KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”M” DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

MARIA YAYUK ELVIANA

(E1614401067)

MARINI VANESSA

(E1614401068)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”M” DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

MARIA YAYUK ELVIANA

(E1614401067)

MARINI VANESSA

(E1614401068)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa	: Maria Yayuk Elviana
	Marini Vanessa
NIM	: E.1614401067
	E.1614401068

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes)
NIDN. 0925027603

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 TN. "M" DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Senin, 20 Mei 2019
Pukul	: 12:30 - 14:00 WITA
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes ( )
2. Henny Pongantung.,Ns.,MSN.,DN.,Sc ( )
3. Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Maria Yayuk Elviana
Tempat/Tanggal Lahir	: Sendang Mulya Sari, 06 Mei 1999
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Maipa No.19, Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Martinus Made S. / Ketut Sudi Marwati
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani / IRT
Alamat	: Sendang Mulya Sari

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 2 Unaaha	: 2004 - 2010
SMP 3 Tongauna	: 2010 - 2013
SMAN 1 Unaaha	: 2013 - 2016
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 2016 - 2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Marini Vanessa
Tempat/Tanggal Lahir	: Luwuk, 13 Juli 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Nuri Baru

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Felix Fredyanto L. / Nelpina Mando
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Wiraswasta / IRT
Alamat	: Jln. Lingkar Utara

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Katolik St. Yoseph Luwuk	: 2004 - 2010
SMP Katolik St. Yoseph Luwuk	: 2010 - 2013
SMKN 1 Luwuk	: 2013 - 2016
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 2016 – 2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat, berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "M" DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

Dalam menyelesaikan karya tulis ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil 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 dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung.,Ns.,MSN.,DN.,Sc. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
3. Rosdewi, S.kp.,MSN. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
4. Fr. Blasius Perang, CMM.,SS.,Ma.Psy. Selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.

5. Dr. Thomas Suharto.,MMR. Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.
6. Mery Solon.,S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku ketua program studi D.III keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing serta memberikan motivasi.
7. Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
9. Kepala ruangan dan seluruh staf Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar atas bantuan selama penulis melaksanakan praktek.
10. Kepada Tn. M dan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
11. Teristimewa untuk kedua orangtua penulis yang memberi dukungan, doa, dan kasih sayang serta Kepada Sr. Anna Mathilda, JMJ dan Sr. Christina Mslina, JMJ yang telah membina penulis selama di asrama.
12. Buat teman – teman mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris, Program DIII Keperawatan angkatan 2016 yang sudah bersama - sama 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, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i
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 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORITIS 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Etiologi 11
4. Patofisiologi 14
5. Manifestasi Klinis 16
6. Pemeriksaan Diagnostik 16
7. Penatalaksanaan Medis 17
8. Komplikasi 20
B. Konsep Dasar Keperawatan 21
1. Pengkajian 21
2. Diagnosa Keperawatan 22
3. Intervensi Keperawatan 23
4. Discharge Planning 28
C. Patoflowdiagram 29

BAB III TINJAUAN KASUS 32
A. Pengkajian 33
B. Analisa Data 52
C. Diagnosa Keperawatan..... 55
D. Rencana Keperawatan 56
E. Implementasi Keperawatan 62
F. Evaluasi Keperawatan 79
G. Daftar Obat 86
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 88
A. Pengkajian 88
B. Diagnosa Keperawatan 89
C. Intervensi Keperawatan 91
D. Implementasi Keperawatan 92
E. Evaluasi Keperawatan 93
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 95
A. Kesimpulan 95
B. Saran 98
DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal ginjal kronik (GGK) atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible* dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan, dan elektrolit yang menyebabkan uremia. Pada pasien gagal ginjal kronis mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan sehingga memerlukan pengobatan berupa, transplantasi ginjal, dialisis peritoneal, hemodialisis dan rawat jalan (Brunner & Suddarth, 2016).

Berdasarkan *Indonesian Renal Registry* (IRR) tahun (2016), sebanyak 98% penderita gagal ginjal menjalani terapi hemodialisis dan 2% menjalani terapi peritoneal dialisis (PD). Penyebab penyakit ginjal kronis terbesar adalah nefropati diabetic (52%), hipertensi (24%), kelainan bawaan (6%), asam urat (1%), lupus (1%), dan lain-lain.

Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, menunjukkan bahwa prevalensi penduduk Indonesia yang menderita GGK pada kisaran usia ≥15 tahun sebesar 3,8% dari penduduk Indonesia. Prevalensi tertinggi berada di provinsi Kalimantan Utara sebanyak 6,4% dan prevalensi terendah berada di provinsi Sulawesi Barat sebanyak 1.8%.

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

menghabiskan biaya kesehatan setelah penyakit jantung (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan data yang diambil dari *Medical Record* (MRO) Rumah Sakit Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita GGK pada tahun 2016 tercatat sebanyak 55 pasien, dengan kategori umur (15 - 24 tahun) sebanyak 5 pasien, umur (25 – 44 tahun) sebanyak 11 pasien, umur (45 – 64 tahun) sebanyak 18 pasien, umur (65 tahun keatas) sebanyak 21 pasien dan jumlah pasien meninggal sebanyak 15 pasien. Pada tahun 2017 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 33 pasien, dengan kategori umur (25 – 44 tahun) sebanyak 3 pasien, umur (45 – 64 tahun) sebanyak 12 pasien, umur (65 tahun keatas) sebanyak 18 orang dan jumlah pasien meninggal sebanyak 9 pasien. Pada tahun 2018 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 24 pasien, dengan kategori umur (25 – 44 tahun) sebanyak 3 pasien, umur (45 – 65 tahun) sebanyak 10 pasien, umur (65 tahun keatas) sebanyak 11 pasien dan pasien meninggal sebanyak 6 pasien.

Penyakit GGK merupakan penyakit yang memerlukan perawatan dan penanganan yang lama. Fenomena yang terjadi berupa banyaknya pasien yang keluar masuk Rumah Sakit untuk melakukan pengobatan dan dialisis. Oleh karena itu, perawat kesehatan secara umum ditujukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya tersebut dapat dilakukan dengan cara melakukan aktivitas fisik secara teratur, makan - makanan sehat (rendah lemak, rendah garam, tinggi serat), kontrol tekanan darah dan gula darah, mempertahankan berat badan normal, minum air putih minimal 2 liter/hari, tidak mengonsumsi obat-obatan yang tidak dianjurkan, dan tidak merokok.

Berdasarkan data di atas penulis lebih mengetahui tentang GGK, maka penulis lebih tertarik untuk menerapkan asuhan

keperawatan kepada pasien dengan sistem perkemihan: Gagal Ginjal Kronik di ruang perawatan St. Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan dapat di uraikan sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

   Meningkatkan keterampilan serta pengetahuan dan memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberi asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik.

2. Tujuan Khusus

   Adapun tujuan khusus penulisan karya ilmiah ini, di harapkan penulis mampu:

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

C. Manfaat Penulisan

Beberapa manfaat dari penulisan karya tulis ini, diantaranya :

1. Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di rumah sakit dalam rangkah meningkatkan mutu pelayanan keperawatan mengenai penyakit ginjal kronik sehingga dapat berperan aktif dalam mengurangi angka kejadian penyakit tersebut,

baik dengan edukasi maupun intervensi dengan program - program kesehatan yang berbasis pelayanan dan peningkatan kesehatan masyarakat.

2. Institusi STIK Stella Maris Makassar

   Sebagai salah satu sumber ilmu pengetahuan dan sumber informasi bagi mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien GGK.

3. Pasien / keluarga

   Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman dalam mencegah terjadinya penyakit GGK.

4. Penulis selanjutnya

   Penulis dapat memahami cara perawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik serta dapat menerapkan asuhan keperawatan dengan benar.

D. Metode Penulisan

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

1. Tinjauan Keputusan

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

2. Pengamatan kasus

   Proses yang dilakukan dalam pengamatan kasus ini adalah:

   a. Wawancara dengan pasien, perawat, keluarga dan berbagai pihak.
   b. Observasi, yaitu pengamatan langsung dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
   c. Pemeriksaan fisik dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien melalui inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.
   d. Melalui diskusi dengan teman-teman, ataupun dengan perawat yang ada di rumah sakit.

3. Internet

   Mencari dan pengumpulkan data terbaru tentang penyakit gagal ginjal kronik, asuhan keperawatan yang dibutuhkan, insiden prevalensi, dan contoh - contoh kasus penyakit ginjal kronik.

4. Dokumentasi

   Dokumentasi yang berhubungan dengan pasien dan juga termasuk hasil tes diagnostik dengan kasus gagal ginjal.

E. Sistematika Penulisan

BAB I membahas tentang pendahuluan dimana diuraikan tentang latar belakang penyakit GGK, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II membahas tentang tinjauan heterosis yang mana diuraikan menjadi dua poin, yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, stadium, manifestasi klinik, patofisiologi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan medik dan komplikasi. Sedangkan konsep dasar keperawatan, *discharge planning* (perencanaan) serta patoflowdiagram.

BAB III membahas tentang pengamatan kasus, dimana diuraikan tentang pengkajian pada pasien, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.

BAB IV diuraikan tentang pembahasan kasus yang merupakan analisa yang berkaitan dan tinjauan heterosis dengan kasus yang didapatkan langsung dalam praktik di lapangan.

BAB V berisi tentang penutup yang terdiri dari kesimpulan dan sasaran yang dapat diajukan sebagai masukan yang kiranya dapat bermanfaat bagi institusi.

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Gagal ginjal kronik adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolik di dalam darah (Muttaqin, 2014).

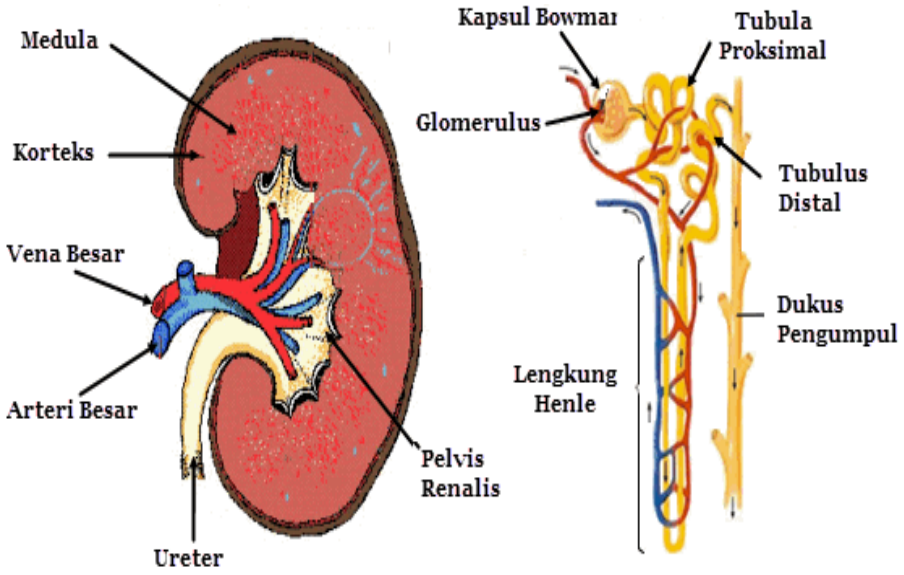
Gagal ginjal kronik merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat pada setiap nefron (biasanya berlangsung beberapa tahun dan tidak *reversible*) (Amin, 2015).

Gagal ginjal kronik adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible* dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia atau azotemia (Brunner & Suddarth, 2016).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat di simpulkan bahwa gagal ginjal kronik adalah kegagalan fungsi ginjal dalam mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit yang mengakibatkan cairan menumpuk dalam tubuh yang mengakibatkan penderita gagal ginjal mengalami edema.

2. Anatomi Fisiologi.

a. Anatomi Ginjal



Gambar 2.1: Anatomi Ginjal dan Nephron

Sumber : Syaifuddin, 2014

1) Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari dua bagian yaitu :

a) Bagian dalam (*internal*) medulla : subtansi medularis terdiri dari piramid renalis jumlahnya antara 8 - 16 buah yang mempunyai basis sepanjang ginjal.

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

2) Pembungkus Ginjal

Ginjal dibungkus oleh suatu massa jaringan lemak yang disebut kapsul adiposa. Bagian yang paling tebal

terdapat pada tepi ginjal yang memanjang melalui hilus renalis.

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 kapiler yang terletak di dalam kapsul. Glomerulus menerima darah dari arterior aferan. Natrium secara bebas difiltrasi dalam glomerulus sesuai dengan konsentrasi dalam plasma.
b) Tubulus proksimal konvulta, dengan panjang 15 mm. Bentuknya berkelok-kelok menjalar dari korteks ke bagian medulla dan kembali ke korteks. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi diabsopsi secara isotonik bersama klorida. Kalium direabsopsi lebih dari 70%.
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. Sekitar 25% natrium yang difiltrasi diserap kembali karena nefron bersifat tidak *permeable* terhadap air, kalium terfiltrasi sekitar 20 - 25%.
d) Tubulus Distal Konvulta, bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok dan jauh letaknya dari kapsul bowman, panjangnya 5 mm. tubulus distal dari masing-masing nefron bermuara ke duktus koligens yang panjangnya 20 mm.

