KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "M" DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN "GAGAL GINJAL KRONIK" DI RUANGAN PERAWATAN ST. BERNADETH III RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Pada STIK Stella Maris Makassar

MARIA MAGDALENA HUNGAN

E1714401026

MARIA SARITA BIBUT

E1714401029

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR

2020

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY “M” DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN “GAGAL GINJAL KRONIK” DI RUANGAN PERAWATAN ST.BERNADETH III DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Maria Magdalena Hungan

E1714401026

Maria Sarita Bibut

E1714401029

Disetujui Oleh:

Pembimbing

(Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep)

NIDN: 0910099002

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Fransiska Anita E.R.S,Ns,.M.Kep.,Sp.KMB)

NIDN: 0913098201

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY “M” DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN “GAGAL GINJAL KRONIK” DI RUANGAN PERAWATAN ST.BERNADETH III DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 15 Juni 2020

Pukul : 10:00-10:40

Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Elmiana B.Linggi,Ns.,M.Kes (_____)

2. Fransiska Anita E.R.S, Ns.,M.Kep., Sp.KMB (_____)

3. Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep (_____)

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

a. Nama : Maria Magdalena Hungan

b. Tempat/Tanggal Lahir : Dobo, 25 Mei 1998

c. Jenis Kelamin : Perempuan

d. Agama : Katolik

e. Pekerjan : Mahasiswa

f. Alamat : Jl. Lamadukelleng, No. 8

II. Identitas Orang Tua

a. Ayah/Ibu : Martinus Hungan/Rosina Yeberubun

b. Agama : Katolik

c. Pekerjaan : Petani/ Ibu Rumah Tangga

d. Alamat : Asmat, Papua

III. Pendidikan yang telah ditempuh

TKN 1 Sawaerma : Tahun 2004-2005

SDN 1 Sawaerma : Tahun 2005-2011

SMPN 1 Sawaerma : Tahun 2011- 2014

SMAK Yansmit Agats : Tahun 2014-2017

STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan) : Tahun 2017-2020

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

a. Nama	: Maria Sarita Bibut
b. Tempat/Tanggal Lahir	: Rai, 12 September 1996
c. Jenis Kelamin	: Perempuan
d. Agama	: Katolik
e. Pekerjaan	: Mahasiswa
f. Alamat	: Jln. Landak Baru, Lg. 5C

II. Identitas Orang Tua

a. Ayah/Ibu	: Yohanes Tanggur/Emilia Sueng
b. Agama	: Katolik
c. Pekerjaan	: Petani/ Ibu Rumah Tangga
d. Alamat	: Rai/Cumbi

III. Pendidikan yang telah ditempuh

TK Bintang Timur	: 2002-2003
SDI Rai	: Tahun 2004-2008
SDI Sama	: Tahun 2008-2009
SMP St. Klaus	: Tahun 2009- 2011
SMP Dharma Bakti	: Tahun 2011-2013
SMA Setia Bakti	: 2013-2014
SMA Karya	: 2014-2015
Universitas Warmadewa	: 2015-2016
STIK Stella Maris (Program DIII Keperawatan)	: Tahun 2017-2020

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY “M” GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) DI RUANG St. BERNADETH III. RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”.

Adapun maksud dan tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi Program DIII keperawatan di STIK Stella Maris Makassar. Dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini penulis telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak sehingga segala macam bentuk kesulitan yang ditemukan dapat diatasi dan dilalui dengan baik. Oleh karena itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1 Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2 SR.DR.Teorocci Luisa Nuhuhitu,S.JMJ,M.Kes. Selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makassar terutama dalam menyusun karya tulis ini tepat pada waktunya.
3 Fransiska Anita E.R.S,Ns.,M.Kep.,Sp.,KMB. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik.
4 Matilda M.Paseno,Ns.,M.Kes. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan keuangan.
5 Elmiana Bongga Linggi,Ns.,M.Kes. Selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan.
6 Mery Solon,Ns.,M.Kes. Selaku ketua Program DIII Akademik STIK Stella Maris.
7 Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kes. Selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah meluangkan waktu dan

memberikan pengarahan, bimbingan serta, motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

8 Seluruh dosen dan staf tenaga kependidikan STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.

9 Pada Ny “M” dan keluarga, yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

10 Teristimewa kepada kedua orang tua penulis dan semua keluarga yang telah memberi dukungan dan doa selama penyusunan karya tulis ini.

11 Kepada para penguji KTI yang telah menguji dan memberikan masukan untuk karya tulis ilmiah ini.

12 Buat teman-teman seperjuangan mahasiswa/i program DIII keperawatan angkatan 2017 STIK Stella Maris Makassar.

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

Makassar, Juni 2020

Penulis

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data 63
Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan..... 67
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan..... 68
Tabel 3.5 Pelaksanaan Keperawatan 74
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 87

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambar Anatomi Ginjal 7

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ..... Hal
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN i
HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN ii
RIWAYAT HIDUP iii
KATA PENGANTAR v
DAFTAR TABEL vii
DAFTAR GAMBAR viii
DAFTAR ISI ix
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 5
BAB II TINJAUAN TEORI 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Anatomi dan fisiologi 7
3. Etiologi 14
4. Patofisiologi 17
5. Manifestasi Klinis 20
6. Pemeriksaan Diagnostik 21
7. Penatalaksanaan Medik 22
8. Komplikasi 24
B. Konsep Dasar Keperawatan 25

1. Pengkajian 25
2. Diagnosa Keperawatan 27
3. Rencana Keperawatan 28
4. Discharge Planning 34
C. Patoflowdiagram 36
BAB III TINJAUAN KASUS 42
A. Pengkajian 43
B. Analisa Data 63
C. Diagnosa Keperawatan 67
D. Rencana Keperawatan 68
E. Pelaksanaan Keperawatan 74
F. Evaluasi 87
G. Daftar Obat 91
BAB IV TINJAUAN KASUS 95
A. Pengkajian 95
B. Diagnosa Keperawatan 96
C. Rencana Keperawatan 97
D. Implementasi Keperawatan 98
E. Evaluasi 99
BAB V PENUTUP 100
A. Kesimpulan 100
B. Saran 101
DAFTAR PUSTAKA 103

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah kunci utama kesuksesan. Tubuh yang sehat adalah dambaan semua orang karena dengan tubuh yang sehat kita mampu melakukan segala sesuatu yang kita dambahkan dan cita-citakan. Karena itu sebagai tenaga kesehatan, kita perlu membangun kesadaran pada masyarakat untuk hidup sehat. Tetapi ada juga masyarakat yang tidak mempedulikan kesehatan seperti jarang berolahraga, pola makan yang tidak sehat seperti makan makanan instan dan makanan yang mengandung lemak dan kurang minum air mineral karena kesibukan bekerja. Banyak masyarakat yang menyepelekan hal tersebut. Akibatnya, banyak penyakit yang timbul karena pola hidup yang tidak sehat salah satunya gagal ginjal kronik. (Riskesdas, 2017)

Berdasarkan data dari 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 termasuk negara dengan tingkat penderita penyakit gagal ginjal kronik yang cukup tinggi. Menurut data dari persatuan Nefrologi Indonesia diperkirakan ada 70.000 penderita penyakit gagal ginjal kronik. Namun yang terdeteksi menjalani terapi cuci darah hanya sekitar 4000 sampai 5000 saja.

Data Riset Kesehatan Dasar (2018), menunjukkan bahwa prevalensi penduduk Indonesia yang menderita Gagal Ginjal kronik pada kisaran usia ≥15 tahun 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 Kronik 1 orang dengan kategori umur (45-66 tahun) dan yang meninggal 1 orang. Pada tahun 2018 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik 1 orang dengan kategori umur (45-64 tahun). Pada tahun 2019 terdapat jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik sebanyak 5 orang dengan kategori umur (45-64 tahun) 2 orang, umur (65 tahun keatas) 3 orang.

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

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh chelliah (2011) tentang gambaran tingkat depresi dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Sebagian besar responden memiliki kualitas hidup baik yaitu 56,7% dan sisanya memiliki kualitas buruk yaitu 43,3%. Pasien yang menjalani hemodialisis memiliki kualitas hidup yang buruk dan cenderung mengalami komplikasi seperti depresi, kosentrasi rendah, gangguan fisik, mental, dan sosial yang nantinya mengganggu aktivitas sehari-hari. Seorang perawat profesional harus memperhatikan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani hemodialisis. Perawat memberikan asuhan keperawatan secara holistik yaitu bio-psiko sosial-spritual.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis merasa tertarik untuk mengangkat Karya Tulis Ilmiah dengan judul

"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "M" DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN "GAGAL GINJAL KRONIK" DI RUANGAN PERAWATAN ST. BERNADETH III. DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

   Mampu menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan benar pada kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD). Memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Gagal Ginjal Kronik di ruangan St.Bernadeth III di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

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

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

C. Manfaat Penulisan

Ada beberapa manfaat penulisan dari karya tulis ilmiah ini adalah :

1. Rumah Sakit

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

2. Institusi

   Manfaat penulisan karya tulis ilmiah ini khususnya pada institusi adalah:

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

3. Pasien/keluarga

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

4. Penulis

   Menambah pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien gagal ginjal kronik.

D. Metode Penulisan

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

1. Tinjauan kepustakaan

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

1. Pengamatan kasus
   a. Wawancara

      Mengadakan wawancara langsung dengan pasien, keluarga serta pihak yang bersangkutan.

   b. Observasi

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

   c. Pemeriksaan fisik

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

   d. Studi dokumentasi

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

E. Sistematika Penulisan

1. Bab I menguraikan latar belakang pengambilan kasus penyakit Gagal Ginjal Kronik sebagai kasus kelolaan penulis, tujuan penulis, manfaat, metode,dan sistematika penulisan.
2. Bab II berisi tinjauan toritis konsep dasar medik dan konsep dasar keperawatan. Konsep dasar medik terdiri dari: pengertian,stadium, prevalensi dan insiden, anatomi fisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan serta komplikasi; sedangkan konsep dasar keperawatan, perencanaan pulang serta patoflowdigram.
3. Bab III menguraikan tentang pengamatan kasus dimana pasien, mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.
4. Bab IV menguraikan tentang pembahasan kasus yang merupakan analisa dengan membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.

5. Bab V berisi penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran dapat diajukan sebagai masukan bagi institusi maupun instansi rumah sakit.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

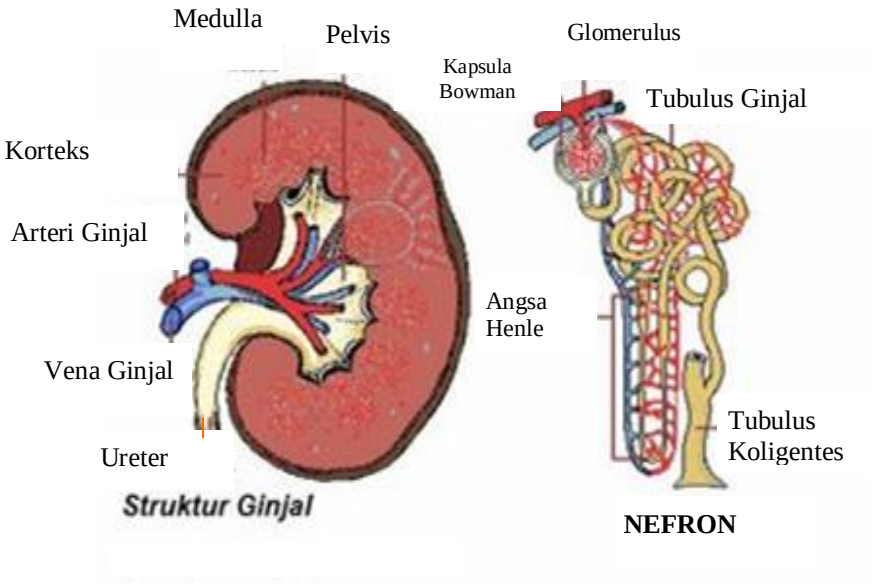
Chronic Kidney Disease (CKD) atau penyakit ginjal kronik (PGK) atau yang sering disebut juga dengan gagal ginjal kronis (GGK) adalah kerusakan pada ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa dari darah, dengan ditandai dengan adanya protein dalam urin serta penurunan laju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

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

Penyakit ginjal kronik (PGK, *Chronic Kidney Disease*) adalah suatu spektrum proses-proses patofisiologik yang berbeda-eda serta berkaitan dengan kelainan fungsi ginjal dan penurunan progresif laju filtrasi glomerolus (LFG) (J. LarryJameson 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 irreversibel serta terjadi penurunan progresif laju filtrasi glomerolus (LFG) yang berlangsung lebih dari 3 bulan hingga beberapa dekade.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi ginjal
(Sumber :Syaifuddin, 2014)

a. Anatomi Ginjal

1) Struktur Ginjal

Ginjal terdiri dari 2 bagian yaitu:

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

b) Bagian luar (eksternal) korteks; substansi kortikalis berwarna coklat merah, konsistensi lunak dan bergranula. Substansi ini tepat dibawah tunik fibrosa, melengkung sepanjang basis piramid yang berdekatan dengan sinus renalis, bagian dalam diantara piramid dinamakan kolumna renalis.

2) Pembungkus Ginjal

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

3) Struktur Mikkroskopis 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) Glomerolus, merupakan anyaman kapiler yang terletak didalam kapsula bowman (ujung buntu tubulus ginjal yang bentuknya seperti kapsul cekung menutupi glomerolus ysng saling melilitkan diri). Glomerolus menerima darah dari anterior eferen. Natrium secera bebas difiltrasi dalam glomerolus 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 medula dan kembali ke korteks. Sekitar dari 2/3 natrium yang terfiltrasi diabsorsi secara isotonik bersama klorida dan melibatkan transportasi aktif natrium. Peningkatan absorsi natrium akan mengurangi pengeluaran air dan natrium. Hal ini dapat mempengaruhi pencernaan dan pemekatan urin yang normal. Kalium reabsorsi lebih dari 70%, kemungkinan

dengan mekanisme transportasi aktif akan terpisah dari reabsorsi natrium.

c) Ansa Henle, bentuknya lurus dan tebal diteruskan ke segmen tipis dan selanjutnya ke segmen tebal, panjangngya 12 mm, total panjang ansa henle 2-14 mm. Klorida secara aktif deserap kembali pada cabaang esendens ansa henle dan natrium bergerak secara pasif untuk mempertahankan kentralan listrik, sekitaran 25% natrium yang difiltrasi diserap kembali karena nefron bersifat tidak permeabel terhadap air. Reabsorsi klorida dan natrium di pars asendens penting untuk pemekatan urin karena gradien elektrokimia yang timbul sebagai akibat dari reabsorsi 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 ginjal dari masing-masing nefron bermuara ke duktus koligens yang panjangnya 20 mm. Masing-masing duktus koligens berjalan dari korteks dan medula ginjal, bersatu membentuk duktus yang berjalan lurus dan bermuara ke dalam duktus belini seterusnya menuju kaliks minor ke kaliks mayor. Akhirnya mmengosongkan dirinya ke dalam pelvis renalis pada apek masing-masing piramid medulla ginjal. Panjang nefron keseluruhan ditambah dengan duktus kolagens 45-5 mm. Nefron yang berasal dari glomerolus koteks (nefron korteks), mempunyai ansa henle yang memanjang kedalam piramid medulla. Dalam keadaan normal sekitar 5-10% natrium terfiltrasi mencapai daerah reabsorbsi dibagian distal. Mekanisme pasti reabsorbsi natrium pada daerah ini ditukar dengan ion hidrogen atau kalium dibawah 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 aldosteron yang mengendalikan tubulus distal terhadap sekresi kalium.

e) Duktus Koligens Medulla, bukan merupakan saluran metabolik tidak aktif, tetapi peraturan secara halus eksresi natrium urin terjadi disini dengan aldosteron yang paling berperan terhadap reabsorbsi natrium. Duktus ini memiliki kemampuan mereabsorbsi dan mengeksresi kalium. Ekskresi aktif kalium diperlihatkan pada duktus koligens medulla.

