

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M.N DENGAN DIAGNOSA MEDIS GAGAL GINJAL KRONIKDI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program
Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



OLEH

**SUSANA HARPINA MARIA HOAR SERAN
NIM: PO. 5303201181237**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANGBADAN
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M.N DENGAN DIAGNOSA MEDIS GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan
dan mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan
melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



OLEH

**SUSANA HARPINA MARIA HOAR SERAN
NIM: PO. 5303201181237**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG BADAN
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh SUSANA HARPINA MARIA HOAR SERAN NIM. PO.5303201181237 dengan judul "KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.M.N DENGAN DIAGNOSA MEDIKGAGAL GINJAL KRONIK DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG TAHUN 2019" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



Fransiskus S. Onggang, S.Kep.Ns.,MSc

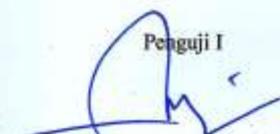
NIP.196902261991011001

LEMBAR PENGESAHAN

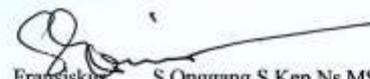
Karya Tulis Ilmiah oleh SUSANA HARPINA MARIA HOAR SERAN dengan judul "KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M.N DENGAN DIAGNOSA MEDIK GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD PROF. DR. W.Z JOHANNES KUPANG TAHUN 2019" telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I


Dominggos Gonsalves, S.Kep.,Ns,MSc
NIP.197108061992031001

Penguji II


Fransiskus S.Onggang, S.Kep,Ns,MSc
NIP.196902261991011001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan


Dr.Florentianus Tat,SKp.,M.Kes
NIP.196811281993031005

Mengetahui

Ketua Program Studi


Margaretha Teji, S.Kep.,Ns.,MSc-PH
NIP.19770727200032003

PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Susana Harpina Maria Hoar Seran
NIM : PO.5303201181237
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

Menyatakan dengan sebenar- benarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan karya saya dan bukan mengambil alih tulisan atau pikiran orang lain yang saya angkat sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan saya.

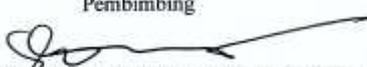
Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat pernyataan


Nama : Susana Harpina Maria Hoar Seran
NIM. PO 5303201181237

Mengetahui

Pembimbing


Fransiskus S. Onggang, S.Kep.,Ns.MSc
NIP.19692261991011001

BIODATA PENULIS

Nama : Susana Harpina Maria Hoar Seran
Tempat/ Tanggal Lahir : Besikama, 30 Desember 1983
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Malaka
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDK Wetulan, tahun 1996
2. Tamat SMP N 1 Malaka Barat, tahun 1999
3. Tamat SPK Atambua, tahun 2002
4. Sejak Tahun 2018 Kuliah Di
Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

“Tidak perlu menjadi orang lain untuk menyenangkan orang lain”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas kasih dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M.N DENGAN DIAGNOSA MEDIS GAGAL GINJAL KRONIK DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD. PROF. DR.W.Z JOHANNES KUPANG ”

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari dukungan dan bimbingan serta motivasi dari berbagai pihak. Penulis tidak lupa mengucapkan limpah terimakasih sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu R.H Kristina, SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupangyang telah menerima penulis untuk kuliah di Poltekes Kemenkes Kupang .
2. Bapak Fransiskus S.Onggang, S.Kep.Ns.MSc selaku dosen pembimbing dan penguji II yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan segala totalitasnya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan dengan baik.
3. Bapak Dominggos Gonsalves,S.Kep.,Ns,MSc selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Dr.Florentianus Tat,S,Kp.,M.Kes selaku ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang.
5. Ibu Margaretha Teli,S.Kep,Ns.,MSc-PH selaku ketua Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang berserta Staf dan tenaga kependidikan.
6. Ibu M.Margaretha U.M Wedho,SKp,MHSc selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing dan memotivasi penulis hingga dapat menyelesaikan Studi Diploma III di Poltekes Kemenkes Kupang.
7. Kepada kedua orang tua tercinta bapak Hendrik Seran dan mama Herry Seuk,adik-adik saya Ros,Veru,Ista,Roby,Arrys,Konrad dan Itho yang telah memotivasi dan mendukung dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

8. Suami dan anak-anak tercinta Elpy, Tasya, Stefanie dan Leonie serta ma Iku, om Lambert, Lidya, Gilvino dan Ever yang telah mendukung secara moril dan memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan.
9. Sahabat-sahabat terbaik Inn Wangge, Metry Luruk, Atry, Ma Yuli Muti, Ma Evy, Pak Suparto dan Pak Syarif yang selalu memberikan dukungan dan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman seangkatan 2018RPL angkatan kedua yang selalu memberikan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kupang 22 Juli 2019

Penulis

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.MN DENGAN DIAGNOSA MEDIK
GAGAL GINJAL KRONIK DI RIANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT
RSUD PROF. DR W.Z JOHANNES KUPANG TAHUN 2019**

Oleh

**Susana Harpina Maria Hoar Seran
NIM: PO.5303201181237**

Abstrak

Gagal ginjal kronis merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan prevalens dan insidens gagal ginjal yang meningkat, prognosis yang buruk dan biaya yang tinggi. Prevalensi gagal ginjal kronik meningkat seiring meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut dan kejadian penyakit diabetes melitus serta hipertensi.

Tujuan studi kasus ini adalah menerapkan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif pada pasien Tn.MN yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan dengan gagal ginjal kronik di ruang Instalasi Gawat Darurat di RSUD Prof.Dr. W.Z.Johannes Kupang Tahun 2019.

Hasil studi kasus ini adalah didapatkan pengkajian keluhan utama pasien mengatakan sesak napas dan kejang-kejang, oedema pada kedua tungkai, tekanan darah serratus tujuh puluh per seratus Diagnosis keperawatan yang ditegakkan yaitu 1) kelebihan volume cairan tubuh, 2) hambatan pertukaran gas. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada masalah kelebihan volume cairan adalah membatasi cairan, mengukur cairan masuk dan keluar, posisikan untuk meringankan sesak napas, monitor status pernapasan dan oksigenasi. Implementasi dilakukan adalah lakukan pemasangan infus, monitor tanda-tanda vital, memberikan obat sesuai penatalaksanaan. Evaluasi dengan menggunakan subyektif, obyektif, assessment dan planning.

Kesimpulan masalah keperawatan kelebihan volume cairan dan hambatan pertukaran gas belum teratasi dan perlu perawatan lanjutan baik dilakukan oleh perawat maupun keluarga.

Kata kunci : Gagal Ginjal Kronik, Asuhan Keperawatan kegawatdaruratan

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
HALAMAN DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DALAM	
LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAH.....	ii
PERNYATAAN KEASLIHAN TULISAN.....	iii
BIODATA PENULIS.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	4
1.3 Manfaat.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1. Konsep Dasar Penyakit	8
2.1.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronik.....	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Patofisiologi.....	10
2.1.4. Pathway.....	11
2.1.5. Penatalaksanaan.....	13
2.1.6. Komplikasi Gagal Ginjal konik.....	16
2.1.7. Pemeiksaan Diagnostik.....	16
2.1.8. Pemeriksan Penunjang.....	18

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik.....	20
2.2.1. Pengkajian Keperawatan.....	20
2.2.2. Diagnosis Keperawatan.....	23
2.2.3. Intervensi Keperawatan.....	26
2.2.4. Implementasi Keperawatan.....	31
2.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	32

BAB 3 STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil studi kasus.....	33
3.1.1 Pengkajian.....	33
3.1.2 Diagnosis Keperawatan.....	36
3.1.3 Intervensi Keperawatan.....	36
3.1.4 Impelementasi Keperawatan.....	38
3.1.5 Evaluasi	39
3.2. Pembahasan.....	40
3.2.1 Pengkajian.....	40
3.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	43
3.2.3 Intervensi Keperawatan.....	44
3.2.4 Impelementasi Keperawatan.....	45
3.2.5 Evaluasi	46
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	47
3.3.1. Persiapan.....	47
3.3.2. Hasil.....	47

BAB 4 PENUTUP

4.1 Kesimpulan.....	48
4.2 Saran.....	49

Daftar Pustaka	50
Lampiran.....	52

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Gagal ginjal kronik adalah ketidakmampuan ginjal untuk mengekskresikan zat sisa (sampah) tubuh, memekatkan urine, dan menyimpan elektrolit. Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi renal yang *progresif* dan *irreversibel* dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (Margareth & Rendy, 2012).

Populasi paling sedikit 6 % dari populasi dewasa di Amerika Serikat mengidap gagal ginjal kronik stadium 1 dan 2. Sebagian dari kelompok ini akan berlanjut ke stadium-stadium gagal ginjal kronik yang lebih berat. Sebanyak 4,5% dari populasi Amerika Serikat diperkirakan mengidap gagal ginjal kronis stadium 3 dan 4. Kausa tersering gagal ginjal kronis adalah nefropati diabetikum, terutama akibat diabetes melitus tipe 2. Nefropati hipertensif adalah penyebab penyakit ginjal kronis yang sering dijumpai pada usia lanjut karena iskemia kronik pada ginjal akibat penyakit renovaskuler pembuluh kecil dan besar dapat berlangsung tanpa disadari. Nefrosklerosis progresif akibat penyakit vaskuler adalah padanan ginjal untuk proses yang sama yang menyebabkan penyakit jantung koroner dan penyakit serebrovaskuler (Harrison, 2013).

Hasil penelitian yang didapatkan menunjukkan pada tahun 2013 populasi diatas 15 tahun yang terdiagnosis gagal ginjal kronis sebesar 0,2%. Angka ini lebih rendah dibandingkan prevalensi Gagal Ginjal Kronik di negaranegara lain. Sedangkan provinsi dengan prevalensi tertinggi adalah Sulawesi Tengah sebesar 0,5%, diikuti Aceh, Gorontalo, dan Sulawesi Utara masingmasing 0,4 % (Infodatin, 2017).

Sistem *triase* ini berdasarkan level kegawatan berfungsi lebih dari sekedar alat untuk mengukur level kegawatan pasien akan tetapi system ini berfungsi sebagai Bahasa, standar komunikasi untuk menginformasikan level kegawatan pasien di Instalasi Gawat Darurat (Sylvia, 2012)

Gagal ginjal kronik dapat menimbulkan beberapa dampak yang dapat mengakibatkan gangguan terhadap berbagai sistem tubuh diantaranya kelainan pada sistem kardiovaskuler yaitu gagal jantung akibat iskemia miokardial, hipertrofi ventrikel kiri disertai oleh retensi garam dan air. Gagal ginjal kronik juga dapat mengakibatkan anemia karena sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin. Dampak lain dari gagal ginjal kronik yaitu penyakit tulang

karena penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung mengakibatkan dekalsifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (Osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur patologis (Price & Wilson, 2012).

Beberapa upaya yang dapat dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik diantaranya dialisis dan transplantasi ginjal. Dialisis merupakan proses pemisahan substansi koloid dan kristaloid dalam larutan berdasarkan perbedaan laju difusi melalui membrane semipermeabel. Terdapat tiga metode dialisis yang kini digunakan yaitu dialisis *peritoneal*, *hemodialisis* dan *hemofiltrasi*. Sedangkan transplantasi ginjal adalah pencangkokan ginjal yang dapat diperoleh dari donor kerabat yang masih hidup yang biasanya berasal dari orangtua atau saudara atau dari donor cadaver yang diperoleh dari pasien yang sudah meninggal yang keluarganya telah menyetujui untuk menyumbangkan organ ginjal tersebut (Wong, *et al*, 2009: 1202).

