





Lampiran

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Tawi Saepuloh

NIM : AKX 17125

Nama Pembimbing : Ibu Vina Vitiawati, S.Kep.,Ners., M.Kep



No	TANGGAL	SARAN & PERTIMBANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1	Kmia, 18 juni 2020.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua bahasa proposal baik di darf atau lampiran di ganti dengan bahasa setelah dilakukan penelitian KTI 2. Bab III nya masih proposal. Partisipan masih I dll nya masih menjelaskan I pasien 3. Cek semua intervensi pada setiap harinya pada setiap pasien apakah semua intervensi yang diberikan di lakukan atau tidak setiap harinya dkedua pasien dan jangan lupa hasilnya mengarah ke kriteria hasil ya 4. Evaluasi nya juga cek lagi. 	
2	27 juni 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Smart.. derajat edemanya menurut + atau tidak ditemukan edema, intake output 2. Dosis dan cara pemberian. Cek kedua pasien 3. Ini ke 1.. karna ini baru pengkajian artinya jangan masuk ke implementasi jam 7 .. tapi waktu setelah pengkajian .. kecuali hari berikutnya 4. Untuk intervensi cek berapa intervensi teori yang masuk 	
3	3 juli 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek kembali etiologinya. Yang gangguan personal higyene. Kan pasien ada gang guan perfusi. Hb berkurang. Yang menyebabkan metabolisme dan produksi energy berkurang. Pasien lemas. Akhirnya ketidakmampuan merawat diri. Terus yang tidur kenapa ga ns tidurnya., alesanya apa bukan ggk...nya.. lalu ke RAS pusat tidur.. baru terjaga. 2. Coba cek intervensi nya.. apakah semua intervensi diberikan semua. Di terori ada 7 lebih, dikasus hanya 6. 3. Missal farsik kan bisa di cek pengeluaran cairanya, atau cek edema setelah berapa lama pemberian farsik. Pre post pemberian farsik bisa di cek intake output pting edema 4. Ini alasanya kenapa?? Ga muncul?? Dipembahasan 5. Di kesimpulan Di diagnosa sebelumnya sebutkan apa saja semuan baru kalimat tsb. Intervensi sebutkan 	
4	16 juli 2020	Tawi manga sudah: silahkan BAB IV ACC, BAB V ACC.	

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Tawi Saepuloh

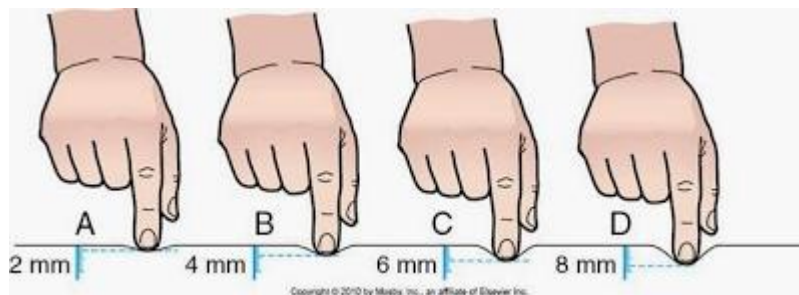
NIM : AKX 17125

Nama Pembimbing : Asep Aep Indrana S.Pd., S.Kep., Ners., M.Pd

No	TANGGAL	SARAN & PERTIMBANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1	20 Juli 2020	Di siapkan draf lengkapnya	- 
2	25 juli 2020	1. Kalau sudah acc daftar saja 2. Bpk mengikuti kalau sudah acc pembimbing I	- 

Derajat Pitting Edema

1. Derajat I : kedalaman 1-3 mm dengan waktu kembali 3 detik
2. Derajat II : kedalaman 3-5 mm dengan waktu kembali 5 detik
3. Derajat III : kedalaman 5-7 mm dengan waktu kembali 7 detik
4. Derajat IV : kedalaman >7 mm dengan waktu kembali 7 detik



(sumber: derajat pitting edema deswita, 2012)

PEMANTAUAN *INTAKE OUTPUT* CAIRAN PADA PASIEEN GAGAL GINJAL KRONIK DAPAT MENCEGAH *OVERLOAD* CAIRAN

Fany Angraini^{1*}, Arcellia Farosyah Putri¹

1. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

**Email: fany.angraini@ui.ac.id*

Abstrak

Pola diet tidak sehat pada masyarakat perkotaan merupakan salah satu faktor risiko penyakit tidak menular DM dan Hipertensi. Kedua penyakit tersebut menjadi dua penyebab utama kerusakan pada ginjal yang dapat berlanjut kepada tahap gagal ginjal (GGK). Pasien GGK seringkali mengalami masalah *overload* cairan yang dapat menimbulkan masalah kesehatan lainnya bahkan dapat berujung dengan kematian. Oleh karena itu, dibutuhkan program pembatasan cairan yang efektif dan efisien untuk mencegah komplikasi tersebut, diantaranya melalui upaya pemantauan *intake output* cairan. Penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode studi kasus dengan tujuan menggambarkan metode pemantauan *intake output* cairan pasien GGK dengan menggunakan *fluid intake output chart*. Pemantauan tersebut terbukti efektif untuk menangani *overload* cairan pada klien, dibuktikan dengan berkurangnya manifestasi *overload* cairan pada klien.

Kata kunci: DM, fluid intake output chart, GGK, hipertensi, masyarakat perkotaan, overload cairan, pemantauan *intake output* cairan, pola diet yang tidak sehat

Abstract

Fluid Intake Output Monitoring of Chronic Renal Failure Patients can Prevent Fluid Overload. Unhealthy diet in urban society as one of risk factor noncommunicable disease, such as Diabetes and Hypertension. Both of them is leading causes of kidney disease and it can be End Stage Renal Disease stage (ESRS). ESRD patient often experience fluid overload state, that can cause another health problem even it can be cause of death. That's way, it is important to make effective and efficient fluid restriction program to prevent the complication, one other thing is fluid intake output monitoring. This scientific paper use case study method to describe analysis of clinical practice in fluid intake output monitoring by using fluid intake output chart. Monitoring is proven effective to treat fluid overload, it is shown by decreasing of patient's fluid overload clinical manifestation

Keyword: diabetes, ESRD, fluid intake output chart, fluid intake output monitoring, Fluid Overload, hypertension, unhealthy diet, urban society

Pendahuluan

Pola diet yang tidak sehat pada masyarakat perkotaan identik dengan konsumsi makanan siap saji ataupun makanan instan merupakan faktor risiko pemicu terjadinya penyakit tidak menular (PTM) seperti Hipertensi dan Diabetes Mellitus (DM) (WHO, 2008 dalam Kemenkes, 2011). Kedua penyakit tersebut menjadi dua penyebab utama terjadinya kerusakan ginjal yang dapat berlanjut kepada tahap gagal ginjal kronik (GGK) (Jha, Garcia,

Iseki, Li, Platner, Saran Wang, Yang, 2013 dan Caturdevy, 2014). Kegagalan fungsi ginjal dapat menimbulkan komplikasi gangguan kesehatan lainnya, salah satunya adalah kondisi *overload* cairan yang merupakan faktor pemicu terjadinya gangguan kardiovaskuler bahkan kematian yang terjadi pada pasien GGK (Angelantonio, Chowdhury, Sarwar, Aspelund, Danesh, & Gudnason, 2010 dan Caturdevy, 2014). Meiliana (2013) menyatakan bahwa 54% pasien yang menjalani HD di ruang HD RSUP Fatmawati memiliki riwayat

overload cairan. Sementara itu, Wizemann (1995 dalam Tsai, Chen, Chiu, Kuo, Hwang, & Hung 2014) menyatakan lebih dari 15% kasus *overload* menyebabkan kematian pada pasien yang menjalani hemodialisis. Komplikasi GGK sehubungan dengan *overload* dapat dicegah melalui pembatasan *intake* cairan yang

efektif dan efisien.

Keefektifan pembatasan jumlah cairan pada pasien GGK bergantung kepada beberapa hal, antara lain pengetahuan pasien terhadap jumlah cairan yang boleh diminum. Upaya untuk menciptakan pembatasan asupan cairan pada pasien GGK diantaranya dapat dilakukan melalui pemantauan *intake output* cairan per harinya, sehubungan dengan *intake* cairan pasien GGK bergantung pada jumlah urin 24 jam (*Europe-an Society for Parenteral and Enteral Nutri-tion* dalam Pasticci, Fantuzzi, Pegoraro, Mc Cann, Bedogni, 2012).

Pemantauan dilakukan dengan cara mencatat jumlah cairan yang diminum dan jumlah urin setiap harinya pada *chart*/tabel (Shepherd, 2011). Sehubungan dengan pentingnya program pembatasan cairan pada pasien dalam rangka mencegah komplikasi serta mempertahankan kualitas hidup, maka perlu dilakukan analisis praktek terkait intervensi dalam mengontrol jumlah asupan cairan melalui pencatatan jumlah cairan yang diminum serta urin yang dikeluarkan setiap harinya.

Metode

Penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode studi kasus, yaitu pasien dengan gagal ginjal kronik. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan meliputi wawancara, observasi partisipan, catatan individu, atau rekam medik dan perawatan. Data yang telah terkumpul dianalisis untuk melihat masalah keperawatan yang dialami klien serta meninjau keefektifan intervensi yang telah dilakukan untuk menyelesaikan masalah keperawatan pasien, khususnya masalah kelebihan volume cairan.

Hasil

Pasien yang menjadi kelolaan pada studi kasus ini adalah Ny. S (50 tahun), dirawat di RS sejak tanggal 7 Mei 2014 dengan keluhan keti- ka masuk, meliputi sesak nafas, kondisi kaki bengkak dan perut yang membesar, mual, serta lemas. Klien memiliki riwayat obesitas (riwa- yat BB=100 kg, suka makan gorengan dan makanan berpenyedap kuat), riwayat merokok dan menderita DM tipe 2 (riwayat GDS 300 mg/dl) sejak empat tahun yang lalu disertai dengan hipertensi grade 1 (riwayat TD 160/90 mmHg).

Masalah keperawatan yang muncul berdasar- kan hasil pengkajian melalui anamnesa, peme- riksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium, meliputi gangguan perfusi jaringan perifer, kelebihan volume cairan, risiko gangguan keseimbangan nutrisi, risiko infeksi, intole- ransi aktivitas, serta kerusakan integritas kulit.

Gangguan Perfusi Jaringan Perifer. Ber- dasarkan hasil pengkajian didapatkan data berupa tampilan klien yang tampak pucat, konjungtiva anemis, punggung kuku pucat, CRT memanjang (>3 detik), serta nilai Hb yang menurun (5,7 gr/dl).

Kelebihan Volume Cairan. Kelebihan volume cairan ditunjukkan dengan adanya data me- liputi keluhan klien yang mengalami pe- nurunan frekuensi BAK (2-3 kali/hari), jumlah urin sedikit, data observasi berupa

adanya edema pitting *grade* 3 pada kedua tungkai bawah klien serta ascites, jumlah urin dalam 24 jam (400 cc), tekanan darah 130/90 mmHg.

Risiko Gangguan Nutrisi. Sehubungan dengan masalah risiko gangguan nutrisi, adanya risiko ditunjukkan dengan ada- nya data berupa keluhan tidak nafsu makan, mual dan muntah, hasil observasi/pemeriksaan fisik dan laboratorium (porsi makan hanya $\frac{1}{4}$ bagian yang habis, BB=81 kg, TB 170 cm, postur tinggi sedang, Hb=5,7 gr/dl, Albu-min=2,9 gr/dl, LILA=31 cm, status gizi = normal).

