyediakan informasi tentang indikasi tingkat keletihan.

3) Anjurkan aktifitas alternatif sambil istirahat.

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

4) Anjurkan untuk istirahat setelah dialisis.

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

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

   Hasil yang diharapkan : mempertahankan kulit utuh.

   Intervensi :

   1) Inspeksi kulit terhadap perubahan warna, turgor, vaskular. Perhatikan kemerahan, ekskoriasi. Observasi terhadap ekimosis, purpura.

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

   2) Inspeksi area tergantung terhadap edema.

      Rasional : Mendeteksi adanya dehidrasi atau hidrasi berlebihan yang mempengaruhi sirkulasi dan integritas jaringan pada tingkat seluler.

   3) Ubah posisi dengan sering; gerakkan pasien dengan perlahan; beri bantalan pada tonjolan tulang dengan kulit.

      Rasional : menurunkan tekanan pada edema, jaringan dengan perfusi buruk untuk menurunkan iskemia. Peninggian meningkatkan aliran balik statis vena terbatas/pembentukan edema.

   4) Berikan perawatan kulit, batasi penggunaan sabun, berikan salep atau krim, misalnya Lanolin, Aquaphor.

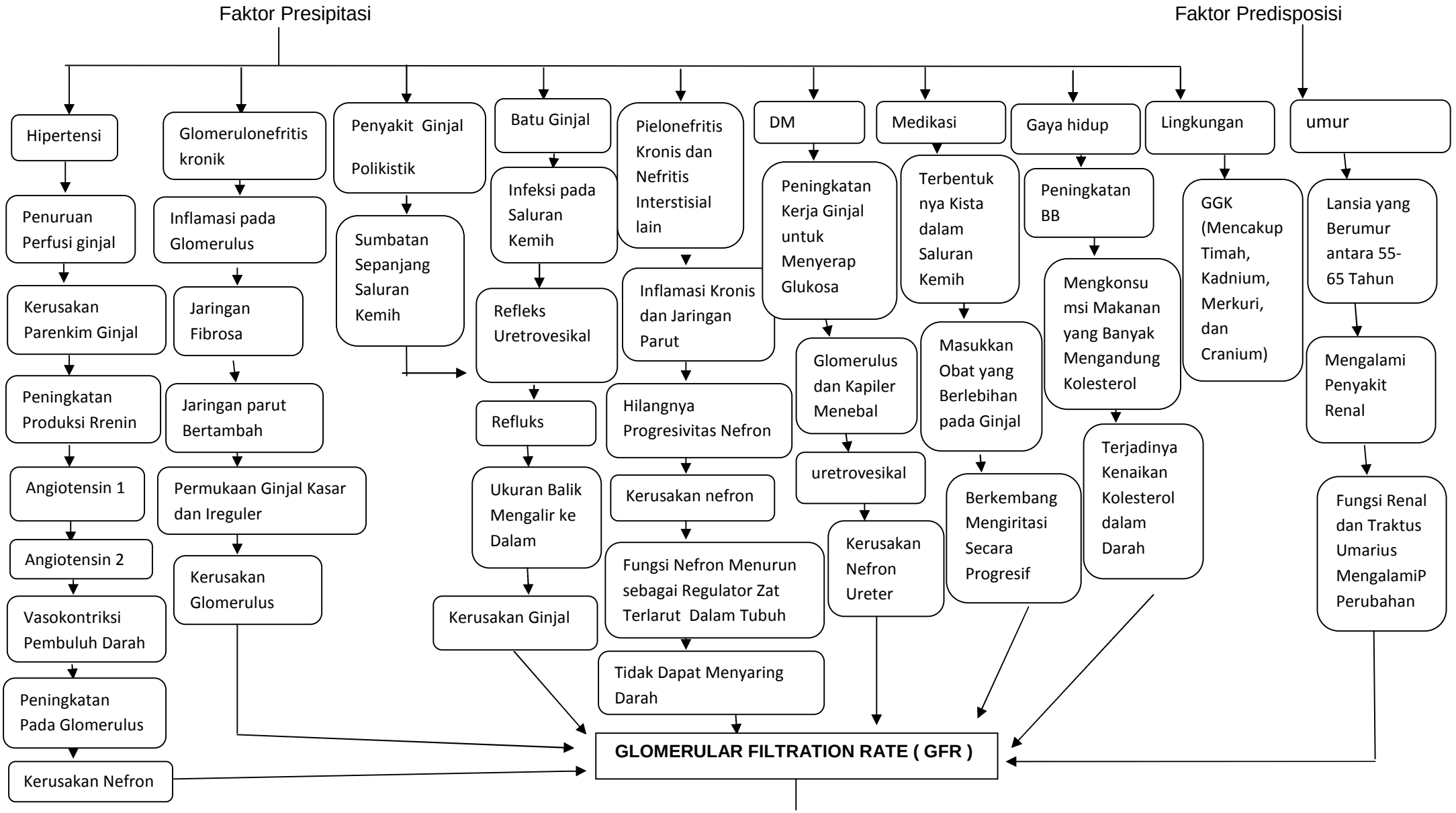
      Rasional : Soda kue, mandi dengan tepung menurunkan gatal dan mengurangi pengeringan dari sabun. Lotion dan salep mungkin diinginkan untuk menghilangkan kering, robekan kulit.

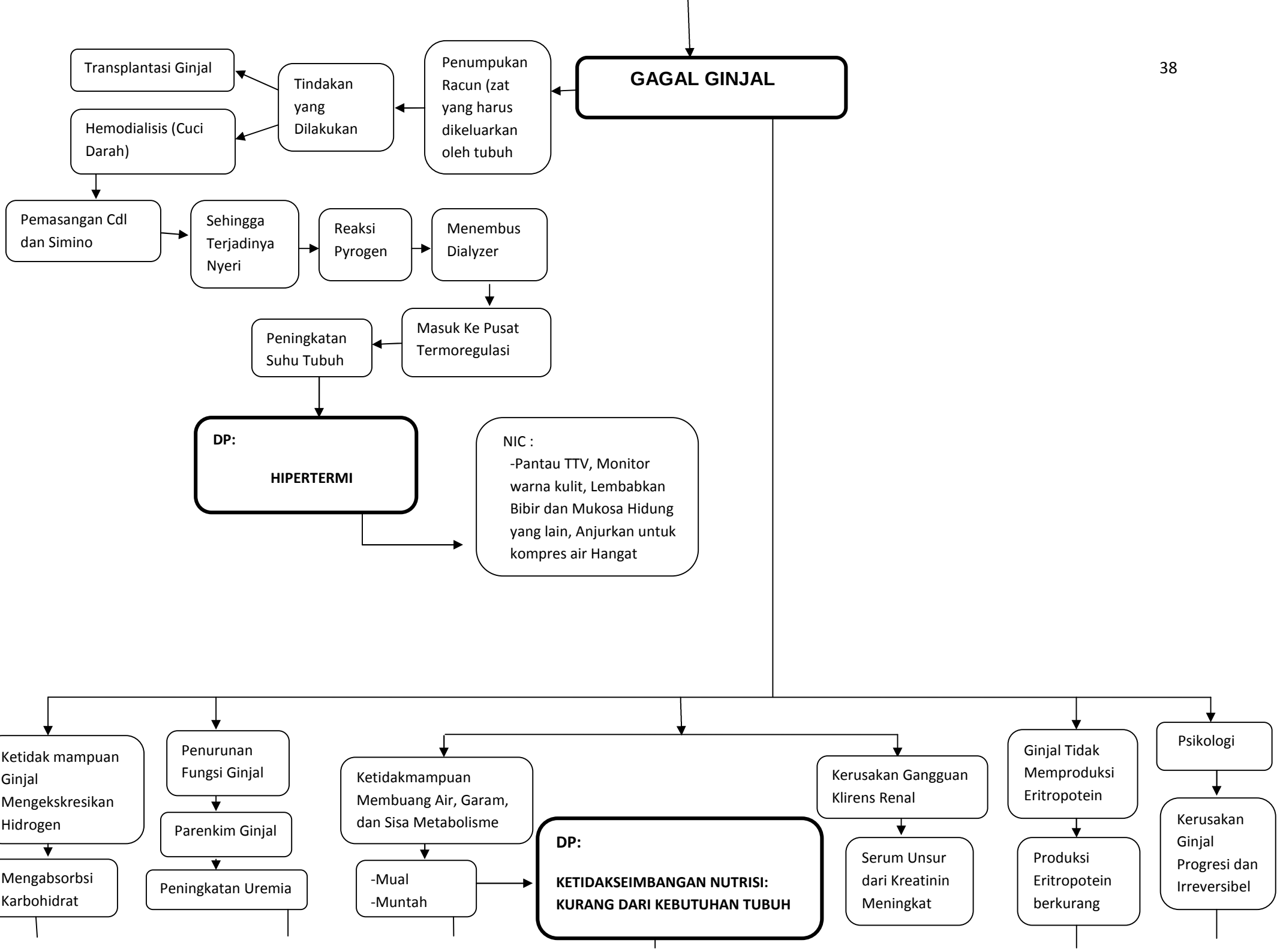
4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