Diagnosis keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan gagal ginjal kronik yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan beban jantung meningkat, kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan kegagalan mekanisme pengaturan ginjal, ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status cairan dan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang pajanan (Pranata & Prabowo (2014) dan Margareth (2012).

Peran perawat dalam pengobatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik adalah perawat bertanggung jawab memberikan penyuluhan kepada pasiendankeluarga mengenai penyakit, implikasi dan rencana terapi, kemungkinan efek psikologis penyakit dan penanganannya karena pada remaja yang sangat membutuhkan kemandirian dan cenderung memberontak, biasanya kurang beradaptasi dengan baik. Mereka marah karena dikendalikan dan dipaksa bergantung pada program terapi yang keras dan tidak dapat ditawar. Selain itu perawat berperan dalam pembatasan diet pada anak dan memberi kesempatan anak terutama remaja untuk berpartisipasi atas program terapinya sendiri, dikarenakan pembatasan diet terutama membebani anak dan orangtua. Anak akan merasa diabaikan ketika mereka tidak boleh memakan makanan yang tadinya sangat disukai sedangkan anggota keluarga yang lainnya boleh memakan makanan tersebut. Beberapa anak yang tidak memahami tujuan pembatasan makanan, akan mencuri-curi

makanan yang dilarang dalam setiap kesempatan, untuk itu harus diberikan kesempatan pada anak untuk berpartisipasi dalam program terapinya sendiri (Wong, dkk, 2009).

Berdasarkan data di atas, penulis tertarik untuk menyusun sebuah Studi Kasus dengan judul Asuhan Keperawatan pada Tn. M.N dengan Gagal Ginjal Kronik di Instalasi Gawat Darurat di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan serta mengaplikasikannya pada pasien dengan gagal ginjal kronik di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang tahun 2019.”

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa dapat melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
2. Mahasiswa dapat menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gagalginjalkronik di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
3. Mahasiswa dapat merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gagalginjalkronik di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
4. Mahasiswa dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan gagalginjalkronikdi ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
5. Mahasiswa dapat melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gagalginjalkronik di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
6. Mahasiswa dapat melaksanakan pendokumentasian keperawatan pada pasien dengan gagalginjalkronik di ruangan Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.3 Manfaat Studi kasus

1.3.1 Bagi Penulis

1. Penulis dapat mempraktikkan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan diagnosa medis gagal ginjal kronik, mulai dari melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan rencana keperawatan yang telah dibuat, mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan dan melakukan pendokumentasian tindakan keperawatan.
2. Penulis dapat mengerti adanya kesenjangan antara teori dengan kasus nyata yang terjadi di Instalasi Gawat Darurat RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
3. Penulis dapat belajar bagaimana cara mengatasi hambatan yang ada dan menggunakan dukungan yang ada untuk mengatasi masalah kesehatan gagal ginjal kronik pasien Tn. M.N yang muncul.

1.3.2 Bagi Profesi Keperawatan

1. Memberikan masukan tentang tinjauan teoritis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gagalginjalkronik
2. Memberikan masukan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik.

1.3.3 Manfaat Bagi Rumah sakit

Sebagai masukan bagi institusi rumah sakit agar memberikan motivasi perawat gawat darurat dalam melakukan perawatan yaitu dengan tindakan pertolongan pertama bagi pasien yang mengalami kondisi kritis atau gawat dengan tujuan untuk mempertahankan keselamatan pasien dan peningkatan pelayanan kesehatan pada pasien dengan Gagalginjalkronik di RSUD Prof.Dr.W.Z.Johannes Kupang.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal kronik atau penyakit ginjal tahap akhir adalah gangguan fungsi ginjal yang menahun bersifat *progresif* dan *irreversible*. Dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia atau dikenal dengan retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah (Margareth & Rendy, 2012).

Gagal ginjal kronik atau penyakit ginjal tahap akhir *end stage renal disease* terjadi bila ginjal yang sakit tidak mampu mempertahankan komposisi kimiawi cairan tubuh dalam batas normal di bawah kondisi normal. Akumulasi berbagai substansi biokimia dalam darah yang terjadi karena penurunan fungsi ginjal yang menimbulkan komplikasi seperti retensi produk sisa, retensi air dan natrium, hiperkalemia, asidosis metabolik, gangguan kalsium dan fosfor, anemia dan gangguan pertumbuhan (Wong, dkk 2012).

Gagal ginjal biasanya dibagi menjadi dua kategori yang luas yaitu kronik dan akut. Gagal ginjal kronik merupakan perkembangan gagal ginjal yang progresif dan lambat, sebaliknya gagal ginjal akut terjadi dalam beberapa hari atau beberapa minggu. Pada kedua kasus tersebut, ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal (Price & Wilson, 2012).

2.1.2 Etiologi

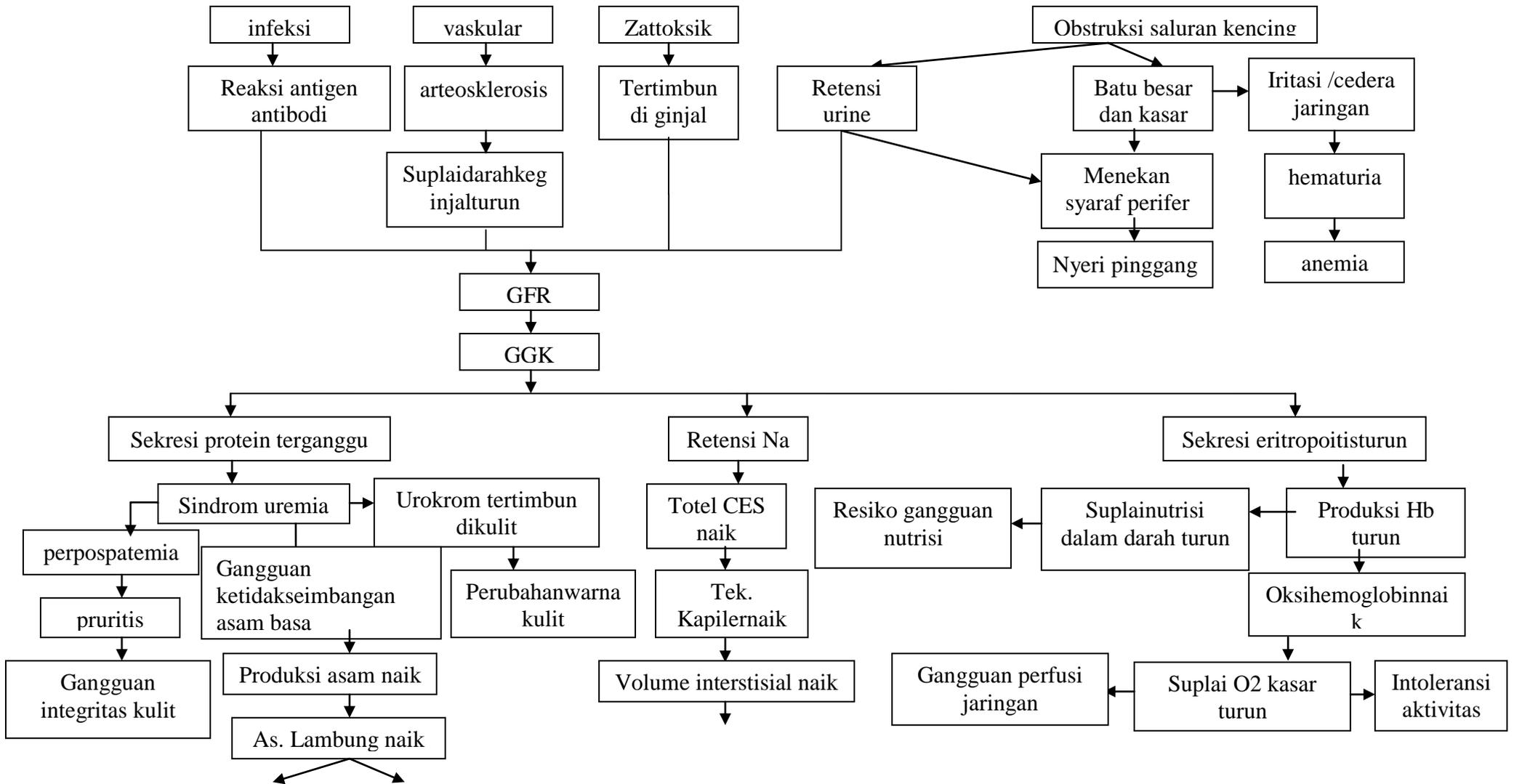
Gagal ginjal sering terjadi akibat anomaly ginjal atau traktus urinarius *congenital* seperti hipoplasia atau *dysplasia* ginjal, penyakit ginjal kistik dan kelainan ureter, katup vesikoureter dan uretra. Refluks vesikoureter bertekanan tinggi akibat obstruksi dapat menghancurkan ginjal in utero. Refluks minor akibat inkompetensi katup vesikoureter pun mampu menambah kerentanan terhadap infeksi ginjal, dan pielonefritis berulang dengan parut ginjal merupakan penyebab gagal ginjal kronik yang lazim pada semua usia. *Neurogenik bladder*, suatu masalah lazim pada anak dengan spina bifida, kadang-kadang disertai dengan cedera ginjal berat karena refluks dan infeksi. Penyakit *glomerulus* merupakan penyebab gagal ginjal yang semakin sering sesudah usia beberapa tahun pertama. Ginjal juga dapat ikut terkena pada penyakit sistemik, seperti lupus atau sindrom hemolitik-uremik. Kadang-kadang penyebab gagal ginjal kronik adalah nekrosis

