

LAMPIRAN

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama : Ogi
NIM : Akx.17.114
Nama Pembimbing : Ade Tika H., S.Kep., Ners., M.Kep

NO	TANGGAL	SARAN & PERTIMBANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1	23-06-2020	BAB I -GGk dalam Brunner & Suddarth tahun 2001 mengatakan bahwa penyakit ginjal yang terjadi lebih dr 3 bulan /lebihmenyebabkan ginjal tidak bs mempertahankan katabolisme sehingga dst..... ubah / parafrasekan dr keterangan yg diwarnai Pak haji manaf gam au adalah kata adalah adalah di bab I	
2	29-06-2020	BAB II - Klw table intervensi bs di lanskip kan ga ogi??? Sptnya lebih rapi klw lanskip ... Coba... bs di lanskipkan	
3	06-07-2020	BAB III - Untuk sidang bukan lagi rancaaaaaangan. Tapi yg dipakai ... Bahasanya jd lbh aktif. Design yang digunakan pada penelitian ini adalah berbentuk studi kasus dst.... - ini juga sama.... Batasan istilah yg penulis pakai pada penelitian ini adalah.....dst - Sekarang 2 pasien VIA Whatsapp -ogi perbaiki tata Bahasa di latar belakang,bab 2 perbaiki tata letak intervensi,im konsulan 1.tgl nya minggu lalu aja untuk hari ini konsul bab iii.perbaiki design penelitian dan Batasan istilah dan responden	

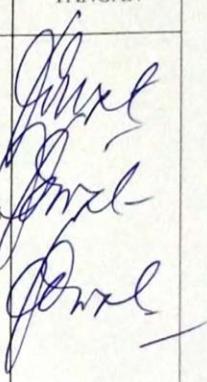
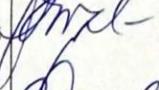
		-lihat catatan ibu di draft	
4	17-07-2020	<p>BAB V</p> <p>-Ogi kesimpulan lebih focus ke 1 diagnosa yg diambil aja. kan kmrn diambil kelebihan cairan ya..itu aja fokusnya baik pengkajian,diagnose, perencanaan implementasi ataupun evaluasinya</p> <p>ACC BAB I-III</p>	<i>(Signature)</i>
5	27-07-2020	<p>-Lanjutkan saja,hanya sedikit revisi yg typonya aja,lihat yang diwarnain.</p> <p>- Sudah sidang akhir bukan lg proposal</p> <p>- I nya saja yg Kapital</p>	<i>(Signature)</i>
6	20-07-2020	<p>BAB 4</p> <p>-Bab 4 masih ada bbrp data yang harus disinkronkan dan ada data yang masih kosong lihat yg diwarnain juga.</p> <p>- Pengkajian sistem perkemihannya mana???</p> <p>Tanda tanda kelebihan cairan... dll nya hrs jelas</p> <p>- Pasien dengan GGK ini fokusnya pengkajian di sistem genitourinaria dan perkemihan hrs lbh lengkap dan rinci.</p> <p>Bagaimana intake, output dan keseimbangan cairannya diperjelas</p> <p>- Bagaimana hasil pengkajiannya???</p> <p>- Ko masih kosong</p> <p>- Data oedeem dimana??? Atau tanda yg mengarah ke kelebihan cairan dijelaskan dimana????</p> <p>- Apakah betul ini dikasih NaCl?? Pasien dengan kelebihan cairan diberi natrium akan meningkatkan retensi cairan dong??? Lihat lg datanya? Betul NaCl? Brp tetes/mnt diberikannya???</p> <p>- Obyektifnya dilihat ke kriteria hasil dalam perencanaan. Sesuaikan saja</p> <p>ACC BAB IV&V</p>	<i>(Signature)</i>
7	05-08-2020	<p>-Mangga lanjut siding</p> <p>-di Bab 4 hanya ada typo typo aja..trs ada yang gapakai spasi pas di Analisa data</p>	<i>(Signature)</i>