Risiko Infeksi. Masalah keperawatan risiko infeksi ditunjang dengan adanya data klien dengan riwayat penyakit kronik CKD se- menjak 4 bulan yang lalu, hasil pemeriksaan terlihat kulit klien kering dan meneghapus (Xerotic Skin), kadar Ureum meningkat (161 mg/dl), penurunan kadar Hb (5,7 gr/dl), pe- nurunan kadar limfosit (limfosit 4). Keadaan tersebut meningkatkan risiko klien untuk ter- kena infeksi.

Kerusakan Integritas Kulit. Kondisi kulit klien dan peningkatan kadar ureum seperti yang sudah diuraikan sebelumnya, juga men- jadi data penunjang munculnya masalah ke- rusakan integritas kulit. Data tambahan terkait kerusakan integritas kulit lainnya adalah be- rupa keluhan klien mengenai rasa gatal pada kulit.

Intoleransi Aktivitas. Intoleransi aktivitas dibuktikan dengan adanya data berupa keluhan lemas dari klien dan berdasarkan observasi klien tampak lemah, *bed rest* dan pemenuhan ADL dibantu keluarga.

Adapun tindakan keperawatan yang telah di- lakukan selama pemberian asuhan keperawat- an kepada Ny. S meliputi pemantauan status mental/ neurologis, pemantauan tanda-tanda vital, pemantauan status hidrasi (pemantauan

BB, JVP, edema, ascites, *intake output*), pemantauan toleransi klien dalam melakukan ADL, pemberian motivasi kepada klien untuk meningkatkan *intake* makanannya, pemberian saran kepada klien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering, pemberian kesehatan tentang diet rendah garam dan rendah protein, pendidikan kesehatan tentang *hand hygiene*, pemberian *lotion* pelembab untuk mengatasi kulit klien yang kering, kolaborasi pembatasan *intake* cairan, kolaborasi pemberian diet, kolaborasi pemantauan hasil laboratorium (Hb, Ur, & Cr), kolaborasi pemberian diuretik, antiemetik, antibiotik, antipruritus, serta transfusi PRC, kolaborasi pemberian tindakan HD.

Sehubungan dengan evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan didapatkan hasil sebagai berikut:

- a. Masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan perifer teratasi penuh pada hari rawat ke-3, setelah klien mendapatkan transfusi PRC ke 4. Hal tersebut ditandai dengan peningkatan kadar Hb (8,3 gr/dl) dan berkurangnya anemis pada konjungtiva dan punggung kuku serta CRT < 3 dtk. Meskipun demikian, pada hari terakhir klien dirawat, kadar Hb klien kembali mengalami penurunan (Hb 7,3 gr/dl), klien direncanakan transfusi on HD pada jadwal HD

berikutnya.

- b. Masalah keperawatan kelebihan volume cairan mulai teratasi pada hari rawat ke-2, ditandai dengan penurunan derajat edema (edema grade 2), ascites berkurang, tidak ada penambahan BB dari hari sebelumnya, JVP tidak meningkat, balance cairan negatif, TD stabil (130/90 mmHg) dan status mental CM. Masalah teratasi penuh pada hari terakhir klien dirawat ditunjukkan dengan penurunan derajat edema (derajat 1), ascites berkurang, tidak ada penambahan BB dari hari sebelumnya, JVP tidak meningkat, balance cairan negatif, suara nafas vesikuler, status mental CM, dan TD stabil (130/90 mmHg).
- c. Masalah risiko gangguan keseimbangan nutrisi mulai teratasi pada hari rawat ke-3, ditandai dengan keluhan mual yang dirasakan klien berkurang, porsi makanan yang habis bertambah ($\frac{1}{2}$ porsi), nafsu makan mulai membaik. Masalah teratasi penuh pada hari terakhir klien dirawat, ditandai dengan hilangnya keluhan mual, nafsu makan membaik, porsi makanan yang habis > 50% ($\frac{3}{4}$ porsi).
- d. Masalah risiko infeksi mulai teratasi pada hari pertama pemberian asuhan keperawatan pada klien, ditandai dengan tidak ada tanda infeksi. Masalah teratasi penuh pada hari terakhir perawatan klien ditandai dengan tidak adanya tanda infeksi pada klien serta kadar ureum darah klien yang sudah menurun (90 mg/dl).

- e. Masalah kerusakan integritas kulit mulai teratasi pada hari rawat pertama ditandai dengan berkurangnya keluhan gatal pada kulit. Masalah teratasi penuh pada hari terakhir klien dirawat, ditunjukkan rasa gatal pada kulit. Masalah teratasi penuh pada hari terakhir klien dirawat, ditunjukkan dengan rasa gatal pada kulit berkurang, kulit sudah tidak terlalu kering dan mengelupas, kadar ureum darah menurun (90 mg/dl).
- f. Masalah intoleransi aktivitas mulai teratasi pada hari rawat ke-4 ditandai dengan berkurangnya keluhan lemas yang dirasakan klien. Masalah teratasi penuh pada hari rawat terakhir, klien sudah mampu mobilisasi ke kamar mandi, karena badannya sudah tidak terlalu lemas.

Pembahasan

Pola diet yang tidak sehat pada masyarakat perkotaan meningkatkan risiko masyarakat perkotaan untuk terkena PTM, seperti Diabetes Mellitus (DM) dan Hipertensi (Kemenkes, 2011). Kedua penyakit tersebut menjadi dua penyebab utama terjadinya kerusakan ginjal yang dapat berlanjut kepada tahap gagal ginjal kronik (GGK) (Jha, Garcia, Iseki, Li, Platner, Saran Wang, Yang, 2013; Caturdevy, 2014).

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di ruang rawat penyakit

dalam menunjukkan sebanyak 50% pasien yang dirawat adalah pasien GGK. Tiga puluh lima persen penderita juga menderita DM dan hipertensi dengan riwayat kebiasaan makan yang tidak sehat.

Pola diet yang tidak sehat menjadi faktor pemicu awal gangguan ginjal yang dialami Ny.S. Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien, didapatkan bahwa klien sering mengonsumsi gorengan yang dibeli di pinggir jalan, makanan berpenyedap rasa yang kuat dan rutin mengonsumsi kopi setiap harinya. Pasien tersebut memiliki riwayat obesitas, dengan beratnya pernah mencapai 100 kg, riwayat DM dan hipertensi semenjak 4 tahun yang lalu. Dapat disimpulkan DM dan menjadi faktor pemicu GGK pada Ny. S.

Gangguan Perfusi Jaringan Perifer.

Kondisi anemia (Hb 5,7 gr/dl) merupakan manifestasi klinis lainnya yang dialami Ny. S. Kondisi tersebut berhubungan dengan kerusakan ginjal yang mengakibatkan penurunan fungsi ginjal dalam mensintesis enzim eritropoetin yang merupakan prekursor pembentukan sel darah merah pada sumsum tulang belakang. Selain itu, keadaan anemia pada Ny. S diperparah dengan deplesi komponen sel darah merah sehubungan dengan uremia (Ureum 161 mg/ dl). Uremia memberikan dampak buruk berupa hemolisis/pemendekan usia sel darah merah yang normalnya berusia 120 hari (LeMone & Burke, 2008).

Penurunan kadar Hb kurang dari 6 gr/dl dapat mempengaruhi perfusi jaringan, sehingga berdasarkan data tersebut memunculkan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan perifer (Doengoes & Moorhouse, 2010).

Kelebihan Volume Cairan. Manifestasi klinis *overload* cairan yang dialami Ny. S

berupa edema grade 3 dan ascites berhubungan dengan penurunan kemampuan ginjal dalam meregulasi penyerapan dan haluaran elektrolit Na, sehingga menyebabkan retensi Na yang lebih lanjut meningkatkan volume cairan ekstrasel. Keadaan *overload* pada Ny. S diperparah dengan adanya penurunan Laju Filtrasi Glo- merulus/ LFG (LFG 8,7 ml/mnt), sehubungan dengan gangguan regulasi air oleh ginjal (Black & Hawk, 2009).

Tindakan keperawatan dalam mengatasi *over- load* meliputi pemantauan TTV (TD), status mental, CVP, distensi vena leher, suara nafas, berat badan, status hidrasi, pemantauan adanya edema, ascites, kolaborasi pembatasan cairan

dan pantau *intake output* (Dongoes, Moorhouse, & Murr, 2010).

Pemantauan tekanan darah menjadi salah satu intervensi utama dalam penanganan klien dengan *overload* karena TD merupakan salah satu indikator adanya peningkatan volume cairan intravaskuler. Peningkatan volume cairan berlebih pada kompartemen intravaskuler lebih lanjut akan menyebabkan perpindahan cairan dari dalam pembuluh darah menuju jaringan interstisial tubuh. Oleh sebab itu, intervensi pemantauan TD pada pasien GJK sangat penting untuk memperkirakan kemungkinan terjadinya *overload* pada pasien (Black & Hawk, 2009).

Intervensi berupa pemantauan status mental pada pasien GJK merupakan hal yang penting

karena salah satu kemungkinan penyebab perubahan status mental pada pasien GJK adalah perpindahan cairan dari pembuluh darah otak menuju jaringan interstisial (edema serebral). Meskipun perubahan status mental pada pasien GJK lebih sering disebabkan karena akumulasi ureum dalam darah, namun akumulasi cairan pada jaringan otak dapat diprediksi menjadi kemungkinan penyebab lainnya (Ignatavicius & Workman, 2010).

Pemantauan selanjutnya adalah berupa pemantauan adanya distensi vena jugularis dan pengukuran JVP. Hal tersebut dapat dilakukan sehubungan dengan anatomi pembuluh darah tersebut bermuara pada vena sentral (vena cava superior). Peningkatan pada vena sentral sehubungan dengan meningkatnya volume sirkulasi sistemik akan berdampak kepada peningkatan JVP yang dapat terlihat dengan adanya distensi vena leher, jadi secara tidak langsung terhadap distensi vena leher dan peningkatan JVP menunjukkan kemungkinan adanya kondisi *overload* cairan (Smeltzer, Bare, Hinkle & Ceever, 2010).

Intervensi berupa pemeriksaan fisik (auskultasi paru) penting dilakukan, sehubungan dengan adanya suara nafas abnormal *crackle* jika

terdapat kelebihan cairan di rongga alveolus. Akumulasi tersebut terjadi karena perpindahan cairan dari kompartemen intravaskuler ke dalam rongga alveolus sehubungan dengan terjadinya peningkatan tekanan hidrostatik yang dihasilkan jantung karena adanya peningkatan volume cairan di dalam pembuluh darah. Akumulasi cairan tersebut dapat menimbulkan komplikasi gagal nafas.

Intervensi selanjutnya yang dilakukan dalam mengatasi kelebihan cairan pada pasien GJK adalah berupa pemantauan berat badan, edema atau ascites dan status

hidrasi. Perubahan berat badan secara signifikan yang terjadi dalam 24 jam menjadi salah satu indikator status cairan dalam tubuh. Kenaikan 1 kg dalam 24 jam menunjukkan kemungkinan adanya tambahan akumulasi cairan pada jaringan tubuh sebanyak 1 liter. Pemantauan selanjutnya, berupa pemantauan adanya edema dan ascites menunjukkan adanya akumulasi cairan di jaringan interstisial tubuh yang salah satu kemungkinan penyebabnya perpindahan cairan ke jaringan. Salah satu pemicu kondisi tersebut adalah peningkatan volume cairan dalam pembuluh darah (Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien & Bucher, 2007).