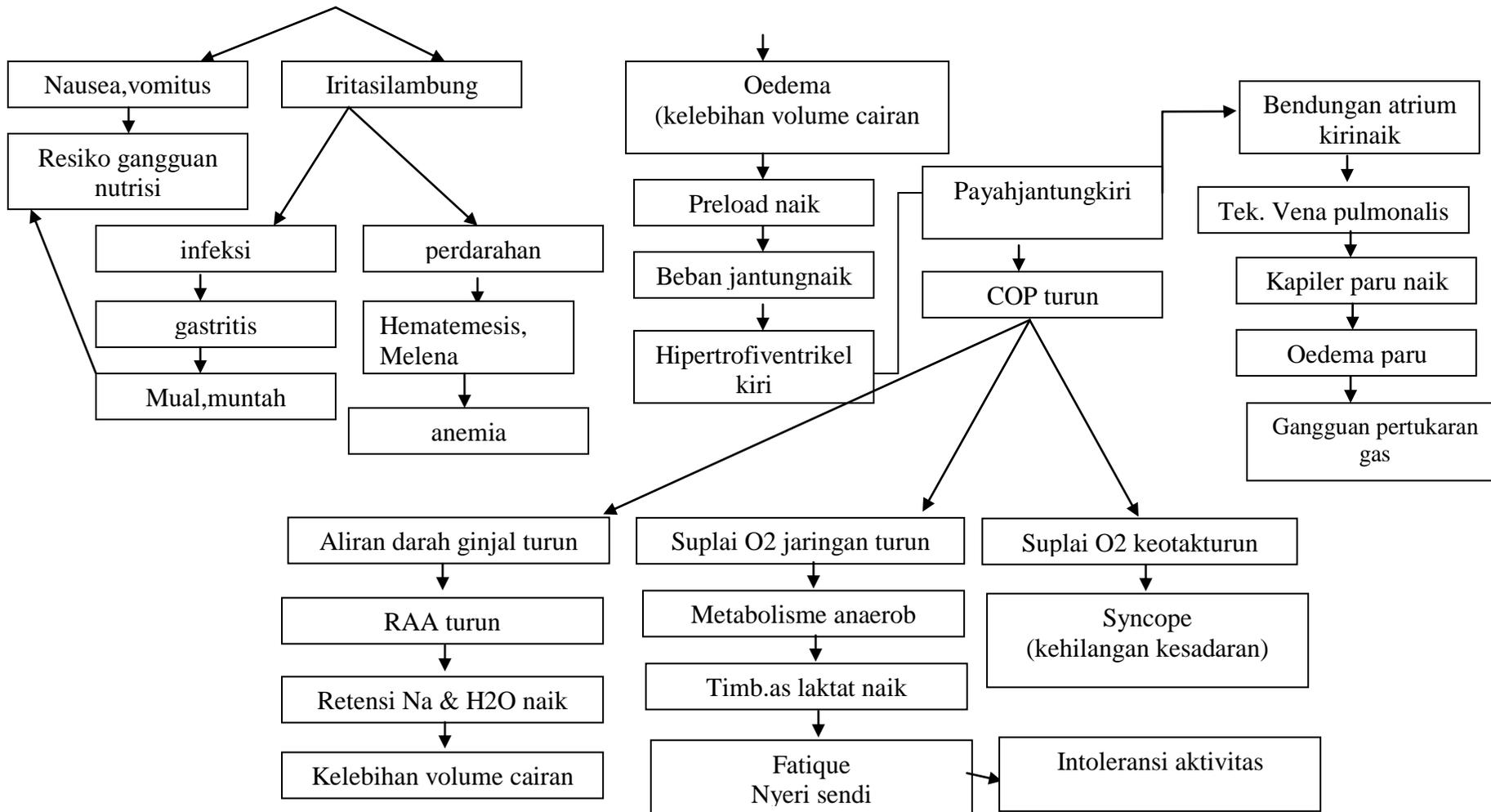
korteks karena anoksia ginjal, obat nefrotoksik, dan racun serta kesalahan metabolisme bawaan seperti sistinosis dan hipereoksaluria kongenital (Rudolph, dkk 2014).

2.1.3 Patofisiologi

Menurut Pranata & Prabowo (2014) dan Harrison (2013) Gagal ginjal kronis seringkali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder. Penyebab yang sering adalah diabetes mellitus dan hipertensi. Selain itu ada beberapa penyebab lain dari gagal ginjal kronis yaitu penyakit glomerular kronis (*glomerulonefritis*), infeksi kronis (*pyelonefritis kronis*, *tuberculosis*), kelainan kongenital (polikistik ginjal), penyakit vaskuler (*renal nephrosclerosis*), obstruksi saluran kemih (*nephrolithiasis*), penyakit kolagen (*systemik lupus erythematosus*) dan obat-obatan nefrotoksik (aminoglikosida).

2.1.4 Pathway





Sumber: Brunner & Suddart, 2013

2.1.5 Penatalaksanaan

Menurut Wong, dkk (2009) Pada gagal ginjal konik yang bersifat *irreversibel*, tujuan penatalaksanaan medis antara lain meningkatkan fungsi ginjal sampai taraf maksimal, mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dalam batas biokimiawi yang aman, mengobati komplikasi sistemik dan meningkatkan kualitas kehidupan hingga taraf seaktif dan senormal mungkin.

a. Pengaturan diet Tujuan diet pada gagal ginjal adalah memberikan kalori dan protein yang cukup sekaligus membatasi kebutuhan ekskresi pada ginjal, meminimalkan penyakit tulang metabolik, dan meminimalkan gangguan cairan dan elektrolit. Asupan natrium dan air biasanya tidak dibatasi kecuali bila terdapat gejala edema dan hipertensi, dan asupan kalium umumnya tidak dibatasi. Asupan fosfor harus dikendalikan melalui pengurangan asupan protein dan susu untuk mencegah atau mengoreksi gangguan keseimbangan kalsium atau fosfor. Kadar fosfor dapat dikurangi lebih lanjut dengan pemberian karbonat per oral yang berikatan dengan fosfor menurunkan absorpsi gastrointestinal dan menurunkan kadar fosfat serum.

b. Penatalaksanaan teknologik gagal ginjal kronik adalah 1). Dialisis merupakan proses pemisahan substansi koloid dan kristaloid dalam larutan berdasarkan perbedaan laju difusi melalui membrane semipermeabel. Metode dialisis yang kini tersedia adalah dialisis peritoneal dengan rongga abdomen berfungsi sebagai membran semipermeabel yang dapat dilalui oleh air dan zat terlarut yang ukuran molekulnya kecil; hemodialisis yaitu darah yang disirkulasikan diluar tubuh melalui membrane buatan yang memungkinkan alur yang sama untuk air dan zat terlarut; hemofiltrasi yaitu filtrat darah yang disirkulasi 30 di luar tubuh dengan diberi tekanan hidrostatis melintasi membran semipermeabel sambil pada saat yang bersamaan dimasukkan larutan pengganti. 2). Transplantasi memberikan kesempatan kepada pasien untuk menjalani hidup yang relative normal dan merupakan bentuk terapi pilihan untuk penderita gagal ginjal kronik. Ginjal untuk ditransplan diperoleh dari dua sumber yaitu donor kerabat yang masih hidup *living related donor* yang biasanya berasal dari orangtua atau saudara kandung, atau donor kadaver, yaitu yang berasal dari pasien yang sudah meninggal atau yang sudah mengalami kematian otak yang keluarganya yang menyetujui untuk menyumbangkan organ ginjal yang sehat tersebut. Tujuan utama transplantasi adalah kelangsungan hidup jaringan yang dicangkokkan dalam jangka waktu lama dengan melindungi jaringan yang secara antigen serupa dengan jaringan yang terdapat pada resipien dan dengan menekan mekanisme imun resipien.

Menurut Lemone, dkk (2014) mengatakan bahwa dalam mempertahankan nutrisi yang cukup dan mencegah kekurangan gizi kalori protein adalah fokus penatalaksanaan nutrisi selama tahap awal gagal ginjal kronik. Saat fungsi ginjal menurun, eliminasi air, zat terlarut, dan sisa metabolik rusak. Akumulasi zat sisa ini dalam tubuh memperlambat perkembangan kerusakan nefron, menurunkan gejala uremia, dan membantu mencegah komplikasi. Tidak seperti karbohidrat dan lemak, tubuh tidak dapat menyimpan kelebihan protein. Protein dalam makanan yang tidak dipakai dipecah menjadi urea dan sisa nitrogen lainnya, yang kemudian dieliminasi oleh ginjal. Makanan kaya protein juga mengandung ion anorganik seperti ion hydrogen, fosfat, dan sulfat yang dieliminasi oleh ginjal.

Asupan protein 31 harian 0,6 g/kg berat badan tubuh atau sekitar 40 g/hari untuk rata-rata pasien pria, memberikan asam amino yang dibutuhkan untuk perbaikan jaringan. Protein harus mempunyai nilai biologis tinggi, kaya asam amino esensial. Asupan karbohidrat ditingkatkan untuk mempertahankan kebutuhan energi dan memberikan sekitar 35 kilokalori per kilo per hari. (Almatsier,2004)

Asupan air dan natrium diatur untuk mempertahankan volume cairan ekstraseluler pada kadar normal. Asupan air satu sampai dua liter per hari biasanya dianjurkan untuk mempertahankan keseimbangan air. Natrium dibatasi hingga 2 gram per hari pada awalnya. Batasan air dan natrium yang lebih ketat dapat dibutuhkan pada saat gagal ginjal memburuk. Pasien diinstruksikan untuk memonitor berat badan tiap hari dan melaporkan kenaikan berat badan lebih dari dua koma tiga kilogram selama periode 2 hari.

Pada stadium empat dan lima, asupan kalium dan fosfor juga dibatasi. Asupan kalium dibatasi hingga kurang dari 60 hingga 70 mEq/hari (asupan normal dalam sekitar 100 mEq/ hari). Pasien diperingatkan untuk menghindari pemakaian pengganti garam. Yang biasanya berisi kadar kalium klorida tinggi. Makanan tinggi fosfor mencakup telur, produk susu, dan daging (Almatsier,2004)

2.1.6 Komplikasi Gagal Ginjal Kronik

Menurut Pranata & Prabowo (2014) Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronik adalah 1). Penyakit tulang Penurunan kadar kalsium (hipokalsemia) secara langsung akan mengakibatkan dekalsifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (osteoporosis) dan jika berlangsung lama akan menyebabkan fraktur patologis. 2). Penyakit kardiovaskuler Ginjal sebagai kontrol sirkulasi sistemik akan berdampak secara sistemik berupa hipertensi, kelainan lipid,

intoleransi glukosa, dan kelainan hemodinamik (sering terjadi hipertrofi ventrikel kiri).
3). Anemia Selain berfungsi dalam sirkulasi, ginjal juga berfungsi dalam rangkaian hormonal (endokrin). Sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal akan mengakibatkan penurunan hemoglobin.

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Tanda dan gejala klinis pada gagal ginjal kronis dikarenakan gangguan yang bersifat sistemik. Ginjal sebagai organ koordinasi dalam peran sirkulasi memiliki fungsi yang banyak (*organs multifunction*), sehingga kerusakan kronis secara fisiologis ginjal akan mengakibatkan gangguan keseimbangan sirkulasi dan vasomotor. Berikut ini adalah tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh gagal ginjal kronis menurut Pranata & Prabowo (2014) adalah 1). Ginjal dan gastrointestinal Sebagai akibat dari hiponatremi maka timbul hipotensi, mulut kering, penurunan turgor kulit, kelemahan, dan mual kemudian terjadi penurunan kesadaran (*somnolen*) dan nyeri kepala yang hebat. Dampak dari peningkatan kalium adalah peningkatan iritabilitas otot dan akhirnya otot mengalami kelemahan. Kelebihan cairan yang tidak terkompensasi akan mengakibatkan asidosis metabolik. Tanda paling khas adalah terjadinya penurunan urine output dengan sedimentasi yang tinggi. 2). Kardiovaskuler Biasanya terjadi hipertensi, gagal jantung, edema periorbital dan edema perifer. 3). Gastrointestinal Biasanya menunjukkan adanya inflamasi dan ulserasi pada mukosa gastrointestinal karena stomatitis, ulserasi, dan perdarahan gusi, dan kemungkinan juga disertai parotitis. Kejadian sekunder biasanya mengikuti seperti anoreksia, mual, dan vomiting. 4). Integumen Kulit pucat, kekuning-kuningan, kecoklatan, kering dan ada scalp. Selain itu biasanya juga menunjukkan adanya purpura, ekimosis, petechie, dan timbunan urea pada kulit. 5). Neurologis Biasanya ditunjukkan dengan adanya neuropathy perifer, nyeri, gatal pada lengan dan kaki. Selain itu, juga adanya kram pada otot dan refleks kedutan, daya memori menurun, apatis, rasa kantuk meningkat, iritabilitas, pusing, koma, dan kejang. 6). Endokrin Bisa terjadi infertilitas dan penurunan libido, amenorrhea, dan gangguan siklus menstruasi pada wanita, penurunan sekresi sperma, peningkatan sekresi aldosteron dan kerusakan metabolisme karbohidrat. 7). Hematopoietic Terjadi anemia, penurunan waktu hidup sel darah merah, trombositopenia (dampak dari dialysis), dan kerusakan platelet. Biasanya masalah yang serius pada system hematologi ditunjukkan dengan adanya perdarahan (purpura, ekimosis dan petechie). 8). Musculoskeletal Nyeri pada sendi dan tulang, demineralisasi tulang, fraktur patologis dan kalsifikasi (otak, mata, gusi, sendi, miokard).

