KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.”R” DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III

RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DI SUSUN OLEH :

ALFONSIUS RICKY NONSEO
E1714401002
SEPTIANUS TARRA
E1614401077

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2020

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III A RUMAH SAKIT STELLA MARIS DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Alfonsius Ricky Nonseo (E.1714401002)

Nama Mahasiswa : Septianus Tarra (E1614401077)

Disetujui Oleh :

Pembimbing

(.....)

Fransisco Irawandy, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIDN: 0910099002

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung.,Ns.,MSN)

NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAHAN
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis Ilmiah **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "R" DENGAN CHRONIC KIDNEY DISEASE DI RUANG PERAWATAN BERNADETH III RUMAH SAKIT STELLA MARIS".** Telah di pertanggung jawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 15 Juni 2020
Pukul : 11.00- 11.40
Tempat :

TIM PENGUJI:

1. **Sr. Anita Sampe, SJMJ, Ns., MAN ( )**
2. **Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc ( )**
3. **Fransisco Irawandy, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( )**

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris

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

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama : Septianus Tarra

Tempat / Tanggal lahir : Makassar 14 September 1986

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Agama : Kristen Protestan

Alamat : jl. Rajawali lorong 29 no 108

II. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu : Jhon Tarra

Agama : Kristen Protestan

Pekerjaan : PNS (DEPAG)

Alamat : Jl. Rajawali lorong 29 No 108

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Neg Panyyikokang 1 : 1994-2000

SMP. Neg 6 Makassar : 2000-2003

SMA Nasional Makassar : 2003- 2005

STIK Stella Maris : 2016-2020

Riwayat Hidup

IV. Identitas Pribadi

Nama	:	Alfonsius Ricky Nonseo
Tempat / Tanggal lahir	:	Merauke, 18 februari 1997
Jenis Kelamin	:	Laki-Laki
Agama	:	Katolik
Alamat	:	jl. Rajawali lorong 13B

V. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu	:	Simon Nonseo/ Maria Alfrida
Agama	:	Katolik
Pekerjaan	:	Tani
Alamat	:	Jl. Noari

VI. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD YPPK ST. Xaverius II	: Tahun 2002 - 2008
SMP YPPK Yoanes XXIII	: Tahun 2008 - 2011
SMA YPPK Yoanes XXIII	: Tahun 2011- 2014
STIK Stella Maris	: Tahun 2017-2020

KATA PENGANTAR

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

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

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

1. Sr.Dr. Teorocci Luisa Nunuhitu, S.JMJ, M.Kes Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.
2. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan serta telah membimbing, mendidik, dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
3. Mery Solon.,S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku ketua program studi D.III keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.

4. Fransisco Irwandy.,Ns.,M.Kep Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
6. Kepala ruangan Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar beserta seluruh staf atas pengertian dan kerja sama yang baik selama penulis melaksanakan praktek (pengambilan kasus).
7. Kepada Ny.R dan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
8. Teristimewa untuk kedua orangtua kami tercinta serta semua keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Buat teman – teman mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Program DIII Keperawatan angkatan 2017 – 2020, khususnya teman seperjuangan di ruang perawatan Bernadeth III A yang selalu bersama-sama baik suka maupun duka dalam menjalani penyusunan karya tulis ilmiah ini.

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

Makassar **Makassar**

Alfonsius Ricky Nonseo **Septianus Tarra**

DAFTAR ISI

BAB 1 1
PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 6
BAB II 8
TINJAUAN TEORITIS 8
A. Konsep Dasar Medik 8
1. Pengertian 8
2. Anatomi Fisiologi 9
3. Etiologi 16
4. Patofisiologi 19
5. Manifestasi Klinis 22
6. Pemeriksaan Diagnostik 23
7. Penatalaksanaan Medik 24
8. Komplikasi 27
B. Konsep Dasar Keperawatan 28
1. Pengkajian 28
2. Diagnosa Keperawatan 29
3. Intervensi/Rencana Keperawatan 30
4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*) 36
BAB III 40
TINJAUAN KASUS 40
A. PENGKAJIAN 41
1. **Identitas** 41
2. Data Medik 42
3. Keadaan Umum 42
4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN 45

5. UJI SARAF KRANIAL 59
NNO 69
DIAGNOSA KEPERAWATAN 69
RENCANA KEPERAWATAN 70
PELAKSANAAN KEPERAWATAN 77
Evaluasi Keperawatan 90
BAB IV 97
PEMBAHASAN KASUS 97
A.Pengkajian 97
B. Diagnosa Keperawatan 99
B. Perencanaan Keperawatan 101
C. Pelaksanaan Keperawatan 103
D. Evaluasi 105
BAB V 106
KESIMPULAN DAN SARAN 106
A Simpulan 106
B. Saran 109
DAFTAR PUSTAKA 110
LEMBAR KONSUL 113
KARYA TULIS ILMIAH 113

BAB 1
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah sebuah kondisi yang stabil atau umum dalam sistem koordinasi badan dan jiwa raga manusia pada rata – rata normal, sehingga pada rencana strategis yang ingin dicapai departemen kesehatan (DEPKES) diantaranya pengendalian pada penyakit serta penanggulangan masalah kesehatan. Walaupun visi misi Indonesia sehat 2010 – 2014 telah di informasikan, namun perkembangan penyakit tidak menular saat ini mengalami perubahan peningkatan di Indonesia yang dapat membahayakan jiwa penderitanya, salah satunya adalah gagal ginjal. Gagal ginjal *(kidney failure)* adalah suatu penyakit dimana fungsi organ ginjal mengalami penurunan hingga akhirnya tidak mampu bekerja sama sekali dalam hal penyaringan pembuangan elektrolit tubuh, menjaga keseimbangan cairan tubuh dan produksi urin (NKF,2016)

Berdasarkan data Organisasi kesehatan dunia WHO (2015) memperkirakan 165 juta penduduk dunia mengidap gagal ginjal kronik. Jumlah ini terus meningkat hingga melebihi 200 juta pada tahun 2016. Di Indonesia negara dengan tingkat penderita penyakit gagal ginjal kronis yang cukup tinggi. Berdasarkan data dari persatuan Nefrologi Indonesia diperkirakan ada ada 70 ribu penderita penyakit gagal ginjal kronis. Namun yang terdeteksi menjalani terapi cuci darah hanya sekitar 4000 sampai 5000.

Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 dan 2018 munujukan bahwa prevelensi penyakit gagal ginjal kronis di Indonesia $\geq$ 15 tahun berdasarkan diagnose dokter adalah 2% dan terjadi peningkatan tahun 2018 sebesar 3.8% dari penduduk Indonesia. Prevalensi gagal ginjal kronis tertinggi berada di provinsi Kalimantan utara sebanyak 6.4% dan prevalensi gagal ginjal kronis terendah berada di provinsi Sulawesi Barat sebanyak 1.8%.

Berdasarkan data yang diambil dari bagian *Medical Record* Rumah Sakit Stella Maris Makassar bahwa pada tahun 2017 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal 1 orang dengan kategori umur (45-66 tahun) dan yang meninggal 1 orang. Pada tahun. Pada tahun 2018 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik 1 orang dengan kategori umur (45-64 tahun), namun pada tahun 2019 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik 5 orang dengan kategori umur (45-64 tahun) sebanyak 2 orang, umur (65 + tahun) sebanyak 3 orang.

Penyakit CKD merupakan penyakit yang memerlukan perawatan dan penanganan seumur hidup. Fenomena yang terjadi banyak klien yang keluar masuk Rumah Sakit untuk melakukan pengobatan dan dialisis. Oleh karena itu, peran perawat kesehatan secara umum ditujukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Indonesia yang dapat dilakukan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya – upaya tersebut dapat dilakukan dengan cara yaitu melakukan aktivitas fisik teratur, makan – makanan sehat (rendah lemak, rendah garam, tinggi serat), kontrol tekanan darah dan gula darah, monitor berat badan dan mempertahankan berat badan normal, minum air putih minimal 2 liter per hari, tidak konsumsi obat-obatan yang tidak dianjurkan, dan tidak merokok (Kemenkes RI, 2015).

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

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Tujuan Umum

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

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

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

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

2. Bagi Pasien

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

3. Bagi Pendidikan

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

4. Bagi Mahasiswa

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

D. Metode Penulisan

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

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

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

   a. Wawancara

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

   b. Observasi

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

   c. Pemeriksaan Fisik

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

   d. Dokumentasi

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

   e. Data *Medical Record* Rumah Sakit

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

E. Sistematika Penulisan

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

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

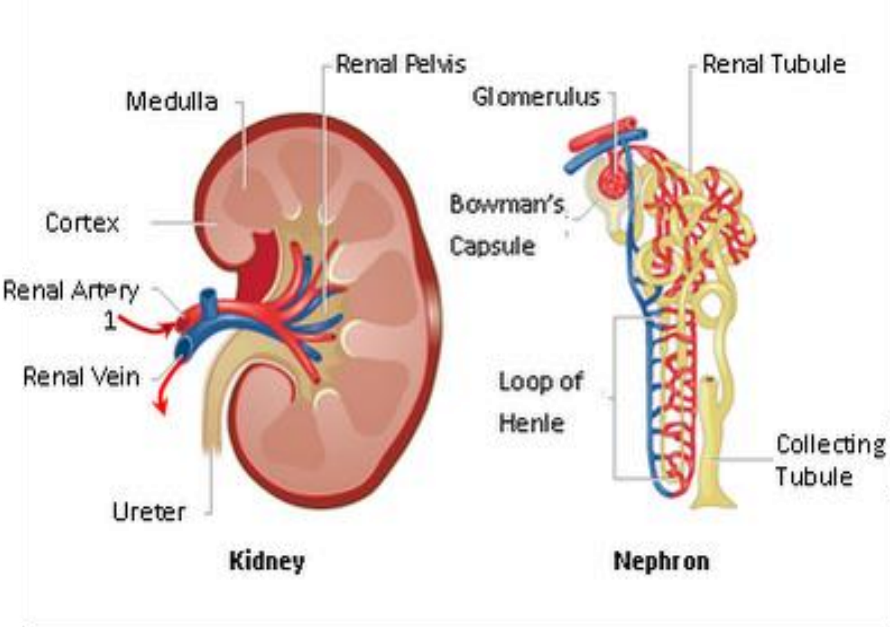
Chronic Kidney Disease (CKD) atau penyakit ginjal kronik (PGK) atau yang sering disebut juga dengan gagal ginjal kronis (GGK) adalah kerusakan pada ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa dari darah, dengan ditandai adanya protein dalam urin serta penurunan laju filtrasi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

Gagal ginjal kronik adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksis uremik) di dalam darah (Suharyanto & Madjid, 2013).