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama : Ogi

NIM : Akx.17.114

Nama Pembimbing : Agus Miraj Darajat, S.pd., S.Kep., Ners., M.Kes

NO	TANGGAL	SARAN & PERTIMBANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	22-08-2020	Via Email -Cukup gie coba share ke penguji	
	23-08-2020	-Ok siap Lanjutkan ke penguji	
	25-08-2020	-Lebih jelas lagi perbedaan masing masing pasienya	
	06-08-2020	-ACC BAB I-V ACC Sidang Akhir	

PEMANTAUAN INTAKE OUTPUT CAIRAN PADA PASIEN 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 Caturvedy, 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 Caturvedy, 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 mencipta-kan 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 Nutrition* 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 pen- catatan 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 ketika masuk, meliputi sesak nafas, kondisi kaki bengkak dan perut yang membesar, mual, serta lemas. Klien memiliki riwayat obesitas (riwayat 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 berdasarkan hasil pengkajian melalui anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium, meliputi gangguan perfusi jaringan perifer, kelebihan volume cairan, risiko gangguan keseimbangan nutrisi, risiko infeksi, intoleransi aktivitas, serta kerusakan intergritas kulit.

Gangguan Perfusi Jaringan Perifer. Berdasarkan 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 meliputi keluhan klien yang mengalami penurunan 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 sejak 4 bulan yang lalu, hasil pemeriksaan terlihat kulit klien kering dan meneglupas (Xerotic Skin), kadar Ureum meningkat (161 mg/dl), penurunan kadar Hb (5,7 gr/dl), penurunan kadar limfosit (limfosit 4). Keadaan tersebut meningkatkan risiko klien untuk terkena infeksi.

Kerusakan Integritas Kulit. Kondisi kulit klien dan peningkatan kadar ureum seperti yang sudah diuraikan sebelumnya, juga menjadi data penunjang munculnya masalah kerusakan integritas kulit. Data tambahan terkait kerusakan integritas kulit lainnya adalah berupa 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 dilakukan selama pemberian asuhan keperawatan 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 konjunktiva 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% (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

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 GGK sangat penting untuk memperkirakan kemungkinan terjadinya *overload* pada pasien (Black & Hawk, 2009).

Intervensi berupa pemantauan status mental pada pasien GGK merupakan hal yang penting karena salah satu kemungkinan penyebab perubahan status mental pada pasien GGK adalah perpindahan cairan dari pembuluh darah otak menuju jaringan interstisial (edema serebral). Meskipun perubahan status mental pada pasien GGK 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 mengukur 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 GGK 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) (*Europen 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 sela-

ma 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 haluan 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 jum-

Tabel 1 *Chart* Pemantauan *Intake Output* Cairan Klien

Tanggal:	Cairan masuk (ml)			Berat Badan:		
	Waktu (WIB)	Minum	Makanan	Muntah	Cairan keluar (ml)	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 haluan 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 praktik 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 haluan 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 kerutinan 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 siswa 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 GGK 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 GGK, 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 perawat dalam memberikan intervensi keperawatan berupa pemantauan *intake output* yang akurat, sehingga komplikasi *overload* cairan pada pasien GGK 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 aktifitas 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., McCann, 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/pmc/articles/PMC3194171/>
- 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 Journal of Kidney Diseases*, 63 (3), 311-318. doi: 10.1016/j.ajkd.2013.12.016

Kidney Disease, 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>

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan : Pasien dengan GGK

Sub Topik : Prinsip Diet pada penderita GGK

Sasaran : Pasien dan keluarga pasien

Tempat : Ruang Agate atas,RSUD dr Slamet garut

Hari/Tanggal : Kamis,30-Januari-2020

Waktu : 08:00 WIB.30 MENIT

Penyuluhan : Ogi

I. LATAR BELAKANG

Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal menahun yang bersifat cepat dan tidak bisa pulih. Dimana kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme tubuh dan keseimbangan cairan dan elektrolit (Brunner and Suddarth,edisi 2 volume 8). Gagal ginjal kronik adalah kegagalan ginjal dalam melakukan fungsi-fungsi vitalnya dan akan menimbulkan keadaan yang disebut uremia atau bia disebut juga gagal ginjal stadium akhir (Price,2005)

