

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD) DI RUANG MELATI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATANG
KABUPATEN BATANG**



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
Guna memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

Riska Yunitasari
NIM : 13.1693.P

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Melati RSUD Batang Kabupaten Batang” yang disusun oleh Riska Yunitasari telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Pekalongan, Juni 2016

Pembimbing

Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp.KMB

NIK 93.001.013

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Melati RSUD Batang Kabupaten Batang yang disusun oleh Riska Yuntasari telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Pekalongan, Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Rita Dwi Hartanti, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.M.B

NIK 10.001.077

Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp.KMB

NIK 93.001.013

Mengetahui
Ka.Prodi DIII Keperawatan
STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom

NIK. 96.001.016

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar

Pekalongan, Juni 2016

Yang Membuat Pernyataan

Riska Yunitasari

NIM: 13.1693.P

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum wr. wb.

Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat hidayah serta inayah-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Dengan Chronic Kidney Disease di Ruang Melati Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Batang Kabupaten Batang”**. Dengan segala kemampuan yang ada, penulis menyusun Karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan tahun 2016. Penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar besarnya kepada :

1. Direktur dan kepala ruang beserta staf RSUD Batang, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam memberikan asuhan keperawatan di ruangan.
2. Mohammad Arifin, S.Kep.,M.Kep Selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
3. Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom Selaku ketua Prodi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
4. Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp.KMB Selaku pembimbing dan penguku I dalam penyusun Karya Tulis Ilmiah, yang telah membimbing dan memberi masukan kepada penulis.
5. Rita Dwi Hartanti, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.M.B selaku penguji II Karya Tulis Ilmiah
6. Keluarga tercinta : Orang tua Bapak dan Ibu, Kakak-kakak saya dan semua pihak yang telah membantu saya, yang telah memberikan semangat, do'a, materi, kasih sayang, dan dukungan selama penulis menempuh pendidikan serta dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa segala sesuatu di dunia ini tiada yang sempurna, maka Karya Tulis Ilmiah ini pun tidak luput dari kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna memperbaiki Karya Tulis

Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Pekalongan, Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Pengertian.....	5
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi.....	6
D. Manifestasi Klinik.....	8
E. Diagnosa Keperawatan.....	10
F. Fokus Intervensi.....	10
BAB III TINJAUAN KASUS	19
A. Pengkajian	20
B. Diagnosa Keperawatan dan Daftar Masalah	20
C. Rencana Keperawatan.....	21
D. Implementasi	21
E. Evaluasi	24
BAB IV PEMBAHASAN	27
BAB V PENUTUP	36

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Semakin meningkatnya arus globalisasi yang berkembang pesat di segala bidang, membawa perubahan pada perilaku gaya hidup masyarakat, serta situasi lingkungan misalnya perubahan konsumsi makanan, berkurangnya aktivitas fisik dan meningkatnya polusi lingkungan. Perubahan gaya hidup masyarakat tersebut tanpa disadari telah memberi pengaruh terhadap terjadinya transisi epidemiologi dengan semakin meningkatnya kasus-kasus penyakit tidak menular. Salah satunya adalah *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan proses kerusakan ginjal selama rentang waktu lebih dari tiga bulan. Pada kasus tersebut, ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal (Muhammad, 2012).

Berdasarkan estimasi *World Health Organization* (WHO), secara global lebih dari 500 juta orang mengalami penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD). Sekitar 1,5 juta orang harus menjalani hidup bergantung pada cuci darah. Sementara itu, di Indonesia, saat ini terdapat sekitar 70.000 penderita *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang memerlukan cuci darah (Siswono, 2008).

Indonesia adalah termasuk negara dengan tingkat penderita gagal ginjal yang cukup tinggi. Menurut data dari Persatuan Nefrologi Indonesia (Perneftri), diperkirakan ada 70 ribu penderita gagal ginjal di Indonesia, namun yang terdeteksi menderita gagal ginjal kronis tahap terminal dari mereka yang menjalani cuci darah (hemodialisa) hanya sekitar empat ribu sampai lima ribu saja. Menurut Sri Soedarsono, ketua Yayasan Pembina Asuhan Bunda (YPAB) Rumah Sakit Khusus Ginjal (RSKG), “Saat ini, dari jumlah penderita gagal ginjal mencapai 4.500 orang, banyak penderita

yang meninggal dunia akibat tidak mampu berobat dan cuci darah, yang biayanya sangat mahal” (Syamsir & Iwan, 2007).

Berdasarkan data Depkes RI (2005) diketahui 10 penyebab kematian terbanyak penyakit tidak menular sebagai berikut stroke (4,87%), perdarahan intrakranial (3,71%), sepsis (3,18%), gagal ginjal (3,16%), jantung (2,67%), diabetes melitus (2,16%), hipoksia intrauterus (1,95%), radang susunan saraf (1,86%), gagal jantung (1,77%) dan hipertensi (1,62%).

Kasus gagal ginjal di Jawa Tengah yang tertinggi adalah kota Surakarta 1497 kasus (25.22 %) dan yang kedua adalah Kabupaten Sukoharjo yaitu 742 kasus (12.50 %) (Dinkes Jateng, 2008). Di RSUD Kabupaten Batang untuk kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada tahun 2014 sebanyak 325 penderita dan pada tahun 2015 mengalami peningkatan yaitu 339 penderita. Berdasarkan data prevalensi dari RSUD Batang pada kasus *Chronic Kidney Disease* (CKD) yang mengalami peningkatan penulis tertarik untuk mengangkat kasus ini karena penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) bisa di cegah secara dini dengan cara menerapkan gaya hidup sehat, berdasarkan alasan tersebut maka penulis mengambil judul Asuhan Keperawatan pada Tn. K dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Melati RSUD Batang.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari pembuatan Karya Tulis Ilmiah Ini adalah untuk memahami gambaran pengelolaan dan menerapkan Asuhan Keperawatan pada klien yang menderita CKD.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan CKD.
- b. Mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada klien CKD berdasarkan data-data yang diperoleh.
- c. Menggambarkan perencanaan keperawatan dalam mengelola klien *Chronic Kidney Disease*.
- d. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan *diagnosa* yang ada.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien *Chronic Kidney Disease*.
- f. Mendokumentasikan semua asuhan keperawatan pada klien dengan CKD.

C. Manfaat

Beberapa mafaat yang dapat diambil dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi penulis

Menambah pengetahuan dan informasi bagi penulis tentang asuhan keperawatan dengan masalah *Chronic Kidney Disease* (CKD) selain itu karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi salah satu cara penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh didalam perkuliahan.

2. Bagi institusi pendidikan

Manfaat penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai masukan dan tambahan wacana pengetahuan, menambah wacana bagi mahasiswa

STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan tentang *Chronic Kidney Disease* (CKD).

3. Bagi institusi rumah sakit

Bagi institusi rumah sakit diharapkan dapat bermanfaat sebagai wacana dalam hal asuhan keperawatan pada klien *Chronic Kidney Disease* (CKD) sehingga dapat meningkatkan mutu dari penerapan asuhan keperawatan terutama pada klien *Chronic Kidney Disease* (CKD).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah proses kerusakan ginjal selama rentang waktu lebih dari tiga bulan. *Chronic Kidney Disease* (CKD) dapat menimbulkan *simtoma*, yaitu laju filtrasi glomerular berada di bawah 60 ml/men/1.73 m², atau diatas nilai tersebut yang disertai dengan kelainan sedimen urine. Selain itu, adanya batu ginjal juga dapat menjadi indikasi *Chronic Kidney Disease* pada penderita kelainan bawaan, seperti hioeroksaluria dan sistinuria (Muhammad, 2012 h. 16).

Chronic Kidney Disease gejalanya muncul secara bertahap biasanya tidak menimbulkan gejala awal yang jelas, sehingga penurunan fungsi ginjal tersebut sering tidak dirasakan, tahu-tahu sudah pada tahapan yang parah yang sulit di obati. *Chronic Kidney Disease* sama dengan hipertensi, penyakit ikutan yang berkaitan, termasuk *silent kiler*, yaitu penyakit mematikan yang tidak menunjukkan gejala peringatan sebelumnya, sebagaimana umumnya yang terjadi pada penyakit berbahaya lainnya (Syamsir & Iwan, 2007).

Dua pengertian diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa *Chronic Kidney Disease* adalah suatu penyakit yang terjadi akibat kerusakan kedua ginjal yang bersifat progresif dan *irreversible*, sebagai penyakit yang timbul secara perlahan dan sifatnya menahun, dan sebagai kelainan pada urine atau darah atau kelainan morfologi, yang berlangsung lebih dari 3 bulan atau bila didapatkan *Laju Filtrasi Glomelurus* (LGF) < 60 ml/menit.

B. Etiologi

Menurut Muhammad Muhammad, 2012 yang menyebabkan *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah kehilangan fungsi ginjalnya secara bertahap, kerusakan sudah terjadi selama lebih dari 3 (tiga) bulan. Selain itu, hasil pemeriksaan juga menunjukkan adanya kelainan struktur atau fungsi ginjal. Kondisi tersebut disebabkan oleh : Penyakit glomerular kronis, Infeksi kronis, Kelainan kongenital, Penyakit vaskuler, Obstruksi saluran kemih, Penyakit kolagen, Obat-obatan nefrotoksik.

Selain hal-hal yang telah disebutkan sebelumnya, masih ada banyak faktor penyakit gagal ginjal. Beberapa penyebab penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah : Tekanan darah tinggi (hipertensi), Penyumbatan saluran kemih, Kelainan ginjal, misalnya penyakit ginjal polikistik, Diabetes Militus (kencing manis), Kelainan autoimun, misalnya lupus eritematosus sistemik, Penyakit pembuluh darah, Bekuan darah pada ginjal, Cidera pada jaringan ginjal dan sel-sel.

C. Patofisiologi

Patofisiologi *Chronic Kidney Disease* (CKD) tergantung pada penyebab yang mendasarinya. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan faktor-faktor pertumbuhan (*growth factor*). Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa nefron sklerosis yang masih tersisa. Proses ini kemudian diikuti dengan penurunan fungsi nefron yang progresif. Adanya peningkatan aktivitas aksis *renin-angiotensin-aldosteron internal*, ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis, dan progresifitas tersebut. aktivitas jangka panjang *renin-angiotensin-aldosteron*, sebagian

diperantarai oleh faktor pertumbuhan seperti *transforming growth factor* β (TGF- β). Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap terjadinya

progresifitas *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointerstitial (Kemenkes RI, 2010).