Sehubungan dengan tindakan kolaborasi, intervensi keperawatan dalam menangani kelebihan cairan diantaranya adalah kolaborasi pembatasan *intake* cairan. Pada pasien GGK pembatasan cairan harus dilakukan untuk menyesuaikan asupan cairan dengan toleransi ginjal dalam regulasi (ekresi cairan), hal tersebut dikarenakan penurunan laju ekresi ginjal dalam membuang kelebihan cairan tubuh sehubungan dengan penurunan LFG. Pada pasien ginjal *intake* cairan yang direkomendasikan bergantung pada jumlah urin 24 jam, yaitu jumlah urin 24 jam sebelumnya ditambahkan 500-800 cc (IWL) (*European Society for Parenteral and Enteral Nutrition* dalam Pasticci, Fantuzzi, Pegoraro, Mc Cann, Bedogni, 2012).

Pemantauan status hidrasi pada

pasien GGK meliputi pemantauan *intake output* cairan selama 24 jam dengan menggunakan *chart intake output* cairan untuk kemudian dilakukan penghitungan *balance* cairan (*balance* positif menunjukkan keadaan *overload*). *Chart* pemantauan *intake output* cairan klien, tidak hanya diisi oleh mahasiswa saja, namun juga diisi oleh klien. Hal tersebut bertujuan untuk melatih klien dalam memantau asupan dan haluaran cairan, sehingga pada saat pulang ke rumah klien sudah memiliki keterampilan berupa modifikasi perilaku khususnya dalam manajemen cairan. Keterampilan tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya *overload* cairan pada klien, mengingat jumlah asupan cairan klien bergantung kepada jumlah urin 24 jam.

pada tahap awal dalam memberikan intervensi mahasiswa terlebih dahulu memperkenalkan *chart* meliputi nama serta tujuan pengisian *chart*. Setelah itu mahasiswa mulai memperkenalkan cara pengisian *chart* kepada klien. Pada dasarnya klien ataupun keluarga tidak memahami cara pengisian *chart*, karena cara pengisian yang cukup mudah seperti membuat catatan harian.

Berdasarkan catatan perkembangan penggunaan *chart* dalam rangka memantau *intake output* cairan, terlihat bahwa upaya yang dilakukan mahasiswa dalam manajemen kelebihan cairan cukup efektif, dibuktikan dengan jumlah

Tabel 1 *Chart Pemantauan Intake Output Cairan Klien*

Tanggal:			Berat Badan:			
Waktu (WIB)	Cairan masuk (ml)		Cairan keluar (ml)			
	Minum	Makanan	Muntah	Urin	BAB	Keterangan
01.00						
02.00						
03.00						
04.00						
05.00						
06.00						
07.00						
SUB TOTAL						
08.00						
09.00						
10.00						
11.00						
12.00						
13.00						
14.00						
SUB TOTAL						
15.00						
16.00						
17.00						
18.00						
19.00						
20.00						
21.00						
22.00						
23.00						
24.00						
SUB TOTAL						
TOTAL /24 jam						

Dimodifikasi dari *Fluid Balance Record* (www.dxmedicalstationery.com.au)

lah *intake* cairan klien terkontrol sesuai dengan haluaran urin, berkurangnya kelebihan cairan yang dialami klien dibuktikan dengan tidak ada peningkatan BB yang meningkat signifikan setiap harinya, edema/ascites berkurang, tekanan darah stabil, suara nafas vesikuler, status mental CM, tidak ada distensi vena leher (JVP tidak meningkat), serta *balance* cairan yang negatif. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan mahasiswa selama praktek tidak lepas dari kendala, diantaranya terkait sarana.

Adapun sarana yang dimaksud adalah belum tersedianya gelas ukur urin dan formulir khusus pemantauan *intake output* cairan khususnya untuk pasien GGK di ruang rawat, padahal kedua komponen tersebut merupakan bagian dari standar operasional prosedur pemantauan *intake output* cairan dengan menggunakan *intake output* cairan (Sephard, 2010). Untuk menangani masalah tersebut, mahasiswa mencoba mencari alternatif, berupa penggantian gelas ukur urin dengan menggunakan tampung berupa botol air mineral bekas dan menggunakan formulir pemantauan *intake output* yang diterjemahkan dan diadaptasi dari luar negeri (Bennet, 2010 dalam Shepherd, 2011).

Kendala yang ditemui selama penelitian tidak hanya berhubungan dengan sarana saja, tetapi juga berhubungan dengan

kerja sama klien atau keluarga dalam memberikan informasi *intake output* cairan yang benar. Klien atau keluarga terkadang lupa untuk mengukur *intake cairan* maupun haluaran urin, sehingga dapat memengaruhi keakuratan data *intake output* cairan klien karena pencatatan jumlah cairan melalui perkiraan saja dan bukan melalui pengukuran. Kendala tersebut tidak berlangsung lama dan terjadi di awal pemberian asuhan keperawatan, setelah diberikan edukasi dan diingatkan secara berulang-ulang, akhirnya kepatuhan klien/keluarga mengalami peningkatan. Hal tersebut dibuktikan dengan rutinnya mencatat setiap *intake* dan *output* pada

intake output chart yang juga diberikan pada klien.

Risiko Gangguan Nutrisi. Keluhan klien berupa mual, penurunan nafsu makan terjadi sehubungan dengan uremia (161 mg/dl). Peningkatan ureum yang merupakan sampah sisa metabolisme protein dan semestinya dibuang dari dalam tubuh terjadi karena penurunan fungsi klirens ginjal sehubungan dengan penurunan LFG. Pada Ny. S, berdasarkan formula kreatinin klirens didapatkan LFG klien hanya 8,7 ml/mnt.

Risiko Infeksi. Peningkatan kadar ureum juga menyebabkan gangguan pada fungsi leukosit sebagai agen yang berperan dalam sistem imun. Pada klien terjadi penurunan kadar Limfosit, hal tersebut menempatkan klien pada risiko infeksi.

Kerusakan Integritas Kulit. Keluhan klien berupa rasa gatal pada kulit dan kondisi kulit yang kering/bersisik dan

mengelupas merupakan manifestasi klinis dari keadaan uremia yang dialami klien.

Intoleransi Aktivitas. Penurunan kadar Hb yang menyebabkan kondisi anemia pada klien menimbulkan manifestasi klinis berupa badan yang terasa lemas, kepala pusing, sehingga membuat klien tidak mampu melakukan aktivitas untuk pemenuhan ADL.

Kesimpulan

Penyakit tidak menular yang sering ditemukan di perkotaan adalah DM dan hipertensi yang disebabkan oleh pola diet yang tidak sehat misalnya konsumsi makanan siap saji yang mengandung kadar kolesterol, gula dan garam yang tinggi. DM dan hipertensi lebih lanjut menyebabkan komplikasi gangguan kesehatan berupa GJK yang menyebabkan gangguan regulasi cairan dan elektrolit dan memicu terjadinya kondisi *overload* cairan pada penderita.

Overload cairan lebih lanjut dapat menimbulkan komplikasi berupa gagal jantung, edema paru yang dapat berujung kematian. Oleh sebab itu, dibutuhkan manajemen cairan berupa pembatasan cairan efektif dan efisien untuk mencegah komplikasi tersebut. Upaya untuk menciptakan program pembatasan cairan yang efektif dan efisien, salah satunya dapat dilakukan melalui pemantauan *intake output* cairan pasien

selama 24 jam dengan menggunakan *fluid intake output chart*.

Sehubungan dengan pentingnya upaya pemantauan *intake output* cairan pada pasien GJK, maka rumah sakit perlu menyediakan alat ukur urin serta formulir pemantauan *intake output* cairan yang sudah terstandarisasi tidak hanya di ruang perawatan kritis saja. Hal tersebut diperlukan untuk memfasilitasi perawatan dalam memberikan intervensi keperawatan berupa pemantauan *intake output* yang akurat, sehingga komplikasi *overload* cairan pada pasien GJK dapat diminimalisasi (US, TN).

Referensi

- Angelantonio, E. D., Chowdhury, R., Sarwar, N., Aspelund, T., Danesh, J., & Gudnason, V. (2010). Chronic kidney disease and risk of major cardiovascular disease and non-vascular mortality: prospective population based cohort study. *British medical journal* 341, 768.
- Black, J. M. & Hawks, J. H. (2009). *Medical- surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (8th Ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Caturvedy, M. (2014). Management of hypertension in CKD. *Clinical queries: nephrology* 3, 1-4.
- Dx Medical Stationery. 2013. *Fluid balance record data form*. Diperoleh dari <http://dxmedicalstationery.com.au>.
- Dongoes, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. (2010). *Nursing care*

- plans: guideline for individualizing client care across the life span* (8th Ed.). Philadelphia: F. A Davis Company
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2010). *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care*. (6th ed). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., Saran, R., Wang, A.Y., & Yang, C.W. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*, 382 (9888), 260-272. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60687-X
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Strategi nasional penerapan pola konsumsi dan aktivitas fisik untuk mencegah penyakit tidak menular*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- meiliana, R. (2013). *Hubungan kepatuhan terhadap terjadinya overload pada pasien gagal ginjal kronik post hemodialisa di Rumah Sakit Fatmawati* (Skripsi, tidak dipublikasikan). Program Studi Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok – Jawa Barat, Indonesia.
- Pasticci, F., Fantuzzi, A. L., Pegoraro M., Mc Cann, M., & Bedogni, G. (2012). Nutritional management stage 5 of chronic kidney disease. *Journal of renal care*, 38 (1), 50-58. doi: 10.1111/j.1755-6686.2012.00266.x
- Shepherd, A. (2011) Measuring and managing fluid balance. *Nursing times* 107(28), 12-16. Diperoleh dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21941718>
- Tsai, Y. C., Tsai, J. C., Chen, S. C., Chiu, Y. W., Hwang, S. Y., Hung, C. C., Chen, T. H., Kuo, M. C., & Chen, H. C. (2014). Association of fluid overload with kidney disease progression in advanced CKD: a prospective cohort study. *American of Journal of kidneyDisease*, 63(1), 68-75. doi: 10.1053/j.ajkd.2013.06.011 Western Health and Social Care Trust. (2010). Policy for the recording of fluid balance/ intake-output. Diperoleh dari <http://www.nmc-uk.org>

PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.Y DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK (GGK) DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT DI RUANG HEMODIALISA RSUD

LABUANG BAJI MAKASSAR

Application of Nursing Care In Patient Ny. "Y" With Chronic Kidney Failure In Fulfilling Needs Of Fluids And Electrolytes In Hemodialisa Room RSUD Labuang Baji Makassar

Nurlina

Diploma III Study Program of Nursing Nursing Academy of Muhammadiyah Makassar

ABSTRACT

Background: Based on data from the World Health Organization (WHO) showing that suffering from acute and chronic kidney failure is 50% while only 25% and 12.5% are treated and treated well. The cause of renal failure occurs when the kidneys are unable to transport the body's metabolic waste or perform its regular function, a substance that is normally eliminated in the urine accumulate in body fluids due to renal excretion and leads to impaired endocrine and metabolic functions, fluids, electrolytes, and acid-base acids. **Objective:** to give an idea of nursing care to Ny. "Y" diagnosed Chronic Renal Failure Stage V, in fulfillment of fluid and electrolyte requirements in hemodialysis chamber of RSUD Labuang Baji Makassar **By using** descriptive method and using the technique of collecting interview data and observation with one resource (patient) Kidney Failure Stadium V. **Results:** studies have shown excess fluid and electrolyte marked with swelling on both legs, increased weight, slight urine output, and abdominal bloating. **Conclusion:** after doing research it can be concluded that by doing nursing care in fluid and electrolyte restriction the patient can maintain ideal BB and not experiencing fluid overload. **Suggestion:** in the implementation nurses and other health teams still provide education to patients and families.

Keywords: Chronic Kidney Failure, Liquid and Electrolyte Requirement.