Menurut badan kesehatan dunia, secara global lebih dari 500 juta jiwa telah mengalami penyakit gagal ginjal kronik . kurang lebih 1,5 juta jiwa harus menjalani hidup dengan tergantung pada hemodialisis (WHO,2007). Menurut data dari perhimpunan Nefrologi Indonesia, jumlah penderita gangguan fungsi ginjal di Indonesia mencapai 100.000

jiwa dan setiap tahunya diperkirakan bertambah 2.700 jiwa yang mengalami gangguan fungsi ginjal. Saat ini sekitar 40.000 jiwa penduduk Indonesia yang mengalami hemodialisis (Penetri,2014)

II. TUJUAN PENYULUHAN

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan Pendidikan Kesehatan tentang prinsip diet pada penderita GGK diharapkan pasien mampu memahami tentang prinsip diet GGK.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan selama 30 menit para penderita GGK diharapkan dapat:

- a. Menjelaskan Kembali tentang pengertian GGK
- b. Menjelaskan tujuan prinsip diet penderita GGK
- c. Menjelaskan syarat diet pada penderita GGK
- d. Menjelaskan tentang makanan yang dianjurkan pada pasien GGK
- e. Menjelaskan tentang makanan yang sebaiknya dibatasi pada penderita GGK

III. METODE

Ceramah,Diskusi,dan tanya jawab

IV. MEDIA

Leaflet

V. MATERI PENYULUHAN (Terlampir)

1. Pengertian GGK
2. Tujuan dalam prinsip diet pada penderita GGK
3. Prinsip makanan yang dianjurkan pada penderita GGK
4. Tentang makanan yang dianjurkan pada penderita GGK
5. Tentang makanan yang sebaiknya dibatasi pada penderita GGK

VI. KEGIATAN PENYULUHAN KESEHATAN

	TAHAP	WAKTU	KEGIATAN	
			PENYULUH	KLIEN
1.	Pembukaan	10 Menit	a. Mengucapkan Salam b. Memperkenalkan Diri c. Menjelaskan maksud dan Tujuan d. Memberikan pertanyaan berhubungan dengan jajanan sehat	a. Menjawab salam b. Perkenalan c. Menjawab pertanyaan yang diberikan
2.	Pelaksanaan	10-15 Menit	a. Penjelasan Tentang GGK b. Memberikan penjelasan tentang tujuan prinsip diet pada penderita GGK	a. Menderungarkan penjelasan b. Bertanya tentang hal yang tidak dimengerti

			<p>c. Memberikan penjelasan tentang prinsip diet pada penderita GGK</p> <p>d. Memberikan penjelasan tentang makanan yang sebaiknya dianjurkan pada penderita GGK</p> <p>Memberi penjelasan tentang makanan yang sebaiknya dibatasi pada penderita GG</p>	
3.	Penutup	5 Menit	<p>a. Memberikan evaluasi dengan bertanya tentang semua yang sudah dijelaskan pada sasaran.</p> <p>b. Mengucapkan salam dan terima kasih</p> <p>c. Memberi salam</p>	<p>a. Menjawab pertanyaan yang ada</p> <p>b. Menjawab salam</p>

VII. PENGORGANISASIAN

Moderator : Ogi

Notulen : Ogi

Penyaji : Ogi

VIII. EVALUASI

1. Kegiatan : jadwal,tempat,alat bantu/,pengorganisasian,proses penyuluhan
2. Hasil penyuluhan : memberi pertanyaan pada pasien dan keluarga pasien tentang :
 - a. Menjelaskan Kembali tentang pengertian GGK
 - b. Menjelaskan tujuan prinsip diet pada penderita GGK
 - c. Menjelaskan syarat diet pada penderita GGK
 - d. Menjelaskan tentang makanan yang dianjurkan pada penderita GGK
 - e. Menjelaskan tentang makanan yang sebaiknya dibatasi pada penderita GGK.

