KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”D” DENGAN PENYAKIT “GAGAL GINJAL KRONIK” DI RUANG ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

WINDA LAYUK
NIM : E1514401050

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 Tn."D" GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".** Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertahankan di depan penguji:

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Winda Layuk

NIM : E.1514401050

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Mery Solon, NS. M.Kes)
NIDN : 0910057502

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

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

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn."D" DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggung jawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Selasa, 11 Juni 2018
Pukul	: 12.30-13.15 WITA
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Meyke Rosdiana, S. Kep. Ns ( )
2. Sr. Anita Sampe, JMJ.,Ns.,MAN ( )
3. Mery Solon, Ns.,M.Kes ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Winda layuk
Tempat/Tanggal Lahir	: Makassar/ 06 Maret 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Kerung-kerung Lr.12 no.42

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Benyamin Layuk/Yohana Hanna
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Swasta/IRT
Alamat	: Jl. Kerung-kerung Lr.12 no.42

Pendidikan Yang Telah Ditempuah

SDN Impres maccini Makassar	: Tahun 2003 - 2009
SMP Frater Thamrin Makassar	: Tahun 2009 - 2012
SMA Frater Kumala Makassar	: Tahun 2012 - 2015
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2015 – 2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN."D"** ***GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) DI RUANG*** **ICU-HCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".**

Penulisan karya tulis ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu persyaratan ujian akhir bagi kelulusan mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar program DIII Keperawatan 2017-2018.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan sampai akhirnya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dan telah memberikan bimbingan selama proses perkuliahan.
2. Henny Pongantung,Ns.,MSN selaku wakil ketua bidang Akademik STIK Stella Maris yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
3. Dr. Thomas Soeharto,M.Kes Selaku direktur Rs. Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan praktek klinik dalam pengambilan kasus Karya Tulis Ilmiah.
4. Mery Solon,Ns.,M.Kes selaku pembimbing Akademik (PA) yang senantiasa memberikan motivasi kepada kami, sejak awal masuk kuliah serta

sebagai pembimbing yang memberi arahan dan masukan dalam pembuatan karya tulis ini.

5. Kepada bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di ruang perawatan *ICU-ICCU* Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Segenap Dosen dan Staf Pegawai Stik Stella Maris yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Kedua Orang Tua dan Saudara/i, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Teman-teman seangkatan 2015, terima kasih atas kekompakannya, bantuan, kritik, saran dan kerja sama yang baik dalam proses pengambilan kasus penyakit.

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

Winda Layuk

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vii
DAFTAR GAMBAR ix
DAFTAR TABEL x
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 7
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Pengertian 7
2. Anatomi Fisiologi 8
3. Etiologi 15
4. Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik..... 18
5. Manifestasi Klinis 21
6. Pemeriksaan Diagnostik 22
7. Penatalaksanaan Medis 23
8. Komplikasi 25
B. Konsep Dasar Keperawatan 27
1. Pengkajian 27

2. Diagnosa Keperawatan 28
3. Intervensi Keperawatan 29
4. Discharge Planning 36
C. Patoflowdiagram 38
BAB III TINJAUAN KASUS 41
A. Pengkajian 42
B. Analisa Data 59
C. Diagnosa Keperawatan..... 63
D. Rencana Keperawatan 64
E. Implementasi Keperawatan 70
F. Evaluasi Keperawatan 100
G. Daftar Obat 109
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 113
A. Pengkajian 113
B. Diagnosa Keperawatan 115
C. Intervensi Keperawatan 116
D. Implementasi Keperawatan 117
E. Evaluasi Keperawatan 118
BAB V SIMPULAN DAN SARAN..... 119
A. Simpulan 119
B. Saran 121
DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal 8
Gambar 2.1 Patoflowdiagram Gagal Ginjal Kronik 38
Gambar 3.1 Genogram pasien 44

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium 57
Tabel 3.2 Pemeriksaan Diagnostik 58
Tabel 3.3 Pemeriksaan Elektrolit 58
Tabel 3.4 Analisa Data 59
Tabel 3.5 Diagnosa Keperawatan 63
Tabel 3.6 Rencana Keperawatan 64
Tabel 3.7 Pelaksanaan Keperawatan 70
Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan 100

Jumlah penderita gagal ginjal kronik di Indonesia terus meningkat diperkirakan pertumbuhannya sekitar 10% setiap tahun. Dari data di pusat nefrologi di Indonesia diperkirakan insidens dan pravelansi penyakit gagal ginjal kronik masing-masing berkisar 100.000 sampai 150.000 penduduk dan 200.000 sampai 250.000 penduduk. Sedangkan berdasarkan PT. Askes pada tahun 2010 jumlah pasien gagal ginjal ialah 17.507 orang kemudian meningkat lagi sekitar 5000 lebih pada tahun 2011 dengan jumlah pasti sebesar 23.261 pasien. Pada tahun 2012 terjadi meningkat yakni 24.141 pasien, bertambah 880 orang (Rostanti,2016).

Data dari Depkes Provinsi Sulawesi Selatan menyebutkan bahwa sepanjang tahun 2010 terdapat 461 kasus penyakit gagal ginjal kronik yang terbagi atas beberapa kabupaten. Untuk kota Makassar, pada tahun 2009 prevalensi GGK masih tinggi yaitu 18,6%, dan insidensnya terus meningkat sampai mencapai 20,2% sedangkan angka mortalitasnya mencapai 9% setiap tahun (Dinas kesehatan Makassar, 2010). Sementara pada tahun 2015, urutan ke 4 tertinggi dari 34 provinsi dengan prevanlensi 3,18% (Riskesdas, 2015).

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

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

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

A. 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 rumah sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan khusus

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

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

d. Melakukan intervensi/ rencana keperawatan pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik.
e. Membuat evaluasi keperawatan pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik.

B. 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/pendidikan

   Manfaat penulisan karya tulis ilmiah ini 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/keluarga

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

4. Penulisan

   a. lebih memahami tentang penyakit gagal ginjal kronik.
   b. Memberikan 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.

C. 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 tentang konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan.

2. Pengamatan khusus

   a. Wawancara

      Mengadakan wawancara langsung dengan pasien, keluarga Serta pihak yag bersangkutan.

   b. Observasi

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

   c. Pemeriksaan fisik

      melakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien pada tiap pola melalui : inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

   d. Studi dokumentasi

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

D. Sistematika penulisan

Karya tulis ilmiah ini terdiri dari 5 Bab yaitu: Pada Bab I, diuraikan tentang latar belakang penyakit gagal ginjal kronik, Tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II, diuraikan tentang tinjauan teoritis yang mana diuraikan menjadi dua point yaitu: konsep dasar medik yang terdiri dari: pengertian, stadium, prevelensi 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 patoflowdiagram. Bab III, diuraikan

tentang pengamatan kasus dimana diuraikan tentang pengkajian pada pasien, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi. Bab IV, diuraikan tentang pembahasan kasus yang merupakan analisa dalam mengaitkan dan membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus. Bab V, berisi penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran yang dapat diajukan sebagai masukan yang kiranya dapat bermanfaat bagi institusi.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tujuan pembangunan kesehatan di Negara kita untuk periode 2015 – 2019 adalah program Indonesia sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Untuk mencapai program Indonesia sehat dilakukan melalui pilar utama yaitu : paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional. Pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi mengutamakan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan; sementara ini, jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya. Gagal ginjal merupakan penyakit katastropik nomor 2 yang paling banyak menghabiskan biaya kesehatan setelah penyakit jantung (Kemenkes RI, 2015)

Gagal ginjal kronik adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan fungsi metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruktif struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi sisa penumpukan metabolisme (toksik uremi), di dalam darah (Muttaqin, 2011)

Prevelensi penyakit gagal ginjal kronik di seluruh dunia terus meningkat. secara global lebih dari 500 juta orang menderita gagal ginjal kronik dan harus menjalani hidup dengan bergantung pada terapi hemodialisis sebanyak 1,5 juta orang. Tingkat presentase dari tahun 2010-2014 sebanyak 36 juta orang warga meninggal dunia akibat penyebab gagal ginjal kronik dan menduduki peringkat ke-12 tertinggi angka kematian di dunia (WHO,2014)

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

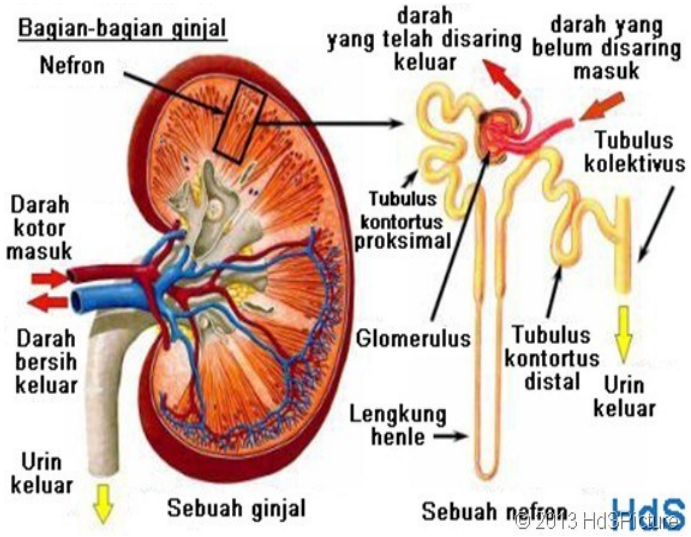
Gagal ginjal kronik (GGK) atau penyakit ginjal tahap akhir merupakan gangguan fungsi ginjal progresif dan irreversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan *uremia* (Suharyanto & Madjid, 2013).

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 (Arif dan Kusmala, 2014).

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 Ginjal



Sumber: Saifudin 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 adiposa. Bagian yang paling tebal terdapat pada tepi ginjal yang memanjang melalui hilus renalis. Ginjal dan kapsul adiposa tertutup oleh suatu lamina khusus dari fasia profunda dan stratuma 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. Nefron menyerang darah dan mengontrol komposisinya. Setiap nefron berawal dari berkas kapiler yang terdiri dari :

a) Glomerulus, merupakan gulungan atau anyaman kapiler yang terletak di dalam 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. Natrium secara bebas difiltrasi dalam glomerulus sesuai dengan konsentrasi dalam plasma.
b) Tubulus proksimal konvulta, tubulus ginjal yang langsung berhubungan dengan kapsul bowman dengan panjang 15 mm dan diameter 55 mm. Bentuknya berkelok-kelok menjalar dari korteks ke bagian medulla dan kembali ke korteks. Sekitar 2/3 dari natrium yang terfiltrasi 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. Kalium direabsopsi lebih dari 70%, kemungkinan dengan mekanisme transportasi aktif akan terpisah dari reabsopsi natrium.

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

d) Tubulus Distal Konvulta, bagian tubulus ginjal yang berkelok-kelok dan jauh letaknya dari kapsul bowman, panjangnya 5 mm. Tubulus distal dari masing-masing nefron bermuara ke duktus koligens yang panjangnya 20 mm. 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 apek masing-masing piramid medulla ginjal. Panjang nefron

keseluruhan ditambah dengan duktus kolagens 45-65 mm. Nefron yang berasal dari glomerulus korteks (nefron korteks), mempunyai ansa henle yang memanjang ke delam piramid medulla. Dalam keadaan normal sekitar 5-10% natrium terfiltasi mencapai daerah reabsopsi di bagian distal.

e) Duktus koligens medulla, ini saluran yang secara metabolik tidak aktif, pengaturan secara halus ekskresi natrium urin terjadi di sini dengan aldosteron yang paling berperan terhadap reabsopsi natrium. 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 (Syaifuddin, 2014).

b. Fisiologi Ginjal

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

1) Ginjal mempunyai 2 fungsi yaitu :
   a) Fungsi ekskresi
      (1) Mempertahankan osmoloritas plasma sekitar 285 miliosmol dengan mengubah-ubah ekskresi air.
      (2) Mempertahankan kadar masing-masing elektrolit plasma dalam rentang normal.
      (3) Mempertahankan pH plasma sekitar 7,4 dengan mengeluarkan kelebihan H^+ dan membentuk kembali HCO_3.
      (4) Mengekskresikan produk akhir nitrogen dari metabolisme protein terutama urea, asam urat da 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, 2013).
2) Proses pembentukan urin

   Ada 3 tahap dalam pembentukan urin yaitu sebagai berikut :
   a) Proses Filtrasi

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

diperlukan tekanan untuk mendapatkan hasil akhir.

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

Tekanan yang melawan filtrasi. Tekanan hidrostatik cairan di dalam 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 reabsobsi adalah Anti Diuretic Hormone (ADH) (Syaifuddin, 2014).

c) Sekresi

Tubulus ginjal dapat mensekresi atau menambah zat-zat ke dalam cairan filtrasi selama metabolisme sel-sel membentuk asam dalam jumlah besar. Namun pH darah dan cairan tubuh dapat dipertahankan 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 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 dan selanjutnya meningkatkan LFG angiotensin juga merangsang sekresi hormon aldosteron yang mempengaruhi osmolaritas urine.