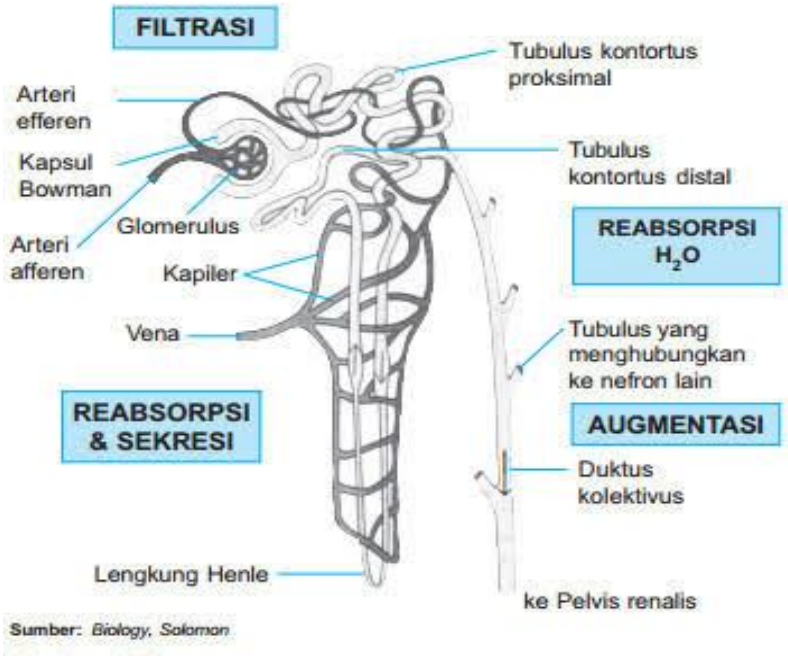
4) Pembuluh darah di ginjal

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 kedalam glomerulus melalui arteriol aferen dan keluar melalui arteri aferen. Kemudian darah mengakhir melalui kapiler peritubular masuk kedalam venula dan darah dikembalikan ke dalam sistem sirkulasi melalui sistem vena ginjal (Syarifuddin, 2014).

b. Fisiologi Ginjal

Ginjal mempunyai dua fungsi yaitu:

1) Fungsi ekskresi
   a) Mempertahankan osmoloritas plasma sekitar 285 miliosmol.
   b) Mempertahankan kadar masing - masing elektrolit plasma dalam rentang normal.
   c) Mempertahankan pH plasma sekita 7,4.
   d) Mengekskresikan urea, asam urat dan kreatinin.
2) Fungsi nonekskresi
   a) Menghasilkan renin, penting untuk pengaturan tekanan darah.
   b) Menghasilkan eritropetin, faktor dalam stimulasi produksi sel darah merah dalam sum-sum tulang.
   c) Metabolisme vitamin D menjadi bentuk aktifnya.
   d) Degreadasi insulin.
   e) Menghasilkan prostaglandin.



Gambar 2.2: Tempat berlangsungnya pembentukan urine.

Sumber: Biologi, Solomon.

Ada tiga tahap dalam pembentukan urine yaitu sebagai berikut: (Syaifuddin, 2014)

1) 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 di perlukan tekanan untuk mendapat hasil akhir yang merupakan hasil kerja jantung. Tekanan hidrostatik kapiler glomerulus kira-kira 50 mmHg, tekanan ini cenderung mendorong air dan garam melalui glomerulus.

Tekanan hidrostatik cairan di dalam kapsul bowman kira - kira 5 mmHg. Tekanan osmotik koloid protein kira - kira 30

mmHg yang cenderung menarik air dan garam ke pembuluh kapiler.

2) Reabsorbsi

Proses ini terjadi penyerapan kembali sebagaian besar bahan - bahan yang masih berguna oleh tubuh di antaranya adalah glukosa, natrium, klorida, fosfat, dan ion bikarbonat, ini terjadi pada tubulus atas. Sedangkan, pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi penyerapan aktif kedalam tubulus di kenal dengan reabsorbsi fluktuatif dan sisanya di alirkan pada papilla renal.

3) Sekresi

Tubulus ginjal dapat mengsekresi atau menambah zat - zat kedalam cairan filtrasi selama metabolisme sel - sel membentuk asam dalam jumlah besar.

4) Augmentasi

Augmentasi adalah proses yang terjadi setelah proses filtrasi dan reabsorbsi. Proses ini adalah akhir dari proses pembentukan urine, dimana urine dan sisa zat makanan yang tidak di butuhkan akan di buang pada proses ini.

2. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:
(Suharyanto & Madjid, 2013)

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 .

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) 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 dan mengomsumsi banyak alkohol.

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.

3. Patofisiologi

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

Nefron yang berfungsi sebagai penyaring akan memahami penurunan fungsi akibat dari penumpukan sampah dalam darah sehingga gangguan pada pasien renal sebagai akibat dari punurunan jumlah glomerulus menyebabkan penurunan substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal. Suplai cairan mulai berkurang dan fungsi nefron semakin menurun sehingga mengakibatkan gangguan ginjal secara *irreversible*.

Munurut filtrasi glomerulus kreatinin akan menurun dan kadar kreatinin serum akan meningkat. Selain itu, nitrogen urea darah (BUN) biasanya meningkat. BUN tidak hanya di pengaruhi oleh penyakit renal tetapi juga oleh masukan protein dalam diet.

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 tidak terjadi karena cairan dan natrium yang bertahan akan maningkatkan resiko terjadinya edema, diabetes melitus dan hipertensi.

Asidosis juga dapat terjadi karena semakin berkembangnya penyakit renal. Terjadi asidosis metabolik seiring dengan ketidakmampuan ginjal mengekresikan muatan asam yang berlebihan.

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat memendekkan usia sel darah merah, defisiensi nutrisi dan kecendurungan untuk mengalami pendarahan akibat status uremik terutama saluran gastrointesinal (Smeltzer & Bare, 2013).

Ada beberapa stadium dalam gangguan fungsi renal antara lain:

a. Stadium I : Kerusakan ginjal dengan laju filtrasi glomerulus normal atau diatas 90/menit (>75% dari nilai normal).
b. Stadium II : Laju filtrasi glomerulus antara 60 dan 89 ml/menit. Gejala-gejala naktoria atau sering berkemih di malam hari sampai 700 ml dan poliuria mulai timbul.
c. Stadium III : Laju filtrasi glomerulus antara 30 dan 59 ml/menit (25% - 50% dari nilai normal). Paling jelas insufisiensi ginjal dianggap terjadi pada stadium ini nefron terus - menerus mengalami kematian.
d. Stadium IV : Filtrasi glomerulus antara 15 dan 29 ml/menit (12% - 24% dari nilai normal). Hanya sedikit nefron yang tersisa, gejala yang paling jelas pada tahap ini yaitu anemia dan mudah lelah, dan penurunan nafsu makan disertai malnutrisi progresif.
e. Stadium V : Ginjal stadium lanjut : filtrasi glomerulus dari 15 ml/menit (<12% dari nilai normal). Nefron yang masih tersisa tinggal beberapa terbentuk jaringan parut dan atrofi tubulus ginjal. Pada stadium ini akan terjadi akumulasi toksin sehingga pasien biasanya mengalami gangguan berat dalam aktivitas sehari - hari, kenyamanan, status gizi, serta hemeostatis air dan elektrolit yang kemudian berakhir dengan sindrom ureum.

4. Manifestasi Klinis

   Menurut perjalanan klinis gagal ginjal kronik:

   (Nurarif dan Kusuma, 2015)

   a. Menurunnya cadangan ginjal pasien asimtomatik.
   b. Insufisiensi ginjal, selama keadaan ini pasien mengalami poliuria dan nokturia, GFR 10% - 25% dari normal, kadar kreatinin serum dan BUN sedikit meningkat di atas normal.
   c. Penyakit ginjal stadium akhir atau sindrom uremik (lemah, alergi, anoreksia, mual, muntah, nokturia, kelebihan volume cairan, neuropati perifer, priritus, perikarditis, kejang - kejang, koma) yang di tandai dengan GFR kurang dari 5 – 10 ml/menit, kadar serum kreatinin dan BUN meningkat tajam, terjadi perubahan biokimia dan gejala yang kompleks.

      Gejala komplikasinya antara lain: hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, lemah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium, klorida).

5. 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, wanita: 0,7 - 1,25 mg/100ml.

   c. Pemeriksaan BUN normal (*blood ureum nitrogen*)

Konsentrasi BUN (*blood ureum nitrogen*) normal besarnya antara 10 - 20 mg/100ml, sedangkan konsentrasi kreatinin plasma besarnya 0,7 - 1,5 mg/100ml.

d. Pemeriksaan USG

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

e. EKG

Mungkin abnormal karena biasanya menunjukan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa.

(Padila, 2012)

6. Penatalaksaan Medik

Pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 2 tahap yaitu tindakan konservatif dan transplantasi ginjal.

(Suharyanto & madjid, 2013)

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 mengalami asupan kalium dan fosfat, serta mengurangi produksi ion hidrogen yang berasal dari protein.
   b) Diet rendah kalium

Hiperklemia 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 diajurkan adalah 40–90 mEq/hari (1-2 gNa). Asupan natrium yang terlalu longgar dapat mengakibatkan retensi cairan, edema paru, hipertensi, dan gagal jantung kognitif.

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.

2) Pencegahan dan pengobatan komplikasi

a) Hipertensi

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

b) Hiperklemia

Hiperklemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena, yang akan memasukan K+ kedalam sel, atau dengan pemberian Kalsium Glukonat 10%.

c) Anemia

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

d) Asidosis

Asidosis ginjal biasanya tidak diobati kecuali HCO3 plasma turun dibawah angka 15 mEq/L. bila asidosis berat akan dikoreksi dengan pemberian Na HCO3 (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 hiperuresmia pada penyakit ginjal lanjut adalah pemberian alopurinal.

3) Dialysis dan transplantasi

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

7. Komplikasi

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

a. Hiperklemia

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

b. Parikarditis

Parikarditis timbul akibat efusi perdikardial 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 gastrointesinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah hemodialisa.

e. Penyakit tulang

Penurunan kadar kalium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan diklasifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan mejadi rapuh (steoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur pathologis.

(Padila, 2012)

B. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian:

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan.

Data subjektif : Riwayat diabetes mellitus, riwayat terpajan pada toksin, penyakit polikistik nefritis.

Data objektif : Merokok dan minum alkohol.

b. Pola nutrisi dan 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 ammonia).

Data objektif : Distensi adomen / asites, pembesaran hati (tahap akhir), perubahan tugor kulit / kelembaban, edema, ulserasi gusi, penampilan tak bertenaga.

c. Pola eliminasi.

Data subjektif : Penurunan frekuensi urine, olguri, anuria (gagal ginjal lanjut).

Data objektif : Abdomen kembung, diare atau konstipasi.

d. Pola aktivitas dan latihan.

Data subjektif : Nyeri panggul, sakit kepala, keram otot / nyeri kaki, gelisah.

Data objektif : Napas pendek dyspnea noktural Paroksismal: batuk dengan / tanpa sputum kental dan banyak. Takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi (pernapasan kusmaul). Batuk produktif dengan sputum merah muda encer.

e. Pola tidur dan istirahat.

Data subjektif : Ganguan tidur (insomia), kulit gatal.

Data objekti : Gelisah atau somnolens, cemas, pruritus.

f. Pola persepsi kognitif.

Data subjektif : Sakit kepala, penglihatan kabur, keram otot.

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

g. Pola persepsi dan konsep diri.

Data subjektif : Haga diri rendah, perasaan tidak berdaya.

Data objektif : Sering marah - marah, cemas.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama.

Data subjektif : Kesulitan menetukan kondisi, mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

Data subjektif : Lemas, murung, suka menyendiri.

i. Pola reproduksi dan seksualitas.

Data objektif : Penurunan libido, amenorea, infertilitas.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress.

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

Data objektif : Cemas, menolak, takut, marah, mudah tersinggung.

2. Diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien dengan gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan peningkatan asupan cairan, penurunan laju glomerulus, hiperglikemia, ketidak patuhan terhadap pembatasan cairan, retensi cairan serta natrium, dan pertukaran antara darah dan dialisat.

b. Ketidakefektifan pola nafas 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, stomatis.
d. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan / mengingat, salah interpretasi informasi.
e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, anemia, rentensi produk sampah dan prosedur dialysis.
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 rencana keperawatan yang di susun untuk mengatasi pengatasi permasalahan yang di alami oleh penderita Gagal Ginjal Kronik yaitu:

a. Diagnosa keperawatan I : Kelebihan volume cairan berhubungan dengan peningkatan asupan cairan, penurunan laju glomerulus, hiperglikemia, ketidak patuhan terhadap pebatasan cairan, retensi cairan serta natrium, pertukaran antara darah.

   Hasil yang di harapkan : Edema pada tubuh berkurang, tanda - tanda vital dapat kembali dalam batas normal, hematokrit dalam batas normal.

   Intervensi:

   1) Monitor tanda - tanda vital yang sesuai.

      Rasional: Untuk dapat mengetahui keefektifan organ vital pasien.

2) Kaji ekstremitas atau bagian tubuh mana yang terdapat edema.

   Rasional: Untuk dapat mengetahui ada atau tidaknya gangguan sirkulasi dan kerusakan integritas kulit pada bagian tubuh yang edema.

3) Kaji keadaan umum pasien.

   Rasional: Untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien.

4) Tinggikan ekstremitas yang edema untuk meningkatkan aliran darah vena.

   Rasional: Untuk meningkatkan aliran balik vena.

5) Tentukan obat yang di perlukan, dan kelola menurut resep dan protokol.

   Rasional: Untuk mengobati infeksi bakteri.

6) Pantau indikasi kelebihan atau retensi cairan.

   Rasional: Untuk menentukan fungsi ginjal dan kebutuhan pengganti cairan.

7) Pantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat.

   Rasional: Untuk mengetahui asupan cairan.

b. Diagnosa keperawatan II : ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot - otot pernapasan, ansietas, nyeri, dan obesitas.

   Hasil yang di harapkan: Sesak napas berkurang, penggunaan otot bantu pernapasan berkurang, pernapasan kembali dalam batas normal (16 - 20x /menit).

   Intervensi:

1) Pertahankan oksigen aliran rendah dengan kanula nasal, masker, atau sungkup.

   Rasional: Untuk mempertahankan tambahan kebutuhan oksigen pasien.

2) Sediakan oksigen ketika pasien di bawa atau di pindahkan.

Rasional: Untuk memberi tambahan oksigen ketika pasien akan di pindahkan.

3) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.
   Rasional: Posisi semifowler akan memudahkan / meningkatkan ekspansi dada / ventilasi.
4) Pantau kecepatan irama, kedalaman, upaya dan pola pernapasan.
   Rasional: Peningkatan pernapasan karena suplai O2 kurang.
5) Monitor tanda - tanda vital yang sesuai.
   Rasional: Untuk dapat mengetahui keefektifan organ vital pasien.

c. Diagnosa keperawatan III : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan nafsu makan, mual / muntah, pembatasan diet.
   Hasil yang di harapkan: 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, riwayat diet, makanan kesukaan, hitungan kalori.
      Rasional: pola diet dahulu dan sekarang dapat di pertimbangkan dalam menyusun menu.
   3) Kaji faktor yang berperan dalam merubah masukan nutrisi; anoreksia, mual atau muntah.

Rasional: menyediakan informasi mengenai faktor lain yang dapat di ubah atau di hilangkan 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 di berikan untuk mencapai keseimbangan nitrogen yang di perlukan untuk pertumbuhan dan penyembuhan.

d. Diagnosa keperawatan IV : defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang mengingat, salah interpretasi informasi.

   Hasil yang di harapkan : 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.

      Rasional: merupakan intruksi dasar untuk penjelasan dan penyuluhan lebih lanjut.

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

      Rasioanal: pasien dapat belajar tentang gagal ginjal dan penanganan setelah mereka siap.

3) Bantu pasien utnuk mengidentifikasi cara - cara untuk memahami berbagai perubahan akibat penyakit dan penanganan yang mempengaruhi hidup.
   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 komunikasi, pilihan terapi.
   Rasional: pasien memiliki informasi yang dapat di gunakan untuk klasifikasi selanjutnya di rumah.

e. Diagnosa keperawatan V : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, anemia, Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
   Hasil yang di harapkan: Pasien mampu melakukan aktivitas sehari - hari secara mandiri, keluhan sesak saat beraktivitas berkurang, berpartisipasi dalam aktivitas yang dapat di toleransi.
   Intervensi:
   1) Kaji tingkat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi.
      Rasional: Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam beraktivitas.
   2) Bantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala.
      Rasional: Menurunkan terjadinya trauma / iskemia jaringan.
   3) Monitor tanda-tanda vital.
      Rasional: Untuk mengetahui keadaan pasien setelah beraktivitas

4) Ajarkan tentang pengaturan aktivitas dari teknik manajemen waktu untuk mencegah kelelahan.
5) Rasional: Agar pasien mengerti tinjauan dari pembatasan aktivitas sehingga pasien dapat mematuhinya.
6) Pantau dan respon kardiorespiratori terhadap aktivitas (misalnya : takikardi, dyspnea, dan frekuensi pernapasan). Rasional: Aktivitas yang berat menyebabkan peningkatan faktor penyebab.

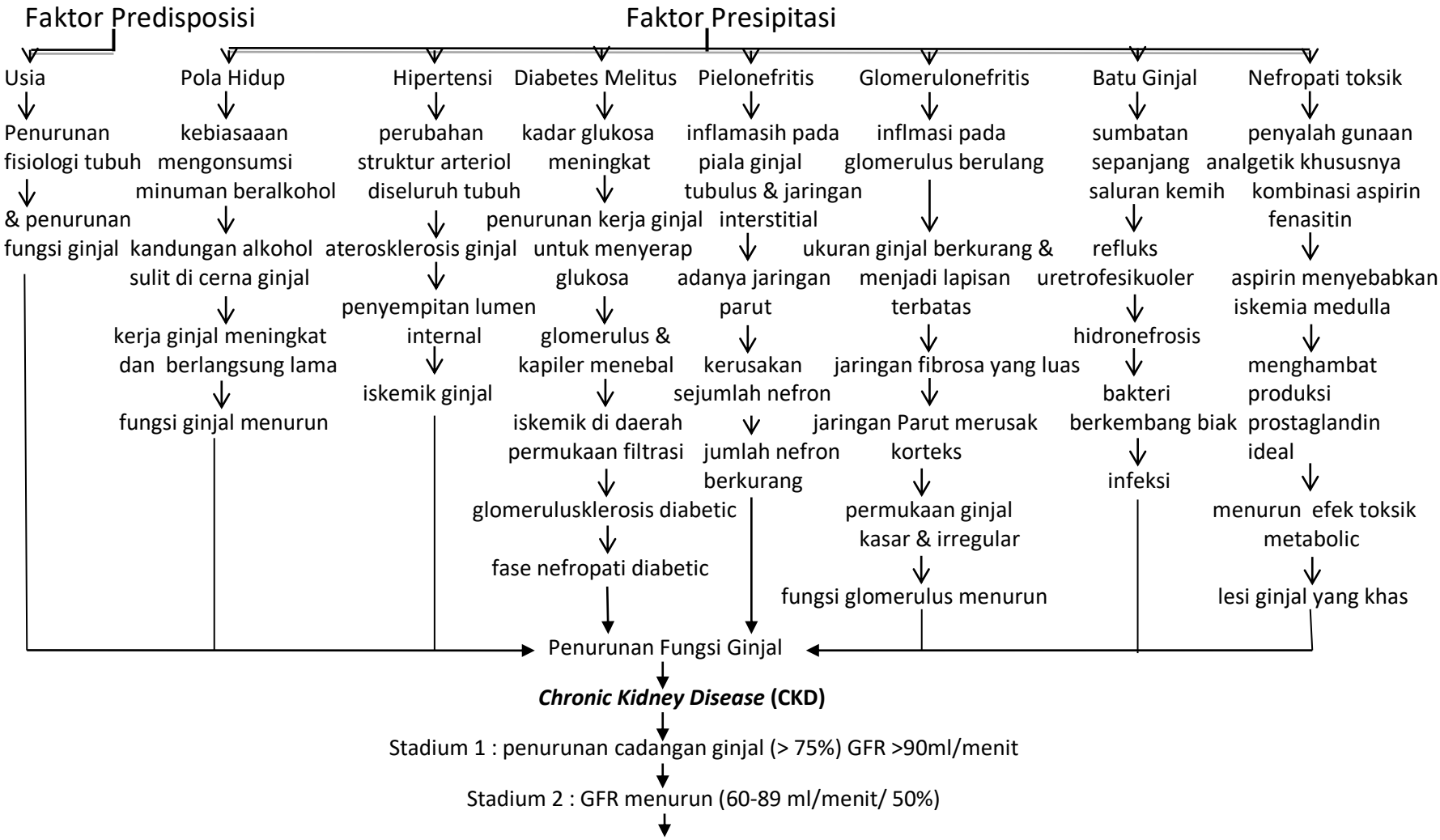
4. Perencanaan pulang

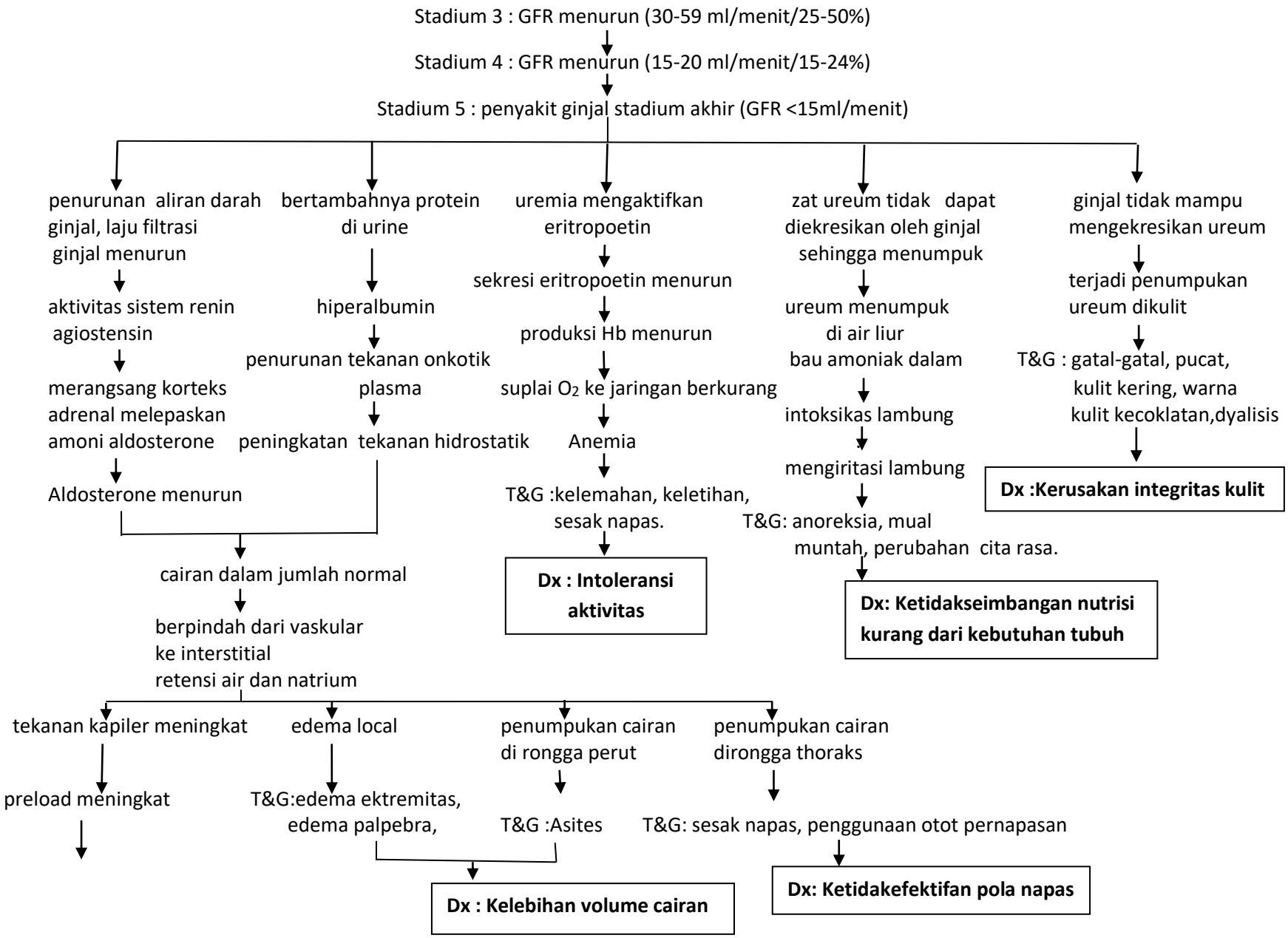
Adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut:

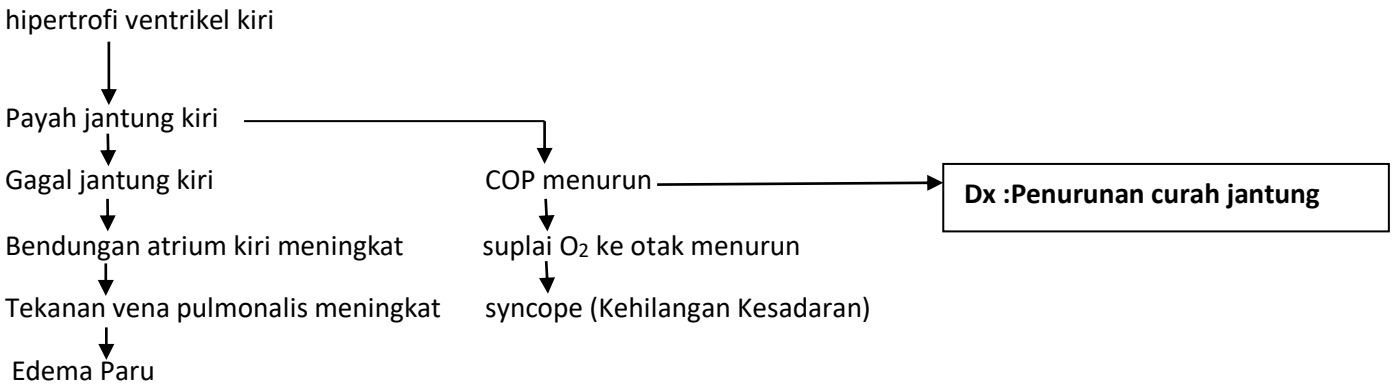
a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit Gagal Ginjal Kronik. Misalnya: mual dan muntal, pengeluaran urine, napas berbau amoniak.
b. Obat : beritahu pasien dan keluarga tentang nama obat, dosis, waktu pemberian, jangan mengomsumsi obat - obatan tradisional atau vitamin tanpa instruksi dokter, konsumsi obat secara teratur. Jika merasakan efek samping dari obat segera cek ke rumah sakit.
c. Diet : pertahankan diet seperti yang di anjurkan dokter seperti mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, banyak mengomsumsi makanan rendah natrium dan kalium, membatasi cairan yang masuk serta jangan membiarkan menahan buang air kecil.
d. Latihan : melatih membuat jantung lebih kuat menurunkan tekanan darah, dan membantu pasien tetap sehat. Melakukan kegiatan secara perlahan lahan serta kegiatan yang sudah di jadwalkan oleh dokter.