LAMPIRAN MATERI

Lampiran Materi :

Prinsip Diet Pada Penderita GGK

1. Pengertian

GGK(Gagal Ginjal Kronik)adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun,berlangsung progresif dan cukup lanjut,hal ini terjadi bila laju filtrasi glomerular kurang dari 50 mL/min. (Suyono,et al,2001). Gagal ginjal kronis merupakan gangguan fungs renal yang progresif dan irreversible dimanaan kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit sehingga terjadi uremia (Smeltzer & Bare,2001).

“Penderita gagal ginjal sebaiknya mengurangi konsumsi buah-buahan karena Sebagian buah-buahan berkadar kalium (Potassium)tinggi”kadar kalium yang sangat tinggi(Hyperkalemia) dapat menyebabkan irama jantung terganggu. Penderita harus bisa membatasi jumlah konsumsi buah setiap harinya. Misalnya buah apel,penderita ginjal hanya bisa mengonsumsi setengah saja. Namun yang juga harus diingat,jika kondisi penderita ginjal sudah tidak bisa lagi berkemih,maka sebaiknya hentikan konsumsi buah dan sayur hingga lancer berkemih. Sementara itu,bagi penderita yang belum menjalani cuci darah. Dianjurkan untuk melakukan melakukan diet rendah protein 40-45gram/hari. Hal ini tentunya tergantung fungsi ginjal penderita yang dapat diketahui dengan pemeriksaan

laboratorium. Jika fungsi ginjal kurang dari 15 pesen, maka perlu melakukan cuci darah.

2. Tujuan prinsip diet pada penderita GGK

- a. Untuk mencukupi zat gizi sesuai kebutuhan pasien agar status gizi normal/optimal
- b. Untuk mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh
- c. Menghindari penumpukan cairan didalam tubuh
- d. Untuk menjaga agar penderita dapat beraktivitas seperti normal.

3. Prinsip diet pada penderita GGK

- a. Diet lunak atau biasa.
- b. Sebagai sumber karbohidrat: gula pasir, selai, sirup, dan permen.
- c. Cukup energi dan rendah protein
- d. Sebagai sumber protein, diutamakan protein hewani, misalnya: susu, sapi, daging, dan ikan. Banyaknya sesuai dengan kegagalan fungsi ginjal penderita.
- e. Sebagai sumber lemak, diutamakan lemak tidak jenuh, dengan kebutuhan, sekitar 25% dari total energi yang diperlukan.
- f. Untuk kebutuhan air, dianjurkan sesuai dengan jumlah urin 24 jam; sekitar 500 ml melalui minuman dan makanan.
- g. Untuk kebutuhan kalori, sekitar 35Kkal/kg berat badan/hari.
- h. Untuk kebutuhan kalium dan natrium disesuaikan dengan keadaan penderita.

- i. Membatasi asupan garam dapur,jika ada hipertensi(darah tinggi) atau edema(Bengkak)
 - j. Dianjurkan juga mengonsumsi agar agar karena selain mengandung sumber energi ,juga mengandung serat yang larut
4. Makan yang dianjurkan untuk pasien GGK
 - a. Sumberkarbohidrat;nasi,rotiputih,mie,macaroni,spageti,lontong,bihun,jagung,dll.
 - b. Sumberprotein;telur,ayam,daging,ikan,susu,cumi,udang,kepiting,lobster, dan sesuai anjuran yang telah diberikan.
 - c. Buah- buahan;nanas,papaya,jambubiji,sawo,strawberry,apel,anggur,jeruk manis dalam jumlah sesuai yang telah diberikan.
 - d. Sayur-sayuran;ketimu,terong,tauge,kacang Panjang,kol,slada,dll
5. Makanan yang sebaiknya dibatasi pada penderita GGK,makanan yang sebaiknya dibatasi
 - a. Sumber karbohidrat,seperti:
 - nasi
 - jagung
 - makaroni
 - hevermout
 - b. Protein hewani,seperti:
 - Daging kambing
 - ayam

-ikan

-hati

-keju

-udang

-telur

c. Sayuran dan buah,seperti:

-apel

-alpukat

-jeruk

-pisang

-pepaya

-seladri

-kembang kol

-petersali

-buncis

6. Makanan yang harus dihindari pada penderita GGK

a. Tahu

b. Tempe

c. Oncom

d. Kacang-kacangan,seperti:kacang tanah,kacang merah,kacang tolo,kacang hijau dan kacang kedelai.

