KARYA TULIS ILMIAH

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

DISUSUN OLEH:

IMANUELLAH INGGRID

E.1514401025

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Imanuellah Inggrid
NIM : E.1514401025

Disetujui Oleh:

Pembimbing

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

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

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

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

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

Hari/Tanggal : Kamis, 07 Juni 2018
Pukul : 14.45 – 15.30 WITA
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Rosdewi.,SKp.,MSN ( )
2. Fransiska Upa.,S.Kep.,Ns ( )
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	: Imanuellah Inggrid
Tempat/Tanggal Lahir	: Jakarta, 22 April 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Maipa No.19, Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Pius Audi Mangopang/Oktavina .S
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Wiraswasta/Pensiunan PNS
Alamat	: Kole Sawangan, Malimbong Balepe’

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Sejahtera III Jakarta	: 2001 - 2002
SD Kasih Ananda II Jakarta	: 2003 - 2009
SMP Katolik Rembon Tana Toraja	: 2010 - 2012
SMAN 1 Makale Tana Toraja	: 2013 - 2015
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 2015 - 2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Imanuellah Inggrid
NIM : E.1514401025

Disetujui Oleh:

Pembimbing

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

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

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

LEMBAR PENGESAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

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

Hari/Tanggal : Kamis, 07 Juni 2018
Pukul : 14.45 – 15.30 WITA
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Rosdewi.,SKp.,MSN ( )
2. Fransiska Upa.,S.Kep.,Ns ( )
3. Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "B" DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III A 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. Dr. Thomas Suharto.,M.Kes Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.
2. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan serta telah membimbing, mendidik, dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon.,S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku ketua program studi D.III keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.
4. 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.
5. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.

6. Kepala ruangan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar beserta seluruh staf atas pengertian dan kerja sama yang baik selama penulis melaksanakan praktek (pengambilan kasus).
7. Kepada Tn. B dan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
8. Teristimewa untuk kedua orangtuaku tercinta Pius Audi Mangopang dan Oktavina Sarungu', serta semua keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Kepada Sr. Anna Mathilda, JMJ dan Sr. Christina Mslina, JMJ yang telah membina penulis selama penulis berada di asrama.
10. Buat teman-temanku di asrama kampus Stella Maris, khususnya kamar 1A yang telah memberikan semangat serta masukan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan karya tulis ilmiah ini.
11. Buat teman – teman mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Program DIII Keperawatan angkatan 2015 – 2018, khususnya teman seperjuangan di ruang perawatan Bernadeth III A yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

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

Makassar, Mei 2018

IMANUELLAH INGGRID

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL
HALAMAN PERSETUJUAN
HALAMAN PENGESAHAN
RIWAYAT HIDUP
KATA PENGANTAR i
DAFTAR ISI iii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 4
C. Manfaat Penulisan 5
D. Metode Penulisan 6
E. Sistematika Penulisan 7
BAB II TINJAUAN TEORITIS 8
A. Konsep Dasar Medis 8
1. Pengertian 8
2. Anatomi Fisiologi 9
3. Etiologi 17
4. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik..... 19
5. Manifestasi Klinis 22
6. Pemeriksaan Diagnostik 23
7. Penatalaksanaan Medis 24
8. Komplikasi 27
B. Konsep Dasar Keperawatan 28
1. Pengkajian 28
2. Diagnosa Keperawatan 29
3. Intervensi Keperawatan 30
4. Discharge Planning 36
C. Patoflowdiagram 38

BAB III TINJAUAN KASUS 40
A. Pengkajian 41
B. Analisa Data 65
C. Diagnosa Keperawatan..... 72
D. Rencana Keperawatan 73
E. Implementasi Keperawatan 83
F. Evaluasi Keperawatan 106
G. Daftar Obat 115
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 124
A. Pengkajian 124
B. Diagnosa Keperawatan 126
C. Intervensi Keperawatan 129
D. Implementasi Keperawatan 131
E. Evaluasi Keperawatan 133
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN..... 135
A. Kesimpulan 135
B. Saran 138
DAFTAR PUSTAKA

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

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

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

Data Riset Kesehatan Dasar, menunjukkan bahwa prevalensi penduduk Indonesia yang menderita Gagal Ginjal sebesar 0,2% atau 2 per 1000 penduduk dan prevalensi Batu Ginjal sebesar 0,6% atau 6 per 1000 penduduk. Prevalensi penyakit gagal ginjal tertinggi ada di Provinsi Sulawesi Tengah sebesar 0,5%. Berdasarkan jenis kelamin, prevalensi gagal ginjal pada laki-laki (0,3%) lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (0,2%), berdasarkan karakteristik umur, prevalensi tertinggi pada kategori usia di atas 75 tahun (0,6%), dimana mulai terjadi peningkatan pada usia 35 tahun ke atas, dan berdasarkan strata pendidikan, prevalensi gagal ginjal tertinggi pada masyarakat yang tidak

sekolah (0,4%). Sementara berdasarkan masyarakat yang tinggal di pedesaan (0,3%) lebih tinggi prevalensinya dibandingkan masyarakat yang ada di perkotaan (0,2%) (Riskesdas, 2013).

Pada peringatan Hari Ginjal Sedunia, menyatakan bahwa hingga saat ini terdapat sekitar 70 ribu orang pasien gagal ginjal kronik yang memerlukan penanganan terapi cuci darah (Depkes RI, 2009). Di Jawa Timur, 1-3 dari 10.000 penduduknya menderita PGK, salah satunya didaerah Ponorogo pada bulan Januari sampai September 2014 jumlah pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa sejumlah 8.617 pasien yang terdiri dari pasien baru sejumlah 170 pasien, dan pasien lama sejumlah 8.447 pasien (Rekam Medik RSUD Dr. Hardjono Ponorogo, 2014).

Berdasarkan data yang diambil dari bagian *Medical Record* Rumah Sakit Stella Maris Makassar bahwa pada tahun 2015 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 33 orang dengan kategori umur (15 – 24 tahun) sebanyak 1 orang, umur (25 – 44 tahun) sebanyak 2 orang, umur (45 – 64 tahun) sebanyak 12 orang, umur (65 tahun keatas) sebanyak 18 orang dan jumlah pasien meninggal sebanyak 9 orang. Pada tahun 2016 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 24 orang dengan kategori umur (25 – 44 tahun) sebanyak 3 orang, umur (45 – 64 tahun) sebanyak 10 orang, umur (65 tahun keatas) sebanyak 11 orang dan yang meninggal sebanyak 6 orang. Pada tahun 2017 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 1 orang dengan kategori umur (45 – 66 tahun) sebanyak 1 orang dan yang meninggal 1 orang.

Penyakit CKD merupakan penyakit yang memerlukan perawatan dan penanganan seumur hidup. Fenomena yang terjadi banyak klien yang keluar masuk Rumah Sakit untuk melakukan pengobatan dan dialisis. Oleh karena itu, peran perawat kesehatan secara umum ditujukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan

di Indonesia yang dapat dilakukan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya – upaya tersebut dapat dilakukan dengan cara yaitu melakukan aktivitas fisik teratur, makan – makanan sehat (rendah lemak, rendah garam, tinggi serat), kontrol tekanan darah dan gula darah, monitor berat badan dan mempertahankan berat badan normal, minum air putih minimal 2 liter per hari, tidak konsumsi obat-obatan yang tidak dianjurkan, dan tidak merokok (Kemenkes RI, 2015).

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

A. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

   a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan St.Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

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

B. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

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

2. Bagi Pasien

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

3. Bagi Pendidikan

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

4. Bagi Mahasiswa

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

C. Metode Penulisan

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

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

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

   a. Wawancara

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

   b. Observasi

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

   c. Pemeriksaan Fisik

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

d. Dokumentasi

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

e. Data *Medical Record* Rumah Sakit

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

D. Sistematika Penulisan

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

BAB I
PENDAHULUAN

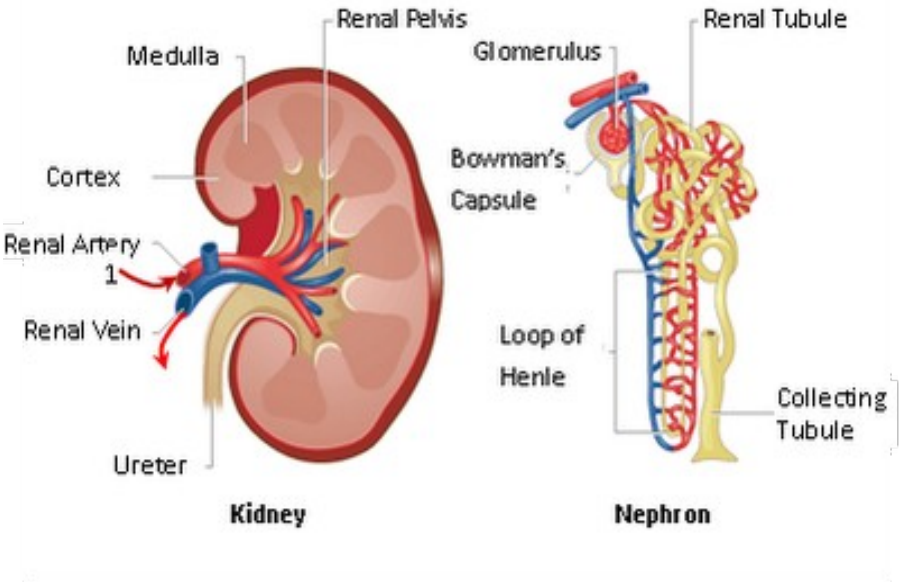
A. Latar Belakang

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

Ginjal secara umum punya peran penting sebagai organ pengekskresi dan non ekskresi, sebagai organ pengekskresi ginjal bertugas menyaring zat-zat yang sudah tidak dibutuhkan oleh tubuh seperti urea, fosfor, dan sebagainya. Sebagai organ non ekskresi ginjal berperan sebagai penghasil hormon tertentu, pengatur asam basa tubuh, pengatur keseimbangan ion tubuh dan sebagainya. Sehingga secara tidak langsung ginjal berfungsi sebagai pengatur homeostasis tubuh. Tetapi ginjal juga sering mendapat gangguan yang menyebabkan terjadinya penurunan fungsi ginjal, dan salah satunya adalah penyakit gagal ginjal kronik (Syaifuddin, 2010).

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) atau Chronic Kidney Disease (CKD) adalah penyakit ginjal tahap akhir sebagai penyimpangan progresif fungsi ginjal yang tidak dapat pulih. Sebagai akibatnya tubuh tidak mampu untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, dan cairan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah (Baughman, 2009).

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi ginjal
(Sumber Bagas Nugraha, 2010)

a. Anatomi Ginjal

1) Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari 2 bagian yaitu :

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

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

2) Pembungkus Ginjal

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

3) Struktur Mikroskopis Ginjal

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

a) Glomerulus, merupakan gulungan atau anyaman kapiler yang terletak di dalam kapsula bowman (ujung buntu tubulus ginjal yang bentuknya seperti kapsul cekung menutupi glomerulus yang saling melilitkan diri). Glomerulus menerima darah dari arteriol aferen dan meneruskan darah ke sistem vena melalui arteri aferen. Natrium secara bebas difiltrasi dalam glomerulus sesuai dengan konsentrasi dalam plasma. Kalium juga masih difiltrasi secara bebas.
b) Tubulus Proksimal Konvulta, tubulus ginjal yang langsung berhubungan dengan kapsula bowman dengan panjang 15 mm dan diameter 55 mm. Bentuknya berkelok-kelok menjalar dari korteks ke bagian medulla dan kembali ke korteks. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi diabsorbsi secara isotonik bersama klorida dan melibatkan transportasi

aktif natrium. Peningkatan absorbsi natrium akan mengurangi pengeluaran air dan natrium. Hal ini dapat mengganggu pengenceran dan pemekatan urin yang normal. Kalium direabsorbsi lebih dari 70%, kemungkinan dengan mekanisme transportasi aktif akan terpisah dari reabsorbsi natrium.

c) Ansa Henle, bentuknya lurus dan tebal, diteruskan ke segmen tipis dan selanjutnya ke segmen tebal, panjangnya 12 mm, total panjang ansa henle 2 – 14 mm. Klorida secara aktif diserap kembali pada cabang asendens ansa henle dan natrium begerak secara pasif untuk mempertahankan kenetralan listrik, sekitar 25% natrium yang difiltrasi diserap kembali karena nefron bersifat tidak permeable terhadap air. Reabsorbsi klorida dan natrium di pars asendens penting untuk pemekatan urin karena membantu mempertahankan integritas gradien konsentrasi medulla. Kalium terfiltrasi sekitar 20 - 25% diabsorbsi pada pars asendens lengkung henle proses pasti terjadi karena gradien elektrokimia yang timbul sebagai akibat dari reabsorbsi aktif klorida pada segmen nefron ini.
d) Tubulus Distal Konvulta, bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok dan jauh letaknya dari kapsula bowman, panjangnya 5 mm. Tubulus distal dari masing-masing nefron bermuara ke duktus koligens yang panjangnya 20 mm. Masing – masing duktus koligens berjalan melalui korteks dan medulla ginjal, bersatu membentuk duktus yang berjalan lurus dan bermuara ke dalam duktus belini seterusnya menuju kaliks minor ke kaliks mayor. Akhirnya mengosongkan isinya ke dalam pelvis renalis pada apek masing-masing piramid medulla ginjal. Panjang nefron keseluruhan ditambah dengan duktus kolagens 45 - 65 mm. Nefron yang berasal

dari glomerulus korteks (nefron korteks), mempunyai ansa henle yang memanjang ke dalam piramid medulla. Dalam keadaan normal sekitar 5 - 10% natrium terfiltrasi mencapai daerah reabsorbsi di bagian distal. Mekanisme pasti reabsorbsi natrium pada daerah ini ditukar dengan ion hidrogen atau kalium di bawah pengaruh aldosteron. Sekresi kalium terjadi secara murni. Suatu proses pasif yang terjadi karena gradien elektrokimia yang ditimbulkan oleh perbedaan besar potensial pada segmen nefron ini. Gradien ini dipertahankan oleh pertukaran aktif natrium dan kalium pada membrane basolateral sel tubulus. Mekanisme ini dikendalikan oleh aldosteron yang mengendalikan tubulus distal terhadap sekresi kalium.

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

4) Pembuluh Darah di Ginjal

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

peritubular yang mengelilingi tubula nefron dan akhirnya darah dalam kapiler peritubular masuk ke dalam venula dan darah dikembalikan ke dalam sistem sirkulasi melalui sistem vena ginjal (Syaifuddin, 2014).

b. Fisiologi Ginjal

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

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

2) Proses Pembentukan Urin

Ada 3 tahap dalam pembentukan urin yaitu sebagai berikut :

a) Proses Filtrasi

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

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

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

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

b) Reabsorbsi

Proses ini terjadi penyerapan kembali sebagian besar bahan-bahan yang masih berguna oleh tubuh diantaranya adalah glukosa, natrium, klorida, fosfat, dan ion bikarbonat. Proses tersebut terjadi secara pasif yang dikenal obligator

reabsorbsi terjadi pada tublus atas. Sedangkan pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi penyerapan kembali kedalam tubulus bagian bawah. Penyerapannya terjadi secara aktif dikenal dengan reabsorbsi fluktuatif dan sisanya dialirkan pada papila renal. Hormon yang dapat ikut berperan dalam proses reabsorbsi adalah Anti Diuretic Hormone (ADH) (Syaifuddin, 2014).

c) Sekresi

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

3) Pengaturan Hormon Terhadap Fisiologi Ginjal

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

yang mempengaruhi osmolaritas urine. Korteks adrenal jika dirangsang oleh angiotensin II akan mensekresi aldosteron yang dapat meningkatkan reabsorbsi air di ginjal , meningkatkan tekanan darah dan menurunkan osmolaritas serum.