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.

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 (suharyanto,2013).

2. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut (suharyanto,2013) :

a. Faktor Presipitasi

1) Glomerulonefritis Kronik (24%)

Pada glomerulonefritis kronik terjadi infeksi yang berulang, dimana ukuran ginjal sedikit berkurang sekitar seperlima dari ukuran normal dan terdiri dari jaringan

fibrosa yang luas. Berkas jaringan parut merusak sisa korteks, menyebabkan permukaan ginjal kasar dan irregular, sejumlah glomeruli dan tubulus berubah menjadi jaringan parut, cabang-cabang arteri renal menebal. Akhirnya terjadi kerusakan glomerulus yang parah, ketika glomerulus sudah tidak bisa melakukan fungsinya maka akan terjadi gagal ginjal.

2) Penyakit Ginjal Polikistik (8%)

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

3) Batu Ginjal

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

4) Pielonefritis Kronis dan Nefritis 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.

5) Diabetes Melitus

Pada diabetes melitus terjadi hipoksia akibat dari diabetes yang jangka panjang sehingga glomerulus dan sebagian besar kapiler lainnya menebal dan akan

terbentuklah lesi-lesi sklerotik noduler di 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.

6) Medikasi (agen toksik)

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

7) Hipertensi (50 %)

Hipertensi menyebabkan terjadinya penurunan fungsi dari renal yang mengakibatkan peningkatan renin dan meningkatkan angiotensi, selanjutnya angiotensi II hal yaitu : peningkatan aldosteron akan meningkatkan reabsorbsi natrium, natrium akan mengikat cairan ekstraseluler sehingga menyebabkan retensi air dan openingkatan tekanan glomerulus, hal ini akan menyebabkan kerusakan pada nefron.

8) Infeksi Saluran Kemih

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

9) Gaya Hidup

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

10) Lingkungan

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

b. Faktor Predisposisi

1) Umur

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

3. Patofisiologi

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

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

Menurunnya fitrasi glomerulus, (akibat tidak berfungsinya glomeruli) klirens kreatinin akan menurun dan kadar kreatinin

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

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

Asidosis metabolik akibat ginjal tidak mampu mengsekresi asam (H^+) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam akibat tubulus ginjal tidak mengsekresi amoniak (NHA_3) dan mengabsorbsi natrium bikarbonat (HCO_3) penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lain yang terjadi.

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecendrungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik terutama dari saluran gastrointestinal. Eritropoetin merupakan suatu substansi normal yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sum-sum tulang untuk menghasilkan sel darah

merah. Pada gagal ginjal, produksi eritropoetin menurun dan anemia berat terjadi disertai keletihan, angina dan sesak nafas.

Ketidakseimbangan Kalsium dan Fosfat merupakan gangguan metabolisme Kadar serum kalsium dan fosfat tubuh memiliki hubungan saling timbal balik, jika salah satunya meningkat, maka fungsi yang lain akan menurun. Dengan menurunnya filtrasi melalui glomelurus ginjal, maka meningkatkan kadar fosfat serum, dan sebaliknya kadar serum menyebabkan sekresi parathormondari kelenjar thyroid (Padila, 2012).

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, 2013)

4. Manifestasi klinis

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

a. Kardiovaskuler : Hipertensi, nyeri dada, sesak napas, pitting edema, edema periorbital, pembesaran vena leher.
b. Saluran cerna : Biasanya terjadi bau ammonia ketika benapas, pengecapan rasa logam, konstipasi, atau diare, perdarahan mulut, anoreksia, mual dan muntah, cegukan, konstipasi, atau diare, perdarahan pada saluran cerna.
c. Paru – paru : Biasanya terjadi ronchi basah kasar (krekels), sputum yang kental dan lengket, penurunan refleks batuk, nyeri pleura, sesak napas, takipnea, pernapasan kusmaul, pneumonitis uremik.
d. Muskuloskeletal : Biasanya terjadi kram otot, kehilangan kekuatan otot, osteodistrofi ginjal, nyeri tulang, fraktur, kulai kaki.

e. Integumen : Biasanya kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.
f. Neurologik : Biasanya terjadi kelemahan dan keletihan, konfusi, ketidakmampuan berkosentras, disorientasi, tremor, kejang, asteriksis, tungkai tidak nyaman, telapak kaki serasa terbakar, perubahan perilaku.
g. Reproduksi : Biasanya terjadi amenorea, atrofi testi, ketidaksuburan, penurunan libio.
h. Sistem hematologi : Biasanya terjadi anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin dan dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopenia (Brunner dan suddarth, 2013).

5. Pemeriksaan Diagnostik

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

a. Uji klirens kreatinin

   Untuk melakukan tes bersihan kreatinin, cukup mengumpulkan spesimen urin 24 jam dan satu spesimen darah diambil dalam waktu 24 jam yang sama. Pada penyakit gagal ginjal kronik, nilai GFR turun dibawah nilai normal sebesar 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. kedua zat merupakan hasil akhir nitrogen dari metabolisme protein yang normal diekresikan dalam urin. Bila GFR turun seperti pada insufisiensi ginjal, kadar kreatinin dan BUN plasma meningkat, keadaan ini di kenal sebagai azotemia (zat nitrogen dalm darah).

d. Pemeriksaan USG

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

e. EKG

Mungkin abnormal karena biasanya menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa.

6. Penatalaksanaan Medik

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

a. Tindakan konservatif

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

Pengobatan :

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

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

   b) Diet rendah kalium

      Hiperkelemia biasanya merupakan masalah pada gagal

ginjal lanjut. Asupan kalium dikurangi. Diet yang dianjurkan adalah 40-80 mEq/hari.

c) Diet rendah natrium

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

d) Pengaturan cairan

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

2. Pencegahan dan pengobatan komplikasi

a) Hipertensi

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

b) Hiperkalemia

Hiperkalemia merupakan komplikasi yang paling serius, karena bila K^+ serum mencapai sikitar 7 mEq/L, dapat mengakibatkan aritmia dan juga henti jantung. Hiperklemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena, yang akan memasukkan K^+ ke

dalam sel, atau dengan pemberian Kalsium Glukonat 10%.

c) Anemia

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

d) Asidosis

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

e) Diet rendah fosfat

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

f) Pengobatan hiperurisemia

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

3. Dialysis dan transplantasi

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

7. Komplikasi

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

a. Hiperkalemia

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

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

c. Hipertensi

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

d. Anemia

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

e. Penyakit tulang

   Penyakit tulang terjadi akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal dan peningkatan kadar albunium (Padila, 2012).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan:

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

Data Objektif: Merokok.

b. Pola Nutrisi Metabolik

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

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

c. Pola Eliminasi:

Data subjektif : penurunan frekuensi urine, oliguri, anuria (gagal ginjal lanjut).

Data objektif : Abdomen kembung, diare atau konstipasi, perubahan warna urin.

d. Pola Aktifitas dan Latihan:

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

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

e. Pola Tidur dan Istirahat:
   Data Subjektif : gangguan tidur (insomnia), kulit gatal.
   Data Objektif : gelisah atau somnolen, cemas, pruritus.
f. Pola Persepsi Kongitif:
   Data Subjektif : Sakit kepala, penglihatan kabur, keram otot
   Data Objektif : Gangguan status mental, penurunan lapang perhatian, kehilangan memori, tingkat kesadaran menurun.
g. Pola Persepsi dan Konsep Diri:
   Data Subjektif : Harga diri rendah, perasaan tidak berdaya.
   Data Objektif : Sering marah-marah, cemas.
h. Pola Peran dan Hubungan dengan sesama:
   Data Subjektif : Kesulitan menentukan kondisi (tak mampu bekerja), mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.
   Data objektif : Lemas, penampilan tak berharga, murung, suka menyendiri
i. Pola Reproduksi dan Seksualitas.
   Data Objektif : Penurunan libido, amenorea, infertilitas.
j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress:
   Data Subjektif : Hubungan perasaan tidak berdaya, tak ada harapan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan potensial untuk pasien dengan Gagal Ginjal Kronik (Wikilson, 2006).

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

3. Intervensi/Rencana Keperawatan

Adapun Perencanaan Keperawatan yang disusun untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh penderita Gagal Ginjal Kronik yaitu :

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

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

Intervensi :

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

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

2) Batasi masukan cairan .

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

3) Identifikasi sumber potensial cairan medikasi dan cairan yang digunakan dan makanan.

   Rasional: Sumber kelebihan cairan yang tidak diketahui dapat diidentifikasi.

4) Jelaskan kepada pasien dan keluarga rasional pembatasan cairan

   Rasional: Pemahaman meningkatkan kerja sama pasien dan keluarga dalam pembatasan cairan.

5) Bantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan.

   Rasional: Kenyamanan pasien meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan diet.

6) Tingkatkan dan dorong oral hygiene dengan sering.

Rasional: Hygiene oral meningkatkan kekeringan membran mukosa mulut.

7) Kolaborasi pembrian obat diuretik
Rasional: untuk melebarkan lumen tubular dari debris.

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

Intervensi :

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

Rasional: untuk melebarkan jalan napas sehingga pasien dapat bernapas dengan baik.

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

Hasil yang diharapkan : mempertahankan/menigkatkan masukan berat badan seperti yang diindikasikan oleh situasi individu, bebas edema

Intervensi :

1) Kaji status nutrisi, perubahan berat badan, pengukuran antropometrik, nilai laboratorium (elektrolit serum, BUN, kreatinin, protein, transferin, dan kadar besi).

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

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

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

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

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

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

   Rasional: Mendorong peningkatan masukan diet.

5) Tingkatkan masukan protein yang mengandung nilai

biologis tinggi; telur, produk susu, daging.

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

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

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

7) Beri makan sedikit tapi sering

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

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

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

9) Timbang berat badan setiap hari

Rasional: Untuk memantau status cairan dan nutrisi pasien

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

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

d. Diagnosa Keperawatan IV : Defisiensi pengetahuan

berhubungan dengan keterbatsan kognitif, kurang terpajan/ mengingat, salah interpretasi informasi

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

Intervensi :

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

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

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

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

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

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

4) Sediakan informasi baik tertulis maupun secara oral dengan tepat tentang fungsi dan kegagalan renal, pembatasan cairan dan diet, medikasi, melaporkan

masalah, tanda dan gejala, jadwal tindak lanjut, sumber di komunitas, pilihan terapi.

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

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

Hasil yang diharapkan : Berpartisipasi dalam aktifitas yang dapat ditoleransi.

Intervensi :

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

   Rasional : Menyediakan informasi tentang indikasi tingkat keletihan.

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

   Rasional : Menyediakan informasi tentang indikasi tingkat keletihan.

3) Anjurkan aktifitas alternatif sambil istirahat.

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

4) Anjurkan untuk istirahat setelah dialysis.

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

f. Diagnosa Keperawatan VI : Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, kulit kering, pruritus, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan pembuatan

akses darah hemodialisa, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi, hiperglikemia.

Hasil yang diharapkan : mempertahankan kulit utuh.

Intervensi :

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

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

2) Inspeksi area tergantung terhadap edema.

