KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "N" DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

ULFA DARMAYANTI

E1514401048

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY "N" DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Ulfa Darmayanti

NIM : E1514401048

Disetujui Oleh:

Pembimbing I	Pembimbing II
(Rosmina S.,SKM.,Ns.,M.Kes)	(Yunita Gabriela Madu.,S.Kep.,Ns)
NIDN.0925117501	

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 NY "N" DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH II.A RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Senin, 11 Juni 2018
Pukul	: 14.45-15.30 WITA
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Yunita Gabriela Madu., S.kep.,Ns (.....)
2. Fransiska Upa., S.Kep.,Ns (.....)
3. Henny Pongantung.,Ns.,MSN (.....)

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Ulfa Darmayanti
Tempat/Tanggal Lahir	: Labanan Makmur, 22 Maret 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Lamadukelleng No.08

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Haryanto/Suparti
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Swasta/IRT
Alamat	: Jl. Perintis Tumbit Melayu RT 07

Pendidikan Yang Telah Ditempuah

SDN 020 Berau	: Tahun 2001 - 2009
SMP Negeri 16 Berau	: Tahun 2009 - 2012
SMA Negeri 2 Berau	: Tahun 2012 - 2015
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2015 - 2018

KATA PENGANTAR

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

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

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

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes**.** Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN selaku wakil ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon,Ns.,M.Kes selaku ketua program D III Akademik STIK Stella Maris Makassar.
4. Rosmina Situngkir, SKM, NS., M.Kes dan Yunita Gabriela Madu S.Kep, Ns selaku pembimbing dalam penyususnan karya tulis ilmiah ini yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan, bimbingan serta, motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Dr. Thomas Suharto, MMR. Selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk praktek di Rumah

Sakit Stella Maris Makassar terutama dalam menyusun karya tulis ini tepat pada waktunya.

6. Seluruh dosen dan staf tenaga kependidikan STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Pada Ny “N” dan Keluarga, yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
8. Teristimewa kedua orang tua saya, Bapak Tono Haryanto dang Ibu Suparti, kedua adik saya (Ririn kombong & Rio tinnong) dan semua keluarga saya yang memberi dukungan, dan doa selama penyusunan karya tulis ini.
9. Buat pimpinan asrama dan Biara Siti Miriam, Sr. Margaretha Poluan, JMJ, Sr. Amabilis, JMJ serta semua Suster.
10. Buat teman-teman seperjuangan mahasiswa/i program D III keperawatan angkatan 2015 STIK Stella Maris Makassar.
11. Buat teman-teman asrama Siti Miriam yang telah memberikan masukan buat penulis dan juga terima kasih buat pertemananan yang indah melewati bersama dalam segala rintangan yang harus kiota lewati untuk mencapai cita-cita walaupun kadang ada perselisihan.

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

Makasssar, Juni 2018

Ulfa Darmayanti

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Elektrolit…… 54
Tabel 3.3 Analisa Data..... 55
Tabel 3.4 Diagnosa keperawatan..... 60
Tabel 3.5 Rencana Keperawatan..... 61
Tabel 3.6 Pelaksanaan Keperawatan..... 69
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan..... 100

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambar Anatomi Ginjal……. 8

Gambar 3.1 Genogram…… 38

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL **Hal**

HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN…… i

HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN…… ii

RIWAYAT HIDUP…… iii

KATA PENGANTAR……... iv

DAFTAR TABEL…….. vi

DAFTAR GAMBAR…… vii

DAFTAR ISI…….. viii

BAB I PENDAHULUAN…….. 1

A. Latar Belakang……. 1

B. Tujuan Penulisan…… 3

C. Manfaat Penulisan……...

4

D. Metode Penulisan…… 5

E. Sistematika Penulisan……. 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS…… **6**

A. Konsep Dasar Medis……... 7

1. Pengertian……..... 7

2. Anatomi dan fisiologi…… 8

3. Etiologi…… 15

4. Patofisiologi……... 17

5. Manifestasi Klinis…….. 19

6. Pemeriksaan Diagnostik…….. 20

7. Penatalaksanaan Medik…….. 21

8. Komplikasi…….. 23

B. Konsep Dasar Keperawatan…….. 24

1. Pengkajian…… 24

2. Diagnosa Keperawatan…….. 25

3. Perencanaan Keperawatan…… 26

4. *Discharge Planning*…….. 30

C. Patoflowdiagram…….. 32

BAB III PENGAMATAN KASUS……... 35

A. Pengkajian…… 35

B. Analisa Data…… 55

C. Diagnosa Keperawatan…….. 60

D. Rencana Keperawatan…… 61

E. Pelaksanaan Keperawatan…… 69

F. Evaluasi Keperawatan…… 100

G. Daftar obat…… 106

BAB IV PEMBAHASAN……. 109

A. Pengkajian……... 109

B. Diagnosa keperawatan……... 110

C. Rencana keperawatan…… 111

D. Implementasi keperawatan…… 113

E. Evaluasi……. 114

BAB V PENUTUP……..……. 115

A. Simpulan…… 115

B. Saran…… 116

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Penyebab terjadinya gagal ginjal kronik yaitu: diabetes mellitus, hipertensi, kolesterol tinggi, batu ginjal, infeksi kuman dan obat-obatan.

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

Di Indonesia angka kejadian gagal ginjal kronis berdasarkan data dari Rikardes pada tahun 2013, prevalensi gagal ginjal kronis 0,2% dari penduduk Indonesia. Hanya 60% dari pasien gagal ginjal kronis 0,2% dari penduduk Indonesia.

Berdasarkan data yang diperoleh dari bagian Medical Record Rumah Sakit Stella Maris Makassar bahwa pada tahun 2016 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 24 orang dengan kategori umur (25-44 tahun) sebanyak 3 orang, umur (45-64 tahun) sebanyak 10 orang, umur (65 tahun keatas) sebanyak 11 orang dan yang meninggal sebanyak 6 orang. Pada tahun 2017 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 1 orang dengam kategori umur (45-66 tahun) sebanyak 1 orang dan yang meninggal 1 orang.

Penyakit gagal ginjal kronik selama 10 tahun terakhir semakin meningkat. Angka kejadian gagal ginjal kronik di dunia lebih dari 500 juta orang dan yang harus menjalani hidup dengan bergantung pada cuci darah (hemodialisis) 1,5 juta orang. Jumlah penderita gagal ginjal kronik di Indonesia sekitar 150 ribu orang dan yang menjalani hemodialisis 10 ribu orang.

Penyakit gagal ginjal kronik merupakan penyakit yang gejalanya muncul secara bertahap dan biasanya tidak menimbulkan gejala awal yang jelas, sehingga penurunanan fungsi ginjal sering tidak dirasakan. Apabila ginjal berfungsi tinggal 5% atau sudah tidak berfungsi sama sekali maka terapi pengganti ginjal seperti hemodialisis mutlak diperlukan karena fungsi ginjal sudah tidak dapat kembali normal kecuali jika melakukan transplantasi ginjal.

Terapi pengganti ginjal pada pasien GGK untuk dapat mempertahankan hidup adalah hemodialisis (HD), yang bertujuan menggantikan fungsi ginjal sehingga dapat memperpanjang kelangsungan hidup dan memperbaiki kualitas hidup pada penderita GGK. Terapi hemodialisis sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Marayanti, 2013).

Bersarkan penelitian yang dilakukan oleh Chelliah (2011) tentang gambaran tingkat depresi dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Sebagian besar responden memiliki kualitas hidup baik yaitu 56,7% dan sisanya memiliki kualitas buruk yaitu 43,3%. Pasien yang menjalani hemodialisis memiliki kualitas hidup yang buruk dan cenderung mengalami komplikasi

seperti depresi, konsentrasi rendah, gangguan fisik, mental, dan social yang nantinya mengganggu aktivitas sehari-hari.

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

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis merasa tertarik untuk mengangkat Karya Tulis Ilmiah dengan Judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "N" DENGAN GANGGUAN PENYAKIT GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANGAN PERAWATAN ST.BERNADETH II.A DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

   Memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik di ruangan St. Bernadeth II.A di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 06-09April 2018.

2. Tujuan Khusus

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

   a. Mengkaji dan menganalisa data pada Ny "N" dengan penyakit gagal ginjal kronik.
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny "N" dengan penyakit gagal ginjal kronik.
   c. Menyusun intervensi/ rencana keperawatan pada Ny "N" dengan penyakit gagal ginjal kronik.
   d. Melakukan implementasi keperawatan pada Ny "N" dengan penyakit gagal ginjal kronik.

e. Membuat evaluasi tindakan keperawatan pada Ny “N” dengan penyakit gagal ginjal kronik.

C. Manfaat Penulisan

Ada beberapa manfaat penulisan dari karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Rumah Sakit

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

2. Institusi

   Manfaat penulisan karya tulis ilmiah ini khususnya pada institusi adalah:

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

3. Pasien dan keluarga pasien

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

4. Penulis

   Penulis dapat:

   a. Lebih memahami tentang penyakit gagal ginjal kronik.
   b. Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk mencegah terjadinya penyakit gagal ginjal kronik.
   c. Memahami cara perawatan pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik .

d. Memberikan asuhan keperawatan untuk mencegah terjadinya komplikasi sehingga dapat meningkatkan harapan hidup dari pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik.

D. Metode Penulisan

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

1. Tinjauan kepustakaan

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

2. Pengamatan kasus

   a. Wawancara

      Mengadakan wawancara langsung dengan pasien, dan keluarga yang merawat.

   b. Observasi

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

   c. Pemeriksaan fisik

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

   d. Studi dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

1. Pada Bab I menguraikan latar belakang pengambilan kasus penyakit gagal ginjal kronik sebagi kasus kelolaan penulis. tujuan penulisan, manfaat, metode, dan sistematika penulisan.

2. Bab II berisi tinjauan toritis konsep dasar medik dan konsep dasar keperawatan. Konsep dasar medik terdiri dari: pengertian, stadium, prevalensi dan insiden, anatomi fisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan serta komplikasi; sedangkan konsep dasar keperawatan terdiri dari; pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, perencanaan pulang serta patoflowdigram.
3. Bab III menguraikan tentang pengamatan kasus dimana pasien,mulai dari pengkajian diagnosa keperawatan, perencanaan keperwatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.
4. Bab IV menguraikan tentang pembahasan kasus yang merupakan analisa dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.
5. Bab V berisi penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran dapat diajukan sebagai masukan bagi institusi maupun instansi rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

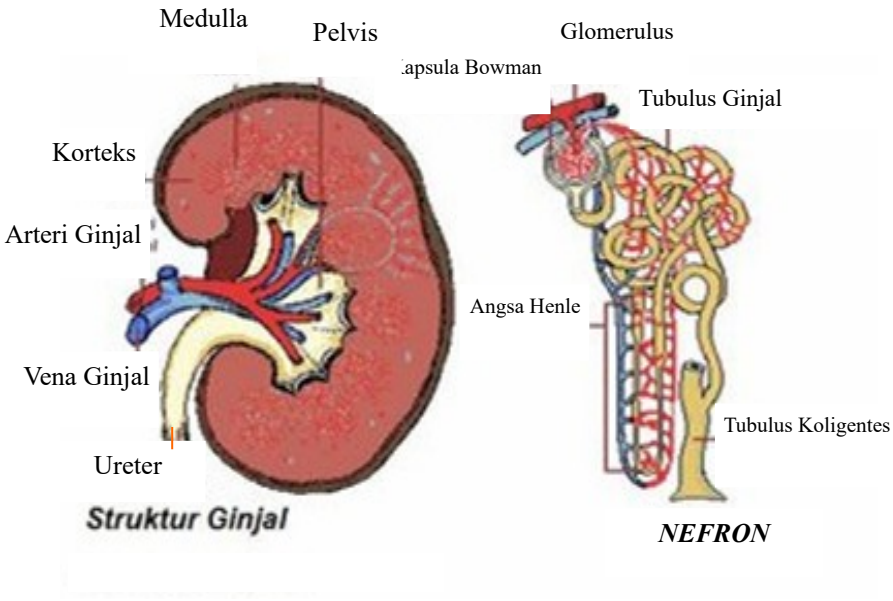
Gagal ginjal kronik (GGK) adalah kerusakan pada ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa darah, dengan ditandai adanya protein dalam urin serta penurunan laju filtrasi glomerulus yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan (Haryono, Rudi. 2013).

Gagal ginjal kronik adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksis uremik) di dalam darah (Suharyanto & Madjid, 2009).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas penulis dapat mengambil kesimpulan bahwa gagal ginjal kronik adalah suatu keadaan dimana terjadi gangguan fungsi ginjal yang progresif sehingga ginjal tidak dapat mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadinya penumpukan sampah metabolik (ureum dan kreatinin) di dalam darah.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 : Anatomi Ginjal
(Sumber: Syaifuddin, 2014)

1) Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari 2 bagian yaitu :

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

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

2) Pembungkus ginjal

Ginjal dibungkus oleh suatu massa jaringan lemak yang disebut kapsul adipose. Dibungkus yang paling tebal terdapat pada tepi ginjal yang memanjang melalui hilus renalis. Ginjal dan kapsul adipose tertutup oleh suatu lamina khusus dari fasia profunda dan stratum fasia subserosa internus. Fasia subserosa terpecah menjadi dua bagian yaitu lamella anterioer (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. Setiap nefron berawal dari berkas kapiler yang terdiri dari :

a) Glomerulus, merupakan gulungan atau nyaman kapiler yang terletak di dalam kapsul bowman (ujung buntu tubulus ginjal yang bentuknya seperti kapsul cekung menutupi glomerulus yang saling melilitkan diri). Glomerulus menerima darah dari arterior aferan dan meneruskan darah ke sistem vena melalui arterior eferan.

b) Tubulus proksimal konvulta, tubulus ginjal yang langsung berhubungan dengan kapsul bowman dengan panjang 15 mm dan diameter 55 mm.. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi diabsopsi secara isotonik bersama klorida dan melibatkan transportasi aktif natrium. Peningkatan absopsi natrium akan mengurangi pengeluaran air dan natrium. Hal ini dapat mengganggu pengenceran dan pemekatan urin yang normal.

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.

d) Tubulus distal konvulta, bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok dan jauh letaknya dari kapsul bowman, panjangnya 5 mm. Masing-masing duktus koligen berjalan melalui korteks dan medulla ginjal, bersatu membentuk duktus yang berjalan lurus dan bermuara ke dalam duktus belini seterusnya menuju kaliks minor ke kalisk mayor. Akhirnya mengosongkan isinya ke dalam pelvis renalis pada aspek masing-masing piramid medulla ginjal.

e) Duktus koligen medulla, duktus ini memiliki kemampuan mereabsobsi dan mensenkresi kalium. Ekskeri aktif kalium diperlihatkan pada duktus koligen kortikal dan dikendalikan oleh aldosteron. Reabsopsi aktif kalium murni terjadi dalam duktus koligen 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 glomelurus 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, pengatur hormon terhadap fisiologi ginjal, keseimbangan asam basah ginjal dan pengaturan keseimbangan cairan.