ABSTRAK

Latar Belakang: berdasarkan data badan kesehatan dunia atau World Health Organisation (WHO) memperlihatkan yang menderita gagal ginjal baik akut maupun kronik mencapai 50% sedangkan yang diketahui dan mendapat pengobatan hanya 25% dan 12,5% yang terobati dengan baik. Adapun penyebab gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya, suatu bahan yang biasanya di eliminasi di urin menumpuk dalam cairan tubuh akibat ekskresi renal dan menyebabkan terjadinya gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit, serta asam basa. **Tujuan:** untuk memberikan gambaran mengenai asuhan keperawatan pada Ny. "y" yang terdiagnosa Gagal Ginjal Kronik Stadium V, dalam pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit di ruang hemodialisa RSUD Labuang Baji Makassar. **Metode** deskriptif dengan menggunakan teknik pengumpulan data yaitu wawancara dan observasi dengan satu sabyek (pasien) Gagal Ginjal Kronik Stadium V. **Hasil:** penelitian yang telah dilakukan menunjukkan kelebihan cairan dan elektrolit yang di tandai dengan bengkak pada kedua kaki, berat badan meningkat, haluaran urin sedikit, dan perut terlihat kembung **Kesimpulan:** setelah dilakukan penelitian dapat disimpulkan bahwa dengan melakukan asuhan keperawatan dalam pembatasan cairan dan elektrolit pasien dapat mempertahankan BB ideal dan tidak mengalami overload cairan. **Saran:** dalam pelaksanaannya perawat dan tim kesehatan lainnya tetap memberikan edukasi pada pasien dan keluarga.

Kata Kunci: Gagal Ginjal Kronik, Askep Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Cairan dan elektrolit merupakan komponen terbesar dalam tubuh manusia. Dimana dalam tubuh terdiri dari dua jenis cairan yaitu cairan intra seluler dan cairan ekstra seluler. Cairan intra seluler merupakan cairan yang berada dalam sel, sedangkan cairan ekstra seluler adalah cairan yang berada di luar sel. Sekitar 60% berat tubuh total terdiri atas air. Dari jumlah ini dua pertiga (66%) adalah cairan intra sel. Cairan berperan penting dalam pembentukan energi, pemeliharaan tekanan osmotik, dan transport zat-zat tubuh dan menembus membrane sel, dan satu pertiga (33%) adalah cairan ekstra sel. Sedangkan organ utama mengatur keseimbangan cairan tubuh adalah ginjal. Jika keseimbangan cairan tidak baik, ginjal akan mengalami masalah. (Corwin, 2009)

Menurut hasil penelitian hierarki maslow kebutuhan cairan merupakan kebutuhan dasar manusia yang pertama yang harus di penuhi. Masalah ini harus segera diatasi karena kelebihan volume cairan apabila tidak di tangani akan menyebabkan beban sirkulasi berlebihan, udem, hipertensi dan gagal jantung kongestif (Hedman, 2015)

Berdasarkan data Badan Kesehatan Dunia atau World Health Organisation (WHO) memperlihatkan yang menderita gagal ginjal baik akut maupun kronik mencapai 50% sedangkan yang diketahui dan mendapatkan pengobatan hanya 25% dan 12,5%

yang terobati dengan baik. (Indrasari, 2015)

Berdasarkan Riskesdas 2013, prevalensi gagal ginjal kronis berdasar diagnosis di Indonesia sebesar 0,2%. Prevalensi tertinggi di Sulawesi Tengah sebesar 0,5%, diikuti Aceh, Gorontalo dan Sulawesi Utara masing-masing 0,4% sementara Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Selatan, Lampung, Jawa Barat, Jawa Tengah, di Yogyakarta, dan Jawa Timur masing-masing 0,3%. Provinsi Sumatera Utara sebesar 0,2%.

Gagal ginjal terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya. Suatu bahan yang biasanya di eliminasi di urine menumpuk dalam cairan tubuh akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan terjadinya gangguan fungsi endokrin dan metabolik, cairan, elektrolit, serta asam basa. (Suharyanto & Madjid, 2009)

Penyakit ginjal kronis adalah beban kesehatan global dengan biaya ekonomi tinggi terhadap sistem kesehatan dan merupakan faktor risiko independen untuk penyakit kardiovaskular (*Cardiovascular Disease/CVD*). Semua stadium GKG dikaitkan dengan peningkatan risiko morbiditas kardiovaskular, mortalitas dini, dan / atau penurunan kualitas hidup (Hill, et al., 2016).

Dari beberapa hasil penelitian penulis menyimpulkan bahwa apabila kelebihan cairan pada pasien gagal ginjal kronik tidak ditangani secara tepat dan teratur maka akan menyebabkan komplikasi seperti penyakit kardiovaskular, serta memperburuk kualitas hidup pada penderita. Maka salah satu upaya untuk mencegah hal tersebut penulis akan melakukan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dalam pemenuhan Cairan dan elektrolit.

Tujuan studi Kasus

Mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal

Kronik dalam pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit.

Rencana studi kasus

Karya tulis ilmiah ini menggunakan rancangan studi kasus deskriptif, dan data hasil penelitian di sajikan dalam bentuk penerapan

asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik.

Subjek studi kasus

Subjek studi kasus yang akan dikaji adalah pasien dengan penyakit Gagal Ginjal Kronik dalam pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit.

Fokus studi kasus

Studi kasus berfokus pada pasien Gagal Ginjal Kronik yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit

Tempat dan waktu

Tempat pelaksanaan studi kasus bertempat di ruang hemodialisa RSUD Labuang Baji Makassar

Waktu pelaksanaan studi kasus pada tanggal 15 s/d 22 Mei 2018.

Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data yang di gunakan yaitu: wawancara dan observasi

Penyajian data

Data yang telah terkumpul dari hasil pengumpulan data yang di peroleh dari pasien di sajikan secara tekstural/narasi dari subjek studi kasus yang merupakan data pendukungnya.

HASIL STUDI KASUS

Gambaran umum lokasi pelaksanaan studi kasus

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 15 s/d 22 Juli 2018 di Ruang Hemodialisa, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Labuang Baji Makassar yang terletak di bagian selatan Kecamatan Mamajang Kota Makassar tepatnya di Jalan Dr. Ratulangi No. 81 Makassar.

Data Umum Subyek Studi Kasus

Pengkajian studi kasus dilakukan pada Selasa, 15 Mei 2018 jam 07.40 WIB, dengan jumlah populasi GKG sebanyak 20 orang, yang sesuai dengan kriteria inklusi hanya 2 orang tetapi satu pasien bukan pasien tetap yang melakukan HD di RS Labuang Baji Makassar, sehingga penelitian ini hanya menggunakan satu subjek penelitian saja dengan data sebagai berikut:

Pasien bernama Ny.Y berumur 46 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga, pendidikan terakhir SMA, suku Makassar, Alamat Perumnas Antang. Nomor rekam medik 15.16.15, diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik (GGK) Ny.Y pertama kali menjalani terapi Hemodialisa pada 22 Juli 2008 sampai saat ini dengan frekuensi 2x dalam satu minggu. Penulis melakukan penelitian selama satu minggu melalui penerapan asuhan keperawatan yang dimulai dari Pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi sampai evaluasi keperawatan yang diperoleh sebagai berikut :

Pengkajian

keperawatan Keluhan utama

Dari hasil pengkajian di peroleh data, keluhan utama "sesak karena adanya penumpukan cairan pada rongga perut", bengkak pada kedua punggung kaki, mengalami peningkatan berat badan, klien mengatakan haluaran urine sedikit, dan berkeringat pada malam hari ketika klien merasa panas, kulit terasa gatal dan merasa perutnya kembung.

Riwayat penyakit sekarang

Ny.Y mengatakan sejak positif di diagnosis Gagal Ginjal Kronik pada tahun 2008 lalu, klien harus menjalani terapi Hemodialisa secara rutin dengan frekuensi 3x dalam seminggu dan klien berusaha untuk melakukan pembatasan cairan mengingat perawat dan dokter selalu memberikan edukasi tentang pembatasan cairan pada pasien Gagal Ginjal Kronik. Tetapi sampai saat ini klien belum mampu untuk membatasi cairan dengan alasan pasien selalu merasa haus.

1) Riwayat kesehatan masa lalu

Ny.Y mengatakan ia memiliki riwayat penyakit hipertensi yang mengharuskannya mengonsumsi obat secara teratur. Pada tahun 2008 klien merasa pusing, sakit kepala, mual muntah sehingga memeriksakan dirinya ke puskesmas, klien di beri obat mag dan antihipertensi seperti yang biasa ia konsumsi, selang waktu dua minggu klien kembali memeriksakan diri karena merasa obat yang ia minum tidak memberikan hasil dan malah memperburuk kondisinya dengan merasakan keluhan bengkak seluruh badan dan merasa gatal, dengan kondisi klien yang semakin memburuk sehingga klien di Rujuk ke RS.Wahidin Sudirohusodo untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

Sebelum sakit klien mengatakan frekuensi makannya 3x sehari dengan porsi yang cukup, klien biasanya mengonsumsi makanan siap saji, klien mengatakan malas minum

air putih serta klien sangat menyukai minuman dingin yang bersoda.

Ketika di lakukan pengkajian pre Hemodialisa di peroleh data: kesadaran composmentis, keadaan umum Ny.Y nampak sesak, TTV (TD:140/80 mmHg, nadi : 80x/mnt suhu : 37°C, pernafasan : 26x/mnt), BB 45 kg, dengan BB post hemodialisa sebelumnya 43 kg.

Klien mengatakan haluaran urine sedikit, dimana intake cairan selama 24 jam yaitu 1000 ml, sedangkan keluaran urine hanya 80 ml/24 jam dengan frekuensi 4-6x/hari dimana volume urine hanya ± 20 ml setiap berkemih. Pemeriksaan fisik, terdapat udem pada kaki derajat edema positif 2, pernapasan cepat, dan kulit klien nampak kering dan hiperpigmentasi.

Hasil pemeriksaan penunjang dan Laboratorium pada Ny.Y yang terakhir dilakukan pada 10 April 2018 untuk pemeriksaan Ureum Kreatinin, Didapatkan hasil Ureum 78 mg/dL, Kreatinin 11,19 mg/dL. Adapun pemeriksaan untuk darah lengkap klien pada tanggal yang sama didapatkan HB 10,2 g/dL WBC 8,4 $10^3/\mu\text{L}$, RBC 4,15 $10^6/\mu\text{L}$, HCT 35,70 %, LED 18 mm/jam.

Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian dan observasi diatas, penulis telah melakukan analisa data, kemudian menentukan

prioritas diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang dialami pasien atau yang harus diberikan penanganan secara tepat.

Adapun prioritas yang di angkat sebagai masalah yaitu kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan.

Data subjektif : Klien mengatakan ia merasa sesak, klien mengatakan bengkak pada punggung kaki, perut terasa kembung. Klien mengatakan haluaran urine hanya sedikit, dimana intake cairan

selama 24 jam yaitu 1000 ml, sedangkan keluaran urine hanya 80 ml/24 jam tetapi klien banyak mengeluarkan keringat.

Data objektif : Klien nampak sesak dengan frekuensi napas 26x/mnt, TD:140/80 mmHg, nadi:80x/mnt suhu:37°C, nampak udem pada kedua kaki positif 2 terjadi peningkatan BB dari 43 kg post hemodialisa menjadi BB 45 kg pre hemodialisa pada saat dilakukan pengkajian.

Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang akan dibahas mengenai rencana keperawatan yang sesuai dengan prioritas masalah pada

keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan cairan. Adapun yang menjadi tujuan dari intervensi keperawatan yang ingin dicapai adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan klien mampu mempertahankan berat badan ideal tanpa kelebihan cairan, dengan kriteria hasil : tidak ada edema, seimbang antara input & output, elektrolit dalam batas normal yaitu normal elektrolit 12-16 gr/dL.