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Berikut ini adalah pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa gagal ginjal kronis (Pranata & Prabowo, 2014) adalah 1). Biokimiawi Pemeriksaan utama dari analisa fungsi ginjal adalah ureum dan kreatinin plasma. Untuk hasil yang lebih akurat untuk mengetahui fungsi ginjal adalah dengan analisa (klirens kreatinin). Selain pemeriksaan fungsi ginjal (renal function test), pemeriksaan kadar elektrolit juga harus dilakukan untuk mengetahui status keseimbangan elektrolit dalam tubuh sebagai bentuk kinerja ginjal. 2). Urinalisis dilakukan untuk menapis ada/ tidaknya infeksi pada ginjal atau ada/ tidaknya perdarahan aktif akibat inflamasi pada jaringan parenkim ginjal. 3). Ultrasonografi ginjal Imaging (gambaran) dari ultrasonografi akan memberikan informasi yang mendukung untuk menegakkan diagnosa gagal ginjal. Pada klien gagal ginjal biasanya menunjukkan adanya obstruksi atau jaringan parut pada ginjal. Selain itu, ukuran dari ginjal pun akan terlihat.

Menurut Lemone, dkk (2016) pemeriksaan diagnostik digunakan baik untuk mengidentifikasi gagal ginjal kronik maupun memonitor fungsi ginjal. Sejumlah pemeriksaan dapat dilakukan untuk menentukan penyebab gangguan ginjal. Ketika diagnosis ditegakkan, fungsi ginjal dimonitor terutama lewat kadar sisa metabolik dan elektrolit dalam darah adalah 1). Urinalisis Dilakukan untuk mengukur berat jenis urine dan mendeteksi komponen urine yang abnormal. Pada gagal ginjal kronik, berat jenis dapat tetap pada sekitar 1,010 akibat kerusakan sekresi tubulus, reabsorpsi dan kemampuan memekatkan urine. Protein abnormal, sel darah dan bekuan sel dapat juga ditemukan di urine. 2). Kultur urine Diinstruksikan untuk mengidentifikasi infeksi saluran kemih yang mempercepat perkembangan gagal ginjal kronik. 3). *Blood urea nitrogen* dan kreatinin serum Diambil untuk mengevaluasi fungsi ginjal dan mengkaji perkembangan gagal ginjal. *Blood urea nitrogen* 20-50 mg/dL mengindikasikan azotemia ringan; kadar lebih dari 100 mg/dL mengindikasikan kerusakan ginjal berat. Gejala 28 uremia ditemukan saat *Blood urea nitrogen* sekitar 200 mg/dL atau lebih tinggi. Kadar serum kreatinin lebih dari 4 mg/dL mengindikasikan kerusakan ginjal serius. 4). *eGlomerular filtration rate* digunakan untuk mengevaluasi *glomerular filtration rate* dan stadium penyakit ginjal kronik. *eGlomerular filtration rate* adalah perhitungan nilai yang ditentukan menggunakan rumus yang memasukkan kreatinin serum, usia, jenis kelamin dan ras pasien. 5). Elektrolit serum Dimonitor lewat perjalanan gagal ginjal kronik. Natrium serum dapat berada dalam batasan normal atau rendah karena retensi air. Kadar kalium naik tetapi biasanya tetap dibawah 6,5 mEq/L. Fosfor serum naik dan kadar

kalsium turun. Asidosis metabolik diidentifikasi dengan pH rendah, karbondioksida rendah, dan kadar bikarbonat rendah. 6). *Complete blood count* Menunjukkan anemia sedang ke arah berat dengan hematokrit 20% hingga 30% dan hemoglobin rendah. Jumlah sel darah merah dan trombosit turun. 7). Ultrasonografi ginjal Dilakukan untuk mengevaluasi ukuran ginjal. Pada gagal ginjal kronik, ukuran ginjal berkurang karena nefron hancur dan massa ginjal mengecil. 8). Biopsi ginjal dapat dilakukan untuk mengidentifikasi proses penyakit penyebab jika ini tidak jelas. Selain itu juga digunakan untuk membedakan gagal ginjal akut dan gagal ginjal kronik. Biopsi ginjal dapat dilakukan pada pembedahan atau dilakukan menggunakan biopsi jarum.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Pranata & Prabowo (2014) Pengkajian pada klien gagal ginjal kronis sebenarnya hampir sama dengan klien gagal ginjal akut, namun disini pengkajian lebih penekanan pada support system untuk mempertahankan kondisi keseimbangan dalam tubuh. Dengan tidak optimalnya/ gagalnya fungsi ginjal, maka tubuh akan melakukan upaya kompensasi selagi dalam batas ambang kewajaran. Tetapi, jika kondisi ini berlanjut (kronis) maka akan menimbulkan berbagai manifestasi klinis yang menandakan gangguan system tersebut. Berikut ini adalah pengkajian keperawatan pada klien dengan gagal ginjal kronis: 1). Biodata . Tidak ada spesifikasi khusus untuk kejadian gagal ginjal, namun laki-laki sering memiliki risiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat. Gagal ginjal kronis merupakan periode lanjut dari insidensi gagal ginjal akut, sehingga tidak berdiri sendiri. 2). Keluhan Utama Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa urine output yang menurun (oliguria) sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada system sirkulasi-ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, napas berbau urea. Kondisi ini dipicu oleh penumpukan zat sisa metabolisme toksin dalam tubuh karena ginjal mengalami kegagalan filtrasi. 3). Riwayat kesehatan sekarang. Pada klien dengan gagal ginjal kronis kaji onset penurunan urine output, penurunan kesadaran, kelemahan fisik, perubahan pola napas karena komplikasi dari gangguan system ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit, bau urea pada napas. 4). Riwayat kesehatan dahulu . Gagal ginjal kronik dimulai dengan periode gagal ginjal akut dengan berbagai penyebab. Oleh karena itu, informasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk penegasan masalah. Kaji riwayat penyakit Infeksi Saluran Kemih, payah jantung,

penggunaan obat berlebihan khususnya obat yang bersifat nefrotoksik, *Benigna Prostat Hiperplasia*). Riwayat kesehatan keluarga. Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus sekunder seperti Diabetes Melitus dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat hereditas. 6). Keadaan umum dan tanda-tanda vital. Kondisi klien dengan gagal ginjal kronis biasanya lemah (*fatigue*), tingkat kesadaran bergantung pada tingkat toksisitas. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital sering didapatkan respirasi meningkat, hipertensi/ hipotensi sesuai dengan kondisi fluktuatif. 7). Sistem pernapasan. Adanya bau urea pada bau napas. Jika terjadi komplikasi asidosis/ alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patologi gangguan. Pola napas akan semakin cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi. 8). Sistem hematologi. Ditemukan adanya *friction rub* pada kondisi uremia berat. Selain itu, biasanya terjadi tekanan darah meningkat, akral dingin, *capillary refill time* > 3 detik, palpitasi jantung, nyeri dada, dispneu, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya. 9). Sistem perkemihan. Dengan gangguan/ kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi, dan sekresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urine output < 400 ml/hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output). 10). Sistem pencernaan Gangguan sistem pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit. Sering ditemukan anoreksia, mual, muntah dan diare.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan gagal ginjal kronis menurut Pranata & Prabowo (2014) dan Margareth (2012) adalah 1). Penurunan curah jantung berhubungan dengan beban jantung meningkat. Penurunan curah jantung adalah Ketidakadekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Batasan karakteristik berupa edema, kelelahan, peningkatan berat badan, dispnea, perubahan tekanan darah, bunyi napas tambahan, bradikardia, palpitasi jantung. Faktor yang berhubungan yaitu Perubahan afterload, perubahan frekuensi jantung, perubahan irama jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan volume sekuncup.2).Kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan kegagalan mekanisme pengaturan ginjal. Kelebihan volume cairan adalah peningkatan retensi cairan isotonik. Batasan karakteristik berupa Bunyi napas adventisius, gangguan elektrolit, anasarka, perubahan tekanan darah, pola pernapasan, *dyspnea*, edema, peningkatan tekanan vena sentral dan distensi vena jugularis, asupan melebihi haluaran, penambahan berat badan

dalam waktu singkat, bunyi jantung S3. Faktor yang berhubungan adalah gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan. 3).Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. Ketidakefektifan pola napsa adalah inspirasi dan/ atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat. Batasan karakteristik berupa Dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal (seperti Irama, frekuensi, kedalaman). Faktor yang berhubungan: Ansietas, hiperventilasi, kelelahan, kelelahan otot pernapasan, nyeri. 4).Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis. Ketidakseimbangan nutrisi adalah asupan nutrisi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik berupa kram abdomen dan nyeri abdomen, menghindari makanan, berat badan 20% atau lebih di bawah berat badan ideal atau penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat, diare, kehilangan rambut berlebihan, kurang makanan dan informasi, membrane mukosa pucat, tonus otot menurun, membran mukosa pucat, mengeluh gangguan sensasi rasa. Faktor yang berhubungan ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrient, ketidakmampuan untuk mencerna makanan, ketidakmampuan menelan makanan, faktor biologis. 5). Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan. Batasan karakteristik berupa *Dispnea* setelah beraktivitas, kelelahan, ketidaknyamanan setelah beraktivitas, respons tekanan darah abnormal terhadap aktivitas. Faktor yang berhubungan yaitu Gaya hidup kurang gerak, imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring. 6). Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Defisit perawatan diri adalah hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Batasan karakteristik berupa ketidakmampuan membasuh tubuh, ketidakmampuan mengakses kamar mandi, ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi, ketidakmampuan mengatur air mandi, ketidakmampuan mengeringkan tubuh, ketidakmampuan menjangkau sumber air. Faktor yang berhubungan: Ansietas, kelemahan, kendala lingkungan, nyeri, penurunan motivasi, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh. 7). Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan status cairan. Kerusakan integritas kulit adalah perubahan/ gangguan epidermis dan/ atau dermis. Batasan karakteristik berupa kerusakan lapisan kulit, gangguan permukaan kulit, invasi struktur tubuh. Faktor yang berhubungan yaitu Perubahan status cairan, perubahan turgor, kondisi ketidakseimbangan nutrisi, penurunan sirkulasi. 8). Defisiensi pengetahuan

berhubungan dengan kurang pajanan. Defisiensi pengetahuan adalah ketiadaan pengetahuan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Batasan karakteristik berupa Perilaku hiperbola, ketidakadekuran melakukan tes, pengungkapan masalah. Faktor yang berhubungan yaitu Keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang pajanan, kurang dapat mengingat.