4) Pembuluh Darah Ginjal

Ginjal merupakan organ yang sangat kaya akan pembulu 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 glomerolus melalui arterior eferen dan keluar melalui arteri eferen. Kemudian darah mengalir melalui kapiler peribular masuk ke dalam venula dan darah dikembalikan ke dalam sistem sirkulasi melalui sistem vena ginjal.

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 Ekresi

1. Mempertahankan osmolaritas plasma sekitar 285 milosmol 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 HCO3.
4. Mengekskresikan produk akhir nitrogrn metabolisme protein terutama urea, asam urat dan kreatinin.

b) Fungsi non-ekskresi

1. Menghasilkan renin, pentingnya 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 & Majid, 2013).

2) Proses Pembentukan Urin

Ada 3 tahap pembentukan urin yaitu sebagai berikut:

a). Proses Filtrasi

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

Tekanan yang menyebabkan filtrasi, merupakan hasil kerja jantung. Tekanan hidrostatik kapiler glomerolus kira-kira 50 mmHg), tekanan ini cendrung mmenarik air dan garam melalui glomerolus.

Tekanan yang melawan filtrasi. Tekanan hidrostatistik cairan di dalam kapsula bowman kira-kira 30 mmHg yang cendrung menarik air dan garam ke dalam pembulu kapiler.

Tekanan akhir menyebabkan filtrasi dikurangi tekanan yang melawan filtasi yang sama dengan filtrasi aktif (50-30+5 mmHg). Kira-kira 120 ml plasma difiltasi setiap menit. Pada glomerolus, 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 tubulus atas. Sedangkan pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi penyerapan kembali ke dalam 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 disekresikan sebagai amonium supaya Ph darah dan cairan tubuh tetap alkalis (Syaifuddin, 2014).

3) Pengaturan Hormon Terhadap Fisiologi Ginjal

Pengaturan terakhir dari urin diatur oleh 3 jenis hormon yaitu; osmoreseptor pada hipotalamus yang sangat sensisitif terhadap osmolaritas serum meningkat. Osmoreseptor merangsang permeabilitas sel tubulus koligens terhadap air. Hormon lain yang mempengaruhi konsentrasi urin adalah renin. Bila laju filtrasi glomerolus turun karena dehidrasi atau kehilangan darah maka kadar natrium dibawah normal maka ginjal akan diransang 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 mengkontraksi otot polos disekeliling arteriole. Hal ini meningkatkan tekanan darah dan selanjutnya meningkatkan tekanan laju filtrasi glomerolus, angiotensin juga meransang sekresi hormon aldosteron yang mempengaruhi osmolaritas urin. Korteks adrenal jika diransang 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 ginjal 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. Paru-paru dan ginjal bekerja dengan menyesuaikan jumlah karbon dioksida dalam darah. Ginjal mensekresikan atau menahan bikarbonatdan ion hidrogen sebagai respon terhadap pH darah.

5) Pengaturan Keseimbangan Cairan

Konsentrasi total solut cairan tubuh orang 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 pementukan 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. Air yang cendrung dipertahankan cendrung mengembalikan cairan tubuh kembali pada konsentrasi solut yang normal.

3. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya penyakit gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

a) Faktor Prespitasi

1) Glomerulonefritis Kronik (24%)

Pada glomerulonefritis kronik terjadi infeksi yang berulang dimana ukuran ginjal sedikit berkurang sekitar 1/5 dari ukuran normal yang terdiri dari jaringan firosa yang luas. Berkas pada 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 glomerolus yang parah, ketika glomerolus sudah tidak bisa melakukan fungsinya maka akan terjadi gagal ginjal (Suharyanto, 2009).

2) Penyakit Ginjal Polikistik (8%)

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

3) Batu Ginjal

Batu ginjal adalah terjadinya sumbatan disepanjang saluran kemih akibat terbentuknya semacam batu yang 80% terdiri dari kalsium dan beberapa bahan lainnya. Ukuran atu ginjal ada hanya sebesar butiran pasir sampai ada 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 akan 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 glomerolus dan

sebagian besar kapiler menebal dan akan terentuknya lesi-lesi sklerotik noduler di glomerolus sehingga semakin menghambat aliran darah. Penurunan aliran darah dapat menyebabkan hipertrofi ginjal dan juga hipertrofi ginjal terjadi akiat peningkatan kerja ginjal untuk menyerap ulang glukosa.

6) Medikasi (Agen Toksis)

Penggunaan agen-agen toksis dapat menyebabkan isufisiensi renal, penggunaan analgesik kronik, terutama jika disertai NSAID menyebabkan nefritis interstisial dan nekrosis kapiler.

7) Hipertensi (50%)

Sistem saraf meransang pembuku darah sebagai respon ransang emosi, kelenjar adrenal juga teransang mengakibatkan tambahan aktvitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respon vasokontriksitor pembulu darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi atrofi ginjal.

8) Infeksi Saluran Kemih

Adanya infeksi pada saluran kemih yang menyebabkan terjadi refluks ke dalam uretrovesikal sehingga urin balik kembali mengalir ke 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 banyak mengandung kolestrol, kurang berolahraga, serta merokok.

10) Lingkungan

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

b) Faktor Presdiposisi

1) Umur

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

4. Patofisiologi

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

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

Menurunnya filtrasi glomerolus, (akibat tidak berfungsinya glomeruli) kliens kreatinin akan menurun dan kadar kretinin serum akan meningkat. Selain itu, kadar nitrogen area daerah (jaringan dan luka RBC) dan medikasi seperti steroid.

Retensi cairan dan natrium terjadi karena ginjal tidak mampu untuk mengkonsentrasi atau mengencerkan urin 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 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 yangsering dengan ketidakmampuan ginjal mengekskresikan muatan asam (H+) yang berlebihan. Penurunan sekresi asam terutama akibat ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mengsekresikan ammonia (NH3) dan mengabsorbsi natrium bikarbonat (HCO3) penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lain yang terjadi.

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritopoetin yang tidak adekuat, memendeknya usia sel darah merah, defisiensi nutrisi, dan kecendrungan mengalami perdarahan akibat status uremik terutama dari saluran gastrointestistinal. Eritopoetin merupakan suatu substansi normal yang diproduksi oleh ginjal, menstimulasi sum-sum tulang utnuk menghasilkan sel darah merah. Pada gagal ginjal produksi ertopoetin menurun dan anemia berat terjadi disertai keletihan, angina dan sesak nafas.

Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat. Abnormalitas utama yang lain terjadi pada gagal ginjal kronik adalah gangguan metabolisme kalsium dan fosfat. Kadar serum dan fosfat tubuh, memiliki hubungan saling timbal balik, jika salah sataunya meningkat, yang lain akan turun. Dengan menurunnya filtrasi

melalui proses glomerolus ginjal, terdapat peningkatan kadar fosfat serum dan sebaliknya penurunan kadar serum kalsium. Penurunan kadar kalsium serum, menyebabkan sekresi parathormon, dan akibatnya kalsium di tulang menurun menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang (pruritus, dan kulit kering bersisik). Selain itu metabolisme aktif vitamin D, yang secara normal diuat diginjal dan akan menurun seiring dengan erkembangnya gagal ginjal (Padila, 2012).

Ada beberapa stadium dalam gangguan fungsi ginjal antara lain:

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

   Selama stadium ini terjadi daya cadang ginjal (renal reserve) pada keadaan ini basal LFG (*Laju Filtrasi Glomerolus)* 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 inipasien belum menunjukan 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 seperti anemia, peningkatan tekanan darah gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus dan mual muntah. Pasien juga

terkena infeksiseperti ISK, infeksi saluran pernapasan, infeksi saluran pencernaan.

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

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

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

Pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal *(Rephlaement Therapi)* antara lain; Dialisis dan Transplantasi Ginjal (Suharyanto & Majid, 2013).

5. Manifestasi Klinis

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

a. Kardivaskular

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

b. Saluran cerna

Biasanya terjadi 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 nafas, takipnea, pernapsan kusmaul, pneumotitis uremik.

d. Muskuloskeletal

Biasanya terjadi keram otot, kehilangan kekuatan otot, osteodsitrofi 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, disorintasi, tremor, kejang, asteriksis, tungkai tidak nyaman, telapak kaki serasa terbakar, perubahan perilaku.

g. Reproduksi

Biasanya terjadi amonerea, atrofi testis, ketidaksuburan dan penurunan libido.

h. Sistem hematologi

Biasanaya terjadi anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin dan juga terjadi gangguan fungsi trombositpenia (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 ml/100 ml.

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

Konsntrasi BUN besarnya antara 10-20 mg/100 ml, sedangkan konsentrasi kreatinin plasma besarnya 0,7-1,25 mg/100 ml. Kedua zat merupakan hasil akhir dari nitrogen dari metaolisme protein yang normal diekskresikan dalam urin. Bila GFR turun seperti pada isufisiensi 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 menunjukan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa (Padila, 2012).

7. Penatalaksanaan medik

Pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi dua tahap, yaitu:

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 bukan 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 merupakan masalah pada gagal ginjal lanjut. Asupan kalium dikurangi. Diet dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari.

c) Diet rendah natrium

Diet Na yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari (1-2g 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 meenjadi berlebih dan edema. Sedangkan asupan yang terlalu rendah akan menyebabkan dehidrasi, hipotensi dan gangguan fungsi ginjal (Suharyanto & Majid, 2013).

2 Pencegahan dan Pengobatan Komplikasi

a) Hipertensi

Hipertensi dapat dikontrol dengan pembatasan natrium dan cairan. Pemberian obat anti hipertensi; metidopa (aldomet), propanolol, klonidin (catapres) dan pemberian diuretik furesemid (lasix).

b) Hiperkalemia

Hiperkalemia merupakan komplikasi yang paling serius, karena bila K serum mencapai 7 mEq/L, dapat mengakibatkan aritmia dan juga henti jantung. Hiperkalemia dapat juga diobati

dengan pemberian glukosa dan insulin intravena, yang akan memasukan K ke dalam sel, atau dengan pemberian pemberian Kalsium Glukonat 10%.

c) Anemia

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

d) Asidosis

Asidosis ginjal biasanya tidak diobati kecuali dengan HCO3 plasma turun dibawah angka 15 mEq/L. Bila asidosis berat akan dikoreksi dengan pemberian Na HCO3 (Natrium Bikarbonat) parenteral.

e) Diet rendah Fosfat

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

f) Pengobatan hiperurisemia

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

3 Dialisis dan Transplantasi

Dialisis diadakan apabila kadar kreatinin serum biasanya diatas 6 mg/100ml pada laki-laki atau

4ml/100ml pada wanita dan GFR kurang dari 4ml/menit (Suharyanto & Majid, 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

Perikarditis timbul akibat efusi perikardial dan temponade jantung akibat retensi. Produk 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 menurunnya produksi hormon eritropoietin, penurunan tentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah hemodialisa.

e. Penyakit tulang

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

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

1) Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

Data subjektif : Riwayat DM, Riwayat Hipertensi.

Data Objektif : Tampak lesu, nadi kuat, pitting pada kaki dan takipnea.

2) Pola Nutrisi Dan Metabolik

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

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

3) Pola eliminasi

Data Subjektif : Penurunan frekuensi urin, oliguria, anuria (gagal ginjal lanjut).

Data Objektif : Abdomen kembung, diare, atau konstipasi.

4) Pola Aktivitas & Latihan

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

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

5) Pola Tidur dan Istirahat

Data Subjektif : Gangguan tidur (insomnia, gelisah)

Data Objectif : Gelisah atau samnolen, cemas, pruritus.

6) Pola Persepsi Kognitif

Data Subjektif : Sakit kepala, pengelihatan kabur.

Data objektif : Gangguan status mental, gangguan lapang mengelihatan, kehilangan memori, tingkat kesadara menurun.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data subjektif : Harga diri rendah, rasa tak 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, tidak ada harapan.

2. Diagnoosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan untuk gagal ginjal yaitu:

a. Kelebihan Volume cairan berhubungan dengan peningkatan asupan cairan, penurunan laju glomerolus, hiperglikemia, ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan, retensi cairan serta natrium, dan pertukaran antara darah dan dialisa, gangguan mekanisme regulasi.
b. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot pernapasan, ansietas, nyeri obesitas dan sindrom hipoventilasi.
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 aktivitas berhubungan dengan kelemahan, enemia, retensi produk sampah, dan proses dialisis.
f. Resiko 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 atau Rencana Keperawatan.

Adapun Perencana Keperawatan yang disusun untuk mengatasi permasalahan yang dihadapi 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 glomerolus, hiperglikemia, ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan, retensi cairan serta natrium, dan pertukaran antara darah dan dialisa.

   Hasil yang diharapkan; menunjukan haluaran urin tepat dengan berat jenis atau hasil dari 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 evaluasi intervensi.

2) Batasi masukan cairan.

   Rasional; Pembatasan cairan akan menetukan berat tubuh ideal, haluaran urin dan respon terhadap terapi.

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

   Rasional; sumber kelebihan cairan yang tidak diidentifikasi dapat diketahui.

4) Jelaskan kepada pasien dan keluarga rasional pembatasan cairan.

   Rasional; pemahaman meningkatkan kerja sama antara 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 nafas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot pernapasan, ansietas, nyeri obesitas dan sindrom hipoventilasi.

   Hasil yang diharapkan; klien tidak sesak nafas, RR dalam batas normal 1-24 kali/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 *semifowler.*

Rasional; posisi *semifowler* akan meningkatkan ekspansi paru optimal, istirahat akan mengurangi kerja jantung, dan menurunkan tekanan darah.

3) Auskultasi bunyi nafas, catat adanya suara tambahan.
   Rasional; bunyi tambahan akan menunjukan akumulasi cairan atau obstruksi jalan nafas parsial.
4) Dorong pasien untuk mengeluarkan sputum.
   Rasional; kental, tebal, dan banyaknya sputum adalah sumber utama gangguan pernapasan.
5) Pantau tingkat kesadran dan status mental
   Rasioanal; gelisah adalah manifestasi umum pada hipoksia.
6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian O2
   Rasional; untuk melebarkan jalan napas sehingga pasien dengan 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 atau meningkatkan masukan berat badan seperti yang diindikasikan oleh situasi individu, bebas edema.

   Intervensi:

   1) Kaji status nutrisi, perubahan berat badan, pengukuran antropometri, 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 tidak menyenangkan bagi pasien depresi, kurang memahami batasan diet, stomatitis.

   Rasional; menyediakan informasi mengenai faktor lain yang dapat diubah atau dihilangkan untuk meningkatkan masukan diet.

4) Menyediakan makanan kesukaan pasien, dalam batasan-batasan 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 dan rendah natrium di antara waktu makan.

   Rasional; mengurangi makan dan protein yang dibatasi dengan menyediakan kalori utnuk energi, membagi protein untuk pertumbuhan dan penyembuhan jaringan.

7) Beri makan sedikit tapi sering

   Rasional; meminalkan 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; menningkatkan pemahaman pasien tentang hubungan antara diet, urea, kadar kreatinin, dan penyekit renal.

9) Timbang berat badan setiap hari.

Rasional; untuk memantau status dan nutrisi untuk pasien.

10) Kaji adanya bukti adanya pemasukan protein yang tidak adekuat; pembentukan udema, penyembuhan yang lambat, penurunan kadar albumin serumm.

Rasional; masukan protein yang tidak adekuat dapat menyebabkan penurunan albumin dan protein lain, pembentukan udema 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 aktivitas berhubungan dengan kelemahan, anemia, retensi produk sampah, dan prosedur dialisis.