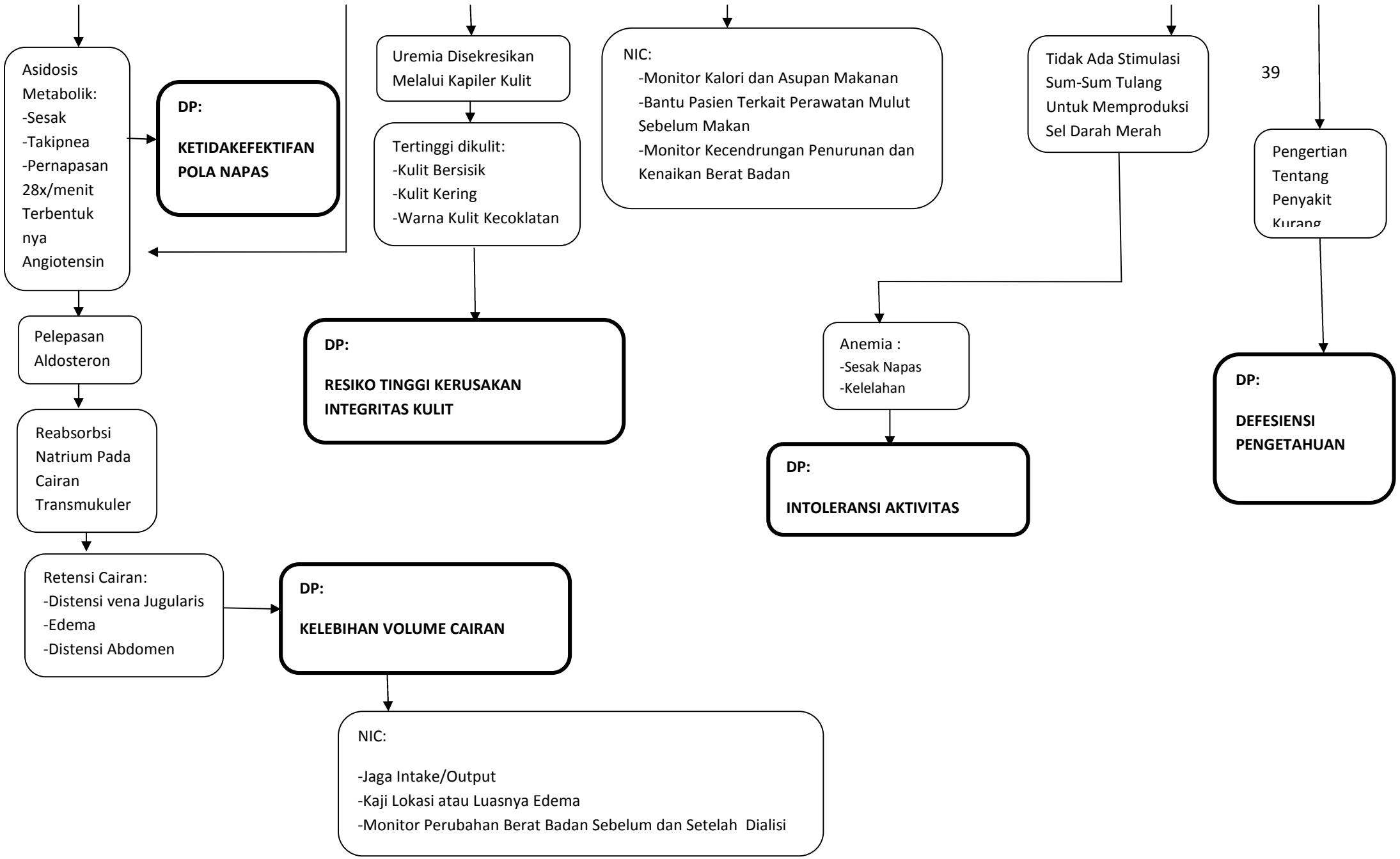
Adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut

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, banyak mengkonsumsi makanan rendah natrium dan kalium. Keluarga harus memperhatikan benar - benar pola makan klien, membatasi pemasukan cairan. Jangan membiasakan diri untuk menahan buang air kecil, pertahankan berat badan normal, timbang berat badan secara teratur, serta hindari minuman beralkohol 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




GAGAL GINJAL
Penumpukan Racun (zat yang harus dikeluarkan oleh tubuh
Tindakan yang Dilakukan
Transplantasi Ginjal
Hemodialisis (Cuci Darah)
Pemasangan Cdl dan Simino
Sehingga Terjadinya Nyeri
Reaksi Pyrogen
Menembus Dialyzer
Masuk Ke Pusat Termoregulasi
Peningkatan Suhu Tubuh
DP:
HIPERTERMI
NIC :
-Pantau TTV, Monitor warna kulit, Lembabkan Bibir dan Mukosa Hidung yang lain, Anjurkan untuk kompres air Hangat
Ketidak mampuan Ginjal Mengekskresikan Hidrogen
Mengabsorbsi Karbohidrat
Penurunan Fungsi Ginjal
Parenkim Ginjal
Peningkatan Uremia
Ketidakmampuan Membuang Air, Garam, dan Sisa Metabolisme
-Mual
-Muntah
DP:
KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI: KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH
Kerusakan Gangguan Klirens Renal
Serum Unsur dari Kreatinin Meningkat
Ginjal Tidak Memproduksi Eritropotein
Produksi Eritropotein berkurang
Psikologi
Kerusakan Ginjal Progresi dan Irreversibel


Asidosis Metabolik:
-Sesak
-Takipnea
-Pernapasan 28x/menit
Terbentuk nya Angiotensin
DP:
KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAPAS
Pelepasan Aldosteron
Reabsorbsi Natrium Pada Cairan Transmukuler
Retensi Cairan:
-Distensi vena Jugularis
-Edema
-Distensi Abdomen
DP:
KELEBIHAN VOLUME CAIRAN
NIC:
-Jaga Intake/Output
-Kaji Lokasi atau Luasnya Edema
-Monitor Perubahan Berat Badan Sebelum dan Setelah Dialisi
Uremia Disekresikan Melalui Kapiler Kulit
Tertinggi dikulit:
-Kulit Bersisik
-Kulit Kering
-Warna Kulit Kecoklatan
DP:
RESIKO TINGGI KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT
NIC:
-Monitor Kalori dan Asupan Makanan
-Bantu Pasien Terkait Perawatan Mulut Sebelum Makan
-Monitor Kecendrungan Penurunan dan Kenaikan Berat Badan
Tidak Ada Stimulasi Sum-Sum Tulang Untuk Memproduksi Sel Darah Merah
Anemia :
-Sesak Napas
-Kelelahan
DP:
INTOLERANSI AKTIVITAS
Pengertian Tentang Penyakit Kurang
DP:
DEFESIENSI PENGETAHUAN

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny. B usia 47 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 26 Februari 2019 dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 7 Maret 2019 diperoleh data : pasien mengeluh sesak nafas, bengkak pada kedua tungkai (kaki dan tangan), serta demam dan mengiggil. Pasien mengatakan demam yang ia rasakan naik turun. Badan pasien teraba panas, tampak mukosa bibir kering dan pecah – pecah, suhu 38^0C. Pasien juga mengatakan semenjak terpasang CDL, ia merasakan nyeri pada dada sebelah kanan, menjalar sampai kebagian perut atas. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk (skala nyeri 6). Terkadang nyeri muncul saat pasien beraktivitas dan beristirahat. Tampak wajah pasien meringis, dan terpasang $O^{2.}$ Pasien malas makan karena setiap kali ia makan ia merasa mual dan pasien juga mengeluh sudah 4 hari tidak BAB. Pasien mengalami penurunan berat badan dari 50 kg menjadi 40 kg. kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan. Pasien mengatakan dalam 1 minggu ia 2x menjalani cuci darah. Hasil laboraturium : ureum 208.9 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 7.4 mg/dL (nilai normal : ≤ 1,1 mg/dL), HGB 6.2 g/dL (nilai normal : 12 – 16 g/dL, WBC 8,80 10^3uL (nilai normal 4.8 – 10.2 10^uL). Hasil observasi tanda-tanda vital TD : 140/80 mmHG, N : 84 X/ menit, S : 38^oc,dan P : 28 x/ menit.

A. Pengkajian

Nama mahasiswa yang mengkaji : Emilia Soipmanai Sarereakek (E1614401055), Fransiska Ernawati (E1614401057)

Unit :Bernadeth IIA Autoanamnese : √

Kamar :504^3 Alloanamnese : √

Tanggal Masuk RS :26/02/2019

Tanggal Pengkajian :07/03/2019

1. Identitas

a. Pasien

Nama Initial : Ny. “B”

Umur : 47 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Status Perkawinan : Menikah

Jumlah Anak : 4

Agama/Suku : Islam

Warga Negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Alamat Rumah : Pulau Kodingareng

b. Penanggung Jawab

Nama : Ny. Mirna

Umur : 29 Tahun

Alamat : Pulau Kodingareng

Hubungan dengan pasien : Anak

2. Data Medik

   Diagnosa Medik

   Saat Masuk : CKD + Anemis

   Saat Pengkajian : CKD

3. Keadaan Umum

   a. Keadaan Sakit

      Pasien tampak sakit sedang

      Alasan: Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dengan posisi semi fowler. Tampak terpasang infus di tangan sebelah kiri dan tampak terpasang CDL di dada sebelah kanan. Tampak pasien edema pada kedua tungkai (kedalaman 3 cm) dan kedua tangan (kedalaman 1 cm). Observasi tanda – tanda vital, TD:140/80, S: 38^0C, P: 28x/menit, N:84x/menit.