(Prabowo & Pranata, 2014)

PATHWAY CKD (*CHRONIC KIDNEY DISEASE*)




Stadium 3 : GFR menurun (30-59 ml/menit/25-50%)
Stadium 4 : GFR menurun (15-20 ml/menit/15-24%)
Stadium 5 : penyakit ginjal stadium akhir (GFR <15ml/menit)
penurunan aliran darah ginjal, laju filtrasi ginjal menurun
aktivitas sistem renin agiostensin
merangsang korteks adrenal melepaskan amoni aldosterone
Aldosterone menurun
bertambahnya protein di urine
hiperalbumin
penurunan tekanan onkotik plasma
peningkatan tekanan hidrostatik
uremia mengaktifkan eritropoetin
sekresi eritropoetin menurun
produksi Hb menurun
suplai O2 ke jaringan berkurang
Anemia
T&G :kelemahan, keletihan, sesak napas.
Dx : Intoleransi aktivitas
zat ureum tidak dapat diekresikan oleh ginjal sehingga menumpuk
ureum menumpuk di air liur
bau amoniak dalam
intoksikas lambung
mengiritasi lambung
T&G: anoreksia, mual muntah, perubahan cita rasa.
Dx: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
ginjal tidak mampu mengekresikan ureum
terjadi penumpukan ureum dikulit
T&G : gatal-gatal, pucat, kulit kering, warna kulit kecoklatan,dyalisis
Dx :Kerusakan integritas kulit
cairan dalam jumlah normal
berpindah dari vaskular ke interstitial
retensi air dan natrium
tekanan kapiler meningkat
preload meningkat
edema local
T&G:edema ektremitas, edema palpebra,
penumpukan cairan di rongga perut
T&G :Asites
penumpukan cairan dirongga thoraks
T&G: sesak napas, penggunaan otot pernapasan
Dx : Kelebihan volume cairan
Dx: Ketidakefektifan pola napas


hipertrofi ventrikel kiri
Payah jantung kiri
Gagal jantung kiri
Bendungan atrium kiri meningkat
Tekanan vena pulmonalis meningkat
Edema Paru
COP menurun
suplai O_2 ke otak menurun
syncope (Kehilangan Kesadaran)
Dx :Penurunan curah jantung

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Tn. “M” umur 26 tahun masuk ke rumah sakit pada tanggal 16 februari 2019 dengan diagnosa Gagal Ginjal Kronik (GGK) di rawat selama 2 minggu di ruang keperawatan St. Bernadeth II A kemudian pindah ke ICU dirawat 5 hari setelahnya di pindah ke ruang keperawatan St. Bernadeth II B. Keluhan awal yang di alami pasien yaitu sesak napas, nyeri perut tembus hingga kebelakang serta pasien merasa lemas sehingga pasien harus di bawa ke rumah sakit untuk di periksa. Pada saat pengkajian di ruang St. Bernadeth II B tanggal 9 maret 2019, di dapat hasil keadaan umum pasien lemah, pasien sesak napas, keluarga pasien mengatakan sudah 20 kali menjalankan cuci darah di Rumah Sakit Stella Maris, BAK pasien sedikit, pasien tampak terpasang conecta, CDL dan cimino, tampak terpasang O_2 nasal kanul 5 liter, tampak kedua tungkai kaki dan wajah bagian kanan pasien edema, pasien menggunakan otot bantu pernapasan, pasien hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi semifowler. Pada pemeriksaan tanda - tanda vital di dapatkan T.D: 160/100mmHg, suhu: 36,8°C, nadi: 90x/menit, pernapasan: 28x/menit. Pasien mengatakan dalam satu minggu ia 2x menjalani cuci darah. Pemeriksaan laboratorium didapatkan HGB: 8,6 g/dl, HCT: 24,7%, pemeriksaan ureum: 185,3 mg/dL, creatinine: 4,9 mg/dL. Terapi obat yang di berikan yaitu ceftriaxone 2 vial / IV / 24 jam, levofloxacin 1 botol / IV / 24 jam.

Berdasarkan data di atas penulis mengangkat 3 diagnosa yaitu: ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Maria Yayuk Elviana Nim : E1614401067 Marini Vanessa E1614401068

Unit : St. Bernadeth II B Autoanamnese : √

Kamar : 519^4 Alloanamnese : √

Tgl masuk RS : 16 Februari 2019

Tgl pengkajian : 09 Maret 2019

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama Initial : Tn. “M”
      Umur : 26 Tahun
      Jenis Kelamin : Laki-laki
      Status Perkawinan : Kawin
      Jumlah Anak : 2
      Agama / Suku : Islam / Makassar
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : SMP
      Alamat rumah : Pulau Gondong Bali Pangkep

   b. Penanggung Jawab
      Nama Inisial : Ny. “S”
      Umur : 25 Tahun
      Alamat rumah : Pulau Gondong Bali Pangkep
      Hubungan dengan Pasien : Istri

2. Data Medik

   Diagnosa Medik

   Saat masuk : CKD *(Chronic Kidney Disease)*

   Saat pengkajian : CKD *(Chronic Kidney Disease)*

3. Keadaan Umum

   a. Keadaan sakit

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

      Alasan : Keadaan umum pasien lemah, pasien tampak berbaring lemah di atas tempat tidur dengan posisi semifowler, pasien tampak sesak napas dengan pernapasan 28x /menit, terpasang O_2 nasal kanul 5 liter, terpasang CDL sebelah dada kiri dan terpasang conecta, tampak aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat.

   b. Tanda - Tanda Vital

      1) Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

         Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

         a) Respon motorik : 6

         b) Respon verbal : 5

         c) Respon membuka mata : 4

            Jumlah : 15

            Kesimpulan : Pasien tidak coma

      2) Tekanan darah : 160/100 mmHg

         MAP : 120 mmHg

         Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

      3) Suhu : 36,8ºC ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

      4) Pernapasan : 28x/menit

         Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

Jenis : [√] Dada [ ] Perut

5) Nadi : 90x /menit

Irama : [√] Reguler [ ] Irreguler

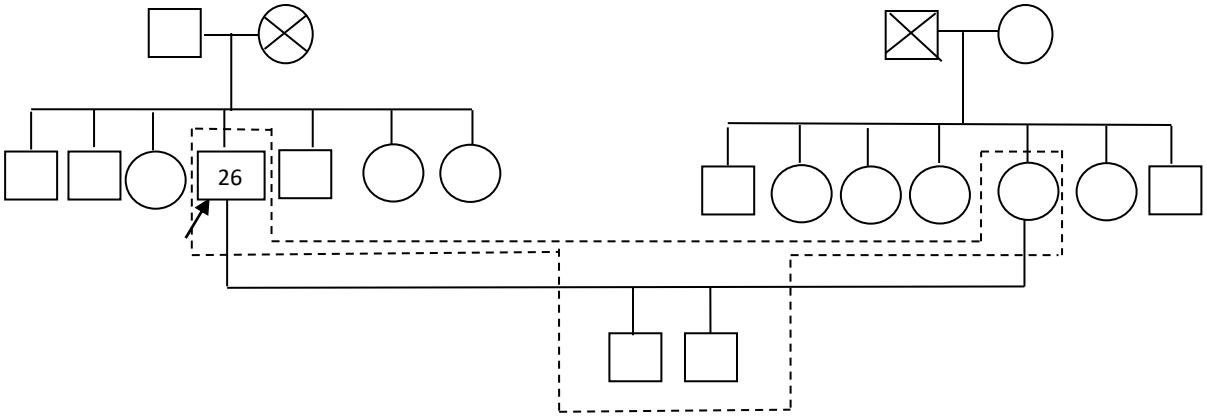
Kekuatan : [√] Kuat [ ] Lemah

c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 26 cm
2) Tinggi badan : 153 cm
3) Berat badan : 53 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 22,64 kg

Kesimpulan : Berat badan normal

Genogram



Keterangan :

: Pria/Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan
   a. Pola Presepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan
      1) Keadaan sebelum sakit

         Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien adalah seorang nelayan, pasien malas makan kadang pasien makan hanya 1 - 2x sehari, pasien jarang makan sayur, buah dan pasien jarang minum air putih karena kesibukan bekerja, keluarga mengatakan karena bekerja sebagai nelayan pasien sering duduk terus menerus. Keluarga pasien mengatakan jika pasien kurang sehat ia akan memeriksakan diri ke dokter, pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu.

         Riwayat penyakit saat ini

         a) Keluhan utama :

            Sesak napas

         b) Riwayat keluhan utama :

            Keluarga pasien mengatakan 3 minggu yang lalu pasien mengeluh sakit pada bagian perut tembus hingga kebelakang dan sesak napas, keluarga pasien mengatakan pasien merasa lemas sehingga pasien di rawat selama 2 minggu di ruang keperawatan St. Bernadeth II A kemudian pindah ke ICU dirawat selama 5 hari dan pada tanggal 9 maret pasien di pindahkan di ruang St. Bernadeth II B, pada saat pengkajian keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki dan wajah bagian kanan pasien membengkak, BAK pasien sedikit, pasien sesak dengan pernapasan 28x /menit, sesak pasien akan bertambah jika pasien melakukan aktivitas atau terlalu banyak bergerak, pasien juga kesulitan untuk tidur karena sesak. Tampak edema pada kedua tungkai kaki dan wajah bagian

kanan pasien, pasien menggunakan otot bantu pernapasan, pasien hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi semifowler dengan tubuh miring ke kanan.

Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 2 tahun yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pasien sering keluar masuk RS untuk cuci darah. ±3 bulan yang lalu ia dipasangkan CDL didada sebelah kanannya. Pasien juga mengatakan sudah 20x cuci darah di RS. Stella Maris Makassar. Pasien juga mengatakan dalam satu minggu ia 2x menjalani cuci darah.

Keluarga pasien mengatakan pasien juga pernah di rawat di Rs. Wahidin setahun yang lalu selama 36 hari karena terlalu dalam menyelam membuat kaki kiri pasien lemah hingga sekarang.

c) Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat Hipertensi dari ibunya.

Pemeriksaan fisik :

(1) Kebersihan rambut : Tampak bersih tidak beruban
(2) Kulit kepala : Tampak bersih tidak ada ketombe
(3) Kebersihan kulit : Tampak bersih tidak ada lesi
(4) Hygiene rongga mulut : tampak kotor
(5) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji pasien menolak
(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji pasien menolak

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien kurang baik, pasien jarang makan dengan frekuensi makan 1 - 2x sehari, dengan nasi, lauk ikan dan pasien jarang makan sayur dan buah. Pasien juga jarang minum air putih dengan frekuensi minum 1 - 3 gelas (750 cc) perhari. Pasien juga mengatakan tidak ada mengkonsumsi vitamin atau mengkonsumsi jamu -jamuan, BB: 53 kg.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang karena merasa tidak enak di mulut dan hanya makan $^1/_3$ dari 1 porsi yang telah di sediakan dari rumah sakit. Pasien juga di batasi untuk minum karena pembatasan cairan yang masuk ke tubuh sehingga pasien minum air putih kurang lebih 1 - 2 gelas/hari (500 cc).

3) Observasi :

Pasien tampak hanya menghabiskan $^1/_3$ porsi makanan yang diberikan dan minum air putih 100 cc.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan Rambut :Tampak rambut pendek tidak beruban
b) Hidrasi kulit :Tampak tidak dehidrasi, fingert print kembali kurang dari 3 detik
c) Palpebra/conjungtiva :Tampak tidak enema / tampak anemik
d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak Simetris dan tidak ada sputum
f) Rongga mulut : Tampak kotor

g) Gigi : Tampak utuh
h) Gusi : Tampak tidak ada peradangan
i) Gigi Palsu : Tidak ada
j) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras
k) Lidah : Tampak kotor
l) Pharing : Tidak ada peradangan
m) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis : Tidak teraba adanya pembesaran
o) Abdomen :
   (1) Inspeksi : Tampak pasien asites
   Bayangan vena : Tidak ada bayangan vena
   (2) Auskultasi : Peristaltik usus 25x /menit
   (3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
   (4) Perkusi : Timpani
p) Kulit :
   (1) Edema : [√] Positif [ ] Negatif
   (2) Icterik : [ ] Positif [√] Negatif
   (3) Tanda-tanda radang : Tidak ada tanda - tanda peradangan
q) Lesi : Tidak tampak adanya lesi.

c. Pola Eliminasi
   1) Keadaan sebelum sakit :
   Keluarga pasien mengatakan BAB pasien tidak lancar, frekuensi 1 - 2 kali seminggu dengan konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan, sedangkan BAK pasien lancar, frekuensi 4 - 6 kali sehari berwarna warna kuning jernih.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien BAB kadang 1 kali sehari namun sedikit dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning. pasien kesulitan untuk BAK dan BAK pasien sedikit, frekuensi 2 - 4 kali sehari berwarna kekuning -kuningan.

3) Observasi

Pasien tampak tidak menggunakan kateter.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 25x /menit

b) Palpasi kandung kemih : [ ] Penuh [√] Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : [√] Positif [ ] Negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji

e) Anus :

(1) Peradangan: Tidak ada peradangan

(2) Hemoroid : Tidak ada peradangan

(3) Fistula : Tidak dikaji pasien menolak

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien bekerja sebagai nelayan yang membuatnya sering terlalu lama duduk di atas kapal. Pasien juga jarang melakukan olahraga ketika ada waktu senggang.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan selama sakit aktivitas pasien sehari - hari terbatas dan terhambat pada tungkai bawah pasien. Pasien mengeluh sesak jika terlalu banyak bergerak, keluarga pasien mengatakan kebutuhan pasien di bantu oleh perawat.