   Hasil yang diharapkan; berpartisipasi dalam aktivitas 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) Tingkat kemandirian dalam aktivitas perawatan diri yang dapat ditoleransi, bantu jika keletihan terjadi.

      Rasional; menyediakan informasi tentang indikasi tingkat keletihan.

   3) Anjurkan aktivitas alternatif sambil istirahat.

      Rasional; mendorong latihan dan aktivitas dalam batasan-batasan yang dapat ditoleransi dan istirahat yang adekuat.

   4) Anjurkan istirahat setelah dialisis.

Rasional; istirahat yang adekuat dianjurkan setelah dialisis yang bagi banyak pasien sangat melelahkan.

f. Diagnosa Keperawatan VI; Resiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema, kulit kering, pruritus, gangguan sirkulasi vena akibat pembedahan pembuatan akses darah hemodialisa, gangguan sirkulasi arteri akibat hipertensi dan 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 atau infeksi.

2) Inspeksi area tergantung terhadap edema.

Rasional; mendeteksi adanya dehidrasi atau dehidrasi berlebihan yang mempengaruhi sirkulasi dan integritas jaringan pada tingkat seluler.

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

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

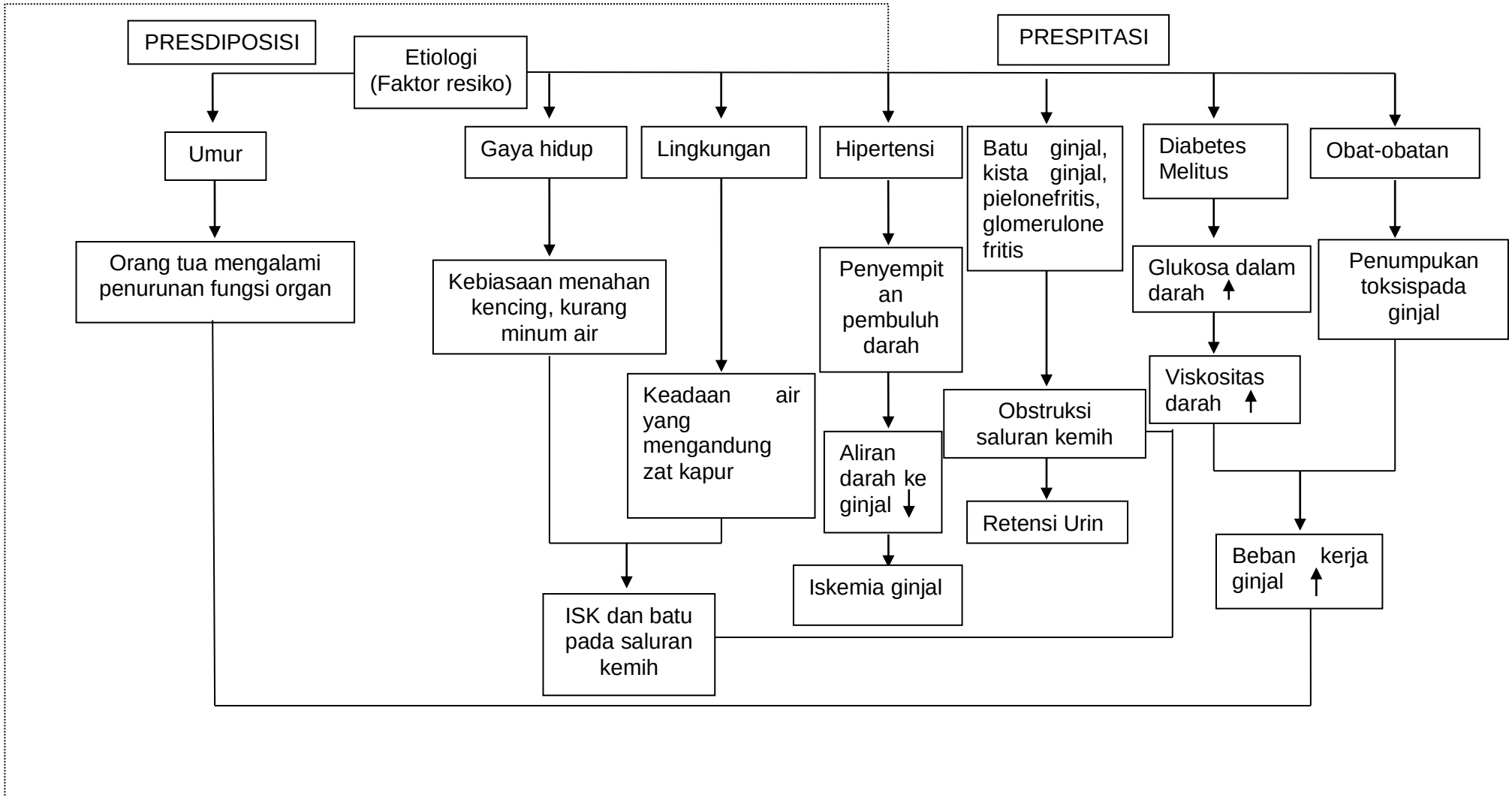
4) Berikan perawatan kulit, batasi penggunaan sabun, berikan saleb atau krim misalnya lanolin atau aquaphor.

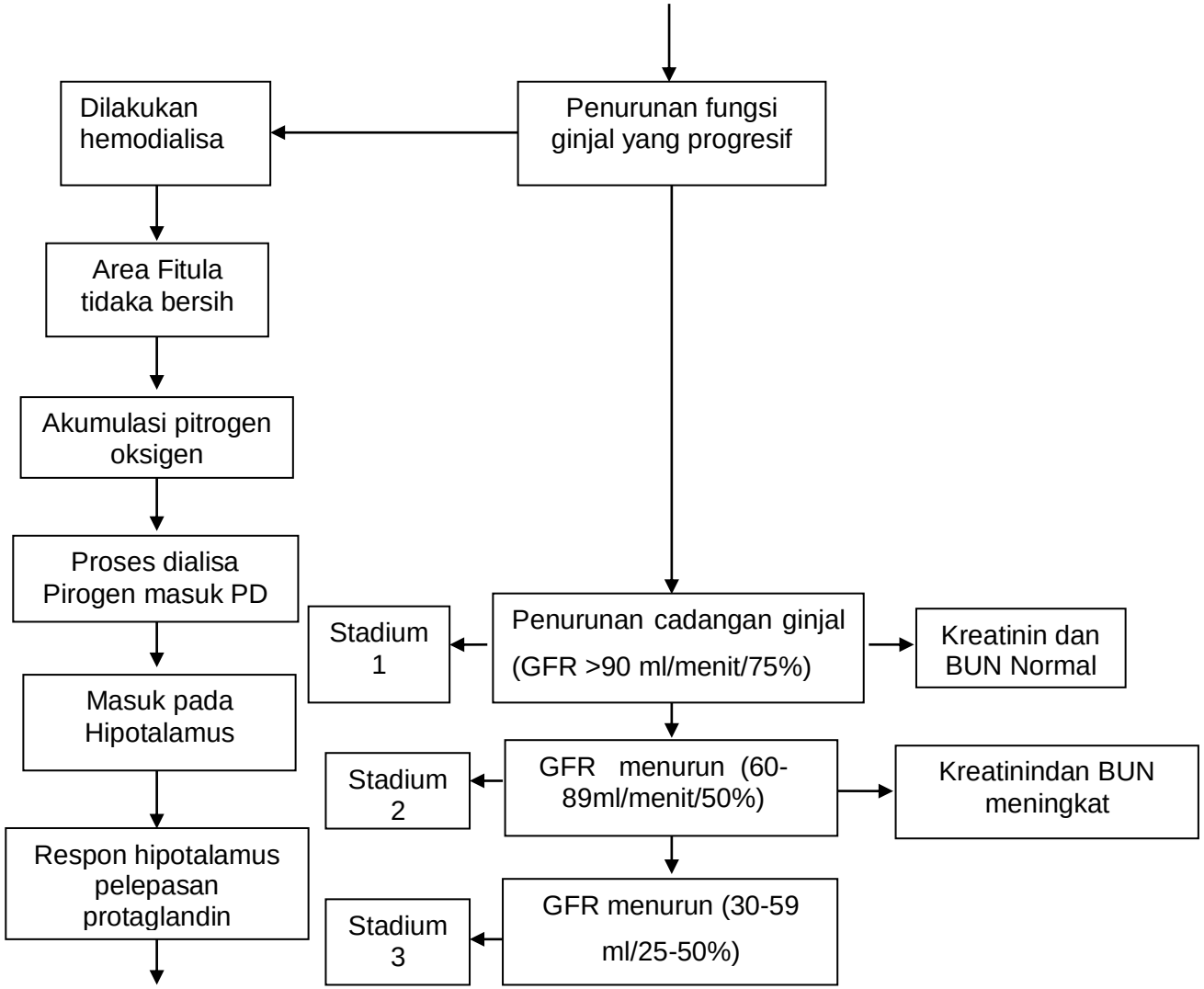
4. Perencanaan Pulang *(Discharge Planning)*

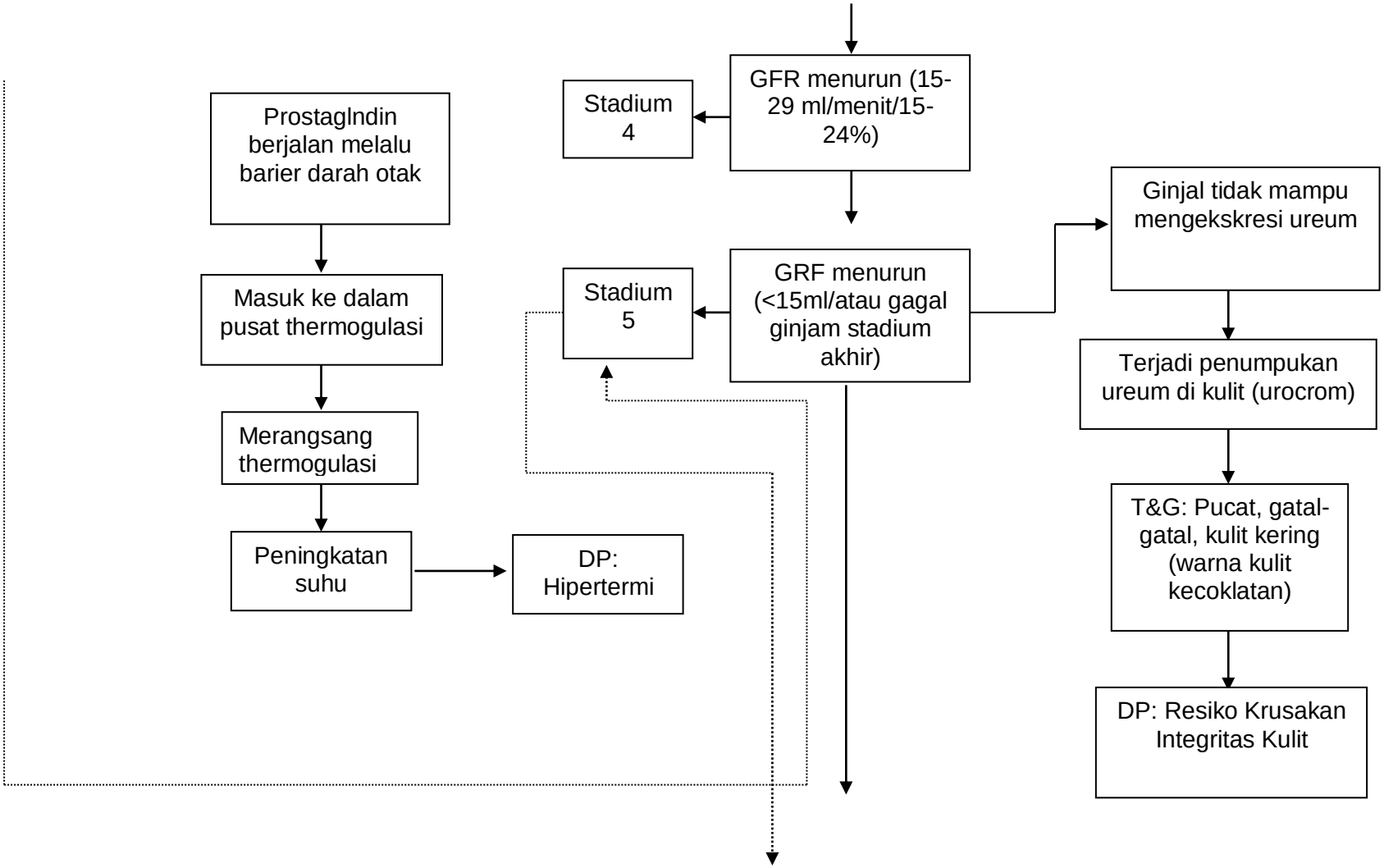
Ada beberapa penyuluhan yna perlu diberikan perawat kepada pasien dan keluarga untuk pertimbangan perawatan di rumah, sebagai berikut:

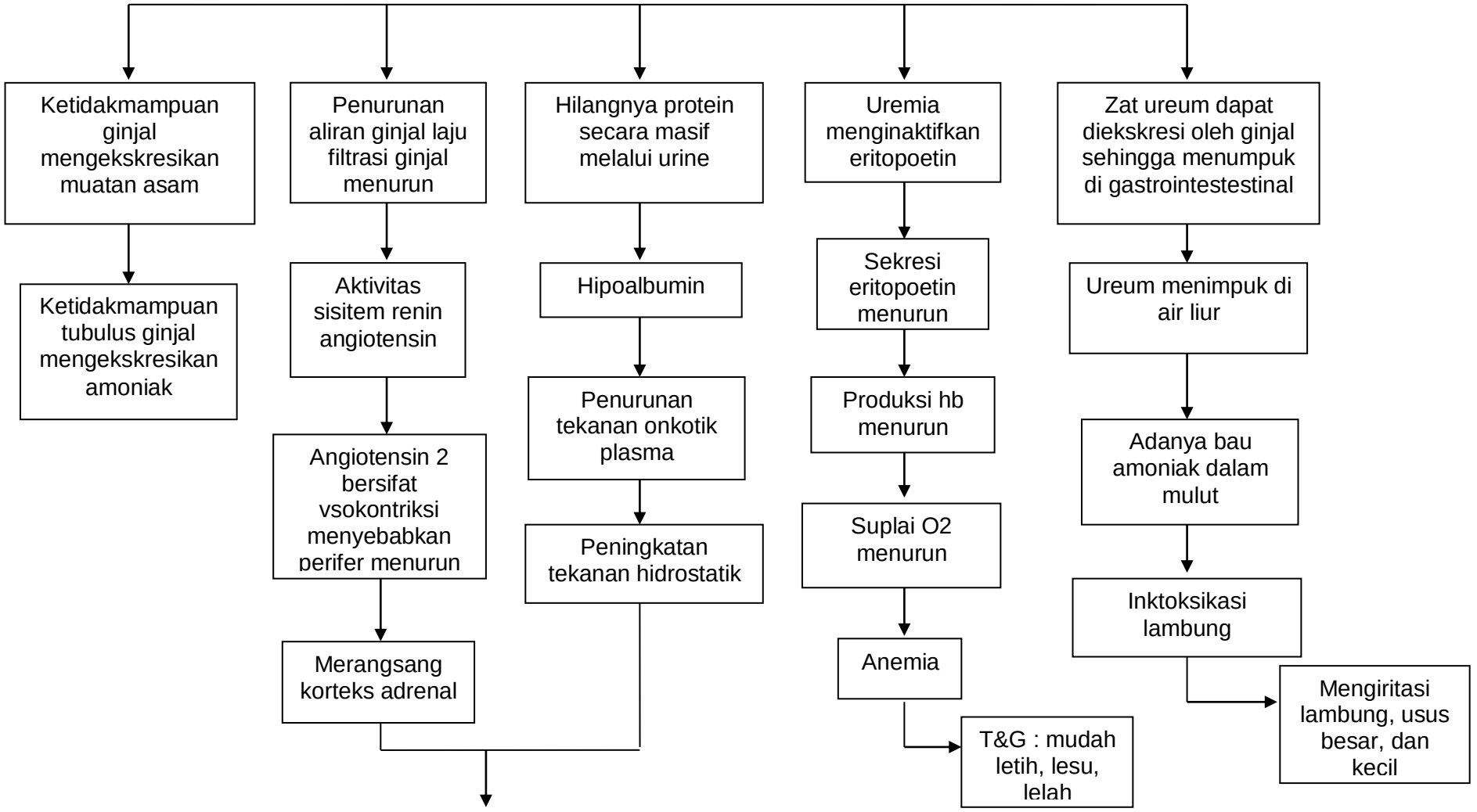
a) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala pemburukan penyakit gagal ginjal kronis, misalnya mual, muntah, haluaran urin, nafas bau amoniak.
b) Obat; beri tahu klien tentang daftar nama obat, dosis, waktu pemberian obat, jangan mengkonsumsi obat-obatan tradisional dan vitamin tanpa instruksi dokter, konsumsi obat secara teratur. Jika merasakan ada efek samping dari obat segera cek ke rumah sakit serta perhatikan aktivitas setelah meminum obat yang memiliki efek samping mengantuk.
c) Diet; perhatikan diet seperti dianjurkan dokter seperti mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan rendah protein, banyak mengkonsumsi makanan rendah natrium dan kalsium. Keluarga harus memperhatikan benar-benar pola makan klien, membatasi masukan cairan. Jangan membiasakan diri untuk menahan buang air kecil, pertahankan berat badan normal, timbang berat badan secara teratur, serta hindari minum minuman beralkohol termasuk bir, anggur, wiski dan minuman keras lainnya.
d) Latihan; latih membuat jantung lebih kuat, menurunkan tekanan darah, membantu mebuat klien tetap sehat. Cara terbaik untuk memulai olahraga perlahan-lahan dan lakukan lebih berat untuk membuat klien lebih kuat, lakukan beberapa kegiatan yang sudah dijadwalkan bersama dokter dan perawat secara rutin (Praboso & Pranata, 2014).