4) Keseimbangan Asam Basa Ginjal

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

5) Pengaturan Keseimbangan Cairan

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

sangat pekat sehingga solut banyak terbuang dalam air. Dan air yang dipertahankan cenderung mengembalikan cairan tubuh kembali pada konsentrasi solut yang normal.

3. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut :

a. Faktor Presipitasi

1) Glomerulonefritis Kronik (24%)

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

2) Penyakit Ginjal Polikistik (8%)

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

3) Batu Ginjal

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

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

Mulai hilangnya progresifitas nefron akibat inflamasi kronis dan jaringan parut. Ketika terjadi kerusakan nefron maka nefron

tidak dapat berfungsi sebagai regulator zat terlarut dalam tubuh sehingga tidak dapat menyaring darah, kemudian mereabsorbsi cairan dan molekul yang masih diperlukan oleh tubuh sehingga terjadi gagal ginjal.

5) Diabetes Melitus

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

6) Medikasi (Agen Toksik)

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

7) Hipertensi (50 %)

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

8) Infeksi Saluran Kemih

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

9) Gaya Hidup

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

10) Lingkungan

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

b. Faktor Predisposisi

1) Umur

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

4. Patofisiologi

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

Nefron yang berfungsi sebagai penyaring akan mengalami penurunan fungsi akibat dari penumpukan sampah dalam darah sehingga terjadi gangguan pada klirens renal, sebagai akibat dari penurunan jumlah glomeruli yang berfungsi menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal. Suplai

cairan mulai berkurang, dan fungsi nefron semakin menurun sehingga mengakibatkan gangguan ginjal secara irreversible.

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

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

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

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik

terutama dari saluran gastrointestinal. Eritropoetin merupakan suatu substansi normal yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sum-sum tulang untuk menghasilkan sel darah merah. Pada gagal ginjal, produksi eritropoetin menurun dan anemia berat terjadi disertai keletihan, angina dan sesak nafas.

Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat. abnormalitas utama yang lain pada gagal ginjal kronik adalah gangguan metabolisme kalsium dan fosfat. Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh, memiliki hubungan saling timbal balik; jika salah satunya meningkat, yang lain akan turun. Dengan menurunnya filtrasi melalui glomerulus ginjal, terdapat peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar serum kalsium. Penurunan kadar kalsium serum, menyebabkan sekresi parathormon dari kelenjar paratiroid. Namun demikian, pada gagal ginjal tubuh tidak berespon secara normal terhadap peningkatan sekresi parathormon, dan akibatnya kalsium ditulang menurun menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang (pruritus, kulit kering bersisik). Selain itu, metabolisme aktif vitamin D (1,25 - dehidrokolikalsiferol) yang secara normal, dibuat di ginjal dan akan menurun seiring dengan berkembangnya gagal ginjal (Padila, 2012).

Ada beberapa stadium dalam gangguan fungsi ginjal antara lain:

a. Stadium 1 atau penurunan cadangan ginjal (>90ml/menit)
   Selama stadium ini terjadi daya cadang ginjal *(Renal Reserve)* pada keadaan ini basal LFG *(Laju Filtrasi Glomerulus)* masih normal atau malah terjadi peningkatan. Kemudian secara perlahan tapi pasti terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Nilai GFR pada stadium ini >90ml/menit.
b. Stadium II atau kerusakan ginjal dengan GFR menurun ringan (60-89 ml/menit)

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

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

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

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

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

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

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

5. Manifestasi Klinis

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

a. Kardiovaskular

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

b. Saluran Cerna

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

c. Paru – paru

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

d. Muskuloskeletal

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

e. Integumen

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

f. Neurologik

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

g. Reproduksi

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

h. Sistem Hematologi

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

6. Pemeriksaan Diagnostik

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

a. Uji Klirens Kreatinin

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

b. Kreatinin Serum

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

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

Konsentrasi BUN normal besarnya antara 10 sampai 20 mg/100ml, sedangkan konsentrasi kreatinin plasma besarnya 0,7 - 1,5mg/100ml. Kedua zat merupakan hasil akhir nitrogen dari metabolisme protein yang normal diekskresikan dalam urin. Bila GFR turun seperti pada insufisiensi ginjal, kadar kreatinin dan BUN plasma meningkat, keadaan ini dikenal sebagai azotemia (zat nitrogen dalam darah).

d. Pemeriksaan USG

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

e. EKG

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

7. Penatalaksanaan Medik

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

a. Tindakan konservatif

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

Pengobatan :

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

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

   b) Diet rendah kalium

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

   c) Diet rendah natrium

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

   d) Pengaturan cairan

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

2) Pencegahan dan Pengobatan Komplikasi
   a) Hipertensi

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

   b) Hiperkalemia

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

c) Anemia

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

d) Asidosis

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

e) Diet rendah fosfat

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

f) Pengobatan hiperurisemia

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

3) Dialisis dan Transplantasi

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

8. Komplikasi

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

a. Hiperkalemia

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

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

c. Hipertensi

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

d. Anemia

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

e. Penyakit tulang

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

1) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

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

   Data Objektif : Merokok.

2) Pola Nutrisi Metabolik

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

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

3) Pola Eliminasi

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

   Data Objektif : Abdomen kembung, diare,atau konstipasi.

4) Pola Aktifitas dan Latihan

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

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

5) Pola Tidur dan Istirahat

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

Data Objektif : Gelisah atau somnolen, cemas, pruritus.

6) Pola Persepsi Kongitif

Data Subjektif : Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot

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

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri:

Data Subjektif : Harga diri rendah, perasaan tidak berdaya.

Data Objektif : Sering marah-marah, cemas.

8) Pola Peran dan Hubungan dengan sesama:

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

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

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data Objektif : Penurunan libido, amenorea, infertilitas.

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

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

2. Diagnosa Keperawatan

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

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

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

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

d. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi
e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, anemia, retensi produk sampah dan prosedur dialisis.
f. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, kulit kering, pruritus, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan pembuatan akses darah hemodialisa, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi, hiperglikemia.

3. Intervensi/Rencana Keperawatan

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

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

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

   Intervensi :

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

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

   2) Batasi masukan cairan.

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

3) Identifikasi sumber potensial cairan medikasi dan cairan yang digunakan dan makanan.
   Rasional: Sumber kelebihan cairan yang tidak diketahui dapat diidentifikasi.
4) Jelaskan kepada pasien dan keluarga rasional pembatasan cairan.
   Rasional: Pemahaman meningkatkan kerja sama pasien dan keluarga dalam pembatasan cairan.
5) Bantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan.
   Rasional: Kenyamanan pasien meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan diet.
6) Tingkatkan dan dorong oral hygiene dengan sering.
   Rasional: Hygiene oral meningkatkan kekeringan membran mukosa mulut.
7) Kolaborasi pemberian obat diuretik.
   Rasional: untuk melebarkan lumen tubular dari debris.

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

   Intervensi :

1) Kaji frekuensi atau kedalaman, awasi TTV, irama jantung.
   Rasional: berguna dalam evaluasi derajat distres pernapasan dan kronisnya proses penyakit.
2) Istirahatkan pasien dengan posisi semi fowler.

Rasional: Posisi semi fowler akan meningkatkan ekspansi paru optimal, istirahat akan mengurangi kerja jantung dan menurunkan tekanan darah.

3) Auskultasi bunyi napas, catat adanya suara tambahan.
   Rasional: bunyi tambahan dapat menunjukkan akumulasi cairan atau obstruksi jalan napas parsial.
4) Dorong pasien untuk mengeluarkan sputum.
   Rasional: kental, tebal, dan banyaknya sputum adalah sumber utama gangguan pernapasan.
5) Pantau tingkat kesadaran/status mental.
   Rasional: gelisah adalah manifestasi umum pada hipoksia.
6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian O_2.
   Rasional: untuk melebarkan jalan napas sehingga pasien dapat bernapas dengan baik.

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

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

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

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

   Rasional: Mendorong peningkatan masukan diet.

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

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

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

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

7) Beri makan sedikit tapi sering.

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

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

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

9) Timbang berat badan setiap hari.

   Rasional: Untuk memantau status cairan dan nutrisi pasien.

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

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

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

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

Intervensi :

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

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

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

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

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

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

4) Sediakan informasi baik tertulis maupun secara oral dengan tepat tentang fungsi dan kegagalan renal, pembatasan cairan dan diet, medikasi, melaporkan masalah, tanda dan gejala, jadwal tindak lanjut, sumber di komunitas, pilihan terapi.
   Rasional: Pasien memiliki informasi yang dapat digunakan untuk klarifikasi selanjutnya di rumah.

e. Diagnosa Keperawatan V : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, anemia, retensi produk sampah dan prosedur dialisis.
   Hasil yang diharapkan : Berpartisipasi dalam aktifitas yang dapat ditoleransi.
   Intervensi :
   1) Kaji faktor yang menimbulkan keletihan, anemia, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, retensi produk sampah dan depresi.
      Rasional : Menyediakan informasi tentang indikasi tingkat keletihan.
   2) Tingkatkan kemandirian dalam aktifitas perawatan diri yang dapat ditoleransi, bantu jika keletihan terjadi.
      Rasional : Menyediakan informasi tentang indikasi tingkat keletihan.
   3) Anjurkan aktifitas alternatif sambil istirahat.
      Rasional : Mendorong latihan dan aktifitas dalam batasan-batasan yang dapat ditoleransi dan istirahat yang adekuat.
   4) Anjurkan untuk istirahat setelah dialisis.
      Rasional: istirahat yang adekuat dianjurkan setelah dialisis yang bagi banyak pasien sangat melelahkan.

f. Diagnosa Keperawatan VI : Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, kulit kering, pruritus, gangguan

sirkulasi vena akibat pembedahan pembuatan akses darah hemodialisa, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi, hiperglikemia.

Hasil yang diharapkan : mempertahankan kulit utuh.

Intervensi :

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

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

2) Inspeksi area tergantung terhadap edema.

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

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

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

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

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

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

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

a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit Gagal Ginjal Kronis misalnya mual, muntah, pengeluaran haluaran urin, napas berbau amoniak.
b. Obat : Beritahu klien dan keluarga tentang daftar nama obat dosis, waktu pemberian obat, jangan mengkonsumsi obat-obatan tradisional dan vitamin tanpa instruksi dokter, konsumsi obat secara teratur. Jika merasakan ada efek samping dari obat segera cek ke rumah sakit serta perhatikan aktivitas ketika selesai meminum obat yang memiliki efek samping mengantuk.
c. Diet : Pertahankan diet seperti yang dianjurkan dokter seperti mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan rendah protein, banyak mengkonsumsi makanan rendah natrium dan kalium. Keluarga harus memperhatikan benar - benar pola makan klien, membatasi pemasukan cairan. Jangan membiasakan diri untuk menahan buang air kecil, pertahankan berat badan normal, timbang berat badan secara teratur, serta hindari minuman beralkohol termaksuk bir, anggur, wiski dan minuman keras lainnya.
d. Latihan : Melatih membuat jantung lebih kuat, menurunkan tekanan darah, dan membantu membuat klien tetap sehat. Cara terbaik untuk mulai berolahraga perlahan-lahan dan lakukan lebih berat untuk membuat klien lebih kuat, lakukan beberapa kegiatan yang sudah dijadwalkan bersama dokter dan perawat secara rutin (Prabowo & Pranata, 2014).

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

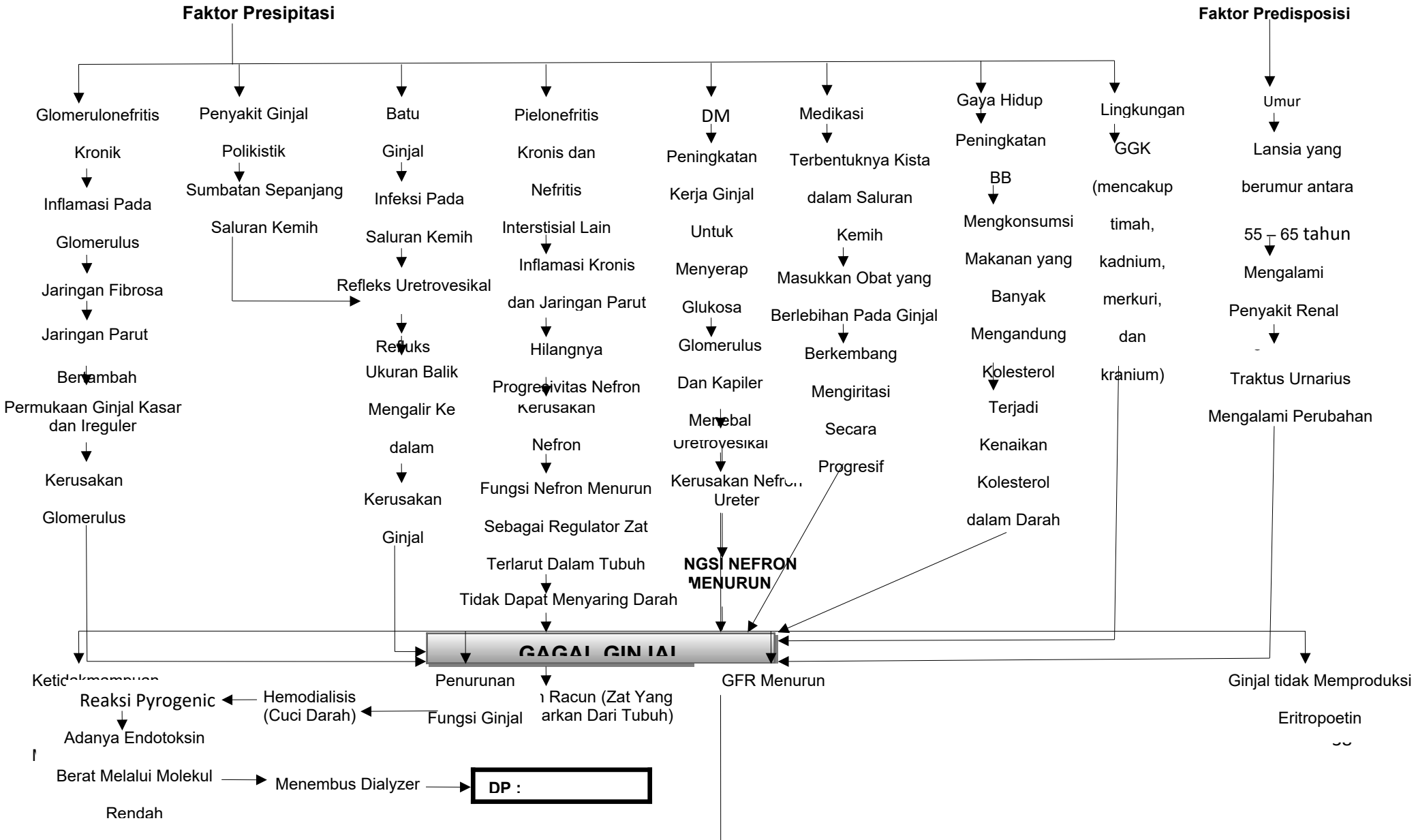
Chronic Kidney Disease (CKD) atau penyakit ginjal kronik (PGK) atau yang sering disebut juga dengan gagal ginjal kronis (GGK) adalah kerusakan pada ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa dari darah, dengan ditandai adanya protein dalam urin serta penurunan laju filtrasi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