7. Cara mengurangi kalium dalam bahan makanan

a. Cuci sayuran atau buah yang telah dikupas atau sudah dipotongpotong.

- b. Rendam bahan makanan dalam air hangat selama 2 jam.
 - c. Air dibuang dan dicuci Kembali dengan air mengalir selama beberapa menit.
 - d. Setelah itu masaklah.
8. Hal hal yang perlu diperhatikan
- a. Makanlah secara teratur porsi kecil tapi sering.
 - b. Untuk meningkatkan nafsu makan,diupayakan sesuai dengan makanan kesukaan.
 - c. Untuk membatasi jumlah cairan,tekanan darah tinggi,perlu menghindari garam dan makanan yang banyak mengandung garam,minuman bersoda,minuman kemasan,telur asin,ikan asin,makanan yang diawetkan,dan bumbu bumbu instan.
 - d. Untuk membatasi jumlah cairan,masak lebih tidak dalam bentuk berkuah,dipanggang,dibakar,digoreng.
 - e. Makanan yang tinggi kalori seperti sirup,madu,permene,dianjurkan penambah kalori hendaknya tidak diberikan dekat waktumakan karena dapat mengurai nafsu makan.
 - f. Untuk meningkatkan cita rasa gunakan bawang,jahe,kunyit dan lain lain.

Diberikan diet

1. Untuk mencukupi zat gizi sesuai kebutuhan pasien agar status gizi normal/optimal
2. Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit (zat yang larut didalam tubuh)
3. Menghindari terjadinya penumpukan cairan didalam tubuh
4. Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari

Syarat Diet

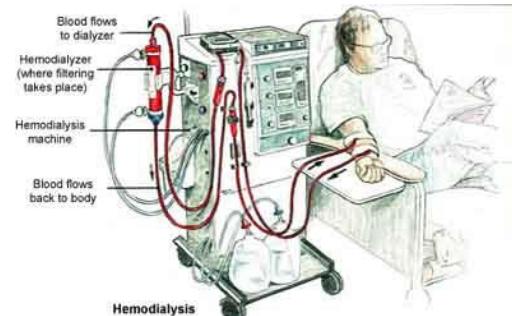
1. Batasi garam terutama bilaterjadi penimbunan cairan didalam tubuh (edema) dan tekanan darah tinggi
2. Kalium dibatasi terutama jika urin keluar kurang dari 400ml/2 jam
3. Jumlah asupan cairan=jumlah urin 24 jam (500-750 ml)

Pengaturan makanan

- A. Bahan makanan yang dianjurkan
1. Sumber karbohidrat : nasi ,roti putih,mie,macaroni,spageti,l ontong,bihun,jagung,dll
 2. Sumber protein : telur,ayam,daging,ikan susu,cumi,udang,kepitng,lobster dsn sesuai dengan anjuran yang yang telah diberikan
 3. Buah-buahan;nanas,papaya,jambu .
 4. Sayur-sayuran,ketimun,terong,tau ge,kacang Panjang,kol,slada,wortel,dll dalam jumlah sesuai anjuran.
- Hal-hal yang perlu diperhatikan**
1. Makanlah secara teratur porsi kecil tapi sering
 2. Untuk meningkatkan nafsu makan,upayakan sesuai dengan makanan kesukaan.
 3. Untuk membatasi jumlah cairan,masak lebih tida dalam bentuk berkuah,dipanggang,dibakar,di goreng.
 4. Bila ada penumpukan cairan,tekanan darah tinggi,perlu menghindari garam dan makanan yang banyak mengandung garam,minuman bersoda,minuman kemasan,telur sin,ikan asin,makanan yang diawetkan dan bumbu bumbu instan
 5. Makanan yang tinggi kalori seperti sirup,madu,dianjurkan penambahan kalori hendaknya tidak diberikan dekat waktu makan karena dapat mengurangi nafsu makan
 6. Untuk meningkatkan cita rasa gunakan bawang,jahe,kunyit dan lain lain.