Pada stadium paling dini *Chronic Kidney Disease* (CKD), terjadi kehilangan daya cadang ginjal (*renal reserve*), pada keadaan ini basal *Laju Filtrasi Glomerulus* (LFG) masih normal atau sudah meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada *Laju Filtrasi Glomerulus* (LFG) sebesar 60%, penderita masih belum merasakan keluhan (*asintomatik*), tapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum (normal kadar kreatinin serum 0,5-1,5 mg/dl dan ureum 20-40 mg/dl) (Kemenkes RI, 2010).

Sampai pada *Laju Filtrasi Glomerulus* (LFG) sebesar 30%, mulai terjadi keluhan pada klien seperti, nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada *Laju Filtrasi Glomerulus* (LFG) dibawah 30%, klien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya. Klien juga mudah terjadi infeksi saluran napas, maupun infeksi saluran cerna. Juga akan terjadi gangguan keseimbangan air seperti hipo atau hipervolemia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG dibawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius dan klien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal (Kemenkes RI, 2010).

D. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik penyakit *Chronic Kidney Disease* (CKD) dikarenakan gangguan yang bersifat sistemik. Ginjal sebagai organ koordinasi dalam peran sirkulasi yang banyak sehingga kerusakan kronis secara fisiologis ginjal akan mengakibatkan gangguan keseimbangan sirkulasi dan vasomotor. Berikut adalah tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh *Chronic Kidney Disease* (CKD):

1. Ginjal dan gastrointestinal

Sebagai akibat dari hiponatremi maka timbul hipotensi, mulut kering, penurunan turgor kulit, kelemahan, fatigue, 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, aritmia, kardiomyopati, uremic percarditis, effusi perikardial (kemungkinan bisa terjadi tamponade jantung), gagal jantung, edema periordital dan edema perifer.

3. Respiratory system

Biasanya terjadi edema pulmonal, nyeri pleura, friction rub dan efusi pleura, crackles, sputum yang kental, uremic pleuritis, uremic lung, dan sesak nafas.

4. Gastrointestinal

Biasanya menunjukkan adanya inflamasi dan ulserasi pada mukosa gastrointestinal karena stomatitis, ulserasi dan perdarahan gusi, dan kemungkinan juga disertai parotitis, esofagus, gastritis, ulseratif duodenal, lesi pada usus halus/usus besar, colitis, dan pankreatitis. Kejadian sekunder biasanya mengikuti seperti anoreksia, neusea, dan vomiting.

5. Integumen

Kulit pucat, kekuning-kuningan, kecoklatan, kering dan ada sclap. Selain itu, biasanya juga menunjukkan adanya purpura, akimoses, petechiae, dan timbunan urea pada kulit.

6. 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. Dari hasil EEG menunjukkan adanya perubahan metabolik encephalopathy.

7. Endokrin

Bisa terjadi infertilitas dan penurunan libido, amenorea dan gangguan siklus menstruasi pada wanita, impoten, penurunan *sekriesi* sperma, peningkatan sekresi aldosteron, dan kerusakan metabolisme karbohidrat.

8. Hematokoitik

Terjadi anemia, penurunan waktu hidup sel darah merah, trombositopenia (dampak dari dialysis), dan kerusakan platelet. Biasanya masalah yang serius pada sistem hematologi ditunjukkan dengan adanya perubahan (purpura, ekimoses, petechiae).

9. Muskuloskeletal

Nyeri pada sendi dan tulang, demineralisasi tulang, fraktur patologis, dan kalsifikasi (otak, mata, gusi, sendi, miokard) (Eko dan Andi 2014, h 198).

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah (NANDA I 2012-2014) :

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urin, retensi cairan, dan natrium.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan haemoglobin, kelelahan, kelemahan fisik.
3. Nyeri berhubungan dengan peningkatan kontraksi uretra.
4. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan hemoglobin.
5. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
6. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang pajaran.
7. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan retensi CO₂.
8. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring dalam jangka waktu yang lama, edema, dan penurunan perfusi jaringan.
9. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk memasukkan atau mencerna nutrisi oleh karenafaktor biologis, psikologis, ekonomi.

F. Fokus Intervensi

Berikut ini adalah intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) (NANDA I 2012-2014) :

1. Kelebihan Volume Cairan yang berhubungan dengan gangguan mekanisme pengaturan, asupan cairan yang berlebih, asupan natrium yang berlebih.

Nursing Outcome Classification (NOC)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.... x 24 jam diharapkan haluaran urin normal, natrium dalam batas normal.

Kriteria hasil :

- a. Kelebihan volume cairan dapat dikurangi
- b. Tidak terjadi oedema
- c. Keseimbangan cairan tidak akan terganggu

Nursing Interventions Classification (NIC)

Aktivitas keperawatan :

- a. Tentukan derajat dan lokasi oedema
Rasional : dapat mengetahui seberapa berat oedema
- b. Kaji ekstremitas dan bagian tubuh yang oedema
Rasional : dapat menentukan bagian tubuh yang terdapat oedema
- c. Pantau intake dan output cairan
Rasional : pengeluaran urine mungkin sedikit dan pekat karena adanya penurunan perfusi ginjal. Posisi terlentang membantu diuresis, sehingga pengeluaran urine dapat ditingkatkan selama tirah baring
- d. Timbang berat badan secara teratur
Rasional : dapat mengetahui peningkatan dan penurunan berat badan

- 2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen, kelemahan umum, immobilitas.

Nursing Outcome Classification (NOC)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.... x 24 jam diharapkan mampu melakukan aktivitas sendiri.

Kriteria Hasil :

- a. Berpartisipasi pada aktivitas yang diinginkan
- b. Mampu melakukan perawatan diri sendiri
- c. Mencapai peningkatan toleransi aktivitas yang dapat diukur

Nursing Interventions Classification (NIC)

Aktivitas keperawatan :

1. Periksa tanda-tanda vital setelah beraktivitas

Rasional : hipotensi ortostatik dapat terjadi dengan aktivitas, karena efek obat (vasodilatasi) dan perpindahan cairan (diuretik)

2. Catat kardiopulmonal terhadap aktivitas, catat takikardi, dispnea, berkeringat dan pucat.

Rasional : atau ketidakmampuan miokardium untuk meningkatkan volume darah sekuncup selama aktivitas dapat menyebabkan peningkatan frekuensi jantung dan kebutuhan oksigen, juga peningkatan rasa kelelahan dan kelemahan.

3. Evaluasi peningkatan aktivitas

Rasional : dapat menunjukkan peningkatan dekompensasi jantung dari pada kelebihan aktivitas.

4. Kaji faktor yang menyebabkan kelelahan

Rasional : dapat mengetahui penyebab kelelahan

5. Kaji faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan

Rasional : dapat mengetahui faktor apa saja yang dapat menyebabkan kelebihan cairan dan dapat mengetahui takaran asupan yang dapat di berikan.

6. Anjurkan aktivitas ringan sambil istirahat

Rasional : dapat mengetahui tingkat aktifitas yang dapat di lakukakan klien.

7. Anjurkan kepada keluarga untuk memandikan klien

Rasional : dapat mempertahankan kebersihan pada klien

8. Kolaborasi pemberian therapy antibiotik sesuai indikasi

9. Periksa laboratorium darah sesuai indikasi.

Rasional : dapat mengetahui hasil laboratorium sehingga dapat di berikan tindakan lanjut

3. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrisi, ketidakmampuan untuk mencerna makanan, ketidakmampuan menelan makanan, faktor psikologis.

Nursing Outcome Classification (NOC)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.... x 24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi.

Kriteria hasil :

- a. Intake makanan per oral (spontan/ naso feeding) adekuat.
- b. Intake cairan (per oral/ parenteral) adekuat.
- c. Nutrisi parental adekuat.
- d. Menyatakan nafsu makan baik.
- e. Menyiapkan makanan dengan baik.
- f. Menyantap makanan dengan maksimal dan mengunyahnya dengan baik.
- g. Menghabiskan porsi makanan tanpa adanya gangguan.
- h. Tidak ada gangguan selama proses makan (mual/muntah).
- i. Berat badan ideal.
- j. Masa otot triceps, biceps dan subskapularis memadai.
- k. Lemak pada panggul (wanita) memadai.
- l. Lemak di leher (pria) memadai.
- m. Lingkar kepala memadai dalam standar normal (anak).
- n. Proporsi antara tinggi badan dan berat badan normal (anak).

Nursing Interventions Classification (NIC)

Aktivitas keperawatan :

1. Kaji status nutrisi klien dan kemampuan pemenuhan nutrisi klien.

Rasional : memvalidasi dan menepatkan drajat masalah untuk menetapkan pilihan intervensi yang tepat.

2. Identifikasi klien tentang riwayat alergi makanan dan kaji makanan kesukaan klien.

Rasional : mengetahui asupan makanan yang dapat menyebabkan alergi

3. Instruksikan kepada klien tentang cara pemenuhan kebutuhan nutrisi yang optimal (misalnya dengan pelaksanaan diet sesuai anjuran).

Rasioanal : untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang adekuat

4. Hitung kebutuhan kalori klien setiap hari dan sediakan aneka ragam makanan kesukaan klien.

Rasional : untuk menambah selera makan klien.

5. Anjurkan klien/ keluarga untuk membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi) sebelum makan untuk meningkatkan kenyamanan.

Rasional : untuk menjaga kebersihan rongga mulut sehingga terjaga kebersihannya.

6. Sajikan makanan dengan menarik dan suhu hangat.

Rasional : untuk meningkatkan selera makan.

4. Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan perubahan status cairan, perubahan turgor, kondisi ketidakseimbangan nutrisi, penurunan sirkulasi

Nursing Outcome Classification (NOC)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... x 24 jam diharapkan kerusakan integritas kulit dapat teratasi.

Kriteria hasil:

1. Suhu permukaan normal.

2. Sensasi perifer, elastisitas, status hidrasi, kelembaban, tekstur, perfusi jaringan, pertumbuhan rambut kulit dan integritas kulit dalam kondisi baik.
3. Tidak ada pigmentasi abnormal, lesi, lesi pada membran mukosa, jaringan parut, kanker, eritema, nekrosis, abrasi dan penebalan kulit.
4. Aliran darah pada akses hemodialisis (shunt) lancar.
5. Warna kulit sekitar akses tidak ada kemerahan (rubor).
6. Suhu disekitar akses tidak ada peningkatan (kalor).
7. Tidak ada bunyi bruit dan thrill pada akses.
8. Pulsasi perifer distal adekuat.
9. Tidak ada pembekuan darah (emboli) disekitar akses.
10. Tidak ada perdarahan dan hematoma.
11. Tidak ada edema dan nyeri.