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

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

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi ginjal

(Sumber Bagas Nugraha, 2010)

a. Anatomi Ginjal

1) Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari 2 bagian yaitu :

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

b) Bagian luar (eksternal) korteks : Substansi kortikalis berwarna cokelat merah, konsistensi lunak dan bergranula. Substansi ini tepat di bawah tunik fibrosa, melengkung sepanjang basis

piramid yang berdekatan dengan sinus renalis, bagian dalam di antara piramid dinamakan kolumna renalis

2) Pembungkus Ginjal

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

3) Struktur Mikroskopis Ginjal

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

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

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

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

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

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

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

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

4) Pembuluh Darah di Ginjal

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

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

b. Fisiologi Ginjal

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

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

   Ada 3 tahap dalam pembentukan urin yaitu sebagai berikut :

a) Proses Filtrasi

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

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

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

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

b) Reabsorbsi

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

pada papila renal. Hormon yang dapat ikut berperan dalam proses reabsorbsi adalah Anti Diuretic Hormone (ADH) (Syaifuddin, 2014).

c) Sekresi

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

3) Pengaturan Hormon Terhadap Fisiologi Ginjal

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

4) Keseimbangan Asam Basa Ginjal

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

5) Pengaturan Keseimbangan Cairan

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

3. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut :

a. Faktor Presipitasi

1) Glomerulonefritis Kronik (24%)

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

2) Penyakit Ginjal Polikistik (8%)

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

3) Batu Ginjal

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

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

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

5) Diabetes Melitus

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

6) Medikasi (Agen Toksik)

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

7) Hipertensi (50 %)

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

8) Infeksi Saluran Kemih

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

9) Gaya Hidup

Hal-hal yang merupakan faktor penyebab terjadinya gagal ginjal adalah gaya hidup, seperti peningkatan berat badan,

mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak kolesterol, kurang berolahraga serta merokok.

10) Lingkungan

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

b. Faktor Predisposisi

1) Umur

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

4. Patofisiologi

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

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

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

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

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

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

tulang untuk menghasilkan sel darah merah. Pada gagal ginjal, produksi eritropoetin menurun dan anemia berat terjadi disertai keletihan, angina dan sesak nafas.

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

Ada beberapa stadium dalam gangguan fungsi ginjal antara lain:

a. Stadium 1 atau penurunan cadangan ginjal (>90ml/menit)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Manifestasi Klinis

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

a. Kardiovaskular

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

b. Saluran Cerna

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

c. Paru – paru

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

d. Muskuloskeletal

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

e. Integumen

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

f. Neurologik

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

g. Reproduksi

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

h. Sistem Hematologi

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

6. Pemeriksaan Diagnostik

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

a. Uji Klirens Kreatinin

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

b. Kreatinin Serum

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

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

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

d. Pemeriksaan USG

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

e. EKG

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

7. Penatalaksanaan Medik

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

a. Tindakan konservatif

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

Pengobatan :

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

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

   b) Diet rendah kalium

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

   c) Diet rendah natrium

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

   d) Pengaturan cairan

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

2) Pencegahan dan Pengobatan Komplikasi
   a) Hipertensi

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

b) Hiperkalemia

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

c) Anemia

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

d) Asidosis

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

e) Diet rendah fosfat

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

f) Pengobatan hiperurisemia

Obat pilihan untuk mengobati hiperurisemia pada penyakit ginjal lanjut adalah pemberian alopurinol. Obat ini

mengurangi kadar asam urat dengan menghambat biosintesis sebagian asam urat total yang dihasilkan tubuh

(Suharyanto & Madjid, 2013).

3) Dialisis dan Transplantasi

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

8. Komplikasi

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

a. Hiperkalemia

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

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

c. Hipertensi

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

d. Anemia

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

e. Penyakit tulang

Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan diklasifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan

menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur pathologis. (Padila, 2012).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

1) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

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

   Data Objektif : Merokok.

2) Pola Nutrisi Metabolik

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

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

3) Pola Eliminasi

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

   Data Objektif : Abdomen kembung, diare,atau konstipasi.

4) Pola Aktifitas dan Latihan

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

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

5) Pola Tidur dan Istirahat

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

Data Objektif : Gelisah atau somnolen, cemas, pruritus.

6) Pola Persepsi Kongitif

Data Subjektif : Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot

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

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri:

Data Subjektif : Harga diri rendah, perasaan tidak berdaya.

Data Objektif : Sering marah-marah, cemas.

8) Pola Peran dan Hubungan dengan sesama:

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

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

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data Objektif : Penurunan libido, amenorea, infertilitas.

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress

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

2. Diagnosa Keperawatan

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

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

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

c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan nafsu makan, mual/muntah, pembatasan diet, stomatitis.
d. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi
e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, anemia, retensi produk sampah dan prosedur dialisis.
f. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, kulit kering, pruritus, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan pembuatan akses darah hemodialisa, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi, hiperglikemia.

3. Intervensi/Rencana Keperawatan

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

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

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

   Intervensi :

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

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

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

b. Diagnosa Keperawatan II : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot-otot pernapasan, ansietas, nyeri, obesitas.
   Hasil yang diharapkan : klien tidak sesak napas, RR dalam batas normal 16-24x/menit.
   Intervensi :
   1) Kaji frekuensi atau kedalaman, awasi TTV, irama jantung.
      Rasional: berguna dalam evaluasi derajat distres pernapasan dan kronisnya proses penyakit.
   2) Istirahatkan pasien dengan posisi semi fowler.

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

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

c. Diagnosa Keperawatan III : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan nafsu makan, mual/muntah, pembatasan diet, stomatitis.
   Hasil yang diharapkan : mempertahankan/meningkatkan masukan berat badan seperti yang diindikasikan oleh situasi individu, bebas edema.

   Intervensi :

   1) Kaji status nutrisi, perubahan berat badan, pengukuran antropometrik, nilai laboratorium (elektrolit serum, BUN, kreatinin, protein, transferin, dan kadar besi).
      Rasional: Menyediakan data dasar untuk memantau perubahan dan mengevaluasi intervensi.
   2) Kaji pola diet nutrisi pasien, riwayat diet, makanan kesukaan, hitung kalori.

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

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

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

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

   Rasional: Mendorong peningkatan masukan diet.

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

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

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

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

7) Beri makan sedikit tapi sering.

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

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

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

9) Timbang berat badan setiap hari.

   Rasional: Untuk memantau status cairan dan nutrisi pasien.

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

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

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

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

Intervensi :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hasil yang diharapkan : mempertahankan kulit utuh.

Intervensi :

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

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

2) Inspeksi area tergantung terhadap edema.

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

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

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

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

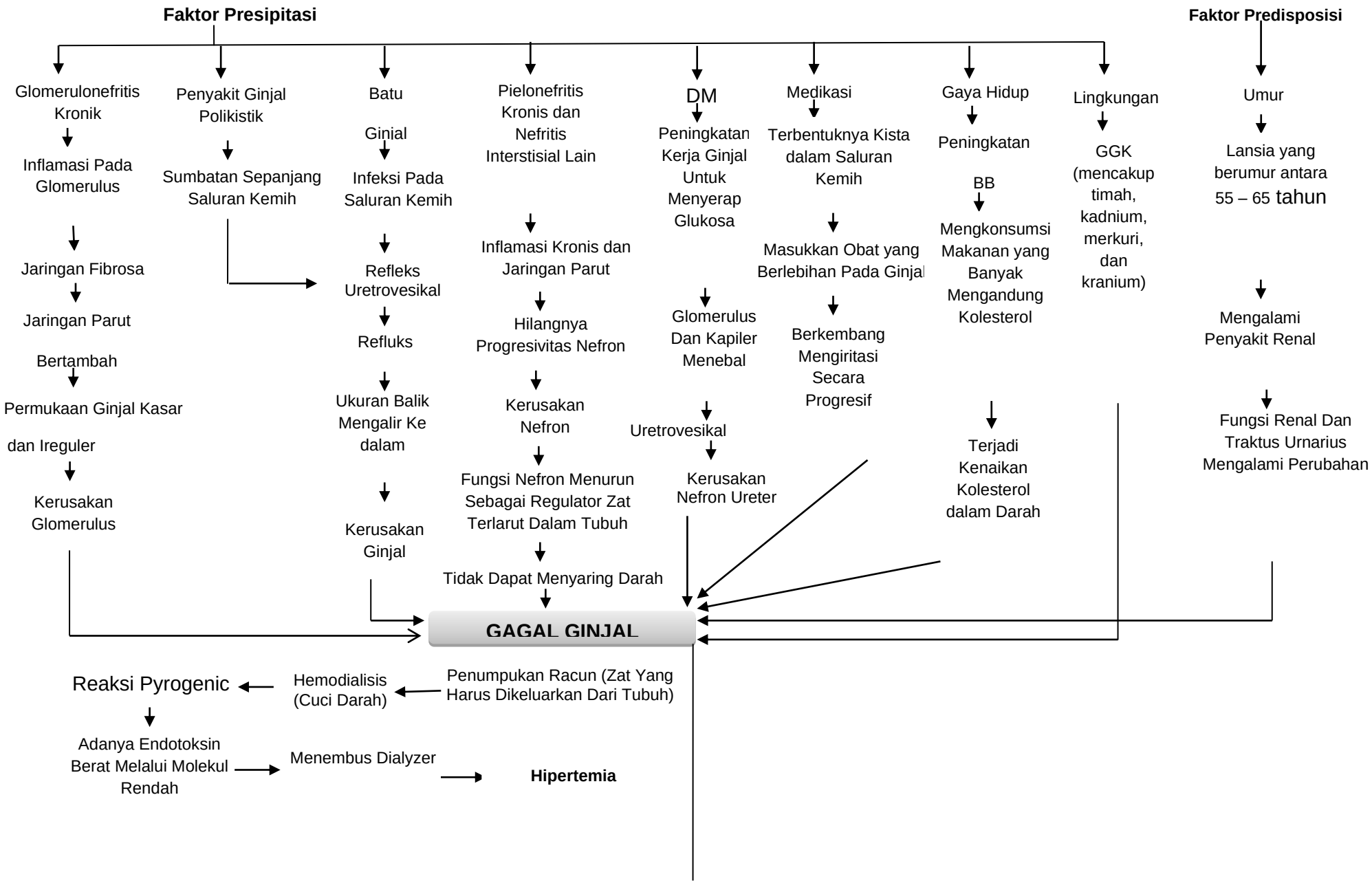
   Rasional : Soda kue, mandi dengan tepung menurunkan gatal dan mengurangi pengeringan dari sabun. Lotion dan salep mungkin diinginkan untuk menghilangkan kering, robekan kulit.