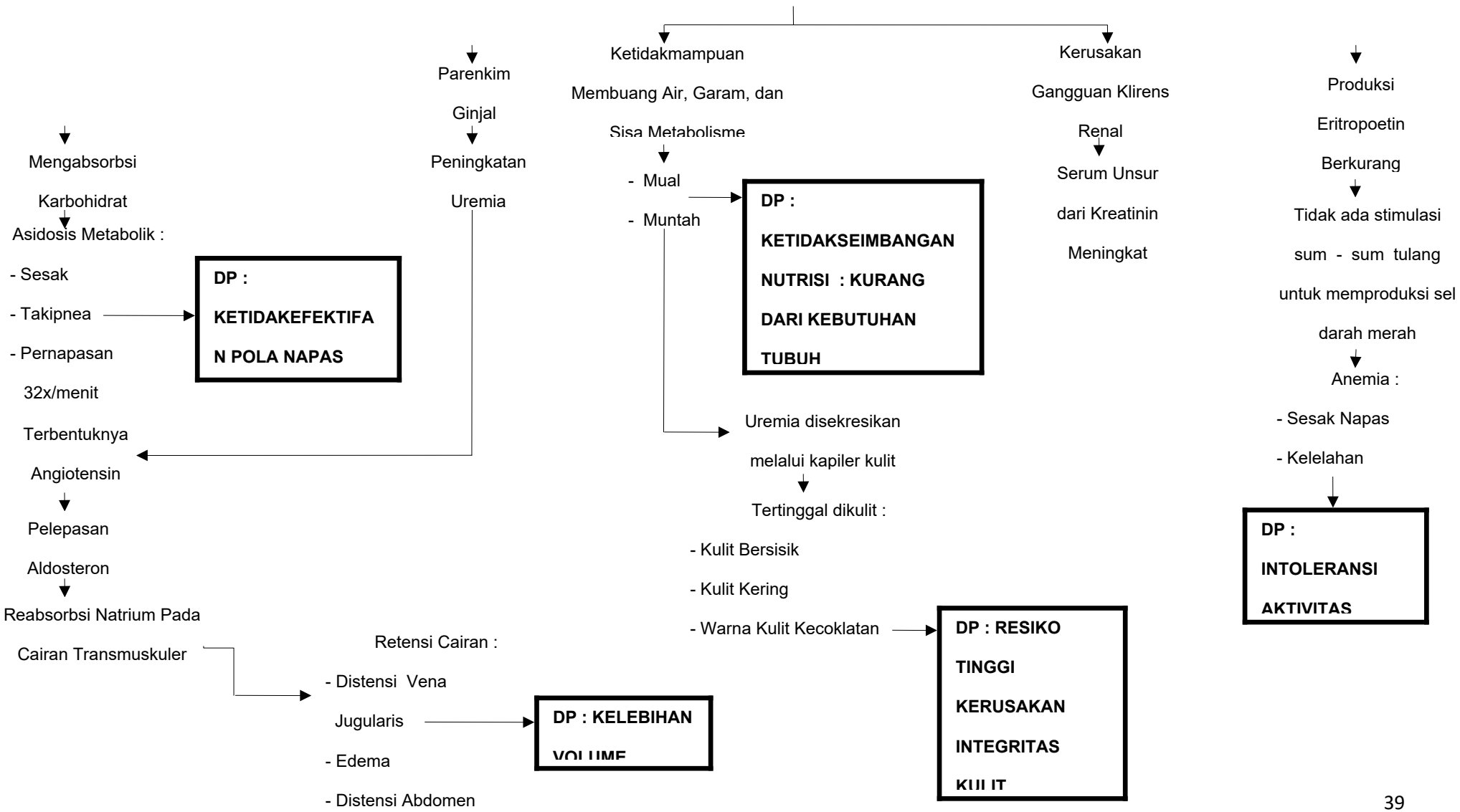
Gagal ginjal kronis (GGK) atau Chronic Kidney Disease yaitu ditandai oleh kerusakan fungsi ginjal secara progresif dan ireversibel dalam berbagai periode waktu, dari beberapa bulan hingga beberapa dekade (Esther Chang, 2009).

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

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

C. Patoflowdiagram




Parenkim
Ginjal
Peningkatan
Uremia
Ketidakmampuan
Membuang Air, Garam, dan
Sisa Metabolisme
Kerusakan
Gangguan Klirens
Renal
Produksi
Eritropoetin
Berkurang
Mengabsorbsi
Karbohidrat
Asidosis Metabolik :
- Sesak
- Takipnea
- Pernapasan
32x/menit
DP :
KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAPAS
- Mual
- Muntah
DP :
KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI : KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH
Serum Unsur
dari Kreatinin
Meningkat
Tidak ada stimulasi
sum - sum tulang
untuk memproduksi sel
darah merah
Anemia :
- Sesak Napas
- Kelelahan
DP :
INTOLERANSI AKTIVITAS
Terbentuknya
Angiotensin
Pelepasan
Aldosteron
Reabsorbsi Natrium Pada
Cairan Transmuskuler
Retensi Cairan :
- Distensi Vena
Jugularis
- Edema
- Distensi Abdomen
DP : KELEBIHAN VOLUME
Uremia disekresikan
melalui kapiler kulit
Tertinggal dikulit :
- Kulit Bersisik
- Kulit Kering
- Warna Kulit Kecoklatan
DP : RESIKO TINGGI KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT

A.Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Imanuellah Inggrid NIM : E1514401025		
Unit	: Bernadeth III A	Autoanamnese : √
Kamar	: 358[1]	Alloanamnese : √
Tanggal masuk RS	: 23/03/2018	
Tanggal Pengkajian	: 24/03/2018	

1. Identitas

a. Pasien

Nama initial	: Tn. “B”
Umur	: 70 tahun
Jenis kelamin	: Laki – laki
Status Perkawinan	: Menikah
Jumlah Anak	: 3
Agama/Suku	: Katolik/Toraja
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Petani
Alamat rumah	: Abdullah Dg.Sirua No.32 Lrg.7

b. Penanggung Jawab

Nama	: Ny. “A”
Umur	: 37 tahun
Alamat	: Abdullah Dg.Sirua No.32 Lrg.7
Hubungan dengan pasien	: Anak

2. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk : CKD + Anemis + Efusi Pleura

Saat pengkajian : CKD

3. **Keadaan Umum**

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan : Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur dengan posisi terlentang. Tampak terpasang conecta di tangan bagian sebelah kiri dan tampak terpasang CDL didada bagian sebelah kanan. Observasi tanda – tanda vital TD : 130/70 mmHg, S : 39˚c, P : 28x/menit, N : 84x/menit.

b. Tanda-Tanda Vital

1)Kesadaran (Kualitatif) : Composmentis

Skala Koma Glasgow (Kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan Darah : 130/70 mmHg

MAP : 90 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3)Suhu : 39°c di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4)Pernapasan : 28 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea

☐ Kusmaull ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5)Nadi : 84 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi

☑ Kuat ☐ Lemah

6)Pengukuran

a.) Lingkar lengan atas : 20 cm

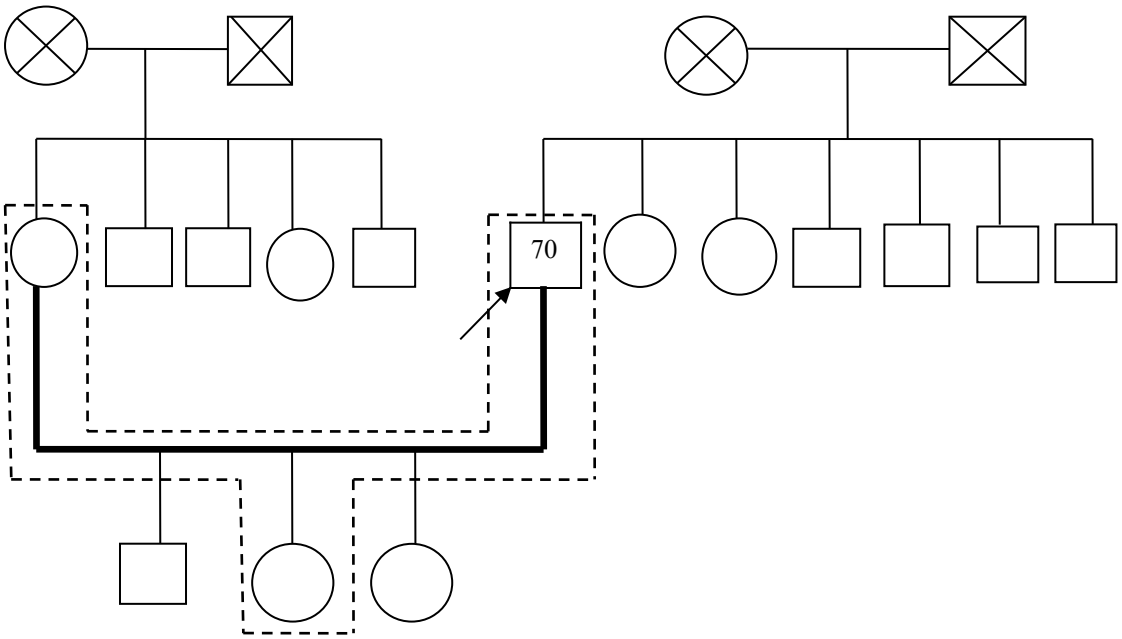
b.) Tinggi badan : 154 cm

c.) Berat badan : 44 kg

d.) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 18,3

Kesimpulan : Berat Badan Kurang

7) Genogram



Keterangan

: Pria

: Wanita

: Tinggal Serumah

: Pasien

: Meninggal

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting untuk dijaga, sehingga kita tidak mudah terserang penyakit. Pasien mengatakan jarang sekali untuk berolahraga. Pasien mengatakan ia tidak pernah mengkonsumsi alkohol dan tidak mengkonsumsi suplemen/vitamin. Pasien mengatakan selalu menjaga kesehatan, kebersihan tubuh dan lingkungan sekitar. Keluarga pasien juga mengatakan lingkungan tempat tinggal bersih.

2) Riwayat Penyakit Saat ini

a) Keluhan utama : Pasien mengeluh sesak nafas.

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan 3 hari yang lalu ia mengalami sesak nafas. Pasien juga mengatakan setiap kali makan, ia merasa mual dan mau muntah. Pasien mengalami bengkak pada kaki sebelah kiri dan kanan serta tidak ada pembengkakan pada bagian perut. Akhirnya ia memutuskan untuk berobat di Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 23 Maret 2018, dan dirawat di ruangan Sta. Bernadeth III A. Pada saat dikaji pada tanggal 24 Maret 2018 pasien mengeluh sesak nafas dan merasakan demam serta menggigil sepulangnya dari ruang Hemodialisis (cuci darah), suhu pasien 39^{o}c dan diberikan obat Paracetamol, badan pasien teraba hangat, tampak mukosa bibir kering dan pecah – pecah. Keluarga pasien juga mengatakan semenjak pasien pasang CDL 1 bulan yang lalu ia merasakan demam, terkadang demamnya naik – turun dan nafsu makan pun berkurang. Pasien juga mengatakan ia merasakan nyeri pada dada sebelah kiri

dan menjalar sampai bagian perut atas. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk . Terkadang nyerinya muncul pada saat ia beraktivitas dan juga pada saat ia beristirahat. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 6. Nyeri terjadi sekitar 3 menit. Wajah pasien tampak meringis. Pasien juga mengatakan merasakan sesak tetapi ia tidak ingin menggunakan O_2 karena jika ia menggunakannya ia merasakan sesak napasnya bertambah. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan. Pasien mengatakan sering mengkonsumsi obat maag. Pasien mengatakan ia dianjurkan oleh dokter untuk dilakukan transfusi darah 2 bag 350 cc (whole blood).

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan ia mengalami riwayat penyakit maag dan sering mengkonsumsi obat maag. Pasien juga mengatakan ia sering keluar masuk RS untuk cuci darah, 1 bulan yang lalu ia dipasangkan CDL didada sebelah kanannya. Pasien mengatakan mengalami kerusakan pada bagian ginjal kiri. Pasien juga mengatakan sudah 18x cuci darah di RS.Stella Maris Makassar. Pasien juga mengatakan dalam satu minggu ia 2x menjalani cuci darah.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan pasien.

e) Pemeriksaan fisik

(1) Kebersihan rambut :Tampak bersih, beruban
(2) Kulit kepala :Tampak bersih, tidak ada ketombe
(3) Kebersihan kulit :Tampak kulit bersih dan tidak bersisik

(4) Hygene rongga mulut : Tampak rongga mulut kotor
(5) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Sebelum masuk RS pasien mengatakan pola makannya teratur, yaitu 3 x sehari dan pola minumnya juga teratur, yaitu 7 – 8 gelas per hari atau sekitar 1.500 cc. Pasien mengatakan ia suka mengkonsumsi ikan, tahu, tempe, daging dan sayur. Pasien juga mengatakan kadang mengkonsumsi buah – buahan dan juga pasien tidak pernah minum vitamin/suplemen. Pasien mengatakan berat badannya sebelum sakit 60 kg. Pasien tidak menjalani diet.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak masuk di Rumah Sakit dan dipasangkan CDL nafsu makan pasien berkurang, pasien mengatakan setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah. Pasien mengatakan berat badannya semenjak sakit 44 kg. Pada saat pengkajian pasien mengatakan malas makan, keluarga pasien mengatakan dokter menganjurkan untuk tidak banyak minum karena dibatasi dalam mengkonsumsi air, perawat membatasi cairan pasien 500 cc sesuai dengan instruksi dokter. Pasien hanya minum sekitar 2 gelas air atau sekitar 500 cc dalam sehari dengan menggunakan sedotan. Jumlah cairan yang masuk air putih 2 gelas (500 cc/hari) dan cairan yang keluar (350 cc dalam 24 jam). Pasien memakai conecta.

3) Observasi

Pasien tampak lemah, tampak pasien minum sedikit dengan menggunakan sedotan, pasien mengatakan malas makan.

Tampak terpasang conecta di bagian tangan sebelah kiri dan terpasang CDL didada sebelah kanan, tampak edema pada kaki sebelah kiri dan kanan. Observasi tanda – tanda vital TD : 130/70 mmHg, S : 39ºc, P : 28x/menit, N : 84x/menit.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bersih, beruban
b) Hidrasi kulit : Tampak turgor kulit tidak elastis
c) Palpebra/conjungtiva : Tampak gelap/tampak ikterik
d) Sclera : Tampak anemis
e) Hidung : Tampak septum simetris kiri dan kanan
f) Rongga mulut : Tidak ada peradangan
Gusi : Tidak ada peradangan
g) Gigi : Tampak utuh, gigi palsu ada
h) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien mampu mengunyah keras
i) Lidah : Tampak kotor dan berwarna putih
j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
k) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
l) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
m) Abdomen
(1) Inspeksi : Tampak pasien tidak asites pada bagian perut
(2) Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 10x/menit
(3) Palpasi : Tampak tidak ada nyeri dan tidak ada benjolan
(4) Perkusi : Thympani
n) Kulit
(1) Edema : [√] positif [ ] negatif
(2) Icterik : [ ] positif [√] negatif
(3) Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada peradangan

o) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit BABnya lancar ± 2x sehari dengan konsistensi lunak dan berwarna kecoklatan. Pasien mengatakan tidak ada masalah saat BAB. Pasien juga mengatakan ia tidak pernah mengkonsumsi pencahar. Pasien mengatakan BAKnya ± 5 - 6x sehari, pasien juga biasanya minum ± 1 gelas air putih tiap pagi. Pasien mengatakan tidak ada masalah saat BAK. BAKnya berwarna kuning pekat dan berbau amoniak.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit BABnya 1x sehari, tinjanya padat dan BAKnya 3x sehari. Pada saat pengkajian keluarga pasien mengatakan pasien sulit dalam BAB karena malas makan. Pasien mengatakan dibatasi dalam mengkonsumsi air.

3) Observasi

BAK warna kuning dengan jumlah ± 350 cc dan berbau amoniak.

Input (Cairan Masuk) :

Air putih (oral) = 2 gelas 500 cc

pasien memakai conecta.

Output (Cairan Keluar) :

Urine = 350 cc

IWL (BB x 15) = 44 x 15 = 660

Balance cairan dalam 24 jam :

= CM – (CK + IWL)

= 500 cc – (350 cc + 660)

= -510 cc

4) Pemeriksaan Fisik

a) Peristaltik usus : 10 x/menit
b) Palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong
c) Nyeri ketuk ginjal : ☑ positif ☐ negatif
d) Mulut uretra : Tidak dikaji
e) Anus :
   (1) Peradangan : Tidak dikaji
   (2) Hemoroid : Tidak dikaji
   (3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit ia bekerja sebagai petani, pasien mengatakan ia sibuk bekerja di sawah dan ladangnya, karena kesibukannya ia jarang sekali untuk berolahraga dan pasien mengatakan biasa menonton TV diwaktu senggang bersama istri dan anaknya dirumah.