1) Ginjal mempunyai 2 fungsi yaitu :
   a) Fungsi ekskresi
      (1) Mempertahankan osmoloritas plasma sekitar 285 miliosmol
      (2) Mempertahankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam rentang normal.
      (3) Mempertahankan pH plasma sekitar 7,4
      (4) Mengekskresikan urea , asam urat dan kreatinin
   b) Fungsi nonekskresi
      (1) Menghasilkan rennin, penting untuk pengaturan tekanan darah.
      (2) Menghasilkan eritropoetin, faktor dalam stimulasi produksi sel darah merah dalam sum-sum tulang.
      (3) Metabolisme vitamin D menjadi bentuk aktifnya
      (4) Degradasi insulin.
      (5) Menghasilkan prostaglandin (Suharyanto & Majid, 2009).

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 mendapat 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 kapsul 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) Reabsorpsi

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 reabsorpsi terjadi pada tublus atas. Sedangkan pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi penyerapan kembali kedalam tublus bagian bawah. Penyerapannya terjadi secara aktif dikenal dengan reabsopsi fluktuatif dan sisanya dialirkan pada papilla renal. Hormon yang dapat ikut berperan dalam proses reabsorbsi Anti Deuretic 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 sikitar 7,4 (alkalis). Sel tubuh membentuk amonik yang bersenyawa dengan asam kemudian disekresi sebagai ammonium 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 osmolatirasis serum. Selama dehidrasi osmolaritas serum meningkat 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 angeotensin yang disekresi hati menjadi angeotensin I. Sel kapiler paru-paru selanjutnya mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II. Angiotensin II menkontriksi otot polos disekeliling arteriole . Hal ini meningkatkan tekanan darah yang mempengaruhi osmolaritas urine. Korteks adrenal jika dirangsang oleh angeotensin 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 menyekresikan 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. (Syaifuddin, 2014).

3. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

1) Faktor Presipitasi

a) 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 .

b) Penyakit Ginjal Polikistik (8%)

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.

c) Pielonefritis Kronis dan Nefritis Interstitial 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 mereabsorspsi cairan dan molekul yang masih diperlukan oleh tubuh sehingga terjadi gagal ginjal.

d) 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 glomelurus 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.

e) Medikasi (agen toksik)

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

f) 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 vasokontstriktor pembuluh darah. Vasokontriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, sehingga terjadi atrofi.

g) Infeksi Saluran Kemih

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

h) 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.

i) Lingkungan

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

2) Faktor Predisposisi:

a) 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 & sari, 2011).

4. Patofisiologi

Pada waktu terjadi kegagalan, sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotensi nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi

walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai ¾ dati nefron-nefron rusak. Beban yang harus dilarut menjadi lebih besar dari pada yang bias direabsorpsi berakibat diuresis osmotic disertai poliuri dan haus. Selanjutnya, oleh Karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak, oliguria timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimna timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini, fungsi renal yang demikian, nilai kreatinin clearance turun sampai 15 ml/menit atau lebih rendah itu.

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap system tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat. Banyak gejala uremia membaik setelah dialisis. (Haryono, 2013).

Ada beberapa stadium dalam gangguan fungsi ginjal antara lain:

a. Stadium 1 atau penurunan cadangan ginjal

   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 kompliksi 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, 2009).

5. Manifetasi Klinis

a. Sistem kardiovaskuler: Hipertensi, pitting edema (kaki dan tangan), edema periorbital, gesekan pericardium, pembesaran vena-vena di leher, pericarditis, tamponade pericardium, hyperkalemia, hyperlipidemia.

b. Sistem integument: warna kulit keabu-abuan, kulit kering dan gampang terkelupas, pruritis berat, ekimosis, purpura, kuku rapuh, rambut kasar dan tipis.

c. Sistem pernafasan, paru-paru: ronkhi basah kasar(krekels), sputum yang kental dan lengket, penurunan refleks batuk, nyeri pleura, sesak nafas takipnea, pernafasan kusmaul, pnemoritis uremik.
d. Sistem pencernaan: bau ammonia keika bernafas, pengecapan rasa logam, ulselari dan perdarahan mulut, anoreksia, mula muntah, cegukan, konstipasi, atau diare, perdarahan pada saluran cerna.
e. Sistem musculoskeletal: kram otot, kehilangan kekuatan otot, osteodistrofi ginjal, nyeri tulang, fraktur, kulai kaki.
f. Sistem reproduksi: amonera, atrofi testis, ketidak suburan, penururnan libido.(Brunner, 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 125ml/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.
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

a. Obat-obatan

Furosemide (membantu berkemih) transfuse darah. (Haryono, 2013).

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

1) Tindakan konservatif

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

a) Pengaturan diet Protein, Kalium, Natrium dan Cairan

(1) 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.

(2) Diet rendah kalium

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

(3) Diet rendah natrium

Diet Na yang dianjurkan adalah 40-90

mEq/hari (1-2gNa). Asupan natrium yang terlalu longgar dapat mengakibatkan retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kogestif.

(4) Pengaturan cairan

Cairan yang diminum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi dengan seksama. 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, 2009).

2) Hemodialsis dan transplantasi Ginjal

a) Hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat,dan zat-zat lain melalui membran semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi.

b) Transplantasi Ginjal

Transplantasi ginjal adalah suatu metode terapi dengan cara “memanfaatkan” sebuah ginjal sehat (yang diperoleh melalui proses pendonoran) melalui prosedur pembedahan. (Haryono, 2013).

8. Komplikasi
    a. Hiperkalemia, akibat penurunan eksresi asidosi metabolic, kata metabolisme dan masukan diet berlebih.
    b. Pericarditis, efusi pericardial dan temponade jantung, akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
    c. Hipertensi, akibat penurunan eritropoetitin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi.
    d. Penyakit tulang, akibat retensi fosfat, kadar kalium serum yang rendah metabolism vitamin D, abnormal dan peningkatan kadar aluminum. (Haryono, 2013).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan:

Riwayat diabetes militus, hipertensi lama tau berat. Palpitasi, nyeri dada (angina). Riwayat terpajan pada toksin, contoh obat, penggunaan antibiotik nefrotoksik saat ini/ berulang.

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

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (manultrisi). Anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa tidak sedap pada mulut (pernapasan ammonia).

Distensi abdomen, perubahan turgor kulit, edema, penampilan tidak bertenaga.

c. Pola Eliminasi

Penurunan frekuensi urin, oliguria, anuria, abdomen kembung, diare atau konstipasi.

Perubahan warna urin, contoh kuning pekat, merah coklat bewarna, oliguria, dapat menjadi anuria.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Kelemahan, malaise. Gangguan tidur (insomnia/gelisah atau somnolen).

e. Pola Tidur dan Istirahat

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

f. Pola Persepsi Kognitif

Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot.

Gangguan status mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidakmampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau , rambut tipis, kuku rapuh dan tipis.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

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

h. Menolak ansietas, takut, marah, mudah tersinggung,

perubahan Pola reproduksi dan seksualitas

Penurunan libido, amenorea, infertilitas.

i. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Keamanan: kulit gatal

Demam, sepsis dan dehidrasi

j. Pola sistem nilai kepercayaan

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

kepribadian.

k. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama

Kesulitan menentukan kondisi, contoh tidak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga. (Nursalam & Fransiska, 2009)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan potensial untuk pasien dengan Gagal Ginjal Kronik yaitu :

a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi.

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

nyeri, obesitas.

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, ketidakmampuan makan.
d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
e. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit dengan faktor risiko agens farmaseutikal, gangguan sirkulasi, gangguan turgor kulit, dan terapi radiasi. (Prabowo & Pranata, 2014).

3. Intervensi/Rencana Keperawatan
   a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan mekanisme regulasi

      NOC : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kelebihan volume cairan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang).

      Dengan kriteria hasil :

      1) Asites dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3
      2) Edema perifer dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3
      3) Kehausan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3

      NIC : Monitor tanda-tanda vital

      1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan

      Monitor cairan

      1) Catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni)

Manajemen cairan

1) Kaji lokasi demam
2) Berikan terapi iv, seperti yang ditentukan
3) Berikan deuretik yang diresepkan

Manajemen Elektrolit

1) Batasi cairan yang sesuai
2) Mengistruksikan alasan untuk batasan cairan, tindakan hidrasi, atau atministrasi elektrolit tambahan seperti yang ditunjukkan

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

NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status pernapsan : ventilasi dipertahankan pada skala 2 (berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup).

Dengan kriteria hasil :

1) Penggunaan otot bantu nafas dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3
2) Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3
3) Irama pernapasan dipertahankan pada skala 2 tingkatkana ke skala

NIC: Monitor tanda-tanda vital

1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan

Manajemen jalan nafas

1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
2) Instruksikan bagaimana agar biasa melakukan batuk efektif
3) Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya

4) Lakukan penyedotan melalui endotrakea atau nasotrakea, sebagaimana mestinya

Monitoring pernapasan

1) Auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan
2) Monitor pola nafas
3) Monitor keluhan sesak nafas pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan makan, kurang asupan makan.

NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan status nutrisi dipertahankan pada skala 3 (cukup menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan keskala 4 (sedikit menyimpang dari rentang normal)

Dengan kriteria hasil :

1) Asupan makan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 4

NIC: Monitor tanda-tanda vital

1) Monitor tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan

Manajemen nutrisi

1) Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien
2) Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih berventilasi, santai dan bebas dari debu yang menyengat)
3) Anjurkan pasien terkait kebutuhan diet untuk kondisi sakit

Pemberian makan

1) Berikan air minum pada saat makan atur pola diet yang diperlukan

d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawtan diharapkan kemampuan untuk mempertahankan aktivitas dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan pada skala 4 (ringan).

Dengan kriteria hasil :

1) Lateralgi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4
2) Kelelahan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 4

NIC: Manajemen lingkungan

1) Ciptakan lingkuangan yang aman bagi pasien
2) Identifikasi kebutuhan keselamatan pasien berdasarkan fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku dimasa lalu
3) Singkirkan bahaya lingkungan
4) Singkirkan benda-benda berbahaya dari lingkungan

e. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, kulit kering, pruritus, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan pembuatan akses darah hemodialisis, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi, hiperglikemia.

NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas jaringan kulit dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)

Dengan kriteria hasil :

1) Suhu kulit dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 4
2) Hidrasi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan pada skala 4
3) Lesi pada kulit dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan keskala 4

NIC: Perawatan luka

1) Angkat balutan dan plester perekat
2) Monitor karakteristik luka, termasuk draniase, warna, warna ukuiran, dan bau.
3) Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi

(Nurif, 2015)

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

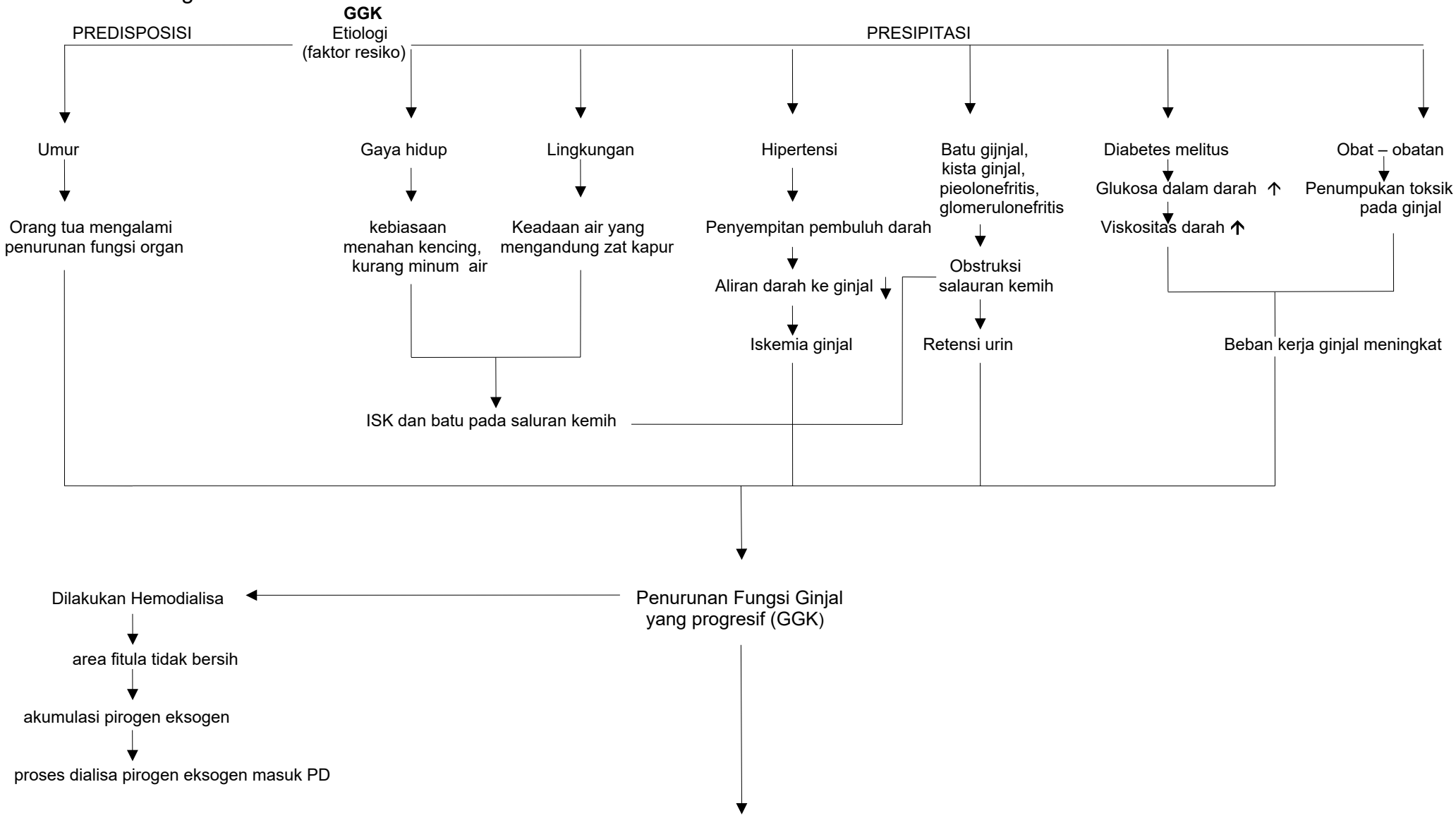
Adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut :

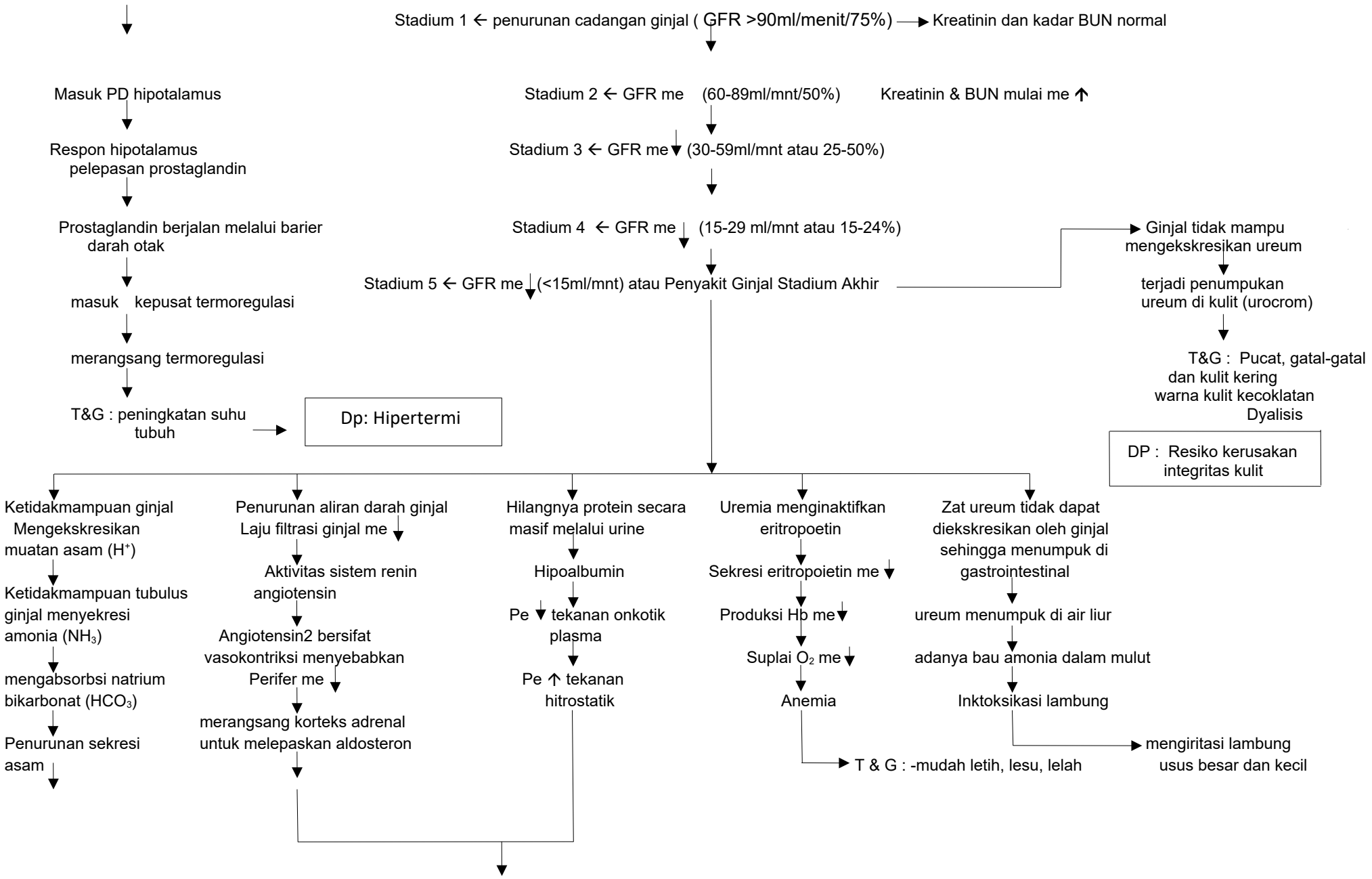
a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit gagal ginjal kronik misalnya mual, muntah, pengeluaran haluaran urin, napas berbau amonik.
b. Obat: beritahu pasien dan keluarga tentang daftar nama obat dosis, waktu pemberian obat, jangan mengkonsumsi obat-obatan 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,

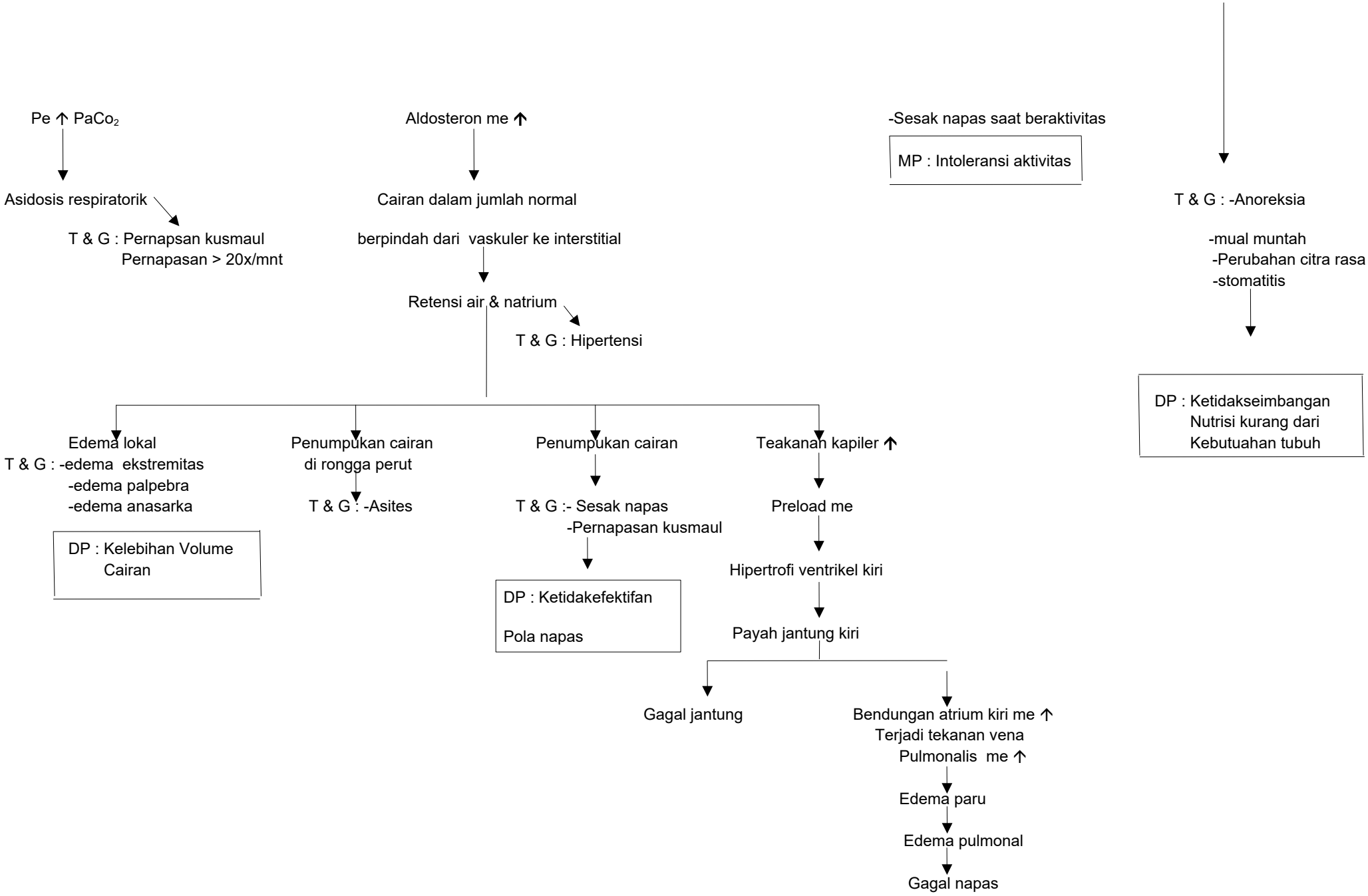
banyak mengkonsumsi makanan rendah natrium dan kalium. Keluarga harus memperhatikan benar-benar pola makan klien, membatasi pemasukan cairan. Jangan membiasakan diri untuk menahan buang air kecil, pertahankan berat badan normal, timbang berat badan secara teratur, serta hindari minuman bralkohol termaksuk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

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

C. Patoflowdiagram




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


Pe ↑ $PaCo_2$
Asidosis respiratorik
T & G : Pernapsan kusmaul
Pernapasan > 20x/mnt
Aldosteron me ↑
Cairan dalam jumlah normal
berpindah dari vaskuler ke interstitial
Retensi air & natrium
T & G : Hipertensi
-Sesak napas saat beraktivitas
MP : Intoleransi aktivitas
T & G : -Anoreksia
-mual muntah
-Perubahan citra rasa
-stomatitis
DP : Ketidakseimbangan
Nutrisi kurang dari
Kebutuahan tubuh
Edema lokal
T & G : -edema ekstremitas
-edema palpebra
-edema anasarka
DP : Kelebihan Volume
Cairan
Penumpukan cairan
di rongga perut
T & G : -Asites
Penumpukan cairan
T & G :- Sesak napas
-Pernapasan kusmaul
DP : Ketidakefektifan
Pola napas
Teakanan kapiler ↑
Preload me
Hipertrofi ventrikel kiri
Payah jantung kiri
Gagal jantung
Bendungan atrium kiri me ↑
Terjadi tekanan vena
Pulmonalis me ↑
Edema paru
Edema pulmonal
Gagal napas

KEMATIAN

BAB III

Tinjauan Kasus

Pasien Ny “N” berumur 46 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 05 April 2018 pada pukul 00.30 WITA dengan keluhan sesak, bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan. Pasien masuk di ruang perawatan ST.Bernadeth II.A dengan diagnosa medik *Chronic Kidney Disease + Edema Paru*, diagnosa saat pengkajian *CKD Chronic Kidney Disease Stage 5.*

Pada tanggal 06 April 2018 saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sesak disertai dengan batuk berlendir, kurang nafsu makan. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman setelah pulang dari hemodialysis pada tanggal 5 April 2018.

Tampak *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan, tampak pasien dengan posisi *othopnea*, kesadaran composmentis dengan GCS 15, tanda-tanda vital: tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 110 ×/menit, pernapasan 30 ×/menit, suhu 38,5^{0}C. Pada hasil pemeriksaan laboratorium pada serum elektrolit: natrium 133* mmol/lt, kalium 3.8 mmol/lt, clorida 9.8*mmol/lt, ureum 118.0 mg/dl, creatinin 6.1 mg/dl, HGB 6,3 g/dL. Pemeriksaan foto thorax Kesan: *Edema paru* dan *Efusi Pleura Dextra*. Diberikan terapi furosemide 40 mg/ bolusIV/ 8 jam, paracetamol 500 mg/oral diberikan pada saat pasien demam, dan ambroxol 250 mg/ oral/ 12 jam, O_2 10 L/menit menggunakan *nonrebreathing mask* dan hanya terpasang *triway (conecta).*

Berdasarkan data yang didapatkan di atas maka penulis mengangkat empat diagnosa keperawatan prioritas yaitu: ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan, kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, hipertermi berhubungan dengan agens farmaseutikal, dan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Ulfa Darmayanti Nim:E1514401048

Unit : St.Bernadeth II.A Autoanamnese : ✓

Kamar : 505[1] Alloanamnese :

Tanggal masuk RS : 05-04-2018

Tanggal Pengkajian : 06-04-2018

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Nama initial : Ny “N”
      Umur : 46 tahun
      Jenis kelamin : Perempuan
      Status perkawinan : kawin
      Jumlah anak : 4
      Agama/suku : Islam/Bugis
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
      Alamat rumah : Jl. Cendrawasih, Makassar
   b. Penanggung Jawab
      Nama : Tn “H”
      Umur : 24 Tahun
      Alamat : Jl. Cendrawasih, Makassar
      Hubungan dengan pasie : Anak
2. Data Medik
   Diagnosa medik
   Saat masuk : *CKD (Chronic Kidney Disease) + Edema Paru*
   Saat pengkajian : *CKD (Chronic Kidney Disease) Stage 5*

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit ringan/ bera / tidak tampak sakit

Alasan : Tampak keadaan pasien sakit berat, pasien tampak lemah, sesak dengan frekuensi pernapasan 30 ×/menit, jenis pernapasan takipnea dan disertai dengan batuk, posisi pasien dalam keadaan *orthopnea*, *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan, terpasang cimino pada bagian tangan sebelah kiri. Tampak pasien memakai O_2 10 L/menit menggunakan *nonrebreathing mask* hanya terpasang *triway (conecta)* di tangan sebelah kanan.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (Kualitatif) : composmentis

Skala Koma Glasgow (Kualitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : pasien Tidak koma

2) Tekanan darah : 140/80 mmHg

MAP : 100 mmHg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 38,5^{0}C di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 30 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-strokea

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 110 x/menit

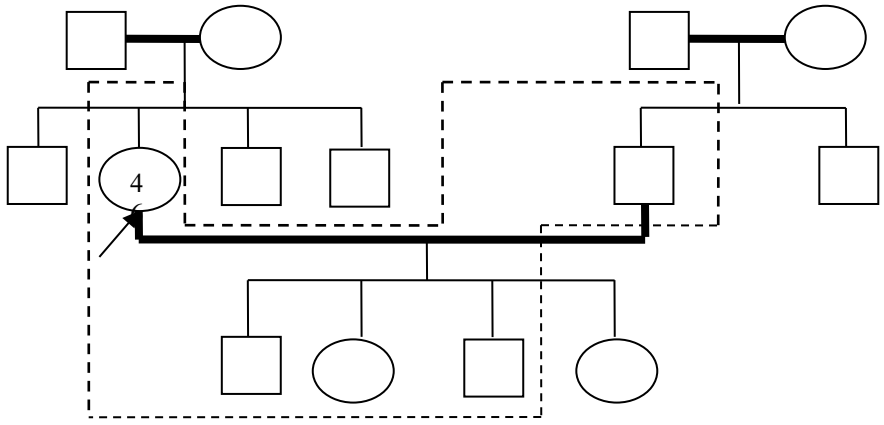
Irama : ☐ Teratur ☐ Bradikardi ☑ Takikardi

☐ Kuat ☐ Lemah

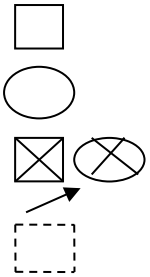
c. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 25 cm
2) Tinggi badan : 158 cm
3) Berat badan : 46 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 18,42 kg/m^2
5) Kesimpulan : Berat badan kurang

d. Genogram



Keterangan :



: Laki-laki
: Perempuan
: Meninggal
: pasien
: Tinggal serumah

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan sangat penting bagi diirinya. Pasien mengatakan ketika menderita flu ia minum obat. Pasien mengatakan ia sering melakukan akstivitas membuat kerajinan sampai tidak nafsu makan. Pasien mengatakan ia mengkonsumsi obat untuk penurun berat badan selama 2 tahun secara rutin. Pasien mengatakan sulit buang air besar dan merasa sakit pada bagian pinggang yang hilang timbul

dan merasa nyeri saat haid, sehingga ia mengonsumsi obat asammefenamat untuk menghilangkan rasa nyeri.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama

Sesak

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan ia merasa sesak, bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan dan merasa pusing ± 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan untuk mengurangi pusing ia membeli obat di apotik namun pusing yang dirasakan tidak mengalami perubahan dan bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan tidak berkurang oleh karena itu keluarga memutuskan membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 05 April 2018. Saat pengkajian pasien mengatakan ia masih mengeluh sesak disertai batuk berlendir, pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman setelah pulang dari hemodialysis pada tanggal 5 April 2018.

Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 30 x/menit dengan jenis pernapasan takipnea, tampak pasien dengan posisi orthopnea. Pasien tampak pucat dan gelisah, edema pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm. Tampak kulit pasien memerah dan teraba hangat.

3) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan ia pernah menderita penyakit Gagal Ginjal pada tahun 2013 dan pernah dirawat di Rumah Sakit Plamonia dan melakukan cuci darah 3 kali seminggu sampai saat ini.

4) Riwayat kesehatan keluarga:

Pasien mengatakan didalam keluarga tidak ada penyakit keturunan.

5) Pemeriksaan fisik

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

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia makan hanya 2x sehari dengan mengkonsumsi beras merah dan sayur hanya menghabiskan ½ porsi dalam I porsi makanan yang disediakan dan setelah makan ia mengkonsumsi buah-buahan. Pasien mengatakan ia minum air putih ± 5-7 gelas 1.750 cc/hari. Pasien mengatakan ia minum obat diet untuk menurunkan berat badan selama 2 tahun pada umur 39-41 tahun. Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan dari 69 kg menjadi 46 kg.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan kurang nafsu makan ia hanya mampu menghabiskan ½ porsi dalam 1 porsi makanan yang telah disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. Pasien mengatakan ia sering merasa haus sehingga minum air putih selama satu hari 6-8 gelas ± 2000 cc/hari.