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

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

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

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

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

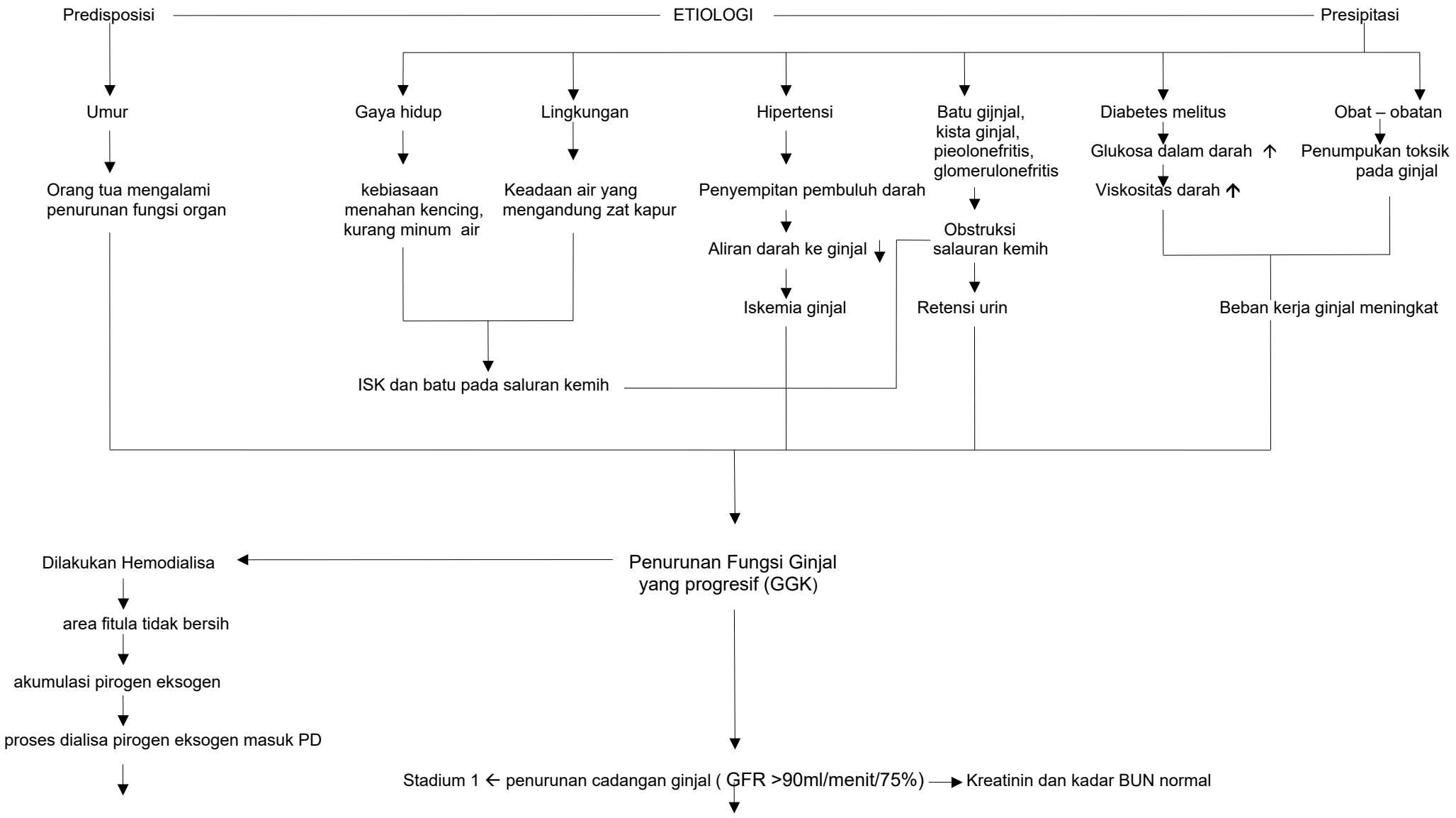
4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

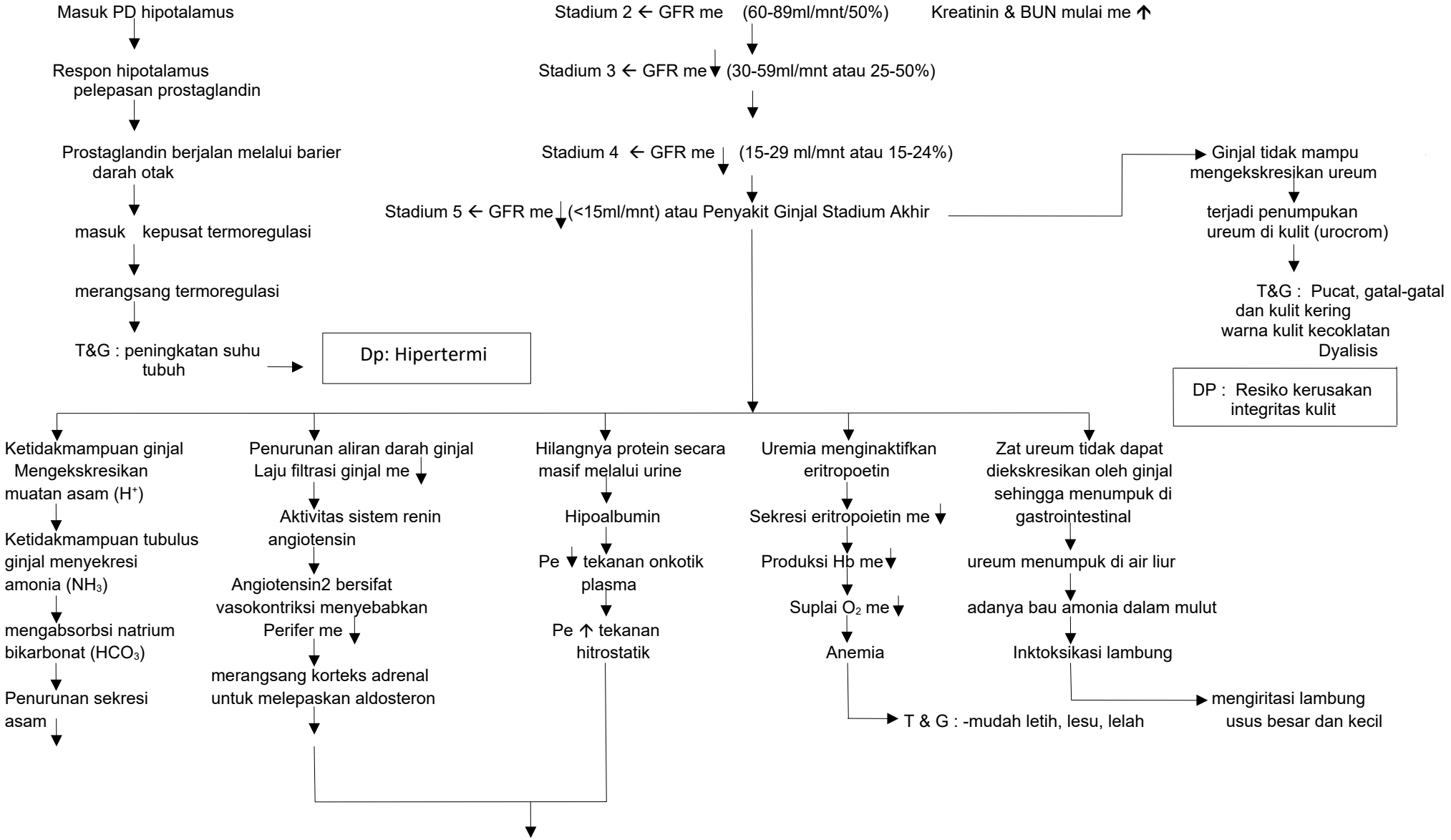
Adapun penyuluhan yang harus diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai

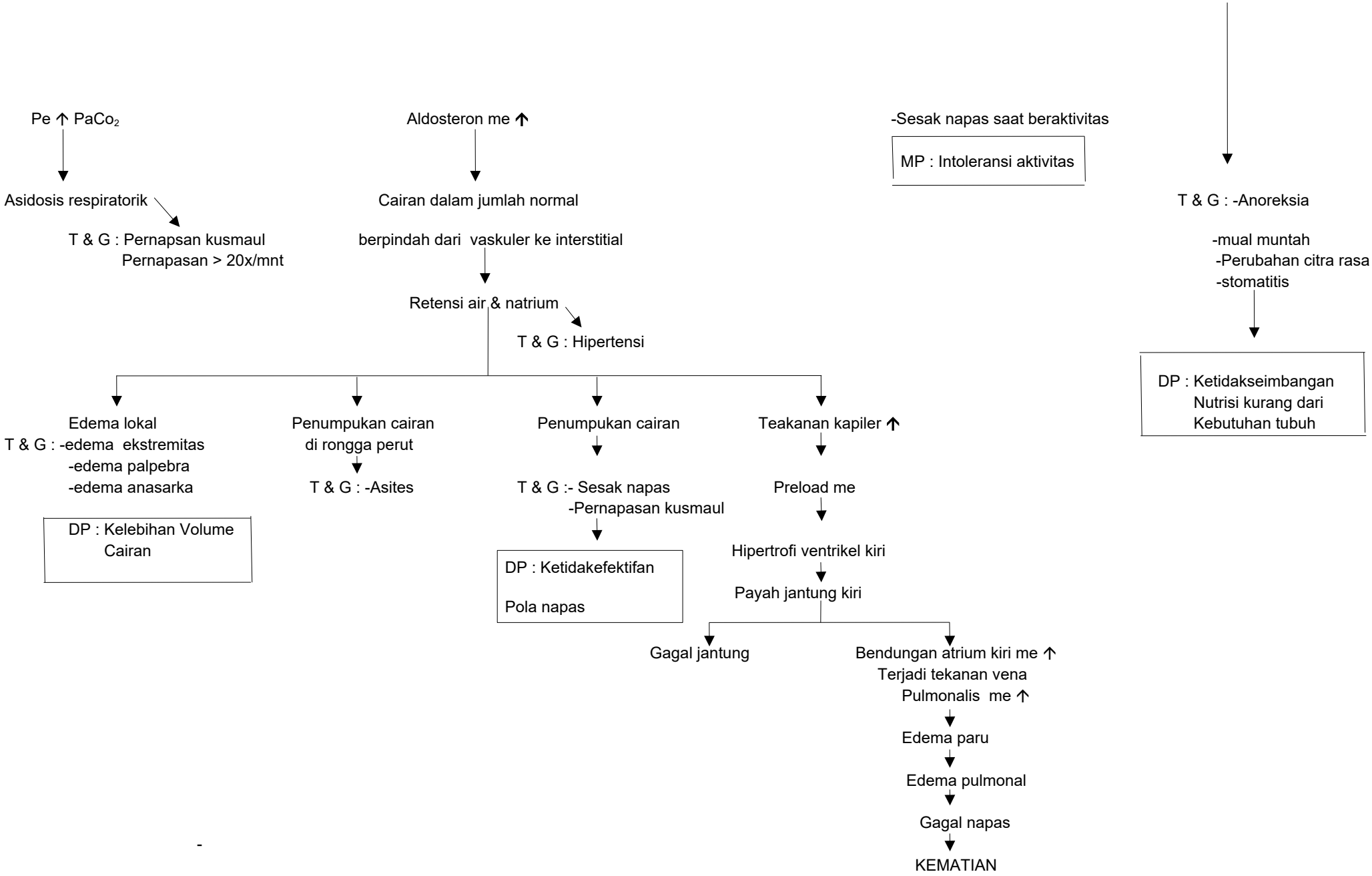
berikut :

a. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala perburukan penyakit Gagal Ginjal Kronis misalnya mual, muntah, pengeluaran haluaran urin, napas berbau amonik.
b. Obat: beritahu klien dan keluarga tentang daftar nama obat dosis, waktu pemberian obat, jangan mengkonsumsi obat-obatan tradisional dan vitamin tanpa instruksi dokter, konsumsi obat secara teratur. Jika merasakan ada efek samping dari obat segera cek ke rumah sakit serta perhatikan aktivitas ketika selesai meminum obat yang memiliki efek samping mengantuk.
c. Diet: pertahankan diet seperti yang dianjurkan dokter seperti mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan rendah protein, banyak mengkonsumsi makanan rendah natrium dan kalium. Keluarga harus memperhatikan benar-benar pola makan klien, membatasi pemasukan cairan. Jangan membiasakan diri untuk menahan buang air kecil, pertahankan berat badan normal, timbang berat badan secara teratur, serta hindari minuman 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




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

-

A. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Winda Layuk Nim: E1514401050

Unit : ICU
Kamar : HCU
Tgl masuk RS : 20 April 2018
Tgl pengkajian : 21 April 2018

Autoanamnesa :√
Alloananmnese :√

1. Identifikasi
   a. Pasien
      Nama initial : Tn. D
      Umur : 70 tahun
      Jenis kelamin : Laki-laki
      Status perkawinan : Menikah
      Jumlah anak : 1
      Agama/suku : Kristen Protestan/Toraja
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan: Indonesia
      Pendidikan : SI
      Pekerjaan : Pegawai swasta
      Alamat rumah : Jl. Rajawali Aslob blok A-11
   b. Penanggung jawab
      Nama : Ny. E
      Umur : 24 tahun
      Alamat : Jl. Rajawali blok A-80 B
      Hubungan dengan pasien : Anak
2. Data Medik
   Diagnosa medik
   Saat masuk : *Chronic Kidney disease* + *Dpsynoe*
   Saat pengkajian : *Chronik Kidney disease* stage 4

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

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

Alasan : Tampak keadaan pasien sakit berat, pasien tampak lemah, sesak dengan frekuensi pernapasan 32×/menit, jenis pernapasan takipnea dan disertai dengan batuk berlendir berwarna putih, posisi pasien dalam keadaan semi fowler, edema pada bagian kedua tungkai bawah dan tampak asites, terpasang cimino pada bagian tangan sebelah kiri. Tampak pasien memakai oksigen 10 L/menit menggunakan *nonrebreathing* mask hanya terpasang triway sebelah kanan, terpasang kateter, dan monitor jantung

b. Tanda-tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : *Compos Mentis*

Skala koma *Glasgow* (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : pasien Tidak koma

2) Tekanan darah : 170/100 mmHg

MAP : 107 mmHg.

