

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KELEBIHAN *VOLUME*
CAIRAN DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
JOMBANG**



OLEH :

ENGGAR TIYASTO
NIM.141210014

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KELEBIHAN *VOLUME*
CAIRAN DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
JOMBANG**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KELEBIHAN *VOLUME*
CAIRAN DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
JOMBANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) Pada Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : ENGGAR TIYASTO

NIM : 141210014

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 13 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa : ENGGAR TIYASTO

NIM : 14.121.0014

Program Studi : D III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Ginjal Kronik
Dengan Masalah Keperawatan Kelebihan *Volume*
Cairan Studi Di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum
Daerah Jombang

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang

Menyetujui

Komisi Pembimbing

Arif Wijaya S.Kp., M.Kep
Pembimbing Utama

Nita Arisanti Y, S.Kep.,Ns
Pembimbing Anggota

Mengetahui



H. Bambang Tutuko, S.H., S.Kep.,Ns.,MH
Ketua STIKes ICME Jombang



Maharani Tri P, S.Kep.,Ns.,MM
Ketua Program Studi D III
Keperawatan

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : ENGGAR TIYASTO
NIM : 14.121.0014
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Ginjal Kronik
Dengan Masalah Keperawatan Kelebihan *Volume*
Cairan Di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah
Jombang

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi
Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang

Komisi Dewan Penguji

Penguji Utama : Hj. Muarrofah, S.Kep.Ns., M.Kes



Penguji Anggota I : Arif Wijaya, S.Kp., M.Kep



Penguji Anggota II : Nita Arisanti Y., S.Kep., Ns

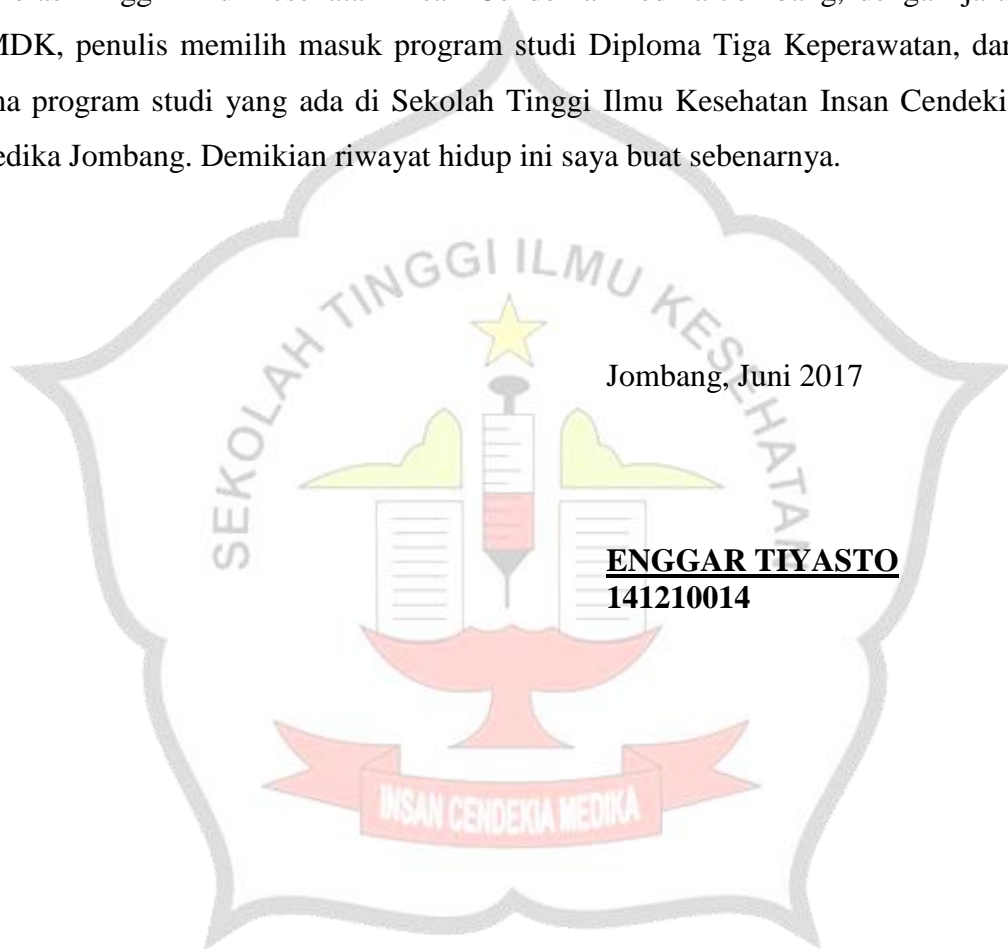


Ditetapkan di : Jombang

Pada : 15 Juni 2017

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Ponorogo, 16 Desember 1995, yang merupakan anak tunggal dari ayah yang bernama Untung dan ibu yang bernama Lestari. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sekolah Dasar pada tahun 2008, tahun 2011 lulus dari Sekolah Menengah Pertama, tahun 2014 menyelesaikan Pendidikan Sekolah Menengah Kejuruan, dan pada tahun 2014 juga penulis lulus seleksi masuk Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, dengan jalur PMDK, penulis memilih masuk program studi Diploma Tiga Keperawatan, dari lima program studi yang ada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Demikian riwayat hidup ini saya buat sebenarnya.