3) Observasi

Pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur dengan posisi semifowler dengan tubuh miring kekanan, tampak pernapasan pasien 28x /menit, tampak edema pada kedua tungkai kaki dan wajah sebelah kanan, serta asietas pada perut.

a) Aktivasi harian :

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

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

b) Postur tubuh : Tidak di kaji

c) Gaya jalan : Tidak di kaji

d) Anggota gerak yang cacat : Lumpuh pada kaki kanan

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

1) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan Darah

Berbaring : 160/100 mmhg
Duduk : Tidak di kaji
Berdiri : Tidak di kaji

b) HR : 90x /menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak tidak ada
Basah : Tampak tidak ada

d) JVP :

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

e) Perfusi pembuluh perifer kuku : Kembali dalam 3 detik.

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi :

Bentuk thorax :

Sianosis : Tidak ada

Stridor : Tidak ada

(2) Palpasi :

Vokal premitus : Tidak di kaji karena pasien sesak.

Krepitasi : Tidak teraba

(3) Perkusi : ☐ Sonor ☑ Redup ☐ Pekak

(4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikular

Suara ucapan : Intensitas kiri dan kanan

Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung:

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak tampak

(2) Palpasi :

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

(3) Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS V line mid-clavikularis sinistra

Batas kanan jantung : Linea mid- sternalis dekstra

Batas kiri jantung : ICS V Linea mid-axilaris anterior sinistra

(4) Auskultasi :

Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS II linea sternalis dekstra

Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS III linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS IV linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS V linea sternalis mid clavikularis sinistra.

Bunyi jantung II irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak ada

Bruit Aorta : Tidak ada

A.Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai :

(1) Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif

(2) Rentang gerak : Normal, bebas tidak terbatas

(3) Kaku sendi : Tidak ada

(4) Nyeri sendi : Tidak ada

(5) Fraktur : Tidak ada

(6) Parese : Tidak ada

(7) Paralisis : Tidak ada

(8) Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	2	4

Keterangan:

0 : Otot sama sekali tidak mampu bergerak tampak

berkontrasi pun tidak, bila lengan dan tungkai dilepaskan akan jatuh 100 % pasif.

1 : Tampak kontrasi atau ada sedikit gerakan tahanan sewaktu jatuh.

2 : Mampu menahan tegak yang berarti mampu menahan gaya gravitasi (saja), tapi dengan sentuhan akan jatuh.

3 : Mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong tetapi tidak mampu melawan tekanan / dorongan dari pemeriksa.

4 : Kekuatan kurang dibanding sisi lain.

5 : Kekuatan utuh.

(9) Refleksi fisiologi : Biceps (+), Triceps (+), Patella (+)

(10) Refleksi patologi :

Babinski Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif

(11) Clubbing jari- jari : Tidak ada

(12) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis :

(1) Inspeksi : Kelainan bentuk : Tidak ada

(2) Palpasi : Nyeri tekan : Tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien tidak teratur, pasien tidur pada malam hari kurang lebih 4 jam dan pasien tidak tidur siang karena sibuk bekerja. Kadang pasien tidur di kapal pada saat bekerja. Pasien suka tidur dalam keadaan gelap.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pola tidur pasien tidak teratur pada malam hari pasien tidur 1 - 3 jam dan tidur siang 1 - 2 jam. Keluarga mengatakan pasien kesulitan tidur karena merasa sesak.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk	:	√ Positif		Negatif
Banyak menguap	:		√	Negatif
Palpebra berwarna gelap	:	√ Positif		Negatif

f. Pola presepsi kognitif dan sensori

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memiliki masalah pada pendengaran dan penglihatan serta tidak ada masalah pada penghiduan dan perabaan. Pasien juga tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan seperti kacamata.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak memiliki masalah pada pendengaran dan penglihatan serta tidak ada masalah pada penghiduan dan perabaan. Keluarga pasien mengatakan jika sesak pasien lebih suka tidur dengan posisi semifowler dan badan di miringkan ke kanan.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu apapun.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak jernih
(2) Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan
(3) Lensa mata : Tampak jernih
(4) Tekanan Intra Okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan.

b) Pendengaran
(1) Pina : Tampak Simetris
(2) Kanalis : Tampak Bersih dan tidak ada Serumen
(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 Presepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien anak ke 4 dari 7 bersaudara, pasien adalah kepala keluarga dan sudah memiliki 2 anak laki-laki. Keluarga pasien mengatakan tidak ada yang menonjol pada dirinya dan pasien menerima kehidupannya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan selama sakit merasa sedih karena tidak bisa melakukan aktivitas pekerjaannya dan hanya berbaring di atas tempat tidur, pasien juga berharap agar cepat sembuh dan dapat melakukan aktivitasnya dengan baik seperti biasanya.

3) Observasi

Pasien tampak terbaring di tempat tidur dengan posisi semifowler.

a) Kontak mata : Melihat lawan bicara saat berbicara
b) Rentang perhatian : Perhatian cukup penuh
c) Suara dan cara bicara : Suara pasien kurang jelas dan pelan

d) Postur tubuh : Tidak di kaji

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaaan yang nyata : Tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh : Tidak di kaji

c) Kulit : Bersih dan tidak ada lesi

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tinggal bersama keluarganya dan berperan sebagai kepala keluarga, pasien juga mengatakan bahwa hubungan dengan keluarga atau sesamanya baik dan sekitar lingkungan rumahnya maupun di tempat kerja.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarga dan orang sekitar terjalin dengan baik. pasien merasa sedih dan ingin cepat sembuh supaya bisa berkumpul kembali bersama keluarga dan anaknya.

3) Observasi

Tampak pasien berkomunikasi dengan perawat dan keluarganya dengan baik. Tampak pasien dijaga istrinya.

i. Pola Reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memiliki masalah pada alat reproduksinya dan pasien tidak memiliki seksualitas yang menyimpang.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak memiliki pada alat reproduksinya dan pasien tidak memiliki seksualitas yang menyimpang.

3) Observasi

Tampak pasien berperilaku dan berpenampilan layaknya laki - laki.

j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stress

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien mampu mengontrol emosinya ketika marah, jika memiliki masalah pasien akan menceritakan kepada istrinya dan mencari solusinya bersama.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit ia menerima penyakitnya yang sedang dialami dan hanya bisa berpasrah kepada Tuhan Yang Maha Esa untuk segera mendapatkan kesembuhan.

3) Observasi

Tampak pasien pasrah menerima penyakit yang dideritanya.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama islam, pasien jarang melaksanakan sholat 5 waktu dan pergi ke masjid sholat jumat karena sibuk bekerja.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak pernah lagi melaksankan sholatan karena kondisi pasien kurang memungkinkan.

3) Observasi

Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur.

5. Uji Saraf Kranial

A. N I : (Olfaktorius)
Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih yang diberikan perawat.

B. N II : (Optikus)
Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ±20 cm.

C. N III, IV, VI : Pasien mampu menggerakan bola mata keatas, kekiri, dan kekanan.

D. N V : Trigeminus
Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan kapas pada wajah.
Motorik : Pasien mampu mengunyah dengan keras

E. N VII : Fascialis
Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis gula yang diberikan
Motorik : Pasien mampu tersenyum mengangkat alis, mengerutkan dahi dan tersenyum

F. N VIII : Vestibuloacusticus
Vestibulularis: Tidak di kaji

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

G. N IX : Glossopharyngeus
Pasien mampu menelan.

H. N X : Vagus
Ovula terletak di tengah.

I. N XI : Acsesorius
Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan.

J. N XII : Hypoglous
Pasien mampu menjulurkan lidah dengan posisi lurus, mendorong pipi kiri dan kanan dengan lidah.

6. Pemeriksaan Penunjang

   a. Pemeriksaan Laboratorium.

CBC	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	28,40		10^3/uL	4,6 – 10,2
RBC	3,01		10^6/uL	4,7 – 6,1
HGB	8,6		g/dl	14,1 – 18,1
HCT	24,7		%	43,1 - 53,7
MCV	82,1		fL	80,0 – 97,0
MCH	28,6		pg	27,0 – 31,2
MCHC	34,8		g/dl	31,8 – 35,4
PLT	50		10^3/uL	130,0 – 400,0
RDW	15,2		fL	11,5 – 14,5
PDW	15,4		fL	9,0 – 13,0
MPV	10,0		fL	7,2 – 11,1
P-LCR	28,9		%	15,0 – 25,0
DIFF				
LYMPH	7,3		%	10,0 – 50,0
MXD	3,5		%	1,0 -20,0
NEUT	89,2		%	37,0 – 80,0
LYMP#	2,10		10^3/uL	1 – 3,7
MXD#	1,0		10^9/uL	0 – 1,2
NEUT#	25,30		10^3/uL	1,5 – 7

Catatan: Leukositosis, Aritmia, Tromboritopenic

– Pemeriksaan Darah

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan
UREUM	185,3	10 - 50	Mg/dL
CREATININE	4,9	< 1,4	Mg/dL
ASAM URAT	16,2	3,4 - 7	Mg/dL

b. Pemeriksaan Thorax

Pemeriksaan foto thorax ap:

Terpasang CVP pada v. subclavia kanan ujung media pada segmen kanan jantung

Pulmo: corakan bronkovaskuler paru kasar, perselubungan inhomogen pada paru kanan dan kiri hilus tidak menebal.

Cor sulit devaluasi, mediastinum tidak melebah. Trachea tidak shift.

Opasitas homogrn pada hemitoraks kanan

Sinus dan diafragma normal.

Costa intak, soft tissue baik.

Kesan:

Pneumonia bilateral

Efusi pleura kanan

7. Terapi
   a. Ceftriaxone 2 vial / IV / 24 jam
   b. Levofloxacin 1 botol / IV / 24 jam

B. Analisa Data

Nama / umur : Tn. “M” / 26 tahun

Ruangan / Kamar : St. Bernadeth II B / 519^4

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: – Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak napas. – Keluarga pasien mengatakan sesak pasien akan bertambah jika pasien melakukan aktivitas atau terlalu banyak bergerak. – Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan untuk tidur karena sesak. DO: – Tampak terpasang O_2 nasal kanul 5 liter. – Observasi TTV Pernapasan: 28x /menit – Keadaan umum pasien lemah. – Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan. – Pemeriksaan laboratorium Hb : 8.6 g/dl.	Keletihan otot pernapasan	Ketidakefektifan pola napas.

2	DS: – Keluarga pasien mengatakan selama sakit BAK pasien berkurang, dengan frekuensi 2 - 4x /hari. – Keluarga pasien mengatakan tungkai kaki dan wajah pasien membengkak. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit. DO: – Tampak kedua tungkai kaki dan wajah bagian kanan pasien edema. – Pemeriksaan laboratorium Ureum: 185,3 mg/dL Creatinine: 4,9 mg/dL – Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur. – Observasi TTV: T.D : 160/100 mmHg N : 88x /menit S : 36,8 °C P : 28x /menit	Gangguan mekanisme regulasi.	Kelebihan volume cairan.

3	DS: – Keluarga pasien mengatakan sejak sakit semua aktivitas pasien di bantu oleh perawat dan keluarga. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki pasien membengkak. – Keluarga pasien mengatakan pasien sesak napas jika terlalu banyak bergerak. – Keluarga pasien mengatakan kaki kanan pasien lemah. DO: – Tampak keadaan umum pasien lemah. – Tampak pasien hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi semifowler. – Tampak pasien sesak napas. – Tampak aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat. – Tampak kedua tungkai kaki pasien edema. – Hb: 8,6 g/dl. – Uji kekuatan otot 5 | 5 2 | 4	Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	Intoleransi aktivitas

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / umur : Tn. “M” / 26 tahun

Ruangan / Kamar : St. Bernadeth II B / 519^4

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan
2.	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

D. Rencana Keperawatan

Nama / umur : Tn. “M” / 26 tahun

Ruangan / Kamar : St. Bernadeth II B / 519^4

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana tindakan Meliputi: Tindakan keperawatan, observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter.	Rasional
9 maret 2019	DP I : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan DS: – Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak napas. – Keluarga pasien mengatakan sesak pasien akan bertambah jika pasien melakukan aktivitas atau terlalu banyak bergerak.	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam di harapkan Ketidakefektifan pola napas kembali efektif dengan kriteria hasil : 1. Sesak napas berkurang. 2. Penggunaan otot bantu pernapasan berkurang.	1. Pertahankan oksigen aliran rendah dengan kanula nasal, masker, atau sungkup. 2. Sediakan oksigen ketika pasien di bawa atau di pindahkan. 3. Posisikan pasien untuk memaksimalkan	1. Untuk mempertahankan tambahan kebutuhan oksigen pasien. 2. Untuk memberi tambahan oksigen ketika pasien akan di pindahkan. 3. Posisi semifowler akan memudahkan / meningkatkan

	– Keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan untuk tidur karena sesak. DO: – Tampak terpasang O_2 nasal kanul 5 liter. – Observasi TTV Pernapasan: 28x/menit – Keadaan umum pasien lemah. – Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan. – Pemeriksaan laboratorium Hb : 8.6 g/dl	3. Pernapasan kembali dalam batas normal. (16-20x /menit)	ventilasi. 4. Pantau kecepatan irama, kedalaman, upaya dan pola pernapasan. 5. Monitor tanda - tanda vital yang sesuai. 6. Menentukan obat yang di perlukan dan kelola menurut resep dan protocol.	ekspansi dada / ventilasi. 4. Peningkatan pernapasan karena suplai O_2 kurang. 5. Untuk dapat mengetahui keefektifan organ vital pasien. 6. Untuk mengobati infeksi bakteri.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana tindakan Meliputi: Tindakan keperawatan, observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter.	Rasional
9 maret 2019	DP II : Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. DS: – Keluarga pasien mengatakan selama sakit BAK pasien berkurang, dengan frekuensi 2 - 4x /hari. – Keluarga pasien mengatakan tungkai kaki dan wajah pasien membengkak. – Keluarga pasien mengatakan pasien BAK sedikit.	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam di harapkan kelebihan volume cairan dapat di kurangi secara bertahap dengan kriteria hasil: 1. Edema pada kedua tungkai bawah dan wajah sebelah kanan berkurang. 2. Tanda - tanda vital dapat kembali dalam batas normal.	1) Monitor tanda - tanda vital yang sesuai. 2) Kaji ekstremitas atau bagian tubuh mana yang terdapat edema. 3) Kaji keadaan umum pasien. 4) Tinggikan ekstremitas yang edema untuk meningkatkan	1. Untuk dapat mengetahui keefektifan organ vital pasien. 2. Untuk dapat mengetahui ada atau tidaknya gangguan sirkulasi dan kerusakan integritas kulit pada bagian tubuh yang edema. 3. Untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien. 4. Untuk meningkatkan aliran balik vena.