2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi

Tampak pasien terbaring diatas tempat tidur dengan posisi terlentang, tampak terpasang conecta ditangan sebelah kiri, tampak terpasang CDL di bagian dada sebelah kanan.

Tampak edema pada bagian kaki sebelah kiri dan kanan.

a) Aktivitas harian :

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

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

b) Postur tubuh : Bungkuk

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tampak tidak menggunakan fiksasi

f) Tracheostomi : Tampak tidak ada

3) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

(1) berbaring : 130/70 mmHg
(2) duduk : Tidak dikaji
(3) berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : positif [ ] negatif [√]

b) HR : 106 x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak tidak ada

Basah : Tampak tidak ada

d) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

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

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi :

(a) Bentuk thorax :Tampak simetris kiri dan kanan
(b) Retraksi interkostal :Tampak tidak ada

(c) Sianosis :Tampak tidak ada

(d) Stridor :Tampak tidak ada

(2) Palpasi :

Vocal premitus : Tidak dikaji pasien sesak

(3) Perkusi : ☐ sonor ☐ redup ☑ pekak

Lokasi: pada lapang paru kiri

(4) Auskultasi :

(a) Suara napas : Vesicular melemah

(b) Suara ucapan : Pectoriloquy

(c) Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak ada pembesaran

(2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

(3) Perkusi :

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

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

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

(d) Batas kiri jantung : ICS 5 linea axillaris anterior sinistra

(4) Auskultasi :

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

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

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

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

(e) Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada

(f) Murmur : Tidak ada

(g) Bruit : Aorta : Tidak ada

(h) A. Renalis : Tidak ada

(i) A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif

(2) Rentang gerak : Tampak rentang gerak bebas

(a) Kaku sendi : Tidak ada

(b) Nyeri sendi : Tidak ada

(c) Fraktur : Tidak ada

(d) Parese : Tidak ada

(e) Paralisis : Tidak ada

(3) Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

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

(5) Refleks patologis :

Babinski : Kiri : ☐ positif ☑ negatif

Kanan : ☐ positif ☑ negatif

(6) Clubbing jari-jari : Tidak ada

(7) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis

(1) Inspeksi : Kelainan bentuk : Tidak ada

(2) Palpasi : Nyeri tekan : Tampak tidak ada

(3) Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidurnya teratur ± 7 jam tidur tiap malam. Pasien mengatakan jarang tidur siang karena bekerja. Pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat tidur. Sebelum tidur pasien nonton TV dengan anak dan istrinya, pasien senang jika tidur dengan suasana gelap.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia sulit tidur. Pasien mengatakan pada malam hari jam tidurnya tidak menentu dan kurang nyenyak. Pasien mengatakan sejak sakit ia lebih sering tidur siang. Pasien mengatakan ia bangun pada pagi hari sekitar jam tujuh pagi.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : ☑ positif ☐ negatif

Banyak menguap : ☑ positif ☒ negatif

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

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu apapun.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan :

(1) Kornea : Tampak jernih

(2) Pupil : Tampak isokor

(3) Lensa mata : Tampak jernih

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

b) Pendengaran :

(1) Pina : Tampak Simetris

(2) Kanalis : Tampak Bersih

(3) Membran Timpani : Tampak Utuh

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

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia merasa senang dan bangga dengan dirinya. Pasien mengatakan akrab dan peduli pada istri dan anak – anaknya serta tetangga disekitar lingkungannya maupun ditempat ia bekerja. Pasien mengatakan ia menerima kehidupannya. Pasien juga mengatakan tidak ada beban dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit, pasien tidak pernah melakukan aktivitasnya seperti biasa, ke kamar mandi pasien dibantu oleh keluarganya. Pasien hanya keluar masuk RS untuk cuci darah.

3) Observasi

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

4) Pemeriksaan fisik

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

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia anak pertama dari 7 bersaudara, ia tinggal bersama dengan istri dan anak – anaknya. Pasien

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

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarga dan tetangga disekitarnya masih terjalin dengan baik, pasien mengatakan ia tidak aktif lagi pada kegiatan kerohanian di gerejanya.

3) Observasi

Tampak keluarga – keluarganya datang menjenguk dan anak ketiganya yang mendampingi pasien selama dirawat di RS dan istri pasien berada dikampung.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

3) Observasi

Tampak pasien berperilaku dan berpenampilan layaknya seorang laki – laki.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia hidup dengan normal, tidak ada beban, santai dalam menjalani kehidupannya bersama istri dan anak – anaknya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan gelisah dengan kondisinya yang sekarang karena semenjak ia sakit tidak ada lagi yang bekerja disawah. Pasien mengatakan ia tetap sabar dalam menghadapi situasi dan kondisinya yang sekarang.

3) Observasi

Ekspresi pasien tampak cemas dan gelisah.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia sudah tidak pernah lagi mengikuti kegiatan – kegiatan di gerejanya karena kondisi yang kurang memungkinkan.

3) Observasi

Tampak pasien memakai Rosario.

5. UJI SARAF KRANIAL

a. N I Olfactorius

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

b. N II Opticus

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

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

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

d. N V Trigeminus

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

Motorik : Pasien mampu mengunyah dengan keras.

e. N VII Fascialis

Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula.

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

f. N VIII Vestibulo - Acusticus

Vestibularis : Tidak dikaji pasien bedrest.

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

g. N IX Glossopharyngeus

Pasien mampu menelan

h. N X Vagus

Tampak letak uvula berada di tengah.

i. N XI Accessorius

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

j. N XII Hypoglossus

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

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Nama Pasien	: Tn. “B”	Dokter	: EFREM H . C
No. Pasien	: 517.517 (40)	Tgl	: 23/03/2018
Jenis Kelamin	: Laki – laki	Jam	: 19:27:35
Usia	: 70 th 0 bl 27 hr	Section	: POLI

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
UREUM	35.7	10 – 50	mg/dL		
CREATININ	1.6	< 1.4	mg/dL		H

CATATAN :

Tgl Permintaan : 26.03.2018,19:14
Tgl Cetak Hasil : 26.03.2018,20:12
No.Reg./No.RM : R11803230021/00-51-75-17
Alamat : Jl. Abdullah Dg. Sirua No. 32 Lrg. 7
Nama Pasien : Tn. “B”
Umur : 70 thn 03 bln 03 hr
Jenis Kelamin : Laki - laki
Dr. Pengirim : Prof. dr. Agus . T

Test/Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
HEMATOLOGI				
CBC				
CBC				
WBC	12.4	4.0 – 11.0	10^3/µL	
RBC	3.3*	4.00 – 6.20	10^6/µL	
HGB	9.8*	11.0 – 18.8	g/dL	
HCT	28.6*	35 – 55	%	
MCV	86.7	80 – 100	fL	
MCH	29.7	26 – 34	Pg	
MCHC	34	31 – 35	mg/dL	
PLT	145*	150 – 450	10^3/µL	
RDW	18	10 – 20	%	
PDW	9.2	8 – 18	%	
MPV	8.8	6.0 – 10.0	%	

Nama	: Tn.”B”	Dokter	: EFREM H . C
Umur	: 70 years	R. Perawatan	: UGD
Jenis Kelamin	: M	Kamar	:
No.RM	: 517517	Tgl/Jam	: 2018/03/23,17:57:54
No.Lab	: 135	Tipe Sampel	: Blood

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	12.4		10^3/ µL	[4.8 – 10.6]
RBC	2.0	-	10^6/µL	[4.7 – 6.1]
HGB	6.2	-	g/dL	[14 – 18]
HCT	18.30	-	%	[42 – 52]
MCV	91.5		fL	[80 – 99]
MCH	31.0		Pg	[27 – 31]
MCHC	34		g/dL	[33 – 37]
PLT	180		10^3/µL	[150 – 450]
RDW-CV	14.9	+	%	[11.5 – 14.5]
PDW	9.1		fL	[9 – 13]
MPV	7.9		fL	[7.2 – 11.1]
P-LCR	13.1	-	%	[15 – 25]
NEUT%	83.5	+	%	[40 – 74]
LYM%	7.0	-	%	[19 – 48]
MXD%	9.5		%	[4 – 18]
NEUT#	6.2		10^3/µL	[1.5 – 7]
LYM#	0.5	-	10^3/µL	[1 – 3.7]
MXD#	0.7		10^3/µL	[0 – 1.2]

CATATAN :

Dokter Pengirim :

dr. Tom Christy Adriani, Sp.B (K) V

Foto Pemeriksaan :

Foto Thorax Dewasa

Pasien Rawat Jalan

Tgl.Registrasi : 21 – 03 – 2018

No.Registrasi : RJ1803210303

No.RM : 00-51-75-17

Nama Pasien : Tn.”B”

Sex/Umur : L/70 th 2 bl

Makassar, 21 Maret 2018

dr. Tom Christy Adriani, Sp.B (K) V

Pemeriksaan foto thorax PA :
Terpasang CVP melalui v, subclavia kanan dengan ujung medial pada level Th 6 – 7 pada daerah aorta ascendens.
Pulmo : corakan bronkovaskuler paru kasari, tak tampak infiltrate atau nodul. Hilus tidak menebal.
Cor tidak besar, mediastinum tidak melebar. Trachea idak shift.
Perselubungan homogeny dengan fluid level setinggi ICS 8 kiri belakang sinus dan diafragma kiri tak dapat dievaluasi, kanan normal.
Costa intak, soft tissue baik.

Kesan :
Efusi pleura kiri.
Bronchitis.

7. TERAPI

a. Omeprazole 1 vial/12 jam/IV

b. Ondansetron 1 amp/8 jam/IV

c. Laxadine sirup 3x1/6 jam/oral

d. Cefoperazone (skintest) 1 g/RL/1 amp/12 jam/IV

e. Paracetamol 3x1/6 jam/oral

f. N. Ace 3x1/6 jam/oral

g. Furosemide 1 amp/8 jam/IV

Mahasiswa Yang Mengkaji

IMANUELLAH INGGRID

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Tn. B usia 70 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 23 Maret 2018 dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 Maret 2018 diperoleh data : pasien mengeluh sesak nafas, bengkak pada kaki kiri dan kanannya, pasien mengatakan satu bulan yang lalu ia dipasangi CDL pada dada sebelah kanannya, pasien mengatakan mengalami kerusakan pada bagian ginjal kiri. Pasien juga mengatakan sudah 18x cuci darah di Rumah Sakit Stella Maris. pasien mengatakan setiap kali ia selesai HD ia merasa demam dan menggigil, pasien mengatakan nyeri pada dadanya dan pasien malas makan karena setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, pasien mengalami penurunan berat badan dari 60 kg menjadi 44 kg. Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan. Pasien mengatakan dalam satu minggu ia 2x menjalani cuci darah. Hasil laboratorium : ureum 35.7 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 1.6 mg/dL (nilai normal : ≤ 1,1 mg/dL), HGB 6.2 g/dL (nilai normal : 14 – 18 g/dL, WBC 12.4 10^3µL (nilai normal 4.8 – 10.6 10^3µL), dan hasil pemeriksaan foto thorax PA : Kesan efusi pleura kiri dan bronchitis. Hasil observasi tanda – tanda vital TD : 130/70 mmHg, N : 84x/menit, S : 39ºc, dan P : 28x/menit.

Saat ini pasien mendapatkan terapi obat (Omeprazole 1 vial/12 jam/intravena, Ondansetron 1 amp/8 jam/intravena, Laxadine syrup 3x1/6 jam/oral, Cefoperazone (skintest) 1 g/RL/1 amp/12 jam/IV, Paracetamol 3x 1/6 jam/oral, N. Ace 3x1/6 jam/oral, Furosemide 1 amp/8 jam/intravena), diit cairan 500 cc, dan pemberian asuhan keperawatan lainnya maupun tidak langsung.

Masalah keperawatan yang ditemukan selama pasien di rawat antara lain : ketidakefektifan pola nafas, kelebihan volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh, dan hipertermia.

B. Analisa Data

Nama/Umur : Tn.”B”/70 thn

Kamar/Unit : 358[1]/BIII.A

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS : - Pasien mengatakan 3 hari yang lalu ia merasakan sesak napas. - Pasien mengatakan ia merasakan nyeri pada dada sebelah kirinya dan menjalar sampai bagian perut atas, nyerinya muncul pada saat ia beristirahat dan juga pada saat beraktvitas, nyeri yang dirasakan berada pada skala 6, nyeri terjadi sekitar 3 menit dan wajah pasien tampak meringis. - Pasien mengatakan jika ia menggunakan O_2 ia merasa sesak napasnya bertambah.	Keletihan otot pernapasan	Ketidakefektifan pola napas
	DO : - Tampak pasien terbaring lemah		

	ditempat tidur. - Wajah pasien tampak meringis. - Tampak ada suara napas tambahan pasien berbunyi ronchi. - Tampak perkusi suara pernapasan pasien terdengar pekak. - Hasil foto thorax PA : Kesan efusi pleura kiri dan bronchitis. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S : 39^{o}c P : 28x/menit - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan.		
2.	DS : - Pasien mengatakan semenjak ia sakit ia sudah tidak bisa beraktivitas seperti biasanya dikarenakan bengkak pada bagian kaki sebelah kiri dan	Kelebihan asupan cairan	Kelebihan volume cairan

	kanannya. - Pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari – hari, pasien dibantu oleh keluarganya. DO : - Tampak pada bagian kaki kiri dan kanan pasien terjadi pembengkakan. - Tampak pasien minum 2 gelas air, karena dibatasi dalam mengkonsumsi air. - Hasil lab pasien menunjukkan : UREUM 35.7 CREATININ 1.6		
	- Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S : 39^{o}c P : 28x/menit		

3.	DS : - Keluarga pasien mengatakan semenjak pasien masuk di RS dan dipasangkan CDL nafsu makan pasien menurun, setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, terkadang juga disertai dengan demam. - Pasien mengatakan malas makan. - Pasien mengatakan dibatasi oleh dokter dalam mengkonsumsi	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh

	air. DO : - Tampak pasien minum sedikit dengan menggunakan sedotan. - Tampak pasien tidak menghabiskan makanannya.		
	- Tampak edema pada bagian kaki sebelah kiri dan kanan pasien. - IMT pasien 18,3 -> Berat badan kurang. - Hasil laboratorium menunjukkan Hb : 6.2 g/dL (nilai normal 14 – 18 g/dL). - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S : 39°c P : 28x/menit		

4.	DS : - Pasien mengatakan sepulangnya dari ruang HD (cuci darah) ia merasakan demam dan menggigil. - Pasien mengatakan demamnya kadang naik turun. DO : - Keadaan pasien tampak lemah. - Badan pasien teraba hangat. - Tampak mukosa bibir kering dan pecah – pecah. - Hasil observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S : 39^{o}c P : 28x/menit - Hasil laboratorium pasien WBC 12.4 10^3µL (nilai normal 4.8 – 10.6 10^3µL).	Hipertermia	Penyakit

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/Umur : Tn.”B”/70 thn

Kamar / Unit : 3581/BIII.A

No.	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan
2.	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan
3.	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan
4.	Hipertermia berhubungan dengan penyakit

D. Rencana Keperawatan

Nama/Umur : Tn.”B”/70 thn

Kamar/Unit : 358[1]/BIII.A

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcomes Classification (NOC)	Nursing Interventions Classification (NIC)
24 Maret 2018 I	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan DS : - Pasien mengatakan 3 hari yang lalu ia merasakan sesak napas. - Pasien mengatakan ia merasakan nyeri pada dada sebelah kirinya dan menjalar sampai bagian perut atas, nyerinya muncul pada saat ia beristirahat dan juga pada saat beraktvitas, nyeri yang dirasakan berada pada skala 6,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan pola napas pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil, dengan indikator skala target outcome : 1. Status Pernafasan (0415) - Frekuensi Pernafasan dipertahankan pada skala 2 (Deviasi yang cukup Cukup berat dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 3 (Deviasi sedang dari kisaran normal). - Demam dipertahankan pada skala 2 (Deviasi yang cukup Cukup berat dari kisaran normal)	➢ Manajemen Jalan Nafas (3140) 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2. Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun. 3. Posisikan untuk meringankan sesak nafas. 4. Gunakan otot bantu pernafasan. 5. Monitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya. ➢ Pemberian Obat (2300) 1. Monitor kemungkinan alergi terhadap obat, interaksi dan kontraindikasi,

	nyeri terjadi sekitar 3 menit dan wajah pasien tampak meringis. - Pasien mengatakan jika ia menggunakan O_2 ia merasa sesak napasnya bertambah. DO : - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur. - Wajah pasien tampak meringis. - Tampak hasil observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S : 39^{o}c P : 28x/menit	ditingkatkan ke skala 3 (Deviasi sedang dari kisaran normal). - Batuk dipertahankan pada skala 2 (Deviasi yang cukup Cukup berat dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 3 (Deviasi sedang dari kisaran normal). - Auskultasi suara nafas dipertahankan pada skala 2 (Deviasi yang cukup Cukup berat dari kisaran normal).	termasuk obat – obatan di luar konter and obat – obatan herbal. 2. Berikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat. Gunakan perintah, aturan dan prosedur yang sesuai dalam metode pemberian obat. 3. Instruksikan klien dan keluarga mengenai efek yang diharapkan dan efek lanjut obat. ➢ Monitor Tanda – Tanda Vital (6680) 1. Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan.