Cara mengurangi kalium dari bahan makanan

1. Cuci sayuran atau buah yang telah dikupas atau sudah dipotong potong
2. Rendam bahan makanan dalam air hangat selama 2 jam
3. Air dibuang dan dicuci kembali dengan dengan air yang mengalir selama beberapa menit
4. Setelah itu masaklah



Diet Penyakit
Gagal ginjal
kronik dengan
.....

Ogi

DIII KEPERAWATAN UNIVERSITAS
BHAKTI KENCANA BANDUNG

2019/2020

APA ITU DIET??

Diet merupakan faktor penting bagi pasien yang menjalani hemodialisa. Diet bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi, mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh dan untuk menjaga agar penderita dapat beraktivitas seperti biasanya yang akhirnya mempunyai kualitas hidup yang cukup baik

INGATTTT!!!!!!!

Agar kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa optimal, makanlah mengikuti anjuran diet dan lakukan hemodialisis dengan teratur

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)

MENJADI PASIEN KELOLAAN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : Ny. Ima Sari

Jenis Kelamin/ No RM : Perempuan / 01218229

Umur : 35 th / 1161/11 hari

Diagnosa medis/ Ruang :

Alamat : kp. Babakan RT.01/02. Dayeuh mangsung cilawu

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

Nama Mahasiswa : Ogi

NIM : Akx1911a

Fakultas : Keperawatan

Institusi : Universitas Bhakti Kencana

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

28. Januari 2020

Pasien

Asa Eka

Am.

Tanda tangan dan nama lengkap



SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)

MENJADI PASIEN KELOLAAN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : NY. Noneng

Jenis Kelamin/ No RM : Perempuan 10122.05.98

Umur : 46 Tahun

Diagnosa medis/ Ruang : Ckd

Alamat : Kp. Cibago Bodas / 001/005 Mekarmukti, Cilawu

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

Nama Mahasiswa : Ogi

NIM : AKX17119

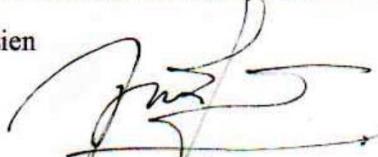
Fakultas : Keperawatan

Institusi : Universitas Bhakti Kencana

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

Garut, 01 - Februari - 2020

Pasien



KURNIA - PERMANIA

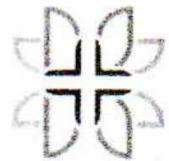
Tanda tangan dan nama lengkap



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Ogi
NIM : Axx 13 119
NAMA PASIEN : Ny
DIAGNOSA MEDIS : Gagal Ginjal Kronik

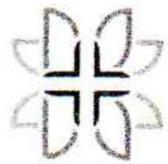
No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
1	28/01/2020	07:30		<p>- Memberi tahu pasien untuk membersihkan tempat tidur klien</p> <p>Hasil : Klien mau dibantu dibersihkan tempat tidur</p> <p>- Mengukur TPU</p> <p>Hasil TPU : 160 / 100 mmHg N : 90 x / menit R : 29 x / menit S : 36,6°C</p> <p>- Mengukur Asip ter pada klien</p> <p>Hasil Adanya Asip ter pada klien di bagian abdomen</p> <p>- Memberikan Perapi obat Ceftralax</p> <p>Hasil Obat diberikan secara intravena</p> <p>Memperbaikan cairan</p> <p>Intake output & durasi</p> <p>Hasil intake : 600 ml air inf : Nacl 500 output : klien belum buang air</p>		



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

NAMA MAHASISWA : Og
NIM : AIX 13 11a
NAMA PASIEN : MY. J
DIAGNOSA MEDIS : Gagal Ginjal kronik