Intervensi yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan adalah :

- 1) Kaji status cairan : timbang berat badan sebelum, sesudah, dan menanyakan riwayat post HD, adanya edema, pantau TTV.

Rasional : Pengkajian merupakan tindakan dasar yang dilakukan sebagai tindak lanjut untuk memantau perubahan dan

mengevaluasi setiap intervensi yang telah dilakukan.

- 2) Identifikasi sumber potensial dan cairan
Rasional: Mengetahui sumber kelebihan cairan yang tidak dapat diidentifikasi
- 3) Batasi masukan cairan.

Rasional : Membatasi cairan akan menentukan berat tubuh ideal, haluaran urin dan respon terhadap terapi.

- 4) Tingkatkan dan dorong hygiene oral dengan sering.

Rasional: Hyigien oral mengurangi kekeringan membrane mukosa mulut.

- 5) Ajarkan pasien atau keluarga tentang diet pembatasan natrium, tekankan tentang pentingnya pemeriksaan sebelum membawa makanan ke pasien.

Rasional : Kelebihan natrium memicu retensi air, diet pembatasan natrium diberikan untuk mengurangi penambahan air.

- 6) Bantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan
Rasional : Kenyamanan pasien meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan diet.

Implementasi

Berdasarkan intervensi keperawatan dari prioritas masalah yang muncul yaitu kelebihan volume cairan b/d kelebihan asupan cairan adapun implementasinya yaitu:

Selasa 15 Mei 2018

- 1) Mengkaji status cairan dan elektrolit:
 - a) menimbang BB pre dan post
Hasil : BB pre 45 kg (Jam 08.15)
BB post HD sebelumnya 43 (Jam 12.45)

- b) Memantau TTV (Jam 08.20)
Hasil : (TD 140/80 mmHg, N 80/i, P 26x/i, S : 37°C)

- c) Mengkaji pitting edema
Hasil : positif 2

- 2) Identifikasi sumber potensial dan cairan (Jam 08.25)

Hasil: Penyebab kelebihan volume cairan akibat ketidakpatuhan klien dalam melakukan pembatasan cairan dimana cairan yang masuk kedalam

tubuh klien 500 cc saat klien merasa haus, 120 cc minum teh, dan kadang mengomsumsi air sayur 50 cc. Tanpa di batasi klien minum 1000 cc/Hari.

Sedangkan hitungan keseimbangan masukan dan haluaran urine dilakukan jam 08.30. Hasil: Intake cairan 1000 cc, output 80 cc, fases 30 cc dan terkadang mengeluarkan keringat ketika badannya merasa panas.

$$IWL = \frac{15 \times BB}{24 \text{ Jam}} \\ = \frac{15 \times 45}{24} = \frac{675}{24} = 28,1 \times 24 = 674$$

Output:

$$80 + 30 + 674 = 784 \text{ cc}$$

$$\text{Input} - \text{output} = 1000$$

$$- 784 = 216 \text{ cc}$$

3) Membatasi masukan cairan dan elektrolit (09.15) Hasil : klien belum patuh dalam pembatasan cairan (800 cc/24 jam) dan mengomsumsi nasi+ayam kira- kira 15 gr, minuman: air putih 250 cc, terkadang minum teh 100 cc, air sayur kacang 20 cc. Tidak sesuai dengan cairan yang seharusnya diminum.

4) Tingkatkan dan dorong hygiene oral dengan sering (09.45)

Hasil : klien mengerti akan pentingnya kebersihan oral dan rutin membersihkan mulut dengan sikat gigi minimal 2x sehari

5) Ajarkan pasien atau keluarga tentang diet pembatasan natrium, tekankan tentang pentingnya memeriksa kandungan makanan sebelum membawa makanan ke pasien misalnya makanan kemasan yang siap saji (09.50)

Hasil : klien mengerti tentang pembatasan diet yang dijelaskan dan mengetahui beberapa jenis makanan yang mengandung natrium.

6) Bantu pasien dalam menghadapi

ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan (10.00)

Hasil : klien mengerti dan tidak merasa sulit dalam melakukan pembatasan cairan.

Rabu 16 Mei 2018

1) Mengkaji status cairan dan elektrolit:

a) menimbang BB harian Hasil : 43 kg (09.25)

b) Memantau TTV (09.30)

Hasil : (TD 140/70 mmHg, N 80/i, P 20x/i, S : 37°C)

c) Mengkaji pitting edema Hasil : positif 2

2) Identifikasi sumber potensial dan cairan (Jam 09.45)

Hasil: Penyebab kelebihan volume cairan akibat ketidakpatuhan klien dalam melakukan pembatasan cairan dimana cairan yang masuk kedalam tubuh klien 500 cc saat klien merasa haus, 100 cc minum teh, dan kadang mengomsumsi air sayur 30 cc. Tanpa di batasi klien minum 800 cc/Hari dan tidak patuh

Sedangkan hitungan keseimbangan masukan dan haluaran urine dilakukan jam 08.30 Hasil: Intake cairan 800cc, output 40 cc, fases 30 cc dan terkadang mengeluarkan keringat ketika badannya merasa panas.

$$IWL = \frac{15 \times BB}{24 \text{ Jam}} \\ = \frac{15 \times 43}{24} = \frac{645}{24} = 26,8 \times 24 = 643$$

$$\text{Output: } 40 + 30 + 643 =$$

$$713 \text{ cc Input} - \text{output} = 800$$

$$- 713 = 127 \text{ cc}$$

3) Membatasi masukan cairan dan elektro lit (09.50) Hasil : klien belum patuh dalam pembatasan cairan (500 cc/24 jam) dan mengomsumsi nasi+ayam kira-kira 15 gr. Minuman: air putih 250 cc, terkadang minum teh 100 cc, air sayur kacang 20 cc. Tidak sesuai dengan cairan yang seharusnya diminum.

4) Mengingatkan kembali tentang hygiene oral dengan sering (10.05)

Hasil : klien mengatakan masih mengingat pentingnya kebersihan oral dan masih rutin melakukan sikat gigi

minimal 2x sehari dan juga berkumur-kumur

- 5) Memberitahukan kembali kepada pasien atau keluarga tentang diet pembatasan natrium, dan menjelaskan kembali tentang pentingnya memeriksa kandungan makanan sebelum membawa makanan ke pasien misalnya makanan kemasan yang siap saji (10.15)

Hasil : klien mengerti tentang pembatasan diet yang dijelaskan dan mengetahui beberapa jenis makanan yang mengandung natrium.

- 6) Bantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan (10.00)

Hasil : klien mengerti dan tidak merasa sulit dalam melakukan pembatasan cairan.

Kamis 17 Mei 2018

- 1) Mengkaji status cairan dan elektrolit:
 - a) Menimbang BB harian

Hasil : 44 kg (08.05)

- b) Memantau TTV (08.10)

Hasil : (TD 140/70 mmHg, N 80/i, P 20x/i, S : 37°C)

- c) Mengkaji pitting edema Hasil : positif 2

- 2) Identifikasi sumber potensial dan cairan (Jam 08.15)

Hasil: Penyebab kelebihan volume cairan akibat ketidakpatuhan klien dalam melakukan pembatasan cairan dimana cairan yang masuk kedalam tubuh klien 500 cc saat klien merasa haus, 100 cc minum teh, dan kadang mengonsumsi air sayur 50 cc. Tanpa di batasi klien minum 850 cc/Hari dan tidak patuh

Sedangkan hitungan keseimbangan masukan dan

haluaran urine dilakukan jam 08.30. Hasil: Intake cairan 850 cc, output 40 cc, fases 30 cc dan terkadang mengeluarkan keringat ketika badannya merasa panas.

$$IWL = \frac{15 \times BB}{24 \text{ Jam}}$$

$$= \frac{15 \times 44}{24} = \frac{660}{24} = 27,5 \times 24 = 660$$

$$\text{Output: } 40 + 30 + 660 = 740$$

$$\text{cc Input - output} = 850 - 740$$

$$= 110 \text{ cc}$$

- 3) Membatasi masukan cairan dan elektrolit (08.50) Hasil : klien belum patuh dalam pembatasan cairan (500 cc/24 jam) dan mengonsumsi nasi+ayam kira- kira 15 gr. Minuman: air putih 300 cc, terkadang minum teh 100 cc, air sayur kacang 25 cc. Tidak sesuai dengan cairan yang seharusnya diminum.

- 4) Mengingatkan kembali tentang hygiene oral dengan sering (09.05)

Hasil : klien mengatakan masih mengingat pentingnya kebersihan oral dan melakukan kebiasaan menggosok gigi

- 5) Memberitahukan kembali kepada pasien atau keluarga tentang diet pembatasan natrium, dan menjelaskan kembali tentang pentingnya memeriksa kandungan makanan sebelum membawa makanan ke pasien misalnya makanan kemasan yang siap saji (09.15) Hasil : klien mengerti tentang pembatasan diet natrium dan mengetahui jenis makanan yang tidak dapat dikomsumsinya secara berlebihan, tetapi klien tidak dapat melakukan pembatasan diet secara patuh

- 6) Bantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan (09.25)

Hasil : klien mengerti dan tidak merasa sulit dalam melakukan pembatasan cairan.

Jumat 18 Mei 2018

- 1) Mengkaji status cairan dan elektrolit:
 - a) menimbang BB pre dan post

Hasil : BB pre 44 kg (Jam 08.20) BB post HD sebelumnya 43 (Jam 01.30)

- b) Memantau TTV

Hasil : (TD 140/80 mmHg, N 80/i, P 26x/i, S : 37°C)

- c) Mengkaji pitting edema

Hasil : positif 2

- 2) Identifikasi sumber potensial dan cairan (Jam 08.25)

Hasil: Penyebab kelebihan volume cairan akibat ketidakpatuhan klien dalam

melakukan pembatasan cairan dimana cairan yang masuk kedalam tubuh klien 400 cc saat klien merasa haus, 80 cc minum teh, dan kadang mengomsumsi air sayur 40 cc. Tanpa di batasi klien minum 850 cc/Hari dan tidak patuh

Sedangkan hitungan keseimbangan masukan dan haluaran urine dilakukan jam (Jam 08.30) Hasil: Intake cairan 850 cc, output 70 cc, feses 20 cc dan terkadang mengeluarkan keringat ketika badannya merasa panas.

$$\begin{aligned} \text{IWL} &= \frac{15 \times \text{BB}}{24 \text{ Jam}} \\ &= \frac{15 \times 44}{27,5 \times 24} = \frac{660}{660} = \end{aligned}$$

Output:

$$70 + 20 + 674 = 660$$

$$\text{cc Input} - \text{output} =$$

$$850 - 660 = 190 \text{ cc}$$

3) Membatasi masukan cairan dan elektrolit (09.15) Hasil : klien sudah mulai melakukan pembatasan cairan (850 cc/24 jam) Dengan mengomsumsi air 700 cc, teh 150 cc, dan sayur bening 15 gr.

4) Tingkatkan dan dorong hygiene oral dengan sering (09.45)

Hasil : klien mengerti akan pentingnya kebersihan oral dan rutin membersihkan mulut dengan sikat gigi minimal 2x sehari

5) Mengingatkan kembali pasien atau keluarga tentang diet pembatasan natrium, tekankan tentang pentingnya memeriksa kandungan makanan sebelum membawa makanan ke pasien misalnya makanan kemasan yang siap saji (09.50)

Hasil : klien mengerti tentang pembatasan diet yang dijelaskan dan mulai mengurangi makanan yang tinggi natrium termasuk makanan siap saji

6) Bantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan (10.00) Hasil : klien mengerti dan tidak merasa sulit dalam melakukan pembatasan cairan.

Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan yaitu menggunakan metode SOAP yaitu

S : Subjektif (klien mengatakan)

O : Objektif (klien terlihat/hasil temuan perawat)

A : *Assesment* (Apakah masalah teratasi atau belum),

P : *Planning* (Intervensi di lanjutkan atau di hentikan). Evaluasi pada hari selasa tanggal 15 Mei

2018 pukul 12.30 WITA, data subjektif : Klien mengatakan sesak berkurang, klien mengatakan tidak ada bengkak pada punggung kaki dan perut kembung berkurang. Data objektif : klien nampak sesaknya berkurang, terdapat edema pada kaki, ascites, TTV (TD 130/90 mmHg, N 82x/i, P 24x/i, S : 37°C). BB post HD 43 kg. *Assesment* : masalah tidak teratasi. *Planning* : lanjutkan intervensi (1) Kaji status cairan : timbang berat badan Pre, post dan menanyakan BB post HD sebelumnya, adanya edema, pantau TTV. (2) Batasi masukan cairan. (3) Tingkatkan dan dorong hygien oral dengan sering (3) Ajarkan pasien atau keluarga tentang diet pembatasan natrium, tekankan tentang pentingnya pemeriksaan sebelum membawa makanan ke pasien.

Rabu tanggal 16 mei 2018 pukul 11.40 WITA, data subjektif: Klien mengatakan masih merasakan sesak apabila beraktivitas, klien mengatakan bengkak pada punggung kaki dan area mata dan perut kembung. Data objektif : klien nampak sesak, edema pada kaki, pada bagian perut terlihat kembung TTV (TD 140/80 mmHg, N 80x/i, P 26x/i, S : 36,7°C). BB post HD 43 kg. *Assesment* : masalah belum teratasi. *Planning* : lanjutkan intervensi (1) Kaji status cairan :

timbang berat badan setiap hari, adanya edema, kaji adanya distensi vena leher, pantau TTV. (2) Batasi masukan cairan. (3) Tingkatkan dan dorong higien oral dengan sering (3) Ajarkan pasien atau keluarga tentang diet pembatasan natrium, tekankan tentang pentingnya pemeriksaan sebelum membawa makanan ke pasien. (4) Kolaborasi pemberian diuretik yang diresepkan sesuai petunjuk, pantau respon pasien terhadap terapi.

kamis tanggal 18 Mei 2018 pukul 12.10 WITA, data subjektif : Klien mengatakan sesak saat klien beraktivitas, klien mengatakan bengkak pada kaki dan area mata dan mengatakan perut kembung. Data objektif : klien nampak sulit bernafas, edema pada kaki , TTV (TD 140/90 mmHg, N 88x/i, P 26x/i, S : 37°C). BB post HD 43 kg. *Assesment* : masalah tidak teratasi. *Planning* : lanjutkan intervensi (1) Kaji status cairan : timbang berat badan setiap hari, adanya edema, kaji adanya distensi vena leher, pantau TTV. (2) Batasi masukan cairan. (3) Tingkatkan dan dorong higien oral setiap 2 jam (3) Ajarkan pasien atau keluarga tentang diet pembatasan natrium, tekankan tentang pentingnya pemeriksaan sebelum membawa makanan ke pasien. (4) Kolaborasi pemberian diuretik yang diresepkan sesuai petunjuk, pantau respon pasien terhadap terapi.

Jumat 19 Mei 2018 pukul 12.45 WITA, data subjektif : Klien mengatakan sesak

berkurang, klien mengatakan bengkak berkurang pada kaki dan area mata dan mengatakan perut masih kembung. Data objektif : klien tidak sesak lagi, edema pada kaki berkurang, TTV dalam batas normal (TD 140/90 mmHg, N 88x/i, P 24x/i, S : 37°C). BB post HD 43 kg. *Assesment* : masalah tidak teratasi. *Planning* : lanjutkan intervensi (1) Kaji status cairan : timbang berat badan setiap hari, adanya edema, kaji adanya distensi vena leher, pantau TTV. (2) Batasi masukan cairan. (3) Tingkatkan dan dorong higien oral setiap 2 jam (3) Ajarkan pasien atau keluarga tentang diet pembatasan natrium, tekankan tentang pentingnya pemeriksaan sebelum membawa makanan ke pasien. (4) Kolaborasi pemberian diuretik yang diresepkan sesuai petunjuk, pantau respon pasien terhadap terapi.

PEMBAHASAN

Pengkajian

Berdasarkan hasil laporan kasus Asuhan Keperawatan yang dilakukan pada klien Ny.Y dengan diagnosa medis Gagal ginjal kronik di Ruang Hemodialisa di RSUD Labuang Baji Makassar selama 8 hari dengan perawatan di rumah . Maka pada bagian ini penulis akan membahas hasil studi kasus yang diperoleh saat penelitian berlangsung kemudian di temukan data sebagai berikut:

Klien mengatakan bengkak pada kedua kaki karena tidak patuh dalam pembatasan cairan dan ketidakmampuan ginjal dalam mensekresi urine

Menurut Sari, (2016) Edema merupakan tanda dan gejala umum pada kelebihan volume cairan pada pasien GJK. Edema terjadi akibat peningkatan tekanan hidrostatik dan penurunan tekanan osmotik yang biasanya terjadi pada bagian mata, jari maupun pergelangan kaki. (Ambarwati, 2014 dalam Sari 2016)

Peningkatan berat badan dari BB 43

kg yang di dapatkan post HD sebelumnya 45 kg saat di kaji pre HD

Pada pasien GGK keseimbangan cairan dan elektronik terganggu sehingga pasien dianjurkan untuk melakukan pembatasan asupan cairan dan makanan hal ini penting di lakukan pasien GGK untuk tetap menjaga kondisi tubuhnya. Jadi pada pasien GGK umumnya mengalami peningkatan berat badan akibat ketidakmapuan pasien dalam melakukan pembatasan cairan. Tanpa adanya pembatasan asupan cairan, maka akan mengakibatkan cairan menumpuk dan akan menimbulkan edema yang secara tidak langsung akan mempengaruhi peningkatan berat badan (Budiyanto, 2001 dalam Savitri, Linggarjati dan Parmitasari, 2015)

a. Ureum kreatinin meningkat

Ureum merupakan produksi akhir dari metabolisme protein di dalam tubuh yang di produksi oleh hati dan di keluarkan melalui urine. Pada pasien GGK mengalami gangguan ekskresi ginjal, pengeluaran ureum ke dalam urin terhambat sehingga kadar ureum meningkat dalam darah. Sedangkan kreatinin merupakan zat yang di hasilkan oleh otot dan dikeluarkan dari tubuh melalui urin (Indrasari, 2015)

b. sesak napas

Ketidakseimbangan natrium dalam tubuh dapat meretensi cairan dan natrium yang mengakibatkan tekanan hidrostatik didalam tubuh

mengakibatkan peningkatan tekanan hidrostatik didalam tubuh menyebabkan penurunan ekskresi urin dan mmengakibatkan edema. Edema yang terjadi pada rongga peritoneal akan mengakibatkan terjadinya ascites. Pada edema paru terjadi peningkatan tekanan hidrostatik yang mengakibatkan difusi CO₂ dan O₂ terhambat sehingga klien mengalami sesak napas (Farianti, 2012)

c. Kulit hiperpigmentasi

Menurut penelitian Astuti dan Husna (2017) menyatakan bahwa peningkatan kreatinin memiliki pengaruh terhadap hiperpigmentasi seperti kulit kering dan terasa gatal. Dan faktor yang mempengaruhi ekselbasi adalah panas berkeringat atau dingin sehingga semakin meningkatnya uremia atau zat metabolisme di dalam tubuh maka akan mengakibatkan terjadinya hiperpigmentasi kulit

d. Klien mengatakan produksi urin menurun (oliguria)

Menurut smetzer dan bare (2013) dalam Sari (2016) menyatakan bahwa GGK adalah terjadinya penurunan fungsi ginjal sehingga retensi natrium dan cairan mengakibatkan gijal tidak mampu dalam mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal yang mengakibatkan terjadinya oliguria.

Diagnosa

Diagnosa yang di angkat pada studi kasus yang terjadi pada Ny.Y dengan Gagal Ginjal Kronik (GGK) “kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan yang berlebih” Di tandai dengan data : nampak udem pada kedua kaki, ascites, intake cairan selama 24 jam 1000 ml sedangkan keluaran urine sangat sedikit hanya 80 ml, turgor kulit kering dan klien mengatakan kulitnya gatal, BB post HD terakhir 43 kg kemudian menjadi 45 kg saat di kaji pre HD. Hal ini didukung oleh pendapat Nurarif (2017) kelebihan cairan adalah suatu keadaan dimana tubuh

mengalami kelebihan cairan isotonik yang dapat menyebabkan overload (volume cairan yang berlebih bagi penderita). Sejalan dengan pendapat (Setyohadi, Sally & Putu, 2016) yang menyatakan bahwa pentingnya untuk dilakukan pembatasan cairan dan penanganan cepat bagi pasien GJK untuk mengurangi penumpukan cairan

Intervensi

Intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan dengan kondisi klien dan berfokus pada tindakan mandiri seperti: observasi, helth education, perencanaan diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan yang berlebih, berfokus pada pemantauan TTV yang lakukan setiap jam, mengkaji status cairan dan elektrolit serta melakukan pembatasan cairan dan elektrolit saat HD berlangsung. Intervensi ini bertujuan untuk mempertahankan berat badan ideal dengan kriteria hasil: tidak terdapat edema, tidak ada ascites, input dan output seimbang, elektrolit dalam batas normal, dan turgor kulit baik.

Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan dan kondisi pasien selama pelaksanaan studi kasus, dengan diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan intake cairan, yaitu: Mengkaji TTV dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien dan untuk mengontrol tekanan darah,

karena tekanan darah yang tinggi dapat mempercepat perkembangan kerusakan ginjal (Ariani, 2016 dalam

dari 2016). Dan menurut Mubarak, dkk (2015 dalam Sari 2016) menyatakan bahwa tindakan ini dilakukan untuk memantau peningkatan tekanan darah karena jumlah cairan berlebihan dan produksi hormon vaso aktif. Hal ini sejalan dengan Black dan Hawk (2009 dalam Anggraini dan Putri 2016) menyatakan bahwa pemantauan TD merupakan salah satu indikator adanya peningkatan intravaskuler. Peningkatan volume cairan berlebih pada kompartemen intravaskuler lebih lanjut akan menyebabkan perpindahan cairan dari pembuluh darah menuju jaringan interstisial tubuh. Oleh sebab itu, intervensi pemantauan TD pada pasien GJK sangat penting untuk memperkirakan terjadinya *overload* pada pasien.

Menimbang berat badan

Menurut Wang (2015 dalam Sari 2016) menyatakan penimbangan BB dilakukan setiap harinya karena penambahan BB sangat berpengaruh terhadap keseimbangan cairan. Dan menurut Terry dan Aurora (2013 dalam Sari 2016) menyatakan bahwa memonitoring BB setiap hari guna untuk mengetahui apakah pasien patuh atau tidak terhadap pembatasan dietnya dan menimbang BB setiap harinya untuk memantau adanya retensi cairan atau kehilangan cairan dalam waktu yang singkat. Hal ini sejalan dengan Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien dan Bucher (2007 dalam Sari 2016), yang menyatakan bahwa perubahan BB secara signifikan yang terjadi dalam 24 jam menjadi salah satu indikator status cairan dalam tubuh dan kenaikan 1 kg dalam 24 jam menunjukkan kemungkinan adanya tambahan akumulasi cairan pada jaringan tubuh sebanyak 1 liter dan sebaliknya.