Nursing Interventions Classification (NIC)

Aktivitas keperawatan:

1. Monitoring posisi kateter dialysis
Rasional: meningkatkan aliran darah, meminimalkan hipoksia jaringan

2. Monitoring kondisi akses dialisis (kemerahan, edema, demam, perdarahan, hematoma dan penurunan sensasi rasa).
Rasional: kulit berisiko karena gangguan sirkulasi perifer, imobilisasi fisik, dan gangguan status nutrisi
3. Gunakan teknik sterilisasi tinggi saat memasang kateter dialisis dan merawat kulit sekitar.
Rasional : untuk menghindari resiko tinggi penyebab infeksi.
4. Berikan Gel pada saat memasukan kateter dialisis dan ulangi pemberian setiap 72 jam.
Rasional : sebagai pelumas saat memasang kateter.

5. Ajari klien tentang cara perawatan akses dialisis.

Rasional : untuk mengajarkan teknik perawatan mandiri

5. Defisiensi pengetahuan yang berhubungan dengan keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang pajaran, kurang dapat mengingat, tidak familier dengan sumber informasi

Nursing Outcome Classification (NOC)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... x 24 jam diharapkan klien mengerti tentang penyakitnya.

Kriteria hasil:

1. Mampu menjelaskan faktor penyebab penyakit dan proses penyakit.
2. Mampu menyebutkan tanda dan gejala penyakitnya.
3. Mampu menjelaskan strategi untuk mencegah komplikasi.
4. Mampu menjelaskan strategi untuk menyeimbangkan aktifitas dan istirahat.
5. Mampu menjelaskan strategi dalam mengatasi nyeri.
6. Mampu melaksanakan terapi medis dengan benar (minum obat).
7. Mampu menjelaskan efek farmakologis pengobatan dan efek samping terapeutik.
8. Mengikuti perintah diet sesuai anjuran.
9. Mampu melakukan tindakan kegawatan dini jika terjadi serangan penyakitnya.
10. Mampu menjelaskan strategi dalam mencegah mual muntah.

Nursing Interventions Classification (NIC)

Aktivitas keperawatan

1. Nilai tingkat pengetahuan klien mengenai proses penyakitnya.
Rasional : untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien
2. Terangkan kepada klien tentang proses terjadinya penyakit pada dirinya dengan bahasa yang mudah dimengerti.

Rasional : untuk memberikan pengetahuan pada klien tentang penyakitnya.

3. Evaluasi tingkat pengetahuan klien dengan menanyakan kembali seputar penyakitnya.

Rasional : untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien

4. Sediakan informasi yang adekuat untuk akses pengetahuan klien.

Rasional : untuk penambahan informasi

5. Diskusikan dengan klien terkait dengan terapi yang akan diberikan.

Rasional : infoconsen pada klien

6. Dorong klien untuk memberikan pendapat atau keputusan pada setiap tindakan.

Rasional : untuk memastikan kesediaan klien.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 24 Mei 2016 pukul 13.00 WIB di ruang Melati RSUD Batang. Dari hasil pengkajian didapatkan data umum : nama Tn K, umur 66 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan buruh, agama islam, pendidikan SMA, alamat Gandong 1/4 Batang. Klien masuk rumah sakit tanggal 18 Mei 2016 dengan diagnosa *chronic kidney disaese* (CKD). Identitas penanggung jawab klien yaitu Ny. R, umur 40 tahun, pekerjaan, sebagai IRT alamat Gandong 1/4 Batang, hubungan dengan klien adalah istri klien.

Hasil dari data pengkajian tanggal 24 mei 2016 yang didapatkan dari Tn K sendiri, keluhan utama yang dirasakan klien sendiri adalah lemas. Klien mengeluh lemas, mual, muntah, nafsu makan menurun, terdapat edema derajat pitting I pada ekstremitas bawah, klien mengeluh nyeri saat BAK, P: Nyeri mengejan saat BAK, Q: nyeri seperti terbakar, R: nyeri sekitar punggung kanan, kiri dan sekitar kandung kemi, S: skala 6, T: nyeri hilang timbul.. Kencing terasa tidak tuntas, urine berwarna kuning kemerahan dan saat BAK klien harus mengejan. Tekanan darah : 170/110 mmHg, nadi : 84 x/menit, suhu : 37.2°C, Frekuensi nafas : 20 x/menit. Sedangkan pengkajian lain didapatkan : Hasil Laboatorium tanggal 24 mei 2016 : Leukosit $9.97 \times 10^3/\mu\text{l}$ (4.80-10.80), Eritrosit L 3.55 $\mu\text{at}/\text{mm}^3$ (4.70-6.10), Hemoglobin L 10.2 g/dl (14-18), Hematokrit 1 30.0 % (42.0-52.0), MCHC 24.00 g/dl (31.00-37.00), Kreatinin μ 4.70 mg/dl (0.80-1.80), Protein total 6,2 gr/dl (6.4-8.2), Albumin 2,5 gr/dl (3.4-5), Globulin 3.7 gr/dl (2.3-3.5), Kalium 5.9 mmol / l (3.5-5.1), Magnesium 1.71 mmol / l (0.74-0.99). Terapi yang diberikan dari tanggal 24 Mei 2016 yaitu D 5% 12 Tpm, injeksi Ceftriaxone 1x2 gr, injeksi Furosemide 3x2ml, injeksi ondansentron 3x4 ml, captopril oral 3x 25 mg, rebamipide oral 3x100mg.

B. Diagnosa Keperawatan dan Daftar Masalah

Hasil pengkajian tanggal 24 mei 2016 jam 13.00 WIB didapatkan diagnosa:

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urin, retensi cairan, dan natrium.

Data Subjektif

Klien mengatakan air kencing yang keluar sedikit, kencing harus dengan mengejan, terasa nyeri, saat kencing tidak tuntas.

Data Objektif

Haluaran urin dalam 7 jam yaitu 100cc, balance cairan dalam 7 jam yaitu + 218 cc

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan haemoglobin, kelelahan, kelemahan fisik.

Data Subjektif

Klien mengatakan badannya lemas, tidak kuat duduk terlalu lama, tidak kuat untuk berjalan tanpa bantuan orang lain.

Data Objektif

Klien terlihat lemas, klien hanya beraktivitas di tempat tidur, HemoglobinL 10.2 g / dl

3. Nyeri berhubungan dengan peningkatan kontraksi uretra.

Data Subjektif

Klien mengatakan saat kencing harus mengejan dan terasa nyeri.

Data Objektif

Klien terlihat menahan rasa sakit, P: Nyeri mengejan saat BAK, Q: nyeri seperti terbakar, R: nyeri sekitar punggung kanan, kiri dan sekitar kandung kemi, S: skala 6, T: nyeri hilang timbul..Kencing terasa tidak tuntas, urine berwarna kuning kemerahan dan saat BAK klien harus mengejan. Tekanan darah (TD) : 170/110 mmHg, nadi : 84 x/menit, suhu : 37.2°C, Frekuensi nafas : 20 x/menit.

C. Rencana Keperawatan

Tujuan dari pengangkatan diagnosa pertama adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien menunjukkan status

balance cairan seimbang, dengan kriteria hasil : Haluaran urin normal, natrium dalam batas normal. Intervensi yang dilakukan adalah : kaji keadaan umum klien, kaji tanda tanda vital klien, kaji balance cairan, auskultasi bunyi paru, anjurkan pada keluarga untuk membatasi masukan cairan, kolaborasi pemberian obat furosemide 40 mg.

Tujuan dari pengangkatan diagnosa kedua adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien dapat beraktivitas tanpa dibantu orang lain dengan kriteria hasil : klien dapat beraktivits diluar tempat tidur, klien dapat menjaga kebersihan dirinya. Intervensi yang dilakukan adalah kaji faktor yang menyebabkan keletihan, kaji faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan, tingkatkan kemandirian dalam perawatan diri, anjurkan aktivitas ringan sambil istirahat, anjurkan kepada keluarga untuk memandikan klien, kolaborasi untuk pemberian antibiotik Cefotaxime 1 gram, periksa laboratorium darah sesuai indikasi.

Tujuan dari pengangkatan diagnosa ketiga adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : TTV dalam batas normal, skala nyeri 1-3, klien terlihat rileks, klien toleran terhadap nyeri. Intervensi yang dilakukan yaitu : kaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST, monitor TTV, tinggikan posisi klien semi fowler, ajarkan teknik pengurangan nyeri dengan metode nafas dalam dan distraksi imajinasi, kolaborasi pemberian analgesik ketorolac 30 mg.

D. Implementasi

Implementasi yang dilakukan dari diagnosa pertama adalah :

Hari pertama :

Tanggal 24 mei 2016 jam 13.00 Wib mengkaji keadaan umum klien, respon yang muncul adalah klien mengatakan nyeri. Jam 13.30 mengkaji TTV klien, hasilnya adalah Tekanan darah : 170/110 mmHg, nadi : 84 x/menit, suhu : 37.2° C, Frekuensi nafas : 20x/menit.

Jam 13.00 berkolaborasi dengan ahli medis untuk pemberian obat furosemid 40 mg, respon yang muncul tidak terkaji. Jam 14.00 menganjurkan kepada keluarga agar membatasi masukan cairan, respon yang muncul adalah keluarga mengatakan akan mematuhi. Jam 14.00 mengkaji balance cairan, respon yang muncul adalah klien mengatakan kencingnya sedikit, hasil yang didapat adalah balance cairan + 218 cc.

Hari kedua :

Tanggal 25 Mei 2016 jam 10.00 mengkaji TTV, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD) 140/70, Nadi 76 x/menit, Suhu 36,8°C, Frekuensi nafas 24 x/menit. Jam 14.00 mengkaji balance cairan, respon yang muncul adalah klien mengatakan kencingnya masih sedikit, hasil yang didapat adalah balance cairan + 167,5cc. Jam 14.00 menganjurkan keluarga untuk membatasi masukan cairan, respon yang muncul adalah keluarga akan membatasi minum. Jam 14.00 memberikan obat diuretik furosemide 1 ampul (40 mg), respon yang muncul adalah tidak terkaji.

Hari ketiga :

Tanggal 26 Mei 2016 jam 07.10 mengobservasi keadaan umum, respon yang muncul adalah klien mengatakan baik. Jam 07.15 mengkaji TTV klien, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD) 130/60, Nadi 80 x/menit, Suhu 37,6°C, Frekuensi nafas 24 x/menit. Jam 14.00 mengkaji balance cairan, respon yang diperoleh adalah klien mengatakan kencingnya lebih banyak dari yang kemarin, hasil yang diperoleh adalah balance cairan +137 cc.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa kedua adalah :

Hari pertama :

Tanggal 24 Mei 2016 jam 09.00 mengkaji faktor yang menyebabkan kelelahan, respon yang muncul adalah klien mengatakan masih lemah, hasil yang diperoleh adalah klien kelelahan.