3) Observasi

Pasien tampak kurus dengan BB 46 kg dan sudah minum air putih ±1 botol aqua selama satu hari ± 2000/24 j

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bewarna putih, tipis dan kasar

b) Hidrasi kulit : Finger print kembali < 3 detik

c) Palpebra/conjungtiva : Tampak *edema*/ tampak anemis

d) Sclera : Tidak tampak ikterik

e) Hidung : Tampak simetris di tengah

f) Rongga mulut : Tampak kotor

g) Gusi : Tidak ada peradangan

h) Gigi : Tampak utuh

i) Gigi palsu : Tampak tidak ada

j) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras

k) Lidah : Tampak kotor bewarna putih

l) Pharing : Tidak ada peradangan

m) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran

n) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran

o) Abdomen

- Inspeksi : Tampak asites
- Peristaltik usus : Peristaltik 18 x/menit
- Palpasi : Nyeri
- Perkusi : Pekak

p) Kulit

- Edema : ☑ Positif ☐ Negatif
- Icterik : ☐ Positif ☑ Negatif
- Tanda-tanda radangan : Tidak ada tanda-tanda peradangan

q) Lesi : Tidak tampak adanya lesi

c. Pola eleminiasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancar, frekuensi 1x/hari dengan konsisten padat dan bewarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK tidak lancar dan mengatakan sakit pada bagian pinggang yang hilang timbul.

2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi

Tampak abdomen asites

Tampak urin pasien dalam botol aqua dan saat ini berjumlah ± 50 cc

Cm (air putih) = 2000/ hari

Ck (urine) = 150 cc/ 24 jam

IWL = 15× BB

= 15×46

= 690/24 jam

IWL demam = IWL normal + 200 x (suhu sekarang – 36,8)

= 690 + 200 (38,5 – 36,8)

= 1030 cc

CM – (CK + IWL demam)

= 2000 – (150 + 1030)

= 2000 – 1180

= + 820 cc

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 18 x/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ penuh ☑ kosong

d) Mulut ureta : Tidak dikaji pasien menolak

e) Anus : Tidak dikaji pasien menolak

- Peradangan : Tidak dikaji pasien menolak
- Hemoroid : Tidak dikaji pasien menolak
- Fistula : Tidak dikaji pasien menolak

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia seorang ibu rumah tangga, sehari-hari ia menghabiskan waktunya dengan membuat kerajinan dari manik-manik dan dirumah untuk membersihkan rumah. Pasien mengatakan ia jarang berolahraga karena ia akan merasa lemas.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak banyak melakukan aktivitas dan cepat lelah. Pasien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit sesak bertambah jika beraktivitas seperti pergi ke kamar mandi. pasien mengatakan bila melakukan aktivitasnya sering dibantu oleh keluarga.

3) Observasi

Pasien tampak sesak dan dalam posisi othopneic dan serta tampak aktivitas dibantu dengan keluarga dan perawat, tampak terpasang triway, O_2 10 L/menit menggunakan *non rebirthing mask.*

a) Aktivitas harian

1) Makan : 0

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

2) Mandi : 2
3) Pakaian : 2
4) Kerapian : 2
5) Buang air besar : 0
6) Buang air kecil : 2
7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

b) Postur tubuh : Tampak bungkuk
c) Gaya jalan : Tidak dikaji (pasien menolak karena bengkak pada bagian punggung kaki)
d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada yang cacat
e) Fiksasi : Tidak ada
f) Tracheostomy : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah
- Berbaring : 140/80 mmHg
- Duduk : Tidak dikajji
- Berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : [-] positif [-] Negatif

b) HR : 110 ×/ menit
c) Kulit
Keringat dingin : Tidak ada
Basah : Tidak ada
d) JVP : 5 - 2 cmH_2O
Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai
e) Perferusi pembuluh kapiler kuku : kembali dalam 3 detik
f) Thorax dan pernapasan
- Inspeksi
Bentuk Thorax : Tampak simetris kiri dan kanan
Retraksi interkosta : Tampak penggunaan otot bantu pernafasan

Sianosis : Tidak ada

- Palpasi

Vocal premitus : Getaran lebih dirasakan di lapang paru sebelah kiri

Krepitasi : Tidak ada

- Perkusi

☐ Sonor ☐ Redup ☑ Pekak

Lokasi : lapang paru sebelah kanan

- Auskultasi

Suara napas : Vesikular lemah terdengar di lapang paru sebelah Kanan

Suara ucapan : Suara terdengar jauh dan tidak jelas terdengar di lapang paru sebelah kanan

Suara tambahan : Ronchi terdengar dikedua lapang paru

g) Jantung

- Inspeksi

Ictus cordis : Tidak ada

- Palpasi

Ictus cordis : Teraba di ICS 5 linea mid- clavikularis

- Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung : ICS 5 linea mid – clavicuralis sinistra

Batas kanan jantung : linea mid sternalis dekstra

Batas kiri jantung : ICS 5 mid – axilaris anterior sinistra

- Auskultasi

Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 linea sternalis dekstra

Bunyi jantung II P : Tunggal ICS 3 linea sternalis

sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal ICS 5 linea sternalis Mid clavicularis sinistra

Bunyi Jantung III irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak terdengar

a. Renalis : Tidak terdengar

b. Femoralis : Tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif

- Rentang gerak

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	3	3
Kaki	3	3

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 jauh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologis : Bicep (+,+), Tricep (+,+), Patella (+,+)
- Reflex patologis : Negatif

  Babinski Kiri : ☐ Positif ☑ Negatif

  Kanan : ☐ Positif ☑ Negatif
- Clubbing jari-jari : Tidak ada
- Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna veterbalis

- Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☑ scoliosis
- Palasi : Nyeri tekan tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ia susah tidur karena sesak dan batuk berlendir. Pasien mengatakan tidur malam ±4-5 jam dan tidak bias tidur siang. Pasien mengatakan sering terbangun karena gelisah dan sesak yang disertai dengan batuk berlendir.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : ☐ Positif ☑ Negatif

Banyak menguap : ☐ Positif ☑ Negatif

☑ ☐

Palpebra inferior bewarna gelap : Positif Negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ia mengalami gangguan penglihatan sejak tahun 2013. Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialami dan tidak mengetahui tentang penyebabnya.

3) Observasi

Tampak pasien tidak mampu membaca papan nama perawat pada jarak ± 38 cm.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

- Kornea : Tampak kurang jernih
- Pupil : Tampak isokor
- Lensa mata : Tampak keruh
- Tekanan intra okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Tampak simetris
- Kanalis : Tampak bersih tidak ada serum
- Membran timpani : Tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan tungkai

Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia seorang Ibu rumah tangga dan Ibu dari 4 orang anak. Untuk kebutuhan sehari-hari suami yang mencari nafkah.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit badannya terasa lemas dan merasa pusing tidak bias melakukan aktivitasnya seperti biasa. Pasien hanya terbaring di tempat tidur dan tidak bias menjalankan perannya sebagai IRT.

3) Observasi

Pasien tampak terbaring di tempat tidur.

a) Kontak mata : Kurang
b) Rentang perhatian : Perhatian kurang
c) Suara dan cara bicara : Suara pasien tidak jela dan pelan

Postur tubuh : Kiposis

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Kiposis
c) Kulit : Tampak bersis tidak ada lesi

h. Pola persepsi dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia tinggal bersama suami dan anak laki-lakinya. Pasien mengatakan ia memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan keluarga serta para tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan hubungan fdengan keluarga, perawat dan pasien lainnya terjalin dengan baik. Di dalam keluarga, pasien berperan sebaia ibu dari anak laki-lakinnya.

3) Observasi

pasien berkomunikasi dengan keluarganya dan perawat dengan baik. Tampak pasien dijaga dengan anak laki-lakinya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia memiliki 4 orang anak. Pasien mengatakan ia tidak ingin mempunyai anak lagi. Pasien mengatakan tidak ada masalah pada bagian reproduksi.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ia tidak mengalami pada masalah reproduksi.

3) Observasi

Tidak dikaji pasien menolak

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji pasien menolak

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan bila mengalami masalah, ia biasa mengontrol diri dan selalu bercerita dengan suami dan anaknya. Pasien mengatakan ia mengalihkan amarahnya dengan menonton Tv dan bercerita dengan suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa cemas memimikirkan penyakitnya dan hanya bias berpasrah kepada Tuhan Yang Maha Esa.

3) Observasi

Pasien tampak sedih.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia beragama islam setiap hari selalu melakukan sholat 5 waktu bersama dengan suaminya. Pasien mengatakan ia juga aktif dalam kegiatan seperti yasinyan.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat pergi ke masjid untuk sholat, hanya bias berdoa di atas tempat tidur.

5. Uji saraf kranial
    a. N I: Olfactorius = pasien mampu mencium serta membedakan bau minyak kayu putih dengan mata tertutup
    b. N II: Opticus = Pasien tidak mampu membaca id-card perawat dengan jarak ± 30 cm
    c. N III, IV, VI: Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens = pasien mampu menggerakkan bola mata kea rah kiri dan kanan atas bawah ketika diberikan reflex cahaya pupil isokor
    d. N V: Trigeminus
        1) Sensorik: pasien mengatakan mampu merasakan gesekan tisu di pipi sebelah kanan, kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.
        2) Motorik: teraba otot masseker keras
    e. N VII: Fascialis
        1) Sensorik: pasien mampu mengecap rasa manisnya gula pasir.
        2) Motorik: pasien mampu membuka mulut
    f. N VIII :
        1) Vestibularis: tidak dikaji karena pasien sesak
        2) Akustikus: pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat pada telinga pada telinga kiri dan kanan
    g. N IX: Glossopharyngeus
        Tampak letak uvula ditengah
    h. N X: Vagus
        Pasien mampu menelan
    i. N XI: Ascesorius: Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan kiri serta dapat menggerakkan kepala ke kiri dan kekanan

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Darah: Pemeriksaan Darah Lengkap : 06 April 2018

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	8.0		10^3uL	4.8-10.8
RBC	**2.1**	-	10^6/uL	4.7-6.1
HGB	**6.3**	-	g/dL	14-18
HCT	**18.50**	-	%	42-52
MCV	86.4		fL	80-99
MCH	29.4		Pg	27-31
MCHC	34		g/dL	33-37
PLT	425		10^3uL	150-450
RDW-CV	**14.6**	+	%	11.5-14.5
PDW	9.3		fL	9-13
MPV	8.6		fL	7,2-11,1
P-LCR	15.0		%	15-25
NEUT%	71.0		%	40-74
LYM%	19.0		%	19-48
MXD%	10.0		%	4-18
NEUT#	5.7		10^3uL	1.5-7
LYM#	1.5		10^3uL	1-3.7
MXD#	8.0		10^3uL	0-1.2
LED 1Jam	-		mm/h	0-20
LED 2 Jam	-		mm/h	0-20

b. Pemeriksaan Ureum Cratinine : 06 April 2018

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
Ureum	**118.0**	10-50	mg/dL		H

Cratinine **6.1** <1.1 mg/dL H

c. Pemeriksaan Elektrolit: 06 April 2018

Tes / Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
Kimia darah				
Elektrolit				
Elektrolit natrium, kalium, clorida				
Natrium	**133 ***	136-145	mmol/L	
Kalium	3.8	3.4 4.5	mmol/L	
Clorida	**9.8***	100-108	mmol/L	

d. Pemeriksaan foto thorax : 06 April 2018

Kesan :

Edema paru

Efusi Pleura Dextra

e. Terapi

1) Furosemide 40 mg/ IV/ 8 jam

2) Paracetamol 500mg/ oral/ diberikan pada saat pasien demam

3) Ambroxol 250 mg/ oral/ 12 jam

Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Ulfa Darmayanti)

B. Analisa Data

Nama/ umur : Ny “N”/ 46 tahun

Unit/ kamar : St. Bernadeth II.A/ 505[1]

No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS : - Pasien megatakan sesak disertai batuk berlendir - Pasien mengatakan pada malam hari susah tidur karena sesak dan gelisah DO: - Tampak pasien sesak - Tampak menggunakan otot bantu pernapasan - Tampak pasien gelisah - Tampak pasien di atas tempat tidur dengan posisi ortopnea - Tampak pasien menggunakan O_2 10 L/menit, menggunakan *nonrebrihiting mask* - Hasil observasi TTV: TD : 140/80 mmHg N : 110 ×/menit S : 38,5^{0}C P : 30 ×/ menit - Tampak pasien batuk berlendir	Keletihan otot pernapasan	Ketidakefektifan pola napas

	- Hasil foto thoraks Kesan: *Edema paru* *Efusi pleura Dextra* - Auskultasi Suara napas : Vesikular lemah terdengar di lapang paru sebelah Kanan Suara ucapan: Suara terdengar jauh dan tidak jelas terdengar di lapang paru sebelah kanan Suara tambahan: Ronchi terdengar dikedua lapang paru - Vocal premitus : getaran lebih dirasakan di lapang paru sebelah kiri		
2.	DS : - Pasien mengatakan ia merasa sesak - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman setelah pulang dari hemodialysis pada tanggal 5 April 2018 DO: - Tampak pasien gelisah - Hasil observasi TTV:	Agens farmaseutikal	Hipertermia

	TD : 140/80 mmHg N : 110 ×/menit S : 38,5^{0}C P : 30 ×/menit - Kulit pasien teraba hangat - Pasien memiliki riwayat hemodialysis pada tanggal 5 April 2018		
3.	DS: - Pasien mengatakan ia hanya minum air putih 2.000 cc/24 jam - Pasien mengatakan ia sering merasa haus - Pasien mengatakan BAK tidak lancar ± 2-3×/ hari dengan jumlah urine 150 cc bewarna kuning kekuningan DO: - Keadaan umum pasien tampak sakit berat - Tampak abdomen acites - Tampak palpebral edema - Tampak bagian punggung kaki edema sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm - Tampak pasien sesak - Hasil observasi: TD : 140/ 80 mmHg	Gangguan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan

	N : 110 ×/menit S : 38,5°C P : 30 ×/menit - Hasil pemeriksaan lab Ureum : 118,0 mg/dL Creatinin : 6,1 mg/dL Elektrolit Natrium : 133 mmol/L - Kalium : 3,8 mmol/L - Clorida : 98 mmol/L - Balance cairan Cm (air putih) : 2000cc/24 jam Ck(urine) : 150cc IWL demam IWL normal + 200 x (suhu sekarang – 36,8) 690 + 200 (38,5 – 36,8) = 1030 cc CM – (CK + IWL demam) 2000 – (150 + 1030) 2000 –(150 + 1030) 2000 – 1180 = + 820		

4.	DS: - Pasien mengatakan kurang nafsu makan hanya mampu menghabiskan ½ porsi yang disediakan dengan frekuensi makan 3×/ hari - Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan dari 69 kg menjadi 46 kg DO : - Tampak pasien hanya makan bubur - IMT = 18,42 kg/m^2 Kesimpulan berat badan kurang - Pasien tampak kurus - Tampak rongga mulut kotor	kurang asupan makan	ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

C. Diagnosa Keperawatan

Nama / umur : Ny “N” /46 tahun

Unit / kamar : St. Bernadeth II.A / 505[1]