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 38°C [–] Oral [√] axilla [–] Rectal

4) Pernapasan : 32x/menit

Irama : [–] Teratur [–] Bradipnea [√] Takipnea [–] Kusmaull [–] Cheynes-stokes

Jenis : [√] Dada [–] Perut

5) Nadi : 107 x/menit

Irama : [–] Teratur [√] Takikardi [–] Bradikardi

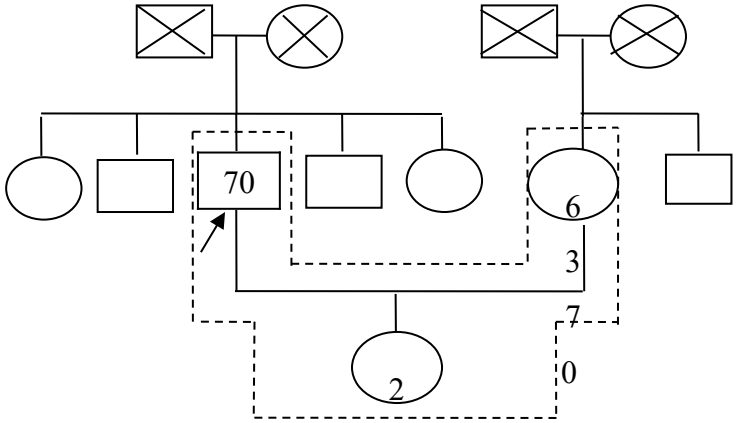
Kuat Lemah

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 30 cm
2. Tinggi badan : 160 cm
3. Berat badan : 50 kg
4. IMT : 19 kg/m²

Kesimpulan : Berat badan ideal

d. Genogram



Keterangan :

: Pria

: Wanita

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian pola kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit ia adalah seorang pegawai swasta, pasien jarang minum air putih karena kesibukan bekerja pasien tidak pernah merasa haus karena pasien bekerja di ruangan yang ber AC, lingkungan rumahnya bersih, jika pasien merasa kurang

sehat pasien berobat ke dokter dan pasien juga memang ada riwayat Hipertensi sejak Oktober 2013 , pasien menjalani cuci darah 3 kali seminggu

2. Riwayat penyakit saat ini :
   a) Keluhan utama :

      Sesak napas

   b) Riwayat keluhan utama :

      Keluarga mengatakan ±3 hari yang lalu pasien tiba-tiba mengalami sesak napas di rumah dan sesaknya muncul ketika pasien ingin buang air kecil. Dan disertai batuk berlendir berwarna putih ±1 bulan yang lalu dan demamnya ±3 hari yang lalu, bengkak pada kedua kaki bawah dan perut pasien membesar ±1 bulan yang lalu. Sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke RS. Stella Maris. Saat pengkajian keluarga mengatakan masih mengeluh sesak disertai batuk berlendir, bengkak pada kedua kaki bawah dan perut masih membesar. Ketika pulang dari cuci darah pasien merasa demam dan menggigil, demamnya kadang naik turun. Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 32x/menit dengan jenis pernapasan takipnea disertai dengan batuk berlendir berwarna putih, pasien dengan posisi semi fowler, pasien pucat dan gelisah, edema pada kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dengan kedalaman 3 mm, perut pasien acites dengan lingkaran abdomen 94 cm, kulit pasien memerah dan teraba hangat. Tanda-tanda vital : tekanan darah 170/100 mmHg, nadi 107x/menit, pernapasan 32x/menit, suhu 38^0C
3. Riwayat penyakit yang pernah dialami :

   Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi sejak 5 tahun yang lalu sampai sekarang dan pasien teratur minum obat. Pasien sudah cuci darah sejak bulan Agustus 2015 yaitu 3x dalam seminggu.
4. Riwayat kesehatan keluarga :

   Keluarga mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang menderita

penyakit tersebut.

5. Pemeriksaan fisik :
   a) Kebersihan rambut : Tampak bersih dan beruban
   b) Kulit kepala : Tampak bersih
   c) Kebersihan kulit : Tampak bersih
   d) Higiene rongga mulut : Tampak kotor, lidah tampak putih
   e) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji, pasien menolak
   f) Kebersihan anus : Tidak dikaji, pasien menolak

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x dalam sehari dengan menu nasi, ikan dan sayur, dan pasien minum air putih 5-6 gelas 1500 cc/hari, dan juga pasien mengkonsumsi obat hipertensi (amblodipine) selama 5 tahun secara teratur.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan selama masuk RS. Nafsu makan berkurang, ia hanya mampu menghabiskan $^1/_2$ porsi makanan yang disediakan. Pada saat pengkajian keluarga mengatakan masih malas makan, dan dokter menganjurkan untuk tidak banyak minum hanya sekitar 600cc dalam sehari, selama sakit pasien ada penurunan berat badan ±2 bulan yang lalu, dari BB: 60 kg ke BB: 50 kg.

3. Observasi :

   Pasien tampak lemah, pasien edema pada kedua tungkai, pasien minum sedikit dengan menggunakan pipet ± 50cc, pasien juga malas makan hanya mampu menghabiskan $^1/_2$ porsi dari 1 porsi yang di sediakan.

4. Pemeriksaan fisik :
   a) Keadaan rambut : Tampak berwarna 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 ditengah
f) Rongga mulut : Tampak kotor
g) Gusi : Tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak utuh
i) Gigi palsu : Tidak ada
j) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien mampu mengunyah keras
k) Lidah : Tampak kotor berwarna putih
l) Pharing : Tidak ada peradangan
m) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
o) Abdomen :
- Inspeksi : Tampak asites
- Auskultasi : peristaltik 18×/menit
- Palpasi : tidak ada nyeri
- Perkusi : Pekak

p) Kulit
- Edema : positif [√] negatif [–]
- Ikterik : positif [–] negatif [√]
- Tanda – tanda radang : tidak ada tanda peradangan

q) Lesi : Tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga mengatakan sebelum sakit BAB 1×/hari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan, BAK juga lancar, dengan frekuensi 4 kali dalam sehari, berwarna kuning dan berbau amoniak, tidak ada masalah dalam BAB dan BAK.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan selama di RS. Pasien BAB 7-6 ×/hari dengan konsistensi encer dan berwarna kuning dengan jumlah 200 cc/hari, pasien BAK 2-3 ×/hari dengan jumlah urine 200 cc/hari berwarna kuning.

3. Observasi :

   Tampak urine bag pasien terisi urine dengan jumlah 200 cc/24 jam, abdomen asites lingkar perut 94cm dan bengkak pada kedua tungkai bawah.

4. Pemeriksaan fisik :

   a) peristaltik usus : 18 x/menit

   b) palpasi kandung kemih : [_] penuh [√] kosong.

   c) nyeri ketuk ginjal : [_] positif. [√] Negatif.

   d) mulut uretra : 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 :

   Keluarga mengatakan sebelum sakit ia bekerja sebagai pegawai swasta, pasien menonton TV di waktu senggang, dan juga jarang berolahraga karena sibuk bekerja.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan sejak sakit aktivitas pasien sehari-hari terbatas dan terhambat karena bengkak pada kedua tungkai bawah. Pasien juga mengeluh sesak napas bertambah jika terlalu banyak bergerak, dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien dibantu perawat dan keluarga, sejak sakit pasien sudah tidak bekerja.

3. Observasi :

   Tampak pasien terbaring di tempat tidur dengan posisi semi fowler, pasien sesak terpasang O_2 *nonrebriting* maks, P: 32 x/menit, terpasang kateter dan terpasang monitor jantung, edema pada kedua tungkai bawah, dan perut asites.

   a) Akitivitas harian :

   - Makan : 2
   - Mandi : 2
   - Pakaian : 2
   - Kerapihan : 2
   - Buang air besar : 3
   - Buang air kecil : 3
   - Mobilisasi ditempat tidur: 2

   0. mandiri
   1. bantuan dengan alat
   2. bantuan orang
   3. bantuan alat dan orang
   4. bantuan penuh

   b) Postur tubuh : Tidak dikaji

   c) Gaya jalan : Tidak dikaji

   d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

   e) Fiksasi : Tidak ada

   f) Tracheostomi : Tidak ada

4. Pemeriksaan fisik

   a) Tekanan darah

   Berbaring : 170/100 mmHg

   Duduk : -

   Berdiri : -

   Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : [–] Positif [–] Negatif

   b) HR : 107 ×/menit

   c) Kulit :

   Keringat dingin: Tidak ada

   Keringat basah : Tidak ada

   d) JVP : 5-2 cmH_2o

   Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler : Kembali dalam waktu >3 detik

f) Thorax dan pernapasan :

- Inspeksi :

  Bentuk thorax : simetris kiri dan kanan

  Retraksi interkosta : Tampak penggunaan otot bantu pernapasan

  Sianosis : Tidak ada

  Stridor : Tidak ada

- Palpasi :

  Vocal fremitus : Getaran lebih dirasakan di lapang paru sebelah kanan

  Krepitasi : Tidak teraba

  Perkusi : [_] sonor [_] redup [√] pekak

  Lokasi : lapang paru sebelah kiri

- Auskultasi :

  Suara napas : vesikular lemah terdengar di lapang paru sebelah kiri

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

  Suara tambahan : Ronchi terdengar dikedua lapang paru

g) Jantung :

- Inspeksi :

  Ictus cordis : Tidak ada

- Palpasi :

  Ictus cordis : Teraba pada ICS V mid clavicularis sinistra

- Perkusi :

  Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

  Batas bawah jantung : ICS V linea mid clavicularis sinistra

  Batas kanan jantung : ICS II linea sternalis dextra

  Batas kiri jantung : ICS V linea axilaris anterior sinistra

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A :Tunggal ICS 2 linea sternalis dextra

  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 clavicularis sinistra

  Bunyi jantung III irama gallop: Tidak terdengar

  Murmur : Tidak ada

  Bruit : Aorta : Tidak terdengar

  A. Renalis : Tidak terdengar

  A. 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
- Paralisi : Tidak ada
- Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	4	4

Keterangan :

Nilai 5 : kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi : Bicep (+,+), Tricep (+,+), Patella (+,+)
- Refleks patologi : Negatif

  Babinski : kiri : positif [–] negatif [√]

  Kanan: positif [–] negatif [√]
- Clubbing jari-jari : Tidak ada
- Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vertebralis :

- Inspeksi : [–] Lordosis [–] Kiposis [√] Skoliosis
- Palpasi : Nyeri tekan tidak ada
- Kaku kuduk : tidak ada

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga mengatakan tidur malam ± 7-8 dari pukul 21.00-05.00 WITA dan tidur siang ±3 jam dari pukul 13.00-16.00, pasien lebih suka tidur dalam suasana gelap, pasien juga tidak pernah mengkonsumsi obat tidur.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan ia susah tidur karena sesak dan batuk berlendir, pasien juga tidur malam ±4-5 jam dan tidak bisa tidur siang, pada malam hari pasien sering terbangun karena sesak napas dan gelisah.

3. Observasi :

   Ekspresi wajah mengantuk : [–] positif [√] negatif

   Banyak menguap : [–] positif [√] negatif

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

f. Pola Persepsi Kongnitif

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 2010. 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 :

   - Cornea : 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 :

   Keluarga mengatakan bahwa pasien mengenal dirinya, mengetahui perannya sebagai suami dan ayah. Pasien merasa puas dengan perannya. Pasien tidak pernah merasa putus asa walaupun banyak masalah.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan walaupun sakit, pasien masih semangat dan tidak putus asa dalam menghadapi penyakitnya, pasien berharap kondisinya segera membaik dan kembali ke rumah.

3. Observasi

   Tampak pasien terbaring lemah dan ditemani oleh istrinya.

   a) Kontak mata : kurang
   b) Rentang perhatian : perhatian kurang
   c) Suara dan cara bicara : suara pasien tidak jelas dan pelan
   d) Postur tubuh : Tidak dikaji

4. Pemeriksaan fisik :

   a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
   b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji
   c) Kulit : Tampak Kering

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga mengatakan ia hidup berkeluarga, pasien tinggal dirumah bersama istri. Pasien berperan sebagai kepala keluarga di rumah, pasien merasa puas dengan perannya, pasien akrab dengan sanak saudara serta tetangganya.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan bahwa keluarga memberikan perhatian yang cukup akan dirinya, sejak sakit pasien didampingi oleh istrinya, sejak sakit pasien di kunjungi oleh sanak saudaranya.

3. Observasi :

   Tampak pasien didampingi oleh istrinya

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga mengatakan bahwa sekarang ia berusia 70 tahun serta mempunyai seorang istri dan 1 orang anak. Pasien juga tidak ada masalah pada pola reproduksi.

2. Keadaan sejak sakit :

Keluarga mengatakan tidak mengalami penyimpangan seksual, pasien juga tidak ada masalah pada pola reproduksinya.

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

   Keluarga mengatakan jika ada masalah pasien selalu menceritakan kepada istrinya, tetapi pasien juga sering marah-marah jika ada masalah, dan orang yang sangat membantu dalam mengatasi masalah tersebut adalah istri pasien

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan tidak mengalami gangguan/kesulitan dalam menyesuaikan diri terhadap lingkungan dan situasi baru, jika ada masalah pasien selalu bercerita kepada istrinya.

3. Observasi :

   Tampak pasien tenang didampingi oleh istrinya.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit :

   Keluaraga mengatakan ia beragama kristen protestan, setiap hari minggu selalu mengajak keluarganya ke gereja, pasien juga aktif dalam kegiatan gereja dan doa/ibadah.