Hari kedua :

Tanggal 25 mei 2016 jam 07.00 mengkaji faktor yang menyebabkan keletihan, respon yang muncul adalah klien mengatakan masih lemah, hasil yang diperoleh adalah klien keletihan. Jam 07.10 menganjurkan klien melakukan aktivitas ringan, respon yang muncul adalah klien mengatakan setuju dengan nasehat yang diberikan, hasil yang diperoleh adalah klien mencoba untuk duduk. Jam 07.15 menganjurkan keluarga klien untuk memandikan klien, respon yang muncul adalah keluarga klien mau memandikan klien, hasil yang diperoleh adalah klien terlihat lebih bersih setelah dimandikan. Jam 10.00 Mengkaji TTV klien, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD) 140/70, Nadi 76x/menit, Suhu 36,8°C, Frekuensi nafas 24 x/menit.

Hari ketiga :

Tanggal 26 mei 2016 jam 07.10 mengobservasi keadaan umum, respon yang muncul adalah klien mengatakan baik. Jam 07.15 mengkaji TTV klien, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD): 130/60 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 37,6°C, Frekuensi nafas 24 x/menit. Jam 09.00 mengkaji keletihan klien, respon yang muncul adalah klien mengatakan masih merasa lemah, hasil yang diperoleh adalah klien terlihat lemas, kurang bersemangat.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ketiga adalah :

Hari pertama :

Tanggal 24 mei 2016 jam 10.15 meninggikan kepala dan membantu mengubah posisi, respon yang muncul adalah klien mengatakan bersedia, hasil yang diperoleh adalah klien terlihat rileks. jam 10.30 mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST, hasil yang diperoleh adalah P : nyeri saat mengejan ketika BAK, Q : nyeri seperti terbakar, R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah dan sekitar kandung kemih, S : skala nyeri 6, T : nyeri hilang timbul.

Hari kedua :

Tanggal 24 mei 2016 jam 09.00 mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST, hasil yang diperoleh adalah P : nyeri saat mengejan ketika BAK, Q : nyeri seperti ditekan tekan, R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah dan sekitar kandung kemih, S : skala nyeri 5, T : nyeri hilang timbul. Jam 09.30 mengajarkan tehnik pengurangan nyeri dengan metode nafas dalam dan distraksi imajinasi, respon yang muncul adalah klien mengatakan akan mencoba, hasil yang diperoleh adalah klien tampak rileks.

Hari ketiga :

Tanggal 25 mei 2016 jam 07.10 mengobservasi keadaan umum, respon yang muncul adalah klien mengatakan baik. Jam 07.20 Mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST, hasil yang diperoleh adalah P : -, Q : nyeri sudah tidak terasa lagi, R : -, S : skala nyeri 1, T : -. Jam 07.30 meninggikan kepala semi fowler, respon yang muncul adalah terasa nyaman, hasil yang diperoleh adalah posisi kepala klien semi fowler. Jam 10.30 mengajak klien bercengkrama / tehnik pengurangan nyeri metodedistraksi, respon yang muncul adalah klien mengatakan senang bisa bercerita dengan perawat, hasil yang diperoleh adalah klien terlihat tersenyum, kooperatif.

E. Evaluasi

Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama 3 (tiga) hari pada diagnosa pertama hasil yang dicapai adalah :

Hari pertama

Klien mengatakan kencing yang dikeluarkan masih sedikit tapi lebih banyak dari yang kemarin, Tekanan darah (TD) 170/110 mmHg, Nadi 84 x/menit, Suhu 37,2°C, Frekuensi nafas 20 x/menit, balance cairan +242,5cc. Jadi masalah pada diagnosa ini belum teratasi, oleh sebab itu lanjutkan intervensi : kaji balance cairan, jelaskan pada keluarga tentang pembatasan pemasukan cairan, kolaborasi pemberian obat deuretik.

Hari kedua

Klien mengatakan masih sedikit tapi lebih banyak dari yang kemarin, Tekanan darah (TD) 140/70 mmHg, Nadi 76 x/menit, Suhu 36,8°C, Frekuensi nafas 24 x/menit, balance cairan +167,5cc. Jadi masalah pada diagnosa ini belum teratasi, oleh sebab itu lanjutkan intervensi : kaji balance cairan, jelaskan pada keluarga tentang pembatasan pemasukan cairan, kolaborasi pemberian obat deuretik.

Hari ketiga

Klien mengatakan masih sedikit tapi lebih banyak dari yang kemarin, Tekanan darah (TD) 130/60 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 37,6°C, Frekuensi nafas 24 x/menit, balance cairan +137cc. Jadi masalah pada diagnosa ini teratasi, dan rencana selanjutnya pertahankan kondisi klien.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan pada diagnosa kedua hasil yang dicapai adalah :

Hari pertama

Klien mengatakan masih lelah, lemas, klien terlihat kurang bersemangat, klien belum bisa BAK & mandi tanpa bantuan, klien belum mampu duduk dalam waktu yang lama. Jadi masalah pada diagnosa ini belum teratasi, dan rencana selanjutnya adalah : kaji faktor yang menyebabkan kelelahan, kaji faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan, anjurkan aktivitas ringan sambil istirahat, periksa laboratorium darah sesuai indikasi.

Hari kedua

Klien mengatakan masih merasa lelah/lemas, klien terlihat kurang bersemangat, klien belum bisa BAK & mandi tanpa bantuan, klien mampu duduk dalam waktu yang lama. Jadi masalah pada diagnosa ini belum teratasi, dan rencana selanjutnya adalah : kaji faktor yang menyebabkan kelelahan, kaji faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan, anjurkan aktivitas ringan sambil istirahat.

Hari ketiga

Klien mengatakan sudah mulai bertenaga, klien terlihat rileks, klien sudah bisa BAK, klien mampu untuk duduk dalam waktu yang lama. Jadi masalah

pada diagnosa ini teratasi, dan rencana selanjutnya adalah pertahankan kondisi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama proses keperawatan pada diagnosa ketiga hasil yang dicapai adalah :

Hari pertama

Klien mengatakan ketika kencing harus mengejan dan terasa nyeri, klien terlihat menahan rasa sakit, Tekanan darah (TD) 170/110 mmHg, Nadi 84 x/menit, Suhu 37,2°C, Frekuensi nafas 20 x/menit, P : nyeri saat mengejan ketika BAK, Q : nyeri seperti terbakar, R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah dan sekitar kandung kemih, S : skala nyeri 6, T : nyeri hilang timbul. Jadi masalah pada diagnosa ini belum teratasi, dan rencana selanjutnya adalah : monitor TTV, anjurkan tehnik pengurangan nyeri dengan metode relaksasi nafas dalam dan distraksi, kolaborasi pemberian obat analgesik sesuai program.

Hari kedua

Klien mengatakan ketika kencing harus mengejan dan terasa nyeri, klien terlihat menahan rasa sakit, Tekanan darah (TD) 140/70 mmHg, Nadi 76 x/menit, Suhu 36,8°C, Frekuensi nafas 24 x/menit, P : nyeri saat mengejan ketika BAK, Q : nyeri seperti di tekan tekan, R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah dan sekitar kandung kemih, S : skala nyeri 5, T : nyeri hilang timbul. Jadi masalah pada diagnosa ini belum teratasi, dan rencana selanjutnya adalah : monitor TTV, anjurkan tehnik pengurangan nyeri dengan metode relaksasi nafas dalam dan distraksi, kolaborasi pemberian obat analgesik sesuai program.

Hari ketiga

Klien mengatakan ketika kencing sudah tidak mengejan dan sudah tidak merasakan nyeri, klien terlihat rileks, Tekanan darah (TD) 130/60 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 37,6°C, Frekuensi nafas 24 x/menit, P : -, Q : nyeri sudah tidak terasa lagi, R : -, S : skala nyeri 1, T : -. Jadi masalah pada diagnosa ini teratasi, dan rencana selanjutnya adalah pertahankan kondisi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang “ Asuhan keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada Tn.K di ruang Melati RSUD Batang Kabupaten Batang” berdasarkan Asuhan keperawatan dari hari Selasa tanggal 24 Mei 2016 sampai hari Kamis 26 Mei 2016 ditemukan 3 (tiga) diagnosa berdasarkan data pendukung yang ditemukan pada klien. Penulis membagi dalam 5 (lima) proses keperawatan yaitu meliputi: Pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pada saat melakukan pengkajian penulis menggunakan format yang telah ada pada format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah (KMB). Selama proses pengkajian penulis tidak menemukan hambatan, klien dan keluarga kooperatif sehingga mempermudah penulis untuk mengumpulkan data. Penulis mengkaji dari semua aspek. Pengkajian dilakukan pada tanggal 24 Mei 2016 jam 13.00 WIB didapatkan data dari pengkajian aspek bio: Data subjektif meliputi: keluhan utama yang dirasakan klien sendiri adalah lemas. Klien mengatakan masuk rumah sakit melalui IGD pada tanggal 18 mei 2016 dengan keluhan lemas, mual, muntah, nafsu makan menurun, terdapat oedem pada ekstremitas bawah, klien mengeluh nyeri saat BAK, P: Nyeri mengejan saat BAK, Q: nyeri seperti terbakar, R: nyeri sekitar punggung kanan, kiri dan sekitar kandung kemei, S: skala 6, T: nyeri hilang timbul.. Kencing terasa tidak tuntas, urine berwarna kuning kemerahan dan saat BAK klien harus mengejan. Data Obyektif : Tekanan darah : 170/110 mmHg, nadi : 84 x/menit, suhu : 37.2° C, Frekuensi nafas : 20 x/menit.

Pembahasan: hasil pengkajian yang ditemukan penulis dalam melakukan pengkajian tanggal 24 mei 2016 sudah sesuai dengan apa yang sudah dikaji, sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

B. Diagnosa

Berdasarkan data pengkajian yang didapat, penulis menegakkan diagnosa sebagai berikut: Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine, retensi cairan dan natrium, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan haemoglobin, keletihan, kelemahan fisik, Nyeri berhubungan dengan peningkatan kontraksi uretra.