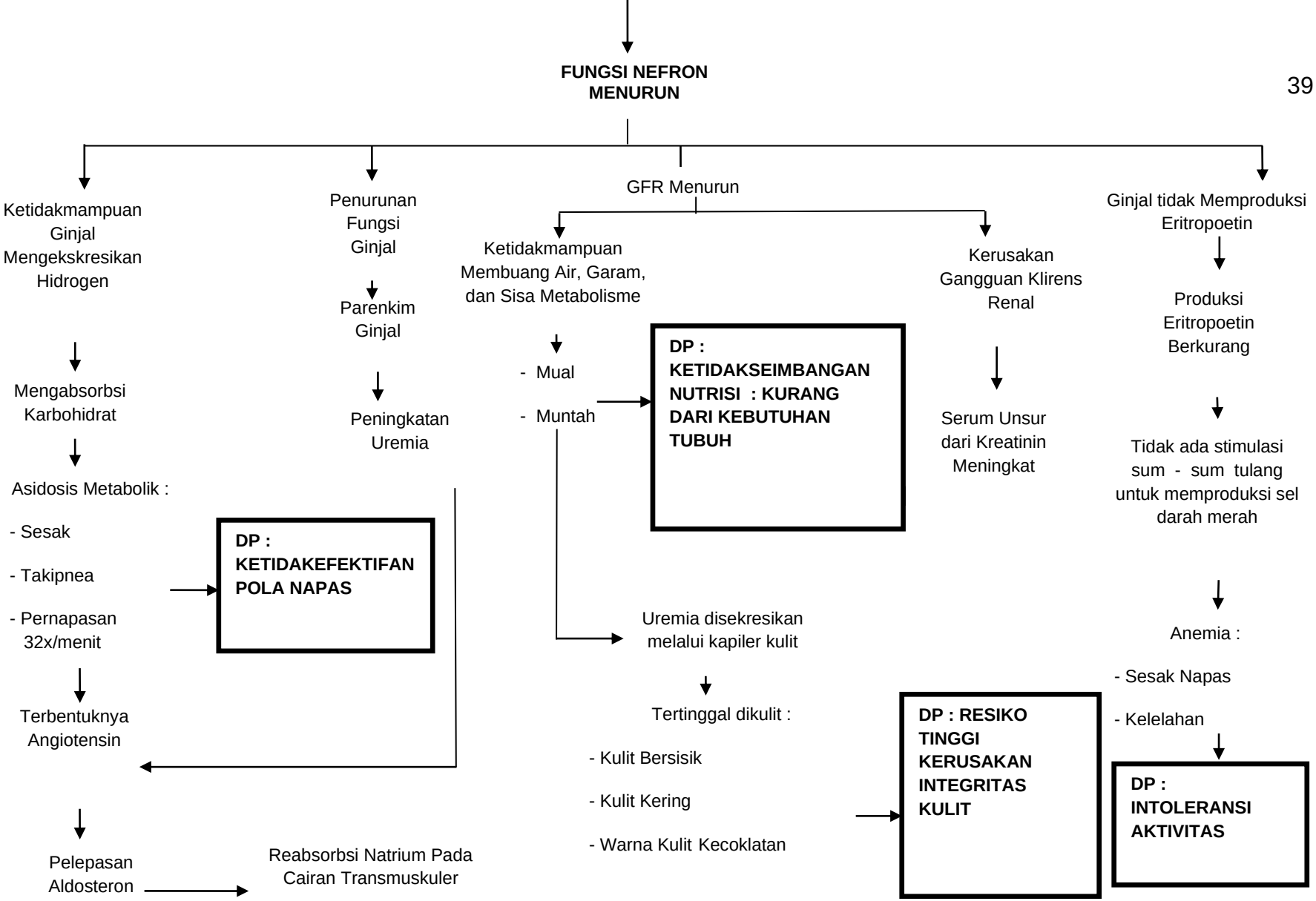
4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

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

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

C. Patoflowdiagram




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

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pasien Ny. R usia 57 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar tanggal 4 Maret 2020 dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 5 maret 2020 di peroleh data : pasien mengeluh sesak napas, pasien mengatakan tiga bulan lalu ia dipasang *cimino* dibagian tangan sebelah kanan, pasien mengatakan mengalami kerusakan pada ginjal kiri dan kanan. Pasien juga mengatakan sudah 15x cuci darah di Rumah Sakit Stella Maris, pasien mengatakan setiap kali HD ia merasa demam dan menggigil, Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri dan menjalar hingga perut bagian atas, pasienpun malas makan karena setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, pasien mengalami penurunan berat badan dari 65 kg menjadi 48 kg. Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan. Pasien mengatakan dalam satu minggu ia 3x manjalani cuci darah. Hasil laboratorium : ureum 138.6 mg/dL (nilai normal : 10 – 15 mg/dL) dan creanitin 6.58 mg/dL (nilai normal : ≤ 1,1 mg/dL), HGB 8,2 g/dl (nilai normal :14-18 g/dl), WBC 10.70^3/ul (nilai normal 4.8 – 10.2), dan hasil pemeriksaan foto thorax PA : Kesan gambaran bronchitis disertai lymphadenopati dan efusi pleura bilateral Cardiomegaly dan dilatasi aorta. Hasil tanda – tanda vital TD : 150/100 mmhg, N: 96x/menit, S : 36,3^{0}c, dan P : 28x/menit.

Saat ini pasien mendapatkan terapi obat (Omeprazole 1 vial/12 jam/intravena, N. Ace 3x1/6 jam/oral, Furosemide 1 amp/8 jam/intravena), diit cairan 500 cc, dan pemberian asuhan keperawatan lainnya maupun tidak langsung.

Masalah keperawatan yang ditemukan selama pasien di rawat antara lain : Kelebihan voume cairan, nyeri akut dan ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh

A. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji :

Nama : Septianus Tarra (E1614401077)

Alfonsius Ricky Nonseo (E1714401002)

Unit : Bernadeth III Autoanamnese : √

Kama : 363 Bad 2 Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 04/03/2020

Tanggal Pengkajian : 05/03/2020

1. **Identitas**

   a. Pasien

   Nama initial : Ny.”R”
   Umur : 57 tahun
   Jenis kelamin : Perempuan
   Status Perkawinan : Menikah
   Jumlah Anak : 3
   Agama/Suku : Kristen/Toraja
   Warga Negara : Indonesia
   Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
   Pendidikan : S1
   Pekerjaan : PNS
   Alamat rumah : Jln. Tana Lapang, Makale

   b. Penanggung Jawab

   Nama : Ny. “V”
   Umur : 35 tahun
   Alamat : Jln. Tana Lapang, Makale

Hubungan dengan pasien : Anak

2. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk : CKD + Anemis

Saat pengkajian : CKD

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan : Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur dengan posisi terlentang. Tampak terpasang cairan infus di tangan bagian sebelah kiri dan tampak terpasang cimino di tangan bagian sebelah kanan. Observasi tanda – tanda vital TD : 150/100 mmHg, S : 36,3°c, P : 28x/menit, N : 96x/menit.

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (Kualitatif) : Composmentis

Skala Koma Glasgow (Kuantitatif)

a) Respon motorik : 6
b) Respon bicara : 5
c) Respon membuka mata : 4
Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan Darah : 150/100 mmHg

MAP : 116,7 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,3°c di [ ] Oral [√] Axilla [ ] Rectal

4) Pernapasan : 28 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 96 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi

☑ Kuat ☐ Lemah

6) Pengukuran

a.) Lingkar lengan atas : 20 cm

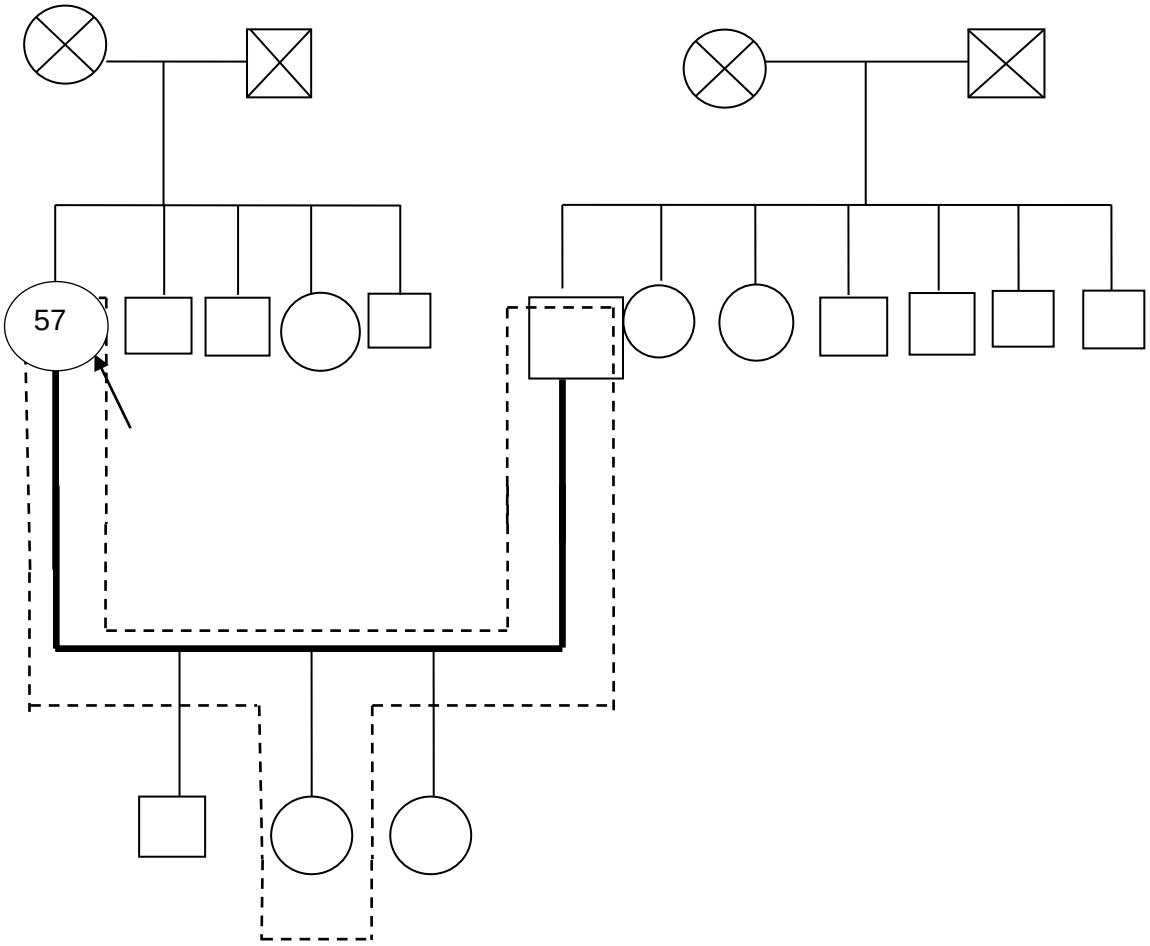
b.) Tinggi badan : 155 cm

c.) Berat badan : 48 kg

d.) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 20

Kesimpulan : Berat badan normal

7). Genogram



Keterangan

: Pria

: Wanita

: Tinggal Serumah

: Pasien

: Meninggal

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Riwayat Penyakit Saat ini

a) Keluhan utama : Pasien mengeluh sesak nafas.

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan 3 hari yang lalu ia mengalami sesak nafas. Pasien juga mengatakan setiap kali makan. Akhirnya ia memutuskan untuk berobat di Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 04 Maret 2020, dan dirawat di ruangan Sta. Bernadeth III . Pada saat dikaji pada tanggal 05 maret 2020 pasien mengeluh sesak nafas, pasien juga mengatakan ia merasakan nyeri pada dada sebelah kiri dan menjalar sampai bagian perut atas. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk . Terkadang nyerinya muncul pada saat ia beraktivitas dan juga pada saat ia beristirahat. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 6. Nyeri terjadi sekitar 3 menit. Wajah pasien tampak meringis. .

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit, pasien juga mengatakan sudah keluar masuk RS untuk cuci darah pada bulan November selama 3x dalam seminggu dan di pasang *cimino* pada tangan sebelah kanan, pasien mengatakan sudah 15x cuci darah di RS. Stella Maris Makassar.

d) Riwayat kesehatan keluarga

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

e) Pemeriksaan fisik

(1) Kebersihan rambut :Tampak bersih, beruban
(2) Kulit kepala :Tampak bersih, tidak ada ketombe
(3) Kebersihan kulit :Tampak kulit bersih dan tidak bersisik
(4) Hygene rongga mulut : Tampak rongga mulut kotor
(5) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji
(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Sebelum masuk RS pasien mengatakan pola makannya teratur, yaitu 3 x sehari dan pola minumnya juga teratur, yaitu 7 – 8 gelas per hari atau sekitar 1.500 cc. Pasien mengatakan ia suka mengkonsumsi ikan, tahu, tempe, daging dan sayur. Pasien juga mengatakan kadang mengkonsumsi buah – buahan dan juga pasien tidak pernah minum vitamin/suplemen. Pasien mengatakan berat badannya sebelum sakit 65 kg. Pasien tidak menjalani diet.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak masuk di Rumah Sakit dan dipasangkan *cimino* nafsu makan pasien berkurang, pasien mengatakan setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah. Pasien mengatakan berat badannya semenjak sakit 48 kg. Pada saat pengkajian pasien mengatakan malas makan, keluarga pasien mengatakan dokter menganjurkan untuk tidak banyak minum karena dibatasi dalam mengkonsumsi air, perawat membatasi cairan pasien 500 cc sesuai dengan instruksi dokter. Pasien hanya minum sekitar 2 gelas air atau sekitar 500 cc dalam sehari dengan menggunakan sedotan. Jumlah cairan yang masuk air putih 2 gelas (500 cc/hari) dan cairan yang keluar (350 cc dalam 24 jam). Pasien memakai conecta.

3) Observasi

Pasien tampak lemah, tampak pasien minum sedikit, pasien mengatakan malas makan.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak bersih, beruban
b) Hidrasi kulit : Tampak turgor kulit tidak elastis
c) Palpebra/conjungtiva : Tampak gelap/tampak ikterik
d) Sclera : Tampak anemis
e) Hidung : Tampak septum simetris kiri dan kanan
f) Rongga mulut : Tidak ada peradangan
Gusi : Tidak ada peradangan
g) Gigi : Tampak utuh, gigi palsu ada
h) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien mampu mengunyah keras
i) Lidah : Tampak kotor dan berwarna putih

j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan

k) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran

l) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran

m) Abdomen

(1) Inspeksi : Tampak pasien tidak asites pada bagian perut

(2) Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 10x/menit

(3) Palpasi : Tampak tidak ada nyeri dan tidak ada benjolan

(4) Perkusi : Thympani

n) Kulit

(1) Edema : ☐ positif ☑ negatif

(2) Icterik : ☐ positif ☑ negatif

(3) Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada peradangan

o) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit BABnya 1x sehari, tinjanya padat dan BAKnya 3x sehari. Pada saat pengkajian keluarga

pasien mengatakan pasien sulit dalam BAB karena malas makan. Pasien mengatakan dibatasi dalam mengkonsumsi air.

3) Observasi

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

Input (Cairan Masuk) :

Air putih (oral) = 2 gelas 500 cc

pasien memakai conecta.

Output (Cairan Keluar) :

Urine = 350 cc

IWL (BB x 15) = 48 x 15 = 720

Balance cairan dalam 24 jam :

= CM – (CK + IWL)

= 500 cc – (350 cc + 720)

= -570 cc

4) Pemeriksaan Fisik

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

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit ia bekerja sebagai guru, pasien mengatakan ia sibuk mengajar karena kesibukannya ia jarang sekali untuk berolahraga dan pasien mengatakan biasa menonton TV diwaktu senggang bersama suami dan anaknya dirumah.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak bisa lagi beraktivitas. Pasien lebih sering berbaring di tempat tidur. Pasien juga mengatakan mengeluh nyeri pada bagian dada sebelah kiri disertai dengan sesak napas bertambah jika terlalu banyak bergerak. Pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari – hari pasien dibantu oleh keluarganya.

3) Observasi

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

Tampak tidak ada edema

a) Aktivitas harian :

(1) Makan : 2

(2) Mandi : 2

(3) Pakaian : 2

(4) Kerapihan : 2

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

(5) Buang air besar : 2

(6) Buang air kecil : 2

(7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

b) Postur tubuh : Bungkuk

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tampak tidak menggunakan fiksasi

f) Tracheostomi : Tampak tidak ada

3) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

(1) berbaring : 150/100 mmHg

(2) duduk : Tidak dikaji

(3) berdiri : Tidak dikaji

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

b) HR : 106 x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak tidak ada

Basah : Tampak tidak ada

d) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

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

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi :

(a) Bentuk thorax :Tampak simetris kiri dan kanan

(b) Retraksi interkostal :Tampak tidak ada

(c) Sianosis :Tampak tidak ada

(d) Stridor :Tampak tidak ada

(2) Palpasi :

Vocal premitus : Tidak dikaji pasien sesak

(3) Perkusi : [ ] sonor [ ] redup [√] pekak

Lokasi: pada lapang paru kiri

(4) Auskultasi :

(a) Suara napas : Vesicular melemah

(b) Suara ucapan : Pectoriloquy

(c) Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak ada pembesaran

(2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 linea

midclavicularis sinistra

(3) Perkusi :

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

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

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

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

(4) Auskultasi :

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

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

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

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

(e) Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada

(f) Murmur : Tidak ada

(g) Bruit : Aorta : Tidak ada

(h) A. Renalis : Tidak ada

(i) A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif

(2) Rentang gerak : Tampak rentang gerak bebas

(a) Kaku sendi : Tidak ada

(b) Nyeri sendi : Tidak ada

(c) Fraktur : Tidak ada

(d) Parese : Tidak ada

(e) Paralisis : Tidak ada

(3) Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

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

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

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

(5) Refleks patologis :

Babinski : Kiri : ☐ positif ☑ negatif

Kanan : ☐ positif ☑ negatif

(6) Clubbing jari-jari : Tidak ada

(7) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis

(1) Inspeksi : Kelainan bentuk : Tidak ada

(2) Palpasi : Nyeri tekan : Tampak tidak ada

(3) Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : [√] positif [ ] negatif

Banyak menguap : [√] positif [ ] negatif

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

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada

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

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran serta tidak ada masalah pada

penciumannya. Pasien mengatakan jika ia merasakan sesak, pasien lebih suka tidur dalam posisi semifowler dengan ditambahkan bantal dibelakangnya atau menggunakan otot bantu pernapasan.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu apapun.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan :

(1) Kornea : Tampak jernih

(2) Pupil : Tampak isokor

(3) Lensa mata : Tampak jernih

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

b) Pendengaran :

(1) Pina : Tampak Simetris

(2) Kanalis : Tampak Bersih

(3) Membran Timpani : Tampak Utuh

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

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi
   a. Kontak mata : Tampak penuh, melihat perawat berbicara
   b. Rentang perhatian : Tampak ada perhatian saat diajak bicara
   c. Suara dan cara berbicara : Tampak suara dan cara bicaranya jelas
   d. Postur tubuh : Bungkuk
4) Pemeriksaan fisik
   a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
   b) Bentuk / Postur tubuh : Bungkuk
   c) Kulit : Tampak kulit bersih dan tidak bersisik

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama
   1) Keadaan sebelum sakit

      Pasien mengatakan ia anak pertama dari 7 bersaudara, ia tinggal bersama dengan suami dan anak – anaknya. Pasien mengatakan sangat akrab dan menjalin hubungan yang baik dengan tetangga sekitar rumahnya dan keluarganya. Di dalam keluarganya tidak ada konflik yang terjadi. Pasien mengatakan di dalam keluarganya ia selalu hidup dengan bahagia.