	- Tampak ada suara napas tambahan pasien berbunyi ronchi. - Tampak perkusi suara pernapasan pasien terdengar pekak. - Hasil foto thorax PA : Kesan efusi pleura kiri dan bronchitis. - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan.		
II	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan pola napas pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil, dengan indikator skala target outcome :	➢ Manajemen Cairan (4120) 1. Jaga intake/asupan yang akurat dan catat output [pasien].

	DS : - Pasien mengatakan semenjak ia sakit ia sudah tidak bisa beraktivitas seperti biasanya dikarenakan bengkak pada bagian kaki sebelah kiri dan kanannya. - Pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari – hari, pasien dibantu oleh keluarganya. DO : - Tampak pada bagian kaki kiri dan kanan pasien terjadi pembengkakan.	1. Keseimbangan Cairan (0601) - Tekanan darah dipertahankan pada skala 2 (Banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu). - Keseimbangan *intake* dan *output* dalam 24 jam dipertahankan pada skala 2 (Banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup terganggu).	2. Monitor tanda – tanda vital pasien. 3. Monitor perubahan berat badan pasien sebelum dan setelah dialisis. 4. Kaji lokasi dan luasnya edema, jika ada. 5. Tingkatkan asupan oral (misalnya, memberikan sedotan, menawarkan cairan di antara waktu makan, mengganti air es secara rutin, menggunakan es untuk jus favorit anak dengan gelatin ke dalam kotak yang menyenangkan, menggunakan cangkir obat kecil), yang sesuai. 6. Atur ketersediaan produk darah untuk transfusi, jika perlu. 7. Monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian. 8. Berikan diuretik yang diresepkan.

III	- Tampak hasil observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S : 39^{o}c P : 28x/menit - Tampak pasien minum 2 gelas air, karena dibatasi dalam mengkonsumsi air. - Hasil lab pasien menunjukkan : UREUM 35.7 CREATININ 1.6 Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil, dengan indikator skala target outcome :	9. Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik. ➢ Manajemen Nutrisi (1100)

	berhubungan dengan kurang asupan makanan DS : - Keluarga pasien mengatakan semenjak pasien masuk di RS dan dipasangkan CDL nafsu makan pasien menurun, setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, terkadang juga disertai dengan demam. - Pasien mengatakan malas makan. - Pasien mengatakan dibatasi oleh dokter dalam mengkonsumsi air. DO :	1. Status Nutrisi (1004) - Asupan makanan dipertahankan pada skala 2 (Banyak menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup menyimpang dari rentang normal). - Rasio berat badan/tinggi badan dipertahankan pada skala 2 (Banyak menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup menyimpang dari rentang normal). - Asupan cairan dipertahankan pada skala 2 (Banyak menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup menyimpang dari rentang normal).	1. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan. 2. Beri obat – obatan sebelum makan (misalnya : penghilang rasa sakit, antiemetik), jika diperlukan. 3. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara [pasien] berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan, yang sesuai. 4. Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit (yaitu: pasien dengan penyakit ginjal, pembatasan natrium, kalium, protein, dan cairan). 5. Monitor kalori dan asupan makanan. 6. Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan.

	- Tampak pasien minum sedikit dengan menggunakan sedotan. - Tampak pasien tidak menghabiskan makanannya. - Tampak edema pada bagian kaki sebelah kiri dan kanan pasien. - IMT pasien 18,3 -> Berat badan kurang. - Hasil laboratorium menunjukkan Hb : 6.2 g/dL (nilai normal 14 – 18 g/dL). - Tampak hasil observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit		7. Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan. 8. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat).

	S : 39°c P : 28x/menit		

IV	Hipertermia berhubungan dengan penyakit DS : - Pasien mengatakan sepulangnya dari ruang HD (cuci darah) ia merasakan demam dan menggigil. - Pasien mengatakan demamnya kadang naik turun. DO : - Keadaan pasien tampak lemah.. - Badan pasien teraba hangat. - Tampak mukosa bibir kering dan pecah – pecah.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hipertermia pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil, dengan indikator skala outcome : 1. Termoregulasi (0800) - Hipertermia dipertahankan pada skala 3 (Sedang) ditingkatkan ke skala 4 (Ringan). - Perubahan warna kulit dipertahankan pada skala 3 (Sedang) ditingkatkan ke skala 4 (Ringan). - Berkeringat saat panas dipertahankan pada skala 3 (Cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (Sedikit terganggu). - Menggigil saat dingin dipertahankan pada skala 3 (Cukup terganggu)	➢ Perawatan Demam (3740) 1. Pantau suhu dan tanda – tanda vital lainnya. 2. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu : memberikan selimut hangat untuk fase dingin ; menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/*flush*). 3. Monitor warna kulit dan suhu. 4. Beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen antibakteri, dan agen anti menggigil). 5. Lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering. 6. Anjurkan untuk kompres air hangat.

	- Hasil observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S : 39°c P : 28x/menit - Hasil lab WBC 12.4 10^3µL (nilai normal 4.8 – 10.6 10^3µL).	ditingkatkan ke skala 4 (Sedikit terganggu).	

E. Pelaksanaan Keperawatan

Nama/Umur : Tn.”B”/70 thn

Kamar/Unit : 358[1]/BIII.A

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
24 Maret 2018	II	15.00	Mengkaji lokasi edema Hasil : - Tampak lokasi edema pasien berada di bagian kaki sebelah kiri dan kanan.	Inggrid
	I	15.09	Memonitor status pernafasan dan oksigenasi Hasil : - Status pernafasan pasien 28x/menit, tampak pasien tidak memakai O_2.	Inggrid
	I	15.10	Mengauskultasi suara napas pasien Hasil : - Tampak suara napas tambahan pasien berbunyi ronchi dan perkusi suara napas pasien terdengar pekak.	Inggrid
	I	15.11	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dan meringankan sesak napas Hasil : - Tampak pasien merasa sesak napasnya berkurang dengan posisi semifowler dengan ditambahkan bantal dibelakangnya.	Inggrid

	II,III	15.20	Memonitor perubahan berat badan pasien Hasil : - Tampak berat badan pasien sekarang 44 kg yang sebelumnya 60 kg.	Inggrid
	I,II,III,IV	15.35	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 130/70 mmHg - S : 39ºc - N : 84x/menit - P : 28x/menit	Inggrid
	IV	15.36	Memonitor warna kulit dan suhu pasien Hasil : - Badan pasien teraba hangat dan suhu pasien 39ºc, dan tidak ada iritasi pada kulit pasien..	Perawat Vera dan Inggrid
	IV	15.40	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Pemberian obat Paracetamol 500 mg 1 tablet melalui oral.	Perawat Vera dan Inggrid
	I	15.41	Memberikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat Hasil : - Tampak menggunakan teknik dan cara 7 benar dalam pemberian obat. Memberitahukan kepada pasien	Perawat Vera dan Inggrid

	I	15.41	dan keluarga mengenai efek lanjut obat yang diberikan Hasil : - Tampak pasien dan keluarga mengerti tentang efek obat Paracetamol yang diberikan, yaitu menurunkan demam pasien.	Inggrid
	IV	15.48	Menganjurkan kepada keluarga untuk melakukan kompres air hangat Hasil : - Tampak keluarga mengompres pasien dengan air hangat di daerah dahi.	Inggrid
	IV	15.49	Menganjurkan kepada pasien untuk memakai selimut atau pakaian ringan Hasil : - Tampak pasien memakai selimut dan baju yang tipis.	Inggrid
	IV	15.55	Memantau suhu pasien Hasil : - Suhu pasien sudah mulai menurun 36,8^{o}c.	Inggrid
	IV	15.56	Menganjurkan kepada keluarga untuk melembabkan bibir dan mukosa hidung pasien yang kering Hasil : - Tampak keluarga memberikan sedikit air dengan menggunakan	Inggrid

			sedotan untuk melembabkan bibir pasien yang kering. Meningkatkan asupan oral pasien Hasil :	
	II	15.57	- Tampak pasien diberikan sedotan saat minum. Melakukan pemberian obat secara terapi medik	Inggrid
	I,II,III,IV	16.00	Hasil : - Obat Ondansetron 1 ampul melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui intravena. Memberikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat	Perawat Elsy dan Inggrid
	I	16.01	Hasil : - Tampak menggunakan teknik dan cara 7 benar dalam pemberian obat. Memantau adanya alergi terhadap obat	Perawat Elsy dan Inggrid
	I	16.45	Hasil : - Pasien mengatakan tidak alergi terhadap obat Cefoperazone, tampak tidak ada tanda kemerahan pada daerah tangan. Melakukan pemberian obat secara terapi medik	Perawat Yos dan Inggrid
	I,II,III,IV	18.00	Hasil : - Paracetamol 500 mg 1 tablet melalui oral.	Perawat Yos dan

			- Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral - N.Ace 200 mg 1 kapsul melalui oral. Memberikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat Hasil :	Inggrid
	I	18.01	- Tampak menggunakan teknik dan cara 7 benar dalam pemberian obat. Mengatur kebutuhan diet pasien Hasil :	Inggrid
	III	18.15	- Tampak pasien diberikan batasan cairan oleh perawat ±500 cc sesuai dengan instruksi dokter. Memonitor makanan/cairan yang dikonsumsi pasien serta menghitung asupan kalori harian	Inggrid
	II,III	19.00	Hasil : - Pasien mengatakan masih malas makan. - Tampak pasien menghabiskan air putih ± 500 cc dengan menggunakan sedotan. Memantau makanan/cairan yang dikonsumsi pasien serta menghitung asupan kalori harian	Inggrid
	II,III	20.30	Hasil : - Air putih ±500 cc (dalam ukuran gelas sedang). - Urine ±350 cc. Mengobservasi tanda – tanda vital	Inggrid

	I,II,III,IV	22.00	pasien Hasil : - TD : 120/80 mmHg - N : 84x/menit - S : 36,2ºc - P : 28x/menit	Aveliana dan Apronimus
	I,II,III,IV	24.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Ondansetron 1 ampul melalui intravena. - Obat Omeprazole 1 vial melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui intravena.	Perawat Novi dan Aveliana
	I,II,III,IV	05.30	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 120/80 mmHg - S : 37,5ºc - N : 80x/menit - P : 24x/menit	Aveliana dan Apronimus
	I,II,III,IV	06.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Cefoperazone 1 ampul melalui intravena. - Paracetamol 500 mg 1 tablet melalui oral. - Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral. - N.Ace 200 mg 1 kapsul melalui oral.	Perawat Novi dan Apronimus

	I	06.01	Memberikan obat – obatan sesuai dengan cara dan teknik yang tepat Hasil : - Tampak menggunakan cara dan teknik 7 benar dalam pemberian obat.	Perawat Novi dan Apronimus
	II,III	06.30	Memonitor intake dan output pasien Hasil : - Intake : Air putih = 500 cc - Output : Urine = ±350 cc (dalam 24 jam) - IWL (BB x 15) : 44 kg x 15 = 660 CM – (CK + IWL) 500 cc – (350 cc + 660) = -510 cc.	Apronimus
25 Maret 2018	III	07.00	Menciptakan lingkungan yang optimal Hasil : - Tampak kamar pasien bersih, tidak bau, serta pencahayaan dan ventilasi cukup.	Inggrid
	III	07.30	Membantu pasien dalam perawatan mulut Hasil : - Tampak pasien mampu menyikat giginya sendiri. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan jalan napas dan meringankan sesak napasnya	Inggrid

	I	07.40	Hasil : - Tampak pasien nyaman dengan diberikan posisi semifowler, dan menggunakan otot bantu pernapasan. Memonitor status pernafasan dan oksigenasi Hasil : - Pernafasan pasien 28x/menit, tampak tidak ada O_2 terpasang.	Inggrid
	I	07.45	Mengauskultasi suara napas pasien Hasil : - Suara napas tambahan pasien terdengar ronchi dan perkusi pernapasan pasien pekak.	Inggrid
	I	07.46	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Ondansetron 1 ampul melalui oral. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui oral.	Inggrid
	I,II,III,IV	08.00	Memberikan obat – obatan sesuai dengan cara dan teknik yang tepat Hasil : - Tampak menggunakan teknik 7 benar dalam pemberian obat.	Perawat Erni dan Inggrid Perawat

	I	08.01	Meningkatkan asupan oral Hasil : - Tampak pasien diberikan sedotan saat minum dan memberikan air pada saat makan.	Erni dan Inggrid Inggrid
	II	08.15	Menganjurkan kepada keluarga untuk membawa makanan kesukaan pasien ke RS Hasil : - Tampak keluarga membawa makanan kesukaan pasien.	Inggrid
	III	08.30	Menganjurkan kepada keluarga untuk membantu pasien dalam pemberian makan Hasil : - Tampak keluarga sedang memberikan makanan kepada pasien.	Inggrid
	II	08.31	Memantau makanan/cairan yang dikonsumsi pasien serta menghitung asupan kalori harian Hasil : - Tampak pasien sudah menghabiskan $1^1/_2$ porsi makanannya. - Tampak pasien menghabiskan air putih ±200 cc dengan menggunakan sedotan	Inggrid
	II,III	08.45	Menganjurkan pasien untuk duduk, jika memungkinkan	

	III	08.55	Hasil : - Tampak pasien duduk diatas tempat tidur. Menyiapkan cairan RL sebelum melakukan transfusi darah Hasil : - Tampak cairan RL terpasang 500 cc dan selanjutnya diganti dengan pemasangan transfusi darah 350 cc (whole blood).	Inggrid Perawat Erni dan Inggrid
	II	09.45	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 130/80 mmHg - S : 36,8ºc - N : 82x/menit - P : 24x/menit	Inggrid
	I,II,III,IV	10.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Omeprazole 1 vial melalui intravena. - Obat Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral. - Obat Paracetamol 500 mg 1 tablet melalui oral. - Obat N.Ace 200 mg 1 kapsul melalui oral.	Perawat Yos dan Inggrid
	I,II,III,IV	12.00	Memberikan obat – obatan sesuai dengan cara dan teknik yang tepat Hasil : - Tampak menggunakan cara dan teknik 7 benar	

			dalam pemberian obat	
	I	12.01	Memberikan transfusi darah ke pasien Hasil : - Tampak terpasang transfusi darah pasien 350 cc. - Sisa cairan RL pasien 300 cc.	Perawat Yos dan Inggrid
	II	13.00	Memantau makanan/cairan yang dikonsumsi pasien serta menghitung asupan kalori harian Hasil : - Tampak pasien sudah menghabiskan $1^1/_2$ porsi makanannya.	Inggrid
	II,III	13.15	- Tampak pasien menghabiskan air putih ±200 cc dengan menggunakan sedotan dalam ukuran gelas sedang. - Tampak cairan RL 500 cc terpasang, dan diganti dengan cairan transfusi darah 350 cc (whole blood). Memonitor intake dan output pasien Hasil : - Air putih ±200 cc. - Sisa cairan RL 300 cc. - Transfusi darah terpasang 350 cc. - Urine 150 cc.	Inggrid Inggrid
			Memberikan posisi untuk	