1. Kelebihan volume cairan adalah peningkatan retensi cairan dan elektrolit (Nanda, 2012, h. 265).

- a. Alasan Diagnosa ini ditegakkan

Diagnosa ini di angkat karena penulis menemukan data subjektif klien mengatakan air kencing yang keluar sangat sedikit, klien mengatakan saat kencing harus dengan mengejan dan terasa nyeri, saat kencing tidak tuntas. Data objektif yang diperoleh balance cairan dalam 7 jam +218cc.

- b. Cara memprioritaskan masalah

Diagnosa ini menjadi prioritas yang pertama karena dari ketiga diagnosa yang penulis angkat menurut teori Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan cairan dan elektrolit merupakan kebutuhan yang mutlak dipenuhi setelah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 1). volume cairan berlebih adalah kondisi ketidakseimbangan yang ditandai dengan kelebihan cairan dan natrium di ruang ekstrasel, masalah ini tidak langsung mengancam nyawa pada penderitanya namun harus segera ditangani agar tidak terjadi komplikasi yang bermakna (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 77-78).

2. Diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan umum

- a. Pengertian

Intoleransi aktifitas adalah ketidak cukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus ada atau yang ingin dilakukan (Nanda, 2012. h. 315).

- b. Alasan diagnosa ditegakkan

Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien ditemukan data subjektif klien mengatakan badannya terasa lemas, tidak kuat untuk duduk terlalu lama, tidak kuat untuk berjalan tanpa bantuan orang lain. Data objektif yang diperoleh klien terlihat lemas, klien hanya beraktifitas di tempat tidur.

c. Cara memprioritaskan masalah

Diagnosa ini menjadi prioritas kedua karena menurut Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan rasa aman dan nyaman merupakan kebutuhan yang kedua setelah kebutuhan fisiologis seperti: oksigenasi serta cairan dan elektrolit (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 1). intoleransi aktivitas muncul karena klien merasakan badannya terasa lemas, tidak kuat untuk duduk terlalu lama sehingga klien tidak mampu untuk melakukan aktivitasnya secara mandiri.

3. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

a. Pengertian

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association for the Study of Pain*): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi dan berlangsung < 6 bulan (Nanda, 2012. h. 604).

b. Alasan diagnosa ditegakkan

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data subjektif klien mengatakan saat kencing harus dengan mengejan dan terasa nyeri. BAK, P: Nyeri mengejan saat BAK, Q: nyeri seperti terbakar, R: nyeri sekitar punggung kanan, kiri dan sekitar kandung kemih, S: skala 6, T: nyeri hilang timbul.. Kencing terasa tidak tuntas, urine berwarna kuning kemerahan dan saat BAK klien harus mengejan. Data Obyektif : Tekanan darah : 170/110 mmHg, nadi : 84 x/menit, suhu : 37.2° C, Frekuensi nafas : 20x/menit.

c. Cara memprioritaskan masalah

Diagnosa ini menjadi prioritas ketiga karena menurut Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan rasa aman dan nyaman merupakan kebutuhan yang kedua setelah kebutuhan fisiologis seperti: oksigenasi serta cairan dan elektrolit (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 1). nyeri akan mengganggu rasa nyaman pada tubuh manusia, nyeri merupakan salah satu bentuk reflek guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi jika nyeri itu terlalu berat atau berlangsung lama maka akan berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini mengakibatkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa. Bila nyeri tidak tertahan, penderita bisa sampai melakukan bunuh diri (Mubarak & Chayatin, 2008. h. 207).

C. Intervensi

Adapun tujuan serta kriteria hasil yang akan dicapai penulis dan intervensi untuk diagnosa pertama adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien menunjukkan status balance cairan seimbang, dengan kriteria hasil : Haluaran urin normal, natrium dalam batas normal. Intervensi: pantau pengeluaran urine, rasionalnya: Mengetahui adakah oliguri atau tidak, pantau intake dan output cairan, rasionalnya: Mencegah berlebihan cairan, cairan yang berlebih akan mengganggu sirkulasi dalam tubuh. Pertahankan posisi semi fowler, rasionalnya: Meningkatkan filtrasi ginjal, menurunkan produksi *Anti Deuretik Hormon* (ADH), timbang berat badan per hari, rasionalnya: Mengetahui adakan peningkatan/ penurunan berat badan, berat badan yang semakin meningkat menunjukkan adanya penumpukan cairan. Kolaborasi dengan ahli gizi, rasionalnya: Menentukan diet yang tepat dengan pembatasan natrium, natrium yang berlebih akan mengakibatkan retensi air dalam tubuh. kolaborasi pemberian obat furosemide 3 x 40 mg, rasionalnya: Mengurangi cairan yang

berlebih. furosemide merupakan obat diuretik untuk mengeluarkan cairan yang berlebih.

Adapun tujuan serta kriteria hasil yang akan dicapai penulis dan intervensi untuk diagnosa intoleransi aktifitas yaitu: intoleransi aktivitas dapat diatasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien dapat beraktivitas tanpa dibantu orang lain dengan kriteria hasil : klien dapat beraktivitas diluar tempat tidur, klien dapat menjaga kebersihan dirinya. Intervensi: Periksa tanda-tanda vital sebelum dan segera setelah aktivitas, rasionalnya: Mengetahui adakah perubahan tanda-tanda vital, tanda-tanda vital yang berubah-ubah menunjukkan adanya kelainan pada sistem dalam tubuh batasi aktivitas yang berlebihan dan anjurkan klien untuk bedrest, rasionalnya: mengurangi kelelahan dan beban kerja jantung. Bantu klien saat berpindah bila di butuhkan, rasionalnya: mengurangi resiko terjatuh saat beraktivitas. Anjurkan mobilisasi bertahap, rasionalnya: Melatih mobilisasi klien, imobilisasi yang lama akan menurunkan kerja otot sehingga perlu dilatih kembali.

Adapun tujuan serta kriteria hasil yang akan dicapai penulis dan intervensi untuk diagnosa nyeri akut yaitu: nyeri berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil : TTV dalam batas normal, skala nyeri 1-3, klien terlihat rileks, klien toleran terhadap nyeri. Intervensinya: kaji PQRST nyeri, rasionalnya: Untuk mengetahui lokasi, skala nyeri, dan kualitas nyeri Posisikan klien yang nyaman yaitu dengan posisi duduk, rasionalnya: Memberikan kenyamanan, posisi duduk juga mengurangi rasa nyeri.

D. Implementasi

Implementasi yang dilakukan penulis untuk menyelesaikan masalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine dari tanggal 24 mei 2016 sampai tanggal 26 mei 2016 adalah :

Hari pertama

Tanggal 24 mei 2016 jam 13.00 wib mengkaji keadaan umum klien, respon yang muncul adalah klien mengatakan nyeri. Jam 13.10 mengkaji TTV klien, hasilnya adalah Tekanan darah (TD) : 170/110 mmHg, Nadi : 84 x / menit, Frekuensi nafas : 20 x/menit, Suhu : 37,2°C. Jam 13.00 berkolaborasi dengan ahli medis untuk pemberian obat furosemid 2ml, respon yang muncul tidak terkaji. Jam 14.00 menganjurkan kepada keluarga agar membatasi masukan cairan, respon yang muncul adalah keluarga mengatakan akan mematuhi. Jam 14.00 mengkaji balance cairan, respon yang muncul adalah klien mengatakan kencingnya sedikit, hasil yang didapat adalah balance cairan + 218 cc.

Hari kedua

Tanggal 25 mei 2016 jam 10.00 mengkaji TTV, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD) 140/70, Nadi 76x/menit, Suhu 36,8°C, Frekuensi nafas 24 x/menit. Jam 14.00 mengkaji balance cairan, respon yang muncul adalah klien mengatakan kencingnya masih sedikit, hasil yang didapat adalah balance cairan + 167,5cc. Jam 14.00 menganjurkan keluarga untuk membatasi masukan cairan, respon yang muncul adalah keluarga akan membatasi minum. Jam 14.00 memberikan obat furosemide 2ml, respon yang muncul adalah tidak terkaji.

Hari ketiga

Tanggal 26 mei 2016 jam 07.10 mengobservasi keadaan umum, respon yang muncul adalah klien mengatakan baik. Jam 07.15 mengkaji TTV klien, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD) 130/60, Nadi 80 x/menit, Suhu 37,6°C, Frekuensi nafas 24 x/menit. Jam 14.00 mengkaji balance cairan hasil yang diperoleh adalah balance cairan +137 cc.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa yang kedua penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut:

Hari pertama :

Tanggal 24 mei 2016 jam 09.00 mengkaji faktor yang menyebabkan keletihan, respon yang muncul adalah klien mengatakan masih lemah, hasil yang diperoleh adalah klien keletihan.

Hari kedua :

Tanggal 25 mei 2016 jam 07.00 mengkaji faktor yang menyebabkan keletihan, respon yang muncul adalah klien mengatakan masih lemah, hasil yang diperoleh adalah klien keletihan. Jam 07.10 menganjurkan klien melakukan aktivitas ringan, respon yang muncul adalah klien mengatakan setuju dengan nasehat yang diberikan, hasil yang diperoleh adalah klien mencoba untuk duduk. Jam 10.00 Mengkaji TTV klien, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD) 140/70, Nadi 76 x/menit, Suhu 36,8°C, frekuensi nafas 24 x/menit.

Hari ketiga :

Tanggal 26 mei 2016 jam 07.10 mengobservasi keadaan umum, respon yang muncul adalah klien mengatakan baik. Jam 07.15 mengkaji TTV klien, hasil yang didapat adalah Tekanan darah (TD) 130/60, Nadi 80 x/menit, Suhu 37,6°C, frekuensi nafas 24 x/menit. Jam 09.00 mengkaji keletihan klien, respon yang muncul adalah klien mengatakn masih merasa lemah, hasil yang diperoleh adalah klien terlihat lemas, kurang bersemangat.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa yang ketiga penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut:

Hari pertama :

Tanggal 24 mei 2016 jam 13.15 meninggikan kepala dan membantu mengubah posisi, respon yang muncul adalah klien mengatakan ya, hasil yang diperoleh adalah klien terlihat rileks. jam 13.40 mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST, hasil yang diperoleh adalah P : nyeri saat mengejan ketika BAK, Q : nyeri seperti terbakar, R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah dan sekitar kandung kemih, S : skala nyeri 6, T : nyeri hilang timbul.

Hari kedua :

Tanggal 25 mei 2016 jam 09.00 mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST, hasil yang diperoleh adalah P : nyeri saat mengejan ketika BAK, Q : nyeri seperti ditekan tekan, R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah dan sekitar kandung kemih, S : skala nyeri 5, T : nyeri hilang timbul. Jam 09.30 mengajarkan tehknik pengurangan nyeri dengan metode nafas dalam dan distraksi imajinasi, respon yang muncul adalah klien mengatakan akan mencoba, hasil yang diperoleh adalah klien tampak rileks.