   2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi

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

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

3) Observasi

Tampak pasien berperilaku dan berpenampilan layaknya seorang wanita

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan gelisah dengan kondisinya yang sekarang

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

3) Observasi

Ekspresi pasien tampak cemas dan gelisah.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan sejak sakit

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

3) Observasi

Tampak pasien memutar lagu rohani dan ada alkitab di samping bantal pasien

5. UJI SARAF KRANIAL

a. N I Olfactorius

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

b. N II Opticus

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

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

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

d. N V Trigeminus

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

Motorik : Pasien mampu mengunyah dengan keras.

e. N VII Fascialis

Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula.

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

f. N VIII Vestibulo - Acusticus

Vestibularis : Tidak dikaji pasien bedrest.

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

g. N IX Glossopharyngeus

Pasien mampu menelan

h. N X Vagus

Tampak letak uvula berada di tengah.

i. N XI Accessorius

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

j. N XII Hypoglossus

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

Tgl Permintaan : 04-03-2020, 06.43

Tgl Cetak Hasil : 04-03-2020, 09.07

No.Reg./No.RM : 543090/ 00-54-30-90

Alamat : Jl. Tana lapang, Makale

Nama Pasien : Ny. “R”

Umur : 57thn 9bln 2hari

Jenis Kelamin : Perempuan

Dr. Pengirim : Prof. dr. Agus . T

Test/Jenis Pemeriksaan	**Hasil**	**Nilai Rujukan**	**Satuan**	**Metode**
HEMATOLOGI	12.4			
CBC	3.3*			
CBC	9.8*			
WBC	28.6*	4.0 – 11.0	10^3/µL	
RBC	86.7	4.00 – 6.20	10^6/µL	
HGB	29.7	11.0 – 18.8	g/dL	
HCT	34	35 – 55	%	
MCV	145*	80 – 100	fL	

MCH	18	26 – 34	Pg	
MCHC	9.2	31 – 35	mg/dL	
PLT	8.8	150 – 450	10^3/µL	
RDW		10 – 20	%	
PDW		8 – 18	%	
MPV		6.0 – 10.0	%	

Nama : Ny.”R” Dokter : EFREM H . C

Umur : 57 years R. Perawatan : UGD

Jenis Kelamin : P Kamar :

No.RM : 00-54-30-90 Tgl/Jam : 2020/03/,17:57:54

No.Lab : 9043090 Tipe Sampel : Blood

Parameter	**Hasil**	**Flags**	**Satuan**	**Nilai Normal**
WBC	10.70	+	10^3/ µL	[4.8 – 10.2]
RBC	2.77	-	10^6/µL	[4.0 – 5.5]
HGB	8.2	-	g/dL	[12.2 – 16.2]
HCT	26.0	-	%	[37.7 – 47.9]
MCV	93.9		fL	[80.0 – 97.0]
MCH	29.6		Pg	[26.0 – 31.0]

MCHC	31.5	-	g/dL	[31.8 – 35.4]
PLT	258		10^3/µL	[130.0 – 450.0]
RDW-CV	18.1	+	%	[11.5 – 14.5]
PDW	10.7		fL	[9 – 13]
MPV	8.7		fL	[7.2 – 11.1]
P-LCR	17.1	-	%	[15 – 25]
NEUT%	78.6		%	[37.0 – 80.0]
LYM%	11.3		%	[10 – 50]
MXD%	10.1		%	[1.0 – 20.0]
NEUT#	8.40	+	10^3/µL	[1.5 – 7]
LYM#	1.20		10^3/µL	[1 – 3.7]
MXD#	1.1		10^3/µL	[0 – 1.2]

CATATAN : Anemis

Dokter Pengirim :

Prof dr. Agus Tessy Sp.PD-KGH

Foto Pemeriksaan :

Foto Thorax Dewasa

Pasien Rawat Jalan

Tgl.Registrasi : 21 – 03 – 2020

No.Registrasi : R12002160028

No.RM : 00-54-30-90

Nama Pasien : Ny.”R”

Sex/Umur : L/57 th 9 bln

Makassar, 04 Maret 2020

Prof dr. Agus Tessy Sp.PD-KGH

Pemeriksaan foto thorax PA :

Corakan bronchovaskuler kedua lapangan paru kasar,
tidak tampak gambaran spesifik pada kedua paru
Tampak perselubungan homogeny pada hemithoraks kanan dan kiri
Kelenjar hilus kanan menebal.
Cor : bentuk ukuran tampak membesar CTI >50 %

Dilatasi dan klasifikasi aorta
Mediastrium tidak melebar. Trachea tidak shift.
Costa intak, soft tissue baik.

Kesan :

- Gambararan bronchitis
  Disertai lymphadenopati dextra
- Efusi pleura bilateral
- Caridomegaly dan dilatasi aorta
  Atherosclerosis aorta

7. TERAPI

a. Omeprazole 1 vial/12 jam/IV

b. Ondansetron 1 amp/8 jam/IV

c. Laxadine sirup 3x1/6 jam/oral

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

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

f. Furosemide 1 amp/8 jam/IV

ANALISA DATA

Nama/Umur : Ny. “R”/57 thn

Kamar/Unit : 363^2/ BIII

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : - Pasien mengatakan 3 hari yang lalu ia merasakan sesak napas. - Pasien mengatakan jika ia menggunakan O2 ia merasa sesak napasnya berkurang DO : - Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur. - Tampak ada suara napas tambahan pasien berbunyi ronchi. - Tampak perkusi suara pernapasan pasien terdengar pekak. - Hasil foto thorax PA : Kesan efusi pleura bilateral dan bronchitis. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 150/100 mmHg N : 96x/menit S : 36,3oc P : 28x/menit	Gangguan mekanisme regulasi	Kelebihan volume cairan

2.	DS : - Pasien mengatakan Nyeri dada P= Pasien mengatakan nyerinya muncul pada saat ia beraktivitas dan juga pada saat ia beristirahat., Q= Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk, R= Pasien juga mengatakan ia merasakan nyeri pada dada sebelah kiri dan menjalar sampai bagian perut atas. S= skala nyeri 6 (1-10) T= nyeri terjadi sekitar 3 menit. DO : - Tampak pasien wajah meringis - Tampak Tampak pasien menunjuk skala face nyeri sedang 4-6 (1-10). - Observasi tanda – tanda vital pasien TD: 150/100 Mmhg N: 96x/menit P: 28x/menit S: 36,3°c	Agens cedera biologis	Nyeri akut
3.	DS : - Keluarga pasien	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari

	mengatakan semenjak pasien masuk di RS dan dipasangkan *cemino* nafsu makan pasien menurun, setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, terkadang juga disertai demam.. - Pasien mengatakan malas makan. - Pasien mengatakan dibatasi oleh dokter dalam mengkonsumsi air. DO : - Tampak pasien minum sedikit sekitar 2 gelas air putih (500 cc). - Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi dari makanannya - IMT pasien 20 -> Berat badan normal - Tampak pasien mengalami penurunan berat badan 65 – 48 kg - Hasil lab : HGB 8,2 g/dl (nilai normal :14-18 g/dl) - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 150/100 mmHg N : 96x/menit S : 36,3oc P : 28x/menit		kebutuhan tubuh

.

Diagnosa Keperawatan

Nama/Umur : Ny.”R”/57 thn

Kamar / Unit : 363^2/BIII.

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
3.	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan

Nama/Umur: Ny.”R”/57 thn

Kamar/Unit : 3632/BIII

RENCANA KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcomes Classification (NOC)	Nursing Interventions Classification (NIC)
1	Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi DS : - Pasien mengatakan 3 hari yang lalu ia merasakan sesak napas. - Pasien mengatakan jika ia menggunakan O2 ia merasa sesak napasnya berkurang DO : - Tampak pasien terbaring lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan keseimbangan cairan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang). Dengan kriteria hasil: a. Keseimbangan cairan 1) Edema dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 2) Keseimbangan *intake* dan *output* dalam 24 jam dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 keterangan :	a. Monitor cairan Catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni) b. Manajemen Elektrolit 1) Batasi cairan yang sesuai 2) Mengistruksikan alasan untuk batasan cairan, c. Pengaturan Hemodinamik Tinggikan kaki tempat tidur d. Monitor tanda-tanda vital Monitor tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan

ditempat tidur. - Tampak ada suara napas tambahan pasien berbunyi ronchi. - Tampak perkusi suara pernapasan pasien terdengar pekak. - Hasil foto thorax PA : Kesan efusi pleura bilateral dan bronchitis. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 150/100 mmHg N : 96x/menit S : 36,3oc - P : 28x/menit	• Skala 1 : berat • Skala 2 : cukup berat • Skala 3 : sedang • Skala 4 : ringan • Skala 5 : tidak ada b. Eliminasi urin 1) Jumlah urin dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 keterangan : • Skala 1 : sangat terganggu • Skala 2 : banyak terganggu • Skala 3 : cukup terganggu • Skala 4 : sedikit terganggu Skala 5 : tidak terganggu.	

II	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis - DS : Pasien mengatakan Nyeri dada P= Pasien mengatakan nyerinya muncul pada saat ia beraktivitas dan juga pada saat ia beristirahat., Q= Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk, R= Pasien juga mengatakan ia merasakan nyeri pada dada sebelah kiri dan menjalar sampai bagian perut atas. S= skala nyeri 6 (1-10) T= nyeri terjadi sekitar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil, dengan indikator skala target outcome : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurangdengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenal nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 5. Tanda vital dalam rentang normal	➢ Manajemen nyeri 1. Lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas atau pencetus faktor dan berat nyeri. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3. Gunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.. 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Ajarkan teknik non farmakologi 7. Berikan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri

	3 menit. DO : - Tampak pasien wajah meringis - Tampak Tampak pasien menunjuk skala face nyeri sedang 4-6 (1-10). - Observasi tanda – tanda vital pasien TD: 150/100 Mmhg N: 96x/menit P: 28x/menit S: 36,3°c		8. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan keperawatan tidak berhasil.
III	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil, dengan indikator	➢ Manajemen Nutrisi (1100) 1. Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan.