2. Keadaan sejak sakit :

   Keluarga mengatakan hanya dapat berbaring lemas ditempat tidur dan hanya dapat berdoa ditempat tidur

3. Observasi :

   Pasien tampak berdoa seblum makan

5. UJI SARAF KRANIAL

a. N I : *OLFAKTORIUS*

pasien mampu mencium serta membedakan bau minyak kayu putih dengan mata tertutup

b. N II : *OPTIKUS*

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*

Sensorik : pasien mengatakan mampu merasakan gesekan tisu di pipi sebelah kanan, kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.

Motorik : teraba otot massester keras

e. N VII : *FASCIALIS*

Sensorik : pasien mampu mengecap rasa manisnya gula pasir.

Motorik :pasien mampu tersenyum dan mengankat alis dan memperlihatkan gigi depan

f. N VIII : *VESTIBULO-ACUSTICUS*

Vestibularis : tidak dikaji karena pasien sesak

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 dengan baik

i. N XI : *ASCESORIUS*

Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan kiri serta dapat menggerakkan kepala ke kiri dan kekanan

j. N XII : *HYPOGLOSUS*

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

6. Pemeriksaan Penunjang

PEMERIKSAAN LABORATORIUM 23 April 2018

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	14.4	+	10^3uL	4.8-10.8
RBC	4.3	-	10^6/uL	4.7-6.1
HGB	6.3	-	g/dL	14-18
HCT	38.10	-	%	42-52
MCV	86.4		fL	80-99
MCH	31,2	+	Pg	27-31
MCHC	34		g/dL	33-37
PLT	425		10^3uL	150-450
RDW-CV	13.3	+	%	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%	79,3	+	%	40-74
LYM%	19.0		%	19-48
MXD%	7.2		%	4-18
NEUT#	11,5	+	10^3uL	1.5-7
LYM#	1.5		10^3uL	1-3.7

MXD#	1.0		10^3uL	0-1.2

Hasil pemeriksaan tanggal 23 April 2018

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
Ureum	**136.8**	10-50	mg/dL		H
Cratinine	**3.4**	<1.4	mg/dL		H

Hasil pemeriksaan tanggal 23 April 2018

Tes / Jenis Pemeriksaan	Hasil	Hasil Rujukan	Satuan	Metode
Kimia darah				
Elektrolit				
Elektrolit natrium, kalium, clorida				
Natrium	**129.9 ***	136-145	mmol/L	
Kalium	4.22	3.4-4.5	mmol/L	
Clorida	**109.5***	100-108	mmol/L	

Hasil Pemeriksaan foto Toraks PA tanggal 21 April 2018

Kesan : Aspek bronchitis

Edema paru sinistra

Suspeks efusi pleura sinistra

7. TERAPI

a. Furosemide 2 ampul 40mg/12 jam/IV
b. Ambroxol 250mg/6 jam/oral
c. Paracetamol tablet 500mg/8 jam/oral
d. Amblodipine 5 mg/12 jam/oral

B. ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn “D”/ 70 Tahun

Ruangan/kamar : ICU/HCU

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS : - keluarga mengatakan bengkak pada keuda kaki bawah dan perut membesar - Pasien mengatakan ia diberikan batasan cairan ± 600 cc/ hari oleh dokter. DO : - Tampak abdomen asites dengan lingkaran abdomen 94 cm - Tampak edema pada kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dengan kedalaman 3 mm - Jumlah urine saat pengkajian sebanyak 200 cc/24 jam - Hasil pemeriksaan lab Ureum : 136,8 mg/dL Creatinin : 3.4 mg/dL	Gangguan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan

	Elektrolit : - Natrium : 129.9mmol/L - Clorida : 109.5 mmol/L		
2	DS : - Keluarga mengatakan pulang dari cuci darah pasien merasa demam dan menggigil - Keluarga mengatakan demamnya naik turun DO: - Tampak pasien gelisah - Suhu : 38^0C - Kulit pasien teraba hangat - Pemeriksaan lab : WBC : 14,4 g/dL - Foto thoraks : Aspek bronchitis	Penyakit	Hipertermia
3	DS : - Keluarga megatakan masih mengeluh sesak disertai batuk berlendir. - keluarga mengatakan pada malam hari sering terbangun karena sesak dan gelisah	Keletihan otot pernapasan	Ketidakefektifan pola napas

	DO : - Tampak pasien sesak - tampak pasien ditempat tidur dengan posisi semi fowler - Tampak menggunakan otot bantu pernapasan - Tampak pasien menggunakan O_2 10L/menit, menggunakan *nonrebrihiting mask* - Pernapasan: 32×/menit - Tampak pasien batuk berlendir berwarna putih - Hasil foto thoraks Kesan : Edema paru, Efusi pleura sinistra Auskultasi - Suara napas : vesikuler lemah terdengar di lapang paru sebelah kiri - suara ucapan : suara nggerenyem terdengar di lapang paru sebelah kiri - suara tambahan : Ronchi terdengar di		

	percabangan bronkus - vocal premitus : getaran lebih terdengar di lapang paru sebelah kanan		

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/umur : Tn “D”/70 tahun

Ruangan/kamar : ICU/HCU

NO	Diagnosa keperawatan
I	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan
II	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
III	Hipertermi b/d penyakit

D. Rencana Keperawatan

Nama /umur : Tn “D”/ 70 tahun

Unit/ kamar : ICU-ICCU

No	Hari/tanggal	Diagnosa	Hasil yang diharapkan (NOC)	Rencana tindakan (NIC)
I	Sabtu 21/04/2018	Ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan Ditandai dengan: DS : - Keluarga megatakan masih mengeluh sesak disertai batuk berlendir. - keluarga mengatakan pada malam hari sering terbangun karena sesak dan gelisah. DO : - Tampak pasien sesak - tampak pasien ditempat tidur dengan	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 nafas 1) Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 (berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup) 2) Irama pernapasan dipertahankan pada skala 2 (berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup) 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) Kelola pengobatan sebagaimana mestinya b. Monitor pernapasan 1) Auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan

		Posisi semi fowler - Tampak menggunakan otot bantu pernapasan - Tampak pasien menggunakan O_2 10L/menit, menggunakan *nonrebrihiting mask* - Pernapasan: 32×/menit - Tampak pasien batuk berlendir berwarna putih - Hasil foto thoraks Kesan : Edema paru, Efusi pleura sinistra Auskultasi - Suara napas : vesikuler lemah terdengar di lapang paru sebelah kiri	(berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup) b. Status pernapasan : ventilasi 1) Penggunaan otot bantu nafas dipertahankan pada skala 2 (berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup) 2) Dipsnea saat beristirahat dipertahankan pada skala 2 (berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup) 3) suara nafas tambahan ditingkatkan ke skala 2 (berat) ditingkatkan ke skala 3 (cukup)	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

		- suara ucapan : suara nggerenyem terdengar di lapang paru sebelah kiri - suara tambahan : Ronchi terdengar di percabangan bronkus - vocal premitus : getaran lebih terdengar di lapang paru sebelah kanan		

II.	Sabtu 06-04-2018	Kelebihan volume cairan b/d Gangguang mekanisme regulasi Ditandai dengan: DS : - keluarga mengatakan bengkak pada keuda kaki bawah dan perut	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	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 deuretik yang

		membesar - Pasien mengatakan ia diberikan batasan cairan ± 600 cc/ hari oleh dokter. DO : - Tampak abdomen asites dengan lingkaran abdomen 94 cm - Tampak edema pada kedua tungkai bawah	2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) 2) Keseimbangan *intake* dan *output* dalam 24 jam dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) b. Eliminasi urin 1) Jumlah urin dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) c. Status pernapasan : ventilasi 1) Dispnea saat beristirahat	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
		dengan cekungan kembali 5 detik dengan kedalaman 3 mm - Jumlah urine saat pengkajian sebanyak 200 cc/24 jam - Hasil pemeriksaan lab	diepertahankan pada skala 2 (cukup berat) Ditingkatkan ke skala 3 (sedang)	

		Ureum : 136,8 mg/dL Creatinin : 3.4 mg/dL Elektrolit - Natrium : 129.9mmol/L - Clorida : 109.5 mmol/L		

III.	Sabtu, 21/04/2018	Hipertermai b/d penyakit DS : - Keluarga mengatakan pulang dari cuci darah pasien merasa demam dan menggigil - Keluarga mengatakan demamnya naik turun DO: - Tampak pasien gelisah - Suhu : 38^0C - Kulit pasien teraba hangat - Pemeriksaan lab : WBC : 14,4 g/dL - Foto thoraks : Aspek bronchitis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan hipertermia dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang) Dengan kriteria hasil : a. Termoregulasi 1) Hipertermia dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) 2) Perubahan warna kulit dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) 3) Berkeringat saat panas dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) 4) Menggigil saat dingin dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 4 (ringan)	a. Perawatan demam 1) Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya 2) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu : memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/flush) 3) Monitor warna kulit dan suhu 4) Beri obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik agen antibakteri dan agen anti menggigil) 5) Anjurkan untuk kompres air hangat

E. Implementasi Keperawatan

Nama / umur : Tn “D”/ 70 tahun

Unit / kamar : ICU/HCU

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan keperawatan	Nama perawat
22/04/2018	I,II,III	08.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 170/90 mmHg N : 107 ×/menit S : 38^0C P : 32 ×/menit	Winda
	II		Meninggikan kaki ditempat tidur Hasil : Meletakkan bantal dibawah kaki pasien yang edema. Tampak pasien berbaring dengan 1 bantal dibawah kaki yang edema	Winda
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : - Furosemide 40 mg/IV - Paracetamol 500 mg/oral - Amblodipine 5 mg/oral	Winda Dan Lindah
	II		Mengkaji lokasi edema dan luas edema Hasil : Keluarga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Tampak edema kedua tungkai bawah dengan	Winda

			cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaran 94 cm	
	II		Membatasi cairan yang sesuai 600cc/hari Hasil : Pasien mengatakan dia sering merasa haus	Winda
	II		Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : - Tampak pasien minum air putih 200 cc - Tampak hanya sedikit urin yang keluar pada kateter 50 cc	Winda
	II		Menginstruksikan alasan untuk batasan cairan Hasil : tampak pasien mengerti apa yang diinstruksikan oleh perawat	Winda
	I,II,III	10.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/90 mmHg N : 108 ×/menit S : 38^0C P : 32 ×/menit	Winda
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : - ambroxol 250 mg/oral	Winda
	I		Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi	Winda

	I		Hasil : memberikan posisi semi fowler Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil : membrikan O_2 10 L/menit memakaikan nonrebreating mask	Winda
	I		Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil : terdengan suara tambahan ronchi	Winda
	I		Memonitor pola nafas Hasil : tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 29x/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan, irama pernapasan takipnea, dan jenis pernapasan dada	Winda
	I,II,III	12.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/90 mmHg N : 106 ×/menit S : 38^0C P : 30 ×/menit	Winda
	II		Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : - tampak pasien minum	Winda

			air putih 100 cc menggunakan pipet - tampak hanya sedikit urin yang keluar pada kateter 50cc	
	III		Memberikan medikasi yang tepat dengan mengompres pasien menggunakan kain dan air hangat Hasil : diberikan pada daerah dahi sampai suhu turun	Winda
	II	13.45	Mencatat asupan dan pengeluaran pada sift pagi Hasil : pukul 08.00-13.30 (air putih = 300cc, urine= 100cc)	Winda
	I,II,III	14.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/80 mmHg N : 110 ×/menit S : 38^0C P : 30 ×/menit	Yoya
	I		Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil : - memberikan O_2 10L/menit - memberikan nonrebreating mask	Yoya
	I		Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi	Yoya

			Hasil : memberikan posisi semi fowler	
	I		Mengauskultasi suara nafas hasil : terdengar suara ronchi	Yoya
	I		Monitoring pola nafas Hasil : tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 30x/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan, irama pernapasan takipnea, dan jenis pernapaan dada	Yoya
	I		menggunakan teknik batuk efektif hasil : tampak pasien bisa mengerti dengan anjuran perawat	Yoya
	I,II,III	16.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/100 mmHg N : 102 ×/menit S : 37,8^{0}C P : 30 ×/menit	Yoya
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : - ambroxol 250 mg/oral - Paracetamol 500 mg/oral	Yoya
	II		Mencatat asupan dan pengeluaran	Yoya

			Hasil : Tampak pasien minum air putih 100cc menggunakan pipet	
	II		Mengkaji lokasi edema dan luas edema Hasil : Keluarga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Tampak edema kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaran 94 cm	Yoya
	II		Membatasi cairan yang sesuai instruksi dokter 600/hari Hasil : Perawat memberikan contoh botol aqua yang berisi 600cc	Yoya
	I,II,III	18.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/90 mmHg N : 98 ×/menit S : 38^0C P : 32 ×/menit	Yoya
	III		Memonitor suhu Hasil : Suhu 38^0C	Yoya
	III		Memonitor warna kulit Hasil : Tampak warna kulit pasien kemerahan dan teraba hangat	Yoya
			Memberikan medikasi yang	