	DO: – Tampak kedua tungkai kaki dan wajah bagian kanan pasien edema. – Pemeriksaan laboratorium Ureum: 185.3 mg/dL creatinine: 4.9 mg/dL – Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur. – Observasi TTV: T.D : 160/100 mmHg N : 88x /menit S : 36,8 °C P : 28x /menit	3. Hematokrit dalam batas normal.	alliran darah vena. 5) Tentukan obat yang di perlukan, dan kelola menurut resep dan protocol. 6) Pantau indikasi kelebihan atau retensi cairan. 7) Pantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat.	5. Untuk mengobati infeksi bakteri. 6. Untuk menentukan fungsi ginjal dan kebutuhan pengganti cairan. 7. Untuk mengetahui asupan cairan.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana tindakan Meliputi: Tindakan keperawatan, observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter.	Rasional
9 maret 2019	DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. DS: – Keluarga pasien mengatakan sejak sakit semua aktivitas pasien di bantu oleh perawat dan keluarga. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki pasien membengkak. – Keluarga pasien mengatakan pasien	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam di harapkan intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil: 1. Pasien mampu melakukan aktivitas sehari - hari secara mandiri. 2. Keluhan sesak saat beraktivitas berkurang.	1. Kaji tingkat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi. 2. Bantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala. 3. Monitor tanda - tanda vital. 4. Ajarkan terntang pengaturan aktivitas dari teknik manajemen waktu	1. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam beraktivitas. 2. Menurunkan terjadinya trauma / iskemia jaringan. 3. Untuk mengetahui keadaan pasien setelah beraktivitas. 4. Agar pasien mengerti tinjauan dari pembatasan aktivitas sehingga

	sesak napas jika terlalu banyak bergerak. – Keluarga pasien mengatakan kaki kanan pasien lemah. DO: – Tampak keadaan umum pasien lemah. – Tampak pasien hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi semifowler. – Tampak pasien sesak napas. – Tampak aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat. – Tampak kedua tungkai kaki pasien edema.		untuk mencegah kelelahan. 5. Pantau dan repon kardiorespiratori terhadap aktivitas (misalnya: takikardi, dyspnea, dan frekuensi pernapasan). 6. Menentukan obat yang di perlukan dan kelola menurut resep dan protocol	pasien dapat mematuhinya. 5. Aktivitas yang berat menyebabkan peningkatan faktor penyebab. 6. Untuk mengobati infeksi bakteri

E. Implementasi Keperawatan

Nama / umur : Tn. “M” / 26 tahun

Ruangan / Kamar: St. Bernadeth II B / 519[4]

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
11 maret 2019	II	8:00	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air putih 120 cc menggunakan pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc.	Maria yayuk
	II	08:30	Mengkaji ekstremitas atau bagian tubuh mana yang edema. Hasil : – Tampak edema pada kedua tungkai kaki dan wajah sebelah kanan pasien. – Tampak perut pasien asites.	Maria yayuk
	I	08:35	Mempertahankan oksigen aliran rendah dengan kanula nasal, masker, atau sungkup. Hasil: – Tampak pasien memakai O_2 nasal kanul 5 liter. – Pasien mengatakan merasa nyaman dan sesak napas berkurang.	Maria yayuk
	I	08:40	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Hasil: – Tampak pasien dengan posisi semifowler, pasien merasa nyaman dan sesak napasnya	Maria yayuk

			berkurang.	
	I, II, III	10:00	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil: T.D = 160/100 mmHg Nadi = 90x / menit Suhu = 36,8°C Pernapasan = 28x /menit	Maria yayuk
	II	10:05	Mengkaji keadaan umum pasien. Hasil : – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki dan wajah sebelah kanan pasien membengkak. – Keluarga pasien mengatakan pasien susah buang air kecil. – Tampak pasien hanya berbaring lemah di atas tempat tidur.	Maria yayuk
	III	10:10	Mengkaji tingkat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi. Hasil: – Pasien mengatakan sesak napas ketika bergerak. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki pasien membengkak dan sulit di gerakan. – Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur. – Tampak bengkak pada kedua tungkai kaki	Maria yayuk
	II	12:00	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air putih 130 cc menggunakan	Maria yayuk

			pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc.	
	II	13:00	Memantau indikasi kelebihan atau retensi cairan. Hasil: – Tampak edema pada kedua tungkai kaki pasien. – Tampak perut pasien asites.	Maria yayuk
	III	13:05	Membantu pasien mengubah posisi secara berkala. Hasil: – Tampak pasien lebih nyaman dengan posisi semifowler dengan tubuh menghadap ke kanan.	Maria yayuk
	II	14:30	Mengkaji keadaan umum pasien. Hasil : – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki dan wajah sebelah kanan masih bengkak. – Tampak perut pasien membengkak. – Tampak keadaan umum pasien lemah.	Marini
	II	14:35	Meninggikan ekstremitas yang edema untukmeningkatkan aliran darah vena. Hasil: – Tampak kedua tungkai kaki pasien telah ditinggikan dengan bantal.	Marini
	I, II, III	16:00	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil: T.D = 150/90 mmHg	Marini

			Nadi = 88 x /menit Suhu = 36,5 °C Pernapasan = 28 x /menit	
	I	16:05	Memantau kecepatan irama, kedalaman, upaya dan pola pernapasan. Hasil: - Pasien mengeluh sesak napas. - Pasien mengatakan sesak bertambah jika melakukan aktivitas. - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan.	Marini
	I, II, III	18:00	Menentukan obat yang di perlukan dan kelola menurut resep dan protocol. Hasil: – Telah di berikan kepada pasien obat ceftriaxone 2 vial intravena. – Telah di berikan kepada pasien obat levofloxacin 1 botol intravena.	Suster novianti dan marini
	I	18:10	Mempertahankan oksigen aliran rendah dengan kanula nasal, masker, atau sungkup. Hasil: – Tampak pasien memakai O_2 nasal kanul 5 liter. – Pasien mengatakan sesak napas bekurang setelah memakai O_2.	Marini
	II	18:30	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air	Marini

			putih 130 cc menggunakan pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc.	
	I, II, III	21:00	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil: T.D = 150/90 mmHg Nadi = 88 x /menit Suhu = 36 °C Pernapasan = 28 x /menit	Suster vincens hia
	II	21:05	Mengkaji keadaan umum pasien. Hasil : – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki dan wajah sebelah kanan masih bengkak. – Keluarga pasien mengatakan pasien susah buang air kecil. – Tampak perut pasien asites. – Tampak keadaan umum pasien lemah.	Suster vincens hia
	III	21:10	Mengkaji tingkat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi. Hasil: – Pasien mengatakan sesak bertambah jika beraktivitas. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki pasien membengkak. – Tampak pasien berbaring di atas tempat tidur. – Tampak bengkak pada kedua tungkai kaki	Suster vincens hia
	I	21:15	Memantau kecepatan irama, kedalaman, upaya dan pola p ernapasan.	Suster vincens hia

			Hasil: - Pasien mengeluh sesak napas. - Pasien mengatakan sesak bertambah jika melakukan aktivitas. - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan.	
	II	21:20	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air putih 120 cc menggunakan pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc.	Suster vincens hia
	I, II, III	05:30	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil: T.D = 140/90 mmHg Nadi = 88 x /menit Suhu = 36,8 °C Pernapasan = 28 x /menit	Suster vincens hia
	II	07:00	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: Balance cairan: CM : Ap = 500 cc CK : BAK = 400 cc IWL : 53 X 15 = 795 (CM – (CK + IWL)) = (500 – (400 + 795)) = 500 – 1195 = -695	Maria yayuk

12 maret 2019	II	08:00	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air putih 130 cc menggunakan pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc.	Maria yayuk
	I	08:05	Mempertahankan oksigen aliran rendah dengan kanula nasal, masker, atau sungkup. Hasil: – Tampak pasien memakai O_2 nasal kanul 5 liter. – Pasien mengatakn merasa nyaman dan sesak napas berkurang.	Maria yayuk
	III	08:10	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. Hasil: – Tampak pasien dengan posisi semifowler, pasien merasa sesak napasnya berkurang.	Maria yayuk
	II	08:15	Meninggikan ekstremitas yang edema untukmeningkatkan aliran darah vena. Hasil: – Tampak kedua tungkai kaki pasien telah ditinggikan dengan bantal.	Maria yayuk
	I, II, III	09:00	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil: T.D = 140/90 mmHg Nadi = 88 x /menit Suhu = 36°C Pernapasan = 26 x /menit	Maria yayuk

	II	09:10	Mengkaji keadaan umum pasien. Hasil : – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki, wajah sebelah kanan dan perut pasien masih bengkak. – Keadaan umum pasien lemah. – Tampak pasien hanya berbaring di atas tempat tidur.	Maria yayuk
	III	09:20	Mengkaji tingkat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi. Hasil: – Pasien mengatakan sesak bertambah jika beraktivitas. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki pasien membengkak dan sulit di gerakan. – Tampak pasien mulai duduk di atas kursi. – Tampak masih bengkak pada kedua tungkai kaki.	Maria yayuk
	II	11:00	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air putih 120 cc menggunakan pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit $\pm$ 100 cc	Maria yayuk
	I	11:30	Menyediakan oksigen ketika pasien di bawa atau di pindahkan. Hasil: – Tampak pasien merasa nyaman setelah di pasang O_2 kecil pada saat pasien akan	Marini

			di bawa ke HD.	
	I, II, III	16:00	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil: T.D = 150/90 mmHg Nadi = 90 x /menit Suhu = 36,2 °C Pernapasan = 26x /menit	Marini
	II	16:10	Mengkaji keadaan umum pasien. Hasil : – Keadaan umum pasien lemah. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki, wajah sebelah kanan dan perut pasien masih bengkak.	Marini
	I	16:20	Memantau kecepatan irama, kedalaman, upaya dan pola pernapasan. Hasil: - Pasien mengeluh sesak napas. - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan.	Marini
	I, II, III	18:00	Menentukan obat yang di perlukan dan kelola menurut resep dan protocol. Hasil: – Telah di berikan kepada pasien obat ceftriaxone 2 vial intravena. – Telah di berikan kepada pasien obat levofloxacin 1 botol intravena.	Suster novianti dan marini
	I	18:10	Mempertahankan oksigen aliran rendah dengan kanula nasal,	Marini

			masker, atau sungkup. Hasil: – Tampak terpasang O_2 nasal kanul 5 liter, pasien merasa nyaman dan sesak napas berkurang.	
	II	18:30	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air putih 130 cc menggunakan pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc.	Marini
	I	18:35	Memantau kecepatan irama, kedalaman, upaya dan pola pernapasan. Hasil: - Pasien mengeluh sesak napas. - Pasien mengatakan sesak bertambah jika terlalu banyak bergerak. - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan.	Marini
	I, II, III	21:00	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil: T.D = 130/90 mmHg Nadi = 85 x /menit Suhu = 36,2 °C Pernapasan = 26 x /menit	Suster vincens hia
	II	21:10	Mengkaji keadaan umum pasien. Hasil : – Keadaan umum pasien lemah. – Keluarga pasien mengatakan	Suster vincens hia

			kedua tungkai kaki, wajah sebelah kanan dan perut pasien masih bengkak. – Tampak edema pada kedua tungkai kaki dan perut pasien.	
	III	21:15	Mengkaji tingkat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi. Hasil: – Pasien mengatakan sesak bertambah jika beraktivitas. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki pasien membengkak dan sulit di gerakan. – Tampak pasien mulai duduk di atas kursi. – Tampak masih bengkak pada kedua tungkai kaki.	Suster vincens hia
	II	21:20	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air putih 120 cc menggunakan pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc.	Suster vincens hia
	I, II, III	05:30	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil: T.D = 140/90 mmHg Nadi = 88 x /menit Suhu = 36,8 °C Pernapasan = 26 x /menit	Suster vincens hia
	II	07:00	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil:	Marini