DS : - Keluarga pasien mengatakan semenjak pasien masuk di RS dan dipasangkan *cimino* nafsu makan pasien menurun, setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, terkadang juga disertai dengan demam. - Pasien mengatakan malas makan. - Pasien mengatakan dibatasi oleh dokter dalam mengkonsumsi air. DO : - Tampak pasien minum	skala target outcome : 1. Status Nutrisi (1004) - Asupan makanan dipertahankan pada skala 2 (Banyak menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup menyimpang dari rentang normal). - Rasio berat badan/tinggi badan dipertahankan pada skala 2 (Banyak menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup menyimpang dari rentang normal). - Asupan cairan dipertahankan pada skala 2 (Banyak menyimpang dari	2. Beri obat – obatan sebelum makan (misalnya : penghilang rasa sakit, antiemetik), jika diperlukan. 3. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara [pasien] berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan, yang sesuai. 4. Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit (yaitu: pasien dengan penyakit ginjal, pembatasan natrium, kalium, protein, dan cairan). 5. Monitor kalori dan asupan makanan. 6. Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan. 7. Anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan.

sedikit dengan menggunakan sedotan. - Tampak pasien tidak menghabiskan makanannya. - IMT pasien 18,3 -> Berat badan kurang. - Hasil laboratorium menunjukkan Hb : 8,6 g/dL (nilai normal 14 – 18 g/dL). - Tampak hasil observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 150/100 mmHg N : 96x/menit S : 36,3^{o}c P : 28x/menit	rentang normal) ditingkatkan ke skala 3 (Cukup menyimpang dari rentang normal).	8. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat).

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.”R”/57 thn

Kamar/Unit : 363^2/BIII.A

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
05 Maret 2020	I	15.00	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dan meringankan sesak napas Hasil : - Tampak pasien merasa sesak napasnya berkurang dengan posisi semifowler dan ditambahkan dengan bantal dibelakangnya.	septy
	II	15.15	Memonitor lokasi, intensitas nyeri pasien, mendorong pasien menggunakan teknik manajemen nyeri. Hasil: - Tampak pasien mampu mengontrol nyeri menggunakan teknik manajemen nyeri	Septy
	III	15.20	Memonitor berat badan pasien. Hasil : - Tampak berat badan pasien 48 kg.	septy
	I,II,III	15.30	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 130/70 mmHg - S : 36,5^{o}c - N : 84x/menit P : 28x/menit	septy

	I,II,III	16.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Ondansentron 1 ampul secara intravena	Perawat Septy
	I	16.46	Memonitor adanya alergi terhadap obat - Hasil :Pasien mengatakan tidak alergi terhadap obat Cefoperazone, tampak tidak ada tanda kemerahan pada daerah tangan.	Septy
	I,II,III	18.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral. - N.Ace. 200 mg 1 kapsul melalui oral.	Perawat Septy
	I,III	20.00	Memonitor makanan/cairan yang dikonsumsi pasien serta menghitung asupan kalori harian Hasil : - Pasien mengatakan masih malas makan. - Tampak pasien menghabiskan air putih ± 500 cc dengan menggunakan sedotan	Perawat Septy
	I	20.30	Memonitor intake dan output pasien Hasil : - Air putih : 500 cc (ukuran gelas	Septy

			sedang). - Urine : ±350 cc.	
	I,II,III	22.00	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 120/80 mmHg - N : 84x/menit - S : 36,2ºc - P : 28x/menit	Alfons
	I,II,III	24.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Ondansetron 1 ampul melalui intravena. - Obat Omeprazole 1 vial melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui intravena.	Perawat Alfons
	I,II,III	05.30	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 120/80 mmHg - S : 37,5ºc - N : 80x/menit - P : 24x/menit	Alfons
	I,II,III	06.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil :	Perawat Alfons

			- Cefoperazone 1 ampul melalui intravena. - Paracetamol 500 mg 1 tablet melalui oral. - Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral. - N.Ace 200 mg 1 kapsul melalui oral.	
	I	06.01	Memberikan obat – obatan sesuai dengan cara dan teknik yang tepat Hasil : - Tampak menggunakan cara dan teknik 7 benar dalam pemberian obat.	Perawat Alfons
	I	06.30	Memonitor intake dan output pasien Hasil : - Intake : Air putih = 500 cc - Output : Urine = ±350 cc (dalam 24 jam) - IWL (BB x 15) : 44 kg x 15 = 660 CM – (CK + IWL) 500 cc – (350 cc + 660) = -510 cc.	Alfons
06 Maret 2020	III	07.00	Menciptakan lingkungan yang optimal Hasil : - Tampak kamar pasien bersih, tidak bau, serta pencahayaan dan ventilasi	Septy

			cukup	
	III	08.00	Membantu pasien dalam perawatan mulut Hasil : - Tampak pasien mampu menyikat giginya sendiri.	septy
	III	08.45	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Ondansentron 1 ampul melalui intravena.	Perawat septy
	I,II,III	09.45	Mengobservasi tanda – tanda vital pasien Hasil : - TD : 120/80 mmHg - S : 36,8ºc - N : 78x/menit - P : 24x/menit	septy
	I	10.00	Mendengarkan auskultasi suara napas pasien Hasil : - Tampak suara napas pasien berbunyi ronchi.	Septy
	I,II,III	12.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik	Perawat Septy

			Hasil : - Omeprazole 1 vial melalui intravena.	
	II,III	12.30	Memonitor makanan/cairan yang dikonsumsi pasien serta menghitung asupan kalori harian Hasil : - Tampak pasien sudah menghabiskan 1 porsi makanannya. - Tampak pasien menghabiskan air putih ± 500 cc dengan menggunakan sedotan.	septy
	I,II,III	13.00	Menyiapkan transfusi darah Hasil : - Tampak transfusi darah terpasang 350 cc (whole blood). - Sisa cairan RL pasien 300 cc.	Perawat septy
	III	13.15	Memantau makanan/cairan yang dikonsumsi pasien serta menghitung asupan kalori harian Hasil : - Tampak pasien sudah menghabiskan $1^1/_2$ porsi makanannya. - Tampak pasien menghabiskan air putih ±200 cc dengan menggunakan sedotan dalam ukuran gelas sedang. - Tampak cairan RL 500 cc terpasang, dan diganti dengan	Perawat Septy

			cairan transfusi darah 350 cc (whole blood).	
	I	13.30	Memonitor intake dan output pasien Hasil : - Air putih ±200 cc. - Sisa cairan RL 300 cc. - Transfusi darah terpasang 350 cc. - Urine 150 cc.	Septy
	I	14.00	Memberikan posisi untuk meringankan sesak napas dan memaksimalkan jalan nafas Hasil : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler, dan menggunakan otot bantu pernapasan	Septy
	II	16.00	Memonitor lokasi, intensitas nyeri pasien, mendorong pasien menggunakan teknik manajemen nyeri. Hasil: - Tampak pasien mampu mengontrol nyeri menggunakan teknik manajemen nyeri - Tampak pasien sudah tidak merasakan nyeri	Alfons
	I,II,III	16.01	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Ondansetron 1	Perawat Alfons

			ampul melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui intravena.	
	I	16.02	Memberikan obat sesuai dengan cara dan teknik yang tepat Hasil : - Tampak menggunakan teknik 7 benar dalam pemberian obat.	Perawat Alfons
	I,II,III	16.30	Mengobservasi tanda – tanda vital Hasil : - TD : 130/70 mmHg - N : 82x/menit - P : 24x/menit - S : 36,8ºc	Alfons
	I	17.05	Memantau makanan/cairan dan asupan harian pasien Hasil : - Air Putih 150 cc. - Urine 150 cc. - Pasien menghabiskan 1 porsi makanannya.	Alfons Septy
	I,II,III	18.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral. - Obat Cefoperazone 1 ampul melalui intravena. - Obat N.Ace 1 kapsul 200 mg melalui oral. - Obat Paracetamol 1 tablet 500	Perawat Alfons

			mg melalui oral.	
	I,II,III	18.01	Memberikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat Hasil : Menggunakan teknik dan cara 7 benar dalam pemberian obat	Perawat Alfons
	I	20.45	Memantau intake dan output Hasil : - Air Putih 150 cc. - Urine 100 cc.	Alfons
07 Maret 2020	III	07.00	Menciptakan lingkungan yang optimal Hasil : - Tampak kamar pasien bersih dan tidak berbau.	Septy
	III	07.15	Melakukan perawatan mulut kepada pasien sebelum makan Hasil : - Tampak pasien menyikat giginya.	Septy
	III	07.30	Menganjurkan pasien untuk duduk tegak, jika memungkinkan Hasil : - Tampak pasien duduk ditempat tidur.	Septy
	I,II,III	08.30	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Ondansetron 1 ampul	Septy

			melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui intravena.	
	I	08.32	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Ondansetron 1 ampul melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui intravena.	Perawat Septy
	I	08.30	Memberikan posisi untuk meringankan sesak nafas dan memaksimalkan jalan ventilasi Hasil : - Tampak pasien nyaman diberikan posisi semifowler dan pasien menggunakan otot bantu pernapasan.	Septy
	III	08.40	Menganjurkan keluarga untuk membawa makanan kesukaan pasien Hasil : - Tampak pasien sudah menghabiskan 1 porsi makanannya. - Tampak pasien menghabiskan 1 gelas air putih ±250 cc dengan menggunakan sedotan.	Septy
	III	08.55	Memonitor berat badan pasien Hasil : - Berat badan pasien dari 48 kg menjadi 49 kg	Septy

	III	08.57	Meningkatkan asupan oral Hasil : - Tampak pasien menggunakan sedotan saat minum, dan diberikan pada saat makan.	Septy
	I,II,III	10.00	Mengobservasi tanda – tanda vital Hasil : - TD : 120/80 mmHg - N : 80x/menit - S : 36,2ºc - P : 24x/menit	Septy
	I,II,III	12.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Omeprazole 1 vial melalui intravena. - Obat Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral. - Obat Paracetamol 1 tablet 500 mg melalui oral. - Obat N.Ace 1 kapsul 200 mg melalui oral.	Perawat Septy
	I,II,III	12.01	Memberikan obat sesuai dengan cara dan teknik yang tepat Hasil : - Tampak menggunakan teknik 7 benar dalam pemberian obat.	Perawat Septy
	I,II,II	16.00	Mengobservasi tanda – tanda vital Hasil :	Alfons