   b. Tanda –Tanda Vital

      1) Kesadaran (Kualitatif) : Composmentis

         Skala Koma Glasgow (Kuantitatif)

         a) Respon Motorik : 6

         b) Respon bicara : 5

         c) Respon membuka mata : 4

            Jumlah : 15

      2) Tekanan Darah: 140/80

         MAP : 100 mmHg

         Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

      3) Suhu : 38^0C [√] Axilla [ ] Oral [ ] Rectal

      4) Pernapasan : 28x/menit

         Irama : [√] Teratur [ ] Bradipnea [ ] Kusmaul [ ] Takipnea [ ] Cheynes-stokes

         Jenis : [√] Dada [ ] Perut

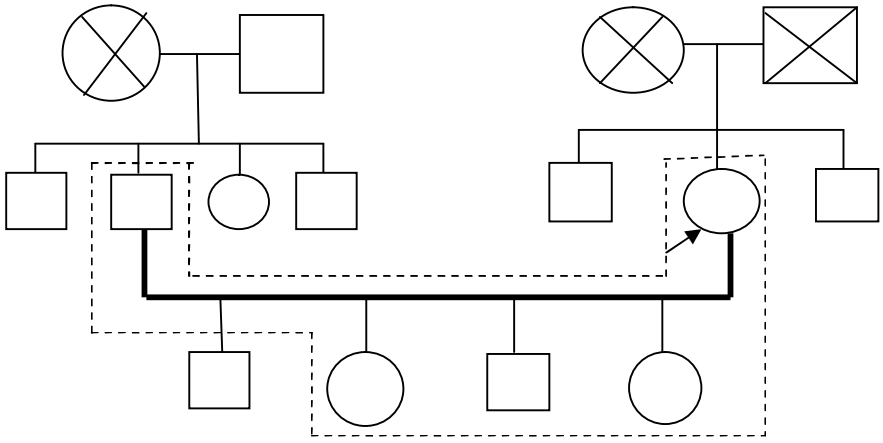
      5) Nadi : 84x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardi
☐ Takikardi ☐ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas :20cm
2) Tinggi badan : 150cm
3) Berat badan : 40kg
4) IMT(Indeks Massa Tubuh) : 17,7
5) Kesimpulan : Berat badan kurang

d. 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 sangat suka mengkonsumsi makanan yang asin karena pasien tinggal di pulau sehingga pada 3 tahun terakhir ini pasien mengalami hipertensi akan tetapi pasien tidak pernah check- up ke RS karena pasien tidak mengetahui akibat dari pada hipertensi. Apabila ada anggota keluarga yang sakit, mereka lebih sering membeli obat di warung terdekat karena di tempat mereka tidak ada puskesmas.

      2) Riwayat penyakit saat ini
         a) Keluhan utama: Sesak napas
         b) Riwayat keluhan utama

            Pasien mengatakan 3 hari sebelum masuk RS, ia mengalami sesak napas dan bengkak pada kedua tungkai. Pasien mengeluh sudah tidak mampu menahan rasa sesaknya dan kencingnya hanya sedikit sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RS Stella Maris pada tanggal 26 Februari 2019 dan dirawat di ruangan Sta. Bernadeth IIA.

            Pada saat pengkajian tanggal 07 Maret 2019, pasien mengeluh sesak napas dan bengkak pada kedua tungkai (tangan dan kaki) serta demam dan menggigil. Pasien mengatakan demam yang ia rasakan naik turun. Badan pasien teraba panas, tampak mukosa bibir kering dan pecah-pecah, suhu 38^0C. Pasien juga mengatakan semenjak terpasang CDL, ia merasakan nyeri pada dada sebelah kanan, menjalar sampai kebagian perut atas. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk (skala nyeri 6).

Terkadang nyerinya muncul saat pasien beraktivitas dan beristirahat. Tampak wajah pasien meringis, dan terpasang O_2. Pasien juga mengeluh sudah 4 hari tidak BAB.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan mengalami Hipertensi pada 3 tahun terakhir ini.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada penyakit keturunan.

5) Pemeriksaan fisik

a) Kebersihan rambut : Tampak bersih dan beruban
b) Kulit kepala : Tampak bersih
c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
d) Hygene rongga mulut : Tampak kotor
e) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
f) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pola makannya teratur, 3 kali dalam sehari dengan mengkonsumsi nasi, ikan, tempe, tahu, daging, dan sayur. Pasien minum air putih 7-8 gelas per hari atau sekitar 1.500cc. Pasien jarang mengkonsumsi buah-buahan dan tidak pernah minum vitamin/ suplemen.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak dipasangkan CDL, nafsu makan pasien berkurang.

Pada saat pengkajian pasien mengatakan malas makan karena perut kembung dan susah BAB sudah 4 hari. Tampak pasien hanya bisa menghabiskan 3 sendok makan dari 1 porsi yang disediakan. Pasien dipasangkan infus dengan 500cc/ 24 jam,

dan pasien minum air putih sekitar 2 gelas atau sekitar 400cc/24 jam Observasi

Pasien tampak lemas, dan tampak minum dengan bantuan sedotan. Tampak sesak dan edema pada kedua tungkai (kedalaman 3 cm) dan pada tangan (kedalaman 1 cm)

3) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bersih dan beruban
b) Hidrasi kulit : Finger print kembali < 3 detik
c) Palpebral/konjungtiva : Tampak tidak ikterik
d) Sclera : Tampak anemis
e) Hidung : Tampak simetris
f) Rongga mulut : Tampak kotor
g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak utuh
i) Gigi palsu : Tampak tidak ada
j) Kemampuan mengunyah keras: Tampak pasien mampu mengunyah keras
k) Lidah : Tampak kotor
l) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
m) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
o) Abdomen
   (a) Inspeksi : Tampak tidak asites
   (b) Auskultasi : Peristaltik usus 10x/menit
   (c) Palpasi : Tampak tidak ada nyeri
   (d) Perkusi : Pekak
p) Kulit
   (a) Edema: [√] Positif [ ] Negatif
   (b) Ikterik: [ ] Positif [√] Negatif

(c) Tanda-tanda radang : Tidak ada tanda-tanda radang

q) Lesi : Tampak tidak ada

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancar, frekuensi 2x sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kecoklatan serta tidak ada masalah saat BAB. Pasien merasakan nyeri saat BAK, konsistensi 2-3x sehari dengan jumlah urin 150cc/ 24 jam, dengan karakteristik berwarna kuning dan berbau.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sudah 4 hari tidak BAB. BAK tidak lancar, frekuensi 2x dengan jumlah 100cc/ 24 jam dengan karakteristik berwarna kuning dan berbau.

3) Observasi

Tampak perut pasien kembung

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 10x/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☑ Kosong

c) Nyeri ketuk ginja : ☑ 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 ia sebagai ibu rumah tangga. Kesehariannya hanya membersihkan dan mengurus rumah. Dalam waktu luang biasanya yang dilakukan adalah berkumpul

bersama anak dan suaminya. Pasien sangat jarang untuk melakukan olahraga. Dengan membersihkan dan mengurus rumah, pasien sudah melakukan olahraga.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ia tidak bisa lagi beraktivitas seperti biasanya dikarenakan kondisinya yang sekarang lagi terbaring di RS. Pasien juga mengeluh susah bergerak karena bengkak pada kedua tungkai dan pada tangan. Maka untuk memenuhi kebutuhannya selama sakit, dibantu oleh keluarga.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan tidak banyak melakukan aktivitas. Tampak edema pada kedua tungkai (kedalaman 3 cm) dan pada tangan (kedalaman 1 cm) dan semua kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga.

a) Aktivitas harian

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

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

b) Postur tubuh :Bungkuk
c) Gaya jalan :Tidak dikaji
d) Anggota gerak yang cacat :Tampak tidak ada
e) Fiksasi :Tampak tidak ada
f) Tracheostomi :Tampak tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

(1) Berbaring : 140/80

b) HR : 106x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak tidak ada

Basah : Tampak tidak ada

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpilan : 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 intercostal : Tidak ada

(c) Sianosis : Tidak ada

(d) Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi

Vocal premitus : Tidak dikaji pasien sesak

(3) Perkusi : [√] Pekak [ ] Sonor

g) Jantung

(1) Inspeksi

Ictus cordis : Tidak ada pembesaran

(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 : ICS 5 linea axillaris anterior sinistra

(4) Auskultasi

(a) Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis dextra

(b) Bunyi jantung II P : Tunggal ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra

(c) Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

(d) Bunyi jantung I M : Tunggal ICS 5 linea medio clavicularis sinistra

(e) Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada

(f) Murmur : Tidak ada

(g) Bruit : Aorta

A. Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : [ ] Positif [√] Negatif

(2) Rentang gerak

(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) Columma vetebralis

(1) Inspeksi

Kelainan bentuk : Tidak ada

(2) Palpasi

Nyeri tekan : Tidak ada

(3) Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mangatakan tidurnya teratur ± 7 jam, dari jam 21.00-05.00 WITA. Pasien jarang tidur siang karena sibuk dengan pekerjaan rumah. Pasien tidak pernah mengkonsumsi obat tidur. Sebelum tidur pasien menonton TV bersama anak dan suaminya. Pasien sangat nyaman tidur jika dalam suasana gelap.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur karena sesak. Jam tidur pasien tidak menentu baik siang atau pun malam hari. Pada pagi hari pasien bangun sekitar jam 7.

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 dapat mengingat masa lalunya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran serta tidak ada masalah pada penciuman. Apabila pasien merasa sesak, pasien lebih suka tidur dalam posisi semi fowler dengan tumpuan bantal dibelakangnya serta dengan bantuan $O_{2.}$

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan alat bantu $O_{2.}$

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

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 seorang ibu rumah tangga dan ibu dari 4 orang anak. Pasien akrab dengan suami dan anaknya serta dengan tetangga lingkungan rumahnya. Untuk kebutuhan sehari- hari suami yang mencari nafkah.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan badannya terasa lemas dan merasa pusing. Pasien hanya bisa terbaring lemah di tempat tidur dan tidak bisa menjalankan perannya sebagai IRT

3) Observasi

Pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur

a) Kontak mata : Tampak penuh, melihat perawat berbicara

b) Rentang perhatian : Tampak ada perhatian saat diajak bicara
c) Suara dan cara bicara : Tampak jelas
d) Postur tubuh : Kifosis

4) Pemeriksaan fisik
a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Postur tubuh : Kifosis
c) Kulit : Tampak bersih

h. Pola persepsi dan hubungan dengan sesama
1) Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan ia tinggal bersama suami dan anaknya. Pasien memiliki hubungan baik dalam keluarga dan tetangganya.
2) Keadaan sejak sakit
Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, perawat dan pasien lain terjalin dengan baik.
3) Observasi
Pasien berkomunikasi baik dengan keluarga dan perawat

i. Pola reproduksi dan seksual
1) Keadaan sebelum sakit
Pasien mengatakan ia memiliki 4 orang anak dan sudah tidak ingin punya anak lagi. Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam sistem reproduksinya.
2) Keadaan sejak sakit
Pasien mengatakan tidak ada masalah pada sistem reproduksinya.
3) Observasi
Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji pasien menolak

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan apabila lelah ia sangat mudah untuk stress dan mudah marah akan tetapi suaminya selalu berusaha untuk menenangkan istrinya dengan meminta bantuan anaknya untuk membantu istrinya dalam mengurus rumah.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien merasa cemas dengan kondisinya saat ini dan hanya bisa berdoa agar ia cepat sembuh.