No	Diagnosa
I.	Ketidakefektifan pola napas b/d Keletihan otot pernapasan
II.	Kelebihan volume cairan b/d Gangguan mekanisme regulasi
III.	Hipertermi b/d Agens farmaseutikal
IV.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Kurang asupan makan

C . Rencana keperawatan

Nama /umur : Ny “N”/ 46 tahun

Unit/ kamar : St. Bernadeth II.A / 505[1]

No	Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Nursing Outcomes Clasification (NOC)	Nursing Interventions Clasification (NIC)
I.	Kamis 06/04/2018	ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan Ditandai dengan: DS : - Pasien megatakan sesak disertai batuk berlendir - Pasien mengatakan pada malam hari susah tidur karena sesak dan gelisah DO : - Tampak pasien sesak - menggunakan otot bantu pernapasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan status pernafasan pada skala 2 (berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup) Dengan kriteria hasil : a. Status pernapasan : kepatenan jalan napas 1) Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 3 2) Irama pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan keskala 3 3) Kemampuan untuk mengeluarkan sekret dipertahankan pada skala 2	a. Manajemen jalan nafas 1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 2) Instruksikan bagaimana agar biasa melakukan batuk efektif 3) Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya 4) Lakukan penyedotan atau disfungsi

		- Tampak pasien di atas tempat tidur dengan posisi orthopnea - Tampak pasien menggunakan O_2 10 L/menit, menggunakan *nonrebeathing mask* - Hasil observasi TTV: TD : 140/80 mmHg N : 110 ×/ menit S : 38,5^{0}C P : 30 ×/ menit - Tampak pasien batuk berlendir - Hasil foto thoraks Kesan *: Edema* paru, *Efusi* pleura *Dextra*	ditingkatkan keskala 3 b. Status pernapasan : ventilasi 1) Penggunaan otot bantu nafas dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 2) Dipsnea saat beristirahat dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3) suara nafas tambahan ditingkatkan ke skala 2 ditingkatkan ke skala 3	5) Kelola pengobatan sebagaimana mestinya b. Monitor pernapasan 1) Auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan 2) Monitor pola nafas 3) Monitor keluhan sesak nafas pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut c. Monitor tanda-tanda vital 1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan

		- Auskultasi Suara napas : Vesikular lemah terdengar di lapang paru sebelah Kanan Suara ucapan: Suara terdengar jauh dan tidak jelas terdengar di lapang paru sebelah kanan Suara tambahan: Ronchi terdengar dikedua lapang paru Vocal premitus : getaran lebih dirasakan di lapang paru sebelah kiri		

II.	Kamis 06-04-2018	Kelebihan volume cairan b/d Gangguang mekanisme regulasi Ditandai dengan: DS : - Pasien mengatakan ia diberikan batasan cairan ± 600 cc/ hari oleh dokter. - Pasien mengatakan BAK tidak lancar ± 2-3 ×/ hari dengan jumlah urine 150 cc bewarna kuning-kekuningan. DO : Keadaan umum pasien tampak sakit berat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan keseimbangan cairan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang). Dengan kriteria hasil: a. Keseimbangan cairan 1) Edema dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 2) Keseimbangan *intake* dan *output* dalam 24 jam dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 b. Eliminasi urin 1) Jumlah urin depiertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 c. Status pernapasan : ventilasi 1) Dispnea saat beristirahat dieprtahankan pada skala 2 Ditingkatkan ke skala 3	a. Monitor cairan 1) Catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni) b. Manajemen cairan 1) Kaji lokasi dan luasnya edema 2) Berikan terapi IV, seperti yang ditentukan 3) Berikan deuretik yang diresepkan c. Manajemen Elektrolit 1) Batasi cairan yang sesuai 2) Mengistruksikan alasan untuk batasan cairan, d. Pengaturan Hemodinamik 1) Tinggikan kaki tempat tidur e. Monitor tanda-tanda vital 1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan

		- Tampak bagian punggung kaki edema sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm - Tampak pasien sesak - Hasil observasi: TD : 140/ 80 mmHg N : 110×/ menit S : 38,5°C P : 30×/menit - Hasil pemeriksaan lab Ureum : 118,0 mg/dL Creatinin : 6,1 mg/dL Elektrolit - Natrium : 133 mmol/L - Kalium : 3,8 mmol/L - Clorida : 98 mmol		

		- Balance cairan : CM – (CK + IWL demam) 2000 – (150 + 1030) 2000 – (150 + 1030) 2000 – 1180 = + 820		
III.	Kamis, 06/04/2018	Hipertermi b/d Agens Farmaseutikal DS : - Pasien mengatakan ia merasa sesak - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman setelah pulang dari hemodialysis pada tanggal 5 April 2018 DO: - Hasil observasi TTV: TD : 140/80 mmHg	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan termoregulasi dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) Dengan kriteria hasil : a. Status neurologi 1) Hipertermi dipertahankan pada	a. Pengaturan suhu 1) Monitor tekanan dara, nadi, dan respirasi, suhu sesuai kebutuhan 2) Berikan medikasi yang tepat untuk mencegah mengontrol menggigil b. Perawatan demam 1) Monitor warna kulit 2) Beri obat atau cairan IV

		N : 110×/ menit S : 38,5^{0}C P : 30 ×/ menit - Kulit pasien teraba hangat - Pasien memiliki riwayat hemodialysis pada tanggal 5 April 2018	1) Peningkatan suhu kulit dipertahankan pada skala 2 ditingkatakan ke skala 3 2) Tekanan darah dipertahankan pada skala 2 ditingkatan ke skala 3 a. Status neurologi : otonomik 1) Sakit kepala dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 4(ringan)	1) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian untuk demam
IV.	kamis 06/04/2018	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan Ditandai dengan : DS: - Pasien mengatakan nafsu makan kurang baik - Pasien mengatakan ia hanya mampu menghabiskan ½ porsi yang disediakan dengan frekuensi makan 3×/ sehari	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, status nutrisi dipertahankan pada skala 4 (sedikit terganggu) ditingkatkan ke sakala 5 (tidak terganggu) Dengan kriteria hasil: a. Nafsu makan 1) Hasrat/keinginan untuk makan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5	a. Manajemen nutrisi 1) Identifikasi(adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien 2) Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan dari debu yang menyengat

		- Pasien mengatakan ia mengalami penurunan berat badan selama bulan dari 69 kg menjadi 46 kg DO : - IMT = 18,42 kg/m^2 Kesimpulan berat badan kurang - Pasien tampak kurus BB = 46 kg	3 2) Intake makan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5 b. Berat badan: massa tubuh 1) Berat badan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke sklaa 3 (sedang)	3) Anjurkan pasien terkait kebutuhan diet untuk kondisi sakit b. pemberian makan 1) Atur diet yang diperlukan 2) Catat asupan dengan tepat c. Manajemen berat badan 1) Hitung berat badan ideal pasien

		-		

E. Implementasi Keperawatan

Nama / umur : Ny “N”/ 46 tahun

Unit / kamar : St. Bernadeth II.A / 5051

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
07/04/2018	II	07.30	Meninggikan kaki di tempat tidur Hasil: - meletakkan bantal dibawah kaki pasien yang *edema*. Tampak pasien berbaring menggunakan 1 bantal dibawah kaki yang *edema*	Ulfa
	II	08.00	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - furosemide 40 mg/ IV	Perawat merry
	III		Memberikan obat untuk menurunkan demam sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - paracetamol 500 mg/oral	Perawat Merry
	II	08.30	memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - memberikan posisi orthopneic	Ulfa
	II	09.00	Mencatat asupan dan pengeluran Hasil : - air putih: 200cc - urine :40cc	Ulfa
	I,II III, IV	10.00	Mengobservasi ttv Hasil: - TD : 130/80 mmHg	Ulfa & Gusti

			- N : 110 ×/menit - S : 37,5^{0}c - P : 29 ×/menit	
	I	10.10	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi semifowler Hasil: - tampak pasien dalam posisi semifowler - pasien mengatakan ia masih merasa sesak	Ulfa
	I	10.15	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil : - memberikan O_2 10L/menit memakaikan *nonrebreathing mask*	Ulfa
	III	11.30	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan Hasil : - membersihkan tisu di atas tempat tidur - tampak bersih di atas tempat tidur pasien	Gusti
	III	11.50	Mencatat asupan makan pasien Hasil : - tampak pasien menghabiskan ½ bubur,1 potong ikan dan tidak menghabiskan sayur yang telah disediakan	Ulfa
	I	12.00	Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter	Perawat Merry

			Hasil : - ambroxol 250 mg/oral	
	III	12.15	Memonitor suhu pasien hasil: - 37,8^{0}C - Pasien mengatakan ia masih merasa demam	Ulfa
	III	12.30	Memberikan medikasi yang tepat dengan mengompres pasien menggunakan kain dan air hangat Hasil: - diberikan pada daerah dahi sampai suhu turun	Ulfa
	II	12.30	Membatasi cairan yang sesuai 600 cc/hari Hasil: - Pasien mengatakan dia sering merasa haus	Prof Agus
	II	13.30	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : - air putih = 500 cc - urine = 50 cc	Ulfa
	II	14.00	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi Hasil : - pukul 07.30-09.00 (air putih= 200 cc, urine= 40 cc) - pukul 10.00-14.00(air putih= 500 cc, urine= 50 cc) - Total: CM: 700 cc CK: 90 cc	Ulfa

	I	15.00	Memonitoring pola nafas Hasil: - tampak pasien sesak dengan frekuensi pernafasan 27 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan (accessorius), irama pernafasan takipnea, dan jenis pernafasan dada	Yuliana
	I	15.05	Mengauskultasi suara nafas Hasil : - terdengar suara ronchi	Yuliana
	I	15.15	memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil : - memberikan posisi semifowler	Yuliana
	I	15.18	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 10 L/menit - memberikan *nonrebreathing mask*	Velaria
	IV	15.30	Mengatur diet yang diperlukan Hasil : - ahli gizi memberikan diet rendah garam <59/ hari dan diet protein 1,25 /kgBB	Ahli gizi
	II	15.55	Mengkaji lokasi edema Hasil : - pasien mengatakan bengkak tidak berkurang. Tampak edema pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan	Velaria

			cekungan kembali 7 detik	
	II	16.00	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - furosemide 40 mg/IV	Perawat Dessy
	I,II III, IV	16.10	Mengobservasi ttv Hasil : - TD : 120 mmHg - N : 100 ×/menit - P : 25×/menit - S : 38,5^{0}C	Yuliana & Ausebia
	III	16.15	Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - paracetamol 500 mg/oral	Perawat Dessy
	I	16.20	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi semifowler Hasil : - tampak pasien dengan posisi semifowler - pasien mengatakan sesak mulai berkurang	Ausebia
	I	16.23	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 9 L/menit memberikan *nonrebreathing mask*	Velaria & Ausebia
	II	17.00	Mencatat asupann dan pengeluaran Hasil: - air putih= 150 cc	velaria

			- urine = 40 cc	
	II	17.20	Membatasi cairan yang sesuai intruksi dokter 600/hari Hasil: -tampak perawat memberikan contoh botol aqua yang berisi 600 cc	Perawat Dessy
	III	17.30	Menghitung berat badan pasien Hasil : - 46 kg, IMT =18,24 kg/m^2	Yuliana
	IV	18.00	Mencatat asupan dengan tepat Hasil : - tampak pasien hanya mampu menghabiskan ½ nasi dan ½ sayur yang telah disediakan. Pasien mengatakan kurang nafsu makan	Velaria
	II	18.20	Menganjurkan pasien untuk kebutuhan diet, seperti tidak minum air yang mengandung soda Hasil : - tampak pasien paham untuk tidak minum air yang mengandung soda	Velaria
	III	18.30	Memonitor suhu Hasil: - Suhu : 37,8^{0}C	Ausebia
	III	18.33	Memonitor warna kulit Hasil : - tampak warna kulit pasien kemerahan dan teraba hangat	Ausebia
	III	18.35	Memberikan medikasi yang tepat dengan mengompres menggunakan air hangat	Ausebia

			Hasil: - diberikan pada daerah dahi sampai suhu turun Memonitor keluhan sesak pasien Hasil :	
	I	19.00	- pasien mengatakan masih merasa sesak disertai batuk berlendir. pasien mengatakan sesak bertambah ketika pergi ke kamar mandi Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil:	Velaria
	I	19.30	- air putih = 250 cc - urine = 40 cc Mengauskultasi suara nafas tambahan	Velaria
	I	19.55	Hasil: - terdengar suara ronchi Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter	Prerawat Ida
	II	20.00	Hasil: - ambroxol 250 mg/oral Memonitoring asupan dan pengeluran pada shift siang	Velaria
		21.00	Hasil: - pukul 15.00-17.00 (air putih= 140 cc, urine = 40 cc) - pukul 17.20-21.00 (air putih= 250 cc, urine= 40 cc) - total CM = 400 cc CK = 80 cc Mengobservasi ttv	Yohanes

	I,II III,IV	22.00	Hasil : - TD :120/80 mmHg - N : 98 ×/menit - S : 37,5^{0}C - P : 25 ×/menit	Yohanes
	I	22.10	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi semifowler Hasil: - tampak pasien dengan posisi semifowler - pasien mengatakan masih mengeluh sesak	Yuliana
	I	22.14	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 9 L/menit - memberikan *nonrebreathing mask*	Yohanes Yohanes
	III	22.30	Menutup pasien dengan selimut Hasil: - tampak pasien berbaring dengan selimut yang tebal	Yuliana
	II	23.55	Mengkaji lokasi *edema* Hasil: - pasien mengatakan bengkak pada kaki tidak berkurang. - tampak *edema* dengan cekungan kembali 7 detik	Yuliana
	II	24.00	Memberikan deuretik sesuai dengan kolaborasi dokter Hasil:	Yohanes

			- furosemide 40 mg/IV	
			Mengobservasi ttv	
			Hasil:	
	I,II III,IV	05.00	- TD : 130/80 mmHg - N : 90×/ menit - S : 38,^{0}C - P : 25×/menit	Yohanes
			Memberikan oksigen yang dilembabkan	
	I	05.10	Hasil: - memberikan O_2 9 L/menit - memakaikan *nonrebreathing mask*	Yohanes
			Memonitor warna kulit	
			Hasil :	
	III	05.15	- tampak kulit kemerahan dan teraba hangat	Yuliana
			Memberikan medikasi yang tepat dengan mengompres menggunakan	
	III	05.20	kain dan air hangat Hasil: - diberikan di dahi sampai suhu turun	Yuliana
			Memberikan medikasi yang tepat dengan menutup pasien	
	III	05.24	menggunakan selimut Hasil : - tampak pasien tidur dengan selimut tebal	Yohanes
			Mencatat asupan dan pengeluaran	
			Hasil:	
	II	07.00	- pukul 21.00-07.00 (air putih= 250 cc, urine= 40 cc	Ulfa

			- Total Cm: 250 cc Ck: 40 cc	
			Memonitoring asupan dan pengeluaran	
	II	07.10	Hasil : - Cm (air putih) : 1350 cc Ck (urine): 210 cc - Melakukan Balance cairan CM-(CK+IWL demam) 1350- (210 +1030) 1350-1240 = +110 cc	Ulfa
			Mengkaji lokasi *edema*	
08/04/2018	II	07.30	Hasil: - pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki belum berkurang. Tampak bengkak dengan cekungan kembali 7 detik	Ulfa
			Meninggikan kaki di tempat tidur	
	II	07.35	Hasil : - meletakkan 1 bantal di bawah kaki pasien yang edema. Tampak pasien berbaring dengan 1 bantal dibawah kaki sebelah kanan.	Ulfa
			Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter	
	I	08.00	Hasil : - furosemide 40 mg/ IV	Perawat Merry
			Mengauskultasi suara nafas tambahan	
	I		Hasil :	Ulfa