			- TD : 130/70 mmHg - N : 82x/menit - P : 24x/menit S : 36,8ºc	
	I,II,III	16.15	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Ondansetron 1 ampul melalui intravena. - Obat Furosemide (obat diuretik) 1 ampul melalui intravena.	Perawat Alfons
	I,II,III	16.15	Memberikan obat sesuai dengan cara dan teknik yang tepat Hasil : - Tampak menggunakan teknik 7 benar dalam pemberian obat.	Alfons
	I	17.15	Memantau makanan/cairan dan asupan harian pasien Hasil : - Air Putih 150 cc. - Urine 150 cc. - Pasien menghabiskan 1 porsi makanannya.	Alfons
	I,II,III	18.00	Melakukan pemberian obat secara terapi medik Hasil : - Obat Laxadine Syrup 1 sendok makan melalui oral. - Obat Cefoperazone 1 ampul	Perawat Alfons

			melalui intravena. - Obat N.Ace 1 kapsul 200 mg melalui oral. - Obat Paracetamol 1 tablet 500 mg melalui oral.	
	I,II,III	18.02	Memberikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat Hasil : - Menggunakan teknik dan cara 7 benar dalam pemberian obat.	Perawat Alfons
	III	20.45	Memantau intake dan output Hasil : - Air Putih 150 cc. - Urine 100 cc.	Alfons

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny.”R”/57 thn

Unit/Kamar : 363^2/BIII

Tanggal	EVALUASI SOAP	Nama Perawat
05 Maret 2020	DP.I : Kelebihan vol. cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : - Pasien mengatakan masih merasakan sesak O : - Tampak pasien sesak. - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler. - Terdengar suara napas tambahan pasien berbunyi ronchi. - Terdengar perkusi pernapasan pasien berbunyi pekak. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg N : 84x/menit S : 39^{o}c P : 28x/menit A : - Kelebihan volume cairan belum teratasi.	Alfons Septy

	P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Jalan Napas. - Pemberian Obat. - Monitor Tanda – Tanda Vital. DP.II : Nyeri akut b/d agens cedera biologis S : - Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang - Pasien mengatakan sudah mampu mengontrol nyeri - P : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk Q : Nyeri terjadi saat pasien beristirahat R : Nyeri pada dada dan menjalar ke perut bagian atas S : 4 T : Kadang- kadang O : - Tampak pasien mulai mampu mengontrol nyeri - Tampak nyeri pasien mulai berkurang A : - Nyeri akut belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen nyeri.	

	DP.III: Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan masih malas makan. - Pasien mengatakan jika ia makan, ia merasa mual dan mau muntah. O : - Tampak pasien haya menghabiskan ½ porsi makanannya - Tampak berat badan pasien normal dengan IMT 20 dan HGB : 8.2 g/dL. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/70 mmHg P : 28x/menit S : 39ºc N : 84x/menit A : - Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Nutrisi.	
06 Maret 2020	DP.I : Kelebihan vol. cairan b/d gangguan mekanisme regulasi S : - Pasien mengatakan sesak napasnya berkurang dengan posisi semifowler. O :	

	- Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler, dan menggunakan otot bantu pernapasan. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/80 mmHg S : 36,8ºc N : 82x/menit P : 24x/menit A : - Kelebihan volume cairan belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Jalan Napas. - Pemberian Obat. - Monitor Tanda – Tanda Vital. DP.II : Nyeri akut b/d agens cedera biologis S : - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri - Pasien mengatakan sudah merasa nyaman karena nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan sudah mampu mengontrol nyeri nya bila muncul kembali O : - Tampak pasien merasa nyaman saat beristirahat	Alfons Septy

	- Tampak pasien sudah mampu mengontrol nyeri menggunakan teknik non farmakologi A : - Nyeri akut teratasi. P : - Stop Intervensi DP.III: Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan sudah menghabiskan $1^1/_2$ porsi makanannya. - Pasien mengatakan sudah tidak merasa mual saat makan. O : - Tampak pasien menghabiskan $1^1/_2$ porsi makanannya. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 130/80 mmHg S : 36,8ºc N : 82x/menit P : 24x/menit A : - Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh sudah mulai teratasi. P :	

07 Maret 2020	- Lanjutkan intervensi : - Manajemen Nutrisi. DP.I: Kelebihan vol. cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi S : - Pasien mengatakan masih sesak. - Pasien mengatakan masih nyeri pada dada sebelah kirinya. O : - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan untuk mengatasi sesaknya. - Tampak pasien duduk ditempat tidur. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit S : 36,2ºc P : 24x/menit A : - Kelebihan vol. cairan belum teratasi. P : - Lanjutkan intervensi : - Manajemen Jalan Napas. - Pemberian Obat. - Monitor Tanda – Tanda Vital.	

	DP.III: Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan S : - Pasien mengatakan sudah menghabiskan 1 porsi makanannya. - Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah pada saat makan. O : - Tampak pasien sudah menghabiskan 1 porsi makananya. - Observasi tanda – tanda vital pasien : TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit S : 36,2ºc P : 24x/menit - Memonitor berat badan pasien dari 48 kg menjadi 49 kg. A : - Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh sudah mulai teratasi. P : - Stop Intervensi.	Alfons Septy

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Pada bab IV ini, penulis akan membahas kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dan kasus kelolaan yang dimana diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.. R dengan *Chronic Kidney Disease* di ruang perawatan Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama tiga hari perawatan yaitu dari tanggal 05 – 07 Maret 2020. Untuk memudahkan pembahasan, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A.Pengkajian

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

Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien Ny.. R usia 57 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 04 Maret 2020 dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 05 Maret 2020 diperoleh data : pasien mengeluh sesak nafas, bengkak pada kaki kiri dan kanannya, pasien mengatakan satu bulan yang lalu ia dipasangi cemino pada dada sebelah kanannya, pasien mengatakan mengalami kerusakan pada bagian ginjal kiri. Pasien juga mengatakan sudah 15x cuci darah di Rumah Sakit Stella Maris. pasien mengatakan setiap kali ia selesai HD ia merasa demam, pasien mengatakan nyeri pada dadanya dan pasien malas makan karena setiap kali ingin makan ia merasa mual dan mau

muntah, pasien mengalami penurunan berat badan dari 65 kg menjadi 48 kg. Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan. Pasien mengatakan dalam satu minggu ia 3x menjalani cuci darah. Hasil laboratorium : ureum 38.6 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 6.58 mg/dL (nilai normal : ≤ 1,1 mg/dL), dan HGB 8.2 g/dL (nilai normal : 14 – 18 g/dL), WBC 10.70^3/ul (nilai normal 4.8 – 10.2), dan hasil pemeriksaan foto thorax PA : Kesan gambaran bronchitis disertai lymphadenopati dan efusi pleura bilateral Cardiomegaly dan dilatasi aorta. Hasil tanda – tanda vital TD : 150/100 mmhg, N: 96x/menit, S : 36,30c, dan P : 28x/menit, jenis pernapasan takipnea, suara napas tambahan berbunyi ronchi dan perkusi suara pernapasan terdengar seperti pekak.

Menurut (Smeltzer C. Suzanne, 2008), sesak terjadi akibat retensi natrium dan air yang tertahan sehingga mengakibatkan resiko gagal jantung kongestif sehingga dapat terjadi sesak mengakibatkan ketidakseimbangan suplai O_2 dengan kebutuhan, selain retensi Na^+ dan H_2O mengakibatkan cairan masuk ke intraseluler menyebabkan edema paru dan efusi pleura. Pada kasus didapatkan sesak selain disebabkan beban kerja jantung yang meningkat, juga sesak pada pasien disebabkan karena adanya pengumpulan cairan dalam ruang pleura yang terletak diantara permukaan lapisan dalam (visceral) yang melekat langsung pada paru-paru dan lapisan luar (parietal) yang menempel pada dinding dada, proses penyakit primer jarang terjadi tetapi biasanya merupakan penyakit sekunder terhadap penyakit lain. Secara normal, ruang pleural mengandung sejumlah kecil cairan (5 – 15 ml) berfungsi sebagai pelumas yang memungkinkan permukaan pleural bergerak tanpa adanya friksi, yang didukung dengan hasil pemeriksaan diagnostik, yaitu hasil foto thorax PA : Kesan efusi pleura kiri dan bronchitis.

Hasil pemeriksaan laboratorium yang didapat adanya nilai abnormal, diantaranya ureum 38.6 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 6.58 mg/dL (nilai normal : <1.4 mg/dL). Ureum dan kreatinin adalah sisa – sisa protein yang menjadi racun dalam tubuh, sehingga jika ginjal rusak atau tidak mampu mengekskerikan urin maka ureum dan kreatinin akan tetap tertinggal dalam tubuh sehingga terjadinya peningkatan ureum kreatinin pada pasien gagal ginjal , sedangkan hasil pemeriksaan darah HGB 8.2 g/dL (nilai normal : 14 – 18 g/dL), anemia terjadi karena fungsi ginjal untuk menghasilkan eritropoetin menurun sehingga stimulasi pembentukan sel-sel darah di sum – sum tulang juga menurun.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus yang ditegakkan pada Ny. R dengan kasus Chronic Kidney Disease penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan prioritas antara lain:

1. Ketidakefekifan pola napas b/d keletihan otot pernapasan

   Alasan penulis mengangkat diagnosa Kelebihan volume cairan ini karena didukung oleh data pada pasien, yaitu pada saat dikaji pasien mengeluh sesak napas, nyeri pada dada sebelah kirinya, terdengar suara napas tambahan pasien berbunyi ronchi, perkusi pernapasan pasien terdengar pekak, hasil foto thorax PA : Kesan efusi pleura kiri dan bronchitis, observasi tanda – tanda vital : TD : 150/100 mmHg, N : 96x/menit, S : 36,3ºc, dan P : 28x/menit.

2. Nyeri akut b/d agens cedera biologis

   Aalasan penulis mengangkat diagnose nyeri akut ini karena didukung oleh data pada pasien, yaitu padasaat dikaji pasien mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri dan menjalar samapi ke perut atas, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk,

terkadang nyerinya muncul pada saat beraktivitas dan beristirahat. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 6, nyeri terjadi sekitar 3 menit, dan tampak wajah pasien meringis.