	II,III	13.30	meringankan sesak napas dan memaksimalkan jalan nafas Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler, dan menggunakan otot bantu pernapasan.	
	I	14.00	Mengauskultasi suara napas Hasil : - Suara napas tambahan pasien terdengar bunyi ronchi, dan perkusi suara napas terdengar pekak.	Friskilla
	I	14.05	Memonitor status pernapasan Hasil : - Pernapasan pasien 28x/menit.	Friskilla
	I	14.25	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 140/80 mmHg - S : 37,2ºc - N : 82x/menit - P : 24x/menit	Friskilla
	I,II,III,IV	15.30	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Ondansetron 1 ampul melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui intravena.	Friskilla
			Memberikan obat – obatan sesuai dengan cara dan teknik yang tepat	Perawat Adol dan

	I,II,III,IV	16.00	Hasil : - Tampak menggunakan teknik dan cara yang tepat 7 benar dalam pemberian obat.	Friskilla
	I	16.01	Menganjurkan pasien untuk duduk, jika memungkinkan Hasil : - Tampak pasien duduk diatas tempat tidur.	Perawat Adol dan Friskilla
	III	17.00	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan kesukaan pasien Hasil : - Tampak keluarga pasien membawa makanan kesukaan pasien.	Friskilla
	III	17.10	Menganjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam pemberian makanan Hasil : - Tampak keluarga sedang memberikan makan kepada pasien.	Friskilla
	II	17.11	Memantau makanan/cairan yang dikonsumsi dan menghitung asupan kalori harian Hasil : - Tampak pasien sudah menghabiskan $1^1/_2$ porsi makanannya. - Tampak pasien menghabiskan air putih ±200 cc dengan	Friskilla Friskilla

			menggunakan sedotan.	
	II,III	17.15	Meningkatkan asupan oral Hasil : - Tampak pasien diberikan sedotan saat minum dan diberikan air saat makanan. Mengganti transfusi darah dengan cairan RL Hasil : - Tampak cairan RL terpasang 200 cc	Friskilla
	II	17.16	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral.	Perawat
	II	17.30	- Obat Cefoperazone 1 ampul melalui intravena. - Obat Paracetamol 1 tablet 500 mg melalui oral. - Obat N.Ace 1 kapsul 200 mg melalui oral.	Adol dan Friskilla Perawat Almin dan
	I,II,III,IV	18.00	Memberikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat Hasil : - Menggunakan teknik dan cara 7 benar dalam pemberian obat. Memonitor kalori dan asupan makanan/cairan Hasil : - Air putih 200 cc. - Urine 150 cc.	Friskilla Perawat Almin dan

	I	18.01	- Cairan RL 200 cc. Mengobservasi tanda – tanda vital Hasil : - TD : 130/70 mmHg - N : 82x/menit - S : 36,2ºc - P : 28x/menit	Friskilla Friskilla
	II,III	20.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Omeprazole 1 vial melalui intravena.	Perawat Janna
	I,II,III,IV	22.00	- Obat Ondasetron 1 ampul melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui oral.	Perawat Janna
	I,II,III,IV	24.00	Memberikan obat sesuai dengan teknik dan cara yang tepat Hasil : - Menggunakan teknik 7 benar dalam pemberian obat. Mengobservasi tanda – tanda vital Hasil : - TD : 120/90 mmHg - N : 82x/menit - P : 24x/menit - S : 37,9ºc	Perawat Janna
	I	24.01	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral.	Perawat

	I,II,III,IV	05.30	- Obat Cefoperazone 1 ampul melalui intravena. - Obat N.Ace 1 kapsul 200 mg melalui oral. - Obat Paracetamol 1 tablet 500 mg melalui oral.	Tia Perawat
	I,II,III,IV	06.00	Memberikan obat sesuai dengan teknik dan cara yang tepat Hasil : - Menggunakan teknik 7 benar dalam pemberian obat.	Tia
	I	06.01	Memantau cairan dan asupan Hasil : - Air Putih 100 cc - Urine 200 cc Memonitor intake dan output pasien Hasil : - Intake : Air putih = 500 cc (dalam 24 jam) Cairan RL = 500 cc Transfusi darah = 350 cc	Perawat Tia Perawat Janna
	II,III	06.15	- Output : Urine = 500 cc (dalam 24 jam)	Perawat
	II,III	06.35	- IWL (BB x 15) : 44 x 15 = 660 CM – (CK + IWL) 1.350 cc – (500 cc + 660) = 190 cc. Menciptakan lingkungan yang optimal	Janna

			Hasil : - Tampak kamar pasien bersih dan tidak berbau. Melakukan perawatan mulut kepada pasien sebelum makan Hasil : - Tampak pasien menyikat giginya. Menganjurkan pasien untuk duduk tegak, jika memungkinkan	Inggrid
26 Maret 2018	III	07.00	Hasil : - Tampak pasien duduk ditempat tidur. Melakukan pemberian obat secara terapi medik	Inggrid
	III	07.15	Hasil : - Obat Ondansetron 1 ampul melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui intravena.	Inggrid
	III	07.30	Mengauskultasi suara napas Hasil : - Tampak terdengar suara napas tambahan pasien berbunyi ronchi dan perkusi pernapasan pasien	Perawat Itha dan
	I,II,III,IV	08.00	terdengar pekak. Memberikan posisi untuk meringankan sesak nafas dan memaksimalkan jalan ventilasi Hasil : - Tampak pasien nyaman diberikan posisi semifowler	Inggrid Inggrid

			dan pasien menggunakan	
	I	08.30	otot bantu pernapasan.	
			Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan kesukaan pasien	
			Hasil :	
			- Tampak pasien sudah	Inggrid
			menghabiskan 1 porsi	
	I	08.35	makanannya.	
			- Tampak pasien menghabiskan 1 gelas air putih ±250 cc dengan menggunakan sedotan.	
			Memonitor berat badan pasien	
			Hasil :	Inggrid
			- Berat badan pasien dari 44	
	II	08.45	kg menjadi 45 kg.	
			Meningkatkan asupan oral	
			Hasil :	
			- Tampak pasien menggunakan sedotan saat minum, dan diberikan pada saat makan.	
			Mengobservasi tanda – tanda vital	
			Hasil :	
			- TD : 120/80 mmHg	Inggrid
			- N : 80x/menit	
	II,III	08.55	- S : 36,2ºc	
			- P : 24x/menit	
			Melakukan pemberian obat secara terapi medik	Inggrid
	II	08.57	Hasil :	
			- Obat Omeprazole 1 vial melalui intravena.	

	I,II,III,IV	10.00	- Obat Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral. - Obat Paracetamol 1 tablet 500 mg melalui oral. - Obat N.Ace 1 kapsul 200 mg melalui oral.	Inggrid
	I,II,III,IV	12.00	Memberikan obat sesuai dengan cara dan teknik yang tepat Hasil : - Tampak menggunakan teknik 7 benar dalam pemberian obat.	Perawat Itha dan Inggrid
	I	12.01	Memberikan makanan kesukaan pasien Hasil : - Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanannya. Mengobservasi tanda – tanda vital Hasil : - TD : 130/70 mmHg - N : 82x/menit - P : 24x/menit - S : 36,8ºc	Perawat Itha dan Inggrid
	III	15.30	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Ondansetron 1 ampul melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui intravena. Memberikan obat sesuai dengan cara dan teknik yang tepat	Friskilla Friskilla

	I,II,III,IV	15.45	Hasil : - Tampak menggunakan teknik 7 benar dalam pemberian obat.	
	I,II,III,IV	16.00	Memantau makanan/cairan dan asupan harian pasien Hasil : - Air Putih 150 cc. - Urine 150 cc. - Pasien menghabiskan 1 porsi makanannya.	Perawat Novi dan Friskilla
	I	16.01	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral. - Obat Cefoperazone 1 ampul melalui intravena.	Perawat Novi dan Friskilla
	II,III	17.05	- Obat N.Ace 1 kapsul 200 mg melalui oral. - Obat Paracetamol 1 tablet 500 mg melalui oral.	Friskilla
	I,II,III,IV	18.00	Memberikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat Hasil : - Menggunakan teknik dan cara 7 benar dalam pemberian obat. Memantau intake dan output Hasil : - Air Putih 150 cc. - Urine 100 cc. Mengobservasi tanda – tanda vital	Perawat Novi dan Friskilla

			Hasil : - TD : 120/70 mmHg - N : 80x/menit - S : 36,5ºc - P : 28x/menit	Perawat Novi dan
	I	18.01	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Omeprazole 1 vial melalui intravena. - Obat Ondasetron 1 ampul melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui oral.	Friskilla Friskilla
	II,III	20.45		Perawat Erni
	I,II,III,IV	22.00	Memberikan obat sesuai dengan teknik dan cara yang tepat Hasil : - Menggunakan teknik 7 benar dalam pemberian obat.	Perawat Erni
	I,II,III,IV	24.00	Mengobservasi tanda – tanda vital Hasil : - TD : 130/90mmHg - N : 82x/menit - P : 24x/menit - S : 36.4ºc Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral. - Obat Cefoperazone 1 ampul melalui intravena.	Perawat Erni
	I	24.01		

			- Obat N.Ace 1 kapsul 200 mg melalui oral. - Obat Paracetamol 1 tablet 500 mg melalui oral.	Perawat Erni
	I,II,III,IV	05.30	Memberikan obat sesuai dengan teknik dan cara yang tepat Hasil : - Menggunakan teknik 7 benar dalam pemberian obat.	Perawat Erni
	I,II,III,IV	06.00	Memantau cairan dan asupan Hasil : - Air Putih 200 cc - Urine 100 cc	
	I	06.01	Memonitor intake dan output pasien Hasil : - Intake : Air putih = 500 cc (dalam 24 jam) - Output : Urine = 500 cc (dalam 24 jam) - IWL (BB x 15) : 44 x 15 = 660	Perawat Erni
	II,III	06.15	CM – (CK + IWL) 500 cc – (500 cc + 660) = 660 cc.	Perawat Erni
	II,III	06.40		Perawat Erni

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Tn.”B”/70 thn

Unit/Kamar : 358[1]/BIII.A

Tanggal	EVALUASI SOAP	Nama Perawat
24 Maret 2018	DP.I : Ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan S : - Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kirinya. - Pasien mengatakan sesak. O : - Tampak pasien sesak. - Tampak pasien memegang dada sebelah kirinya. - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler. - Terdengar suara napas tambahan pasien berbunyi ronchi. - Terdengar perkusi pernapasan pasien berbunyi pekak. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S : 39ºc P : 28x/menit A : - Ketidakefektifan pola napas belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Jalan Napas. - Pemberian Obat. - Monitor Tanda – Tanda Vital. DP.II : Kelebihan volume cairan b/d kelebihan asupan cairan	Inggrid Inggrid

	S : - Pasien mengatakan masih bengkak pada bagian kaki sebelah kiri dan kanan. - Pasien mengatakan ia dibatasi oleh dokter dalam mengkonsumsi air. O : - Tampak edema pada bagian kaki kiri dan kanan. - Hasil lab menunjukkan : UREUM = 35.7 mg/dL. CREATININ = 1.6 mg/dL. - Balance cairan : Input (Cairan Masuk) : Air putih (oral) = 2 gelas 500 cc pasien memakai conecta. Output (Cairan Keluar) : Urine = 350 cc IWL (BB x 15) 44 x 15 = 660 cc Balance cairan dalam 24 jam : = CM – (CK + IWL) = 500 cc – (350 cc + 660) = -510 cc - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S : 39ºc P : 28x/menit A : - Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Cairan.	
	DP.III: Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan	Inggrid

	S : - Pasien mengatakan masih malas makan. - Pasien mengatakan jika ia makan, ia merasa mual dan mau muntah. O : - Tampak berat badan pasien kurang dengan IMT 18,3 dan Hb : 6.2 g/dL. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg P : 28x/menit S : 39ºc N : 84x/menit A : - Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Nutrisi. DP.IV : Hipertermia b/d penyakit S : - Pasien mengatakan sepulangnya dari ruang HD ia merasakan demam dan menggigil. - Pasien mengatakan demamnya kadang naik turun. O : - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S : 39ºc P : 28x/menit - Tampak mukosa bibir kering dan pecah – pecah. - Keadaan pasien tampak lemah. - Badan pasien teraba hangat. - Hasil lab WBC 12.4 10^3µL (nilai normal 4.8 – 10.6 10^3µL).	Inggrid

25 Maret 2018	A : - Hipertermia belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Perawatan Demam. DP.I : Ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan S : - Pasien mengatakan sesak napasnya berkurang dengan posisi semifowler. - Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri. O : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler, dan menggunakan otot bantu pernapasan. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/80 mmHg S : 36,8ºc N : 82x/menit P : 24x/menit A : - Ketidakefektifan pola napas belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Jalan Napas. - Pemberian Obat. - Monitor Tanda – Tanda Vital. DP.II : Kelebihan volume cairan b/d kelebihan asupan cairan S : - Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya. - Pasien mengatakan ia tidak terlalu banyak	Inggrid Inggrid

	dalam mengkonsumsi air, karena dibatasi dalam mengkonsumsi cairan.. O : - Tampak edema pada kedua kakinya. - Tampak pasien minum air ± 500 cc (ukuran gelas sedang) dengan menggunakan sedotan. - Balance cairan : Input (Cairan Masuk) : Air putih = 500 cc (dalam 24 jam) Cairan RL = 500 cc Transfusi darah = 350 cc Output (Cairan Keluar) : Urine = 500 cc (dalam 24 jam) IWL (BB x 15) : 44 x 15 = 660 CM – (CK + IWL) 1.350 cc – (500 cc + 660) = 190 cc. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/80 mmHg S : 36,8ºc N : 82x/menit P : 24x/menit - Diberikan obat diuretik (obat Furosemide). A : - Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Cairan. DP.III: Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan sudah menghabiskan $1^1/_2$ porsi makanannya. - Pasien mengatakan sudah tidak merasa mual	Inggrid

	saat makan. O : - Tampak pasien menghabiskan $1^1/_2$ porsi makanannya. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/80 mmHg S : 36,8ºc N : 82x/menit P : 24x/menit A : - Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh sudah mulai teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Nutrisi. DP.IV : Hipertermia b/d penyakit S : - Pasien mengatakan sudah tidak demam lagi. - Pasien mengatakan demamnya sudah mulai turun. O : - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/80 mmHg S : 36,8ºc N : 82x/menit P : 24x/menit A : - Hipertermia sudah teratasi. P : - Stop intervensi. DP.I: Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan ketidakefektifan pola napas S :	Inggrid
26 Maret		

2018	- Pasien mengatakan masih sesak. - Pasien mengatakan masih nyeri pada dada sebelah kirinya. O : - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan untuk mengatasi sesaknya. - Tampak pasien duduk ditempat tidur. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit S : 36,2ºc P : 24x/menit A : - Ketidakefektifan pola napas belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Jalan Napas. - Pemberian Obat. - Monitor Tanda – Tanda Vital. DP.II : Kelebihan volume cairan b/d kelebihan asupan cairan S : - Pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya. O : - Tampak kedua kaki pasien masih bengkak. - Diberikan obat diuretik (obat Furosemide). - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit S : 36,2ºc P : 24x/menit - Balance cairan : Intake :	Inggrid Inggrid

	Air putih = 500 cc (dalam 24 jam) Output : Urine = 500 cc (dalam 24 jam) IWL (BB x 15) : 44 x 15 = 660 CM – (CK + IWL) 500 cc – (500 cc + 660) = 660 cc. A : - Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Cairan. DP.III: Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan sudah menghabiskan 1 porsi makanannya. - Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah pada saat makan. O : - Tampak pasien sudah menghabiskan 1 porsi makananya. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit S : 36,2ºc P : 24x/menit - Memonitor berat badan pasien dari 44 kg menjadi 45 kg. A : - Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh sudah mulai teratasi.	Inggrid

	P : - Stop Intervensi. DP.IV : Hipertermia berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan sudah tidak demam. O : - Hasil observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit S : 36,2ºc P : 24x/menit A : - Hipertermia sudah teratasi. P : - Stop Intervensi.	Inggrid

44 kg. Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan. Pasien mengatakan dalam satu minggu ia 2x menjalani cuci darah. Hasil laboratorium : ureum 35.7 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 1.6 mg/dL (nilai normal : ≤ 1,1 mg/dL), HGB 6.2 g/dL (nilai normal : 14 – 18 g/dL), WBC 12.4 10^3µL (nilai normal 4.8 – 10.6 10^3µL), dan hasil pemeriksaan foto thorax PA : Kesan efusi pleura kiri dan bronchitis. Hasil observasi tanda – tanda vital TD : 130/70 mmHg, N : 84x/menit, S : 39ºc, dan P : 28x/menit, jenis pernapasan takipnea, suara napas tambahan berbunyi ronchi dan perkusi suara pernapasan terdengar seperti pekak.