Hari ketiga :

Tanggal 26 mei 2016 jam 07.10 mengobservasi keadaan umum, respon yang muncul adalah klien mengatakan baik. Jam 07.20 Mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST, hasil yang diperoleh adalah P : -, Q : nyeri sudah tidak terasa lagi, R : -, S : skala nyeri 1, T : -. Jam 07.30 meninggikan kepala semi fowler, respon yang muncul adalah terasa nyaman, hasil yang diperoleh adalah posisi kepala klien semi fowler. Jam 10.30 mengajak klien bercengkrama / tehknik pengurangan nyeri metodedistraksi, respon yang muncul adalah klien mengatakan senang bisa bercerita dengan perawat, hasil yang diperoleh adalah klien terlihat tersenyum, kooperatif.

E. Evaluasi

1. Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu: tanda-tanda vital dalam batas normal, penulis masih menemukan kaki masih terdapat edema tetapi sudah berkurang dengan drajat pitting I, saat pengkajian evaluasi didapatkan data: S: Klien mengatakan urine masih sedikit tapi lebih banyak dari yang kemarin, O : Tekanan darah (TD) 130/60 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 37,6°C, frekuensi nafas 24 x/menit, balance cairan +137cc, A: Masalah kelebihan volume cairan teratasi P: Pertahankan kondisi. Kekuatan: klien dan keluarga klien aktif dan kooperatif dalam upaya perawatan klien. Kelemahan : yang ada klien susah untuk termotivasi melaksanakan terapi Hemodialisa.

2. Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu: klien tidak lemas lagi, klien dapat beraktivitas dengan mandiri, pada tanggal 26 mei 2016 ditemukan data: S: sudah mulai bertenaga, klien terlihat rileks, klien sudah bisa BAK sendiri, klien mampu untuk duduk dalam waktu yang lama, O: klien mampu makan sendiri, A: masalah intoleransi aktifitas teratasi, P: pertahankan kondisi. Kekuatan : klien dan keluarga klien aktif dan kooperatif dalam upaya perawatan klien. Kelemahan : Tidak ada.
3. Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu: klien mengatakan nyeri berkurang, klien dapat beristirahat, klien sesak nafas berkurang, pada tanggal 24 mei 2016 ditemukan data: S: ketika kencing sudah tidak mengejan dan sudah tidak merasakan nyeri, O: klien terlihat tenang, rileks, A: masalah nyeri akut teratasi, P: pertahankan kondisi. Kekuatan : klien dan keluarga klien aktif dan kooperatif dalam upaya perawatan klien, selain itu keluarga dapat di ajak kerjasama dalam melakukan tindakan keperawatan, yaitu ikut membantu dalam mengatasi nyeri klien seperti memotivasi klien nafas dalam. Kelemahan : Tidak ada.

F. Diagnosa yang tidak muncul

Menurut teori pada bab II tinjauan pustaka, diagnosa yang tidak diangkat penulis pada kasus ini adalah Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan hemoglobin, Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang pajanan, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan retensi CO₂, Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring dalam jangka waktu yang lama, edema, dan penurunan perfusi jaringan, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk memasukkan atau mencerna nutrisi oleh karenafaktor biologis, psikologis, ekonomi. (Nanda, 2012. H 292). Sehingga terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Pada bab ini penulis akan membahas tentang “Asuhan keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD)” pada Tn.K di ruang Melati RSUD Batang Kabupaten Batang pada tanggal 24 mei 2016 kemudian membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus, dapat disimpulkan :

1. Hasil data pengkajian yang didapatkan dari Tn K sendiri pada tanggal 24 mei 2016, keluhan utama yang dirasakan klien sendiri adalah lemas, mual, muntah, nafsu makan menurun, terdapat oedem pada ekstremitas bawah, klien mengeluh nyeri saat BAK, P: Nyeri mengejan saat BAK, Q: nyeri seperti terbakar, R: nyeri sekitar punggung kanan, kiri dan sekitar kandung kemi, S: skala 6, T: nyeri hilang timbul.. Kencing terasa tidak tuntas, urine berwarna kuning kemerahan dan saat BAK klien harus mengejan. Tekanan darah : 170/110mmHg, nadi : 84x/menit, suhu : 37.2° C, Rr : 20x/menit. Pada pengkajian riwayat dahulu diketahui klien tidak pernah masuk rumah sakit dengan keluhan sama. Keluarga klien mengatakan, pasien tidak mau melakukan pengobatan cuci darah dikarenakan takut. Sedangkan pada riwayat kesehatan keluarga diketahui keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit seperti klien, juga tidak ada yang menderita penyakit keturunan lainnya. Dari silsilah keluarga diketahui bahwa Tn. K adalah anak ke tiga dari lima bersaudara, sedangkan Ny. R adalah anak ke empat dari empat bersaudara.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn K yaitu :
 - a. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urin, retensi cairan, dan natrium.
 - b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan haemoglobin, kelelahan, kelemahan fisik.
 - c. Nyeri berhubungan dengan peningkatan kontraksi uretra.
3. Perencanaan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah sekaligus memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan keluarga dalam

kerjasama selama melakukan implementasi. Dalam melakukan perawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD), penulis telah berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun untuk memecahkan masalah yang dialami klien.

4. Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien sudah sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan..
5. Evaluasi yang didapat setelah penulis melakukan implementasi yaitu dari tiga diagnosa keperawatan yang muncul, masalah ketiga diagnosa tersebut teratasi semua, yaitu Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urin, retensi cairan, dan natrium, intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan haemoglobin, keletihan, kelemahan fisik, nyeri berhubungan dengan peningkatan kontraksi uretra

B. Saran

Dengan dilaksanakan asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan CKD yang telah penulis lakukan, saran yang dapat diberikan yaitu :

1. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien khususnya klien CKD untuk lebih mengedepankan asuhan keperawatan dengan pemantauan lebih intensif, seperti mengkaji balance cairan, mengajarkan klien, keluarga klien menghitung Balance cairan (Bc) dan memotivasi klien untuk melakukan Hemodialisa rutin sesuai program.

2. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan bagi rumah sakit untuk mengaplikasikan tindakan keperawatan khususnya pada klien *Chronic Kidney Disease* CKD dalam menerapkan tindakan sesuai dengan teori, seperti dalam pemantauan balance cairan harus tetap dilakukan walaupun klien tidak di ruang *intensive care*.

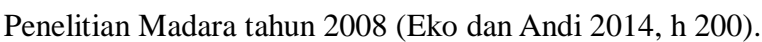
3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi memberikan kesempatan mahasiswa untuk praktik klinik di ruang Hemodialisa agar menambah wawasan dan pengalaman mengenai asuhan keperawatan pada klien gagal ginjal

DAFTAR PUSTAKA

- As'adi, Muhammad, 2007, *Serba serbi gagal ginjal*. Jakarta : PT Gramedia
- Depkes RI. 2007. *Data Prevalensi Penyakit CKD*.
- Dinkes Jateng. 2008. *Data Prevalensi Penyakit CKD*.
- Huda, Amin & kusuma Hardi 2015, *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*, Yogyakarta, Mediacton Jogja
- Ledak, Adrianus. 2015. *Gagal Ginjal Kronik*. (online).
(https://www.academia.edu/6150034/Gagal_Ginjal_Kronik). Diakses tanggal 30 juni 2016.
- Mubarak & Chayaning, 2008, *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*, Jakarta :EGC
- Wilkinson M, Judith, dan Ahern R, Nancy. 2009. *Buku saku diagnosa keperawatan*. (Edisi 9). Jakarta : EGC.
- <http://www.infokedokteran.com/info-obat/diagnosis-dan-penatalaksanaan-pada-gagal-ginjal-kronik.html> dilihat tanggal 22 januari 2016.

- Glomerulonefritis —
- Infeksi kronis** —
- Kelainan kongenital —
- Penyakit vaskuler —



ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K
DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* DI RUANG MELATI
RSUD BATANG

A. PENGKAJIAN

Riwayat keperawatan

Tanggal masuk : 18 Mei 2016
Jam masuk : 10.30 WIB
No. Register : 34 44 06
Ruang / Kamar : Melati
Tanggal pengkajian : 24 Mei 2016
Jam pengkajian : 13.00 WIB
Diagnosa medis : CKD

1. Biodata Pasien

a. Data demografi pasien

Nama : Tn. K
Umur : 66 tahun
Jenis kelamin : Laki – laki
Agama : Islam
Alamat : Gondang ¼ Batang
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Buruh
Status perkawinan : Menikah
Diagnosa Medis : CKD

b. Data demografi penanggung jawab

Nama : Ny R
Umur : 40 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Gondang ¼ Batang

Pekerjaan : IRT

Hub. Dengan klien : Istri

c. Faktor Sosial, Ekonomi dan Budaya

Klien mengatakan ekonomi berkecukupan walaupun tidak berlebihan. Sedangkan sosialnya klien merupakan kepala keluarga. Semua kebutuhan keluarga dipenuhi oleh klien. Hubungan klien dengan keluarga dan lingkungan sekitar baik.

d. Faktor Lingkungan

Klien mengatakan tempat tinggalnya cukup bersih, ada tempat untuk membuang sampah dan ada ventilasi untuk sirkulasi udara. Pencahayaan cukup, terdapat kamar mandi dan air bersih di rumah.

2. Riwayat Kesehatan.

a. Keluhan Utama

DS : Klien mengatakan mengeluh lemas.

b. Riwayat Penyakit Sekarang.

DS : Klien mengatakan masuk rumah sakit melalui IGD pada tanggal 18 Mei 2016 dengan keluhan lemas, mual, muntah, terdapat oedem pada ekstremitas bawah, ± 4 hari sebelum masuk rumah sakit klien mengeluh tidak bisa BAK, 2 hari sebelumnya mengeluh nyeri ketika BAK. Kencing merasa tidak tuntas, urine klien berwarna kuning kemerahan dan saat BAK klien harus mengejan. BAK keluar sedikit-sedikit. Setelah dilakukan pengkajian pada tanggal 24 Mei 2016 jam 13.00 WIB ditemukan data :

DO : Tekanan Darah: $\frac{170}{110}$ mmHg

Nadi: 84 kali/menit

Suhu : 37,2 °C

RR : 20 kali/menit

P : Nyeri saat mengejan ketika BAK

Q: Nyeri seperti terbakar

R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah kanan dan kiri dan sekitar kandung kemih.