			- terdengar suara ronchi	
			Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter	
	I		Hasil :	Perawat
			- ambroxol 250mg/oral	Merry
			Memonitor pola nafas	
			Hasil:	
	I	08.10	- pasien tampak sesak dengan frekuensi pernafasan: 29 ×/menit, tampak menggunakan otot bantu pernafasan (acessorius), irama pernafasan: takipnea, dan jenis pernafasan: dada	Ulfa Ulfa
			Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi orthopneic	
	I	08.15	Hasil:	Ulfa & Gusti
			- tampak pasien dalam posisi orthopneic	
			- pasien mengatakan masih mengeluh sesak	
			Memberikan oksigen yang dilembabkan	
	III	08.18	Hasil:	Gusti
			- memberikan O_2 10L/menit	
			- memberikan *nonrebreathing mask*	
			Memonitor suhu	
			Hasil:	
	III	08.30	- suhu: 38^0C	Ulfa
			- pasien mengatakan masih merasa demam	

	III	08.32	Memonitor warna kulit Hasil: - tampak warna kulit pasien memerah dan teraba hangat	Ulfa
	III	08.40	Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - paracetamol 500 mg/oral	perawat Merry
	II	09.30	Mencatat asupan dan pengeluaran hasil: - air putih= 250 cc - urine= 40 cc	Gusti
	II	09.55	Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk batasan cairan, seperti mengkonsumsi cairan 600 cc/hari jika lebih maka bengkak tidak akan berkurang Hasil: - tampak pasien paham yang dijelaskan oleh perawat	Ulfa
	I,II III,IV	10.00	Observasi ttv: Hasil: - TD : 120/80 mmHG - N : 110 ×/menit - P : 25 ×/menit - S : 37^0C	Ulfa
	I	10.10	Memberikan posisi untuk memaksimalkan yaitu ventilasi memberikan posisi semifowler Hasil: - tampak pasien dengan posisi semifowler - pasien mengatakan masih	Gusti

			mengeluh sesak	
	I	10.14	Memberikan oksigen yang di lembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil : - memberikan O_2 10 L/menit memakaikan *nonrebreathing mask*	Prof Agus
	I	11.00	Melakukan penyedotan atau difungsi Hasil: - Prof Agus melakukan disfungsi dengan hasil cairan 630 cc	Ulfa
	I	12.00	Memonitor keluhan sesak nafas pasien Hasil: - pasien mengatakan masih merasa sesak disertai batuk berlendir. pasien mengatakan sesak bertambah ketika pergi ke kamar mandi - tampak pasien batuk dan mengeluarkan lendir bewarna putih	Ulfa
	IV	12.30	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan dengan membersihkan tisu di atas tempat tidur dan membuka tirai Hasil: - tampak ruangan bersih	Ulfa
	IV	13.00	Mencatat asupan makan pasien Hasil: - tampak pasien menghabiskan ½ bubur, 1 potong ikan dan	Ulfa

			tidak menghabiskn sayur yang telah disediakan - pasien mengatakan kurang selera makan Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih = 400 cc	
	II	13.05	- urine = 50 cc Memonitor pola nafas pasien Hasil:	Gusti
	I	13.10	- tampak pasien sesak dengan frekuensi 27 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan(acessorius), irama pernafasan: takipnea, dan jenis pernafsan: dada Auskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Gusti
	I	13.15	Memberiakan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi orthopneic	Gusti
	I	13.18	Hasil: - tampak pasien dengan posisi orthopneic Memberikan oksigen yang dilembabkan Hasil:	Gusti & Ulfa
	I	13.20	- memberikan O_2 10 L/menit - memasangkan *nonrebreathing mask* Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi	Ulfa

	I	14.00	Hasil: - pukul 07.30-09.30 (air putih= 250 cc, urine= 40 cc) pukul 09.55-13.00 (air putih = 400 cc, urine= 50 cc) - total CM = 650 cc CK= 90 cc Membatasi cairan cairan yang sesuai anjuran dokter 600 cc/hari	Ulfa
	I	14.15	Hasil: - tampak perawat memberikan contoh botol aqua isi 600 cc Memonitor suhu	Perawat merry
	III	14.30	Hasil: - suhu: 38,5^{0}C Memberikan medikasi yang tepat dengan mengompres menggunakan kain dan air hangat	Ausebia
	III	14.35	Hasil: - meletakkan di dahi pasien sampai suhu turun	Ausebia
	III	14.45	Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - paracetamol 500 mg/oral Mengkaji lokasi edema	Velaria
	II	15.55	Hasil: - pasien mengatakan bengkak tidak berkurang. Tampak *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik Memberikan deuretik sesuai	Velaria

			kolaborasi dengan dokter Hasil: - furosemide 400 mg/IV Mengobservasi ttv:	
	III	16.00	Hasil: - TD : 130/80 mmHg - N : 100 ×/menit - S : 37^{0}C	Perawat Ida
	I,II, III, IV	16.00	- P : 30 ×/menit Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi semifowler Hasil:	Velaria
	II	16.10	- tampak pasien dengan posisi semifowler - pasien mengatakan masih mengeluh sesak Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien	Ausebia Ausebia
	I	16.15	Hasil: - memberikan O_2 10 L/menit - memasangkan *nonrebreathing mask* Membatasi cairan sesuai dengan anjuran dokter 600 cc/hari	Perawat Ida
	II	16.30	Hasil: - tampak perawat memberikan contoh botol aqua yang berisi 600 cc/hari Menginstruksikan pasien unntuk batasan cairan, seperti mengkonsumsi air 600 cc/hari sesuai anjuran dokter, jika lebih maka	Yuliana

			bengkak akan berkurang Hasil:	
	II	16.40	- pasien mengatakan ia selalu merasa haus sehingga susah untuk mengontrol cairan yang di anjurkan dokter Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih = 250 cc - urine= 40 cc Menghitung berat badan pasien Hasil:	Velaria
	II	17.00	- BB= 46 kg, IMT= 18,24 kg/m^2 Menciptakan lingkungan yang optimal untuk mengkonsumsi makanan dengan membersihkan tisu di atas	Velaria
	IV	17.20	tempat tidur pasien Hasil: - tampak bersih di atas tempat	Velaria
	IV	17.25	tidur pasien Mencatat asupan dengan tepat Hasil: - tampak pasien hanya menghabiskan ½ nasi, dan ½ sayur yang telah disediakan - pasien mengatakan kurang	Ausebia
	III	17.30	selera makan Memonitor suhu Hasil: - suhu = 37°C Memonitor warna kulit Hasil : - tampak warna kulit tidak	Ausebia

	III	18.25	kemerahan - pasien mengatakan sudah tidak merasa demam	Velaria
	III	18.45	Memonitoring keluhan sesak nafas Hasil: - pasien mengatakan masih merasa sesak disertai batuk berlendir. pasien mengatakan jika pergi ke kamar mandi	Velaria
	I	19.55	sesak yang dirasakan sedikit bertambah - tampak pasien batuk dengan mengeluarkan lendir bewarna putih mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih= 250 cc - air putih= 40 cc Memonitoring pola nafas Hasil:	Ausebia
	II	19.57	- tampak pasien sesak dengan frekuensi 25 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan	Ausebia
	I	20.00	(acessorius), irama pernafasan: takipnea, jenis pernafasan: dada Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter	Ausebia Velaria

	I	20.10	Hasil: - ambroxol 250 mg/oral Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu	Ausebia
	I	20.13	memberikan posisi semifowler Hasil: - tampak pasien dengan posisi semifowler	Perawat Merry
	I	20.30	Memberikan oksigen untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - memberikan O_2 9 L/menit - memasangkan nonrebreathing mask	Sari
	I	20.35	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift siang Hasil: - pukul 14.15-17.00 (air putih= 250 cc, urine= 40 cc) pukul 17.00-21.00(250 cc, urine: 40	
	II	21.00	cc) - total CM= 500 cc CK=80 cc Mengobservasi ttv Hasil : - TD : 120/80 mmHg - N : 98 ×/menit - S : 37 ^{0}C - P : 25 ×/menit	Serli
	I,II III, IV	22.00	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi semifowler	Serli

			Hasil: - tampak pasien dengan posisi semifowler	
	I	22.05	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 9 L/menit - memberikan *nonrebreathing mask*	Serli
	I	22.07	Mengkaji lokasi *edema* Hasil: - Pasien mengatakan bengkak pada kaki tidak berkurang. Tampak *edema* dengan cekungan kembali 7 detik	Sari
	II	23.55	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - furosemide 40 mg/IV	Sari
	II	24.00	Mengobservasi ttv: Hasil: - TD : 110/80 ×/menit - N : 90 ×/menit - S : 36^0C - P : 24 ×/menit	Perawat Dessy
	I,II III,IV	05.00	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi semifowler - Tampak pasien dengan posisi semifowler	Sari
	I	05.10	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien	Serli

			Hasil: - memberikan O_2 8 L/menit Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift malam	
	I	05.12	Hasil : - pukul 22.00-05.30 (air putih= 200 cc, urine= 40 cc) - Cm= 200 cc - Ck = 40 cc	Sari
	II	05.30	Memonitoring asupan dan pengeluaran CM (air putih) = 1300 cc CM (urine) = 190 CC Melakukan balance cairan CM- (CK+IWL) 1350- (190+ 1030)	Sari
	II	07.00	1350- 1220 = + 130 cc	Ulfa
09/04/2018	II	07.30	Mengkaji lokasi *edema* Hasil : - pasien mengatakan bengkak pada bagian kakisebelah kanan belum berkurang. Tampak bagian punggung kaki sebelah kanan *edema* dengan cekungan kembali 5 detik Meninggikan kaki di tempat tidur Hasil : - tampak pasien berbaring dengan menggunakan 1 bantal dibawah kaki kanan yang edema	Ulfa

	II	07.35	Mengauskultasi suara nafas Hasil : - terdengar suara ronchi	Ulfa
	I	07.40	Memberikan deuretik yang diresepkan Hasil : - furosemide 40 mg/IV Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : - ambroxol 250mg/oral	Ulfa
	II	08.00	Memonitor keluhan sesak pasien Hasil :	Perawat merry
	I		- pasien mengatakan masih merasa sesak dan batuk berlendir. pasien mengatakan ketika ke kamar mandi sesak sedikit bertambah	Perawat Merry
	I	08.30	- tampak pasien batuk dengan lendir bewarna putih	Ulfa
	I	08.40	Memonitor pola nafas Hasil: - pasien tampak sesak dengan frekuensi pernafasan: 30 ×/menit, tampak menggunakan otot bantu pernafasan (acessorius), irama pernafasan: takipnea, dan jenis pernafasan: dada Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - memberikan posisi semifowler Memberikan Oksigen yang	Ulfa

			dilembabkan Hasil: - memberikan O_2 10 L/menit - memebrikan *nonrebreathing mask*	
	I	08.45		Ulfa
			Mengatur diet yang diperlukan Hasil: - ahli gizi memberikan diet rendah garam < 59 /hari dan diet protein 1,25 kg/kb	
	I	08.55		Ulfa
			Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih= 200 cc - urine= 20 cc	
	IV	09.00	Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk batasan cairan, seperti mengkonsumsi cairan 630 cc/hari jika lebih maka bengkak tidak akan berkurang	Ahli Gizi
	II	09.20	Hasil: - tampak pasien paham yang dijelaskan oleh perawat	Ulfa
			mengobservasi ttv: Hasil: - TD : 120/80 mmHG - N : 110 ×/menit - P : 25 ×/menit - S : 37^0C	
	I	09.30		Perawat Merry
			Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi semifowler	
	I,II II,IV	10.00	Hasil: - tampak pasien dengan posisi	Ulfa &

			semifowler	Gusti
			Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien	
	I	10.15	Hasil: - memberikan O_2 9 L/menit - memasangkan *nonrebreathing mask* Memonitor keluhan sesak nafas pasien	Ulfa
	I	10.18	Hasil: - pasien mengatakan masih merasa sesak. Pasien mengatakan saat pergi ke kamar mandi merasa sesak - tampak pasien batuk tidak mengeluarkan lendir	Gusti
	I	11.00	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan dengan membersihkan tisu di atas meja Hasil: - tampak di atas meja bersih dan kamar pasien bersih Mencatat asupan makan pasien	Yohanes
	IV	12.00	Hasil: - tampak pasien menghabiskan ½ bubur, 1 potong ikan dan tidak menghabiskn sayur yang telah disediakan - pasien mengatakan kurang selera makan Membatasi cairan cairan yang sesuai anjuran 630cc/hari	Ulfa

	IV	12.30	Hasil: - tampak Prof Agus memberikan contoh botol aqua isi 630 cc	Ulfa
	I	13.00	Memonitor pola nafas pasien Hasil: - tampak pasien sesak dengan frekuensi 25 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan(acessorius), irama pernafasan: takipnea, dan jenis pernafsan: dada	Prof Agus
	I	13.05	Auskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Ulfa
	I	13.10	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi orthopneic Hasil: - tampak pasien dengan posisi orthopenic - pasien mengatakan masih merasa sesak	Gusti
	I	13.15	Memberikan oksigen yang dilembabkan Hasil: - memberikan O_2 10L/menit - memberikan *nonrebreathing mask*	Ulfa
			Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi Hasil : - pukul 07.30-09.20 (air putih= 200 cc, urine= 20 cc) pukul	Ulfa

	I	13.18	09.30-14.00(air putih= 250 cc, urine= 20 cc) - total Cm = 450 cc Ck = 40 cc	Ulfa
	II	14.00	Membatasi cairan cairan yang sesuai anjuran dokter 630 cc/hari Hasil: - tampak perawat memberikan contoh botol aqua isi 630 cc	Gusti
	I	15.00	Mengkaji lokasi edema Hasil: - pasien mengatakan bengkak tidak berkurang. Tampak edema pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik	Perawat Maria
	II	15.55	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - furosemide 400 mg/IV Mengobservasi ttv: Hasil: - TD : 130/80 mmHg - N : 100 ×/menit - S : 37^0C - P : 30 ×/menit	Ausebia
	II	16.00	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi orthopneic Hasil: - tampak pasien dengan posisi orthopneic	Perawat Maria
	I,II	16.00	Memberikan oksigen yang	Velaria

	II,IV		dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 10 L/menit - memasangkan	
	I	16.10	*nonrebreathing mask*	Velaria
			Menghitung berat badan pasien Hasil: - BB= 46 kg, IMT= 18,24 kg/m^2	
	I	16.15	Menciptakan lingkungan yang optimal untuk mengkonsumsi makanan dengan membersihkan tisu di atas tempat tidur pasien Hasil: - tampak bersih di atas tempat tidur pasien	Velaria
	IV	16.40	Mencatat asupan dengan tepat Hasil: - tampak pasien hanya menghabiskan ½ nasi, dan ½ sayur yang telah disediakan	Ausebia
	IV	17.00	- pasien mengatakan kurang selera makan	Sari
			Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih = 250 cc - urine = 40 cc	
	IV	17.30	Memonitoring keluhan sesak nafas Hasil: - pasien mengatakan masih merasa sesak pasien mengatakan jika pergi ke kamarmandi sesak yang dirasakan sedikit bertambah	Serli