Menurut (Padila, 2012) edema terjadi karena ginjal tidak mampu mengekskresi urin secara normal. Respon ginjal yang sesuai terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari tidak terjadi karena cairan dan natrium yang tertahan maka akan meningkatkan resiko terjadinya edema, sedangkan sesak terjadi akibat retensi natrium dan air yang tertahan sehingga mengakibatkan resiko gagal jantung kongestif sehingga dapat terjadi sesak mengakibatkan ketidakseimbangan suplai O_2 dengan kebutuhan, selain retensi Na^+ dan H_2O mengakibatkan cairan masuk ke intraseluler menyebabkan edema paru dan efusi pleura. Pada kasus didapatkan sesak selain disebabkan beban kerja jantung yang meningkat, juga sesak pada pasien disebabkan karena adanya pengumpulan cairan dalam ruang pleura yang terletak diantara permukaan lapisan dalam (visceral) yang melekat langsung pada paru-paru dan lapisan luar (parietal) yang menempel pada dinding dada, proses penyakit primer jarang terjadi tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain. Secara normal, ruang pleural mengandung sejumlah kecil cairan (5 – 15 ml) berfungsi sebagai pelumas yang memungkinkan permukaan pleural bergerak tanpa adanya friksi, yang didukung dengan hasil pemeriksaan diagnostik, yaitu hasil foto thorax PA : Kesan efusi pleura kiri dan bronchitis.

Hasil pemeriksaan laboratorium yang didapat adanya nilai abnormal, diantaranya ureum 35.7 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 1.6 mg/dL (nilai normal : <1.4 mg/dL). Ureum dan kreatinin adalah sisa – sisa protein yang menjadi racun dalam tubuh, sehingga jika ginjal rusak atau tidak mampu mengekskerikan urin maka ureum dan kreatinin akan tetap tertinggal dalam tubuh sehingga terjadinya peningkatan ureum kreatinin pada pasien gagal ginjal sedangkan hasil pemeriksaan darah HGB 6.2 g/dL (nilai normal : 14 – 18 g/dL) anemia terjadi karena fungsi ginjal untuk menghasilkan eritropoetin menurun sehingga stimulasi pembentukan sel-sel darah di sum – sum tulang juga menurun.

A. Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus yang ditegakkan pada Tn. B dengan kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) penulis hanya mengangkat 4 diagnosa keperawatan prioritas antara lain:

1. Ketidakefekifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ketidakefektifan pola napas ini karena didukung oleh data pada pasien, yaitu pada saat dikaji pasien mengeluh sesak napas, nyeri pada dada sebelah kirinya, terdengar suara napas tambahan pasien berbunyi ronchi, perkusi pernapasan pasien terdengar pekak, hasil foto thorax PA : Kesan efusi pleura kiri dan bronchitis, observasi tanda – tanda vital : TD : 130/70 mmHg, N : 84x/menit, S : 39ºc, dan P : 28x/menit, dan tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan.
2. Kelebihan volume cairan b/d kelebihan asupan cairan

   Alasan penulis mengangkat diagnosa kelebihan volume cairan ini karena didukung oleh data data pada pasien, yaitu pasien mengatakan bengkak pada kedua kakinya, pasien mengatakan mengalami kerusakan pada bagian ginjal kiri, pasien mengatakan ia dibatasi oleh dokter dalam mengkonsumsi air, pasien mengatakan

sudah 18x ia menjalani cuci darah di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dan pasien juga mengatakan satu bulan yang lalu ia dipasangi CDL pada dada sebelah kanannya, hasil pemeriksaan diagnostik yang didapat adanya nilai abnormal, diantaranya ureum 35.7 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 1.6 mg/dL (nilai normal : <1.4 mg/dL), hasil pemeriksaan darah HGB 6.2 g/dL (nilai normal : 14 – 18 g/dL), observasi tanda – tanda vital : TD : 130/70 mmHg, N : 84x/menit, S : 39ºc, dan P : 28x/menit.

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

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh ini karena penulis menemukan data pada pasien, yaitu berat badan pasien yang sebelum sakit 60 kg dan menurun pada semenjak sakit menjadi 44 kg, IMT pasien 18,3 (berat badan kurang), pasien mengatakan malas makan karena setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, hasil pemeriksaan darah HGB 6.2 g/dL (nilai normal : 14 – 18 g/dL), hasil observasi tanda – tanda vital pasien TD : 130/70 mmHg, N : 84x/menit, S : 39ºc, dan P : 28x/menit.

4. Hipertermia b/d penyakit

   Alasan penulis mengangkat diagnosa hipertermia ini karena penulis menemukan data pada pasien, yaitu pasien mengatakan sepulang dari ruang HD (cuci darah) ia merasa menggigil dan demam, didapatkan hasil observasi tanda – tanda vital pasien TD : 130/70 mmHg, N : 84x/menit, S : 39ºc, dan P : 28x/menit, hasil pemeriksaan darah WBC 12.4 10^3µL (nilai normal 4.8 – 10.6 10^3µL), badan pasien teraba hangat, keadaan pasien tampak lemah, pemberian obat paracetamol 500 mg 1 tablet melalui oral.

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

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

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

B. Perencanaan Keperawatan

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

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

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

Pada diagnosa pertama ini, penulis membuat 9 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakan mandiri perawat (posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, auskultasi suara nafas dan catat area yang ventilasinya menurun, posisikan untuk meringankan sesak nafas, gunakan otot bantu pernapasan). Tindakan penyuluhan, yaitu (instruksikan klien dan keluarga mengenai efek yang diharapkan dan efek lanjut obat). Tindakan kolaborasi, yaitu (berikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat. Gunakan perintah, aturan dan prosedur yang sesuai dalam metode pemberian obat). Dan tindakan observasi, yaitu (monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan, monitor kemungkinan alergi terhadap obat, interaksi dan kontraindikasi, termasuk obat – obatan di luar konter and obat – obatan herbal, monitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya).

DP.II : Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Pada diagnosa kedua ini, penulis membuat 9 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakan mandiri perawat

(jaga intake/asupan yang akurat dan catat output [pasien], kaji lokasi dan luasnya edema, jika ada, tingkatkan asupan oral (misalnya, memberikan sedotan, menawarkan cairan di antara waktu makan, mengganti air es secara rutin, menggunakan es untuk jus favorit anak ongan gelatin ke dalam kotak yang menyenangkan, menggunakan cangkir obat kecil), yang sesuai). Tindakan penyuluhan, yaitu (dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik). Tindakan kolaborasi, yaitu (berikan diuretik yang diresepkan, atur ketersediaan produk darah untuk transfusi, jika perlu). Dan tindakan observasi, yaitu (monitor tanda – tanda vital pasien, monitor perubahan berat badan pasien sebelum dan setelah dialisis, monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian).

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

Pada diagnosa ketiga ini, penulis membuat 8 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakan mandiri perawat (lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat). Tindakan penyuluhan, yaitu (anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan, anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara [pasien] berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan, yang sesuai, dan anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit (yaitu : pasien dengan penyakit ginjal, pembatasan natrium, kalium, protein, dan cairan). Tindakan kolaborasi, yaitu (beri obat – obatan sebelum makan (misalnya : penghilang rasa sakit, antiemetik),

jika diperlukan). Dan tindakan observasi, yaitu (monitor kalori dan asupan makanan, monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan).

DP.IV : Hipertermia berhubungan dengan penyakit

Pada diagnosa keempat ini, penulis membuat 6 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakan observasi, antara lain (pantau suhu dan tanda – tanda vital lainnya, monitor warna kulit dan suhu) tindakan mandiri perawat (tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu : memberikan selimut hangat untuk fase dingin ; menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/*flush*, serta lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering), tindakan kolaborasi (beri obat atau cairan IV (misalnya., antipiretik, agen antibakteri, dan agen anti menggigil), dan tindakan penyuluhan (anjurkan keluarga untuk kompres air hangat).

C. Pelaksanaan Keperawatan

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

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

Pada diagnosa keperawatan pertama ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan dimana semua intervensi dilakukan. Penulis melakukan semua intervensi yang telah dibuat, yaitu posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, auskultasi suara nafas dan catat area yang ventilasinya menurun,

posisikan untuk meringankan sesak nafas dan menggunakan otot bantu pernafasan, instruksikan klien dan keluarga mengenai efek yang diharapkan dan efek lanjut obat, berikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat. Gunakan perintah, aturan dan prosedur yang sesuai dalam metode pemberian obat, monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan, monitor kemungkinan alergi terhadap obat, interaksi dan kontraindikasi, termasuk obat – obatan di luar konter and obat – obatan herbal, monitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya.

Pada diagnosa keperawatan kedua kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dimana intervensi dilakukan adalah jaga intake/asupan yang akurat dan catat output [pasien], kaji lokasi dan luasnya edema, jika ada, tingkatkan asupan oral (misalnya, memberikan sedotan, menawarkan cairan di antara waktu makan, mengganti air es secara rutin, menggunakan es untuk jus favorit anak dengan gelatin ke dalam kotak yang menyenangkan, menggunakan cangkir obat kecil, yang sesuai), dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik), berikan diuretik yang diresepkan, atur ketersediaan produk darah untuk transfusi, jika perlu, monitor tanda – tanda vital pasien, monitor perubahan berat badan pasien sebelum dan setelah dialisis, monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian.

Pada diagnosa keperawatan ketiga yaitu ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan dimana intervensi dilakukan adalah lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat), anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan, anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara [pasien] berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan, yang sesuai,

dan anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit (yaitu : pasien dengan penyakit ginjal, pembatasan natrium, kalium, protein, dan cairan), beri obat – obatan sebelum makan (misalnya : penghilang rasa sakit, antiemetik), jika diperlukan, monitor kalori dan asupan makanan, monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan.

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

D. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai atau tidak. Adapun evaluasi pelaksanaan keperawatan pada pasien Tn. B selama 3 hari (24 – 26 Maret 2018) adalah sebagai berikut :

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

Pada diagnosa keperawatan ini masalah belum teratasi hal ini dapat dilihat dari Hari pertama, kedua dan ketiga masalah belum teratasi karena sesaknya yang disebabkan oleh edemanya dan adanya efusi pleura. Maka perencanaan untuk diagnosa keperawatan ini, masih dilanjutkan.

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

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

sudah teratasi. Hari pertama pasien mengatakan masih malas makan karena setiap kali makan ia merasa mual dan ingin muntah, hari kedua pasien tidak merasa mual dan muntah, pasien sudah mulai menghabiskan $1^1/_2$ sendok makan, dan hari ketiga pasien sudah mulai menghabiskan 1 porsi makanannya. Maka perencanaan untuk diagnosa ini, sudah teratasi.

DP.IV : Hipertermia berhubungan dengan penyakit. Masalah sudah teratasi. Hari pertama suhu pasien 39ºc, hari kedua dan ketiga demam pasien sudah mulai menurun antara 36ºc – 37,5ºc.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab IV ini, penulis akan membahas kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dan kasus kelolaan yang dimana diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan Bernadeth III A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama tiga hari perawatan yaitu dari tanggal 24 – 26 Maret 2018. Untuk memudahkan pembahasan, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

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

Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien Tn. B usia 70 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 23 Maret 2018 dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 Maret 2018 diperoleh data : pasien mengeluh sesak nafas, bengkak pada kaki kiri dan kanannya, pasien mengatakan satu bulan yang lalu ia dipasangi CDL pada dada sebelah kanannya, pasien mengatakan mengalami kerusakan pada bagian ginjal kiri. Pasien juga mengatakan sudah 18x cuci darah di Rumah Sakit Stella Maris. pasien mengatakan setiap kali ia selesai HD ia merasa demam, pasien mengatakan nyeri pada dadanya dan pasien malas makan karena setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, pasien mengalami penurunan berat badan dari 60 kg menjadi

10.6 10^3µL), serta hasil pemeriksaan foto thorax PA : Kesan efusi pleura kiri dan bronchitis. Hasil observasi tanda – tanda vital TD : 130/70 mmHg, N : 84x/menit, S : 39ºc, dan P : 28x/menit.

1. Diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis dari hasil pengkajian pada kasus Tn. B, maka diagnosa keperawatan yang muncul adalah :
   a. Ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan.
   b. Kelebihan volume cairan b/d kelebihan asupan cairan.
   c. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan.
   d. Hipertermia b/d penyakit.
3. Perencanaan tindakan keperawatan yang ditetapkan ditujukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan yaitu :
   a. Ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan.

      Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen jalan napas, gunakan otot bantu pernapasan, pemberian obat dan monitor TTV dengan intervensi : posisikan pasien untuk meringankan sesak napas dan memaksimalkan ventilasi, mendengarkan suara napas pasien, menginstruksikan klien dan keluarga tentang mengenai efek yang diharapkan dan efek lanjut obat, memonitor kemungkinan adanya alergi terhadap obat, memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan, memberikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat.

   b. Kelebihan volume cairan b/d kelebihan asupan cairan.

      Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen cairan dengan intervensi :

      kaji lokasi dan luasnya edema, memonitor intake dan output pasien, meningkatkan asupan oral, mendukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik, kolaborasi dengan dokter tentang transfusi darah, monitor tanda

– tanda vital, monitor perubahan berat badan, monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan menghitung asupan kalori harian.

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

Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu manajemen nutrisi dengan intervensi : melakukan perawatan mulut sebelum makan terhadap pasien, menciptakan lingkungan yang optimal, menganjurkan pasien untuk dalam posisi tegak, jika memungkinkan, menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien, menganjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet (pembatasan natrium, cairan, kalium, dan protein), kolaborasi dalam pemberian obat – obatan, memonitor kalori dan asupan makanan, memonitor terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan.

d. Hipertermia b/d penyakit.

Pada diagnosa ini, penulis membuat intervensi sesuai dengan keadaan pasien yaitu perawatan demam dengan intervensi : melakukan kompres air hangat, kolaborasi dalam pemberian obat, memonitor tanda – tanda vital, menutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, monitor warna kulit dan suhu serta lembabkan bibir dan mukosa hidung yang kering.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan seluruhnya bisa dilaksanakan sesuai dengan perencanaan pada masing – masing diagnosa keperawatan berkat kerja sama yang baik dari teman, perawat dan tim medis lainnya serta didukung oleh sarana dan prasarana yang tersedia dengan baik di Rumah sakit.
5. Evaluasi keperawatan yang diperoleh setelah 3 hari perawatan sebagai berikut : diagnosa ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan dan kelebihan

volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan belum teratasi sedangkan pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan dan hipertermia berhubungan dengan penyakit sudah teratasi.