	III		tepat dengan mengompres menggunakan air hangat Hasil : Diberikan pada daerah dahi sampai suhu turun	Yoya
	III		Memantau urine Hasil : Tampak urine pasien sedikit 100cc	Yoya
	I,II,III	20.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/70 mmHg N : 108x/menit S : 38^0C P : 32x/menit	Yoya
	I		Memonitor keluhan sesak pasien Hasil : pasien mengatakan masih merasa sesak dan batuk berlendir. Tampak pasien tidak melakukan katifitas apapun tanpa bantuan perawat dan keluarga	Yoya
	I		Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil : terdengan suara ronchi	Yoya
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter hasil : - furosemide 40 mg/IV - amblodipine 5 mg/oral	Yoya

	I,II,III		Memonitoring asupan dan pengeluaran pada sift siang Hasil : pukul 16.00-18.00 (air putih = 100 cc, urine= 100cc)	Yoya
	I,II,III	22.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/80 mmHg N :107x/menit S : 38^0C P : 30x/menit	Very
	I		Menutup pasien dengan selimut Hasil : tampak pasien berbaring dengan selimut yang tebal	Very
	I		Memonitor warna kulit Hasil : tampak pasien berbaring dengan selimut yang tebal	Very
	I		Memberikan medikasi yang tepat dengan mengopres menggunakan air hangat Hasil : diberikan pada daerah dahi sampai suhu turun	Very
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : - ambroxol 250 mg/oral Mencatat asupan dan	Very

	I		pengeluaran Hasil : tampak pasien minum air 100 cc menggunakan pipet	Very
	I,II,III	24.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/90 mmHg N : 105x/menit S : 38^0C P : 28x/menit	Very
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : - paracetamol 500 mg/oral	Very
	II		Mengkaji lokasi edema dan luas edema Hasil : keluarga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Tampak edema kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaran 94 cm	Very
	I,II,III	02.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/70 mmHg N : 108×/menit S : $37,9^0$C P : 30 ×/menit	Very
	I,II,III	04.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/80 mmHg	Very

			N : 98 x/menit S : 37,8^{0}C P : 30	
	II		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : - ambroxol 250 mg/oral	Very
	II	05.30	mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : pasien tampak minum air putih 100 cc menggunakan pipet	Very
	I,II,III	06.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/80 mmHg N : 107 ×/menit S : 38^{0}C P : 32 ×/menit	Very
	II	06.30	Mencatat asupan dan pengeluaran pada sift malam Hasil : pukul 23.00-05.30 (air putih= 200 cc)	Very
	II	07.00	memonitoring asupan dan pengeluaran Hasil ; - cm(air putih = 600cc) - ck(urine= 200cc/24jam Balance cairan : IWL = BB x 15 (50x15) = 750 (CM-(CK+IWL) =(600-(200+750) = - 350cc/24 jam Mengobservasi TTV	Very

23/04/2018	I,II,III	08.00	Hasil : TD : 170/90 mmHg N : 107 ×/menit S : 38^0C P : 32 ×/menit	Winda
	II		Meninggikan kaki ditempat tidur Hasil : Meletakkan bantal dibawah kaki pasien yang edema. Tampak pasien berbaring dengan 1 bantal dibawah kaki yang edema	Winda
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : - Furosemide 40 mg/IV - Paracetamol 500 mg/oral - Amblodipine 5 mg/oral	Winda
	II		Mengkaji lokasi edema dan luas edema Hasil : Keluarga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Tampak edema kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaranan 94 cm	Winda

	II		Membatasi cairan yang sesuai 600cc/hari Hasil : Pasien mengatakan dia sering merasa haus	Winda
	II		Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : - Tampak pasien minum air putih 200 cc - Tampak hanya sedikit urin yang keluar pada kateter 100cc	Winda
	II		Menginstruksikan alasan untuk batasan cairan Hasil : tampak pasien mengerti apa yang diinstruksikan oleh perawat	Winda
	I,II,III	10.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/90 mmHg N : 108 ×/menit S : 38^0C P : 32 ×/menit	Winda
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : ambroxol 250 mg/oral	Winda
	I		Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil : memberikan posisi semi fowler	Winda
			Memberikan oksigen yang	

	I		dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil : membrikan O_2 10 L/menit memakaikan nonrebreating mask	Winda
	I		Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil : terdengan suara tambahan ronchi	Winda
	I		Memonitor pola nafas Hasil : tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 29x/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan, irama pernapasan takipnea, dan jenis pernapasan dada	Winda
	I,II,III	12.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/90 mmHg N : 106 ×/menit S : 38^0C P : 30 ×/menit	Winda
	II		Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : - tampak pasien minum air putih 150cc menggunakan pipet - tampak hanya sedikit	Winda

			urin yang keluar pada kateter 50cc	
	III		memberikan medikasi yang tepat dengan mengompres pasien menggunakan kain dan air hangat hasil : diberikan pada daerah dahi sampai suhu turun	Winda
	II	13.30	mencatat asupan dan pengeluaran pada sift pagi hasil : pukul 08.00-13.30 (air putih = 350cc, urine= 150cc)	Winda
	I,II,III	14.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/80 mmHg N : 110 ×/menit S : 38^0C P : 30 ×/menit	Amir
	I		Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil : memberikan O_2 10L/menit, memberikan nonrebreating mask	Amir
	I		memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi hasil : memberikan posisi semi fowler mengauskultasi suara nafas	Amir

	I		hasil : terdengar suara ronchi monitoring pola nafas	Amir
	I		hasil : tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 30x/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan, irama pernapasan takipnea, dan jenis pernapaan dada menggunakan teknik batuk efektif	Amir
	I		hasil : tampak pasien bisa mengerti dengan anjuran perawat	Amir
	I,II,III	16.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/100 mmHg N : 102 ×/menit S : 37,8^{0}C P : 30 ×/menit	Amir
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : - ambroxol 250 mg/oral - Paracetamol 500 mg/oral	Amir
	II		Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : Tampak pasien minum air putih 100cc menggunakan pipet	Amir

	II		Mengkaji lokasi edema dan luas edema Hasil : Keluarga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Tampak edema kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaran 94 cm	Amir
	II		Membatasi cairan yang sesuai instruksi dokter 600/hari Hasil : Perawat memberikan contoh botol aqua yang berisi 600cc	Amir
	I,II,III	18.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/90 mmHg N : 98 ×/menit S : 37,9^{0}C P : 32 ×/menit	Amir
	III		Memonitor suhu Hasil : Suhu 37,9^{0}C	Amir
	III		Memonitor warna kulit Hasil : Tampak warna kulit pasien kemerahan dan teraba hangat	Amir
	III		Memberikan medikasi yang tepat dengan mengompres menggunakan air hangat Hasil : Diberikan pada daerah	Amir

			dahi sampai suhu turun	
	II		Memantau urine Hasil : Tampak urine pasien sedikit 100cc	Amir
	I,II,III	20.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/70 mmHg N : 108x/menit S : 38^0C P : 32x/menit	Amir
	I		Memonitor keluhan sesak pasien Hasil : pasien mengatakan masih merasa sesak dan batuk berlendir. Tampak pasien tidak melakukan aktifitas apapun tanpa bantuan perawat dan keluarga	Amir
	I		Mengauskultasi suara nafas tambahan hasil: terdengan suara ronchi	Amir
	I,II,II		Memberikan obat sesuai instruksi dokter hasil : - furosemide 40 mg/IV - amblodipine 5 mg/oral	Amir
	II	20.30	Memonitoring asupan dan pengeluaran pada sift siang hasil : pukul 16.00-18.00 (air putih = 100 cc, urine=	Amir

			100cc)	
	I,II,III	22.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/80 mmHg N :107x/menit S : 38^0C P : 30x/menit	Wahyuni
	III		Menutup pasien dengan selimut Hasil : tampak pasien berbaring dengan selimut yang tebal	Wahyuni
	III		Memonitor warna kulit Hasil : tampak pasien berbaring dengan selimut yang tebal	Wahyuni
	III		Memberikan medikasi yang tepat dengan mengopres menggunakan air hangat Hasil : diberikan pada daerah dahi sampai suhu turun	Wahyuni
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : ambroxol 250 mg/oral	Wahyuni
	II	22.55	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : tampak pasien minum air 50cc menggunakan pipet	Wahyuni
	I,II,III	24.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/90 mmHg	Wahyuni

			N : 105x/menit S : 37,8^{0}C P : 28x/menit	
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : paracetamol 500 mg/oral	Wahyuni
	II		Mengkaji lokasi edema dan luas edema Hasil : keluarga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Tampak edema kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaran 94 cm	Wahyuni
	I,II,III	02.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/70 mmHg N : 108×/menit S : 38^{0}C P : 32 ×/menit	Wahyuni
	I,II,III	04.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/70 mmHg N : 104×/menit S : 37,7^{0}C P : 32 ×/menit	Wahyuni
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : ambroxol 250 mg/oral	Wahyuni

	II	05.45	mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : pasien tampak minum air putih 50 cc menggunakan pipet	Wahyuni
	I,II,III	06.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/80 mmHg N : 107 ×/menit S : 37,8^{0}C P : 30 ×/menit	Wahyuni
	II	06.50	Mencatat asupan dan pengeluaran pada sift malam Hasil : pukul 23.00-05.30 (air putih= 100 cc)	Wahyuni
	II	07.00	memonitoring asupan dan pengeluaran Hasil ; - cm(air putih = 550cc) - ck(urine = 250 cc/24jam Balance cairan : IWL = BB x 15 (50x15) = 750 (CM-(CK+IWL) =(550-(250+750) = - 450cc/24 jam	Wahyuni
24/04/2018	I,II,III	08.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 170/90 mmHg N : 107 ×/menit S : 38^{0}C	Winda

	II		P : 32 ×/menit Meninggikan kaki ditempat tidur Hasil : Meletakkan bantal dibawah kaki pasien yang edema. Tampak pasien berbaring dengan 1 bantal dibawah kaki yang edema	Winda
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : - Furosemide 40 mg/IV - Paracetamol 500 mg/oral - Amblodipine 5 mg/oral	Winda
	II		Mengkaji lokasi edema dan luas edema Hasil : Keluarga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Tampak edema kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaran 94 cm	Winda
	II		Membatasi cairan yang sesuai 600cc/hari Hasil : Pasien mengatakan dia sering merasa haus	Winda

	II		Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : - Tampak pasien minum air putih 150 cc - Tampak hanya sedikit urin yang keluar pada kateter 100 cc	Winda
	II		Menginstruksikan alasan untuk batasan cairan Hasil : tampak pasien mengerti apa yang diinstruksikan oleh perawat	Winda
	I,II,III	10.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/90 mmHg N : 108 ×/menit S : 38^0C P : 32 ×/menit	Winda
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : ambroxol 250 mg/oral	Winda
	I		Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi Hasil : memberikan posisi semi fowler	Winda
	I		Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil : membrikan O_2 10 L/menit memakaikan nonrebreating mask	Winda

	I		Mengauskultasi suara nafas tambahan Hasil : terdengan suara tambahan ronchi	Winda
	I		Memonitor pola nafas Hasil : tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 29x/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan, irama pernapasan takipnea, dan jenis pernapasan dada	Winda
	I,II,III	12.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/90 mmHg N : 106 ×/menit S : 38^0C P : 30 ×/menit	Winda
	II		Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : tampak pasien minum air putih 150cc menggunakan pipet - tampak hanya sedikit urin yang keluar pada kateter 100cc	Winda
	III		memberikan medikasi yang tepat dengan mengompres pasien menggunakan kain dan	Winda

			air hangat hasil : diberikan pada daerah dahi sampai suhu turun	
	II	13.25	mencatat asupan dan pengeluaran pada sift pagi hasil : pukul 08.00-13.30 (air putih = 300cc, urine= 200cc)	Winda
	I,II,III	14.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/80 mmHg N : 110 ×/menit S : 38^0C P : 30 ×/menit	Lindah
	I		Memberikan oksigen yang dilembabkan sesuai dengan keadaan pasien Hasil : memberikan O_2 10L/menit, memberikan nonrebreating mask	Lindah
	I		memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi hasil : memberikan posisi semi fowler	Lindah
	I		mengauskultasi suara nafas hasil : terdengar suara ronchi	Lindah
	I		monitoring pola nafas hasil : tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 30x/menit. Tampak pasien	Lindah

			menggunakan otot bantu pernapasan, irama pernapasan takipnea, dan jenis pernapaan dada	
	I		menggunakan teknik batuk efektif hasil : tampak pasien bisa mengerti dengan anjuran perawat	Lindah
	I,II,III	16.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/100 mmHg N : 102 ×/menit S : 37,8^{0}C P : 30 ×/menit	Lindah
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : - ambroxol 250 mg/oral - Paracetamol 500 mg/oral	Lindah
	II		Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : Tampak pasien minum air putih 100cc menggunakan pipet	Lindah
	II		Mengkaji lokasi edema dan luas edema Hasil : Keluarga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Tampak edema kedua tungkai	Lindah

			bawah dengan cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaran 94 cm	
	II		Membatasi cairan yang sesuai instruksi dokter 600/hari Hasil : Perawat memberikan contoh botol aqua yang berisi 600cc	Lindah
	I,II,III	18.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/90 mmHg N : 98 ×/menit S : 37,9^{0}C P : 32 ×/menit	Lindah
	III		Memonitor suhu Hasil : Suhu 37,9^{0}C	Lindah
	III		Memonitor warna kulit Hasil : Tampak warna kulit pasien kemerahan dan teraba hangat	Lindah
	III		Memberikan medikasi yang tepat dengan mengompres menggunakan air hangat Hasil : Diberikan pada daerah dahi sampai suhu turun	Lindah
	II		Memantau urine Hasil : Tampak urine pasien sedikit 100cc	Lindah
	I,II,III	20.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/70 mmHg	Lindah