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis adalah 1). Penurunan curah jantung berhubungan dengan beban jantung meningkat. *Nursing Outcome Classification* adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 60 menit klien akan 0414. Status Jantung Paru keefektifan pompa jantung yang dibuktikan dengan indikator 1 (deviasi berat dari kisaran normal), 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal), 3 (deviasi sedang dari kisaran normal), 4 (deviasi ringan dari kisaran normal), 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal) dengan kriteria hasil yaitu tekanan darah sistol, tekanan darah diastole, tingkat pernapasan, irama pernapasan, urine output, dispnea saat beristirahat, dispnea dengan aktivitas ringan, kelelahan. *Nursing Intervantion Classification* 4040 adalah Perawatan Jantung. Intervensi: a) Evaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada), b) Monitor tanda-tanda vital secara rutin, c) Monitor disritmia jantung termasuk gangguan ritme dan konduksi jantung, d) Monitor keseimbangan cairan (masukan dan keluaran serta berat badan harian), e) Monitor sesak nafas, kelelahan, *takipnea* dan *orthopnea*, f) Susun waktu latihan dan istirahat untuk mencegah kelelahan. 2). Diagnosis keperawatan kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan kegagalan mekanisme pengaturan ginjal. *Nursing Outcome Classification* adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam klien akan 0600. Keseimbangan elektrolit dan asam basa yang dibuktikan dengan indikator 1 (deviasi berat dari kisaran normal), 2 (deviasi yang cukup cukup berat dari kisaran normal), 3 (deviasi sedang dari kisaran normal), 4 (deviasi ringan dari kisaran normal), 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal) dengan kriteria hasil Irama jantung normal, pH darah normal, orientasi baik, ureum, kreatinin, *Blood Urea Nitrogen*. *Nursing Intervantion Classification* 4120. Manajemen Cairan dengan Intervensi: a) Monitor dan catat intake dan output cairan selama 24 jam secara akurat, b) Pasang urine kateter jika diperlukan, c) Monitor hasil laboratorium terkait retensi cairan (*Blood urea nitrogen, osmolalitas urine*), d) Monitor tanda-tanda vital, awasi hipertensi, peningkatan nadi dan suhu, e) Monitor indikasi retensi/ kelebihan cairan (cracles, edema, distensi vena leher,

asites), f) Kaji lokasi luasnya edema, g) Monitor masukan makanan/ cairan, h) Berikan diuretik yang diresepkan. 3). Perubahan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi. *Nursing Outcome Classification* Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam klien akan 0415. Status pernafasan yang dibuktikan dengan indikator 1 (deviasi berat dari kisaran normal), 2 (deviasi yang cukup berat dari kisaran normal), 3 (deviasi sedang dari kisaran normal), 4 (deviasi ringan dari kisaran normal), 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal) dengan kriteria hasil berupa Frekuensi pernapasan, irama pernapasan, suara auskultasi napas. *Nursing Intervantion Classification* 3350. Monitor pernafasan dengan Intervensi: a) Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas, b) Monitor suara nafas tambahan seperti ngorok atau mengi, c) Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut. 4). Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, ketidakmampuan untuk mencerna makanan, faktor biologis. *Nursing Outcome Classification* setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam klien akan: 1008. *Nutritional Status Food and Fluid Intake*, 0303. *Self-care Eating*, 1006. Weight: Body mass yang dibuktikan dengan indikator 1 (sangat berat), 2 (berat), 3 (sedang), 4 (ringan), 5 (tidak ada gangguan) dengan kriteria hasil Intake makanan per oral adekuat, intake cairan adekuat, menyatakan nafsu makan baik, menyiapkan makanan dengan baik, menghabiskan porsi makanan tanpa ada gangguan, tidak ada gangguan selama proses makan (mual/ muntah). *Nursing Intervantion Classification* 1100. *Nutrition Management* dengan Intervensi a) Kaji status nutrisi klien dan kemampuan klien untuk pemenuhan nutrisi klien, b) Atur diet makanan klien sesuai kondisi penyakit (indikasi dan kontraindikasi), c) Monitoring asupan nutrisi dan kalori tiap hari, d) Ciptakan lingkungan yang nyaman untuk mendukung nafsu makan klien, e) Anjurkan klien/ keluarga untuk membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi) sebelum makan untuk meningkatkan kenyamanan, f) Monitor kecenderungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan, g) Lakukan atau bantu pasien terkait dengan perawatan mulut sebelum makan. 5). Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, gaya hidup kurang gerak, imobilitas, tirah baring. *Nursing Outcome Classification* Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama satu kali dua puluh empat jam, klien akan 0005 Toleransi terhadap aktivitas yang dibuktikan dengan indikator 1 (sangat terganggu), 2 (banyak terganggu), 3 (cukup terganggu), 4 (sedikit terganggu), 5 (tidak terganggu) dengan kriteria hasil frekuensi pernapasan ketika beraktivitas, tekanan darah sistolik ketika beraktivitas,

tekanan darah diastolik ketika beraktivitas, kekuatan tubuh bagian atas, kekuatan tubuh bagian bawah, kemudahan dalam melakukan aktivitas hidup harian. *Nursing Intervantion Classification* 0180 Manajemen energi dengan Intervensi: a) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan, b) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan, c) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas yang akan dilakukan, d) Bantu pasien untuk menjadwalkan istirahat, e) Anjurkan aktivitas fisik (misalnya ambulasi,) sesuai dengan kemampuan (energi pasien).

6). Defisit perawatan diri berhubungan dengan: ansietas, kelemahan, kendala lingkungan, nyeri, penurunan motivasi, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh. *Nursing Outcome Classification* adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama satu kali tiga puluh menit, klien akan 0313 Status perawatan diri yang dibuktikan dengan indikator 1(sangat terganggu), 2 (banyak terganggu), 3(cukup terganggu), 4(sedikit terganggu), 5(tidak terganggu) dengan kriteria hasil pasien dapat mandi sendiri, berpakaian sendiri, mempertahankan kebersihan diri, mempertahankan kebersihan mulut. *Nursing Intervantion Classification* 1801 Bantuan perawatan diri mandi/ kebersihan dengan Intervensi a) Tentukan jumlah dan tipe terkait dengan bantuan yang diperlukan, b) Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat, c) Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri, dengan tepat, d) Monitor kebersihan kuku, sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien, e) Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri, f) Siapkan perlengkapan untuk membersihkan rambut (misalnya baskom, sampo dan kondisioner).

7). Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan perubahan status cairan, perubahan turgor, kondisi ketidakseimbangan nutrisi, penurunan sirkulasi. *Nursing Outcome Classification* Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam, klien akan: 1105. *Hemodialysis Access*, 1101. *Tissue Integrity: skin and mucous membranes* yang dibuktikan dengan indikator 1(sangat berat), 2(berat), 3(sedang), 4(ringan), 5(tidak ada gangguan) dengan kriteria hasil suhu permukaan normal, tidak ada pembekuan darah (emboli) di sekitar akses, tidak ada edema dan nyeri. *Nursing Intervantion Classification* 4240. *Dialysis Access Maintenance* dengan Intervensi: a) Monitoring posisi kateter dialisis, b) Monitoring kondisi akses dialysis (kemerahan, edema, demam, perdarahan, hematoma dan penurunan sensasi rasa), c) Hindari kompresi/ penekanan pada akses dialysis.

8). Defisiensi pengetahuan yang berhubungan dengan keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang pajaran, kurang dapat mengingat. *Nursing Outcome Classification* setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam, klien akan 1847. *Knowledge: Chronic Disease Management*,

1857 yang dibuktikan dengan indikator 1(tidak tahu), 2(pengetahuan terbatas), 3(pegetahuan cukup baik), 4(pengetahuan baik), 5(pengetahuan sangat baik) dengan kriteria hasil pasien mampu menjelaskan faktor penyebab penyakit dan proses penyakit, mampu menyebutkan tanda dan gejala dari penyakitnya, mampu menjelaskan komplikasi dari penyakitnya, mengikuti perintah diet sesuai anjuran. *Nursing Intervantion Classification*5602. *Teaching Disease Process* dengan Intervensi: a) Nilai tingkat pengetahuan klien mengenai penyakitnya, b) Jelaskan tanda dan gejala umum dari penyakit, sesuai kebutuhan, c) Sediakan informasi yang adekuat untuk akses pengetahuan klien, d) Diskusikan dengan pasien terkait dengan terapi yang akan diberikan, e) Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin ada, sesuai kebutuhan, f) Edukasi pasien mengenai tindakan untuk mengontrol/ meminimalkan gejala sesuai kebutuhan.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Wong, dkk (2009) komplikasi *End Stage Renal Disease* yang multipel ditangani sesuai dengan protokol medis yang diindikasikan untuk perawatan masalah-masalah medis yang spesifik tersebut. Meski demikian, penyakit yang progresif ini akan menyebabkan sejumlah stres pada anak dan keluarga, termasuk stres akibat sakit yang berpotensi menyebabkan kematian. Terdapat kebutuhan kontinu terhadap pemeriksaan berulang yang seringkali mencakup prosedur yang menimbulkan rasa nyeri, efek samping dan seringnya perawatan di rumah sakit. Setelah diagnosis gagal ginjal ditegakkan, biasanya tindakan untuk memulai hemodialisis dianggap sebagai suatu pengalaman positif. Perawat bertanggung jawab memberikan penyuluhan kepada keluarga mengenai implikasinya, dan rencana terapi, kemungkinan efek psikologis penyakit dan penanganannya, dan aspek teknis prosedur.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Wong, dkk (2009: 1202) mengatakan bahwa keefektifan keperawatan ditentukan oleh pengkajian ulang dan evaluasi asuhan secara kontinu berdasarkan pedoman observasi yaitu:1.) Observasi dan wawancara keluarga mengenai kepatuhan mereka pada program medis dan diet. 2.) Pantau tanda vital, pengukuran pertumbuhan, laporan laboratorium, perilaku, penampilan. 3.) Observasi dan wawancara pasien dan keluarga mengenai perasaan mereka, kekhawatiran, dan rasa takut; observasi reaksi terhadap terapi dan prognosis.

BAB 3

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil studi kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Prof.Dr.W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 17 Juli 2019 di ruang Instalasi Gawat Darurat. Pasien yang dirawat berinisial Tn. M.N, umur 45 tahun,jenis kelamin laki-laki,agama Katolik pekerjaan supir,alamat Teunbaun,No Register 490908. Tn. M.N masuk rumah sakit pada tanggal 17Juli 2019 pukul 11.00 dengan diangnosa medik gagal ginjal kronik,tanggal pengkajian 17 Juli 2019 sumber informasi dari pasien,keluarga dalam hal ini penanggung jawab Ny. DNM sebagai isteri dan catatan perawatan.