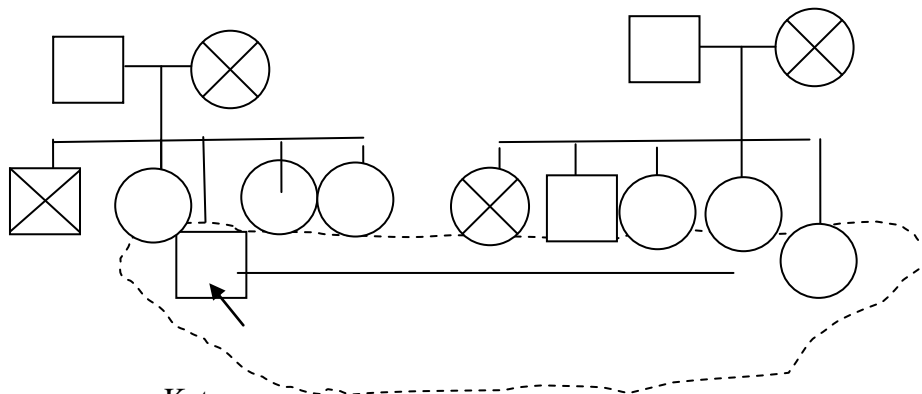
S: Skala nyeri 6

T: Nyeri hilang timbul

c. Riwayat Penyakit Dahulu.

DS : Klien mengatakan sudah 3 tahun klien menderita penyakit hipertensi.

d. Riwayat Penyakit Keluarga.



Ket :

□ : Laki laki

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

--- : Tinggal dalam satu rumah.

↗ : pasien.

DS: pasien mengatakan bahwa di dalam keluarga besarnya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan pasien

3. Pola Kesehatan Fungsional Gordon

a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat.

DS: Bila pasien sakit pasien periksa ke puskesmas atau rumah sakit terdekat dari tempat tinggalnya. Klien mengatakan sedikit tahu tentang penyakitnya.

b. Pola nutrisi metabolik.

DS: sebelum sakit

Makan pagi : habis porsi piring sedang

Makan siang : habis porsi piring sedang

Makan malam:habis porsi piring sedang

Kudapan : -

Minum : 8 gelas

Masalah : -

Selama sakit

Makan pagi : habis setengah porsi RS

Makan siang : habis setengah porsi RS

Makan malam:habis setengah porsi RS

Kudapan : buah-buahan

Minum : 2 gelas kecil

Masalah : mual jika di berimakanan

c. Pola eliminasi.

DS: sebelum sakit

selama sakit

BAK: frekuensi : 2-3x/hari 1x/hari (50 cc)

Warna : kuning kuningkemerahan

Bau : Khas Urine khas urine

saat BAK klien harus
mengejan dan terasa nyeri,

klien juga merasa tidak tuntas
saat BAK

BAB: frekuensi	: 1x/hari	1x/hari
Bau	: khas feses	khas feses
Warna	: kecoklatan	kuning kecoklatan
Konstipasi	: lembek	lembek

d. Pola aktivitas dan latihan.

DS: pasien mengatakan sebelum sakit, dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti berpakaian, mandi, makan dilakukan secara mandiri. Tetapi selama sakit, pasien dalam beraktivitas dibantu oleh keluarganya.

e. Pola tidur dan istirahat

DS :sebelum sakit	selama sakit
Tidur siang : tidak pernah	tidak bisa tidur siang
Tidur malam : \pm 7 jam	\pm 3 jam

f. Pola kognitif, perseptual, keadekuatan alat sensorik.

Penglihatan	: Baik.
Perasa	: Baik.
Pembau	: Baik.
Kemampuan untuk berbahasa	: Baik.
Belajar	: Baik.
Ingatan dan pembuatan keputusan	: Baik.

g. Pola persepsi konsep diri.

Sikap apsiien terhadap dirinya : Baik.
 Pola emosional : Baik.
 Citra diri : Baik.
 Identitas diri : Baik.
 Ideal diri : Baik.
 Harga diri / peran diri : Sebagai kepala keluarga
 Persepsi pasien tentang kemampuannya : Dibantu keluarga.

h. Pola peran dan tanggung jawab.

DS: Pasien mengatakan di dalam keluarga sebagai kepala keluarga, selama dirawat di rumah sakit, pasien tidak dapat menjalankan perannya seperti bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

i. Pola seksual reproduksi.

DS: klien mengatakan klien belum dikaruniai seorang anak.

j. Pola koping dan toleransi stress.

DS: pasien mengatakan dalam management stress, keluarga biasanya berkumpul bersama dan menonton TV. Metode koping yang digunakan adalah berdo'a.

k. Sistem nilai dan keyakinan.

DS: klien dan keluarganya beragama islam. Pasien selalu berdo'a untuk kesembuhannya.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Penampilan umum

Kesadaran : Comphos Menthis.

GCS : E₄, V₅, M₆.

b. Vital sign

Tekanan Darah: $\frac{170}{110}$ mmHg

Nadi: 84 kali/menit

Suhu : 37,2 °C

RR : 20 kali/menit

c. Penampilan fisik.

1) Kepala.

Inspeksi : bentuk kepala bulat, warna rambut hitam, kepala bersih, penyebaran rambut rata.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.

2) Mata.

Inspeksi : simetris, penglihatan baik, sklera ikterik.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

3) Telinga.

Inspeksi : tidak ada serumen, bersih.

Tes pendengaran : pendengaran baik.

4) Hidung.

Inspeksi : simetris, tidak ada lendir, bersih.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Tes penciuman : dapat mengenali rangsangan bau.

5) Mulut.

Inspeksi : bibir lembab, mulut dan lidah bersih, tidak ada luka.

6) Leher.

Inspeksi : tidak ada pembesaran vena jugularis.

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

7) Kulit.

Inspeksi : warna kulit sawo matang, tidak ada luka, ekstremitas bawah oedema.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Tes pitting oedema : kembali >3 detik.

8) Paru paru.

Inspeksi : bentuk dada simetris 1:2, tidak ada lesi

Palpasi : getaran dinding dada kanan dan kiri sama.

Perkusi : sonor seluruh lapang paru.

Auskultasi : terdengar bunyi nafas fasikuler.

9) Jantung.

Inspeksi : ictus cordis tidak tampak.

Palpasi : tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri tekan,
ictus cordis teraba pada intercosta V

Perkusi : Pekak.

Auskultasi : terdengar bunyi jantung 1 dan 2.

10) Perut.

Inspeksi : simetris, umbilikus ditengah.

Auskultasi : terdengar bunyi bising usus 15x/menit.

Palpasi : nyeri tekan pada bagian lumbal.

Perkusi : Timpani

d. Pengkajian Lain

Status Nutrisi :

BB : 50 kg

TB : 160 cm

IMT : indeks masa tubuh

$$IMT : \frac{BB \text{ kg}}{TB^2 (m)}$$

$$: \frac{50}{(1,60)^2}$$

: 19,5 (underweight)

< 20 : underweight

20 – 25 : normal

25 – 30 : overweight

> 30 : obesitas

Berat badan relatif

$$\begin{aligned}\text{BBR} &: \frac{\text{BB kg}}{\text{TB}-100} \times 100 \% \\ &: \frac{50}{160-100} \times 100 \% \\ &: 83,3 \% \text{ underweight} \\ &< 90 \% \text{ (underweight)} \\ &9 - 110 \% : \text{normal} \\ &110 - 120 \% : \text{overweight} \\ &> 120 \% : \text{obesitas}\end{aligned}$$

a. Status cairan selama 10 jam

$$\begin{aligned}\text{IWL} &: \frac{15 \times \text{BB} \times 10}{24} \\ &: \frac{15 \times 50 \times 10}{24} = 312,5 \text{ cc}\end{aligned}$$

Masukan infus D5% 12 tetes permenit

$$\begin{aligned}\text{Infus} &= \frac{12 \times 10 \times 60}{15} \\ &= 480 \text{ cc}\end{aligned}$$

Status cairan selama 7 jam

$$\begin{aligned}\text{IWL} &= \frac{15 \times \text{BB} \times 7}{24} \\ &= \frac{15 \times 50 \times 7}{24} : 218 \text{ cc}\end{aligned}$$

Masukan infus D5 % 12 tetes /menit

$$\begin{aligned}\text{Infus} &= \frac{12 \times 7 \times 60}{15} \\ &= 336 \text{ cc}\end{aligned}$$

5. Prosedur diagnostik dan laboratorium

Pemeriksaan lab tanggal 24 mei 2016

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NORMAL
Leukosit	9.79	$10^3 / \text{ul}$	4.80 - 10.80
Eritrosit	L 3.55	Juta / mm^3	4.70 – 6.10
Hemoglobin	L 10.2	g / dl	14 – 18
Hematokrit	L 30.0	%	42.0 – 52.0
MCV	82.50	μm^3	78.00 – 98.00
MCH	25.50	Pg	25.00 – 35.00
MCHC	24.00	g / dl	31.00 – 37.00
Trombosit	170.000	$/\text{mm}^3$	150.000 – 450.000
RDW-CV	14.4	%	11.5 – 14.5
Kimia klinik			
Ureum	μ 49.9	mg / dl	17 – 49
Kreatinin	μ 4.70	mg / dl	0.80 – 1.80
Protein total	6,2	gr / dl	6,4 – 8,2
Albumin	2,5	gr / dl	3,4 – 5
Globulin	3,7	gr / dl	2,3 – 3,5
Elektrolit			
Natrium	136	mmol / l	136 – 145
Kalium	5,9	mmol / l	3,5 – 5,1
Chlorida	103	mmol / l	98 – 107
Magnesium	1,71	mmol / l	0,74 – 0,99
Fosfat anorganik	10	mmol / l	2,68 – 4,5

6. Therapy :

Infus D5% 12 Tpm

Ceftriaxone 1 x 2 gr

Furosemide 3 x 1 ampul
 Ondansentron 24ml 3x1 ampul
 Captopril 25mg 1x1 tablet
 Rebamipide 100mg 3x1 tablet
 Diit :
 Rendah protein.