			N : 108x/menit S : 38^0C P : 32x/menit	
	I		Memonitor keluhan sesak pasien Hasil : pasien mengatakan masih merasa sesak dan batuk berlendir. Tampak pasien tidak melakukan katifitas apapun tanpa bantuan perawat dan keluarga	Lindah
	I		Mengauskultasi suara nafas tambahan hasil: terdengan suara ronchi	Lindah
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter hasil : - furosemide 40 mg/IV - amblodipine 5 mg/oral	Lindah
	II	21.25	Memonitoring asupan dan pengeluaran pada sift siang hasil : pukul 16.00-18.00 (air putih = 100 cc, urine= 100cc)	Lindah
	I,II,III	22.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/80 mmHg N :107x/menit S : 38^0C P : 30x/menit Menutup pasien dengan	Yatno

	III		selimut Hasil : tampak pasien berbaring dengan selimut yang tebal	Yatno
	III		Memonitor warna kulit Hasil : tampak pasien berbaring dengan selimut yang tebal	Yatno
	III		Memberikan medikasi yang tepat dengan mengopres menggunakan air hangat Hasil : diberikan pada daerah dahi sampai suhu turun	Yatno
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : ambroxol 250 mg/oral	Yatno
	II	23.10	Mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : tampak pasien minum air 50cc menggunakan pipet	Yatno
	I,II,III	24.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/90 mmHg N : 105x/menit S : 37,8^{0}C P : 28x/menit	Yatno
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : paracetamol 500 mg/oral	Yatno
			Mengkaji lokasi edema dan	

	II		luas edema Hasil : keluarga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Tampak edema kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaran 94 cm	Yatno
	I,II,III	02.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/70 mmHg N : 108×/menit S : 38^0C P : 32 ×/menit	Yatno
	I,II,III	04.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 150/70 mmHg N : 104×/menit S : $37,7^0$C P : 32 ×/menit	Yatno
	I,II,III		Memberikan obat sesuai instruksi dokter Hasil : ambroxol 250 mg/oral	Yatno
	II	05.35	mencatat asupan dan pengeluaran Hasil : pasien tampak minum air putih 50 cc menggunakan pipet	Yatno
	I,II,III	06.00	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 160/80 mmHg N : 107 ×/menit	Yatno

			S : 37^{0}C P : 28 ×/menit	
	II	06.30	Mencatat asupan dan pengeluaran pada sift malam Hasil : pukul 23.00-05.30 (air putih= 100 cc)	Yatno
	I,II,III	07.00	memonitoring asupan dan pengeluaran Hasil : - cm(air putih = 500cc) - ck(urine = 300 cc/24jam Balance cairan : IWL = BB x 15 (50x15) = 750 (CM-(CK+IWL) =(500-(300+750) = - 550cc/24 jam	Yatno

F. Evaluasi

Nama / umur : Tn “D” /70 tahun

Unit / kamar : ICU/HCU

Tanggal	Evaluasi soap	Nama perawat
23/04/2018	DP I : ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan S : pasien mengatakan ia masih merasa Sesak dan batuk berlendir O : pola nafas - Irama : takipnue - Tampak menggunakan otot bantu pernapasan - Jenis pernapsan dada - P : 32×/menit - Suara tambahan : Ronchi A : masalah pola napas belum teratasi P : lanjutkan intervensi 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) Kelola pengobatan sebagaimana mestinya b. Monitor pernapasan 1) Auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan	Winda

	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 DP II : kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : pasien mengatakan bengkak pada Kedua kakinya O : tampak edema kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaran 94 cm - cm(air putih = 600cc) - ck(urine= 200cc/24jam Balance cairan : IWL = BB x 15 (50x15) = 750 (CM-(CK+IWL) = (600-(200+750) = - 350cc/24 jam A : masalah kelebihan volume cairan belum teratasi P : lanjutkan intervensi a. Monitor cairan 1) Catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral	Winda

	dan air seni) a. Manajemen cairan 1) Kaji lokasi dan luasnya edema 2) Berikan deuretik yang diresepkan b. Manajemen Elektrolit 1) Batasi cairan yang sesuai 2) Mengistruksikan alasan untuk batasan cairan, c. Pengaturan Hemodinamik 1) Tinggikan kaki tempat tidur 2) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan DPIII : Hipertermia b/d penyakit S : pasien mengatakan merasa demam O : kulit pasien teraba hangat dan tampak memerah S: 38^{0}C A : masalah hipertermia belum teratasi P : lanjutkan intervensi a. Perawatan demam 1) Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya 2) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut, meyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/flush)	Winda

24/04/2018	a. Monitor warna kulit dan suhu 1) Beri obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik agen antibakteri dan agen anti menggigil) 2) Anjurkan untuk kompres air hangat DP I : ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan S : pasien mengatakan ia masih merasa Sesak dan batuk berlendir O : pola nafas 1) Irama : takipnue 2) Tampak menggunakan otot bantu pernapasan 3) Jenis pernapsan dada 4) P : 30×/menit 5) Suara tambahan : Ronchi A : masalah pola napas belum teratasi P : lanjutkan intervensi 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) Kelola pengobatan sebagaimana mestinya	Winda
	d. 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 e. Monitor tanda-tanda vital 1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan DP II : kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : pasien mengatakan bengkak pada Kedua kakinya O : tampak edema kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaran 94 cm - cm(air putih = 550cc) - ck(urine = 250 cc/24jam Balance cairan : IWL = BB x 15 (50x15) = 750 (CM-(CK+IWL) = (550-(250+750) = - 450cc/24 jam A : masalah kelebihan volume cairan belum teratasi P : lanjutkan intervensi a. Monitor cairan 1) Catat dengan akurat asupan dan	Winda

	pengeluaran (misalnya asupan oral Dan air seni) a. Manajemen cairan 1) Kaji lokasi dan luasnya edema 2) Berikan deuretik yang diresepkan b. Manajemen Elektrolit 1) Batasi cairan yang sesuai 2) Mengistruksikan alasan untuk batasan cairan, c. Pengaturan Hemodinamik 1) Tinggikan kaki tempat tidur d. Monitor tanda-tanda vital 1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan DPIII : Hipertermia b/d penyakit S : pasien mengatakan merasa demam O : kulit pasien teraba hangat dan tampak memerah S: 37,8^{0}C A : masalah hipertermia belum teratasi P : lanjutkan intervensi a. Perawatan demam 1) Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya 2) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung pada fase demam (yaitu: memberikan selimut	Winda

	1) menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/flush) 2) Monitor warna kulit dan suhu 3) Beri obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik agen antibakteri dan agen anti menggigil) 4) Anjurkan untuk kompres air hangat	
25/04/2018	DP I : ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan S : pasien mengatakan ia masih merasa Sesak dan batuk berlendir O : pola nafas 1) Irama : takipnue 2) Tampak menggunakan otot bantu pernapasan 3) Jenis pernapsan dada 4) P : 28×/menit 5) Suara tambahan : Ronchi A : masalah pola napas belum teratasi P : lanjutkan intervensi a. Manajemen jalan nafas 1) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 2) Instruksikan bagaimana agar biasa melakukan batuk efektif	Winda

	3) Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya 4) 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 DP II : kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : pasien mengatakan bengkak pada Kedua kakinya O : tampak edema kedua tungkai bawah dengan cekungan kembali 5 detik dan perut asites dengan lingkaran 94 cm - cm(air putih = 500cc) - ck(urine = 300 cc/24jam Balance cairan : IWL = BB x 15 (50x15) = 750 (CM-(CK+IWL) = (500-(300+750) = - 550cc/24 jam	Winda

	A : masalah kelebihan volume cairan belum teratasi P : lanjutkan intervensi 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 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 2) Monitor tanda-tanda vital Monitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan DPIII : Hipertermia b/d penyakit S : pasien mengatakan sudah tidak demam O : kulit pasien tidak teraba hangat dan memerah S: 37^0C A : masalah hipertermia sudah teratasi P : stop intervensi	Winda

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/12 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

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, neutropenia),

3. Ambroxol

a. Klasifikasi/golongan obat : mukolitik
b. Dosis umum : 30 mg - 120 mg
c. Dosis untuk pasien 250 mg/6jam
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 dan 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

4. Amblodipine

a. Klasifikasi/golongan obat: anti hipertensi
b. Dosis umum : 5 mg/hari
c. Dosis untuk pasien : 5 mg/12 jam
d. Cara pemberian obat : oral
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : melemaskan dinding dan melebarkan diameter pembuluh darah yang akan memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah dalam pembuluh.
f. Alasan pemberian obat : pasien diberikan obata ini menurunkan tekanan darah.

g. Kontra indikasi : wanita hamil

h. Efek samping

1) Bengkak
2) Sakit kepala
3) Lemas
4) Pusing
5) Mual

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Tn.“D” berumur 70 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 20 April 2018 dengan keluhan sesak nafas, batuk berlendir dan bengkak pada kedua kaki bawah. Pasien masuk diruangan ICU-ICCU dengan diagnosa medik *Chronic Kidney Disease+Dpsynoe.* Diagnosa saat pengkajian Gagal Ginjal Kronik Stadium 4.

Pada tanggal 21 April 2018 saat dilakukan pengkajian keluarga mengatakan sesak disertai dengan batuk berlendir, ketika pulang dari cuci darah merasa demam, tampak edema pada kedua tungkai bawah, tampak asites, tampak pasien dengan posisi semi fowler, kesadaran compos mentis dengan GCS 15, tanda-tanda vital : tekanan darah 170/100 mmHg, nadi 107x/menit, pernapasan 32x/menit, suhu 38^0C. Pada pemeriksaan laboratorium pada serum elektrolit : natrium 129.9* mmol/lt, clorida 109,5* mmol/lt, creatinin 3,4 mg/dl, ureum 136.8 mg/dl, HGB 6,3 g/dL, WBC 14.4 10^3µL. Pemeriksaan foto thorax Kesan: *Edema paru Sinistra, Suspeks Efusi Pleura Sinistra, Aspek bronchitis*. Diberikan terapi furosemide 40 mg/bolusIV/12 jam, paracetamol 500mg/oral diberikan pada saat pasien demam, dan ambroxol 250 mg/oral/6 jam, O_2 10 L/menit menggunakan *nonrebreating* mask dan hanya terpasang *triway* (conecta).

Berdasarkan data yang didapatkan di atas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan prioritas yaitu : ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan, kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, hipertermia berhubungan dengan penyakit.

Sesak nafas bisa juga terjadi karena fungsi nefron yang mengalami penurunan sehingga mengakibatkan gangguan ginjal secara irrevesible sehingga tidak mampu mengsekresi asam yang mengakibatkan terjadinya asidosis metabolik dimana sekresi asam, sekresi amoniak dan absorbsi natrium dan bikarbonat mengalami penurunan (Mahdiana,2010). Retensi cairan dan natrium terjadi karena ginjal tidak mampu untuk mengkonsentrasi atau mengencerkan urine secara normal pada penyakit ginjal tahap akhir (Suharyanto,2013).

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritropoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi dan kecenderungan untuk mengalami perdarahan akibat status uremik terutama dari saluran gastrointestinal. Eritropoetin, suatu substansi normal yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sumsum tulang utnuk menghasilkan sel darah merah, pada gagal ginjal produksi eritropoetin menurun dan anemia berat terjadi disertai dengan keletihan, dan sesak nafas (Suharyanto,2013).

Pada pasien ada riwayat Hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. Menurut (Muttaqin,2011), faktor pencetus penyakit ginjal kronik adalah *DM* dan *Hipertensi.* Diabetes militus jangka panjang akan meningkatkan peningkatan kerja ginjal untuk menyerap ulang glukosa, sedangkan hipertensi akan mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, jika dibiarkan, maka proses penyaringan ginjal terganggu. Hal ini yang menyebabkan penyaringan gnjal kronik (Muttaqin,2011)

Berdasarkan pengkajian yang telah diuraikan diatas, bahwa Tn “D” mengalami penyakit hipertensi sejak 5 tahun yang lalu dan tidak mengalami penyakit diabetes melitus sedangkan menurut teori salah satu penyebab penyakit gagal ginjal adalah hipertensi (Muttaqin,2011).