3) Observasi

Tampak pasien cemas dan gelisah

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia beragama islam dan setiap hari selalu melakukan sholat 5 waktu bersama suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak dapat pergi ke masjid untuk sholat dan hanya bisa berdoa di tempat tidur.

5. UJI SARAF KRANIAL

a. N I Olfactorius

Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih dengan mata tertutup

b. N II Opticus

Pasien mampu membaca papan nama perawat

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

Pasien mampu menggerakkan bola matanya kesegala arah

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 Facialis

Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula

Motorik : Pasien mampu tersenyum, mengangkat alis, dan mengkerutkan dahi

f. N VIII Vestibulo- Acusticus

Vestibularis : Tidak dikaji pasien sesak

Acusticus : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat pada kedua telinga

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 dana kanan secara bersamaan dan menggerakan kepala

j. N XII Hypoglossus

Pasien mampu menjulurkan lidah

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Nama pasien : Ny. “B”

Umur : 47 tahun

a. Pemeriksaan darah : Pemeriksaan darah lengkap : 06 Maret 2019

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai normal
WBC	8.80	10^3µL	4.8 - 10.2
RBC	L 2.28	10^3µL	4.0 - 5.5
HGB	L 6.2	g/dl	12.2 - 16.2
HCT	L 18.2	%	37.7 - 47.9
MCV	L 79.8	fL	80.0 - 97.0
MCH	27.2	Pg	26.0 - 31.0
MCHC	34.1	g/dl	31.8 - 35.4
PLT	270	10^3µL	130.0 - 400.0
RDW – CV	14.3	fL	11.5 - 14.5
PDW	10.7	fL	9.0 - 13.0
MPV	8.9	fL	7.2 - 11.1
P – LCR	18.5	%	15.0 - 25.0
DIFF			
LYMPH	14.5	%	10.0 - 50.0
MXD	7.7	%	1.0 - 20.0
NEUT	77.8	%	37.0 - 80.0
LYMPH#	1.30	10^3µL	1 - 3.7
MXD#	0.7	10^3µL	0 - 1.2
NEUT#	6.90	10^3µL	1.5 - 7

b. Pemeriksaan Ureum Creatinin : 06 Maret 2019

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	katerangan
Ureum	208.9	10 – 50	mg/dl		H
Creatinin	7.4	<1.1	mg/dl		H

c. Pemeriksaan elektrolit

Tes/jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Metode
Kimia darah				
Elektrolit				
Elektrolit, natrium, kalium, clorida				
Natrium	**133***	136 – 145	mmol/ L	
Kalium	4.5	3.4 - 4.5	mmol/ L	
Chlorida	**9.5***	100 - 108	mmol/ L	

7. Terapi
   a. Omeperazol 2x1/ oral
   b. Domperidon 3x1/ orall
   c. Paracetamol /IV
   d. Furosemide IV/ 8 jam

B. Analisa Data
Nama / Umur : Ny. ‘’B’’ / 47 tahun
Kamar / Unit : 504^3 / BIIA

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: - Pasien mengatakan bengkak pada kedua tungkai - Pasien mengatakan ia sesak napas - Pasien mangatakan kencingnya hanya sedikit DO : - Tampak edema pada kedua tungkai kaki (kedalaman 3 cm) dan tangan (kedalaman 1 cm) - Hasil lab : Ureum : 208.9 Creatinin : 7.4	Gangguan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan
2	DS: - Pasien mengatakan malas makan karena perutnya kembung - Pasien mengatakan sejak masuk RS dan dipasangkan CDL nafsu makan pasien menurun DO: - Tampak pasien hanya bisa	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutahan tubuh

	menghabiskan 3 sendok makan dari 1 porsi makanan yang disediakan - IMT 17.7 (berat badan kurang) BB 40 kg TB 150 cm - Laboratorium menujukkan HB : 6.2 g/dl (nilai normal 12.2 – 16.2)		
3	DS : - Pasien mengatakan demam dan menggigil - Pasien mengatakan demam yang dirasakan naik turun DO : - Tampak badan pasien teraba panas - Tampak mukosa bibir kering dan pecah - pecah - Observasi tanda - tanda vital TD : 140/80 N : 84x/menit S : 38^0C P : 28x/menit	Penyakit	Hipertermia

C. Diagnosa Keperawatan
Nama / Umur : Ny. “B” / 47 tahun
Kamar / Unit : BIIA

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2.	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan
3.	Hipertermia berhubungan dengan penyakit

D. RencanaKeperawatan

Nama/ umur : Ny. “B” / 47 tahun

Kamar / unit : 504^{3} / BIIA

No	Diagnosa Keperawatan	Nursing Auotcomes Classification (NOC)	Nursing Interventions Classification (NIC)	Rasional
I	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi DS : - Pasien mengatakan bengkak pada kedua tungkai - Pasien mengatakan ia sesak napas - Pasien mengatakan kencingnya hanya sedikit DO : - Tampak edema pada kedua tungkai (kaki kedalaman 3 cm dan tangan kedalaman 1 cm)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kelebihan volume cairan pasien dapat teratasi dengan criteria hasil, dengan indicator skala target outcome: 1. Keseimbangancairan (0601) - Edema dapat berkurang dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu) - Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam dipertahankan padaskala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan kes kala 3 (cukupterganggu) - Natrium, kalium, dan clorida dalam batas	Manajemen cairan (4120) 1. Menjaga intake / asupan yang akurat dan catat output pasien 2. Memonitor perubahan berat badan sebelum dan setelah dialisis 3. Mengkaji lokasi dan luasnya edema 4. Memonitor makanan / cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian 5. Memberikan diuretik yang diresepkan	1. Penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium dan penurunan output urine 2. Tindakan hemodialisis dapat mencegah kelebihan cairan yang lebih lanjut 3. Edema terutama terjadi pada jaringan yang tergantung pada tubuh 4. Pembatasan cairan akan menentukan

	- Hasil lab : ureum 208.9, creatinin 7.4	normal dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (cukup terganggu)		berat badan, haluaran urine, mengurangi edema dan respon terhadap terapi 5. Dapat menyerap cairan dan mengurangi edema
II	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan DS : - Pasien mengatakan malas makan karena perutnya kembung - Pasien mengatakan sejak masuk RS dan dipasang CDL nafsu makan pasien menurun DO : - Tampak pasien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil dengan indikator skala target outcome : 1. Status nutrisi (1004) - Asupan makanan dipertahankan pada skala 2 (banyak menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan kes kala 3 (cukup menyimpang dari rentang normal) - Rasio berat badan atau tinggi badan dipertahankan pada skala	Manajemen nutrisi (1100) 1. Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan 2. Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara pasien berada di RS atau fasilitas perawatan yang sesuai 3. Menganjurkan pasien terkait dengan diet untuk kondisi sakit (	1. Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan 2. Untuk menigkatkan selera makan pasien 3. Memberikan bantuan sehingga nutrisi adekuat untuk kebutuhan metabolik 4. Dokumentasikan masukan oral selama 24 jam, riwayat makanan, jumlah kalori dengan cepat

	hanya bisa menghabiskan 3 sendok makan dari 1 porsi makanan yang disediakan - BB 40 kg TB 150 cm IMT 17,7 (berat badan kurang) - Laboratorium menunjukkan HB : 6.2 g/ dl (nilai normal 12.2 – 16.2)	2 (banyak menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan ke skala 3 (cukup menyimpang dari rentang normal) - Asupan cairan dipertahankan padas kala 2 (banyak menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan ke skala 3 (cukup menyimpang dari rentang normal)	yaitu : pasien dengan penyakit ginjal, pembatasan natrium, kalium, protein, dan cairan) 4. Memonitor kalori dan asupan makanan 5. Memonitorkecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan 6. Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya : bersih, berventilasi, santai dan bebas dari bau yang menyengat	5. Jelaskan pentingnya makanan bagi proses penyembuhan 6. Membuat waktu makan lebih menyenangkan yang dapat meningkatkan nafsu makan
III	Hipertermi berhubungan dengan penyakit DS : - Pasien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hipertermi pasien dapat teratasi dengan criteria hasil dengan indicator outcome	Perawatan demam (3740) 1. Memantausuhudan tanda vital lainnya	1. Peningkatan pada tanda tanda vital dapat menunjukkan proses penyakit

	demam dan menggigil - Pasien mengatakan demam yang ia rasakan naik turun DO : - Tampak badan pasien teraba panas - Tampak mukosa bibir kering dan pecah-pecah - Observasi tanda-tanda vital : TD : 140 / 80 mmHg N : 84x / menit S : 38^0C P : 28x / menit	1. Termoregulasi (0800) - Hipertermi dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) - Perubahan warna kulit dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) - Berkeringat saat panas dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu) - Menggigil saat dingin dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)	2. Menutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam yaitu : memberikan selimut hangat untuk fased ingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak atau flush 3. Memonitor warna kulit dan suhu 4. Menganjurkan untuk kompres air hangat 5. Memberikan obat atau cairan IV (misalnya : antipiretik dan agen anti menggigil, lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering)	2. Pakaian yang tipis mempermudah perpindahan panas dan menyerapkeringat 3. Untuk mengetahui kapan hipertermi terjadi 4. Dapat membantu mengurangi demam 5. Obat antipiretik dapat mempengaruhi suhu tubuh