3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan oleh mahasiswa pada tanggal 17 Juli 2019 dengan data yang didapatkan alasan pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama adalah sesak napas tanggal 16 Juli 2019 pukul 23.00,sejak tanggal 17 Juli 2019 pukul 04.00 kejang-kejang tiga kali, wajah pasien tampak cemas, mual-muntah dua kali, kurang nafsu makan,tidak buang air kecil sejak kemarin pagi,tidak buang air besar sejak satu minggu yang lalu.Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi. Pasien pernah mengkonsumsi obat CaptoprilTn.M.N tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat-obatan atau pun makanan. Hasil pemeriksaan sementara didapatkan tanda tanda vital pernapasan empat puluh kali per menit, Tekanan darah 170/100 milimeterHg, suhu 37,1⁰C, nadiserratus empatbelas per menit, pasien tampak lemah, kesadaran composmentis dengan Glasglow Coma Scale. *Eyes*4, *Motorik*5, *Verbal*6 hasilnya 15. Hasil pengukuran kekuatan otot didapatkan ekstremitas atas bagian *sinitra* dan *dekstra* bernilai 5,dan ekstremitas bawah bagian *sinitra* dan *dekstra* bernilai 5. Riwayat penyakit keluarga Tn. MN adalah anak pertama dari empat bersaudara dan mempunyai lima orang anak.

Pengkajian primer,*Airway* (jalan napas) paten tidak ada sumbatan jalan napas,*breathing*(pernapasan) pasien sesak napas tanpa aktivitas,gerak dada simetris,irama napas normal,kedalaman dangkal,ada reflek batuk,batuk produktif ada sputum berwarna kuning jernih dengan konsistensi kental, ada bunyi napas ronchi, pola napas teratur respiration rate empat puluh kali permenit, saturasi oksigen 90%, *circulation*: nadi 114 x/menit, irama teratur, irama kuat, tekanan darah 170/100 milimeterHg, ekstremitas hangat, warna kulit pucat, *capillary reffil time* < 3 detik, ada oedema pada kedua tungkai dan wajah, turgor kulit baik, mukosa bibir kering,kebutuhan cairan dan elektrolit

terpasang *Intravenousfluitdrops* NaCl 0,9% 500 mililiter/24 jam, buang air kecil 1 kali/hari jumlah sedikit warna kuning pekat, buang air besar satu kali dalam 2 atau 3 hari. *Disability*: tingkat kesadaran *composmentis*, *pupil isokor* *Glasglow coma scale* : *Eyes*:4 *Verbal*:5 *Motorik*: 6 jumlah: 15

Pengkajian sekunder hasil pengukuran kekuatan otot didapatkan ekstremitas atas bagian *sinistra* dan *dekstra* bernilai 5, dan ekstremita bawah bagian *sinistra* dan *dekstra* bernilai 5. Terapi tindakan kolaborasi diberikan oksigen 3 liter permenit secara *non rebreathing mask* dengan kontra indikasi pasien dengan riwayat penyakit obstruktif kronik, fibrosis kistik, deformitas dinding dada, penyakit neuromuscular dan bronkiektasis, Natrium Clorida 0,9% 20 tetes per menit dengan kontra indikasi hiperhidrasi, hipernatremia, hipokalemia, kondisi asidosis dan hipertensi. Pemberian diazepam 2 cc secara intravena dengan kontra indikasi glaucoma akut, myastasia gravis, anak usia < 6 bulan *sindrom sleep apnea*, efek samping tanda-tanda alergi, depresi, napas pendek, letih dan spasme otot, furosemide empat puluh miligram secara intravena dengan kontraindikasi riwayat alergi, anuria dan ibu hamil, efek samping hipokalemia, peningkatan asam urat dan gula darah, mual muntah, isosorbit dinitrat 5 miligram secara sublingual dengan kontra indikasi , efek samping pusing dan sakit kepala, mual dan kemerahan pada kulit. Pemeriksaan penunjang tanggal pemeriksaan 17.07.2019. Jenis pemeriksaan *Mean Corpuscular Volume* 74,7 femoliter, *Jumlah leukosit* 1,16 sepuluh pangkat tiga per mililiter darah, *eusinofil* 0,0, *jumlah neutrofil* 0,86, *jumlah limfosit* 0,18 *monosit* 9,5, *kreatinin darah* 34,67,. Terapi atau tindakan kolaborasi *diazepam* 10 mili gram dalam 1 ampul secara intra vena, *isosorbide dinitrate* per sub lingual, *furosemid* 40 miligram secara intra vena infus *Natrium clorida* 0,9% 500 mililiter 20 tetes permenit secara intra vena.

3.1.2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn. M.N adalah 1). Kelebihan volume cairan yang disebabkan oleh gangguan mekanisme regulasi dengan data yang didapat yaitu pasien mengeluh sesak napas, bengkak pada kedua kaki, bengkak pada pipi, pengeluaran urine per tiga jam tiga mililiter, tekanan darah seratus tujuh puluh per seratus milimeter Hg, nadi seratus empat belas kali per menit, pernapasan empat puluh kali per menit 2). Diagnosis keperawatan

kedua hambatan pertukaran gas yang disebabkan oleh ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, dengan data yang di dapat pasien mengeluh sesak napas, pernapasan cuping hidung, saturasi oksigen 90%.

3.1.3. Intervensi Keperawatan

Tahap perencanaan keperawatan ada tahap goal, obyektif, *Nursing Outcome Classification* dan *Nursing Intervantion Classification*, (Gloria, 2016) yang dibuat adalah diagnosis pertama kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. *Nursing Outcome Classification* 0602 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dua puluh empat jam klien akan meningkatkan Keseimbangan elektrolit dan asam basa yang dibuktikan dengan indikator 1) membrane mukosa lembab meningkat dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu), 2) output urine meningkat dari 1 (sangat terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu), 3) warna urine keruh meningkat dari 2 (besar compromised) menjadi 4 (sedikit terganggu), 4) penurunan tekanan darah meningkat dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu) *Nursing Intervantion Classification* 2020. Monitor elektrolit dengan Intervensi: 1) Monitor asupan dan pengeluaran, 2) monitor tekanan darah, denyut jantung dan status pernapasan 3) Pantau kadar serum elektrolit yang abnormal, seperti yang tersedia, 4) timbang berat badan harian dan pantau gejala, 5) Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan, 6) jaga pencatatan intake/asupan dan output yang akurat, 7) pantau adanya tanda dan gejala retensi cairan, 8) monitor tanda-tanda vital yang sesuai, 9) batasi cairan yang sesuai, 10) Konsultasi dengan dokter jika tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan dan/atau elektrolit menetap atau memburuk. Diagnosis hambatan pertukaran gas, setelah dilakukan tindakan perawatan selama dua puluh empat jam pasien akan menunjukkan tanda-tanda keseimbangan pertukaran gas dengan criteria *Nursing Outcomes Clasification* 0414. 1) Tekanan darah sistol meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari normal) menjadi 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal), 2) tekanan darah diastole meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) menjadi 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal), 3) tingkat pernapasan meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) menjadi 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal), 4) kedalaman inspirasi meningkat dari 3 (deviasi sedang dari kisaran normal) menjadi 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal), 5) *dyspnea* pada saat istirahat akan meningkat dari 2 (cukup berat) menjadi 4 (ringan), 6) pucat meningkat dari 3 (sedang) menjadi 4 (ringan). *Nursing Intervensi Clasification* Manajemen jalan napas 3140 1). Posisikan untuk meringankan sesak napas, 2) monitor status pernapasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya. 3)

Monitor status pernapasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya, 4) posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, 5) auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan, 6) kelola udara atau oksigen yang dilembabkan sebagaimana mestinya.

3.1.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada tanggal 17 Juli mulai pukul 11.10 sampai pukul 14.00. Implementasi dilakukan pada semua diagnosa yang di angkat. **Diagnosis1** : Kelebihan volume cairan, tindakan yang dilakukan yaitu : 1). Pada pukul 11.10 lakukan pemasangan infus natrium clorida 0,9 % 20 tetes per menit, pukul 11.15 monitor tanda-tanda vital pasien, hasil yang ditemukan tanda-tanda vital tekanan darah 170/100 mmHg, nadi 114 kali per menit, pernapasan empat puluh kali per menit, SpO₂ 90 %, 13.10 monitor asupan dan pengeluaran, asupan lima puluh mililiter dan pengeluaran tiga milliliter dalam tiga jam. 11.55 memberikan injeksi furosemide empat puluh miligram secara intravena. **Diagnosis2** : Pukul 11.05 Lakukan pemasangan oksigen non rebreathing mask tiga liter per menit, posisikan kepala tempat tidur lebih tinggi empat puluh derajat atau semifowler untuk meringankan sesak napas.

3.1.5 Evaluasi

Hasil evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan tindakan diagnosis yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode subjektif, objektif, asesmen, planning untuk diagnosis kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi Subyektif pasien mengatakan kaki dan pipi masih bengkak, obyektif tanda-tanda vital tekanan darah 150/90 milimeterHg, nadi 95 kali per menit, pernapasan 38 kali per menit, pasien sesak tanpa aktivitas, tampak udem pada kedua ekstremitas bawah, pada pipi, terpasang infuse NaCl 0,9% 20 tetes per menit, assessment masalah belum teratasi, planning Intervensi dilanjutkan di ruang rawat. Pada diagnosis yang kedua hasil evaluasi pada setiap tindakan yang ditetapkan dengan menggunakan metode subjektif, objektif, asesmen, planning untuk diagnosis gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi Subjektif pasien mengatakan masih merasa sesak napas, Objektif tanda-tanda vital tekanan darah 150/90 milimeterHg, nadi 95 kali per menit, pernapasan 38 kali per menit, SpO₂: 90 %, *Asesment* masalah belum teratasi. *Planning Intervensi* dilanjutkan di ruang rawat.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Menurut Pranata & Prabowo (2014) Pengkajian pada klien gagal ginjal kronis sebenarnya hampir sama dengan klien gagal ginjal akut, namun disini pengkajian lebih penekanan pada support system untuk mempertahankan kondisi keseimbangan dalam tubuh. Dengan tidak optimalnya/ gagalnya fungsi ginjal, maka tubuh akan melakukan upaya kompensasi selagi dalam batas ambang kewajaran. Tetapi, jika kondisi ini berlanjut (kronis) maka akan menimbulkan berbagai manifestasi klinis yang menandakan gangguan system tersebut. Berikut ini adalah pengkajian keperawatan pada klien dengan gagal ginjal kronis: 1). Biodata : Tidak ada spesifikasi khusus untuk kejadian gagal ginjal, namun laki-laki sering memiliki risiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat. Gagal ginjal kronis merupakan periode lanjut dari insidensi gagal ginjal akut, sehingga tidak berdiri sendiri. 2). Keluhan : Utama Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa urine output yang menurun (oliguria) sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada system sirkulasi-ventilasi, anoreksia, mual dan muntah, napas berbau urea. Kondisi ini dipicu oleh penumpukan zat sisa metabolisme toksin dalam tubuh karena ginjal mengalami kegagalan filtrasi. 3). Riwayat kesehatan sekarang Pada klien dengan gagal ginjal kronis kaji onset penurunan urine output, penurunan kesadaran, kelemahan fisik, perubahan pola napas karena komplikasi dari gangguan system ventilasi, fatigue, perubahan fisiologis kulit, bau urea pada napas. 4). Riwayat kesehatan dahulu Gagal ginjal kronik dimulai dengan periode gagal ginjal akut dengan berbagai penyebab. Oleh karena itu, informasi penyakit terdahulu akan menegaskan untuk penegasan masalah. Kaji riwayat penyakit Infeksi Saluran Kemih, payah jantung, penggunaan obat berlebihan khususnya obat yang bersifat nefrotoksik, Benigna Prostat Hiperplasia dan lain-lain. 5). Riwayat kesehatan keluarga Gagal ginjal kronis bukan penyakit menular dan menurun, sehingga silsilah keluarga tidak terlalu berdampak pada penyakit ini. Namun, pencetus sekunder seperti Diabetes Melitus dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis, karena penyakit tersebut bersifat herediter. 6). Keadaan umum dan tanda-tanda vital : Kondisi pasien dengan gagal ginjal kronis biasanya lemah (fatigue), tingkat kesadaran bergantung pada tingkat toksisitas. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital sering didapatkan pernapasan meningkat, hipertensi/ hipotensi sesuai dengan kondisi fluktuatif. 7). Sistem pernapasan Adanya bau urea pada bau napas. Jika terjadi komplikasi asidosis/ alkalosis respiratorik maka kondisi