Monitoring input dan output cairan

Keseimbangan cairan tubuh di hitung berdasarkan jumlah cairan yang masuk dan jumlah cairan yang keluar. Kebutuhan cairan dapat dihitung dengan menggunakan cara perhitungan balance cairan. Untuk menghitung IWL (*Insensible Water Loss*) dengan rumus $(15 \times BB)$. Rumus balance cairan adalah (Intake-output). Tindakan ini dilakukan untuk mengetahui apakah cairan yang dikonsumsi oleh pasien sudah balance atau tidak. (Yuliana, Syuibah & Ambarwati, 2014 dalam Sari, 2016)

Membatasi masukan cairan Asupan cairan pada pasien GGK di batasi sesuai dengan hasil pengukuran kebutuhan cairan klien. Dengan menggunakan rumus kebutuhan cairan pada pasien GGK yaitu Jumlah Urin/24 jam ditambah dengan 500 ml. Pembatasan cairan bertujuan untuk mengurangi kelebihan cairan jika tidak dikurangi dapat menjadi edema, hipertensi, dan hipertrofi ventrikel kiri. (Istanti, 2013 dalam Sari, 2016)

Membantu pasien dalam menghadapi ketidaknyamanan akibat pembatasan cairan

Dalam melakukan pembatasan cairan biasanya pasien akan memiliki rasa haus atau

keinginan yang disadari akan kebutuhan cairan. Mekanisme rasa haus dimulai dari peningkatan osmolaritas cairan ekstrasel, kemudian ginjal melepas rening akan mengakibatkan produksi

angiotensin II kemudian merangsang hipotalamus yang menghasilkan rasa haus (Saputra, 2013 dalam Sari, 2016)

Ajarkan pasien atau keluarga pembatasan tinggi natrium dan makanan cepat saji

Pada pasien GGK sangat memerlukan dukungan keluarga tanpa dukungan dari keluarga, pengetahuan dan sikap pasien dia tidak akan mampu mematuhi program diet yang sudah ditentukan. (Almatsier, 2008 dalam Riyanti, 2017)

Diet rendah natrium bertujuan untuk membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah. Dan garam mengandung unsur natrium yang bersifat menahan air, serta konsumsi garam dapat menyebabkan tumpukan cairan dalam tubuh. Sehingga pada pasien GGK harus dilakukan pembatasan asupan natrium untuk mengurangi penumpukan cairan dalam tubuh dan akan mengurangi rasa haus. (Colvi, 2010 dalam Institut Pertanian Bogor, 2015)

Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk menilai apakah tujuan yang ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny.Y dengan diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan yang berlebih maka diperoleh hasil evaluasi sebagai berikut:

Data subjektif: klien mengatakan sesaknya berkurang, klien mengatakan kedua kakinya sudah tidak bengkak lagi dan perut kembung berkurang, klien mengatakan sudah membatasi asupan cairan yang dikonsumsi.

Data objektif: klien nampak sesaknya berkurang, tidak terdapat edema pada kedua kaki, TTV: TD 130/90 mmHg, N: 80x/mnt, S: 37°C, P:

20x/mnt BB pre HD 45 kg menjadi 43 post HD. *Assesment* : masalah tidak teratasi. *Planning* : lanjutkan intervensi (1) Kaji status cairan : timbang berat badan setiap hari, adanya edema, kaji adanya distensi vena leher, pantau TTV. (2) Batasi masukan cairan. (3) Tingkatkan dan dorong hygiene oral setiap 2 jam (3) Ajarkan pasien atau keluarga tentang diet pembatasan natrium, tekankan tentang pentingnya pemeriksaan sebelum membawa makanan ke pasien. (4) Kolaborasi pemberian diuretik yang diresepkan sesuai petunjuk, pantau respon pasien terhadap terapi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Lusi Ratna Sari (2016), menyatakan bahwa dengan memberikan intervensi pada pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang menjalani terapi hemodialisa dengan diagnosa kelebihan cairan dilakukan intervensi memonitoring tanda-tanda vital, menimbang berat badan harian, membatasi masukan

cairan, membantu pasien dalam menangani ketidaknyamanan pembatasan cairan, kolaborasi dalam pemberian diuretik sesuai indikasi, terbukti efektif dengan menurunannya jumlah balance cairan pada penderita Gagal Ginjal Kronik (GGK).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan dan data yang di peroleh dapat disimpulkan

sebagai berikut:

1. Setelah dilakukan pengkajian pada Ny.Y di dapatkan data intake selama 24 jam adalah 1000 ml, sedangkan output klien hanya sekitar 80 ml/24 jam, terdapat udem pada kedua kaki, dan klien mengalami kenaikan BB dari 43 menjadi 45 pre HD, ascites, dan klien tidak mampu melakukan pematuhan dalam pembatasan cairan.
2. berdasarkan data yang di peroleh oleh peneliti, dirumuskan diagnosa yang muncul pada Ny.Y adalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan yang berlebih.
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan peneliti pada pasien Ny.Y yang mengalami kelebihan volume cairan. Intervensi yang di terapkan berfokus dalam mengkaji intake dan output, menimbang BB post dan BB pre HD, melakukan pembatasan cairan. Intervensi tersebut dilakukan dengan tujuan pasien mampu membatasi cairan yang masuk ke tubuhnya.
4. Implementasi adalah tindakan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya yang di kondisikan sesuai dengan keadaan klien
5. Pada saat melakukan evaluasi keperawatan mengenai diagnosa yang di tegakkan oleh penulis belum teratasi. Tetapi pada saat dilakukan evaluasi post HD terjadi penurunan BB dari 45 kg pre HD mejadi 43 kg post HD, dan tidak terdapat udem pada kedua kaki.

Saran

1. Sebaiknya perawat dan Tim kesehatan lainnya harus lebih sering memberikan pengetahuan tentang Bahaya penyakit GGK dan faktor yang memicu terjadinya GGK agar masyarakat lebih waspada sehingga jumlah penderita penyakit GGK tidak bertambah banyak.
2. Diharapkan bagi semua anggota keluarga dan masyarakat agar memberikan respon positif terhadap orang yang mengalami penyakit GGK agar klien merasa percaya diri dan dapat menerima kondisinya serta memiliki semangat hidup.
3. Di harapkan ketika ingin melakukan pemantauan tentang berhasil tidaknya pembatasan cairan maka perlu dilakukan edukasi kepada klien dan keluarga dan sebaiknya para perawat memberikan lembar pemantauan untuk pelaksanaan batasan intake dirumah

DAFTAR PUSTAKA

- Bararah, T., & Jauhar, M. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional Jilid 2*. Jakarta: Prestasi Pustakaraya.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan*. Singapore: Elsevier.
- Brunner, & Suddarth's. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Heriana, P. (2014). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Pamulang - Tangerang Selatan: Binarupa Aksara.
- Hidayat, A. A. (2012). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2012). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Surabaya: Health Book.
- Lemone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Pola Kesehatan Patofisiologi dan Pola Kesehatan vol. 1 Edisi 5*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Lemone, P., Burke, K., & Bauldoff, G. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Volume 3 Edisi 5*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- M.black, J., & Haw, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan Edisi*
8. Singapura: Elsevier.
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Di Lengkapi Asuhan Keperawatan Pada Sistem Kardio, Perkemihan, Integumen, Penseyrafan, Gastrointestinal, Muskuloskelatal, Reproduksi, Dan Respirasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prabowo, E., & Pranata, A. E. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pranata, A. E. (2013). *Manajemen Cairan dan Elektrolit*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar Edisi 10*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Saputra, D. L. (2013). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang: BINARUPA AKSARA.
- Suharyanto, T., & Madjid, A. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*.

- Jakarta-Timur: CV. Trans Info Media.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskedas 2013). Jakarta: Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, KementrianKesehatanRIDiaskes
<http://www.pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/general/pokok2%20hasil%20riske das%202013.pdf> pada tanggal 20 Mei 2017
- Wijaya, N. A., & Putri, N. Y. (2013). *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori Dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wijayaningsih, K. S. (2013). *Standar Asuhan Keperawatan*. DKI Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan (pedoman melaksanakan dan menrapkan hasil penelitian)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Kurniawati, D. P., Widyawati, I. Y., & Maryanti, H. (2015). *Edukasi Dalam Meningkatkan Kepatuhan Intake Cairan Pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) On Hemodialisa*. 3-7. Diakses dari <http://journal.unair.ac.id/download- fullpapers-cmsnjb9804fc3052full.pdf> pada tanggal 22 Mei 2017.
- Melisa. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. H Dengan Gagal Ginjal Kronik Di Bangsal Multazam RS PKU Muhammadiyah Surakarta. Naskah Publikasi, 49*Diakses Dari <https://media.neliti.com/media/publications/108386-ID-pemantauan-intake output-cairan-pada-pas.pdf> pada tanggal 28 JUNI 2018.
- Savitri, Y. A., Linggarjati, D., & Parmitasari, N. (2015). *Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronis Dalam Melakukan Diet Ditinjau dari Dokumen Sosial Keluarga*. 2. Diakses dari [Download.portalgaruda.org](http://portalgaruda.org) pada tanggal 20 April 2018
- Ridwan Kamaluddin., Eva Rahayu, (2009). *Analisis Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Asuhan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisis di RSUD Prof.Dr. Margono Soekarjo Purwokerto* Jurnal Keperawatan Diakses Dari <https://media.neliti.com/media/publications/104226-ID-analisis faktor-faktor yang mempengaruhi.jurnal>. Pada Tanggal 09 Juli 2018.
- Sari, L. R. (2016). *Upaya Mencegah Kelebihan Volume Cairan Pada Pasien Chronic Kidney Desease*.4.Diakses dari <http://jurnal.usu.ac.id> pada tanggal 09 juli 2018



SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)
MENJADI PASIEN KELOLAAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : Tn. H
Jenis Kelamin/ No RM : Laki-Laki / 00999741
Umur : 40 tahun
Diagnosa medis/ Ruang : Chronic Kidney Disease / Marsa Bawah
Alamat : Kp. Ciocong Rt 004 Rw 005 Ds. Makarsilih

telah memperoleh penjelasan dan bersedia dengan sepenuhnya untuk menjadi pasien kelolaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa :

Nama Mahasiswa : Tawar Sarpuloh
NIM : AKK 19125
Fakultas : Ds Keperawatan
Institusi : Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

04. Februari 2019

Pasien

Tanda tangan dan nama lengkap

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)

MENJADI PASIEN KELOLAAN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : Tn. D

Jenis Kelamin/ No RM : Laki-laki / 0133330

Umur : 57 tahun

Diagnosa medis/ Ruang : Chronic kidney Disease / Marjan Bawah

Alamat : Kp. Karang Mulya Rt 04 Rw 08 DS
Karang Pawitan.

telah memperoleh penjelasan dan bersedia dengan sepenuhnya untuk menjadi pasien kelolan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa :

Nama Mahasiswa : Tawii Saepuloh

NIM : AKK 17125

Fakultas : DS Keperawatan

Institusi : Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

05 Februari 2020

Pasien



Tanda tangan dan nama lengkap



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA: Tawi Sapuloh
NIM: 17125
NAMA PASIEN: Tn. H
DIAGNOSA MEDIS: Chronic Kidney Disease