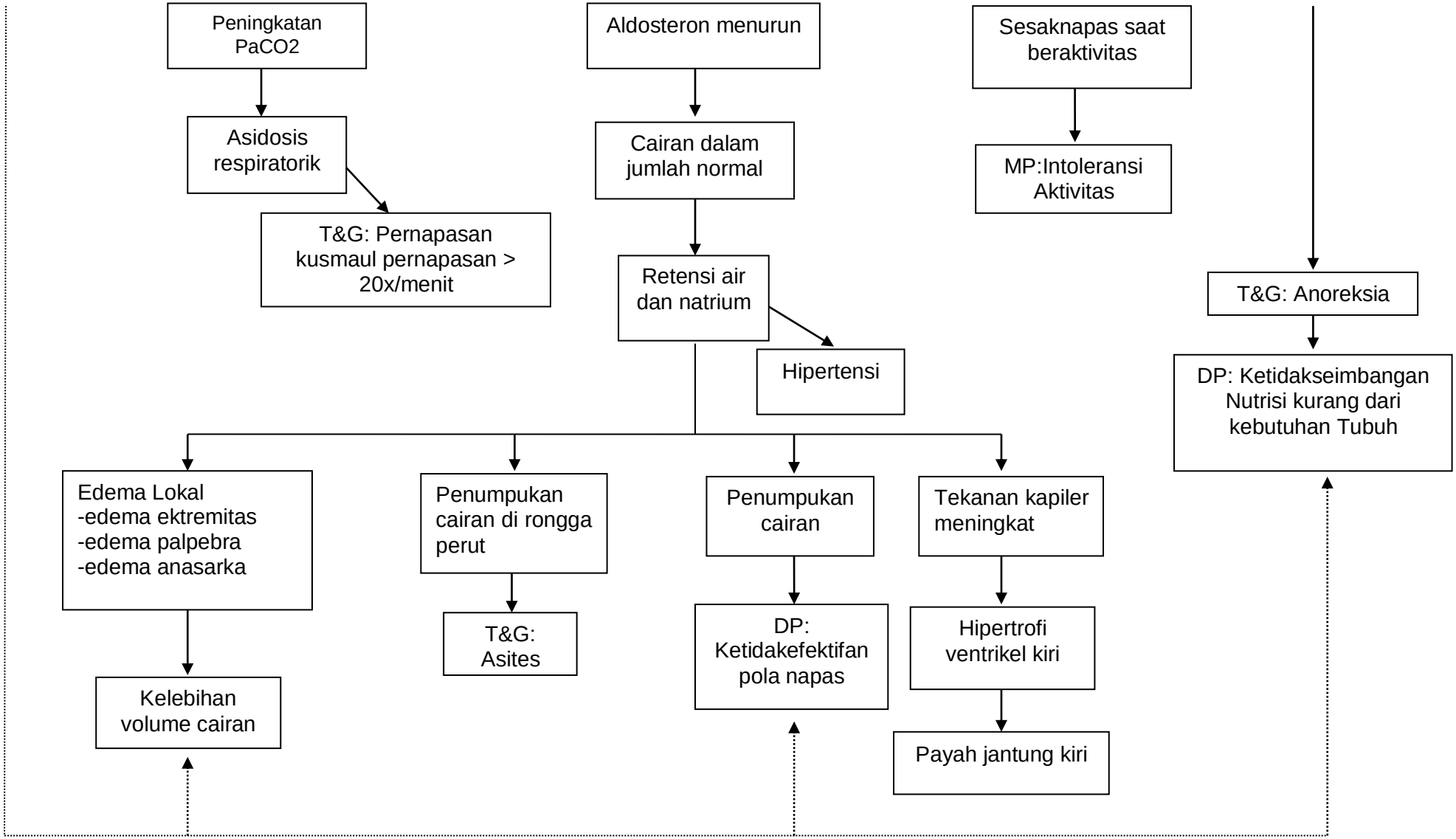
C. Pathflowdiagram

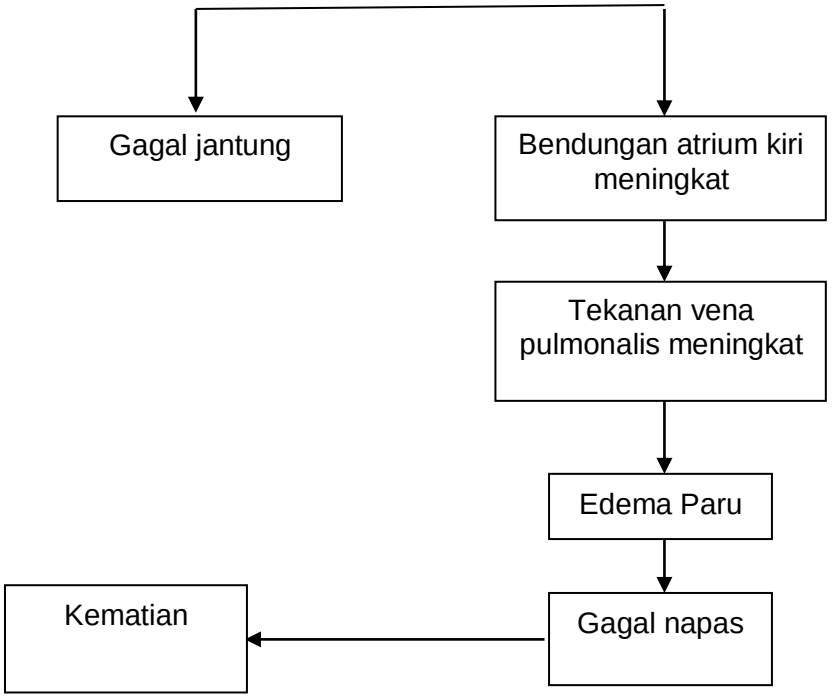



Penurunan fungsi ginjal yang progresif
Dilakukan hemodialisa
Area Fitula tidaka bersih
Akumulasi pitrogen oksigen
Proses dialisa Pirogen masuk PD
Masuk pada Hipotalamus
Respon hipotalamus pelepasan protaglandin
Penurunan cadangan ginjal (GFR >90 ml/menit/75%)
Stadium 1
Kreatinin dan BUN Normal
GFR menurun (60-89ml/menit/50%)
Stadium 2
Kreatinindan BUN meningkat
GFR menurun (30-59 ml/25-50%)
Stadium 3


GFR menurun (15-29 ml/menit/15-24%)
Stadium 4
GRF menurun (<15ml/atau gagal ginjam stadium akhir)
Stadium 5
Ginjal tidak mampu mengekskresi ureum
Terjadi penumpukan ureum di kulit (urocrom)
T&G: Pucat, gatal-gatal, kulit kering (warna kulit kecoklatan)
DP: Resiko Krusakan Integritas Kulit
Prostaglndin berjalan melalu barier darah otak
Masuk ke dalam pusat thermogulasi
Merangsang thermogulasi
Peningkatan suhu
DP: Hipertermi


Ketidakmampuan ginjal mengekskresikan muatan asam
Ketidakmampuan tubulus ginjal mengekskresikan amoniak
Penurunan aliran ginjal laju filtrasi ginjal menurun
Aktivitas sisitem renin angiotensin
Angiotensin 2 bersifat vsokontriksi menyebabkan perifer menurun
Merangsang korteks adrenal
Hilangnya protein secara masif melalui urine
Hipoalbumin
Penurunan tekanan onkotik plasma
Peningkatan tekanan hidrostatik
Uremia menginaktifkan eritopoetin
Sekresi eritopoetin menurun
Produksi hb menurun
Suplai O2 menurun
Anemia
T&G : mudah letih, lesu, lelah
Zat ureum dapat diekskresi oleh ginjal sehingga menumpuk di gastrointestestinal
Ureum menimpuk di air liur
Adanya bau amoniak dalam mulut
Inktoksikasi lambung
Mengiritasi lambung, usus besar, dan kecil


Peningkatan PaCO2
Asidosis respiratorik
T&G: Pernapasan kusmaul pernapasan > 20x/menit
Aldosteron menurun
Cairan dalam jumlah normal
Retensi air dan natrium
Hipertensi
Sesaknapas saat beraktivitas
MP:Intoleransi Aktivitas
T&G: Anoreksia
DP: Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan Tubuh
Edema Lokal
-edema ektremitas
-edema palpebra
-edema anasarka
Kelebihan volume cairan
Penumpukan cairan di rongga perut
T&G: Asites
Penumpukan cairan
DP: Ketidakefektifan pola napas
Tekanan kapiler meningkat
Hipertrofi ventrikel kiri
Payah jantung kiri


Gagal jantung
Bendungan atrium kiri meningkat
Tekanan vena pulmonalis meningkat
Edema Paru
Gagal napas
Kematian

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny “M” berumur 57 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 17 Maret 2020 pada pukul 17:50 WITA dengan keluhan sesak napas, bengkak pada kedua punggung kaki. Pasien masuk di ruangan perawatan St. Bernadeth III dengan Diagnosa Medik *Chronic Kidney Disease* + *Efusi Pleura*, Diagnosa saat pengkajian *Chronic Kidney Disease State V.*

Pada tanggal 17 Maret saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sesak, bengkak pada kedua punggung kaki, dan kurang nafsu makan. Pasien mengatakan ia merasakan keluhan tersebut selama 3 hari sebelum masuk Rumah Sakit.

Tampak edema pada kedua punggung kaki, tampak pasien dengan posisi *semifowler,* kesadaran Composmentis dengan GCS 14, tanda-tanda vital; tekanan darah 180/110 mmHg, nadi 107 x/menit, pernapasan 27 x/menit, suhu 37,2^{o} C. Pada hasil pemeriksaan laboratorium pada serum elektrolit; natrium 147 mmol/L, kalium 4,8 mmol/L, clorida 105 mmol/L, Ureum 138,6 mg/dl, kreatinin 6,58 mg/dl, HGB 7,8 g/dl. Pemeriksaan foto Thorax kesan; *Efusi pleura kanan, Cardiomegali* dan bendungan dini paru. Diberikan terapi; Amlodiphin 10 mg, Lisinopril 10 mg, Furosemide 30mg, O2 4 L, menggunakan Nasal kanul dan hanya terpasang *Triway(Conecta).*

Berdasarkan data yang didapatkan di atas maka penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan prioritas yaitu; kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hipoventilasi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa yang mengkaji	:Maria Magdalena Hungan (E1714401024) Maria Sarita Bibut (E1714401029)

Unit : BIII Autoanamnese : √

Kamar : 354 Bed 1 Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 17 Maret 2020

Tanggal Pengkajian : 18 Maret 2020

1 Identifikasi

A. Pasien

Nama Initial	: Ny “M”
Umur	: 57 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Kawin
Jumlah anak	: 2 orang
Agama/suku	: Kristen Protestan
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: Strata 1
Pekerjaan	: Guru
Alamat rumah	: Jln. Sungai Sadang Lama No.5

B. Penanggung Jawab

Nama	: Nn “J”
Umur	: 29 Tahun
Alamat	: Jln. Sungai Sadang Lama No.5
Hubungan dengan pasien	: Anak Kandung

2 Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk : CKD *(Chronic Kedney Disease)* + *Efusi Pleura*

Saat Pengkajian : CKD *(Chronic Kedney Disease)* stage V

Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ringan**/sedang**/berat/tidak tampak sakit.

Alasan: Pasien tampak sakit sedang terpasang O2 4L/menit dengan nasal kanul. Pasien tampak sesak dengan frekuensi pernapasan 27 x/menit, jenis pernapasan takipnue, tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur dengan posisi *semifowler*, edema pada kedua punggung kaki, tampak terpasang CDL disebelah kanan.

Tanda-tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif): Composmentis

Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 5

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 14

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan Darah : 150/100

MAP : 116,67 mm Hg

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 37,2^{o}C di ☐ Oral ☑ Axila ☐ Rectal

4) Pernapasan : 27 x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☑ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Chynes-Stokea

JenisDada ☐ Perut ☑

5) Nadi : 106/menit

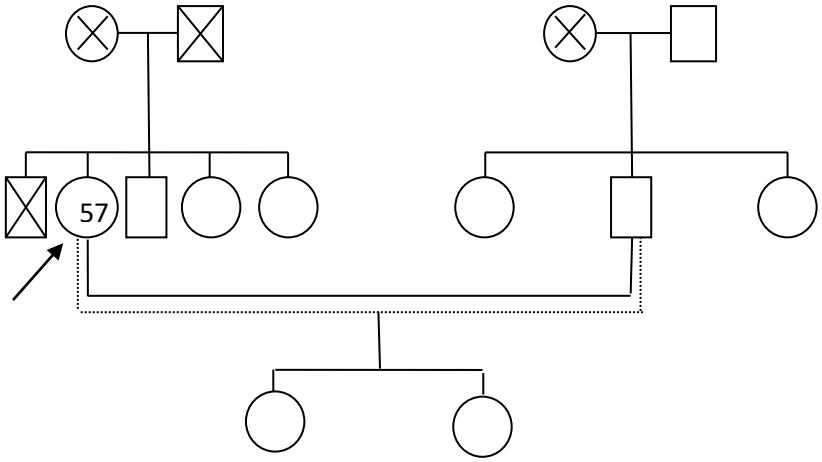
Irama : ☐ Teratur ☐ Bradikardi ☑ Takikardi

√ Kuat - Lemah

b. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 23 cm
2) Tinggi badan : 165 cm
3) Berat badan : 46 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh): 16,91 kg/m_2
5) Kesimpulan : Berat badan kurang

c. Genogram



Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: Tinggal serumah

: Meninggal

: Pasien

3 Pengkajian Pola kesehatan

a. Pola Persepsi kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien jarang sekali untuk berolahraga. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengkonsumsi suplemen atau vitamin. Keluarga pasien mengatakan pasien selalu menjaga kesehatan, kebersihan tubuh dan lingkungan sekitar. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi selama 3 tahun terakhir.