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

   Alasan penulis mengangkat diagnosa ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh ini karena penulis menemukan data pada pasien, yaitu berat badan pasien yang sebelum sakit 65 kg dan menurun pada semenjak sakit menjadi 48 kg, IMT pasien 20 (berat badan normal), pasien mengatakan malas makan karena setiap kali ingin makan ia merasa mual dan mau muntah, hasil pemeriksaan darah HGB 8.2 g/dL (nilai normal : 14 – 18 g/dL), hasil observasi tanda – tanda vital pasien TD : 150/100 mmHg, N : 96x/menit, S : 36,3ºc, dan P : 28x/menit.

diangkat pada kasus, diantaranya :

a. Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubunan dengan kulit kering, pruritus, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan, pembuatan akses darah hemodialisa, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi, dan hiperglikemia. Diagnosa ini tidak diangkat, karena selama pasien dalam masa perawatan di Rumah Sakit, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat termasuk mobilisasi ditempat tidur. Sehingga meminimalkan resiko kerusakan integritas kulit.
b. Perubahan pola eliminasi BAB : Konstipasi berhubungan dengan pembatasan cairan dan kayak serat, penurunan aktivitas. Diagnosa ini tidak diangkat, karena pasien terbatas pada aktivitas, sehingga tidak ada pergerakan usus dan pasien kurang mendapat asupan makanan, karena pasien sering merasa mual dan muntah.

c. Kurang pengetahuan tentang kondisi dan penanganan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan, salah interpretasi informasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini, karena pasien mengerti dan mengetahui faktor pendukung dari gagal ginjal adalah hipertensi dan batu ginjal.
d. Gangguan harga diri berhubungan dengan ketergantungan, perubahan peran, perubahan citra tubuh dan fungsi seksual. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini, karena pasien menerima dirinya apa adanya. Terutama keluarga pasien, sangat mengerti dengan keadaan pasien. Setiap harinya selalu ada keluarga yang datang menjenguk pasien, sehingga ia merasa banyak orang yang memperhatikan keadaannya.
e. Perubahan pola istirahat tidur berhubungan dengan dispnea, nyeri dada, kecemasan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini, karena pasien mengatakan, meskipun tidak dapat tidur nyenyak pada malam harinya pasien dapat tidur pulas pada pagi dan siang harinya.

B. Perencanaan Keperawatan

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

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

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

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

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

DP.II : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

Pada diagnose kedua ini, penulis membuat 8 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakanmandiri perawat (lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas atau pencetus faktor dan berat nyeri, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, ajarkan teknik non farmakologi, dan berikan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri.

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

Pada diagnosa ketiga ini, penulis membuat 8 intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien, yaitu tindakan mandiri perawat (lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan, ciptakan lingkungan yang optimal pada saat

mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih, berventilasi, santai, dan bebas dari bau yang menyengat). Tindakan penyuluhan, yaitu (anjurkan pasien untuk duduk pada posisi tegak di kursi, jika memungkinkan, anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien sementara [pasien] berada di rumah sakit atau fasilitas perawatan, yang sesuai, dan anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit (yaitu : pasien dengan penyakit ginjal, pembatasan natrium, kalium, protein, dan cairan). Tindakan kolaborasi, yaitu (beri obat – obatan sebelum makan (misalnya : penghilang rasa sakit, antiemetik), jika diperlukan). Dan tindakan observasi, yaitu (monitor kalori dan asupan makanan, monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan).

C. Pelaksanaan Keperawatan

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

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

Pada diagnosa keperawatan pertama kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dimana pada hari pertama, kedua dan ketiga semua intervensi tetap dilakukan. Penulis melakukan semua intervensi yang telah dibuat, yaitu posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, auskultasi suara nafas dan catat area yang ventilasinya menurun, posisikan untuk meringankan sesak nafas, instruksikan klien dan keluarga mengenai efek yang diharapkan dan efek lanjut obat, berikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara

yang tepat. Gunakan perintah, aturan dan prosedur yang sesuai dalam metode pemberian obat, monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan, monitor kemungkinan alergi terhadap obat, interaksi dan kontraindikasi, termasuk obat – obatan di luar konter and obat – obatan herbal, monitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya.

Pada diagnosa keperawatan kedua nyeri akut b/d agens cedera biologis, dimana intervensi yang dilakukan adalah Lakukan pengkajian nyeri komperhensif yang meliputi yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas atau pencetus faktor dan berat nyeri, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan,gunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, ajarkan teknik non farmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan keperawatan tidak berhasil.

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

D. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan tercapai atau tidak. Adapun evaluasi pelaksanaan keperawatan pada pasien Ny. R selama 3 hari (05 – 08 Maret 2020) adalah sebagai berikut :

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

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

DP.II : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.

.Masalah sudah teratasi. Hari pertama dankedua pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian dada sebelah kiri, danpada hari ketiga saat dikaji pasien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan lagi. Maka perencanaan untuk diagnosa ini dihentikan.

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

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

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

A Simpulan

1. Pengkajian

   Pada pengkajian penulis mendapatkan data-data sebagai berikut Pengkajian keperawatan pasien Ny. R usia 57 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 04 Maret 2020 dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 05 Maret 2020 diperoleh data : pasien mengeluh sesak napas, pasien mengatakan satu bulan yang lalu ia dipasangi cemino pada dada sebelah kanannya, pasien mengatakan mengalami kerusakan pada bagian ginjal kiri. Pasien juga mengatakan sudah 15x cuci darah di Rumah Sakit Stella Maris. pasien mengatakan setiap kali HD ia merasa demam dan menggigil, Pasien mengatakan nyeri pada dada dan pasien malas makan karena setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, pasien mengalami penurunan berat badan dari 65 kg menjadi 48 kg. Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan. Pasien mengatakan dalam satu minggu ia 3x manjalani cuci darah. Hasil laboratorium : ureum 138.6 mg/dL (nilai normal : 10 – 15 mg/dL) dan creanitin 6.58 mg/dL (nilai normal : ≤ 1,1 mg/dL), HGB 8,2 g/dl (nilai normal :14-18 g/dl), WBC 10.70^3/ul (nilai normal 4.8

– 10.2), dan hasil pemeriksaan foto thorax PA : Kesan gambaran bronchitis disertai lymphadenopati dan efusi pleura bilateral Cardiomegaly dan dilatasi aorta. Hasil tanda – tanda vital TD : 150/100 mmhg, N: 96x/menit, S : 36,30c, dan P : 28x/menit.

2.Diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis dari hasil pengkajian pada kasus Ny. R, maka diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

a. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi.

b. Nyeri akut b/d agens cedera biologis.

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

3. Perencanaan tindakan keperawatan yang ditetapkan ditujukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan yaitu :

a. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi .

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

b. Nyeri aku b/d agens cedera biologis.

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

mengkaji intensitas nyeri, mengajarkan teknik non farmakologi, evaluasi nyeri di masa lampau serta observasi non verbal dari ketidaknyamanan, memberikan obat – obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat.

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

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

melakukan perawatan mulut sebelum makan terhadap pasien, menciptakan lingkungan yang optimal, menganjurkan pasien untuk dalam posisi tegak, jika memungkinkan, menganjurkan keluarga untuk membawa makanan favorit pasien, menganjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet (pembatasan natrium, cairan, kalium, dan protein), kolaborasi dalam pemberian obat – obatan, memonitor kalori dan asupan makanan, memonitor terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan seluruhnya bisa dilaksanakan sesuai dengan perencanaan pada masing – masing diagnosa keperawatan berkat kerja sama yang baik dari teman, perawat dan tim medis lainnya serta didukung oleh sarana dan prasarana yang tersedia dengan baik di Rumah sakit.
5. Evaluasi keperawatan didapatkan hasil diagnosa keperawatan pasien Ny. R dapat diperoleh hasil evaluasi dari masalah kelebihan vol. cairan, belum bisa teratasi, namun pada masalah nyeri akut dan, ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh, dapat teratasi.

B. Saran

1. Bagi Pasien

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

2. Bagi Instansi Rumah Sakit

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

3. Bagi Perawat

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

4. Bagi Institusi Pendidikan

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

5. Bagi Penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

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

Bagas, Nugraha. (2010). *Sistem Perkemihan Gambar Anatomi Ginjal*.

http://www.gambaranatomiginjal.com . Diakses tanggal 26 Maret 2020

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

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

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

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

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

Depkes RI. (2009). *Riset Kesehatan dasar tahun 2009.* http://Depkes.go.id/downloads/riskesdas2009/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf, diakses tanggal 16 Mei 2020

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

https://www.farmasi-id.com/laxadine/ *laxadine kegunaan, dosis, efek samping – farmasi-id*. Diakses tanggal 30 April 2020

https://www.farmasi-id.com/cefoperazone-na/ *cefoperazone kegunaan, dosis, efek samping – farmasi-id.* Diakses tanggal 30 April 2020

https://www.farmasi-id.com/n-ace/ *n.ace kegunaan, dosis, efek samping – farmasi-id.* Diakses tanggal 30 April 2020

https://mediskus.com/paracetamol *paracetamol kegunaan, dosis, efek samping – mediskus.* Diakses tanggal 30 April 2020

https://www.alodokter.com/ondansetron *ondansetron kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 30 April 2020

https://www.alodokter.com/omeprazole *omeprazole kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 29 Mei 2020

https://www.alodokter.com/furosemide *furosemide kegunaan, dosis, efek samping – alodokter.* Diakses tanggal 29 Mei 2020

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

Kemenkes RI. (2016). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2016.* http://www.depkes.go.id/article/print/18030700007/cegah-dan-kendalikan-penyakit-ginjal-dengan-cerdik-dan-patuh.html, diakses tanggal 15 April 2020

MRO Rumah Sakit Stella Maris. (2017). *Statistik Penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK).* Makassar : Tidak Untuk Dipublikasikan

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

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

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

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

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

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

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

WHO. (2013). *Prevalensi Penyakit Gagal Ginjal Kronik.* http://www.litbang.depkes.gp.id.pdf**.** Diakses tanggal 15 April 2020

LEMBAR KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA **: Afonsius Ricky Nonseo(E1714401002)**

: Septianus Tarra (E1614401077)

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

NAMA PEMBIMBING **: Fransisco Irawandy, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

No	Tanggal	Materi Konsul	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.				
2.				
3.				
4.				

5				
6				