A. Saran

1. Bagi Pasien

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

2. Bagi Instansi Rumah Sakit

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

3. Bagi Perawat

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

4. Bagi Institusi Pendidikan

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

mahasiswa manjadi calon perawat yang profesional dimasa sekarang dan yang akan datang.

5. Bagi Penulis

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

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

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

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

   Pada pengkajian penulis mendapatkan data-data sebagai berikut Pengkajian keperawatan pasien Tn. B usia 70 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 23 Maret 2018 dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 Maret 2018 diperoleh data : pasien mengeluh sesak napas, bengkak pada kaki kiri dan kanannya, pasien mengatakan satu bulan yang lalu ia dipasangi CDL pada dada sebelah kanannya, pasien mengatakan mengalami kerusakan pada bagian ginjal kiri. Pasien juga mengatakan sudah 18x cuci darah di Rumah Sakit Stella Maris. pasien mengatakan setiap kali ia selesai HD ia merasa demam, pasien mengatakan nyeri pada dadanya dan pasien malas makan karena setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, pasien mengalami penurunan berat badan dari 60 kg menjadi 44 kg. Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan. Pasien mengatakan dalam satu minggu ia 2x menjalani cuci darah. Hasil laboratorium : ureum 35.7 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 1.6 mg/dL (nilai normal : ≤ 1,1 mg/dL), dan hasil pemeriksaan darah HGB 6.2 g/dL (nilai normal : 14 – 18 g/dL), WBC 12.4 10^3µL (nilai normal 4.8 –

DAFTAR PUSTAKA

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

Bagas, Nugraha. (2010). *Sistem Perkemihan Gambar Anatomi Ginjal*. http://www.gambaranatomiginjal.com . Diakses tanggal 26 Maret 2018

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

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

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

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

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

Depkes RI. (2009). *Riset Kesehatan dasar tahun 2009.* http://Depkes.go.id/downloads/riskesdas2009/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf, diakses tanggal 16 Mei 2018

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

https://www.farmasi-id.com/laxadine/ *laxadine kegunaan, dosis, efek samping – farmasi-id*. Diakses tanggal 30 April 2018

https://www.farmasi-id.com/cefoperazone-na/ *cefoperazone kegunaan, dosis, efek samping – farmasi-id.* Diakses tanggal 30 April 2018

https://www.farmasi-id.com/n-ace/ *n.ace kegunaan, dosis, efek samping – farmasi-id.* Diakses tanggal 30 April 2018

https://mediskus.com/paracetamol *paracetamol kegunaan, dosis, efek samping – mediskus.* Diakses tanggal 30 April 2018

https://www.alodokter.com/ondansetron *ondansetron kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 30 April 2018

https://www.alodokter.com/omeprazole *omeprazole kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 29 Mei 2018

https://www.alodokter.com/furosemide *furosemide kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 29 Mei 2018

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

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

MRO Rumah Sakit Stella Maris. (2015). *Statistik Penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK).* Makassar : Tidak Untuk Dipublikasikan

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

Nursing Interventions Classification (NIC). (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

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

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

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

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

WHO. (2013). *Prevalensi Penyakit Gagal Ginjal Kronik.* http://www.litbang.depkes.gp.id.pdf. Diakses tanggal 15 April 2018

LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Imanuellah Inggrid

NIM : E1514401025

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

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

No	Tanggal	Materi Konsul	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	23 Maret 2017	Lapor kasus dengan penyakit CKD (Chronic Kidney Disease).		
2.	11 April 2018	BAB III (pengkajian). BAB III perbaikan pengkajian.		
3.	13 April 2018	Konsul perbaikan BAB III, diagnosa, analisa data, dan intervensi. Perbaiki pengkajian, analisa data, diagnosa dan intervensi.		
4.	16 April 2018	Konsul BAB III pengkajian, intervensi, dan analisa data. Perbaiki pengkajian,		

		analisa data dan intervensi.		
5	18 April 2018	Konsul BAB III. Perbaiki pengetikan BAB III.		
6	9 Mei 2018	Konsul BAB I dan BAB II. Perbaiki latar belakang BAB I.		
7	21 Mei 2018	Konsul perbaikan BAB I, BAB II, BAB III, analisa data, intervensi, dan diagnosa. Perbaiki diagnosa.		
8	22 Mei 2018	Konsul perbaikan paragraf pertama BAB I. BAB IV perbaiki dan perbaikan analisa data, diagnosa, intervensi dan implementasi.		
9	23 Mei 2018	Konsul evaluasi BAB IV, V. Analisa data, diagnosa, intervensi dan implementasi.		
10	24 Mei 2018	Konsul perbaikan analisa data, diagnosa, intervensi, dan implementasi.		
11	26 Mei 2018	Konsul patoflowdiagram. konsul perbaikan diagnosa, analisa,		

		intervensi, implementasi dan evaluasi.		
12	28 Mei 2018	Konsul perbaikan patoflowdiagram.		
13	31 Mei 2018	Konsul BAB I – BAB V		

LEMBAR KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Imanuellah Inggrid

NIM : E1514401025

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

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

No	Tanggal	Materi Konsul	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	23 Maret 2017	Lapor kasus dengan penyakit CKD (Chronic Kidney Disease).		
2.	11 April 2018	BAB III (pengkajian). BAB III perbaikan pengkajian.		
3.	13 April 2018	Konsul perbaikan BAB III, diagnosa, analisa data, dan intervensi. Perbaiki pengkajian, analisa data, diagnosa dan intervensi.		
4.	16 April 2018	Konsul BAB III pengkajian, intervensi, dan analisa data. Perbaiki pengkajian,		

		analisa data dan intervensi.		
5	18 April 2018	Konsul BAB III. Perbaiki pengetikan BAB III.		
6	9 Mei 2018	Konsul BAB I dan BAB II. Perbaiki latar belakang BAB I.		
7	21 Mei 2018	Konsul perbaikan BAB I, BAB II, BAB III, analisa data, intervensi, dan diagnosa. Perbaiki diagnosa.		
8	22 Mei 2018	Konsul perbaikan paragraf pertama BAB I. BAB IV perbaiki dan perbaikan analisa data, diagnosa, intervensi dan implementasi.		
9	23 Mei 2018	Konsul evaluasi BAB IV, V. Analisa data, diagnosa, intervensi dan implementasi.		
10	24 Mei 2018	Konsul perbaikan analisa data, diagnosa, intervensi, dan implementasi.		

11	26 Mei 2018	Konsul patoflowdiagram. konsul perbaikan *diagnosa*, analisa, intervensi, implementasi dan evaluasi.		
12	28 Mei 2018	Konsul perbaikan patoflowdiagram.		
13	31 Mei 2018	Konsul BAB I – BAB V		

G. DAFTAR NAMA OBAT YANG DIBERIKAN

1. Furosemide

a. Klasifikasi/golongan obat : Diuretik.

b. Dosis umum : 20 - 40 mg / hari.

c. Dosis untuk pasien : 20 mg / 8 jam.

d. Cara pemberian obat : IV.

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Furosemide menghambat penyerapan kembali natrium dan kalium di lengkung henle ginjal dan mengeluarkannya dari dalam tubuh melalui peningkatan output urine. Furosemide sebagai obat untuk mengatasi edema.

f. Alasan pemberian pada pasien : Obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien edema pada kaki bagian sebelah kanan dan kiri.

g. Kontraindikasi :

1) Pasien yang memiliki riwayat alergi terhadap farsix (furosemide).

2) Obat ini juga dikontraindikasikan untuk pasien dengan anuria.

h. Efek samping obat :

1) Mulut terasa kering.

2) Sensitif terhadap cahaya matahari.

3) Pusing.

4) Sakit kepala.

5)Sakit perut.

6) Penglihatan buram.

7) Merasa lelah.

2. Paracetamol

a. Klasifikasi/golongan obat: Analgesik.

b. Dosis umum : 500 - 1000 mg / 4 - 6 jam.

c. Dosis untuk pasien : 500 mg / 6 jam.

d. Cara pemberian obat : Oral.

e. Mekanisme kerja obat dan fungsi obat :
Paracetamol menghambat enzim siklo-oksigenase di dalam otak (sistem saraf pusat). Paracetamol menurunkan panas dengan menghambat pusat regulator panas hipotalamus (sistem saraf pusat).

f. Indikasi :
1) Nyeri ringan sampai sedang.
2) Nyeri sesudah operasi cabut gigi.
3) Pireksia.

g. Kontra indikasi :

1) Gangguan fungsi hati berat.

2) Hipersensitivitas.

h. Efek samping :

1) Reaksi hipersensitivitas.

2) Ruam kulit.

3) Kelainan darah (termasuk trombositopenia, leukopenia, neutropenia).

3. Laxadine Syrup

a. Klasifikasi/golongan obat : Obat Pencahar.

b. Dosis umum : Dewasa : Laxadine syrup, 1 – 2 sendok makan.

c. Dosis untuk pasien : 1 sendok makan melalui oral.

d. Cara pemberian obat : Oral.

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Bekerja dengan cara merangsang peristaltik usus besar, menghambat reabsorbsi air dan melicinkan jalannya feses.

f. Indikasi :

1) Kondisi konstipasi / susah buang air besar yang memerlukan : perbaikan peristaltis usus.

2) Pelicin jalannya tinja.

3) Penambahan volume tinja secara sistematis sehingga tinja mudah dikeluarkan.

4) Laxadine dapat diberikan sebagai persiapan menjelang

tindakan radiologi/rontgen dan operasi.

g. Kontraindikasi :

1) Ileus obstruktif.

2) Nyeri perut yang tidak diketahui penyebabnya.

3) Penderita yang hipersensitif atau alergi terhadap zat aktif dan komponen lain dalam Laxadine.

h. Efek samping obat :
Ruam kulit, pruritus, rasa panas terbakar, kolik, kehilangan cairan & elektrolit tubuh, diare, mual & muntah.

4. Cefoperazone

a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik golongan Sefalosporin.

b. Dosis umum : 500 mg, bentuk sediaan vial 1 g serbuk injeksi.

c. Dosis untuk pasien : 1 vial melalui IV.

d. Cara pemberian obat : IV.

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Cefoperazone merupakan antibiotik dengan cara kerja bakterisid. Mekanisme kerjanya dengan menghambat sintesis dinding sel bakteri dengan mengikat 1 atau lebih protein pengikat yang menghambat tahap transpeptidifikasi akhir sintesis peptidoglikan di dinding sel bakteri.Proses tersebut mengakibatkan penghambatan biosintesis dinding sel dan menahan perakitan dinding sel bakteri yang dihasilkan.

f. Indikasi :

1) Infeksi saluran napas (atas dan bawah).
2) Infeksi saluran kemih (atas dan bawah).

3) Peritonitis, kolesistitis, kolangitis, dan infeksi intra abdominal lainnya.

g. Kontraindikasi :

Hipersensitif terhadap antibiotik ***cephalosporin*** atau ***sulbactam.***

h. Efek samping obat :

Ruam kulit, urtikaria eosinofilia, diare, mual, muntah, phlebitis hypoprothrombinaemia superinfeksi.

5. N.Ace

a. Klasifikasi/golongan obat : K.

b. Dosis umum : 200 mg, bentuk sediaan kapsul.

c. Dosis untuk pasien : 1 kapsul melalui oral.

d. Cara pemberian obat : Oral.

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

Obat ini bisa juga digunakan untuk mengatasi kasus toksisitas paracetamol. Untuk tujuan ini, Acetylcysteine bekerja dengan cara bertindak sebagai agen hepatoprotektif dengan mengembalikan glutathione hati, berfungsi sebagai pengganti glutathione, dan meningkatkan konjugasi sulfat beracun dari paracetamol.

f. Indikasi :

1) N-Ace (Acetylcysteine) digunakan untuk mengobati penyakit-penyakit pada saluran pernafasan dimana terjadi banyak lendir atau dahak, seperti : emfisema, radang paru kronis, bronkiektasis, eksaserbasi bronkitis kronis dan akut, bronkitis

asmatik, asma bronkial yang disertai kesukaran pengeluaran dahak, serta penyakit radang rinofaringeal.

2) N-Ace (Acetylcysteine) juga digunakan untuk mengobati kasus toksisitas akibat over dosis paracetamol.

g. Kontraindikasi :

1) Jangan menggunakan obat ini untuk pasien yang memiliki riwayat alergi/hipersensitivitas.
2) Untuk sediaan granules : intoleransi fruktosa, sindrom malabsorpsi glukosa-galaktosa dan defisiensi sukrosa.

h. Efek samping obat :

1) Efek samping N-Ace (Acetylcysteine) yang relatif ringan yaitu gangguan pada saluran pencernaan misalnya mual, dan muntah.
2) Efek samping yang lebih serius tetapi kejadiannya jarang misalnya bronkospasme, angioedema, ruam, pruritus, hipotensi, kulit kemerahan, bengkak pada wajah, dispnea, sesak nafas, sinkop, berkeringat, arthralgia, penglihatan kabur, gangguan fungsi hati, asidosis, kejang dan kadang-kadang demam.
3) Pada sediaan inhalasi efek samping yang bisa terjadi misalnya hemoptisis, rhinorrhoea, dan stomatitis.

6. Ondansetron

a. Klasifikasi/golongan obat : Antiemetik.

b. Dosis umum : Dosis ondansetron yang diberikan untuk pencegahan mual dan muntah adalah 4 – 8 mg melalui intravena.

c. Dosis untuk pasien : 1 ampul melalui IV.

d. Cara pemberian obat : IV.

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Bertindak sebagai antagonis selektif terhadap reseptor 5-HT3, berikatan dengan resptor 5-HT3 baik di sistem saraf perifer maupun di sistem saraf pusat. Aksi ini memberikan sifat anti-emetik untuk mencegah mual yang dialami dalam kemoterapi akut yang diperantarai oleh serotonin.

f. Indikasi : Penanggulangan mual dan muntah akibat kemoterapi dan radioterapi serta operasi.

g. Kontraindikasi : Penderita yang hipersensitif terhadap ondansetron.

h. Efek samping obat :

1) Sakit kepala dan pusing.

2) Mudah mengantuk.

3) Kepanasan.

4) Pusing ketika berdiri.

5) Mudah lelah.

6) Konstipasi.

7) Sakit perut.

7. Omeprazole

a. Klasifikasi/golongan obat : Penghambat pompa proton PPI (***Proton Pump Inhibitor***).

b. Dosis umum : 40 mg per hari pemberian melalui infus 20-30 menit atau injeksi perlahan selama 5 menit sampai pasien dapat diberikan omeprazole secara oral.

c. Dosis untuk pasien : 1 ampul melalui IV.

d. Cara pemberian obat : IV.

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat :

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

f. Indikasi :

1) *Zollinger-Ellison Syndrome.*

2) Tukak lambung.

3) Tukak duodenum.

4) *Gastro-oesophageal reflux disease* (GERD).

5) Tukak karena AINS (Anti Inflamasi Non-Steroid).

6) Infeksi *Helicobacter pylori.*

7) Esofagitis erosif.

8) Dispepsia karena asam lambung.

g. Kontraindikasi :

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

h. Efek samping obat :

Omeprazole pada umumnya ditoleransi dengan baik. Efek samping berikut dilaporkan terjadi pada individu yang mendapat terapi

omeprazole pada situasi klinik terkontrol : sakit kepala, diare, nyeri abdomen, mual, muntah, infeksi sa

luran nafas atas, vertigo, ruam, konstipasi, batuk, asma, nyeri tulang belakang, dan lain-lain. Kebanyakan efek samping bersifat ringan dan sementara dan tidak ada hubungan yang konsisten dengan pengobatan.