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
2	29/01/2020	19:00 16:00 09:00 10:00 10:30		<p>Memberikan terapi obat Farsi x 1X9 mg Hasil Obat diberikan secara intravena</p> <p>Mengingatkan pasien dan keluarga untuk minum tidak banyak</p> <ul style="list-style-type: none">- Mengikuti TPU <p>Hasil TID : 160/100 mm Hg N : 90x1 menit R : 29x1 menit S : 36.6 °C</p> <p>- Mencuci tangan & Pergelangan Hasil Infus - Infus NaCl 0,9% 20 gr per Outflow : -</p> <p>Memberikan terapi obat Cefotaxime</p> <p>Hasil Obat diberikan secara intra vena.</p>	<u>Og</u>	<u>Og</u>



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Ogi
NIM : Alex Dilla
NAMA PASIEN : NY N
DIAGNOSA MEDIS : Gagal Ginjal kronik

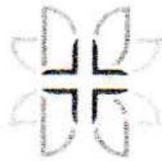
No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
1	09/02/2020	09:00		- Mengukur TPU Hasil TP : 190/100 mmHg N : 87 x/1 menit S : 28 x/1 menit R : 36.8°C 09:10 Memberikan Perap. obat Candesartan 2x10 mg Hasil Obat diberikan Secara oral Mengukur edema pada kaki Hasil Adanya edema pada kaki Pada bagian ekstremitas bawah memberikan Perap. obat + Rantam 2x1 Amp		
2	08/02/2020	08:00		Hasil Obat diberikan Secara intravena Memberikan Perap. obat Furosemid 2x2 amp 08:30 Obat diberikan Secara intravena memberikan Perap. obat Alas Rantam 1x1 mg Hasil Obat diberikan Secara oral		



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

NAMA MAHASISWA : Og.
NIM : Akx 12119
NAMA PASIEN : NY.
DIAGNOSA MEDIS : Gagat Gingival Kanib

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		10:00		Mencatat Asupan & Penyaluran Hasil Infus infus NaCl 0g % 20gr output : - mengukur Tpu Hasil TP : 16a / 100 mmHg O2 : 90 x / menit R : 24x / menit S : 36.6°C		
		11:00		Menatalah Bkt Pasien Hasil Kelen mengalihkan belum Bkt memberikan ferapi obat Cefotaxime 2x1.		
3	06/02/2018	08:00		Hasil Obat ubenil 1000cc via infus. Menatalah Bkt klen Hasil klen belum bkt		
		09:00		Menatalah Bkt klen Hasil klen belum bkt		
		11:00		Mencatat Asupan & Penyaluran Hasil infus infus NaCl 0g % 20gr output : - mengukur Tpu Hasil TP 16a / 100 mm Hg		
		12:00				



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

NAMA MAHASISWA : Og.
NIM : A11X 17119
NAMA PASIEN : NY. N
DIAGNOSA MEDIS : Gaga / Gingin / Kraus

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
		13:00		N: 80 x /menit R: 29 y /menit S: 36.6 °C Mengevaluasi Piftey C Jerome Hari Perdugul edema lidi kiri membenarkan terapi obat Cefotaxime 3x 500 mg Hari, obat diberikan secara per oral		
		19:00				

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Data Pribadi

Nama : Ogi
Tempat,Tanggal Lahir : Kuningan,12 April 1999
Alamat :Kp.Pahing RT/RW 07/02 Desa
Tirtawanganan,Kecamatan Sindang Agung
Kabupaten Kuningan
Nomor Telepon : 081947013952
Email : ogiadam1951@gmail.com
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Status Marital : Belum Menikah
Warga Negara : Indonesia
Agama : Islam

Riwayat Pendidikan

1. SDN TIRTAWANGUNAN (2005-2011)
2. MTsN Sindang Sari (2011-2014)
3. SMK Bhakti Indonesia Kuningan (2014-2017)
4. Universitas Bhakti Kencana Bandung (2017-2020)

Hormat Saya,

Ogi