			Balance cairan: CM : Ap = 500 cc CK : BAK = 400 cc IWL : 53 X 15 = 795 (CM – (CK + IWL)) = (500 – (400 + 795)) = 500 – 1195 = - 695	
13 maret 2019	II	08:00	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air putih 120 cc menggunakan pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc.	Marini
	II	08:05	Mengkaji ekstremitas atau bagian tubuh mana yang edema. Hasil : – Tampak edema pada kedua tungkai kaki, wajah sebelah kanan dan perut.	Marini
	I	08:10	Mempertahankan oksigen aliran rendah dengan kanula nasal, masker, atau sungkup. Hasil: – Tampak terpasang O_2 nasal kanul 5 liter, pasien merasa nyaman dan sesak berkurang.	Marini
	I, II, III	09:00	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil: T.D = 130/90 mmHg Nadi = 84 x /menit Suhu = 36,5 °C Pernapasan = 26 x /menit	Marini

	II	09:10	Mengkaji keadaan umum pasien. Hasil : – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki, wajah sebelah kanan dan perut pasien masih bengkak. – Keadaan umum pasien lemah.	Marini
	III	09:15	Mengkaji tingkat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi. Hasil: – Pasien mengatakan sesak bertambah jika terlalu banyak bergerak. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki pasien membengkak. – Tampak masih bengkak pada kedua tungkai kaki. – Tampak pasien berbaring di ata tempat tidur dengan posisi semifowler.	Marini
	II	09:20	Meninggikan ekstremitas yang edema untukmeningkatkan aliran darah vena. Hasil: – Tampak kedua tungkai kaki pasien telah ditinggikan dengan bantal	Marini
	II	12:00	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air putih 130 cc menggunakan pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc	Marini

	II	15:35	Memantau indikasi kelebihan atau retensi cairan. Hasil: – Tampak edema pada kedua tungkai kaki dan wajah sebelah kanan pasien. – Tampak perut pasien asites.	Maria yayuk
	III	15:00	Membantu pasien mengubah posisi secara berkala. Hasil: – Tampak pasien mulai duduk di kursi.	Maria yayuk
	I, II, III	16:00	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil: T.D = 140/90 mmHg Nadi = 88 x /menit Suhu = 36 ,5°C Pernapasan = 26 x /menit	Maria yayuk
	I	16:05	Memantau kecepatan irama, kedalaman, upaya dan pola pernapasan. Hasil: - Pasien mengeluh sesak napas. - Pasien mengatakan sesak bertambah jika terlalu banyak bergerak. - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan.	Maria yayuk
	I, II, III	16:10	Menentukan obat yang di perlukan dan kelola menurut resep dan protocol. Hasil: – Telah di berikan kepada	Suster novianti dan Maria yayuk

			pasien obat ceftriaxone 2 vial intravena. – Telah di berikan kepada pasien obat levofloxacin 1 botol intravena.	
	I	18:00	Mempertahankan oksigen aliran rendah dengan kanula nasal, masker, atau sungkup. Hasil: – Tampak terpasang O_2 nasal kanul 5 liter. – Pasien mengtakan merasa nyaman setelah di pasang O_2.	Maria yayuk
	II	18:10	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air putih 130 cc menggunakan pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit $\pm$ 100 cc.	Maria yayuk
	I, II, III	21:00	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil: T.D = 130/90 mmHg Nadi = 88 x /menit Suhu = 36 °C Pernapasan = 26 x /menit	Mantri vino
	II	21:05	Mengkaji keadaan umum pasien. Hasil : – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki dan wajah sebelah kanan masih bengkak. – Tampak perut pasien membengkak. – Tampak keadaan umum	Mantri vino

			pasien lemah.	
	III	21:10	Mengkaji tingkat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi. Hasil: – Pasien mengatakan sesak bertambah jika terlalu banyak bergerak. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki pasien membengkak. – Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur. – Tampak bengkak pada kedua tungkai kaki	Mantri vino
	I	21:15	Memantau kecepatan irama, kedalaman, upaya dan pola pernapasan. Hasil: - Pasien mengeluh sesak napas. - Pasien mengatakan sesak bertambah jika terlalu banyak bergerak. - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan.	Mantri vino
	II	21:20	Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: – Tampak pasien meminum air putih 120 cc menggunakan pipet. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc.	Mantri vino
	I, II, II	05:30	Memonitor tanda-tanda vital yang sesuai. Hasil:	Mantri vino

	II	07:00	T.D = 130/90 mmHg Nadi = 88 x / menit Suhu = 36,4 °C Pernapasan = 26 x / menit Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: Balance cairan: CM : Ap = 500 cc CK : BAK = 400 cc IWL : 53 X 15 = 795 (CM – (CK + IWL)) = (500 – (400 + 795)) = 500 – 1195 = - 695	Maria yayuk

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / umur : Tn. “M” / 26 tahun

Ruangan / Kamar : St. Bernadeth II B / 519^4

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama perawat
11 maret 2019	DP I: Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan S : - Pasien mengeluh sesak napas. - Pasien mengatakan sesak bertambah jika melakukan aktivitas. O : – Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan – Observasi TTV : T.D = 140/90 mmHg Nadi = 88 x /menit Suhu = 36,8 °C Pernapasan = 28 x /menit – Tampak terpasang O_2 nasal kanul 5 liter. – Tampak pasien dengan posisi semifowler. A : – Ketidakefektifan pola napas belum teratasi. P : – Lanjutkan intervensi. DP II: Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S : – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki dan wajah sebelah kanan masih bengkak. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit $\pm$ 100 cc. – Keluarga pasien mengatakan pasien susah buang air kecil.	Maria yayuk

	O : – Tampak keadaan umum pasien lemah. – Tampak perut pasien asites. – Tampak pasien meminum air putih 120 cc menggunakan pipet. – Tampak kedua tungkai kaki pasien ditinggikan dengan bantal. – Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: Balance cairan: CM : Ap = 500 cc CK : BAK = 400 cc IWL : 53 X 15 = 795 (CM – (CK + IWL)) = (500 – (400 + 795)) = 500 – 1195 = -695 A : – Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : – Lanjutkan intervensi. DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S : – Pasien mengatakan sesak bertambah jika beraktivitas. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki pasien membengkak. O : – Tampak pasien berbaring di atas tempat tidur. – Tampak bengkak pada kedua tungkai kaki – Tampak pasien lebih nyaman dengan posisi semifowler dengan tubuh	

	menghadap ke kanan. – Obsevasi TTV : T.D = 140/90 mmHg Nadi = 88 x /menit Suhu = 36,8 °C Pernapasan = 28 x /menit A : – Intoleransi aktivitas belum teratasi. P : – Lanjutkan intervensi.	
12 maret 2019	DP I: Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan S : - Pasien mengeluh sesak napas. - Pasien mengatakan sesak bertambah jika terlalu banyak bergerak. O : – Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan. – Observasi TTV : T.D = 140/90 mmHg Nadi = 88 x /menit Suhu = 36,8 °C Pernapasan = 26 x /menit – Tampak terpasang O2 nasal kanul 5 liter. A : – Ketidakefektifan pola napas belum teratasi. P : – Lanjutkan intervensi. DP II: Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S : – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki, wajah sebelah kanan dan perut pasien masih bengkak. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc.	Marini

	O : – Tampak keadaan umum pasien lemah. – Tampak edema pada kedua tungkai kaki dan perut pasien. – Tampak pasien meminum air putih 120 cc menggunakan pipet. – Tampak kedua tungkai kaki pasien ditinggikan dengan bantal. – Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: Balance cairan: CM : Ap = 500 cc CK : BAK = 400 cc IWL : 53 X 15 = 795 (CM – (CK + IWL)) = (500 – (400 + 795)) = 500 – 1195 = - 695 A : – Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : – Lanjutkan intervensi. DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan KIetidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S : – Pasien mengatakan sesak bertambah jika beraktivitas. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki pasien membengkak dan sulit di gerakan. O : – Tampak pasien mulai duduk di atas kursi. – Tampak masih bengkak pada kedua tungkai kaki. – Obsevasi TTV : T.D = 140/90 mmHg	

	Nadi = 88x /menit Suhu = 36,8 °C Pernapasan = 28x /menit A : – Intoleransi aktivitas belum teratasi. P : – Lanjntervensi.	
13 maret 2019	DP I : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan S : – Pasien mengeluh sesak napas. – Pasien mengatakan sesak bertambah jika terlalu banyak bergerak. O : - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan. – Tampak terpasang O_2 nasal kanul 5 liter.. – Observasi TTV : T.D = 130/90 mmHg Nadi = 88 x /menit Suhu = 36,4 °C Pernapasan = 26 x /menit A : – Ketidakefektifan pola napas belum teratasi. P : – Lanjutkan intervensi. DP II : Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S : – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki dan wajah sebelah kanan masih bengkak. – Keluarga pasien mengatakan BAK pasien sedikit ± 100 cc. O : – Tampak pasien meminum air putih 120 cc menggunakan pipet. – Tampak keadaan umum pasien lemah.	Maria yayuk

	– Tampak edema pada kedua tungkai kaki dan wajah sebelah kanan pasien. – Tampak perut pasien asites. – Memantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat. Hasil: Balance cairan: CM : Ap = 500 cc CK : BAK = 400 cc IWL : 53 X 15 = 795 (CM – (CK + IWL)) = (500 – (400 + 795)) = 500 – 1195 = - 695 A : – Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : – Lanjutkan intervensi. DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. S : – Pasien mengatakan sesak bertambah jika terlalu banyak bergerak. – Keluarga pasien mengatakan kedua tungkai kaki pasien membengkak. O : – Tampak bengkak pada kedua tungkai kaki – Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur. – Tampak pasien mulai duduk di kursi. – Obsevasi TTV : T.D = 130/90 mmHg Nadi = 88 x /menit Suhu = 36,4 °C Pernapasan = 26 x /menit A : – Intoleransi aktivitas belum teratasi. P : – Lanjutkan intervensi.	

G. DAFTAR NAMA OBAT YANG DIBERIKAN

1. Ceftriaxone
    a. Klasifikasi / golongan obat : Antibiotik golongan Sefalosporin.
    b. Dosis umum : 1 – 2 gram / hari
    c. Dosis untuk pasien : 2 gram / 24 jam.
    d. Cara pemberian obat : Intravena.
    e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

       Ceftriaxone bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri dalam tubuh. Ceftriaxone bekerja sebagai antimikroba dengan menghambat sintesa dinding sel mikroba, yang dihambat ialah enzim transpeptidase tahap ketiga dalam rangkaian reaksi pembentukan dinding sel. Obat ini berfungsi untuk mengobati dan mencegah infeksi bakteri.
    f. Alasan pemberian:

       Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena infeksi merupakan penyebab kematian pada pasien gagal ginjal kronik.
    g. Kontraindikasi :

       Ceftriaxone dikontraindikasi pada pasien dengan riwayat alergi terhadap golongan sefalosporin.
    h. Efek samping obat :
        - Bengkak, nyeri, dan kemerahan di tempat suntikan.
        - Reaksi alergi.
        - Mual dan muntah
        - Diare dan Kelelahan atau merasa lemas
        - Sakit perut dan sakit kepala atau pusing
        - Perdarahan atau memar yang terjadi spontan

2. Levofloxacin

a. Klasifikasi / golongan obat : Antibiotik golongan quinolone
b. Dosis umum : 500 mg / hari
c. Dosis untuk pasien : 500 mg / 24 jam.
d. Cara pemberian obat : Intravena.
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   Levofloxacin bekerja dengan cara membunuh bakteri dan mencegahnya tumbuh kembali. Levifloxacin di gunakan untuk mengobati infeksi bakteri seperti infeksi saluran kemih, pneumonia, infeksi kulit, jaringan lunak, dan infeksi prostat. Obat ini juga di gunakan untuk mengobati anthrax, serta mencegah penyakit pes (termasuk bentuk *pneumonic* dan *septicemic*).

f. Alasan pemberian:

   Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien mengeluh susah buang air kecil.

g. Kontraindikasi :

   Ceftriaxone dikontraindikasi pada pasien dengan riwayat alergi terhadap golongan quinolone.

h. Efek samping obat :
   - Gangguan tidur (insomnia)
   - Sakit kepala atau pusing
   - Mual dan muntah
   - Reaksi alergi yang meliputi gatal - gatal, sulit bernapas, bengkak pada wajah, bibir, atau tenggorokan.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini akan dibahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang di dapatkan pada saat merawat pasien Tn. “M” dengan Gagal Ginjal Kronik di ruang perawatan St. Bernadeth II B Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 11 Maret 2019 sampai dengan 13 Maret 2019, dengan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Dalam pengkajian penulis memperoleh data melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien. Selain itu penulis juga memperoleh data dari observasi langsung, catatan medis, dan hasil pemeriksaan penunjang Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis pada kasus Tn “M” berusia 26 tahun, tampak pasien sakit sedang dengan keadaan umum pasien lemah, keluhan yang di alami pasien yaitu sesak napas, sesak akan bertambah jika pasien melakukan aktivitas atau banyak bergerak, pasien tampak terpasang conecta, CDL dan cimino, tampak terpasang O_2 nasal kanul 5 liter. Pasien BAK sedikit, pasien juga kesulitan untuk tidur karena sesak. Tampak kedua tungkai kaki dan wajah bagian kanan pasien edema, pasien berbaring lemah di atas tempat tidur, pasien menggunakan otot bantu pernapasan, pasien hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi semifowler dengan tubuh miring ke kanan. Pada pemeriksaan tanda - tanda vital di dapatkan T.D: 160/100 mmHg, suhu: 36,8°C, nadi: 90x/menit, pernapasan: 28x/menit.