pernapasan akan mengalami patologis gangguan. Pola napas akan semakin cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi. 8). Sistem hematologi Ditemukan adanya friction rub pada kondisi uremia berat. Selain itu, biasanya terjadi tekanan darah meningkat, akral dingin, *Capillary Refill Time* lebih dari detik, palpitasi jantung, nyeri dada, dyspneu, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya. 9). Sistem perkemihan : Dengan gangguan/ kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorpsi, dan sekresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urine output kurang dari empat ratus mililiter per hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output). 10). Gangguan system pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit. Sering ditemukan anoreksia, nausea, vomit dan diare.

Pada kasus nyata Tn. M.N berumur 45 tahun masuk rumah sakit sesak napas tanggal 16 Juli 2019 pukul 23.00, sejak tanggal 17 Juli 2019 pukul 04.00 kejang-kejang tiga kali, wajah pasien tampak cemas, mual-muntah 2 kali, kurang nafsu makan, tidak buang air kecil sejak kemarin pagi, tidak buang air besar sejak satu minggu yang lalu. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi. Hasil pemeriksaan penunjang tanggal pemeriksaan 17.07.2019. Jenis pemeriksaan *Mean Corpuscular Volume* 76,4 menurun, *Mean Corpuscular Hemoglobin* 24,5 menurun, *Red cel Distribution Width* 35,4 menurun, *Jumlah leukosit* 2,59 menurun, *Jumlah monosit* 6 normal.

Berdasarkan teori dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus nyata hasil pengkajian sesuai dengan teori yaitu pasien mengeluh sesak napas, mual-muntah, kurang nafsu makan pasien memiliki riwayat hipertensi.

3.2.2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Pranata & Prabowo (2014) dan Margareth (2012), diagnosis keperawatan yang dapat timbul pada gagal ginjal kronik adalah: 1) penurunan curah jantung berhubungan dengan beban jantung meningkat, 2) kelebihan volume cairan berhubungan dengan kegagalan mekanisme pengaturan ginjal, 3) perubahan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi, 4) ketidakseimbangan nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, 6) Defisit perawatan diri berhubungan dengan ansietas, kelemahan, kendala lingkungan, nyeri, penurunan motivasi, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh, 7) kerusakan integritas kulit yang

berhubungan dengan perubahan status cairan,8) deficit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.

Sedangkan pada kasus nyata diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn MN hanya dua yaitu 1) hambatan pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.2) kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Hal ini dikarenakan berdasarkan data data dari hasil pengkajian mulai dari penetapan masalah,penyebab dan data pendukung,masalah yang ditemukan pada Tn.MN hanya dua masalah tersebut diatas.

3.2.3. Intervensi Keperawatan

Menurut (Gloria,2016) diagnosis keperawatan pertama kelebihan volume cairan dipilih sebagai diagnosis pertama karena dapat mengancam jiwa,*Nursing Intervantion Classification*2020. Monitor elektrolit dengan Intervensi: 1) Monitor asupan dan pengeluaran,2) monitor tekanan darah,denyut jantung dan status pernapasan 3) Pantau kadar serum elektrolit yang abnormal,seperti yang tersedia, 4) timbang berat badan harian dan pantau gejala, 5) Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan,6) jaga pencatatan intake/asupan dan output yang akurat, 7) pantau adanya tanda dan gejala retensi cairan, 8) monitor tanda-tanda vital yang sesuai, 9) batasi cairan yang sesuai, 10) Konsultasi dengan dokter jika tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan dan/atau elektrolit menetap atau memburuk,11) Berikan diuretik yang diresepkan. Manajemen jalan napas 3140 1).Posisikan untuk meringankan sesak napas, 2).monitor status pernapasan dan oksigenasi,sebagaimana mestinya. 3) Monitor status pernapasan dan oksigenasi,sebagaimana mestinya,4) posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi,5) auskultasi suara napas,catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan,6) kelola udara atau oksigen yang dilembabkan sebagaimana mestinya.

Sedangkan pada kasus nyata intervensi keperawatan pada kasus gagal ginjal kronik pada Tn.MN diagnosis pertama adalah: 1) Monitor asupan dan pengeluaran,2) monitor tekanan darah,denyut jantung dan status pernapasan. Dan pada diagnosis kedua adalah Manajemen jalan napas:3140 1). Posisikan untuk meringankan sesak napas, 2).monitor status pernapasan dan oksigenasi,sebagaimana mestinya. 3) Monitor status pernapasan dan oksigenasi,sebagaimana mestinya.Penulis menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Diagnosis1 : Kelebihan volume cairan,tindakan yang dilakukan yaitu : 1).Pada pukul 11.10 lakukan pemasangan infus natrium klorida 0,9 % dua puluh tetes per menit,pukul 11.15 monitor tanda-tanda vital pasien,hasil yang ditemukan tanda-tanda vital tekanan darah serratus tujuh puluh per seratus mmHg,nadi seratus empat belas kali per menit,pernapasan empat puluh kali permenit,saturasi oksigen kapile perifer sembilan puluh persen,13.10 monitor asupan dan pengeluaran,asupan lima puluh milliliter dan pengeluaran tiga mililiter dalam tiga jam. 11.55 memberikan injeksi furosemide empat puluh miligram secara intravena. **Diagnosis2** : Pukul 11.05 Lakukan pemasangan oksigen non rebreathing mask tiga liter per menit,posisikan kepala tempat tidur lebih tinggi empat puluh derajat atau semifouler untuk meringankan sesak napas.

Berdasarkan teori implementasi dan implementasi pada kasus nyata didapatkan bahwa tidak adanya kesenjangan dalam melakukan tindakan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada setiaptindakanberdasarkantindakan diagnosis yang telahditetapkandenganmenggunakanmetodesubjektif, objektif, asesmen, planning untuk diagnosis kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine Subyektif : pasien mengatakan kaki dan pipi masih bengkak, Obyektif : tanda-tanda vital tekanan darah : seratus lima puluh per sembilan puluh mmHg, Nadi : Sembilan puluh lima kali per menit, pernapasan: tiga puluh delapan kali per menit, pasien sesak tanpa aktivitas, tampak udem pada kedua ekstremitas bawah, pada pipi, terpasang infuse Natrium Clorida nol koma Sembilan persen dua puluh tetes per menit, assessment : masalah belum teratasi, plannging: Intervensi dilanjutkan di ruang rawat.Pada diagnosis yang kedua hasil evaluasi pada setiap tindakan yang ditetapkan denganmenggunakanmetodesubjektif, objektif, asesmen, untuk diagnosis gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi Subjektif : pasien mengatakan masih merasa sesak napas , Objektif : tanda-tanda vital tekanan darah: seratus lima puluh per sembilan puluh mmHg, nadi Sembilan puluh lima kali menit, pernapasan tiga puluh delapan kali per menit saturasi oksigen kepiler-periferSembilan puluh persen assesment: masalah belum teratasi. Planning :Intervensi dilanjutkan diruang rawat.

Berdasarkan teori di atas dan hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus, dimana masalah keperawatan

kelebihan volume cairan dan hambatan pertukaran gas yang ditandai dengan sesak napas, edema pada kaki dan pipi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, penurunan sekresi urine belum teratasi, ini dikarenakan belum adanya perubahan keadaan pasien setelah dilakukan perawatan, sehingga pencapaian tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa keperawatan tersebut belum tercapai.

3.3 Keterbatasan Penelitian

3.3.1 Persiapan

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan studi kasus membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik.

3.3.2 Hasil

Dari hasil yang diperoleh, penulis menyadari bahwa studi kasus ini jauh dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang sangat singkat sehingga hasil yang diperoleh kurang dari kesempurnaan dan masih membutuhkan pembenahan dalam penulisan hasil.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan gagal ginjal kronik pada Tn. M.N di ruang Instalasi Gawat Darurat di RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang pada tanggal 17 Juli 2019 kemudian membandingkan antara teori dengan tujuan kasus, dapat disimpulkan sebagai berikut: 1). Hasil pengkajian pada Tn. M.N mengeluh sesak napas, kejang-kejang dan bengkak pada kedua kaki dan pipi. 2). Hasil analisa data didapatkan ada dua diagnosis keperawatan yang muncul yang diangkat yaitu: a). Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. b). Hambatan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. 3). Perencanaan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien dengan gagal ginjal kronik adalah melakukan pengkajian komperensif, memasang infuse NaCl 0,9% lima ratus mili liter dua puluh tetes per menit, memberikan obat diuretic (furosemide empat puluh mili gram dalam satu ampul per intra vena), mengambildarah vena untuk mengecek jumlah hemoglobin, eritrosit dan trombosit dan kreatinin darah. 4). Implementasi yang dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan. yaitu: 5). Hasil evaluasi keperawatan dengan kasus gagal ginjal kronik masalah keperawatan Hambatan pertukaran gas dan kelebihan volume cairan belum teratasi, intervensi dilanjutkan di ruang perawatan.

4.2 Saran

Dengan dilaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal ginjal kronik yang dapat diberikannya yaitu:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalani praktek dan pembuatan asuhan keperawatan.

2. Bagi Rumah Sakit

Pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Gagal ginjal kronik hendaknya perawat ruangan memberikan pembekalan penanganan di rumah supaya keluarga dapat merawat pasien saat pasien sudah pulang seperti menasehati pasien untuk kurangi mengkonsumsi makanan yang dapat menyebabkan gagal ginjal kronik.

3. Bagi pasien

Diharapkan agar dapat di jadikan sebagai pedoman untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang di alami.