2) Riwayat Penyakit saat ini

a) Keluhan Utama

Sesak napas.

b) Riwayat Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak di rumah sejak 3 hari yang lalu dan edema pada punggung kaki selama 1 minggu yang lalu serta pasien demam sejak 2 hari yang lalu sehingga keluarga pasien membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 17 Maret 2020. Saat pengkajian pasien tampak sesak, frekuensi napas 27x/menit, pernapasan takipnea, menggunakan otot bantu pernapasan, terpasang O2 4L/menit, posisi pasien *semifowler* tampak pasien pucat dan gelisah dan edema pada kedua tungkai kembali dalam waktu 7 detik dengan kedalaman 5 mm.

c) Riwayat Penyakit yang pernah dialami.

Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi selama 3 tahun terakhir. Dalam seminggu pasien 3x masuk rumah sakit untuk melakukan cuci darah hingga kini total cuci darah yang telah dilakukan pasien mencapai 15x di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga.

Keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan gagal ginjal.

e) Pemeriksaan Fisik

1. Kebersihan rambut : Tampak rambut pasien bersih dan tidak beruban.
2. Kulit kepala : Tampak kulit kepala pasien bersih tidak terdapat lesi.
3. Kebersihan kulit : Tampak kulit pasien bersih tidak bersisik.
4. Higine rongga mulut : Tampak rongga mulut pasien kotor.
5. Kebersihan genetalia : Tidak dikaji.
6. Kebersihan anus : Tidak dikaji.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien baik, frekuensi makan 3x/hari. Pasien makan nasi, sayur dan lauk dan kadang pasien mengkonsumsi beras merah. Setelah makan pasien biasanya mengkonsumsi buah-buahan keluarga pasien mengatakan pasien suka memakan makanan asin. Keluarga pasien mengatakan pasien meminum air putih dalam sehari sebanyak 5-7 gelas (1000-1400cc).

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien kurang makan, ia hanya mampu menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan dengan frekuensi makan 3x/hari. Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus sehingga minum air putih 5-8 gelas (1000-1600cc) sehari. Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien turun dari 54 menjadi 46 kg.

3) Observasi

Pasien tampak kurus dengan berat badan 46 kg dan tampak pasien hanya menghabiskan ¼ dari porsi makanan yang disediakan.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak rambut pasien beruban dan mudah rontok

b) Hidrasi kulit : Tampak tidak terjadi dehidrasi finger print kembali dalam <3 detik

c) Palpebra/conjungtiva :Tampak tidak ada edema/tampak tidak anemis

d) Sclera : Tampak tidak ichterik

e) Hidung : Tampak hidung pasien kotor

f) Rongga mulut : Tampak rongga mulut pasien kotor dan tidak ada peradangan.

g) Gusi : Tampak tidak ada peradangan

h) Gigi : Tampak gigi pasien kotor, terdapat karang gigi.

i) Gigi palsu : Tampak tidak ada gigi palsu

j) Kemampuan mengunyah keras: Tampak pasien mampu mengunyah keras

k) Lidah : Tampak lidah pasien kotor dan tidak ada peradangan.

l) Pharing : Tampak tidak ada peradangan.

m) Kelenjar getah bening :Tampak tidak terjadi pembesaran kelenjar getah bening pada pasien.

n) Kelenjar parotis :Tampak tidak terjadi pembesaran pada kelenjar parotis pasien.

o) Abdomen

- Inspeksi : Tampak simetris, perut pasien datar, dan tidak tampak bayangan vena.

- Peritaltik usus : Peristaltik usus 18x/menit.
- Palpasi : Tampak pasien merasakan nyeri.

p) Perkusi

- Edema ☐ Positif ☒ Negatif
- Icterik ☐ Positif ☒ Negatif
- Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada tanda-tanda peradangan.
- Lesi : Tampak tidak ada lesi.

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan BAB lancar dengan frekuensi 1x/hari dengan konsistensi padat dan berwarna kuning serta berbau khas. BAK tidak lancar dan mengatakan sakit pada bagian pinggang yang hilang timbul.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan frekuensi BAB pasien tidak menentu dan pasien sering mengeluh BAB tidak lancar dengan frekuensi 1x dalam tiga hari dengan konsistensi padat dan berwarna kecoklatan. Keluarga pasien mengatakan frekuensi BAK pasien 2-3x/hari dengan jumlah urin 150cc/24 jam dengan karakteristik berwarna kuning dan berbau.

3) Observasi

Keluarga pasien mengatakan urin pasien 150cc/hari.

Cm (air putih) = 1200/hari

Cm (urin) = 150cc/hari

IWL = 15 x BB

= 15 X 46

= 690/24 jam= 28,75/Jam

Pemeriksaan Fisik

a) Peristaltik usus : 18 x/menit

b) Palpasih kandung kemih : [ ] Penuh [-] Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : [√]

d) Mulut uretra : Tidak dikaji.

e) Anus

- Peradangan H: Tidak dikaji.
- Hemoroid : Tampak tidak terdapat hemoroid pada pasien.
- Fistula : Tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang pensiunan guru di salah satu sekolah dasar di Makassar. Sehari-hari pasien menghabiskan waktunya di rumah dengan bercocok tanam dan membersihkan rumah. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang bahkan tidak pernah berolahraga karena pasien merasa badannya lemas serta pasien hanya bisa bergerak seadanya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak banyak melakukan aktivitas karena cepat lelah. Keluarga pasien mengatakan sejak pasien di rawat di rumah sakit sesaknya bertambah jika beraktivitas seperti pergi ke kamar mandi. Pasien mengatakan ia banyak dibantu oleh keluarga ketika melakukan banyak aktivitas karena ia merasa badannya lemas dan mudah lelah jika melakukan aktivitas.

3) Observasi

Pasien sesak dengan frekuensi 27x/menit dengan jenis pernapasan takipnea, tampak pasien menggunakan nassal kanul 3L/menit, tampak pasien dengan posisi *semifowler*.

a. Aktivitas harian

1) Makan : 0

2) Mandi : 2
3) Pakian : 2
4) Kerapihan : 2
5) Buang air besar : 2
6) Buang air kecil : 2
7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

b. Postur tubuh : kiposis
c. Gaya jalan : Tidak dikaji
d. Anggota gerak yang cacat : Tidak ada yang cacat
e. Fiksasi : Tidak ada
f. Tracheostommi : Tidak ada

4) Pemeriksaan Fisik

a. Tekanan darah

- Berbaring : 150/100 mmHg
- Duduk : Tidak dikaji
- Berdiri : Tidak dikaji
- Kesimpulan : Hipotensi ortostatik:
  [-] Positif [-] Negatif

b. HR : 27x/menit
c. Kulit
   Keringat dingin : Tidak ada
   Basah : Tidak ada
d. JVP : 5-2 cmH2O
   Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai
e. Perfusi pembulu kapiler kuku :Kembali dalam 3 detik
f. Thorax dan Pernapasan

- Inspeksi
  Bentuk thorax : Simetris kiri dan kanan
  Retraksi Intercosta : Penggunaan otot bant u pernapasan
  Sianosis : Tampak tidak ada sianosis pada thorax
- Palpasi

Vocal Premitus : Getaran sama dirasakan kedua paru

Krepitasi : Tidak ada

Perkusi : ☐ Sonor ☐ Redup ☑ Pekak

Lokasi : Lapang paru sebelah kanan dan kiri

- Auskultasi

Suara napas : Vesikular lemah di lapang paru kiri dan kanan.

Suara ucapan : Tidak jelas terdengar di kedua lapang paru.

g. Jantung

- Inspeksi

Ictus Cordis : Tidak ada

- Palpasi

Ictus Cordis : Teraba di ICS 5linea mid-clavicularis

- Perkusi

Batas atas jantung : ICS 2 linea strenalis dextra

Bata bawah jantung : ICS 5 linea mid-clavicularis sinistra

Batas kanan jantung: Linea mid-strenalis dextra

Batas kiri jantung : ICS 5 mid-axilaris interior sinistra

- Auskultasi

Bunyi jantung II A : Tunggal ICS 2 linea strenalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal ICS 3line strenalis sinistra

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS 4linea strenalis sinistra

Bunyi jantung I M : Tunggal ICS 5 linea strenalis mid clavicula sinistra.

Bunyi jantung III irama galop : Tidak terdengar

Mumur : Tidak terdengar

Bruit: Aorta : Tidak terdengar

Renalis: Tidak terdengar

Femoralis: Tidak terdengar

h. Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : [√] Positif [ ] Negatif
- Rentang gerak

  Kaku sendi : Tidak ada

  Nyeri sendi : Tidak ada

  Fraktur : Tidak ada

  Paresea : Tidak ada

  Paralisis : Tidak ada
- Uji kekuatan otot

	Kanan	
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dubanding sisi lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tak mampu melawan tekanan.

Nilai 2 : Mampu menahan gravitasi tapi tidak dengar sentuhan akan jauh

Nilai 1 : Tampk kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kotraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks Fisiologis : Bicep (+,+), Tricep (+,+). Petalla (+,+)
- Refleks patologis : Negatif

Babinski kiri : [ ] Negatif [√] Positif

Kanan : Negatif [ ] Positif [√]

- Clubbing jari :Tampak tak ada clubbing jari pada pasien
- Varises tungkai : Tampak tak ada varises pada kedua tungkai pada pasien.

i. Columna Veterbralis

- Ispeksi : ☐ Lordosis ☑ Kiposis ☐ coliosis
- Paklpasi :Tidak ada nyeri jika ditekan.
- Kaku kuduk :Tidak ada.

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak ada keluhan saat tidur maupun istirahat. Keluarga pasien mengatakan pasien tidur malam sekitar 7-8 jam dari pukul 21.00-05.00 WITA dan tidur siang sekitar 2 jam dari pukul 14.00-16.00 WITA. Keluarga pasien mengatakan pasien lebih suka tidur dalam keadaan gelap. Pasien juga mengatakan pasien tidak mengkonsumsi obat tidur.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur pada malam hari karena sesak. Keluarga pasien mengatakan pasien tidur malam sekitar 4-5 jam dan tidak bisa tidur siang. Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun karena sesak dan sesekali pasien terlihat gelisah.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : ☑ Positif ☐ Negatif

Banyak menguap : ☐ Positif ☑ Negatif

Palpebebra interior berwarna gelap : ☑ Positif ☐ Negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien mampu mendengar dengan baik, dapat merasakan panas atau dingin, pasien dapat merasakan manis-pahit, asam-asin, pasien juga mampu menghidu bau-bauan seperti bau minyak kayu putih. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memakai kaca mata sejak tahun 2018 berhubung kesehatan matanya terganggu.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan jika pasien merasakan sesak, pasien lebih suka tidur dalam posisi *semifowler* dengan ditambahkan bantal dibelakangannya serta menggunakan otot bantu pernapasan.

3) Observasi

Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dalam jarak 30 cm.

4) Pemeriksaan fisik

a) Pengelihatan

- Kornea : Tampak kornea mata pada pasien kurang jernih
- Pupil : Tampak pupil mata pasien isikor
- Lensa mata : Tampak lensa mata pasien keruh
- Tekanan intra okuler (TIO): Tampak tak ada peningkatan TIO pada kedua mata pasien

b) Pendengaran

- Pina : Tampak Simetris
- Kanalis : Tampak Bersih
- Membran timpani : Tampak Utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :Tidak dikaji (pasien menolak).

g. Pola persepsi dan Konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien seorang ibu rumah tangga yang mempunyai 2 orang anak. Untuk kebutuhan sehari-hari ia dan suami hanya mengharapkan gaji pensiunan dari suami dan dirinya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga Pasien mengatakan sejak sakit badan pasien terlihat lemas, dan pasien mengatakan pasien hanya bisa berbaring di tempat tidur dan tidak bisa menjalankan kewajibannya sebagai IRT.

3) Observasi

Pasien terbaring di tempat tidur.

a) Kontak mata : Tampak kontak mata pasien kurang.

b) Rentang perhatian : Tampak pasien Kurang perhatian.

c) Suara dan bicara yang jelas : Tampak Suara pasien pelan dan kurang jelas.

d) Postur tubuh : Tampak postur tubuh pasien Kifosis.

Pemeriksaan fisik

- Kelainan bawaan nyata : Tampak tak ada kelainan bawaan pada pasien.
- Bentuk/postur tubuh : Tampak bentuk tubuh pasien Kifosis.
- Kulit : Tampak kulit pasien bersih tak ada lesi.

h. Pola persepsi dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama suami dan kedua anaknya. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki hubungan yang baik dan harmonis dengan keluarga serta para tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga, perawat, dan pasien lainnya terjalin dengan baik.

3) Observasi

Pasien berkomunikasi dengan keluarga dan perawat dengan baik. Pasien di jaga oleh anaknya.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki 2 orang anak yang kini sudah tumbuh dewasa.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki 2 orang anak perempuan serta tidak mempunyai keluhan pada bagian reproduksi.

3) Observasi

Tidak dikaji (pasien menolak).

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji (pasien menolak).

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres.

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatan bila pasien mengalami masalah, pasien biasa mengontrol diri dan selalu bercerita dengan suami atau anaknya. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalihkan amarahnya dengan bercerita dengan suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa cemas dan gelisah terhadap penyakitnya dan hanya bisa berpasrah terhadap Tuhan yang Maha Esa.

3) Observasi

Tampak raut wajah pasien sedih.

k. Pola sistim nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien beragama Kristen. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit ia rajin ikut ibadah di gereja setiap hari minggu dan mengikuti ibadah rukun ataupun kegiatan lain yang berhubungan dengan gereja.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien jarang ke gereja untuk ibadah. Keluarga pasien mengatakan pasien hanya bisa berdoa dan membaca alkitab di atas tempat tidur.

3) Observasi

Tampak di kamar pasien terdapat alkitab di tempat tidur.

4 Uji Saraf Kranial

a) N.1: Olfactorius

Pasien mampu menghidu serta membedakan bau minyak kayu putih dengan mata tertutup.

b) N.II: Opticus

Pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dalam jarak 30 cm.

c) N.II,III,IV,VI: Oculomotorius, Trochlearis, Abducens

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

d) N.V: Trigeminus

1. Sensorik; Pasien mampu merasakan gesekan kapas dipipi sebelah kanan dan kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.
2. Motorik; Pasien kurang mampu mengunyah keras.

e) N.VII:Fascialis

1. Sensorik; Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula.
2. Motorik; Pasien mampu tersenyum, mengangkat alis, dan mngerutkan dahi.

f) N.VIII

1. Vestibularis; Tidak dikaji (pasien sesak).
2. Akustikus; Pasien mampu mendengar gesekan jari tangan perawat pada telinga kiri dan kanan.

g) N.IX Glossopharyngeus

Tampak letak ovula ditengah.

h) N.X Vagus

Tampak pasien mampu menelan.

i) N.XI Ascesorius

Pasien mampu mengangkat bahu kanan dan bahu kiri serta dapat menggerakan kepala ke kiri dan ke kanan.