E. Pelaksanaan Keperawatan
Nama / Umur : Ny. “B” / 47 tahun
Kamar / Unit : 304^3 / BIIA

Hari /Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
Jumat 8 Maret 2019	I	15.00	Mengkaji lokasi edema Hasil : - Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua tungkai - Tampak edema pasien berada pada derajat 1	Emilia
	III	16.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 140 / 80 mmHg - N : 84x / menit - S : 38^0C - P : 28x / menit	Emilia
	III	16.30	Menganjurkan untuk kompres air hangat Hasil : - Pasien mengatakan masih merasa demam walaupun sudah dikompres - Tampak tubuh pasien teraba panas suhu tubuh pasien 38^0C	Emilia
	III	16.50	Melakukan memberikan obat Hasil : - Tampak pasien terpasang paracetamol infus 500 mg	Emilia
	III	17.30	Memonitor warna kulit dan suhu Hasil : - Pasien mengatakan demamnya sudah turun - Tampak pasien teraba hangat suhu tubuh pasien 37^0C dan tampak tidak ada iritasi pada kulit pasien	Emilia
	II	18.00	Memonitor kalori dan asupan makanan Hasil :	Emilia

			- Pasien mengatakan malas makan karena perutnya kembung - Tampak pasien hanya menghabiskan 3 sendok dari 1 porsi makanan yang disediakan - IMT 17,7 (berat badan kurang) BB : 40 kg TB : 150 cm	
	I	19.00	Jaga intake / asupan yang akurat dan catat output pasien Hasil : - Pasien mengatakan ia menghabiskan ½ botol air - Tampak urine 100cc	Emilia
	I, III	20.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Omeperazol 20 mg/oral - Domperidon 10 mg/oral - Furosemide 1 amp (20 mg) / IV	Erna
	III	22.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD :140/ 90mmHg - N : 86x / menit - S : 38^0C - P : 27x/ menit	Erna
	I, III	04.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Furosemide 1 amp (20 mg) / IV	Erna
	III	05.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 130 / 90mmHg - N : 88x / menit - S : $38,2^0$C - P : 27x / menit	Erna
	III	06.00	Menganjurkan untuk kompres air hangat	Erna

			Hasil : - Pasien mengatakan masih merasa demam walaupun sudah dikompres - Tampak tubuh pasien teraba panas suhu tubuh pasien 38^0C	
	I	07.00	Memonitor intake dan output pasien Hasil : - CM (air putih) : 350cc - CK (urine) : 100cc - Balance cairan CM – (CK+ IWL) 350 – (100 + 600) 350 – 700 = -350	Erna
Sabtu 9 Maret 2019	I, II	07.30	Memonitor makanan / cairan yang dikonsumsi pasien Hasil : - Pasien mengatakan minum air putih ±100cc - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan 4 sendok dari 1 porsi makanan yang disediakan	Emilia
	I, III	08.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Omeperazol 20 mg/oral - Domperodon 10 mg/oral	Emilia
	I	08.30	Mengkaji lokasi edema Hasil : - Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua tungkai - Tampak bengkak dengan cekungan kembali dalam 5 detik	Emilia
	II	09.00	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara pasien berada di RS atau fasilitas perawatan yang sesuai Hasil :	Emilia

			- Tampak keluarga membawa makanan kesukaan pasien	
	II	09.30	Memonitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan Hasil : - Tampak berat badan pasien 40 kg	Emilia
	III	10.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 130 / 80 mmHg - N : 86x / menit - S : 37,9^{0}C - P : 28x / menit	Emilia
	I, III	10.30	Menganjurkan untuk kompres air hangat dan melakukan pemberian obat Hasil : - Keluarga pasien mengatakan demam pasien sudah turun suhu tubuh pasien 37,9^{0}C - Tampak keluarga mengompres pasien	Emilia
	I	11.00	Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk batasan cairan seperti mengkonsumsi cairan 600cc / hari Hasil : - Pasien mengatakan apabila minum ia menggunakan botol yang diberikan oleh perawat - Tampak pasien sudah menghabiskan 200cc	Emilia
	I, III	12.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Domperidon 10 mg/oral - Furosemide 1 amp (20mg) / IV	Emilia
	II	12.30	Memonitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan 4 sendok dari 1 porsi yang	Emilia

			disediakan	
	II	13.00	Memonitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan pasien Hasil : - Tampak berat badan pasien 40 kg	Emilia
	II	13.30	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara pasien berada di RS atau fasilitas perawatan yang sesuai Hasil : - Tampak keluarga membawa makanan kesukaan pasien	Valen
	I	14.00	Mencatat asupan dan pengeluaran shif pagi Hasil : - Pukul 07.30 – 10.00 (air putih = 100cc, urine = 50cc) - Pukul 11.00 – 13.30 (air putih = 250cc, urine = 100cc)	Erna
	I	15.00	Mengkaji lokasi edema Hasil : - Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua tungkai - Tampak edema berada pada derajat 1	Erna
	III	16.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 140 / 80 mmHg - N : 84x / menit - S : 37^0C - P : 28x / menit	Erna
	III	16.30	Menganjurkan untuk kompres air hangat Hasil : - Pasien mengatakan demamnya sudah turun - Tampak tubuh pasien teraba hangat suhu tubuh pasien 37^0C	Erna

	I, III	16.50	Melakukan pemberikan obat Hasil : - Paracetamol infuse	Erna
	I	17.00	Jaga intake / asupan yang akurat dan catat output pasien Hasil : - Pasien mengatakan menghabiskan air ±100cc	Erna
	III	17.30	Memonitor warna kulit dan suhu Hasil : - Tampak pasien teraba hangat suhu tubuh pasien 37^0C dan tampak tidak ada iritasi pada kulit pasien	Valen
	II	18.00	Memonitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Pasien mengatakan malas makan karena perutnya kembung - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi 1 porsi makanan yang disediakan	Valen
	I, III	20.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Omeperazol 20 mg/ oral - Domperidon 10 mg/ oral - Furosemide 1 amp(20 mg)/ IV	Valen
	III	22.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD :140/ 90 mmHg - N : 86x / menit - S : 37,5 ^{0}C - P : 27x/ menit	Valen
	I, III	04.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Furosemide 1 amp (20 mg) / IV	Valen
	III	05.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil :	Valen

			- TD : 130 / 90mmHg - N : 88x / menit - S : 37^0C - P : 27x / menit	
	I	07.00	Memonitor intake dan output pasien Hasil : - CM (air putih) :500cc - CK (urine) : 150cc - Balance cairan CM – (CK+ IWL) 500- (150+ 600) 500–750 = -250	Valen
Minggu 10 Maret 2019	I, II	07.30	Memonitor makanan / cairan yang dikonsumsi pasien Hasil : - Pasien mengatakan minum air putih ±200cc - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan1 porsi makanan	Emilia dan Erna
	I, III	08.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Omeperazol 20 mg/oral - Domperodon 10 mg / oral	Emilia
	I	08.30	Mengkaji lokasi edema Hasil : - Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua tungkai - Tampak edema pasien berada pada derajat 1	Erna
	II	09.00	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara pasien berada di RS atau fasilitas perawatan yang sesuai Hasil : - Tampak keluarga membawa makanan kesukaan pasien	Emilia dan Erna

	II	09.30	Memonitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan Hasil : - Tampak berat badan pasien 44 kg	Emilia
	III	10.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 130 / 80 mmHg - N : 86x / menit - S : 36,5^{0}C - P : 28x / menit	Emilia
	I	11.00	Jaga intake / asupan yang akurat dan catat output pasien Hasil : - Pasien mengatakan mampu menghabiskan air 200cc - Tampak pasien minum sesuai takaran botol yang diberikan oleh perawat	Emilia dan Erna
	I, III	12.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Domperidon 20 mg/ oral - Furosemide 1 amp (20 mg) / IV	Erna
	II	12.30	Memonitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Pasien mengatakan hanya mampu menghabiskan 1 porsi makanan	Erna
	II	13.00	Memonitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan pasien Hasil : - Tampak berat badan pasien 45 kg	Imel
	II	13.30	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara pasien berada di RS atau fasilitas perawatan yang sesuai Hasil : - Tampak keluarga membawa makanan kesukaan pasien	Imel

	I	14.00	Mencatat asupan dan pengeluaran shif pagi Hasil : - Pukul 07.30 – 10.00 (air putih = 250cc, urine = 50cc) - Pukul 10.30 – 13.30 (air putih = 250cc, urine = 50cc)	Imel
	I	15.00	Mengkaji lokasi edema Hasil : - Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua tungkai - Tampak lokasi edema pasien berada pada kedua tungkai	Imel
	III	16.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 140 / 80 mmHg - N : 84x / menit - S : 36,5^{0}C - P : 28x / menit	Perawat desi
	III	16.30	Memonitor warna kulit dan suhu Hasil : - Tampak pasien teraba hangat suhu tubuh pasien 37^{0}C dan tampak tidak ada iritasi pada kulit pasien	Perawat
	II	18.00	Memonitor kalori dan asupan makanan Hasil : - Pasien mengatakan perutnya sudah tidak kembung - Pasien mengatakan napsu makannya bertambah - Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan	Perawat
	I	19.00	Jaga intake dan output / asupan yang akurat dan catat output pasien Hasil : - Pasien mengatakan minum 200cc - Pasien mengatakan sering merasa haus	Perawat