4. Bagi penulis

Hasil penelitian membuat pengalaman belajar dalam meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan berkaitan dengan pasien Gagal ginjal kronik.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, K, (2018). Keperawatan Gawat darurat dan Bencana Sheehy. Jakarta: Elsaiver
- Bruner and Suddarth (2010).Keperawatan Medikal Bedah, EGC Jakarta: Elseiver, Toronto company, USA.
- Gloria B, Howard B, Joanne D dan Cherly W. (2016): *Nursing Intervention Classification*(NIC). Elseiver Moco Media
- Gloria B, Howard B, Joanne D dan Cherly W. (2016): *Nursing Outcome Classification*(NOC).(2016): ElseiverMoco Media
- Hutahaen, (2010). *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Buku Kesehatan : Jakarta
- Pamela, K. (2011). *Pedoman Keperawatan Emergensi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC.
- NANDA,(2015).*Diagnosa Keperawatan DefinisidanKlasifikasi2018-2020 Edisi10*.Jakrta: EGC
- Sjamsuhidajat, (2013).*Buku Ajar Ilmu Bedah* : Penerbit buku kedokteran: EGC
- Sylvia, (2012).*Buku Patologias* : Penerbit buku kedokteran : EGC
- Pitang , (2016). *Fungsi Keperawatan Gawat Darurat*. Pustaka Peslajar : Jakarta
- World Health Organization, (2018). *Data Kesehatan Dunia*.

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES KUPANG

1. Identitas klien

Nama :Tn MN

Umur :45 tahun (03 Maret 1974)

Agama : Katholik

Pekerjaan : Supir

Alamat : Teunbaun

No Register : 490908

Diagnosa Medik : Gagal ginjal kronik

Tanggal masuk RS : 17 Juli 2019

Tanggal Pengkajian : 17 Juli 2019

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny.DNM

Umur : 45 tahun

Alamat : Katholik

Hubungan dengan klien : Istri

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama :Sesak naps dan kejang - kejang

b. Riwayat Penyakit Sekarang : Pasien mengatakan batuk sejak ± 3 hari yang lalu,sesak napas sejak tanggal 16 Juli 2019 pukul 23.00,kejang-kejang ± 3 sejak tanggal 17 Juli 2019 pukul 04.00,kedua kaki dan pipi bengkak

c. Riwayat Penyakit Dahulu :Pasien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit dengan Hipertensi pada tahun 2015.

Tanda-tanda vital : Tensi :170/100 mmHg, Nadi :114 x/menit
Suhu :37,⁰ Celcius RR :40x/menit SpO₂ : 90%

4. Pengkajian Primer

A. Airways (jalan napas) : paten/bebas

Sumbatan :

Benda asing Broncospasme

Darah Sputum Lendir

Lain-lain sebutkan.....

B. Breathing (pernafasan)

Sesak dengan:

Aktivitas Tanpa aktivitas

Menggunakan otot tambahan

Frekuensi : 40 x/mnt

Irama :

Teratur Tidak

Kedalaman :

Dalam Dangkal

Reflek Batuk : Ada Tidak

Batuk :

Produktif Non Produktif

Sputum Ada Tidak

Warna : kuning jernih

Konsistensi : kental

Bunyi Nafas

Ronchi Creakless

BGA :/ SpO₂ : 90%

C. Circulation

a. Sirkulasi perifer

Nadi : 114x/menit

Irama : Teratur Tidak

Denyut : Lemah Kuat Tidak kuat

TD : 170/100 mmHg

Ekstermitas :

Hangat Dingin

Warna kulit :

Cyanosis Pucat Kemerahan

Nyeri dada : Ada Tidak

Karakteristik nyeri dada :

Menetap Menyebar

Seperti ditusuk-tusuk

Seperti ditimpa benda berat

Capillary refill :

<3 detik >3 detik

Edema :

Ya Tidak

Lokasi Edema :

Muka Tangan Tungkai Anasarka

b. Fluid (cairan dan elektrolit)

1. Cairan

Turgor Kulit

<3 detik > 3 detik

Baik Sedang Jelek

2. Mukosa Mulut

Lembab Kering

3. Kebutuhan Nutrisi :

Oral : 600-700 cc

Parental : 500 cc/24 jam

4. Eliminasi :

BAK : 1x/hari

Jumlah :

Banyak Sedikit Sedang

Warna :

Kuning jernih Kuning pekat Merah Putih

Rasa sakit saat Bak :

Ya Tidak

Keluhan sakit pinggang :

Ya Tidak

BAB : - .x/menit (sudah 1minggu tidak BAB)

Diare :

Ya Tidak Berdarah Berlendir

Cair

Bising usus : 15x/menit

5. Intoksikasi

- Makanan
- Gigitan binatang
- Alkohol
- Zat kimia
- Obat-obatan terlarang
- Lain-lain....Sebutkan

D. Disability

Tingkat kesadaran :

(√) CM () Apatis () Somnolent () Sopor ()

Soporocoma () Coma

Pupil : (√) Isokor () Miosis () Anisiokor () Midriasis () Pin
poin

Reaksi terhadap cahaya :

Kanan (√) Positif () Negatif

Kiri () Positif () Negatif

GCS : E4 V5 M6

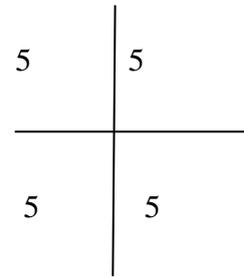
Jumlah : 15

5. . Pengkajian Sekunder

a. Muskuloskeletal

- Spasme otot
- Vulnus, kerusakan jaringan
- Krepitasi

- Fraktur
- Dislokasi
- Kekuatan otot :



b.. Integumen

- Vulnus :
- Luka Bakar

c. Psikososial

- Kecemasan meningkat ✓
- Fokus pada diri sendiri
- Kurang pengetahuan

Terapi tindakan kolaborasi

Nama Terapi	Dosis	Rute pemberian	Waktu pemberian
O ₂	3 lpm	NRM	11.15
Nacl 0,9%	20 tpm	IV	11.15
Diazepam	2 cc	IV	11.25
ISDN	5 mg	SL	11.50
Furosemide	40 mg	IV	11.50

Pemeriksaan penunjang

Tanggal pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Nolai Normal	Hasil
17 Juli 2019	Hemoglobin	13-18	10.9
	Jlh eritrosit	4.50-6,20	3.63
	MCV	81.0-96.0	74.7
	Jlh leukosit	4.0-10.0	1.16
	Limfosit	1.00-3.70	0.18
	Kreatinin darah	0.7-1.3	34.67

1. ANALISA DATA

DATA	MASALAH	PENYEBAB
<p>DS : Pasien mengatakan sesak napas, bengkak pada kedua kaki dan pipi,</p> <p>DO : Pasien tampak lemah, Tekanan darah 170/100 mmHg, Nadi 114 x/mnt, RR 40x/mnt</p>	Kelebihan volume cairan	Gangguan mekanisme regulasi
<p>DS : Pasien mengatakan sesak napas.</p> <p>DO : Pasien tampak lemah, ada pernapasan cuping hidung, tekanan darah 170/100 mmHg, nadi 114 x/mnt, RR 40x/mnt, SpO₂ 90%.</p>	Hambatan pertukaran gas	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

2. Diagnosis keperawatan.

- a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

b. Hambatan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi.

3. Intervensi keperawatan

DATA	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	Tujuan dan kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
<p>DS : Pasien mengatakan sesak napas, bengkak pada kedua kaki dan pipi,</p> <p>DO : Pasien tampak lemah, Tekanan darah 170/100 mmHg, Nadi 114 x/mnt, RR 40x/mnt</p>	<p>Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>NOC:0602</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam klien akan meningkatkan Keseimbangan cairan dan elektrolit dengan kriteria hasil:</p> <p>1) membran mukosa lembab meningkat dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu,</p>	<p>NIC: 2020. Monitor elektrolit dengan Intervensi:</p> <p>1) Monitor asupan dan pengeluaran,</p> <p>2) Monitor tekanan darah, denyut jantung dan status pernapasan.</p>

		<p>2)output urine meningkat dari 1 (sangat terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu),</p> <p>3)warna urine keruh meningkat dari 2 (besar compromised) menjadi 4 (sedikit terganggu) ,</p> <p>4)penurunan tekanan darah meningkat dari 3 (cukup terganggu) menjadi 5 (tidak terganggu)</p>	
--	--	--	--

<p>DS : Pasien mengatakan sesak napas.</p> <p>DO : Pasien tampak lemah,ada pernapasan cuping hidung, tekana darah 170/100 mmHg,nadi 114 x/mnt,RR 40x/mnt,Sp O₂ 90%.</p>	<p>Hambatan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi</p>	<p>NOC: 0414</p> <p>1) Tekanan darah sistol meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari normal) menjadi 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal),</p> <p>2)tekanan darah diastole meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) menjadi 5 (tidak ada deviasi dari kisaran normal),</p> <p>3)tingkat</p>	<p>NIC :</p> <p>Manajemen jalan napas:3140</p> <p>1). Posisikan untuk meringankan sesak napas,</p> <p>2). monitor status pernapasan dan oksigenasi,sebagai mana mestinya.</p> <p>3) Monitor status pernapasan dan oksigenasi,sebagai mana mestinya.</p>
--	---	--	---

		<p>pernapasan</p> <p>meningkat dari</p> <p>2 (deviasi yang</p> <p>cukup besar</p> <p>dari kisaran</p> <p>normal)</p> <p>menjadi 5</p> <p>(tidak ada</p> <p>deviasi dari</p> <p>kisaran</p> <p>normal),</p> <p>4)kedalaman</p> <p>inspirasi</p> <p>meningkat dari</p> <p>3 (deviasi</p> <p>sedang dari</p> <p>kisaran normal)</p> <p>menjadi 5</p> <p>(tidak ada</p> <p>deviasi dari</p> <p>kisaran</p> <p>normal),</p> <p>5) dyspnea pada</p> <p>saat istirahat</p> <p>akan meningkat</p>	
--	--	---	--

		<p>dari 2 (cukup berat) menjadi 4 (ringan),</p> <p>6) pucat meningkat dari 3 (sedang) menjadi 4 (ringan).</p>	
--	--	---	--

4 Implementasi dan Evaluasi

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Kamis,17 Juli 2019	Domain 2,kelas 5,Kode diagnosis 00028	11.10 11.15	- Pada pukul lakukan pemasangan infus natrium clorida 0,9 % 20 tetes per menit, - monitor tanda-tanda vital pasien,hasil yang	S: pasien mengatakan masih merasa sesak napas, kaki dan pipi bengkak, O: TTV TD: 150/90 mmHg, N: 95 x/menit, RR: 38 x/menit, pasien

				<p>ditemukan TTV TD:170/100 mmHg,nadi 114 kali per menit,RR 40 kali permenit,SpO₂ 90 %,</p>	<p>sesak tanpa aktivitas, tampak udem pada kedua ekstremitas bawah, pada pipi, terpasang infuse RL 20 tpm,</p>
			11.55	<p>- memberikan injeksi Furosemide 40 miligram secara intravena.</p>	<p>A: masalah belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan di ruang rawat.</p>
			13.10	<p>- monitor asupan dan pengeluaran,asupan 50 cc dan pengeluaran 3 cc dalam 3 jam.</p>	
		Domain 3,kelas 4 kode diagnosis	11.05	<p>Lakukan pemasangan oksigen non rebreathing mask</p>	<p>S : pasien mengatakan masih merasa sesak napas ,</p>

		00030		<p>3 liter per menit, posisikan kepala tempat tidur lebih tinggi 40 derajat atau semifowler .</p>	<p>O: TTV TTV TD: 150/90 mmHg, N: 95 x/menit, RR: 38 x/menit SpO2: 90 %,</p> <p>A: masalah belum teratasi.</p> <p>P: :Intervensi dilanjutkan diruang rawat.</p>
--	--	-------	--	---	---