Pemeriksaan diagnostik yang didapat adanya nilai abnormal, diantaranya ureum 136.8 mg/dL, kreatinin 3.4 Mg/dL. Ureum dan

kreatinin adalah sisa–sisa protein yang menjadi racun dalam tubuh, sehingga jika ginjal rusak atau tidak mampu mengekskerikan urin maka ureum 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.

A. Diagnosa keperawatan

Pada penerapan kasus, penulis memprioritaskan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

1. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan. Penulis mengangkat diagnosa ini berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian, dimana pasien mengeluh sesak napas disertai batuk berlendir, dan menggunakan otot bantu pernapasan (Pernapasan 32x/menit), pasien tampak menggunakan oksigen nonrebriting 10 liter/menit pada posisi semi fowler. Diagnosa ini diangkat oleh penulis sebagai diagnosa utama karna jika masalah ketidakefektifan pola napas tidak ditangani dengan segera dapat berakibat fatal bagi pasien (Nanda,2015-2017)
2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis mengangkat diagnosa ini berdasarkan data yang diperoleh dari pasien saat pengkajian, dimana pasien mengalami acites dan edema pada kedua tungkai bawah. Jika masalah kelebihan volume cairan ini tidak ditangani akan menimbulkan komplikasi dimana cairan yang keluar ke ekstraseluler akan masuk dan tertampung di rongga paru dan orang lain yang dapat menyebabkan gagal napas maupun kematian.
3. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Penulis mengangkat diagnosa keperawatan ini berdasarkan data pasien saat pengkajian.

Dimana pasien mengalami demam dan tampak pasien gelisah dan kulit pasien kemerahan dan teraba hangat, suhu 38^0C.

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

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, diagnosa ini tidak diangkat karena pasien masih mampu mentoleransi sesak napas yang dirasakan setelah beraktivitas, walaupun adaungkapan subjektif bahwa pasien merasa sesak.
2. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual-muntah. Diagnosa ini tidak diangkat karena selama pasien tidak mengalami mual muntah, dan anoreksia Massa Tubuh pasien 19 kg/m^2 yaitu berat badan ideal.
3. Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kulit kering,edema, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan akses arah hemodialisis. Diagnosa ini tidak diangkat, karena selama pasien dalam masa perawatan di Rumah sakit, aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat termasuk mobilisasi ditempat tidur, sehingga meminimalkan resiko kerusakan integritas kulit.

B. Intervensi keperawatan

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

1. Ketidakefektifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan. dengan kriteria hasil : frekuensi pernapasan , irama pernapasan, kemampuan untuk mengeluarkan sekret, penggunan otot bantu pernapasan, dipsnea saat bristirahat, suara napas tambahan. Pada diagnosa pertama ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi,

   Instruksikan bagaimana biasa melakukan batuk efektif, kelola udara atau oksigen yang dilembabkan sebagaimana mestinya, kelola

pengobatan sebagaimana mestinya, auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan, monitor pola napas, memonitor keluhan sesak napas pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak napas tersebut, monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan.

2. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi. Dengan kriteria hasil : edema, keseimbangan intake dan output, jumlah urine, dipsnea. Pada diagnosa kedua ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni), kaji lokasi dan luasnya edema, berikan deuretik yang diresepkan, batasi cairan yang sesuai, menginstruksikan alasan untuk batasan cairan, tinggikan kaki tempat tidur, memonitor tekanan darah, nasi,suhu, pernapasan.
3. Hipertermia b/d penyakit. Dengan kriteria hasil : hipertermia, perubahan warna kulit, berkeringat saat panas, menggigil saat dingin. Pada diagnosa ketiga ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya, tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung fase demam (yaitu : memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/flush), memonitor warna kulit dan suhu, beri obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik agen antibakteri dan agen anti menggigil), anjurkan kompres hangat air hangat.

C. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan seluruhnya sesuai dengan perencanaan keperawatan waktu yang telah ditetapkan sebelumnya pada masing-masing diagnosa : pelaksanaan keperawatan bisa berjalan dengan baik berkat kerja sama dengan pasien, keluarga pasien, perawat di ruangan, dokter dan rekan-rekan mahasiswa.

D. Evaluasi keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan Tn “D” sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan pla napa b/d keletihan otot pernapasan. Dengan kriteria hasil : frekuensi pernapasan, irama pernapasan, kemampuan untuk mengeluarkan sekret, penggunaan otot bantu pernapasan, dipsnea saat beristirahat, suara napas tambahan. Masalah belum terasatasi, meskipun pasien sudah mampu menunjukkan perubahan mengeluarkan lendir, tetapi pasien masih sesak disertai dengan batuk berlendir dan menggunakan otot bantu pernapasan (pernapasan 28×/menit, irama takipnea, dan terdengar suara tambahan ronchi. Maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat.
2. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi. Dengan kriteria hasil : edema, keseimbangan intake dan output, jumlah urin, dipsnea. Masalah belum teratasi, meskipun pasien sudah menunjukkan edema pada salah satu bangian kedua kedua kakinya dengan cekungan kembali 5 detik tetapi TTV masih belum normal. Maka perencanaan dari diagnosa dilanjutkan oleh perawat.
3. Hipertermia b/d penyakit. Dengan kriteria hasil : hipertermia, perubahan warna kulit, berkeringat saat panas, menggigil saat dingin. Masalah ini sudah teratasi, tampak suhu tubuh pasien sudah kembali normal menjadi 37^0C. Maka perencanaan dari diagnosa ini diberhentikan.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn. “D” umur 70 tahun dengan gangguan sistem perkemihan “Gagal Ginjal Kronik” di Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama 3 hari perawatan.

A. Pengkajian

Pasien atas nama Tn “D”, umur 70 tahun masuk RS Stella Maris pada tanggal 20 april 2018 dengan keluhan diagnosa medik *Chronic Kidney Disease* (CKD) dan *Dpsynoe*. Tanda dan gejala yang didapatkan keadaan umum lemah, pasien tampak sesak disertai batuk berlendir, kedua tungkai bawah edema serta acites lingkar perut pasien 94 cm, setelah itu dokter menginstruksikan untuk melakukan pemeriksaan fungsi ginjal ternyata ureum da kreatinin pasien meningkat. Ureum 136.8 mg/dl dan kreatinin 3.4 mg/dl dan hasil foto toraksnya ada edema paru sinistra dan efusi pleura sinistra, TTV tekanan darah 160/90 mmHg, suhu 38^0C, pernapasan 32x/menit, HR 107x/menit, terpasang O_2 (10 liter) nonrebriting.

Saat pengkajian penulis menemukan beberapa tanda dan gejala pada pasien yaitu sesak napas disertai batuk berlendir dan menggunakan otot bantu pernapasan, edema pada kedua tungkai bawah, dan pasien tampak acites, tampak anemik. Acites terjadi karena ginjal tidak mampu untuk mengonsetrasi atau mengencerkan urine secara normal. Respon ginjal yang sesuai terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari tidak terjadi, dan sering menahan natrium dan cairan, hal ini yang menyebabkan resiko terjadinya asites (Suharyanto,2013)

Pernapasan dengan intervensi pantau posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, Instruksikan bagaimana biasa melakukan batuk efektif, kelola udara atau oksigen yang dilembabkan sebagaimana mestinya, kelola pengobatan sebagaimana mestinya, auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan, monitor pola napas, memonitor keluhan sesak napas pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak napas tersebut, monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan.

a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dengan intervensi dilakukan catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni), kaji lokasi dan luasnya edema, berikan deuretik yang diresepkan, batasi cairan yang sesuai, menginstruksikan alasan untuk batasan cairan, tinggikan kaki tempat tidur, memonitor tekanan darah, nasi,suhu, pernapasan.
b. Hipertermia berhubungan dengan penyakit dengan intervensi pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya, tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan, tergantung fase demam (yaitu : memberikan selimut hangat untuk fase dingin, menyediakan pakaian atau linen tempat tidur ringan untuk demam dan fase bergejolak/flush), memonitor warna kulit dan suhu, beri obat atau cairan IV (misalnya, antipiretik agen antibakteri dan agen anti menggigil), anjurkan kompres hangat air hangat.

1. Implementasi keperawatan.

   Semua rencana keperawatan di implementasikan dengan baik, hal ini didukung oleh fasilitas yang cukup memadai, ada kerja sama antara penulis dengan perawat ruangan, dan terjalin hubungan yang baik antara penulis dengan pasien serta keluarga pasien.
2. Evaluasi keperawatan diperoleh data: 2 Diagnosa keperawatan belum teratasi yaitu: ketidakefektifan pola napas belum teratasi dan kelebihan volume cairan, 1 diagnosa sudah teratasi yaitu hipertermia.

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

   Dapat melakukan tindakan secara mandiri tentang cara pencegahan dan penanganan dari gagal ginjal kronik serta komplikasi yang akan terjadi apabila penyakit tersebut bila tidak di tangani.

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

   Penulis mengharapkan lembaga institusi menambah jumlah literatur, buku keperawatan yang berkaitan dengan penyakit CKD sehingga mempermudah penulis untuk mencari literatur.

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.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

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

A. Simpulan

1. Pengkajian keperawatan diperoleh data : keluarga mengatakan ia merasa sesak napas 3 hari yang lalu disertai batuk berlendir berwarna putih ±1 bulan yang lalu, bengkak pada kedua kaki bawah dan perut. Setiap pulang cuci darah pasien merasa demam. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD : 160/90 mmHg, suhu : 38^0C, pernapasan : 32 x/menit, nadi : 107 x/menit, dari hasil pemeriksaan laboratorium HGB 6,3 g/dL, WBC 14.4 10^3µL, pada serum elektrolit : creatinin 3.4 mg/dl, ureum 136.8 mg/dl, Pemeriksaan foto thorax Kesan: Edema paru Sinistra, Suspeks Efusi Pleura Sinistra, Aspek bronchitis.
2. Diagnosa keperawatan meliputi:
   a. ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan
   b. kelebihan volume cairan berhubungn dengan gangguan mekanisme regulasi
   c. Hipertermia berhubungan dengan penyakit
3. Intervensi keperawatan antara lain:
   a. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot

DAFTAR PUSTAKA

Arif, M & Kumala, S. (2014). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan.* Jakarta : Salemba Medika

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

Depkes RI. (2009). Riset Kesehatan dasar tahun 2009. http://Depkes.go.id/downloads/riskesdas2009/Hasil%20Riskesdas%202015.pdf, Diakses tanggal 16 Mei 2018

Gloria M. Bulechek, dkk (2016). Nursing Intervenstions Classification (NIC). Edisi 6. Jakarta: mocomedia

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

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

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

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

kemenkes RI. (2015). Kementrian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2015. http://www.depkes.go.id/article/print/18030700007/cegah-dan-kendalikan-penyakit-ginjal-dengan-cerdik-dan-patuh,html, diakses tanggal 15 April 2018

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

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

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

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

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

Sue Moorhead, dkk. (2016) Nursing Outcomes Classification (NOC). Edisi 5. Jakarta: Mocomedia

T. Herman Herdiman , dkk (2015) Diagnosa keperawatan , Edisi 10. Jakarta: buku kedokteran EGC

WHO. (2014). *Prevelensi* penyakit Gagal Ginjal Kronik. http://www.litbang.depkes.gp.id.pdf. Diakses tanggal 15 April 2018

LEMBAR KONSUL KTI

Nama mahasiswa : Winda Layuk

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn “D” Dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) Di Ruang Perawat ICU-HCU Rumah Sakit Stella Maris

Nim : E1514401050

Pembimbing I : Mery Solon, NS, M.kes

NO	Hari Tanggal	Materi konsul	Perbaikan	TTD
1	Jumat, 20 April 2018	Pengambilan judul kasus	ACC judul kasus	
2	Rabu, 25 April 2018	BAB III pengkajian	- Pola Gordon - Analisa data - Intervensi - Implementasi - Evaluasi - Perbaikan diagnosa I	
3	Sabtu, 05 Mei 2018	BAB III pengkajian	- Pola Gordon - Analisa Data - Intervensi - Implementasi - Pengetikan	
4	Selasa, 08 Mei 2018	BAB III pengkajian	- Pola Gordon - Analisa Data - Diagnosa - Intervensi - Implementasi - Evaluasi	

5	Selasa, 15 Mei 2018	BAB I BAB II	- Pengetikan - Latar belakang - Tujuan - Manfaat - Sistematika penulisan	
6	Rabu, 23 Mei 2018	BAB I BAB II BAB IV BAB V	- Pengetikan - Latar belakang - Tambahkan referensi - Persingkat kesimpulan - Saran	
7	Kamis, 31 Mei 2018	BAB II	- Kata pengantar - Daftar pustaka - Patoflowdiagram	