	I, III	20.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Omeperazol 20 mg/ oral - Domperidon 10 mg/ oral - Furosemide 1 amp (20 mg) / IV	Perawat
	III	22.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD :140/ 90mmHg - N : 86x / menit - S : 36,5^{0}C - P : 27x/ menit	Perawat
	I, III	04.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Furosemide 1 amp (20 mg) / IV	Perawat
	III	05.00	Mengobservasi tanda - tanda vital pasien Hasil : - TD : 130 / 90mmHg - N : 88x / menit - S : 36^{0}C - P : 27x / menit	Perawat
	I	07.00	Memonitor intake dan output pasien Hasil : - CM (air putih) : 900cc - CK (urine) : 200cc - Balance cairan CM – (CK+ IWL) 900- (200+ 600) 900– 800= -100	Perawat

F. EvaluasiKeperawatan

Nama/Umur : Ny.”B”/47 tahun

Unit/Kamar : 504^{3}/BII.A

Tanggal	EVALUASI SOAP	Nama Perawat
8 Maret 2019	DP.I :Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : -Pasien mengatakan masih bengkak pada kedua tungkai (kaki dantangan) O :- Tampak edema pada kedua tungkai - Balance cairan : CM (air putih) : 1350cc CK (urine) : 210cc CM – (CK+ IWL) 1350 – (210 + 1030) 1350 – 1240= +110 A : - Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Cairan. DP.II: Ketidak seimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan masih malas makan karena perutnya kembung. O : - Tampak pasien hanya bisa menghabiskan 3 sendok makan dari 1 porsi yang disediakan. - IMT 17,7 (berat badan kurang) BB : 40 kg TB : 150 cm A : - Ketidakseimbangan nutrisi :kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi.	Emilia dan Ernawati

	P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Nutrisi. DP.III : Hipertermia b/d penyakit S : - Pasien mengatakan demam - Pasien mengatakan demam yang dirasakan naik turun. O : - Tampak mukosa bibir kering dan pecah – pecah. - Badan pasien teraba panas - Observasi tanda-tanda vital: TD : 140/80 mmHg N : 84x/ Menit S : 38OC P : 28x/ Menit A : - Hipertermia belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Perawatan Demam.	Emilia dan Ernawati
9 Maret 2019	DP.I :Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : - Pasien mengatakan bengkak pada kedua tungkai (kaki dan tangan) O : - Tampak edema pada kedua tungkai - Balance cairan CM (air putih) :1350 CK (urine) : 190cc Balance cairan CM – (CK+ IWL) 1350- (190+ 1030) 1350–1220 = +130	Emilia dan Ernawati

	A : - Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Cairan. DP.II: Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan sudah menghabiskan 1½porsi dari makanan yang disediakan. - Pasien mengatakan sudah tidak merasa mual saat makan. O : - Tampak pasien menghabiskan 1½porsi makanan yang disediakan. A : - Ketidakseimbangan nutrisi :kurang dari kebutuhan tubuh sudah mulai teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Nutrisi. DP.III : Hipertermia b/d penyakit S : - Pasien mengatakan demam O : - Tampak mukosa bibir pasien tidak kering - Observasitanda – tanda vital pasien : TD : 130/80 mmHg S : 37,90C N : 82x/menit P : 24x/menit A : - Hipertermia mulai teratasi. P : - Stop intervensi.	Emilia dan Ernawati

10 Maret 2019	DP.I : Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanis meregulasi S : - Pasien mengatakan bengkak pada kedua tungkai (kaki dan tangan) O : - Tampak kedua kaki pasien masih bengkak. - Balance cairan : CM (air putih) : 1250cc CK (urine) : 140cc Balance cairan CM – (CK+ IWL) 1250 - (140+ 1030) 1250– 1170= +80 A : - Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Cairan. DP.II: Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan sudah menghabiskan 1 porsi makanannya. O : - Tampak pasien sudah menghabiskan 1 porsi makananya. A : - Ketidakseimbangan nutrisi :kurang dari kebutuhan tubuh sudah teratasi. P : - Stop Intervensi.	Emilia dan Ernawati

	DP.III : Hipertermia b/d penyakit S : - Pasien mengatakan sudah tidak demam. O : - Hasil observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit S : 36ºc P : 24x/menit A : - Hipertermia sudah teratasi. P : - Stop Intervensi.	

G. DAFTAR NAMA OBAT YANG DIBERIKAN

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

      Furosemide menghambat penyerapan kembali natrium dan kalium di lengkung henle ginjal dan mengeluarkannya dari dalam tubuh melalui peningkatan output urine. Furosemide sebagai obat untuk mengatasi edema.
   f. Alasan pemberian pada pasien : Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien edema pada kaki bagian sebelah kanan dan kiri.
   g. Kontraindikasi :
      1) Pasien yang memiliki riwayat alergi terhadap farsix (furosemide).
      2) Obat ini juga dikontraindikasikan untuk pasien dengan anuria.
   h. Efek samping obat :
      1) Mulut terasa kering.
      2) Sensitif terhadap cahaya matahari.
      3) Pusing.
      4) Sakit kepala.
      5) Sakit perut.
      6) Penglihatan buram.
      7) Merasa lelah.
2. Paracetamol
   a. Klasifikasi/golongan obat: Analgesik.
   b. Dosis umum : 500 - 1000 mg / 4 - 6 jam.

c. Dosis untuk pasien : 500 mg / 6 jam.
d. Cara pemberian obat : Oral.
e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat :

   Paracetamol menghambat enzim siklo-oksigenase di dalam otak (sistem saraf pusat). Paracetamol menurunkan panas dengan menghambat pusat regulator panas hipotalamus (sistem saraf pusat).

f. Indikasi :
   1) Nyeri ringan sampai sedang.
   2) Nyeri sesudah operasi cabut gigi.
   3) Pireksia.
g. Kontra indikasi :
   1) Gangguan fungsi hati berat.
   2) Hipersensitivitas.
h. Efek samping :
   1) Reaksi hipersensitivitas.
   2) Ruam kulit.
   3) Kelainan darah (termasuk trombositopenia, leukopenia, neutropenia).

3. Omeperazole
   a. Klasifikasi/golongan obat : Penghambat pompa proton PPI (*Proton Pump Inhibitor*).
   b. Dosis umum : 40 mg per hari pemberian melalui infus 20-30 menit atau injeksi perlahan selama 5 menit sampai pasien dapat diberikan omeprazole secara oral.
   c. Dosis untuk pasien : 1 ampul melalui IV.
   d. Cara pemberian obat : IV.
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Bekerja dengan cara menghambat sistem enzim pada sel parietal yang memproduksi asam lambung.

f. Indikasi :
   1) *Zollinger-Ellison Syndrome.*
   2) Tukak lambung.
   3) Tukak duodenum.
   4) *Gastro-oesophageal reflux disease* (GERD).
   5) Tukak karena AINS (Anti Inflamasi Non-Steroid).
   6) Infeksi *Helicobacter pylori.*
   7) Esofagitis erosif.
   8) Dispepsia karena asam lambung.

g. Kontraindikasi :

   Omeprazole dikontraindikasikan untuk pasien yang diketahui hipersensitivitas terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi.

h. Efek samping obat :

   Omeprazole pada umumnya ditoleransi dengan baik. Efek samping berikut dilaporkan terjadi pada individu yang mendapat terapi omeprazole pada situasi klinik terkontrol : sakit kepala, diare, nyeri abdomen, mual, muntah, infeksi saluran nafas atas, vertigo, ruam, konstipasi, batuk, asma, nyeri tulang belakang, dan lain-lain. Kebanyakan efek samping bersifat ringan dan sementara dan tidak ada hubungan yang konsisten dengan pengobatan.

4. Domperidone
   a. Klasifikasi/golongan obat : Anti-emetik
   b. Dosis umum : 3 x 1
   c. Dosis untuk pasien : 3 x 1
   d. Cara pemberian obat : oral

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Domperidone merupakan antagonis dopamine yang mempunyai kerja anti emetik. Efek antiemetik dapat disebabkan oleh kombinasi efek peripheral (gastroprokinetik) dengan antagonis terhadap reseptor dopamine di kemoreseptor ‘’trigger zone’’ yang terletak diluar saluran darah otak di area postrema. Pemberian obat domperidone menambah lamanya kontraksi antral dan duodenum, meningkatkan pengosongan lambung dalam bentuk cairan dan setegah padat pada orang sehat, serta bentuk padat pada penderita yang pengosongan lambung terhambat, dan menambah tekanan pada sfingternesofagus bagian bawah pada orang sehat.
f. Alasan pemberian obat : pasien diberikan obat ini untuk meredahkan rasa mual, muntah atau gangguan pada perut.
g. Kontra indikasi : penggunaan pada anak-anak.
h. Efek samping obat :
    1) Mulut kering
    2) Sakit kepala
    3) Diare
    4) Ruam kulit
    5) Rasa haus
    6) Cemas
    7) Gatal

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab IV ini, penulis akan membahas kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dan kasus kelolaan yang dimana diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. B dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan Bernadeth II A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama tiga hari perawatan yaitu dari tanggal 08 – 10 Maret 2019. Untuk memudahkan pembahasan, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap yaitu : pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, pemeriksaan diagnostik, dan hasil pengamatan langsung pada pasien.

Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien Ny. B usia 47 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 26 februari 2019 dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 07 Maret 2019 diperoleh data : pasien mengeluh sesak nafas, bengkak pada kedua tungkai (kaki dan tangan), serta demam dan mengiggil. Pasien mengatakan demam yang ia rasakan naik turun. Badan pasien teraba panas, tampak mukosa bibir kering dan pecah-pecah, suhu 38^0C. Pasien juga mengatakan semenjak terpasang CDL, ia merasakan nyeri pada dada sebelah kanan, menjalar sampai kebagian perut atas. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk (skala nyeri 6). Terkadang nyerinya muncul saat pasien beraktivitas dan beristirahat. Tampak wajah pasien meringis,

dan terpasang O_2. Pasien malas makan karena setiap kali makan ia merasa mual dan pasien juga mengeluh sudah 4 hari tidak BAB. Pasien mengalami penurunan berat badan dari 50 kg menjadi 40 kg.Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan. Pasien mengatakan dalam satu minggu ia 2x menjalani cuci darah. Hasil laboratorium : ureum 208.9 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 7.4 mg/dL (nilai normal : ≤ 1,1 mg/dL), HGB 6.2 g/dL (nilai normal : 12 – 16 g/dL), WBC 8.80 10^3µL (nilai normal 4.8 – 10.2 10^3µL). Hasil observasi tanda – tanda vital TD : 140/80 mmHg, N : 84x/menit, S : 38ºC, dan P : 28x/menit.

Edema terjadi karena ginjal tidak mampu mengekskresikan urin secara normal. Respon ginjal yang tidak sesuai terhadap perubahan masukkan cairan dan elektrolit sehari – hari terjadi karena cairan dan natrium yang tertahan maka akan meningkatkan resiko terjadinya edema (Padila, 2012).

Anemia terjadi akibat ginjal tidak mampu memproduksi hormone eritopoetin yang berfungsi untuk menstimulasi sum – sum tulang belakang yang memproduksi sel darah merah, sehingga terjadinya penurunan hemoglobin akibat dari anemia hemoglobin berkurang, sehingga O_2 yang dibawah keseluruh tubuh berkurang dan dapat bermanifestasi sesak napas dan kelelahan.

Sesak napas bisa juga terjadi karena fungsi nefron yang mengalami penurunan sehingga mengakibatkan terjadinya asidosis metabolik dimana sekresi asam, sekresi amoniak, dan absrobsi natrium dan bikarbonat mengalami penurunan (Smeltzer dan Bare, 2000).

Hasil pemeriksaan laboratorium yang didapat adanya nilai abnormal, diantaranya ureum 208.9 mg/dL (nilai normal :10 – 50 mg/dL) dan creatinin 7.4 mg/dL (nilai normal : <1.4 mg/dL). Ureum dan kreatinin adalah sisa – sisa protein yang menjadi racun dalam tubuh, sehingga jika ginjal rusak atau tidak mampu mengekskerikan urin maka

ureum dan kreatinin akan tetap tertinggal dalam tubuh sehingga terjadinya peningkatan ureum kreatinin pada pasien gagal ginjal sedangkan hasil pemeriksaan darah HGB 6.2 g/dL (nilai normal : 12 – 14 g/dL) anemia terjadi karena fungsi ginjal untuk menghasilkan eritropoetin menurun sehingga stimulasi pembentukan sel-sel darah di sum – sum tulang juga menurun.

Hipertermi terjadi karena adanya nyeri pada daerah yang dipasangi *chateter double lumen*(CDL) atau bisa saja terjadi karena dilakukan hemodialisa yang menyebabkan reaksi pyrogen karena adanya endotoksin berat melalui molekul rendah yang menembus pada dialyzer sehingga masuk pada termoregulasi maka terjadi peningkatan suhu tubuh. Hasil pemeriksaan darah WBC 8.80 10^3µL (nilai normal 4.8 – 10.2 10^3µL),

B. Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus yang ditegakkan pada Ny. B dengan kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan prioritas antara lain:

1. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi

   Alasan penulis mengangkat diagnosa kelebihan volume cairan ini karena didukung oleh data data pada pasien, yaitu pasien mengatakan bengkak pada kedua tungkai (kaki dan tangan),pasien mengatakan ia dibatasi oleh dokter dalam mengkonsumsi air, pasien mengatakan baru 1x ia menjalani cuci darah di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dan pasien juga mengatakan baru beberapa hari yang lalu ia dipasangi CDL pada dada sebelah kanannya, hasil pemeriksaan diagnostik yang didapat adanya nilai abnormal, diantaranya ureum 208.9 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 7.4 mg/dL (nilai normal : <1.4 mg/dL), hasil pemeriksaan

darah HGB 6.2 g/dL (nilai normal : 12 – 16 g/dL), observasi tanda – tanda vital : TD : 140/80 mmHg, N : 84x/menit, S : 38ºC, dan P : 28x/menit.

2. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh ini karena penulis menemukan data pada pasien, yaitu berat badan pasien yang sebelum sakit 50 kg dan menurun pada semenjak sakit menjadi 40 kg, IMT pasien 17,7 (berat badan kurang), pasien mengatakan malas makan karena setiap kali makan ia merasa perutnya kembung, tampak pasien hanya menghabiskan 3 sendok nasi dari 1 porsi yang disediakan, hasil pemeriksaan darah HGB 6.2 g/dL (nilai normal : 12 – 16 g/dL), hasil observasi tanda – tanda vital pasien TD : 140/80 mmHg, N : 84x/menit, S : 38ºC, dan P : 28x/menit.

3. Hipertermia b/d penyakit

   Alasan penulis mengangkat diagnosa hipertermia ini karena penulis menemukan data pada pasien, yaitu pasien mengatakan demam dan mengiggil dan demam yang ia rasakan naik turun, didapatkan hasil observasi tanda – tanda vital pasien TD : 140/80 mmHg, N : 84x/menit, S : 38ºC, dan P : 28x/menit, hasil pemeriksaan darah WBC 8.80 10^3µL (nilai normal 4.8 – 10.2 10^3µL), badan pasien teraba hangat, tampak mukosa bibir kering dan pecah-pecah, pemberian obat paracetamol IV.

Bilamana dibandingkan dengan kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dan kasus kelolaanadapun diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis yang tidak diangkat pada kasus, diantaranya :

a. Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kulit kering, edema, pruritus, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan, pembuatan akses darah hemodialisa, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi, dan hiperglikemia. Diagnosa ini tidak diangkat, karena selama pasien dalam masa perawatan di Rumah Sakit, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat termasuk mobilisasi ditempat tidur. Sehingga meminimalkan resiko kerusakan integritas kulit.
b. Perubahan pola eliminasi BAB : Konstipasi berhubungan dengan pembatasan cairan dan kayak serat, penurunan aktivitas. Diagnosa ini tidak diangkat, karena pasien terbatas pada aktivitas, sehingga tidak ada pergerakan usus dan pasien kurang mendapat asupan makanan, karena pasien sering merasa mual dan muntah.
c. Kurang pengetahuan tentang kondisi dan penanganan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan, salah interpretasi informasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini, karena pasien mengerti dan mengetahui faktor pendukung dari gagal ginjal adalah hipertensi dan batu ginjal.
d. Gangguan harga diri berhubungan dengan ketergantungan, perubahan peran, perubahan citra tubuh dan fungsi seksual. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini, karena pasien menerima dirinya apa adanya. Terutama keluarga pasien, sangat mengerti dengan keadaan pasien. Setiap harinya selalu ada keluarga yang datang menjenguk pasien, sehingga ia merasa banyak orang yang memperhatikan keadaannya.
e. Perubahan pola istirahat tidur berhubungan dengan dispnea, nyeri dada, kecemasan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini, karena pasien mengatakan, meskipun tidak dapat tidur nyenyak pada

malam harinya pasien dapat tidur pulas pada pagi dan siang harinya.

C. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, penulis membuat perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul.

Pada diagnosa keperawatan pertama, kedua, dan ketiga, intervensi keperawatan disusun oleh penulis berdasarkan *Nursing Intervension Classification* (NIC).

DP.I :Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Pada diagnosa pertama ini, penulis membuat 5 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakan mandiri perawat (jaga intake/asupan yang akurat dan catat output [pasien], kaji lokasi dan luasnya edema.Tindakan kolaborasi, yaitu (berikan diuretik yang diresepkan). Dan tindakan observasi monitor perubahan berat badan pasien sebelum dan setelah dialisis, monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian).

DP.II :Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

Pada diagnosa kedua ini, penulis membuat 6 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakan mandiri perawat (lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat). Tindakan penyuluhan, yaitu (anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit

pasien sementara [pasien] berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang sesuai, dan anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit (yaitu : pasien dengan penyakit ginjal, pembatasan natrium, kalium, protein, dan cairan). Dan tindakan observasi, yaitu (monitor kalori dan asupan makanan, monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan).

DP.III : Hipertermia berhubungan dengan penyakit

Pada diagnosa ketiga ini, penulis membuat 5 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakan observasi, antara lain (pantau suhu dan tanda – tanda vital lainnya, monitor warna kulit dan suhu) tindakan mandiri perawat (tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu : memberikan selimut hangat untuk fase dingin ; menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/*flush*, serta lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering), tindakan kolaborasi (beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen antibakteri, dan agen anti menggigil), dan tindakan penyuluhan (anjurkan keluarga untuk kompres air hangat).

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini penulis mengimplementasikan rencana yang telah disusun penulis sebelumnya. Rencana ini dapat terlaksana dengan baik selama 3 hari oleh karena tersedianya kerja sama yang baik dengan pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan lainnya.

Berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun oleh penulis kemudian diimplementasikan pada pelaksanaan asuhan keperawatan.

Pada diagnosa keperawatan pertama kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dimanaintervensi dilakukan adalah jaga intake/asupan yang akurat dan catat output [pasien], kaji lokasi dan luasnya edema, berikan diuretik yang diresepkan, atur monitor perubahan berat badan pasien sebelum dan setelah dialisis, monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian.

Pada diagnosa keperawatan kedua yaitu ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan dimana intervensi dilakukan adalah lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat), anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara [pasien] berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan, yang sesuai, dan anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit (yaitu : pasien dengan penyakit ginjal, pembatasan natrium, kalium, protein, dan cairan), monitor kalori dan asupan makanan, monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan.