5 Pemeriksaan Penunjang

a. Penanggung jawab Laboratorium:

1. dr. Rulabd D.N. Pakasi, Sp, PK (K)
2. dr. Sulina Y. Wibawa, Sp.PK

Lab No	:905448	Clinician: dr.Pither Sandy T, Sp,P
Name	: Ny “M”	Location/room:Bernadeth III
PID	:543090	Date Receive:18-03-20 06:49
Age	:57 years	Date Reported:18-03-20 08:39
Sex	:Female	Date Printed :18-03-20 08:39

Test	Result	Unit	Reference Ranges
Hematologi			
Complete Blood Count			
WBC	8.20	10^3/uL	4.8-10.2
RBC	L 2.65	10^6/uL	4.0-5.5
HGB	L 7.8	g/dl	12.2-16.2
HCT	L23.6	%	37.7-47.9
MCV	89.8	fL	80.0-97.0
MCH	29.4	pg	26.0-31.0

MCHC	32.8	g/dL	31.8-35.4
PLT	230	10^3/uL	130.0-400.0
RDW	H16.4	fL	11.5-14,5
PDW	11.0	fL	9.0-13.0
MPV	9.6	fL	7.2-11.1
P-LCR	21.9	%	15.0-25.0
DIFF			
LIMPH	12.6	%	10.0-50.0
MXD	12.8	%	1.0-20.0
NEUT	74.6	%	37.0-80.0
LIMPH#	1.00	10^3/uL	1.00-3.70
MXD#	1.0	10^3/uL	0-1.2
NEUT#	6.20	10^g/L	1.50-7.00

Kesan: Anemia

b. Penanggung jawab Laboratorium:

1. dr. Rulabd D.N. Pakasi, Sp, PK (K)
2. dr. Sulina Y. Wibawa, Sp.PK

Lab No	:905448	Dokter	:dr. Melda Tessy,Sp PD
Name	: Ny “M”	Tanggal	: 18-03-2020
Age	:57 years	Jam	: 08:17:39
Sex	:Female	Unit	: Bernadeth III

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Spesimen
Ureum	138,6	10-50	mg/dL	H
Creatinin	6.58	<1.1	mg/Dl	H

Catatan : Azotemia.

c. Hal: 1 Pasien Rawat Inap.

Dokter pengirim:	Tgl.registrasi	: 18-03-2020
dr. Melda Tessy, Sp, PD	No. Registrasi	: R12003030027
Dok/Foto/Ref.	No. Rm	: 00-54-30-90
Pemeriksaan:	Nama Pasien	: Ny. “M”
Foto Thorax Dewasa	Sex/Tgl lahir	: 11-07-1962
	Kelas/No.TT	: IA/354'

Yth, dr Melda Tessy, Sp. PD

Pemeriksaan Foto Thorax PA : 18-03-2020

Kesan:

Gambaran bronchitis

Efusi pleura bilateral

Edema paru.

d. Hal: 1

Dokter pengirim:	Pasien Rawat Inap	
dr. Melda Tessy, Sp. PD	Tanggal registrasi	: 18-03-2020
Dok/Foto/Ref.	No. Registrasi	:RI 200303030027
Pemeriksaan:	Nama Pasien	: Ny. “M”
Abdomen+Pelvis	Sex/Tgl. Lahir	: 11-07-1962
	Kelas/No.TT	: I/A 354'

Yth, dr. Melda Tessy, Sp. PD

Pemeriksaan USG Abdomen:

Hepar: ukuran normal, outline licin, echo normal, vascular dan bile duct tidak dilatasi tak tampak massa atau nodul.

Lien: ukuran normal,echo normal, tak tampak massa.

Pancreas: ukuran dan echo normal, tak tampak klasifikasi atau SOL, pancreatic duct tidak dilatasi.

GB: dinding tidak menebal, echo free, tak tampak batu atau massa.
Ginjal kanan dan kiri: ukuran kecil, echo meningkat, tak tampak bendungan PCS, batu atau massa.
VU: dinding tidak menebal, echo free, tak tampak batu atau massa.
Uterus dan adnexa echo normal.
Tak tampak targetcell like atau pseudokidney appearance.
Tak tampak pembesaran kelenjar limfe para aorta abdominimalis.
Tampak free echoic intra cav, peritonium, cavum pleura bilateral.

Kesan:
PNC bilateral
Acites
Efusi pleura bilateral.

6 Terapi

1. Amlodipine 10mg/oral/0-0-1
2. Ketorolac 30mg/IV/diberikan sesuai kebutuhan
3. Furosemide 40mg/IV/12jam.

Tanda tangan mahasiswa yang mengkaji

(Maria M. Hungan) (Maria Sarita Bibut)

B. ANALISA DATA

Nama : Ny ‘‘M’’

Umur : 57 tahun

Unit/kamar : St. Bernadeth III/357'

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS: - Keluarga pasien mengatakan terdapat edema pada kedua punggung kaki pasien. - Keluarga pasien mengatakan pasien minum air putih sebanyak 5-7 gelas (1000-1400)/hari. - Keluarga pasien mengatakan BAK pasien tidak lancar 2-3x/hari dengan jumlah urine 150 cc/24 jam dengan karakteristik berwarna kuning dan berbau. DO: - Keadaan umum pasien tampak sakit ringan. - Tampak edema pada kedua punggung kaki pasien dengan cekungan kembali dalam 7 detik dengan kedalaman 5 mm.	Gangguan mekanisme regulasi	Kelebihan cairan.

	- Hasil observasi: TD: 150/100 mmHg N: 106x/menit S : 37,2^{o}C P : 27x/menit - Hasil pemeriksaan Lab: Ureum:138.6 mg/dL Creatinin: 6.58mg/dL Balance cairan: Cm (air putih): 1200 cc/24 jam Ck (urine): 150 cc.		
2.	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien sesak di rumah 3 hari yang lalu. - Keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur pada malam hari karena sesak. DO: - Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 27x/menit dengan jenis pernapasan takipnea. - Tampak pasien menggunakan nasal kanul 4 L/menit. - Tampak pasien	Hiperventilasi	Ketidakefektifan pola napas.

	menggunakan alat bantu pernapasan. - Tampak pasien dengan posisi semifowler. - Tampak pasien gelisah. - Hasil observasi: TD: 150/100 mmHg N: 106x/menit S: 37,2^{o}C P: 27x/menit. - Auskultasi Suara napas: Vesikular terdengar lapang antara paru kiri dan kanan. - Perkusi Pekak pada lapang paru sebelah kanan dan kiri. - Suara ucapan: Tidak jelas terdengar dikedua lapang paru sebelah kanan dan kiri. - Suara tambahan: Ronchi terdengar dikedua lapang paru. - Vocal premitus: Getaran sama di lapang paru sebelah kanan dan kiri		
3.	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien kurang	Kurang asupan makan.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari

	nafsu makan ia hanya mampu menghabiskan ¼ porsi dalam 1 porsi makanan yang disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. - Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien turun dari 54 kg menjadi 46 kg. DS: - Tampak porsi makan pasien tidak dihabiskan, pasien hanya menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi makanan yang disediakan. - IMT: 16,91 kg/m_2 Kesimpulan: Berat badan kurang. - Pasien tampak kurus. - Tampak rongga mulut pasien kotor.		kebutuhan tubuh.

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama :Ny ‘‘M’’

Umur :57 tahun

Unit/kamar :St. Bernadeth/357 Bed 1

No	Diagnosa keperawatan
1.	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
2.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi.
3.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

D. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :Ny ‘‘M’’

Umur :57 Tahun

Unit/Kamar :St. Bernadeth III

No	Hari/ tanggal	Diagnosa keperawatan	Klasifikasi hasil keperawatan (NOC)	Klasifikasi intervensi keperawatan (NIC)
1.	Kamis, 19 Maret 2020	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien merasa haus. - Keluarga pasien mengatakan pasien minum air putih sebanyak 5-6 gelas (1000-1200 cc/hari). - Keluarga pasien mengatakan BAK pasien tidak lancar 2-3 x/hari dengan jumlah urine 150cc/24 jam dengan	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan kesimbangan cairan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang), dengan kriteria hasil: a. Keseimbangan cairan 1) Edema dipertahankan pada skala 2 ke skala 3. 2) Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam dipertahan pada skala 2 ke skala 3. b. Elimasi urine 1) Jumlah urine dipertahakan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3.	a. Monitor cairan 1) Catat dengan akurat asupan dengan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni). b. Managemen cairan 1) Kaji lokasi dan luasnya edema. 2) Berikan diuretik yang diresepkan. c. Managemen elektrolit 1) Batasi cairan yang sesuai. 2) Menginstruksi alasan untuk batasan cairan. d. Pengaturan Hemodinamik 1) Tinggikan kaki tempat tidur e. Monitor tanda-tanda vital 1) Monitor tekanan darah, nadi,

		karakteristik dan berbau. DO: - Keadaan umum pasien tampak sakit sedang. - Tampak edema pada kedua punggung kaki dengan cekungan kembali dalam 7 dengan kedalaman 5 mm. - Hasil observasi : TD: 150/100 mmHg Nadi: 106x/menit Suhu: 37,2 ^{o}C Pernapasan: 27x/menit. - Hasil pemeriksaan Lab: Ureum: 138.6 mg/dL Creatinin: 6.58mg/dL Balance cairan Cm (air putih): 1200cc/24 jam Ck (Urine): 150cc/24 jam.	c. Status pernapasan ventilasi 1) Dispnea saat beristirahat dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3.	suhu, pernapasan.
2.	Jumaat, 20 April 2020	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi. DS:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status pernapasan pada skala 2 (berat)	a. Managemen jalan napas: 1) Posisikan pasien dengan memaksimalkan ventilasi. 2) Kelola udara atau oksigen

		- Keluarga pasien mengatakan pasien sesak di rumah 3 hari yang lalu. - Keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur pada malam hari karena sesak. DO: - Tampak pasien sesak dengan frekuensi napas 27x/menit dengan jenis pernapsan takipnea. - Tampak pasien menggunakan nassal kanul 4L/menit. - Tampak pasien menggunakan alat bantu pernapasan. - Tampak pasien dengan posisi semifowler. - Tampak pasien gelisah. - Hasil observasi: TD: 150/100 mmHg N: 106x/menit S: 37,2^{o}C P: 27 x/menit	ditingkatkan pada skala 3 (cukup). Dengan kriteria hasil: a. Status pernapasan: Kepatenan jalan napas: 1) Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. 2) Irama pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. b. Status pernapasan: ventilasi. 1) Penggunaan otot bantu napas dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3. 2) Suara napas tambahan dipertahankan dari skala 2 ditingkatkan ke skala 3.	yang dilembabkan sebagaimana mestinya, 3) Kelola pengobatan sebagaimana mestinya. b. Monitor pernapsan 1) Auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan. 2) Monitor pola napas. 3) Monitor keluhan sesak pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak napas tersebut. c. Monitor tanda-tanda vital 1) Monitor tekanan darah. Suhu, nadi, dan status pernapasan.

		- Auskultasi Suara napas: vesikular lemah terdengar di lapang paru kiri dan kanan. - Perkusi Pekak pada lapang paru kiri dan kanan. - Suara ucapan Tidak jelas terdengar di lapang paru kiri dan kanan. - Suara tambahan Ronchi terdengar di kedua lapang paru kiri dan kanan. - Vocal premitus Getaran sama dirasakan di lapang paru kiri dan kanan.		
3.	Sabtu, 21 Maret 2020	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan. DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam, status nutrisi pasien dipertahankan pada skala 4 (sedikit terganggu) ditingkatkan ke skala 5 (tidak terganggu). Dengan kriteria hasil: a. Nafsu makan	a. Managemen nutrisi 1) Identifikasi adanya alergi atau intolenransi adanya makanan yang dimiliki pasien. 2) Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan dari

		kurang nafsu makan, ia hanya mampu menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi makanan yang disediakan dengan frekuensi makan 3x sehari. - Keluarga pasien mengatakan berat badan pasien turun dari 54 kg menjadi 46 kg. DO: - Tampak porsi makan pasien tidak dihabiskan, pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disediakan. - IMT: 16.91kg/m_2, kesimpulan berat badan kurang. - Pasien tampak kurus - Tampak rongga mulut pasien kotor.	1) Hasrat/keinginan untuk makan dipertahankan pada skala 4 di tingkatkan ke skala 5. 2) Intake makan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan pada skala 5. b. Berat badan: massa tubuh 1) Berat badan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 3 (sedang).	debu yang menyengat. b. Pemberian makan 1) Catat asupan dengan tepat c. Managemen berat badan. 1) Hitung berat badan ideal pasien.

E. PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :Ny ‘‘M’’

Umur :57 Tahun

Kamar/Unit :St. Bernadeth III/354'

Hari Tanggal	Dx	Waktu	Pelaksanaan tindakan keperawatan	Nama perawat
Kamis, 19 Maret 2020	II	07:30	Memonitoring keluhan sesak napas pasien. Hasil: - Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak.	Maria Sarita
	II	07:35	Memonitoring pola napas pasien Hasil: - Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 28x/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan *(accesorius)*, irama pernapasan takipnea dan jenis pernapasan dada.	Maria Sarita
	II	07:40	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi *semifowler*. Hasil: - Tampak pasien dalam posisi *semifowler*. - Pasien mengatakan masih terasa sesak.	Maria Sarita
	II	07:50	Memberikan oksigen yang dilembabkan. Hasil: - Memberikan O2 nassal 4L/menit.	Maria Sarita
	I	07:52	Mengkaji lokasi edema. Hasil: - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami bengkak pada kedua punggung kaki belum berkurang. Tampak bengkak dengan cekungan	Maria Sarita

			5mm dan kembali dalam waktu 7 detik.	
	I	07:55	Meninggikan kaki pasien di tempat tidur. Hasil: - Meletakan 1 bantal di bawah kaki pasien yang edema. - Tampak pasien berbaring dengan 1 bantal di bawah kedua kaki.	Maria Sarita
	I	08:00	Memberikan diuretik sesuai resep dokter. Hasil: Furosemide 40mg/IV	Maria Sarita
	I,II	09:30	Observasi ttv. Hasil: - TD : 160/100 mmHg - N : 110x/menit - P : 26x/menit - S : 37,0^{o}C	Maria Sarita
	II	09:45	Mengauskultasi suara napas tambahan. Hasil: - Terdengar suara Ronchi	Maria Sarita
	III	10:00	Mengidentifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien. Hasil: - Keluarga pasien mengatakan pasien alergi terhadap olahan makan laut seperti : udang, dan cumi-cumi.	Maria Sarita
	III	11:30	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan. Hasil: - Memberikan posisi yang nyaman untuk pasien yaitu posisi semifowler sehingga pasien dapat mengkonsumsi makanan dengan baik.	Maria Sarita

	III	12:10	Mencatat asupan makanan pasien. Hasil: - Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi makanan, tidak menghabiskan sayur, ikan dan tempe yang disediakan. - Keluarga pasien mengatakan selera makan pasien berkurang.	Maria Sarita
	I	13:30	Menginstruksikan pasien untuk batasan cairan, seperti konsumsi cairan 600 cc/hari jika lebih maka edema tidak akan berkurang. Hasil: - Tampak pasien paham atas apa yang dijelaskan oleh perawat. - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sering merasa haus sehingga sulit untuk mengontrol cairan yang masuk.	Maria Sarita
	I	14:00	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi. Hasil: - Pukul 07:30-13:30 (air putih =500cc, urine 100cc) - Total cairan masuk = 500cc - Total cairan keluar = 100cc	Maria Sarita
	I,II,III	16:00	Mengobservasi ttv. Hasil: - TD: 160/90 mmHg - N: 106X/menit - S: 36,7^{o}C - P: 28x/ menit	Maria Sarita
	I,II	16:05	Memberikan obat sesuai resep dokter. Hasil: - Keterolac 30 mg/IV	Maria Hungan
	II	16:15	Mengauskultasi suara nafas.	Maria