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
1.	04-02-20	10.15	II	Mengobservasi Edema Hasil: edema di kedua kaki (++) dengan fitting edema derajat II	Pasi.	Tawi
		10.30	II	Melakukan tirah baring saat edema hasil: klien melakukan tirah baring saat edema.		
		11.00	II	Menimbang berat badan Hasil: Berat badan klien 58 kg.		
		13.00	II	Menganjurkan klien untuk diet tanpa garam dan diet rendah protein tinggi kalori Hasil: tn. H menerima anjuran dari perawat.		
		16.00	II	Memberikan terapi obat farsix dan bicnat Hasil: Obat beresil diberikan secara intravena sebanyak 2 x 80mg bicnat diberikan secara per. oral dengan dosis 5x1 minum 5-10ml.		
		16.45	II	Mengobservasi edema Hasil: edema di kedua kaki positif dengan grade II		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA: Tawii Saepuloh
NIM: AKX 17125
NAMA PASIEN: Th. H
DIAGNOSA MEDIS: Chronic kidney disease

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
2.	05-02-20	18.00	II	Memberikan terapi obat can desartan Hasil : Obat berhasil diberikan secara per oral dengan dosis 1x8 mg. mumum 8-10 ml		
		18.20	II	Mengukur intake dan output Hasil : Intake 250 cc Output 125 cc		
		19.00	II	Mengobservasi t+V Hasil : TD. 140/80 mmHg RR. 21 x/m N. 98 x/m S. 36.6 C		
		06.00	II	Memberikan terapi obat furolik Hasil : Obat berhasil diberikan secara intravena dengan dosis 2x80mg.		
		07.00	II	Mengobservasi T+V Hasil : TD. 140/80 mmHg RR. 21 x/m N. 95 x/m S. 36.2 C		
		07.30	II	Mengantar pasien terapi HD Hasil : Pasien diantar ke ruang HD BB pre HD. 98 kg BB kering. 86 kg. Waktu 4 jam		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA: Tawii Saepuloh
NIM: AKX 19125
NAMA PASIEN: Th. H
DIAGNOSA MEDIS: Chronic Kidney Disease

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		11.30	II	Mengempuk klien dari tungkai tdk. Hasil: klien kembali ke ruangan Marsan Bawah.	Lmu.	Jst
		12.10	II	Mengobservasi edema hasil: edema di kedua kaki positif dengan grade I		
		13.00	II	Menimbang berat badan hasil: BB klien 56 kg.		
		14.10	II	Mengingatkan klien untuk Diet tanpa garam dan diet rendah protein tinggi kalori hasil: Th. H menerima anjuran perawat.		
		16.00	II	Memberikan terapi Obat Furo dan bicnat hasil: Obat berhasil diberikan secara intravena dengan dosis 2 x 5mg bicnat diberikan secara per oral dengan dosis 3x1 minimum 5-10ml		
		16.40	II	Mengobservasi tTV hasil: TD. 140/70 mmHg RR. 22 x/m H. 95 x/m S. 36.5 C		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA: Tawii Saepuloh
NIM: Akr 17125
NAMA PASIEN: Tm. H
DIAGNOSA MEDIS: Chronic Kidney Disease

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
3	06.02.20	18.00	I	Memberikan terapi Obat candesartan Hasil: Obat berhasil diberikan secara per Oral dengan Dosis 1x8mg minum 5-10ml	Fm.	Jkt
		18.30	II	Mengukur intake dan output Hasil: Intake: 250 CC Output: 120 CC		
		06.00	II	Memberikan terapi Obat Fargik Hasil: Obat berhasil diberikan secara intravena dengan Dosis 2x80mg		
		07.10	II	Mengobservasi TTV Hasil: TD. 140/70 mmHg RR. 22 x/m N. 98 x/m S. 36.8 C		
		08.00	I	Memberikan terapi Obat bicitat Hasil: Obat berhasil diberikan secara per Oral dengan Dosis 3x1. minum 5-10ml		
		08.45	II	Mengobservasi edema Hasil: edema dikedua kaki positif dengan grade I		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA: Tawii Saepuloh
NIM: 17125
NAMA PASIEN: T.H.
DIAGNOSA MEDIS: Chronic kidney disease

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		08.55	I	Melakukan tirah baring Saat edema Hasil: klien melakukan tirah baring dan beristirahat.		
		09.45	II	Menimbang berat badan Hasil: BB klien 56 kg		
		10.30	II	Mengobservasi TTV Hasil: TD. 140/90 mmHg RR. 21 X/m N. 95 X/m S. 36.8 C		
		12.30	II	Mengevaluasi Edema Hasil: Edema kedua kaki positif dengan grade I		
		12.45	I	Melakukan tirah baring Saat edema Hasil: klien melakukan tirah baring Saat edema		
		16.00	II	Memberikan terapi obat Hasil: Obat berhasil diberikan secara intravena sebanyak 2 x 80 mg.		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Tawii Sarpuloh
NIM : AKA 17125
NAMA PASIEN : Th. H
DIAGNOSA MEDIS : Chronic kidney disease

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
4.	07-02-20	1650	I	Mengobservasi TTV Hasil: TD. 140/80 mmHg RR. 22 x/m N. 95 x/m S. 36.6 C.		
		1600	II	Memberikan terapi Obat Can dengan Hasil: Obat berhasil diberikan secara per Oral dengan dosis 1x8mg minum 5-10ml.		
		1830	II	Mengukur intake dan output Hasil: Intake 280 CC Output 125 CC		
		0700	I	Mengobservasi TTV Hasil: TD. 140/70 mmHg RR. 22 x/m N. 94 x/m S. 36.8 C.		
			II	Mengukur tekanan darah Hasil: tekanan darah normal sedikit berkurang		
			II	Mengukur edema Hasil: Edema dikedua kaki positif dengan piting derajat I		



Fakultas Keperawatan
Universitas
Bhakti Kencana

2019
2019
2019

LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA: Tawii Sarpuloh
NIM: 1111 4115
NAMA PASIEN: Tn. D
DIAGNOSA MEDIS: Chronic kidney Disease

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
1.	05-02-20	09.00	II	Mengobservasi edema Hasil: edema di kedua kaki (++) dengan fitting edema derajat II		
		09.30	II	Melakukan tirah baring saat edema Hasil: klien melakukan tirah baring saat edema.		
		10.10	II	Menimbang berat badan Hasil: Berat badan klien 60 kg.		
		11.10	II	Mengukurkan klien untuk diet tanpa garam dan diet rendah protein fungsi kalori Hasil: Tn D menerima anjuran perawatan		
		12.20	II	Mengobservasi intake output Hasil: intake 600 cc output 200 cc		
		16.10	II	Memberikan terapi obat furo- Hasil: Obat berhasil diberikan secara intravena sebanyak 2 x 40 mg		
		16.50	II	Mengobservasi TTV Hasil: TD : 150/80 mmHg N: 88 X/m RR : 21 X/m S: 36-8		
		18.10	II	Memberikan terapi obat can- Hasil: Obat berhasil diberikan secara per oral dengan dosis 1 X 16 mg minum 5-10 ml.		





LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA: Tawii Saepuloh
NIM: AKA 17125
NAMA PASIEN: Th. D
DIAGNOSA MEDIS: chronic kidney disease

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
2.	06-02-20	18.40	I	Mengobservasi edema hasil: edema di kedua kaki positif dengan grade II	Dey	JAH
		19.00	II	Mengobservasi TTV hasil: TD: 140/80 mmHg N: 90 x/m RR: 20 x/m S: 36.6		
		06.00	II	Memberikan terapi obat parax hasil: Obat berhasil diberikan secara intravena dengan dosis 2x4mg.		
		07.00	II	Mengobservasi TTV hasil: TD: 150/80 mmHg N: 95 x/m RR: 21 x/m S: 36.4 C.		
		07.40	II	Mengantar pasien ke ruang HD hasil: Pasien diantar ke ruang HD BB pre HD: 60 kg BB kering: 58 kg. Waktu 2 jam		
		11.50	II	Menerima pulang dari ruang HD hasil: Klien kembali ke ruangan.		
		12.30	II	Mengukur intake dan output hasil: Intake 600 cc output 200 cc		
		13.10	II	Mengobservasi edema hasil: Edema di kedua kaki (+) dengan grade I		

**LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN**

NAMA MAHASISWA: Tawii Saipuloh
NIM: Akk 1725
NAMA PASIEN: TA-D
DIAGNOSA MEDIS: Chronic Kidney Disease

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
3	02-02-20	13.40	II	Melakukan tirah baring saat edema Hasil: Klien tirah baring saat edema		
		14.00	II	Menimbang berat badan Hasil: BB klien 58 kg		
		14.20	II	Mengingatkan klien untuk diet tanpa garam dan diet rendah protein tinggi kalori Hasil:		
		16.00	II	Tn. D menerima anjuran perawatan Memberi terapi obat farsix Hasil: Obat berhasil diberikan secara intravena sebanyak 2x4mg		
		16.30	II	Mengobservasi ttv Hasil: TD. 100/80mmHg N. 90 x/m RA. 21 x/m S. 36.7 C		
		18.00	II	Memberikan obat cefixime Hasil: Obat berhasil diberikan secara per oral dengan DOSIS 1 x 16 mg minum 5-10ml.		
		06.00	I	Memberikan terapi obat farsix Hasil: Obat berhasil diberikan secara intravena dengan DOSIS 4mg.		
		07.20	II	Melakukan observasi ttv Hasil:		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA Tawii Saepuloh
NIM AKX 17125
NAMA PASIEN Tn. D
DIAGNOSA MEDIS Chronic Kidney Disease

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
				TD 150/80 mmHg N. 80 x/m RR. 21 x/m S. 36.6		
		08.30	II	Mengobservasi Edema Hasil: edema di kedua kaki positif dengan puting edema grade I		
		08.40	II	Melakukan tirah baring saat edema Hasil: klien melakukan tirah baring dan beristirahat		
		11.10	II	Menimbang berat badan Hasil: BB klien 58 kg		
		12.10	II	Mengobservasi TTV Hasil: TD. 140/70 mmHg N. 85 x/m RR. 21 x/m S. 36.8 C		
		12.30	II	Mengukur intake output Hasil: intake 600 cc output 200 cc		
		13.15	II	Mengobservasi edema Hasil: edema di kedua kaki positif dengan grade I		
		13.25	II	Melakukan tirah baring saat edema Hasil: klien melakukan tirah baring saat edema.		

**LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN**

NAMA MAHASISWA : Tawii Sarpuloh
NIM : Akr 17125
NAMA PASIEN : Tm. D
DIAGNOSA MEDIS : Chronic kidney disease

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
08-02-20			16.00	II Memberikan terapi obat furosemid Hasil: Obat berhasil diberikan secara intravena sebanyak 2x40mg.		
			16.40	II Mengobservasi TTV Hasil TD. 150/70 mmHg N. 90 x/m RR. 22 x/m S. 36.4 C.		
			18.00	II Memberikan fungsi obat can desartan Hasil: Obat berhasil diberikan secara per oral dengan dosis 1x16mg minum 5-10 mg.		
				II Mengobservasi TTV Hasil TD. 150/80 mmHg RR 21 x/m N. 95 x/m S. 36.8 C		
				II Menyatakan keluhan klien Hasil: Klien menyatakan keluhan Sedikit berkurang		
			II Mengobservasi Edema Hasil: Edema di kedua kaki positif dengan pitting derajat I			

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama	: Tawi Saepuloh
Tempat Tanggal Lahir	: Bogor, 26 April 1999
Agama	: Islam
Alamat	: kp. Cipendeuy RT 023.RW 008. Desa Cariu kecamatan Cariu. Kabupaten Bogor. Provinsi Jawa Barat
Email	: Tawisaepuloh26@gmail.com
Jenis kelamin	: Laki-laki
Warga Negara	: Indonesia

2. Riwayat Pendidikan

SD Negeri Cariu 01 (2005-2011)
MTs Negeri Cariu (2011-2014)
SMA Negeri 1 Cariu (2014-2017)
Universita Bhakti Kencana Bandung Program Studi DIII Keperawatan
(2017-2020)