	II	17.40	Memonitoring pola nafas Hasil: - tampak pasien sesak dengan frekuensi 25 ×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan(acessorius),	Sari
	I	18.25	irama pernafasan: takipnea, jenis pernafasan: dada Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil: - terdengar suara ronchi	Velaria
	I	19.55	Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil: - ambroxol 250 mg/oral	Velaria
	I	19.57	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: - air putih= 300 cc - urine = 30 cc Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - memberikan posisi semifowler	Sari
	I	20.00	Memberikan oksigen untuk memaksimalkan ventilasi Hasil: - memberikan O_2 9 L/menit	Perawat Maria
	I	20.10	- memasangkan *nonrebreathing mask* Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift siang Hasil: - pukul 15.00-17.40 (air putih=	Velaria

	I	20.15	250 cc, urine= 40 cc) pukul 18.25-21.00(air putih= 300 cc, urine= 30 cc) - total	Sari
	I	20.18	Cm= 550 cc Ck= 70 cc Mengobservasi ttv Hasil : - TD : 120/80 mmHg - N : 98 ×/menit	Sari
	II	21.00	- S : 37 ^{0}C - P : 25 ×/menit Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi semifowler Hasil: - tampak pasien masih mengeluh sesak	perawat Ida
	I,II III,IV	22.00	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 9 L/menit - memasangkan *nonrebreathing mask*	Perawat Ida
	I	22.05	Mengkaji lokasi *edema* Hasil: - pasien mengatakan bengkak pada kaki tidak berkurang. Tampak *edema* dengan cekungan kembali 5 detik	Perawat Ida
	I	22.07	Memberikan deuretik sesuai kolaborasi dengan dokter	Perawat

			Hasil: - furosemide 40 mg/IV Mengobservasi ttv: Hasil: - TD : 110/80 ×/menit - N : 90 ×/menit	Ida
	II	23.55	- S : 36^0C - P : 29 ×/menit Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi semifowler	Perawat Ida
	II	24.00	Hasil: - tampak pasien dengan posisi semifowler	Perawat Ida
	I,II II,IV	05.00	Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil: - memberikan O_2 10 L/menit - memasangkan *nonreberathing mask*	Perawat Ida
	I	05.10	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift malam Hasil : - Cm (air putih) = 200 cc - Ck (air putih)= 30 cc	Perawat Ida
	I	05.12	Memonitoring asupan dan pengeluaran CM (air putih) = 1250 cc CM (urine) = 140 CC Melakukan balance cairan CM- (CK+IWL) 1250- (140+ 1030)	perawat Ida

			1250 – 1170 = +80 cc	
	II	05.30		perawat Ida
	II	07.30		Perawat Ida

09/04/2018	II	07.30	Mengkaji lokasi edema Hasil : tampak bagian punggung kaki sebelah kanan edema dengan cekungan kembali 5 detik	Ulfa
	II	07.45	Meninggikan kaki di tempat tidur Hasil : Tampak pasien berbaring dengan menggunakan 1 bantal dibawah kaki kanan yang edema	Ulfa
	I	07.55	Mengauskultasi suara nafas Hasil : terdengar suara ronchi Memberikan deuretik yang diresepkan Hasil : Furosemide 40 mg/IV	Ulfa
	II	08.00	Memberikan obat sesuai dengan kolaborasi dokter obat pengencer dahak Hasil : ambroxol 250mg/oral Monitor keluhan sesak nafas pasien	Perawat Maria
	I	09.00		Ulfa

			Hasil : pasien mengatakan sesak dan batuk berlendir. pasien mengatakan sesak bertambah saat pergi ke kamar mandi	
	I	09.30	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : air putih = 200cc urine = 20 cc	Gusti
	II	09.55	Mengistruksikan pasien dan keluarga untuk batasan cairan	Ulfa
	II		Hasil : Tampak pasien paham untuk mengurangi cairan yang akan menyebabkan bengkak tidak berkurang, pasien mengatakan ia merasakan haus	
	I,II III,IV	10.00	Observasi ttv Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 100×/menit P : 25×/menit S : 37,5^0 C	Ulfa

	I	10.10	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil : memberikan posisi semifowler	Gusti
	III	10.30	Memonitor warna kulit Hasil : tampak warna kulit tidak memerah	Ulfa
	III	10.55	Memberikan medikasi yang tepat Hasil : memberikan kompres air hangat	Ulfa
	I	11.30	Memonitor keluhan sesak nafas pasien Hasil : pasien mengatakan masih sesak dan batuk berlendir	Ulfa
	I	12.00	Memberikan obat yang diintruksikan Hasil : ambroxsol 250 mg/oral	Perawat Maria
	II	12.30	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : air putih = 150 cc urine = 20 cc	Ulfa
	IV	12.35	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengonsumsi makanan Hasil : Membersihkan tisu diatas meja dan tempat tidur pasien,	Ulfa

			tampak ruangan pasien bersih	
	IV	12.45	Mencatat asupan makanan pasien Hasil : pasien hanya mampu menghabiskan ½ nasi 1 potong ikan yang disediakan	Serli
	II	13.00	Membatasi cairan yang sesuai Hasil : Prof Agus mengatakan pasien dianjurkan minum Ap 600/hari	Prof Agus
	II	13.30	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : air putih = 100 cc urine = 40 cc	serli
	II	13.55	Mengkaji lokasi edema Hasil : Pasien mengatakan bengkak yang pada bagian punggung kaki sebelah kanan. Tampak edema pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik	sari
	II	14.00	Mencatat asupan dan Pengeluaran pada shift pagi	Sari

			Hasil : pukul 07.30-09.30(air putih =200cc, urine= 20cc) pukul 09.50-12.30 (air putih= 150cc, urine= 20cc)	
	I	14.30	Memonitoring pola nafas Hasil : tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 23×/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernafasan saat bernafas dan irama pernapasan takipnea.	Sari
	I	14.45	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil : memberikan posisi semifowler	Serli
	I	15.00	Mengkaji lokasi edema Hasil : tampak edema pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik	Serli
	II	16.00	Memberikan deuretik Hasil : furosemide 4000mg/IV	Perawat merry
	I,II III,IV	16.00	Mengobservasi ttv Hasil : - TD : 120 mmHg - N : 100 ×/menit	Sari

			- P : 30×/menit - S : 37^0C	
	I	16.20	Mengelola oksigen yang dilembabkan Hasil : memberikan O_2 8L/menit, dan memberikan nonrebreathing mask	serli
	I	16.52	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : air putih = 100cc, urine = 40 cc	sari
	II	17.00	Memonitoring keluhan sesak nafas pasien Hasil : pasien mengatakan sesak dan batuk berlendir. pasien mengatakan sesak bertambah berat saat pergi ke kamar mandi	perawat merry
	II	17.20	Mengatur diet yang diperlukan Hasil : ahli gizi memberikan diet rendah garam <59/ haridiet protein 1,25 /kgBB	Ahli Gizi

	IV	18.10	Menciptakan lingkungan yang optimal untuk mengkonsumsi makanan Hasil : membersihkan sekitar tempat tidur pasien	serli
	IV	18.30	Mencatat asupan dengan tepat Hasil : Tampak pasien menghabiskan ½ nasi, menghabiskan ½ sayur yang telah disediakan pasien mengatakan kurang nafsu makan	serli
	II	19.00	Menganjurkan pasien untuk kebutuhan batasan cairan Hasil : menganjurkan untuk tidak meminum air yang bersoda	Sari
	I	19.30	Memonitoring pola nafas Hasil : tampak pasien sesak dengan frekuensi pernafasan22×/menit tampak pasien menggunakan otot antu pernafasan, irama pernafasan takipnea, dan jenis pernafasan dada	Sari

	I	19.45	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil : posisi semifowler	sari
	I	20.00	Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil : terdengar suara ronnhi	serli
	I	20.00	Memberikan obat sesuai kolaborasi dengan dokter Hasil : Ambroxol 250 mg/ oral	perawat merry
	II	20.20	Mencatat supan dan pengeluaran Hasil : air putih= 450cc Urine =80 cc	perawat mery
	III	20.30	Monitor suhu : Hasil :37^{0}C	serli
	II	21.00	monitoring pada sift siang Hasil : pukul 14.30-17.20(air putih= 100cc, urine= 40cc) Pukul 17.30-20.20(air putih=450cc, urine= 80cc)	Serli
	I,II III,IV	22.00	Mengobservasi ttv Hasil : TD :120/80 mmHg N : 98 ×/menit S : 37 ^{0}C P : 25 ×/menit	Yohanes

	I	22.10	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil : Memberikan posisi semifowler	Yohanes
	II	23.45	Mengkaji lokasi edema: Hasil : tampak bagian kaki sebelah kanan edema dengan cekungan kembali 5 detik	Yuliana
	II	24.00	Meninggikan kaki di tempat tidur Hasil : tampak pasien nyaman dengan menaruh bantal di bawah kaki	Yuliana
	II	24.00	Memberikan deuretik yang diresepkan Hasil : furosemide 40 mg/IV	Perawat merry
	I,II III,IV	05.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 90×/ menit S : 37^0C P : 30×/menit	Perawat merry
	I	05.10	Mengelola oksigen yang dilembabkan Hasil : memberikan O_2 8L/menit, memberikan nonrebreathing mask	Perawat merry

	I	05.30	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil: pukul 22-05.30 (Ap : 250 cc, urine : 40 cc)	Perawat merry
	II	07.00	Balance cairan - Cm(air putih) :1.000 cc Ck(urine) :200 cc Balance cairan Cm (ap) = 1.000 cc Ck (urine) = 200 cc CM –(CK+ IWL) 1.000 - (200+690) 1.000 –890 +110	Perwat merry

F. Evaluasi

Nama / umur : Ny “N” /46 tahun

Unti / kamar : St. Bernadeth II.A / 5051

Tanggal	Evaluasi soap	Nama perawat
07/04/2018	DP I : ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan S : pasien mengatakan ia masih merasa sesak dan batuk berlendir. pasien mengatakan sesak bertambah ketika pergi ke kamar mandi O : pola nafas - irama : takipnea - tampak menggunakan otot bantu pernapasan - jenis pernapasan dada - P : 25×/menit suara tambahan : ronchi A : pasien masih mengalami ketidakefektifan pola napas P : lanjutkan intervensi a. Manajemen jalan nafas b. Monitor penrafasan c. Monitor tanda-tanda vital	Ulfa
	DP II : kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan tidak berkurang. Pasien mengatakan sering merasa haus O : tampak bagian punggung kaki sebelah kanan edema dengan cekungan kembali	Ulfa

	7 detik. Balance cairan= +110 cc A : pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P : lanjutkan intervensi a. Monitor cairan b. Manajemen cairan c. Manajemen elektrolit d. Monitor tanda-tanda vital	
	DPIII : Hipertermi b/d Agens farmaseutikal S : pasien mengatakan merasa demam O : kulit pasien teraba hangat, tampak kulit pasien memerah, Suhu 38^0C A : pasien masih mengalami hipertermi P : lanjutkan intervensi a. Pengaturan suhu b. Perawatan demam	Ulfa
	DPIV : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan S : pasien mengatakan kurang nafsu makan O : tampak pasien hanya mampu menghabiskan ½ nasi dan ½ sayur yang telah disediakan. BB= 46 kg, IMT =18,24 kg/m^2: A : pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P : lanjutkan intervensi a. Manajemen nutrisi b. Pemberian makan c. Manajemen berat badan	Ulfa

08/04/2018	DP I : ketidakefektifan pola nafas b/d keletihan otot pernafasan S : pasien mengatakan ia masih sesak dengan batuk berlendir. pasien mengatakan sesak bertambah jika pergi ke kamar mandi O : pola nafas - irama : takipnue - tampak menggunakan otot bantu pernapasan - jenis pernapsan dada - pernafasan: 27×/menit - suara tambahan: ronchi tampak lendir pasien bewarna putih A : pasien masih mengalami ketidakefektifan pola napas P : lanjutkan intervensi a. Manajemen jalan nafas b. Monitor penrafasan c. Monitor tanda-tanda vital DP II : kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan tidak berkurang O :tampak bagian punggung kaki sebelah kanan edema dengan cekungan kembali 7 detik Balance cairan = +130 cc A: pasien masih mengalami kelebihan volume cairan P : lanjutkan Intervensi a. Monitor cairan b. Manajemen cairan	Ulfa Ulfa

	c. Manajemen elektrolit d. Monitor tanda-tanda vital	
	DP III : Hipertermi b/d Ages farmaseutikal S : pasien mengatakan ia sudah tidak merasa demam O : kulit pasien tidak teraba hangat dan tampak tidak memerah suhu 37,5^{0}C A : Pasien sudah tidak mengalami hipertermi P: Stop Intervensi	Ulfa
	DP IV: ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan S : pasien mengatakan kurang nafsu makan O : tampak pasien hanya mampu menghabiskan ½ nasi dan ½ sayur yang telah disediakan. BB 46 kg, IMT = 18,24 kg/m^2 A : pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P : lanjutkan intervensi a. Manajemen nutrisi b. Pemberian makan c. Manajemen berat badan	Ulfa

09/04/2018	DP I : ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernafasan S : pasien mengatakan masih merasa sesak. Pasien mengatakan jika pergi ke kamar mandi sesak yang dirasakan sedikit bertambah O : pola nafas - irama : takipnea - tampak menggunakan otot bantu pernapasan - jenis pernapsan dada - pernafasan : 29×/menit - suara tambahan : ronchi A : kebersihan jalan nafas dipertahankan pada skala 2 (berat) P : lanjutkan intervensi a. Manajemen jalan nafas b. Monitor penrafasan c. Monitor tanda-tanda vital DP II : kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan pasien mengatakan sering merasa haus O : tampak bagian punggung kaki sebelah kanan edema dengan cekungan kembali 5 detik Balance cairan + 80 cc A : pasien masih mengalami kelebihan volume cairan	Ulfa Ulfa

	P : lanjutkan intervensi a. Monitor cairan b. Manajemen cairan c. Manajemen elektrolit d. Monitor tanda-tanda vital	
	DP IV : Hipertermi b/d Agens farmaseutikal S : pasien mengatakan ia tidak merasa demam O : kulit pasien tidak teraba hangat dan tampak tidak kemerahan, suhu: 37^0C A : Hipertermi teratasi P : stop intervensi	Ulfa
	DP IV : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan S : pasien mengatakan kurang nafsu makan O : tampak pasien hanya mampu menghabiskan ½ nasi dan ½ sayur yang telah disediakan. BB 46 kg, IMT =18,24 kg/m^2 A : pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P : lanjutkan intervensi a. Manajemen nutrisi b. Pemberian makan c. Manajemen berat badan	Ulfa

Daftar Nama Obat Untuk Pasien

1. Furosemide
   a. Klasifikasi/golongan obat : Diuretik
   b. Dosis umum : 20-40 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien : 40 mg/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 salah satu kaki bagian punggung sebelah kiri.
   g. Kontra indikasi
      1) pasien yang memiliki riwayat alergi terhadap farsix (furosemide).
      2) obat ini juga dikontraindikasikan untuk pasien dengan anuria.
   h. Efek samping obat
      1) Mulut terasa kering
      2) Sensitif terhadap cahaya matahari
      3) Pusing
      4) Sakit kepala
      5) Sakit perut
      6) Penglihatan buram
      7) Merasa lelah

2. Paracetamol 500mg/oral
   a. Klasifikasi/golongan obat: analgesic
   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 (system saraf pusat). Paracetamol menurunkan panas dengan menghambat pusat regulator panas hipotalamus (system saraf pusat)
   f. Indikasi
      a) Nyeri ringan sampai sedang
      b) Nyeri sesudah oprasi cabut gigi
      c) pireksia
   g. Kontra indikasi
      a) Gangguan fungsi hati berat
      b) Hipersensitivitas
   h. Efek samping
      a) Reaksi hipersensitivitas
      b) Ruam kulit
      c) Kelainan darah (termasuk trombositopenia, leukopenia,
      d) neutropenia)

3. Ambroxol
    a. Klasifikasi/golongan obat : mukolitik
    b. Dosis umum : 30 mg - 120 mg
    c. Dosis untuk pasien 250 mg
    d. Cara pemberian : oral
    e. Mekanisme kerja dan fungsi obat

       Ambroxol mempunyai sifat sekretolitik, dapat mempermudah pengeluaran sekret yang kental dan lengket di dalam saluran pernapasan.
    f. Indikasi

       Sebagai sekretolitik pada gangguan pernapasan akut dann kronis, khususnya pada eksaserbasi bronchitis kronis, bronchitis asmatik, dan asma bronkial.
    g. Kontra indikasi

       Hipersensitif terhadap ambroxol
    h. Efek samping
        1) Mual
        2) Muntah
        3) Nyeri ulu hati

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini, penulis membahas kesenjangan antara tinjauan teoritis dan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Ny “N” umur 46 tahun dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ruang St.Bernadeth II.A Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama 5 hari yaitu tanggal 05 - 09 April 2018, melalui pendekatan proses keperawatan yaitu Pengkajian, Analisa Data, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi.