			Hasil: Terdengar suara ronchi.	Hungan
	II	16:20	Memonitoring keluhan sesak nafas pasien. Hasil: Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih mengeluh sesak dan sulit untuk beristirahat.	Maria Hungan
	II	16:25	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu *Semifowler.* Hasil: Tampak pasien dengan posisi *semifowler.*	Maria Hungan
	II	16:35	Memberikan oksigen yang dilembabkan. Hasil: Memberikan O2 dengan nonbreathing mask 10L/menit.	Maria Hungan
	II	18:00	Memberikan obat sesuai dengan resep dokter. Hasil: Amlodipine 10 mg/Oral.	Maria Hungan
	I	20:00	Memberikan diuretik sesuai dengan resep dokter. Hasil: Furosemide 40 mg/IV.	Maria Hungan
	III	20:15	Menghitung berat badan pasien. Hasil: BB= 46 kg. IMT= 16,91 kg/m.	Maria Hungan
	I	20:50	Mencatat asupan dan pengeluaran shift siang. Hasil: Pukul 13:30-20:30 (Cairan masuk= 300 cc, Urine= 100 cc) Total: Cairan Masuk= 300 cc Cairan Keluar= 100 cc.	Maria Hungan
	I,II	21:00	Mengobservasi ttv. Hasil: - TD: 140/100 mmHg - N: 98X/menit	Maria Hungan

			- S: 36°C - P: 30x/menit	
	II	21:30	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi *Semoifowler.* Hasil:	Maria Hungan
	II	05:00	Tampak pasien dengan posisi *semifowler.* Observasi ttv. Hasil: - TD: 130/80 mmHg - N: 88x/menit - S: 36,9°C - P: 30x/menit	Riky
	II	05:15	Mengauskultasi suara napas. Hasil: Tampak terdengar suara ronchi pada suara napas pasien.	Riky
	I	06:30	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift malam. Hasil: - Pukul 20:30-06.30 (Air putih= 350 cc, urine= 50 cc). CM= 350 cc CK= 50 cc.	Riky
	I	06:40	Memonitoring asupan dan pengeluaran. CM (Cairan Masuk)= 1150 cc, Obat Iv Furosemide 2x40 mg=80, 1x30 mg=30, jadi 80+30=110 mg= 22 cc 1150+22=1172 cc CK (Urine)= 250 cc Melakukan balance cairan 1172-(CK+IWL) 1172-(250+690) =1172-(940) =232 cc	Riky
	II	06:40	Memonitoring keluhan sesak pasien. Hasil: - Keluarga pasien	Maria Sarita

			mengatakan pasien masih mengeluh sesak.	
Jumaat, 20 Februari 2020	II	07:35	Memonitoring pola napas pasien. Hasil: - Tampak pasien sesak dengan frekuensi pernapasan 30x/menit. Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan *(accessorius)*, irama pernapasan takipnea, dan jenis pernapasan dada.	Maria Sarita
	II	07:40	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi *semifowler.* Hasil: - Tampak pasien dalam posisi *semifowler.* - Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh sesak.	Maria Sarita
	II	07:50	Memberikan oksigen yang dilembabkan. Hasil: - Memberikan O2 dengan nonbreating mask 10L/menit.	Maria Sarita
	I	07.52	Mengkaji lokasi edema. Hasil: Keluarga pasien mengatakan bengkak pada kedua punggung kaki pasien agak berkurang. Tampak bengkak dalam cekungan 5 mm dan kembali dalam 5 detik.	Maria Sarita
	I	07:55	Meninggikan kaki pasien di tempat tidur. Hasil: Meletakan satu bantal di bawah kaki pasien yang edema. Tampak pasien berbaring dengan satu bantal di bawah kaki.	Maria Sarita

	I	07:57	Mengauskultasi suara napas tambahan. Hasil: Terdengar suara ronchi pada nafas pasien.	Maria Sarita
	I	08:00	Memberikan diuretik sesuai resep dokter. Hasil: Furosemide 40 mg/menit.	Maria Sarita
	I,II	09:30	Observasi ttv. Hasil: - TD: 180/90 mmHg - N: 100x/menit - P: 30x/menit - S: 36,5^{o}C	Maria Sarita
	II	09:45	Mengauskultasi suara napas tambahan. Hasil: Tampak terdengar suara ronchi pada napas pasien.	Maria Sarita
	III	11:30	Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan. Hasil: Memberikan posisi yang nyaman untuk pasien yaitu posisi *semifowler* sehingga boleh mengkonsumsi makanan dengan baik.	Maria Sarita
	III	12:40	Mencatat asupan makan pasien. Hasil: - Tampak pasien menghabiskan ¼ porsi dari 1 porsi makanan yang disediakan dan tidak menghabiskan sayur yang disediakan. - Keluarga pasien mengatakan bahwa selera makan pasien berkurang.	Maria Sarita
	I	13:00	Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk batasan cairan, seperti mengkonsumsi cairan	Maria Sarita

			600 cc/hari jika lebih maka edema tidak akan berkurang. Hasil: - Tampak pasien dan keluarga paham yang dijelaskan oleh perawat. - Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus sehingga sulit untuk mengontrol minum air.	
	I,II	16:30	Mencatat asupan dan pengeluaran shift pagi. Hasil: - Pukul 07:30-13:30 (air putih= 450 cc, urine= 100 cc). Total CM= 450 cc CK= 100 cc	Maria Sarita
	I,II	16:00	Mengobservasi ttv. Hasil: - TD: 160/90 mmHg - N: 106x/menit - S: 36^{o}C - P: 30x/menit	Maria Sarita
	II	16:05	Mengauskultasi suara napas tambahan. Hasil: Terdengar suara ronchi pada suara napas pasien.	Maria Sarita
	II	16:15	Memonitoring keluhan sesak napas pasien. Hasil: - Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh sesak dan susah untuk beristirahat. - Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi *semifowler*. Hasil:	Maria Sarita
	II	16:25	Tampak pasien dengan posisi *semifowler*. Memberikan oksigen yang	Maria Sarita

			dilembabkan. Hasil: - Memberikan O2 dengan nonbreating mask 10L/menit.	
	I	16:35	Memberikan obat sesuai dengan resep dokter. Hasil: Amlodipine 10 mg/menit.	Maria Sarita
	II	20:00	Memberikan diuretik sesuai kolaborasi dokter. Hasil: Furosemide 40 mg/IV	Maria Sarita
	I	20:10	Menghitung berat badan pasien. Hasil: - BB= 46 kg, IMT=16,91/m2	Maria Sarita
	III	20:15	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift siang. Hasil: - Pukul 13:30-20:30 (Air putih= 350cc, urine = 60 cc) Total: CM= 350 cc CK= 60 cc	Maria Sarita
	I,II,III	20:30	Mengobservasi ttv. Hasil: - TD: 180/100 mmHg - N: 100x/menit - S: 36,8^{o}C - P: 30x/menit.	Maria Sarita
	I	20:50	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi *semifowler.* Hasil: - Tampak pasien dengan posisi *semifowler*.	Maria Sarita
	I,II,III	21:30	Mengobservasi ttv. Hasil: - TD: 130/90 mmHg - N: 88x/menit - S: 36,8^{o}C - P: 30x/menit.	Septianus
	II	21:45	Mengauskultasi suara napas	Septianus

			tambahan. Hasil: Terdengar suara ronchi pada suara napas tambahan.	
	II	05:00	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift malam. Hasil: Pukul 20:30-05:00 (air putih= 200 cc, urine =50 cc) CM= 200 cc. CK= 50 cc.	Septianus
	I	06:00	Memonitoring asupan dan pengeluaran. CM= (air putih)= 1000 cc Obat IV 2x40=80 mg=16 cc CK= (Urine)= 210 cc. Melakukan balance cairan. CM-(CK-IWL) =1016-(210+690) =1016-(900)= 116 cc	Septianus
Sabtu, 21 Februari 2020	II	07:30	Memonitoring keluhan sesak napas pasien. Hasil: Keluarga pasien mengatakan pasien masih engeluh sesak.	Maria Sarita
	II	07:35	Memonitoring pola napas pasien. Hasil: - Tampak pasien dengan frekuensi pernapasan 28x/menit. - Tampak pasien menggunakan otot bantu pernapasan (accessorius). - Tampak irama pernapasan takipnea. - Tampak jenis pernapasan dada.	Maria Sarita
	II	07:40	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu posisi *semifowler.* Hasil: - Tampak pasien dalam posisi *semifowler.*	Maria Sarita

			- Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh sesak.	
	II	07:45	Memberikan oksigen yang dilembabkan. Hasil: Memberikan O2 dengan nonbreating mask 10L/menit.	Maria Sarita
	I	07:50	Mengkaji lokasi edema Hasil: - Keluarga pasien mengatakan bengkak pada kedua punggung kaki pasien telah berkurang. - Tampak bengkak derajad II dengan cekungan 4 mm dan kembali dalam waktu 5 detik.	Maria Sarita
	I	08:00	Memberikan obat diuretik sesuai resep dokter. Hasil: Furosemide 40 mg/IV	Maria Sarita
	I	09:45	Meninggikan kaki pasien di atas tempat tidur. Hasil: Meletakan 1 bantal di bawah kaki pasien yang edema.	Maria Sarita
	I	11:30	Tampak pasien berbaring 1 bantal di bawah kedua kaki. Observasi ttv. Hasil: - TD: 180/80 mmHg - N: 99x/menit - S: 37,3^{o}C - P: 30x/menit	Maria Sarita
	Ii	12:40	Mengauskultasi suara nafas tambahan pasien. Hasil: Tampak terdengar suara ronchi pada suara nafas pasien. Menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan. Hasil:	Maria Sarita

	I	13:00	Memberikan posisi yang nyaman untuk pasien yaitu posisi *semifowler* sehingga dapat mengkonsumsi makanan dengan baik.	Maria Sarita
	III	13:20	Mencatat asupan makan pasien. Hasil: - Tampak pasien menghabiskn ¼ porsi bubur dari 1 porsi yang disediakan dan tidak menghabiskan sayur yang disediakan. - Keluarga pasien mengatakan selera makan pasien berkurang.	Maria Sarita
	I,II	13:30	Menginstruksikan keluarga dan pasien untuk batasan cairan seperti mengkonsumsi cairan sebanyak 400-600 cc/hari jika lebih maka edema pasien tidak akan berkurang. Hasil: - Tampak pasien dan keluarga paham yang dijelaskan oleh perawat. - Keluarga pasien mengatakan pasien sering merasa haus sehingga sulit untuk mengontrol air yang dikonsumsi pasien.	Maria Sarita
	I	16:00	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift pagi. Hasil: - Pukul 07:30-13:30 (air putih=400cc,urine=100cc). - Total: CM= 400cc, CK= 100cc.	Maria Sarita
	I,II	16:05	Observasi ttv. Hasil: - TD: 160/80 mmHg - N: 106 x/menit - S: 36,7^{o}C - P: 30x/menit	Maria Sarita

	II	16:15	Mengauskultasi suara nafas tambahan pasien. Hasil: Terdengar suara ronchi pada nafas pasien.	Maria Sarita
	II	16:20	Memonitoring keluhan sesak nafas pasien. Hasil: Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengelu sesak dan susah untuk beristirahat.	Maria Sarita
	II	16:25	Memberikan posisi untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi *semifowler*. Hasil: Tampak pasien dengan posisi *semifowler*.	Maria Sarita
	II	18:00	Memberikan oksigen yang dilembabkan. Hasil: Memberikan O2 dengan nonbreating mask 10L/menit.	Maria Sarita
	I	20:00	Memberikan obat sesuai dengan kolaborasi dokter. Hasil: Amlodipine 10 mg/Oral.	Maria Sarita
	I	20:00	Memberikan diuretik sesuai kolaborasi dengan dokter. Hasil: Furosemide 40 mg/IV Menghitung berat badan pasien. Hasil: BB= 46 kg, IMT=16,91 kg/m2	Maria Hungan
	I	20:30	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift siang. Hasil: Pukul 13:30-20:30 (air putih=250 cc, urine=100 cc). Total: CM= 250 cc CK= 100 cc	Maria Hungan
	I,II	21:15	Mengobservasi ttv. Hasil:	Maria Hungan

			- TD: 180/90 mmHg - N: 100x/ menit - S: 37,2^{o}C - P: 28x/ menit.	
	II	21:30	Memberikan posisi yang nyaman untuk memaksimalkan ventilasi yaitu memberikan posisi *semifowler*. Hasil: Tampak pasien berbaring dengan posisi *semifowler.*	Maria Hungan
	I,II	05:00	Mengobservasi ttv. Hasil: - TD: 160/80 mmHg - N: 100/menit - P:30x/menit - S: 37,0^{o}C	Maria Hungan
	II	05:15	Mengauskultasi suara tambahan pada napas pasien. Hasil: Tampak terdengar suara ronchi pada napas pasien.	Maria Hungan
	I	06:30	Mencatat asupan dan pengeluaran pada shift malam. Hasil: Pukul 21:00-06:30 (air putih= 200cc, urine= 50 cc.	Maria Hungan
	I	06:55	Memonitoring asupan dan pengeluaran 20:30-05:30 CM (air putih)= 1500 cc Ket: Obat IV 2x40 mg=80 mg = 16 cc, jadi 1500+16=1516 cc CK (Urine)= 450 cc Melakukan balance cairan. CM-(CK+IWL) 1516-(450+690) =1516-(1140)= 376 cc.	Maria Hungan

F. Evaluasi Keperawatan

Nama: Ny. “M”

Unit/Kamar: Bernadeth III/Kamar 354 Bed 1

Tanggal	Evaluasi soap	Nama Perawat

19 Februari 2020	DP I: Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S: Keluarga pasien mengatakan bengkak pada punggung kaki pasien belum berkurang. O: Tampak bagian punggung kaki pasien dengan cekungan derajad II dan kembali dalam waktu 7 detik. Balance cairan= 232 cc. A: Pasien masih mengalami kelebihan volume cairan. P: Lanjutkan intervensi. - Monitor cairan - Managemen cairan - Managemen elektrolit - Monitor tanda-tanda vital.	Maria Sarita
	DP II: Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi. S: Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak. O: Pola napas: - Irama: takipnea - Tampak menggunakan otot bantu pernapasan. - Jenis pernapasan dada. - P: 26x/menit. Suara tambahan ronchi. A: Pasien masih mengalami ketidakefektifan pola napas. P: Lanjutkan intervensi. - Managemen jalan napas. - Monitor pernapasan. - Monitor tanda-tanda vital.	Maria Sarita
	DP II: Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. S: Keluarga pasien mengatakan pasien kurang selere makan. O: tampak pasien hanya mampu	Maria Hungan

	menghabiskan ¼ dari 1 porsi bubur yang disediakan. BB=46 kg, IMT= 16,91 kg/menit. P: Lanjutkan intervensi. - Managemen nutrisi. - Pemberian makan. - Managemen berat badan.	
20 Februari 2020	DP II: Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S: keluarga pasien mengatakan bengkak pada kedua punggung kaki pasien belum berkurang. O: tampak punggung kaki edema dengan cekungan kembali 7 detik. Balance cairan= 116 cc A: pasien masih mengalami kebihan volume cairan. P: Lanjutkan intervensi. - Monitor cairan - Managemen cairan - Managemen elektolit - Monitor tanda-tanda vital	Maria Sarita
	DP II: Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi. S: keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak dan susah tidur pada malam hari. O: Pola napas. - Irama : takipnea - Tampak menggunakan otot bantu pernapasan - Jenis pernapasan dada. - P: 30x/menit. Suara pernapasan ronchi. A: Pasien masih mengalami ketidakefektifan pola nafas. P: Lanjutkan intervensi - Managemen jalan napas - Monitor pernapasan - Monitor tanda-tanda vital.	Maria Sarita

	DP III: Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makanan. S: keluarga pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan. O: tampak pasien hanya mamopu menghabiskan ¼ dari 1 porsi bubur yang disediakan. BB= 46 kg, IMT= 16, 91 kg/m2 A: Pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. P: Lanjutkan Intervensi. - Managemen nutrisi - Pemberian makan - Managemen berat badan	Maria Hungan
21 Februari 2020	DP I: Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S: keluarga pasien mengatakan bengkak pada bagian punggung kaki pasien belum berkurang. O: tampak bagian punggung kaki edema dengan cekungan derajad 2 kembali dalam 5 detik. Balance cairan: 376 cc A: pasien masih mengalami kelebihan volume cairan. P: lanjutkan intervensi. - Monitor cairan. - Managemen cairan. - Managemen elektrolit. - Monitor tanda-tanda vital.	Maria Sarita

	DP II: Ketidakefektifan pola napas brhubungan dengan hiperventilasi. S: keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak dan susah tidur pada malam hari. O: Pola napas. - Irama: takipnea - Tampak menggunakan otot bantu pernapasan. - Jenis pernapasan dada.. - P: 30x/menit. Suara tambahan ronchi. A: Pasien masih mengalami ketidakefektifan pola napas. P: Lanjutkan intervensi. - Managemen jalan napas. - Monitor pernapasan. - Monitor tanda-tanda vital.	Maria Hungan
	DP III: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan makan. S: keluarga pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan. O: tampak pasien hanya mampu menghabiskan ¼ porsi bubur dari 1 porsi yang telah disediakan. BB= 46 kg, IMT= 16,91 kg/m2. A: pasien masih mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. P: Lanjutkan intrvensi. - Managemen nutrisi - Pemberian makan - Managemen berat badan.	Maria Sarita

G. Daftar nama obat untuk pasien

1. Furosemide
    a. Klasifikasi/golongan obat: Diuretik.
    b. Dosis umum: 20-40 mg/hari.
    c. Dosis untuk pasien: 40 mg/12 jam
    d. Cara pemberian obat: IV
    e. Mekanisme kerja dan fungsi obat.