Terapi obat yang di berikan yaitu ceftriaxone 2 vial / IV / 24 jam, levofloxacin 1 botol / IV / 24 jam. Keluarga pasien juga mengatakan pasien sudah menjalani cuci darah selama ±3 bulan yang di lakukan 2 kali seminggu.

Pasien mengatakan ada riwayat hipertensi selama 2 tahun. Hal ini sejalan dengan faktor pemicu pada teori berupa hipertensi. Penyakit hipertensi terjadi akibat aktivitas aksis renin angiotensin, yang mempunyai kecenderungan untuk kehilangan garam dan merangsang sistem saraf sehingga mengakibatkan vaksokontriksi pembuluh darah.

Pemeriksaan laboratorium didapatkan pemeriksaan ureum: 185,3 mg/dL, kreatinin: 4,9 mg/dL. Ureum dan kreatinin adalah sisa - sisa protein yang menjadi racun dalam tubuh, sehingga jika ginjal rusak atau tidak mampu mengekresikan urine maka ureum kreatinin akan tetap tertinggal dalam tubuh sehingga terjadinya peningkatan ureum dan kreatinin pada pasien gagal ginjal, sedangkan hasil pemeriksaan darah HGB: 8,6 g/dl, HCT: 24,7%, anemia terjadi karena fungsi ginjal untuk menghasilkan eritropedia menurun sehingga stimulasi pembentukan sel - sel darah di sum - sum tulang juga menurun.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada penerapan kasus, penulis mempioritaskan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengeluh sesak napas, tampak terpasang O_2 nasal kanul 5 liter, pernapasan: 28x /menit, tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan.
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena

Tampak kedua tungkai kaki dan wajah bagian kanan pasien edema, tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur. Hal ini disebabkan oleh retensi cairan dan natrium yang terjadi karena ginjal gagal melaksanakan fungsinya.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Penulis mengangkat diagnosa ini karena tampak keadaan umum pasien lemah, tampak pasien hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi semifowler, tampak aktivitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat.

Diagnosa keperawatan pada tinjauan teroritis yang tidak di angkat pada kasus diantaranya:

a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan nafsu makan, mual / muntah , pembatasan diet, stomatis. Diagnosa ini tidak diangkat karena selama pasien di rawat pasien tidak merasakan mual ataupun muntah.
b. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan / mengingat, salah interpretasi informasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini, karena pasien mengerti dan mengetahui faktor pendukung dari gagal ginjal adalah hipertensi.
c. 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. Diagnosa ini tidak di angkat karena selama pasien dalam masa perawatan dirumah sakit pasien masih mampu miring kiri - kanan sehingga meminimalkan risiko kerusakan integritas kulit.

C. Intervensi

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

DP I : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan

Pertahankan oksigen aliran rendah dengan kanula nasal, masker, atau sungkup, sediakan oksigen ketika pasien di bawa atau di pindahkan, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, pantau kecepatan irama, kedalaman, upaya dan pola pernapasan, monitor tanda - tanda vital yang sesuai, tentukan obat yang di perlukan.

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

Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu monitor tanda - tanda vital yang sesuai, kaji ekstremitas atau bagian tubuh mana yang terdapat edema, kaji keadaan umum pasien, tinggikan ekstremitas yang edema untuk meningkatkan alliran darah vena, tentukan obat yang di perlukan, dan kelola menurut resep dan protocol, pantau indikasi kelebihan atau retensi cairan, pantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat.

DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan okseigen.

Kaji tingkat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi, bantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala, monitor tanda - tanda vital, ajarkan tentang pengaturan aktivitas dan teknik, tentukan obat yang di

perlukan, manajemen waktu untuk mencegah kelelahan, pantau dan respon kardiorespiratori terhadap aktivitas (misalnya: takikardi, dyspnea, dan frekuensi pernapasan).

D. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang di harapkan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan selalu berorientasi pada rencana yang telah dibuat terlebih dahulu dengan mengantisipasi seluruh tanda yang timbul sehingga tindakan keperawatan dapat tercapai pada asuhan keperawatan yang dilaksanakan. Pelaksanaan kemampuan, situasi, konsisi, sarana yang ada diruang perawatan, dan kerja sama serta partisipasi yang baik dari pasien, keluarga, teman dinas, perawat ruangan dan dokter. Walaupun dengan berbagai keterbatasan, selalu megupayakan fungsinya bertujuan untuk meningkatkan derajat kesembuhan pasien.

Berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun oleh penulis kemudian diimplementasikan pada pelaksanaan asuhan keperawatan. Pada diagnosa keperawatan pertama, Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan. Penulis melakukan semua intervensi yang telah dibuat, yaitu pertahankan oksigen aliran rendah dengan kanula nasal, masker, atau sungkup, sediakan oksigen ketika pasien di bawa atau di pindahkan, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, pantau kecepatan irama, kedalaman, upaya dan pola pernapasan, monitor tanda -tanda vital yang sesuai, tentukan obat yang di perlukan.

Pada diagnosa keperawatan kedua, kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis melakukan semua intervensi yang telah dibuat, yaitu memonitor tanda - tanda vital, mengkaji ekstremitas atau bagian tubuh yang terdapat edema, mengkaji keadaan umum pasien, meninggikan

ekstremitas yang edema, menentukan obat yang di perlukan, memantau indikasi kelebihan cairan, memantau catatan asupan cairan.

Pada diagnosa keperawatan ketiga, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan okseigen, dimana intervensi dilakukan adalah mengkaji tingkat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi, membantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala, memonitor tanda - tanda vital, mengajarkan tentang pengaturan aktivitas dan teknik, menentukan obat yang di perlukan, memanajemen waktu untuk mencegah kelelahan, memantau dan respon kardiorespiratori terhadap aktivitas.

E. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap terakhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencangkup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai atau tidak, adapun evaluasi pelaksanaan keperawatan Tn. “M” sebagai berikut:

DP I: Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan.

Diagnosa keperawatan belum teratasi. Dimana, pasien masih mengeluh sesak napas, pasien masih menggunakan otot bantu pernapasan, pernapasan masih 26x /menit. Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan ini masih di lanjutkan oleh perawat ruangan.

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

Diagnosa keperawatan belum teratasi. Dimana, kedua tungkai kaki dan wajah sebelah kanan masih bengkak, TTV masih belum

dalam batas normal dan pemasukan serta pengeluaran belum sama. Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan ini masih di lanjutkan oleh perawat ruangan.

DP III: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan okseigen.

Diagnosa keperawatan belum teratasi. Dimana, walaupun pasien sudah mulai duduk di kursi, tapi pasien mengeluh sesak jika terlalu banyak bergerak. Serta TTV masih belum kembali dalam batas normal dan aktivitas masih harus di bantu keluarga dan perawat. Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan ini masih di lanjutkan oleh perawat ruangan.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

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

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

   Setelah melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Tn. “M” dengan gagal ginjal kronik di peroleh data:

   pasien mengeluh sesak napas dengan pernapasan 28x /menit, sesak pasien akan bertambah jika pasien melakukan aktivitas atau terlalu banyak bergerak, pasien juga kesulitan untuk tidur karena sesak. Tampak edema pada kedua tungkai kaki dan wajah bagian kanan pasien, pasien menggunakan otot bantu pernapasan, pasien hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi semifowler dan tubuh miring ke kanan. Pada pemeriksaan tanda - tanda vital di dapatkan T.D: 160/100 mmHg, suhu: 36,8°C, nadi: 90x /menit, pernapasan: 28x /menit. pemeriksaan ureum: 185,3 mg/dL, creatinine: 4,9 mg/dL. Terapi obat yang di berikan yaitu ceftriaxone 2 vial / IV / 24 jam, levofloxacin 1 botol / IV / 24 jam. Keluarga pasien juga mengatakan pasien sudah menjalani cuci darah selama ±3 bulan yang di lakukan 2 kali seminggu.

2. Diagnosa keperawatan.

   Berdasarkan data dari Tn. “M” dengan gagal ginjal kronik masalah keperawatan yang di dapat antara lain:

a. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan.
b. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

3. Intervensi

Tindakan keperawatan yang disusun pada Tn. “M” dengan gagal ginjal kronik anatara lain:

DP I : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan

Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: pertahankan oksigen aliran rendah dengan kanula nasal, masker, atau sungkup, sediakan oksigen ketika pasien di bawa atau di pindahkan, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, pantau kecepatan irama, kedalaman, upaya dan pola pernapasan, monitor tanda - tanda vital yang sesuai.

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

Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: monitor tanda -tanda vital yang sesuai, kaji ekstremitas atau bagian tubuh mana yang terdapat edema, kaji keadaan umum pasien, tinggikan ekstremitas yang edema untuk meningkatkan alliran darah vena, tentukan obat yang di perlukan, dan kelola menurut resep dan protocol, pantau indikasi kelebihan atau retensi cairan, pantau catatan asupan cairan dan haluran yang akurat.

DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: kaji tingkat kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur, berdiri, ambulasi, bantu pasien untuk mengubah posisi secara berkala, monitor tanda - tanda vital, ajarkan tentang pengaturan aktivitas dan teknik, manajemen waktu untuk mencegah kelelahan, pantau dan repon kardiorespiratori terhadap aktivitas (misalnya: takikardi, dyspnea, dan frekuensi pernapasan).

4. Implementasi

   Keperawatan di lakukan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang di harapkan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan selalu berorientasi pada rencana yang telah dibuat terlebih dahulu dengan mengantisipasi seluruh tanda yang timbul sehingga tindakan keperawatan dapat tercapai pada asuhan keperawatan yang dilaksanakan. Walaupun dengan berbagai keterbatasan, selalu megupayakan fungsinya yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesembuhan pasien.

5. Evaluasi

   Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan kepada Tn. “M” dengan diagnosa: ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan, kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen belum teratasi.

B. Saran

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

1. Pasien.

   Pada pasien gagal ginjal kronik terjadi kerusakan pada ginjal sehingga sangat penting utuk membatasi intake cairan dan protein.

2. Bagi rumah sakit.

   Penulis mengharapkan agar rumah sakit lebih banyak menyediakan alat untuk mengukur cairan masuk ataupun keluar pada pasien gagal ginjal kronik dan penulis berharap agar perawat lebih memberikan motivasi serta semangat kepada pasien yang menderita gagak ginjal kronik agar tetap mempunyai semangat.

3. Institusi.

   Penulis berharap agar institusi lebih memperbanyak referensi terbaru tentang penyaki gagal ginjal kronik untuk menambah wawasan dan pengetahuan mahasiswa tentang penyakit gagal ginjal kronik.

4. Penulis.

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

DAFTAR PUSTAKA

Arif, Muttaqin. (2014), *Asuhan Gangguan Keperawatan Sistem Perkemihan,* Salemba Medika, Jakarta

Brunner & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta : EGC

http://www.alodokter.com/ceftriaxonemanfaat,dosis,efeksamping,interaksi obat. Diakses tanggal 11 Desember 2017

http://hellosehat.com/obat/levofloxacinobatapa?,dosis,manfaat,efeksamping,pencegahan,interaksi,overdosis. Diakses tanggal 23 Agustus 2018

Indonesian Renal Registry. *Annual Report of IRR 2016.*

http://indonesianrenalregistry.org/data/annualreportofIRR2016.pdf. Diakses tanggal 11 Januari 2017

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, Diaksestanggal 15 April 2018

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

Nurarif, Amin Huda. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan NANDA, NIC-NOC*, Jogjakarta

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

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

Nurarif, Amin Huda dan Hardhi Kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA, NIC-NOC*, Jogjakarta. MediAction

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

Prabowo, E. dan Paranata, E. A. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan SistemPerkemihan.* Yogyakarta: NuhaMedika

Riskesdas. (2018). *Prevalensi Gagal Ginjal Kronis.* Jakarta: EGC

Smeltzer & Bare.(2013).*Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta: EGC

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

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

LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Maria Yayuk Elviana
Marini Vanessa

NIM : E.1614401067
E.1614401068

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."M" DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II B RUMAH SAKIT STELLA MARIS

NAMA PEMBIMBING : Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD	
				Mahasiswa	Pembimbing
1.	20 Februari 2019	Konsul Judul.	Kasus dengan penyakit CKD (*Chronic Kidney Disease*).	1. 2.	
2.	19 Maret 2019	Konsul BAB III (pengkajian).	Perbaiki Pengkajian 11 Pola Gordon, Analisa Data dan Intervensi.	1. 2.	
3.	25 Maret 2019	Konsul perbaikan BAB II dan BAB III.	Perbaikan Pengkajian, Analisa Data dan Intervensi. Perbaiki Implementasi.	1. 2.	

4.	01 April 2019	Konsul BAB I dan BAB III.	Perbaikan Implementasi. Perbaiki Latar belakang	1. 2.	
5	18 April 2019	Konsul BAB I. BAB IV, BAB V.	Perbaikan Latar Belakang, Perbaiki Pembahasan Kasus, Kesimpulan dan Saran.	1. 2.	
6	29 April 2019	Konsul BAB I - BAB V	Perbaikan Latar Belakang, Pembahasan Kasus, Kesimpulan dan Saran. Perbaiki Spasi dan Penulisan Kata.	1. 2.	
7	14 Mei 2019	Konsul BAB I - BAB V Patoflowdiagram, Kata pengantar dan Daftar pustaka.	Perbaiki, Kata Pengantar dan Daftar Pustaka.	1. 2	
8	15 Mei 2019	Konsul Kata pengantar dan Daftar Pustaka.	Perbaikan, Kata Pengantar dan Daftar Pustaka.	1. 2	