Pada diagnosa keperawatan ketiga hipertermia berhubungan dengan penyakit dimana hari pertama intervensi semua dilakukan, hari kedua dan ketiga tidak dilakukan karena suhu pasien kembali dalam batas normal.

E. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai atau tidak. Adapun evaluasi pelaksanaan

keperawatan pada pasien Ny. B selama 3 hari (08 – 10 Maret 2019) adalah sebagai berikut :

DP.I :Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Masalah belum teratasi.Hari pertama sampai hari ketiga perawatan, edema pada kedua kaki pasien belum berkurang.Maka perencanaan untuk diagnosa keperawatan ini, masih dilanjutkan.

DP.II :Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Masalah sudah teratasi. Hari pertama pasien mengatakan masih malas makan karena setiap kali makan ia merasa mual karena perutnya kembung, hari kedua pasien tidak merasa kembung, pasien sudah mulai menghabiskan $1^1/_2$ sendok makan, dan hari ketiga pasien sudah mulai menghabiskan 1 porsimakanannya. Maka perencanaan untuk diagnosa ini, sudah teratasi.

DP.III :Hipertermia berhubungan dengan penyakit. Masalah sudah teratasi. Hari pertama suhu pasien 38ºc, hari kedua dan ketiga demam pasien sudah mulai menurun antara 37,9ºc – 36,2ºc.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

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

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Setelah melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Ny “B” umur 47 tahun penulis dapat menyimpulkan bahwa penyakit gagal ginjal disebabkan karena terjadinya pembengkakan pada daerah tubuh dan haluaran kencing yang sedikit. Tanda – tandanya yang tampak daripasien : pasien tampak lemah, sesak napas dengan frekuensi pernapasan 28x /menit, edema pada kedua tungkai dan terpasang CDL di dada sebelah kanan. Edema pada kedua tungkai (tangan kedalaman 3 cm dan kaki kedalaman 1 cm). Pasien mengatakan tidak nyaman setelah pulang dari hemodialisis. Tampak kulit pasien teraba panas dengan suhu 38^0C, IMT pasien 17,7 dengan kesimpulan : berat badan kurang. Tanda – tanda vital :tekanan darah 140 / 80 mmHg, nadi 84x / menit, suhu 38^0C, pernapasan 28x/ menit. Pada hasil pemeriksaan laboratorium pada serum elektrolit : matrium 133*mmol / L (nilai normal 136-145), kalium 4.5 mmol/ L (nilai normal 3.4 – 4.5), chloride 9.5*mmol / L (nilai normal 100 – 108), ureum 208.9 (nilai normal 10 – 50), creatinin 7.4 (nilai normal ≤1.1), HGB 6.2 g/ dl (nilai normal 12.2 – 16.2).

2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis dari hasil pengkajian padak asus Ny. B, maka diagnosa keperawatan yang muncul adalah :
   a. Ketidakseimbangan nutrisi :kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan.
   b. Hipertermia b/d penyakit.
3. Perencanaan tindakan keperawatan yang ditetapkan ditujukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan yaitu :
   a. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanis meregulasi.
      Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen cairan dengan intervensi :kaji lokasi dan luasnya edema, memonitor intake dan output pasien, monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan menghitung asupan kalori harian, berikan diuretic yang diresepkan.
   b. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan.
      Pada diagnose ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen nutrisi dengan intervensi :
      Melakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara pasien berada di RS atau fasilitas perawatan yang sesuai, menganjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit (yaitu : pasien dengan penyakit ginjal, pembatasan natrium, cairan, kalium, dan protein), memonitor kalori dan asupan makanan, memonitor terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan, menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya : bersih, berventilasi, santai dan bebas dari bau yang menyangat.

c. Hipertermia b/d penyakit.

Pada diagnose ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu perawatan demam dengan intervensi : melakukan kompres air hangat, kolaborasi dalam pemberian obat, memonitor tanda – tanda vital, menutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, monitor warna kulit dan suhu. Pelaksanaan tindakan keperawatan seluruhnya bisa dilaksanakan sesuai dengan perencanaan pada masing – masing diagnose keperawatan berkat kerjasama yang baik dari teman, perawat dan tim medis lainnya serta didukung oleh sarana dan prasarana yang tersedia dengan baik di Rumah Sakit.

4. Evaluasi keperawatan yang diperoleh setelah 3 hari perawatan sebagai berikut : diagnose kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanis meregulasi belum teratasi sedangkan pada diagnose ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan dan hipertermia berhubungan dengan penyakit sudah teratasi.

B. Saran

1. Bagi Pasien

Diharapkan agar lebih memperhatikan dan meningkatkan upaya pencegahan dari penyakit, dan pengobatan sejak dini. Penulis mengharapkan pasien mengikuti anjuran yang telah diberikan dari perawat maupun dari tenaga medislainnya, seperti rutin memeriksakan kesehatan dan menjaga pola hidup yang sehat. Sehingga kesehatan dapat tercapai dengan baik di lingkungan keluarga maupun masyarakat.

2. Bagi Instansi Rumah Sakit

Penulis mengharapkan untuk RumahSakit agar lebih meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan utamanya dalam upaya peningkatan pengetahuan dan pencegahan penyakit pada masyarakat khususnya penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD).

3. Bagi Perawat

Dapat melakukan tindakan secara mandiri tentang cara pencegahan dan penanganan dari penyakit gagal ginjal kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD)

4. Bagi Institus iPendidikan

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan studi kasus yang dapat bermanfaat bagi pembaca. Diharapkan agar tetap menjaga dan meningkatkan metode bimbingan bagi seluruh mahasiswa yang praktek di Rumah Sakit supaya mahasiswa dapat meniru model professional keperawatan yang akan menghantar mahasiswa menjadi calon perawat yang professional dimasa sekarang dan yang akan datang.

5. Bagi Penulis

Kiranya penulis lebih dapat meningkatkan kompetensi dan wawasan tentang perkembangan teori – teori terbaru dalam dunia kesehatan terutama dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik atau *Chronic Kidney Disease* (CKD).

DAFTAR PUSTAKA

Agustinus, Andy Santosa. (2011). *Pemeriksaan Fisik, Physical Assessment.* Jakarta. Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan St. Carolus

Bagas, Nugraha. (2010). *Sistem Perkemihan Gambar Anatomi Ginjal*. http://www.gambaranatomiginjal.com . Diakses tanggal 26 April 2019

Baughman, Diane C. (2009). *Buku Saku Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta : EGC

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

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

Chang, E., John, D., & Doug, E. (2010). *Patofisiologi Aplikasi pada Praktik Keperawatan*. Jakarta : EGC

Cahyaningsih, (2009) . *Buku Saku Keperawatan Medikal Bedah Jakarta :* EGC

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

Riskesdas Riset Kesehatan dasar tahun (2018). http://Depkes.go.id/downloads/riskesdas2018/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf, diakses tanggal 26 April 2019

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

https://mediskus.com/paracetamol *paracetamol kegunaan, dosis, efek samping – mediskus.* Diakses tanggal 30 April 2019

https://www.alodokter.com/donperidone *donperidone kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 30 April 2019

https://www.alodokter.com/omeprazole *omeprazole kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 29 Mei 2019

https://www.alodokter.com/furosemide *furosemide kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 29 Mei 2019

J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo. (2013). Harrison : *Nefrologi dan Gangguan Asam – Basa.* Jakarta : EGC

Kemenkes RI. (2016). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2016.* http://www.depkes.go.id/article/print/18030700007/cegah-dan-kendalikan-penyakit-ginjal-dengan-cerdik-dan-patuh.html, diakses tanggal 15 April 2018

MRO Rumah Sakit Stella Maris. (2016 - 2018). *Statistik Penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK).* Makassar : Tidak Untuk Dipublikasikan

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

Nursing Interventions Classification (NIC). (2017). *Nursing Interventions Classification.* Edisi ke – 6, edisi Bahasa Indonesia : Intansari Nurjannah, Roxsana D. Tumanggor

Nursing Outcomes Classification (NOC). (2017). *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

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

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

Smeltzer dan Bare, (2000) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan.* Yogyakarta : Nuha Medika

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Emilia Soipmanai Sarereakek (E1614401055)
Fransiska Ernawati (E1614401057)

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny. B dengan Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang perawatan Sta. Bernadeth II A Rumah Sakit Stella Maris

Pembimbing : Matilda Martha Paseno,Ns.,M.Kes

No	Hari/Tanggal	MateriKonsul	Perbaikan	Paraf Pembimbing
1.	18 Maret 2019	BAB III	- Pengkajian - Numbering - Data pola pengkajian sesuai dengan analisa data	
2.	01 April 2019	BAB III	- Spasi - Margine - Pola persepsi diarahkan ke pola	
3.	10 April 2019	BAB II	- Pola persepsi dipemeliharaan kesehatan sesuai masalah - Analisa data - Etiologi keluhan	

			utama	
4.	16 April 2019	BAB III	- Analisa data - Intervensi - Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan	
5.	3 Mei 2019	BAB I BAB III	- Latar belakang diperbaiki - Implementasi diperbaiki	
6.	06 Mei 2019	BAB II BAB III	- Patoflowdiagram diperbaiki - Implementasi lengkapi - SOAP sesuai dengan implementasi	

7.	08 Mei 2019	BAB III BAB IV BAB I	- Implementasi perbaiki (obat) - Pembahasan sesuai kasus (pengkajian) - Riskesdas (referensi baru 2018) - Data MRO	
8.	14 Mei 2019	BAB IV	- Pengkajian sampai evaluasi sesuai yang dilakukan - Daftar obat	
9.	15 Mei 2019	BAB I BAB II BAB IV BAB V	- Perbaiki ulang - Perbaiki patoflow - Materi tentang anemia diperbaiki Kesimpilan diperbaiki	