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

f. Alasan pemberian pada pasien: obat diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien udema pada kedua punggung kaki.
g. Kontra Indiksi
   1) Pasien yang memiliki riwayat alergi terhadap farsix (furosemide).
   2) Obat ini dikontradiksikan untuk pasien dengan anuria.
h. Efek samping obat.
   1) Mulut ekstra kering
   2) Sensitif terhadap cahaya matahari
   3) Pusing
   4) Sakit kepala
   5) Pengelihatan buram
   6) Sakit perut
   7) Merasa lelah

2. Amlodipine
   a. klasifikasi/golongan obat: antagonis kalsium/obat resep.
   b. Dosis umum: 2,5-10 mg/hari.
   c. Dosis untuk pasien: 10 mg/24 jam.
   d. Cara pemberian obat: oral.
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat.

      Amlodipine bekerja dengan cara melemaskan dinding dan melemaskan diameter pembulu darah. Efeknya akan memperlancar aliran darah menuju jantung dan mengurangi tekanan darah pada pembulu darah. Obat ini juga menghalangi kadar kalsium yang

masuk ke dalam sel otot halus di dinding pembulu darah jantung. Kalsium akan membuat oto dinding pembuku darah berkontraksi. Dengan adanya hambatan kalsium yang masuk, dinding pembulu darah akan menjadi lemas. Amlodipine berfungsi untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi. Dengan menurunkan tekanan darah, obat ini membantu mencegah serangan stroke, serangan jantung dan penyakit ginjal.

f. Alasan pemberian pada pasien: obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien mengalami hiprtensi atau tekanan darah tinggi.
g. Kontra Indikasi.
   - ✓ Pasien yang memiliki riwayat hioersensitifitas atau reaksi alergi yang berlebihan bersifat patologis yang ditimbulkan oleh sistem imun tubuh yang menimbulkan beberapa gejala yang tidak diinginkan terhadap amlodipine atau komponen atau terhadap penghambat kalsium lain.
   - ✓ Hipotensi (tekanan darah rendah).
h. Efek samping.
   - ✓ Merasa lelah atau pusing.
   - ✓ Jantung berdegup kencang.
   - ✓ Merasa mual dan tidak nyaman pada bagian perut.
   - ✓ Pergelangan kaki membengkak.
   - ✓ Rasa panas dan kegerahan.

3. Keterolac
   a. Klasifikasi/golongan obat: obat anti inflamasi nonsteroid resep
   b. Dosis umum: 10-40 mg/hari
   c. Dosis untuk pasien: 30 mg/ekstra
   d. Cara pemberian obat: IV

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat.

Keterolac bekerja dengan membloc produksi substansi alami tubuh yang menyebabkan inflamasi. Efek ini membantu mengurangi bengkak, nyeri atau demam. Keterolac berfungsi untuk mengatasi nyeri sedang hingga nyeri berat untuk sementara.

f. Alasan pemberian pada pasien: obat ini diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien mengalami nyeri dada setelah dilakukan pungsi di ruangan HD.

g. Kontra Indikasi

Pasien yang memiliki riwayat yang asma, broncospasme, polip hidung, alergi keterolac dan obat-obat NSAID lainnya, penderita jantung, hipertensi, gangguan ginjal, gangguan pembekuan darah, ulkus peptikum, dan perdarahan.

h. Efek samping obat.

- ✓ Nyeri dada
- ✓ Lemas
- ✓ Sesak
- ✓ BAB hitam
- ✓ Batuk darah atau mutah seperti kopi
- ✓ Bengkak atau berat badan naik cepat.
- ✓ Lebih jarang atau tidak buang air kecil
- ✓ Mual
- ✓ Nyeri perut
- ✓ Demam ringan
- ✓ Tidak nafsu makan.

BAB IV
TINJAUAN KASUS

Pada bab IV ini, penulisa akan membahas kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dan kasus kelolaan yang mana diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. “M” dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruangan perawatan BIII di Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama tiga hari perawatan yaitu dari tanggal 19 Maret sampai 21 Maret 2020. Utnuk memudahkan pembahasan, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap pengkajian yaitu: Pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan meupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber pasien, keluarga, perawat ruangan, pemeriksaan diagnostik dan hasil pengamatan langsung pada pasien. Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien Ny. “M” berusia 57 tahun yang di rawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Maret 2020 diperoleh data; pasien mengeluh sesak napas dengan frekuensi pernapasan 26x/menit dengan jenis pernapasan takipnea dan terdengar suara tambahan ronchi serta pasien menggunakan nasal kanul 4L/menit, *edema* pada kedua punggung kaki dengan cekungan kembali dalam 7 detik dengan kedalaman 5 mm serta pasien demam sejak 3 hari sebelum masuk ke Rumah Sakit. *Edema* terjadi karena ginjal tidak mampu mengekskresi urine secara normal, respon ginjal yang terhadap perubahan masukan cairan dan elektrolit sehari-hari tidak terjadi. Sedangkan sesak terjadi akibat retensi natrium dan air yang tertahan mengakibatkan ketidakseimbangan Suplai O2 dengan kebutuhan, selain retensi Na+

dan H2O mengakibatkan cairan masuk ke intra seluler yang menyebabkan *edema* paru dan efusi. Pada kasus didapatkan sesak akibat cairan di pleura dengan pemeriksaan foto thorax dengan kesan *edema* paru dan efusi pleura bilateral.

Pemeriksaan diagnostik didapat adanya ureum 138,6 mg/Dl dan kreatinine 6,58 mg/dL. Ureum dan kreatinine adalah sisa-sisa protein yang menjadi racun dalam tubuh, sehingga jika ginjal rusak atau tidak mampu mengekskresikan urin maka ureum, kreatinin akan tetap tertinggal dalam tubuh sehingga terjadinya peningkatan ureum kreatinin, sedangkan hasil pemeriksaan darah HGB 7,8 g/dL, anemia terjadi karena fungsi ginjal untuk menghasilkan *erotropoetin* menurun sehingga stimulasi pembentukan sel-sel darah di sum-sum tulang juga menurun (Suharyanto & Majid, 2013).

B. Diagnosa Keperawatan

Beberapa diagnosa keperawatan untuk pasien gagal ginjal kronik (GGK) yaitu:

1 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi.
2 Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, kelelahan otot-otot pernapasan, ansietas, nyeri, obesitas, sindrom hipoventilasi.
3 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, ketidakmampuan makan.
4 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan, mengingat, salah interpretasi informasi.
5 Resiko tinggi kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko agen farmaseutikal, gangguan sirkulasi, gangguan turgor kulit, dan terapi radiasi.

Berdasarkan data pengkajian, penulis mengangkat tiga diagnosa yaitu:

1 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.
2 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.
3 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan.

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

1 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan atau mengingat, salah interpretasi informasi. Diagnosa ini tidak diangkat karena pada saat pengkajian keluarga pasien dan pasien paham mengenai penyebab penyakit yang sedang dialami saat ini.
2 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, anemia, retensi produk sampah. Diagnosa ini tidak diangkat karena pada saat pengkajian pasien masih bisa melakukan aktivitas mandiri seperti ke kamar mandi dan makan.
3 Resiko tinggi kerusakan integritas kulit dengan faktor resiko agen farmaseutikal, gangguan sirkulasi, gangguan turgor kulit, dan terapi radiasi. Diagnosa ini tidak diangkat, karena selama pasien dalam masa perawatan di Rumah Sakit kulit pasien tidak mengalami gangguan turgor kulit, dan tidak ada tonjolan tulang.

C. Rencana keperawatan.

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

1 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Pada diagnosa kedua ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu; monitor tanda-tanda vital: monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan. Monitor cairan: catat dengan akurat asupan dan pengeluaran (misalnya asupan oral dan air seni).

Managemen cairan: kaji lokasi edema, berikan diuretik yang diresepkan. Managemen elektrolit: batasi cairan yang sesuai. Pengaturan hemodinamik: tinggikan kaki di tempat tidur.

2 Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi.

Pada diagnosa pertama ini, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: monitor tekanan darah, nadim, suhu, dan status pernapasan. Managemen jalan napas, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya. Monitoring pernapasan: auskultasi suara tambahan setelah dilakukan tindakan, monitor pola napas, monitor keluhan sesak napas pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak napas tersebut.

3 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan.

Pada diagnosa ketiga ini penulis membuat intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu: managemen nutrisi identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan (misalnya, bersih berventilasi, santai dan bebas dari debu yang menyengat), pemberian makanan: berikan air minum pada saat makan, tunda pemberian makanan, jika pasien kelelahan (sesak).

D. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan dilakukan selama tiga hari dan bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan dokter sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik, namun ada beberapa kendala yang dialami perawat terlebih pada

diagnosa pertama yaitu kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dimana pasien sulit untuk mengontrol rasa haus sehingga pasien sering mengkonsumsi air putih yang menyebabkan sesak pasien semakin bertambah dan bengkak pada kedua punggung kaki pasien tidak mengalami perubahan, serta pada diagnosa ketiga yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan, karena nafsu makan kurang sehingga pasien dalam sehari hanya menghabiskan ¼ porsi bubur dari porsi yang disediakan yang menyebabkan pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien tidak tercapai.

E. Evaluasi Tindakan Keperawatan Ny. “M” sebagai berikut:

1 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Masalah belum teratasi, *edema* pada kedua punggung kaki pasien belum berkurang dengan cekungan kembali dalam 6 detik serta tanda-tanda vital masih belum normal. Maka perencanaan dari diagnosa dolanjutkan oleh perawat.

2 Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi. Frekuensi napas pasien tidak berkurang dari sebelumnya (26-31x/menit), terdengar suara napas tambahan. Maslah belum teratasi, sesak yang dialami pasien belum menunjukan perubahan. Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

3 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makan masalah belum teratasi, pasien belum ada menunjukan perubahan. Pasien hanya mampu menghabiskan ¼ porsi bubur yang telah disediakan. BB 46 kg, IMT= 17,9 kg/m2. Maka perencanaan dari diagnosa keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

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. “M” dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang perawatan Bernadeth III Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

a. Pengkajian

Pada pengkajian penulis mendapatkan data-data sebagai berikut :

Pengkajian keperawatan pasien Ny. “M” usia 57 tahun masuk di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 17 Maret 2020 dengan keluhan utama sesak napas. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Maret 2020 diperoleh data : pasien mengeluh sesak napas, bengkak pada kedua punggung kaki, keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kerusakan pada kedua ginjalnya. Keluarga pasien mengatakan setiap kali pasien selesai HD pasien kadang merasa demam, serta malas makan karena setiap kali makan ia merasa mual dan mau muntah, pasien mengalami penurunan berat badan dari 54 kg menjadi 46 kg. Kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan. Keluarga pasien mengatakan dalam satu minggu pasien 3x menjalani cuci darah. Hasil laboratorium : ureum 138,6 mg/dL (nilai normal : 10 – 50 mg/dL) dan creatinin 6,58 mg/dL (nilai normal : ≤ 1,1 mg/dL), dan hasil pemeriksaan darah HGB 7.8 g/dL (nilai normal : 14 – 18 g/dL), WBC 8,20 10^3µL (nilai normal 4.8 – 10.2). Pemeriksaan foto thorax, kesan: Efusi pleura kanan, Cardiomegali dan bendungan dini paru.

b. Diagnosa Keperawatan meliputi:
   1. Kelebihan volume cairan b/d gangguan mekanisme regulasi.
   2. Ketidakefektifan pola nafas b/d hiperventilasi.
   3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan.

c. Intervensi
   1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi intervensi ini diangkat sesuai dengan keadaan pasien.
   2. Ketidakefektifan pola nafas b/d sindrom hipoventilasi intervensi diangkat sesuai dengan keadaan pasien.
   3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makan intervensi ini diangkat sesuai dengan keadaan pasien.

d. Implementasi keperawatan

   Semua rencana keperawatan diimplementasikan dengan baik meskipun ada beberapa hal yang menjadi kendala yang dialami oleh perawat dan keluarga dimana pasien sulit untuk mengontrol rasa haus sehingga pasien ingin selalu minum air dan pasien sulit untuk mengkonsumsi makanan karena nafsu makan pasien kurang.

e. Evaluasi keperawatan

   Diperoleh data dari ketiga diagnosa yang diangkat semua masalah belum teratasi.

B. Saran

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

1. Pasien

Pada pasien gagal ginjal kronik pentingnya untuk membatasi intake cairan dan protein sehingga tidak mengalami edema.

2. Bagi rumah sakit

   Hendaknya perawat di rumah sakit lebih meningkatkan edukasi terkait dengan bagaimana cara merawat pasien dengan gagal ginjal kronik.

3. Institusi pendidikan

   Kiranya lebih meningkatkan sumber-sumber bacaan di perpustakaan.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner & sudar. 2013. Keperawatan medikal-bedah. Jakarta : EGC.

Haryono, Rudi. 2013. Keperawatan Medikal Bedah Sistem Perkemihan. Yogyakarta: Rapha Publlishing.

Tao, L dan Kendall K, (2013). Sinopsis Organ System Ginjal. Tangerang: Karisma Publishing Group.

Medical Record Rumah Sakit Stella Maris Makassar. 2017, 2018, 2019. Statistik Penyakit Gagal Ginjal Lainnya. Makassar: Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Muttaqin, Arif dan Sari, Kumala. 2011. Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan. Jakarta: Salemba Medika.

Nurif, Huda Amin. 2015. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC NOC. Yogyakarta: Medication.

Nursam & Fransiska. 2009. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Sistem Perkemihan. Jakarta: Salemba.

Faradilla, N., 2009. “Gagal Ginjal Kronik (GGK)”. Fakultas Kedokteran Universitas Riau.

Padila. 2012. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta: Nuhana Medika.

Prabowo dan Pranata. 2014. Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan. Yogyakarta: Nuhana Medika.

Suharyanto, T dan Majid, A. 2009. *Asuhan keperawatan pada klien Dengan Gangguan Sistem perkemihan.* Jakarta. Tim

LEMBARAN KONSUL

Judul : **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "M" DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN "GAGAL GINJAL KRONIK"DI RUANGAN PERAWATAN ST. BERNADETH IIIRUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".**

Nama Mahasiswa : Maria Sarita Bibut (E1714401029)

Maria Magdalena Hungan (E1714401026)

Nama Pembimbing : Fransisco Irwandy, Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi bimbingan	Paraf
1	15-04-2020	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V	
2	06-05-2020	Revisi BAB I, BAB III, BAB IV, BAB V	
3	10-06-2020	Daftar Pustaka, Balance Cairan	