B. PENGELOMPOKAN DATA

No	Waktu	Data
1.	28/1/2015	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan air kencing yang keluar sangat sedikit. - Klien mengatakan saat kencing harus mengejan dan terasa nyeri - Klien mengatakan saat kencing mengatakan tidak tuntas - Klien mengeluh badannya terasa lemas - Klien mengatakan mual, muntah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haluaran urine dalam 7 jam 100 cc - Balance cairan dalam 7 jam berlebihan +218 cc - TD : 170/110 mmHg S: 37,2 °C N : 84x / menit RR : 20 x / menit - Klien terlihat lemas - Klien terlihat hanya beraktifitas diatas tempat tidur - Wajah klien terlihat pucat dan menahan rasa sakit - Persepsi terhadap nyeri : <p>P : Nyeri saat mengejan ketika BAK</p> <p>Q : Nyeri seperti terbakar</p> <p>R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah dan sekitar kandung kemih.</p> <p>S : Skala nyeri 6</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p>

C. ANALISA DATA

No	Waktu	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1.	28-1-16 08.00	DS : - Klien mengatakan air kencing yang keluar sangat sedikit - Klein mengatakan saat kencing mengatakan tidak tuntas DO : - Haluaran urine dalam 7 jam 100 cc - Balance cairan dalam 7 jam berlebihan +218cc	Kelebihan volume cairan	Penurunan haluaran urine, retensi cairan dan natrium
2.		DS : - Klien mengeluh badannya terasa lemas - Klien mengatakan tidak kuat duduk terlalu lama - Klien mengatakan tidak kuat berjalan tanpa bantuan orang lain DO : - Klein terlihat lemas - Klien terlihat hanya beraktifitas diatas tempat tidur	Intoleransi aktifitas	Penurunan haemoglobin, keletihan kelemahan fisik

3.		<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan saat kencing harus mengejan dan terasa nyeri. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat menahan rasa sakit <p>Persepsi terhadap nyeri</p> <p>P : nyeri saat mengejan ketika BAK</p> <p>Q : nyeri seperti terbakar</p> <p>R : nyeri sekitar punggung bagian bawah dan sekitar kandung kemih</p> <p>S : skala nyeri 6</p> <p>T : nyeri hilang timbul</p> <p>TD : 170/110 mmHg</p> <p>N : 84 x / menit</p> <p>S : 37,2⁰C</p> <p>RR : 20 x / menit</p>	Nyeri	Peningkatan kontraksi uretra
----	--	---	-------	------------------------------

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan Penurunan haluaran urine, retensi cairan dan natrium.
2. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Penurunan haemoglobin, kelelahan kelemahan fisik.
3. Nyeri berhubungan dengan Peningkatan kontraksi uretra

E. INTERVENSI KEPERAWATAN

No. dx.	Waktu	Tujuan & KH	Intervensi	Rasional
1	24/5/16	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam klien	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji keadaan umum - Kaji tanda-tanda vital 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui status /keadaan umum klien - Mengetahui status vital

		<p>menunjukkan status balance cairan seimbang dengan KH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haluaran urine normal - Natrium dalam batas normal 	<p>klien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji balance cairan - Auskultasi bunyi paru - Anjurkan kepada keluarga agar membatasi masukan cairan - Kolaborasi pemberian obat furosemid 3x2ml sesuai indikasi 	<p>klien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui status keseimbangan cairan - Mengetahui ada tidaknya cairan dalam paru-paru - Agar cairan tidak berlebihan dalam tubuh, mengetahui balance cairan - Mengurangi jumlah cairan tubuh dan melancarkan status BAK klien
2		<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam klien dapat beraktivitas tanpa di bantu orang lain dengan KH ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien dapat beraktivitas diluar tempat tidur - klien dapat menjaga kebersihan dirinya. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji factor yang menyebabkan keletihan - Kaji factor yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan - Tingkatkan kemandirian dalam perawatan diri - Anjurkan aktivitas ringan sambil istirahat - Anjurkan kepada keluarga untuk memandikan pasien - Kolaborasi pemberian therapy antibiotic sesuai indikasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui status yang menyebabkan keletihan - Mengetahui intake & output klien - Meningkatkan dalam perawatan diri - Meningkatkan aktivitas secara bertahap - Meningkatkan perawatan diri - Antibiotik mengurangi resiko infeksi

			- Periksa laboratorium darah sesuai indikasi	- Mengetahui status /data penunjang laboratorium
3		Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam nyeri berkurang dengan KH : - TTV dalam batas normal - Skala nyeri 1 – 3 - Klien terlihat rileks - Klien toleran terhadap nyeri	- Kaji karakteristik nyeri dengan metode PQRS - Monitor TTV - Tinggikan posisi klien semi fowler - Ajarkan teknik pengurangan nyeri dengan metode nafas dalam dan distraksi imajinasi - Kolaborasi pemberian analgetik	- Mengetahui status /karakteristik nyeri - Nadi dapat meningkat oleh karena adanya nyeri - Mengurangi nyeri - Meningkatkan kenyamanan - Mengurangi nyeri

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NoDx	Waktu	Tindakan	Respon Pasien	TTD
1	24-05-2016 13.00	- Mengkaji keadaan umum klien	S : Klien mengatakan nyeri O : Klien terlihat lemah	
1	13.03	- Mengkaji tanda-tanda vital klien	S : Klien mengatakan silakan O : TD : 170/110 mmHg N : 84 x / menit RR : 20 x/menit S : 37,2°C	
2	13.15	- Mengkaji faktor yang menyebabkan keletihan	S : Klien mengatakan masih lemah O : Klien keletihan	

1	14.00	- Mengkaji balance cairan	S : Klien mengatakan kencingnya sedikit O : Balance cairan + 218 CC	
1	14.00	- Menganjurkan kepada keluarga agar membatasi masukan cairan	S : Keluarga klien mengatakan akan mematuhi O : Klien terlihat tersenyum keluarga mengangguk	
1	13.00	- Berkolaborasi dengan ahli medis untuk pemberian obat diuretic/ furosemid 2 ampul	S : - O : Klien tidak alergi obat furosemid 2 ampul masuk	
3	13.00	- Meninggikan kepala dan membantu mengubah posisi	S : Klien mengatakan ya O : Klien terlihat rileks	
3	13.40	- Mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST	S : - O : P : Nyeri saat mengejan ketika BAK Q : Nyeri di terbakar R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah & sekitar kandung kemih S : Skala nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul	
2	25-05-2016 07.00	- Mengkaji faktor yang menyebabkan kelelahan	S : Klien mengatakan masih lemah O : Klien kelelahan	
2	07.10	- Menganjurkan klien melakukan aktivitas ringan	S : Klien mengatakan setuju dengan nasehat yang dianjurkan O : Klien terlihat mencoba untuk duduk	

2	07.15	- Menganjurkan keluarga klien untuk memandikan klien	S : Keluarga klien mau memandikan klien O : Klien terlihat lebih bersih setelah dimandikan	
3	09.00	- Mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST	S : - O : P : Nyeri saat mengejan ketika BAK Q : Nyeri seperti terbakar R : Nyeri sekitar punggung bagian bawah & sekitar kandung kemih S : Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul	
3	09.30	- Mengajarkan teknik pengurangan nyeri dengan metode nafas dalam & distraksi imajinasi	S : Klien mengatakan akan mencoba O : Klien tampak rileks	
1,2	10.00	- Mengkaji tanda-tanda vital klien	S : - O : TTV : TD : 140/70 mmHg N : 76 x/menit S : 36,8°C RR : 24 x/menit	
1	14.00	- Mengkaji balance cairan	S : Klien mengatakan kencingnya masih sedikit O : Balance + 167,5 cc	
1	14.00	- Menganjurkan kepada keluarga agar membatasi masukan cairan	S : Keluarga mengatakan akan membatasi minum O : Klien mengangguk	

1	14.00	- Memberikan obat diuretic furosemid 2 ampul	S : - O : obat furosemid 2 ampul masuk	
1,2,3	26-05-2016 07.10	- Mengobservasi keadaan umum	S : Klien mengatakan baik O : Klien terlihat rileks	
1,2	07.15	- Mengkaji tanda-tanda vital klien	S : O : TTV : TD : 130/ 60 N : 80 x/menit S : 37,6 RR : 24 x/ menit	
3	07.20	- Mengkaji karakteristik nyeri dengan metode PQRST	S : - O : P : - Q : Nyeri sudah tidak terasa lagi R : - S : Skala nyeri 1 T : -	
3	07.30	- Meninggikan kepala semi fowler	S : terasa nyaman O : Posisi kepala klien semi fowler	
2	09.00	- Mengkaji keletihan klien	S : Klien mengatakan masih merasa lemah O : Klien terlihat lemas, kurang bersemangat	
2	09.15	- Menganjurkan klien untuk latihan alih baring	S : - O : Klien terlihat merubah posisinya	

2	10.00	- Menganjurkan klien untuk banyak beraktivitas ringan	S : Klien mengatakan sudah kuat untuk duduk O : Klien terlihat bisa duduk lama	
3	10.30	- Mengajak klien bercengkerama/ teknik pengurangan nyeri metode distraksi	S : Klien mengatakan senang bisa bercerita dengan perawat O : Klien terlihat tersenyum Klien Kooperatif	
1	14.00	- Mengkaji balance cairan	S : Klien mengatakan kencingnya lebih banyak dari kemarin O : Balance cairan + 137 cc	

G. EVALUASI

No	Waktu	Catatan Perkembangan	TTD
1.	24-05-2016 14.00	<p>S : Klien mengatakan kencing yang dikeluarkan masih sedikit tapi lebih banyak dari kemarin</p> <p>O : TD : 170/110 mmHg S : 37,2°C Balance +218cc N : 84x/ menit RR : 20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji/ Monitor Balance cairan - Jelaskan pada pasien & Keluarga tentang pembatasan pemasukan cairan - Kolaborasi pemberian obat diuretic 	

		<p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Ajarkan teknik pengurangan nyeri dengan metode relaksasi nafas dalam & distraksi - Kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi 	
1	26-05-2016 14.00	<p>S : Klien mengatakan kencing yang dikeluarkan masih sedikit tapi lebih banyak dari kemarin</p> <p>O : TTV : TD : 130/ 60</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>S : 37,6</p> <p>RR : 24 x/ menit</p> <p>Balance cairan : +137cc</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : pertahankan kondisi</p>	
2	14.00	<p>S : Klien mengatakan sudah mulai bertenaga</p> <p>O : Klien terlihat rileks</p> <p>Klien sudah bisa BAK</p> <p>Klien mampu untuk duduk dalam waktu lama</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : pertahankan kondisi</p>	
3	14.00	<p>S : Klien mengatakan ketika kencing sudah tidak merasa nyeri dan tidak mengejan</p> <p>O : Klien masih terlihat rileks</p> <p>TTV : N : 80x/ menit S : 37,6°C</p> <p>TD : 130/60 mmHg RR : 24 x/menit</p> <p>P : -</p> <p>Q : sudah tidak terasa nyeri</p> <p>R : -</p> <p>S : skala nyeri 1</p>	

		<p>T : -</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : pertahankan kondisi</p>	
--	--	---	--