A. Pengkajian

Pasien atas nama Ny “N” umur 46 tahun, masuk rumah sakit Stella Maris dengan keluhan utama sesak nafas. Saat pengkajian pada tanggal 06 April 2018 pasien mengatakan masih mengeluh batuk berlendir dan merasa sesak, bengkak pada bagian punggung kaki sebelah kanan. Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 30x/menit, dan terdengar suara tambahan ronchi.. Menurut teori *edema* terjadi karena ginjal tidak mampu mengekskresi urin secara normal, respon ginjal yang terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari tidak terjadi *edema.* karena cairan dan natrium yang tertahan maka akan meningkatkan resiko terjadinya *edema*, sedangkan sesak terjadi akibat retensi natrium, dan air yang tertahan mengakibatkan ketidakseimbangan suplai O_2 dengan kebutuhan, selain retensi Na^+ dan H_2O mengakibatkan cairan masuk ke intraseluler menyebabkan *edema* paru dan efusi. Pada kasus di dapatkan sesak akibat cairan di pleura dengan hasil Pemeriksaan foto thorax Kesan : *Edema* paru dan Efusi pleura *dextra*.

Pasien mengatakan ia mengkonsumsi obat untuk penurun berat badan selama 2 Tahun secara rutin. Pasien mengatakan sulit

untuk buang air kecil dan merasakan sakit pada bagian pinggang yang

hilang timbul dan merasa nyeri saat haid sehingga ia mengonsumsi obat Asammefenamat untuk menghilangkan rasa nyeri. Berdasarkan hasil analisis *crosstab* diketahui bahwa riwayat penggunaan obat analgetik secara berlebihan ada hubungan dengan kejadian gagal ginjal kronik. Beberapa bukti epidemiologi menunjukkan bahwa ada hubungan antara penggunaan obat analgetik secara berlebihan dengan kejadian kerusakan ginjal atau nefropati. Nefropati analgetik merupakan kerusakan nefron akibat penggunaan analgetik. Akibat penghambatan sintesis prostaglandin menyebabkan vasokonstriksi renal, menurunkan aliran darah ke ginjal, dan potensial menimbulkan iskemia glomerular. Obat analgetik juga menginduksi kejadian nefritis interstisial yang selalu diikuti dengan kerusakan ringan glomerulus dan nefropati yang akan mempercepat progresifitas dan penyakit gagal ginjal kronik.

Pemeriksaan diagnostik yang didapat adanya nilai abnormal, diantaranya ureum 118.0 mg/dL, kreatinin 6.1 Mg/dL. Ureum dan kreatinin adalah sisa–sisa protein yang menjadi racun dalam tubuh, sehingga jika ginjal rusak atau tidak mampu mengekskerikan urin maka ureum kreatinin akan tetap tertinggal dalam tubuh sehingga terjadinya peningkatan ureum kreatinin, sedangkan hasil pemeriksaan darah HGB 6,3g/dl, anemia terjadi karena fungsi ginjal untuk menghasilkan eritropoetin menurun sehingga stimulasi pembentukan sel-sel darah di sum-sum tulang juga menurun.

B. Diagnosa keperawatan

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

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi.
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot-otot pernapasan, ansietas, nyeri, obesitas.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, ketidakmampuan makan.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
5. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit dengan faktor risiko agens farmaseutikal, gangguan sirkulasi, gangguan turgor kulit, dan terapi radiasi.

Berdasarkan data pengkajian, penulis mengangkat 4 diagnosa yaitu:

1. Ketidakefektifan pola nafas b/d keletihan otot pernapasan
2. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi
3. Hipertermi b/d Agens farmaseutikal
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan

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

1. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit dengan faktor risiko agens farmaseutikal, gangguan sirkulasi, gangguan turgor kulit, dan terapi radiasi. Diagnosa ini tidak diangkat, karena selama pasien dalam masa perawatan dirumah sakit kulit pasien tidak mengalami gangguan turgor kulit, dan tidak ada tonjolan tulang.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosa ini tidak diangkat, karena pasien masih mampu untuk berjalan sendiri setelah pulang dari hemodialysis.

C. Intervensi Keperawatan

Penulis membuat intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul. Intervensi pada teori tidak jauh beda dengan intervensi pada kasus karena disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

1. Ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan

   Pada diagnosa pertama ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan. Manajemen jalan nafas posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, instruksikan bagaimana agar biasa melakukan batuk efektif, Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya, lakukan penyedotan atau disfungsi, sebagaimana mestinya. Monitoring pernapasan: auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan, monitor pola nafas, monitor keluhan sesak nafas pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut.
2. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi.

   Pada diagnosa kedua ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: monitor tanda-tanda vital monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan. Monitor cairan catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni). Manajemen cairan Kaji lokasi edemama, berikan terapi Iv seperti yang ditentukan, berikan deuretik yang diresepkan. Manajemen elektrolit batasi cairan yang sesuai. Pengaturan hemodinami: tinggikan kaki di tempat tidur.
3. Hipertermi b/d Agens farmaseutikal

   Pada diagnosa ketiga ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: pengaturan suhu: monitor tekanan dara, nadi, dan respirasi sesuai kebutuhan,berikan medikasi yang tepat untuk mencegah mengontrol menggigil. Perawatan demam: monitor warna kulit. Beri obat atau cairan IV. Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan,tergantung pada fase demam (yaitu memberikan selimut hangat untuk fase dingin menyediakan pakaian atau line tempat tidur ringan untuk fase bergejolak

4. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan

   Pada diagnosa keempat ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: monitor tanda-tanda vital monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan. Manajemen nutrisi identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih berventilasi, santai dan bebas dari debu yang menyengat), anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit. pemberian makan berikan air minum pada saat makan tunda pemberian makanan, jika pasien kelelahan (sesak).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan dilakukan selama 3 hari dan bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan dokter sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik dan lancar. Pada saat pelaksanaan ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan, yaitu pada diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pernafasan dengan intervensi instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. Hal ini disesuaikan dengan keadaan pasien saat melakukan implementasi, pasien tidak mampu untuk melakukan batuk
efektif karena pasien sesak.

E. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan Ny “N” sebagai berikut :

1. Ketidak efektifan pola nafas b/d Keletihan otot pernapasan.

   Masalah belum terasatasi, meskipun pasien sudah mampu menunjukkan perubahan tidak batuk, tetapi pasien masih sesak disertai dengan dan pernapasan 30×/menit, irama takipnea, dan terdengar suara tambahan ronci. Maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat.

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

   Masalah belum teratasi, meskipun pasien sudah menunjukkan edema pada salah satu bangian kaki sebelah kanan sudah berkurang dengan cekungan kembali 5 detik tetapi TTV maish belum normal. Maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat.

3. Hipertermi b/d Agens farmaseutikal

   Masalah ini sudah teratasi, tampak suhu tubuh pasien sudah kembali normal menjadi 37^0C. Maka perencanaan dari diagnosa ini diberhentikan.

4. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Kurang asupan makan.

   Masalah ini belum teratasi, pasien belum ada menunjukkan perubahan. Pasien hanya mampu Tampak pasien hanya mampu menghabiskan ½ nasi dan ½ sayur yang telah disediakan. BB 46 kg, IMT =18,24 kg/$m^{2.}$ Maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

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

A. Simpulan

1. Pada saat pengkajian keperawatan pada pasien Ny “N” dengan gagal ginjal kronik diperoleh data:

   pasien tampak lemah, sesak dengan frekuensi pernapasan 30×/menit, dengan jenis pernapasan takipnea dan disertai dengan batuk berlendir, posisi pasien dalam keadaan orthopnea, *edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan, terpasang cimino pada bagian tangan sebelah kiri. Tampak pasien memakai O_2 10 L/menit menggunakan *nonrebreathing mask* dan terpasang *triway* sebelah kanan. *Edema* pada bagian punggung kaki sebelah kanan dengan cekungan kembali 7 detik dengan kedalaman 5 mm. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman setelah pulang dari hemodialysis pada tanggal 5 April 2018. Tampak kulit pasien memerah dan teraba hangat. IMT pasien 18,42 kesimpulan: berat badan kurang. Tanda-tanda vital: tekanan darah140/80 mmHg, nadi 110 ×/menit, suhu 38,5^{0}C, pernapasan 30 ×/menit. Pada hasil pemeriksaan laboratorium pada serum elektrolit: natrium 133* mmol/lt (nilai normal: 136-145), kalium 3.8 mmol/lt (nilai normal: 3.4 4.5) clorida 9.8*mmol/lt (nilai normal: 96-108), ureum 118.0 mg/dl(nilai normal:10-50), creatinin 6.1 mg/dl (nilai normal: ≤ 1,1), HGB ,3 g/dL (nilai normal:14-18). Pemeriksaan foto thorax Kesan:

Edema paru *Efusi Pleura Dextra*.

2. Berdasarkan data yang di dapatkan dari Ny “N” dengan gagal ginjal

   kronik penulis mendapatkan masalah keperawatan antaralain:

   a. Ketidakefektifan pola napas b/d Keletihan otot pernapasan
   b. Kelebihan volume cairan b/d Gangguan mekanisme regulasi
   c. Hipertermi b/d Agens farmaseutikal
   d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Kurang asupan makan

3. Perencanaan tindakan keperawatan yang disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada Ny “N” dan semua intervensi untuk ke-empat diagnosa dibuat sesuai dengan teori dan kondisi pasien.
4. Implementasi dilakukan selama 3 hari perawatan dan semuanya terlaksana dengan baik berupa tindakan mandiri, kolaborasi, pendidikan kesehatan.
5. Evaluasi masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny “N” adalah hanya hipertermi yang dapat teratasi.

B. Saran

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

1. Pasien

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

2. Bagi rumah sakit

Hendaknya pihak rumah sakit dapat menyiapkan alat dan sarana lainnya guna menunjang asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.

3. Institusi pendidikan

   Kiranya lebih meningkatkan mutu pendidikan guna menambah pengetahuan dan wawasan bagi mahasiswa tentang gagal ginjal kronik.

4. Penulis

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

LEMBAR KONSUL KTI

Nama mahasiswa : Ulfa Darmayanti

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny “N” dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ruang perawat St.Bernadeth II.A Rumah Sakit Stella Maris

Nim : E1514401048

Pembimbing I : Rosmina Situngkir, SKM, NS, M.kes

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Pembimbing
1.	senin 14-05-2018	- Bab I Tujuan manfaat - Bab II Tinjauan teoritis	- Bab I perbaiki latar belakang - Bab II pemberian teori tentang HD	
2.	selasa 15-05-2018	Bab I & Bab II	- Bab I latar belakang diperbaiki, susun kalimat secara terstruktur. - Bab II perbaiki penomoran pada tinjauan teoritis	
3.	Rabu 16-05-2018	Bab I & Bab II	- Bab I tambahkan tentang permasalahan yang dialami pasien GGK	

			- Bab II ACC lanjut Bab IV & Bab v	
4.	kamis 17-05-2018	Bab I, II, IV, dan V	- Bab I ACC - Bab IV dilengkapi buat kesenjangan pada setiap diagnosa. - Bab V diperbaiki	
5.	Jumat 25-05-2018	Bab IV & Bab V	- Bab IV perbaiki pada intervensi keperawatan dan implementasi - Bab V kesimpuln pada intervensidan implementasi diringkas	
6.	sabtu 26-05-2018	Bab IV	- Bab IV perbaiki implementasi sesuaikan dengan kesenjangan yang ditentukan pada pelaksanaan tindakan pada masalah	

			keperawatan - Bab V ACC	
7.	senin 28-05-2015	Bab IV & kata pengantar	- Bab IV ACC	

.				

7.	Senin 28-05-2018	Bab IV & kata pengantar	Bab IV & Bab V ACC		

LEMBAR KONSUL KTI

Nama mahasiswa : Ulfa Darmayanti

Judul : Asuhan keperawatan pada Ny “N” dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) di ruang perawat St.Bernadeth II.A Rumah Sakit Stella Maris

Nim : E1514401048

Pembimbing II : Yunita Gabriela Madu.,S.Kep.,Ns

No	Hari Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Rabu 11 April 2018	konsul judul	Tidak ada		
2.	Kamis 12 April 2018	Bab III pengkajian	Lengkapi pengkajian 11 pola Gordon		
3.	Rabu 18 April 2018	Bab III Pengkajian	Lengkapi pengkajian pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan keadaan sebelum sakit, riwayat keluhan utama		
4.	Senin 25 April 2018	Bab III Pengkajian	Lengkapi pengkajian pola nutrisi metabolik dan pola eliminasi perbaiki pengkajian pemeriksaan fisik pada Thorax dan		

			pernapasan		
5.	Selasa 15 Mei 2018	Bab III Pengkajian dan terapi permberian obat)	Lengkapi pola eliminasi dalam balance cairan		
6.	Kamis 17 Mei 2018	Bab III Analisa data, diagnosa, implementasi	- Perbaiki analisa data dan perbaiki diagnosa prioritas - Perbaiki implementasi		
7.	Sabtu 19 Mei 2018	Bab III Tinjauan kasus, implementasi ,evaluasi	- Mengelompokan data dalam tinjauan kasus - Perbaiki implementasi dan evaluasi		
8	Senin 21 Mei 2018	Bab III Implementasi	Lengkapi intake output pada implementasi		
9.	Kamis 31 Mei 2018	Bab III Evaluasi	Lengkapi lanjutan intervensi dalam SOAP		
10	Senin 04 Juni 2018	Bab III implementasi dan evaluasi	Lengkapi implementasi dan evaluasi		
11	Selasa 05 juni 2018	Bab III	Lengkapi dan kroscek ulang pengkajian, analisa data,diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan		

			evevaluasi		

.				

7.	Senin 28-05-2018	Bab IV & kata pengantar	Bab IV & Bab V ACC		