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah- Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan Masalah Keperawatan Kelebihan Volume Cairan di Ruang Dahlia RSUD Jombang”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan kepada Arif Wijaya, S.Kp., M.Kep selaku Pembimbing pertama yang telah memberikan motivasi, bimbingan dan saran untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan kepada Nita Arisanti Yulanda, S.Kep., Ns selaku Pembimbing kedua, yang telah dengan sabar dan penuh perhatian memberikan bimbingan, arahan serta motivasi, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Maharani Tri Puspitasari S.Kep,Ns.MM selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan yang telah memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis sejak awal hingga akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak untuk itu perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar- besarnya kepada :

1. Seluruh direksi, jajaran bidang keperawatan dan bagian DIKLAT Rumah Sakit Umum Daerah Jombang yang telah memberikan ijin dan kesempatan serta fasilitas dalam pengambilan data awal penelitian.
2. Seluruh dosen, staf pendidikan, perpustakaan dan sekretariat Program studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang
3. Kedua orang tua dan orang terdekat terhebat saya, yang telah pengertian dan segala dukungan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis ini.

4. Teman-teman D III Keperawatan angkatan 2014 yang selalu memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis ini.
5. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu yang terlibat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat-Nya dan semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan.

Jombang, Juni 2017

Penulis



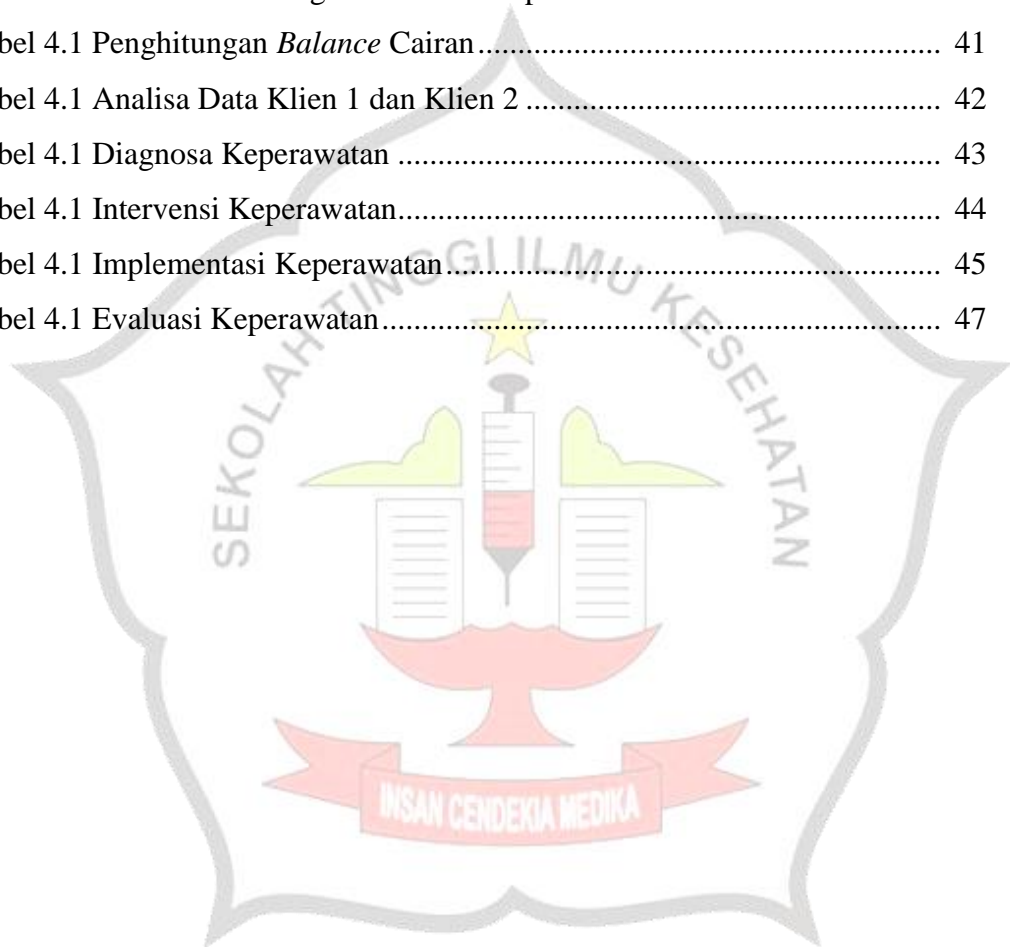
DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL LUAR	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
ABSTRAK	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.1 Batasan Masalah	3
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Manfaat Teoritis	5
1.5.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Etiologi	6
2.1.3 Patofisiologi	7
2.1.4 Manifestasi Klinik	8
2.1.5 WOC	10
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	11
2.1.7 Penatalaksanaan	11
2.1.8 Komplikasi	12
2.2 Konsep Dasar Kebutuhan Cairan dan Elektrolit	12
2.2.1 Definisi	12
2.2.2 Volume Cairan Tubuh	13
2.2.3 Distribusi Cairan Tubuh	13
2.2.4 Fungsi Cairan	14
2.2.5 Keseimbangan Cairan	14
2.2.6 Pengaturan Keseimbangan Cairan	15
2.2.7 Mekanisme Pergerakan Cairan dan Elektrolit	16
2.2.8 Cara Pengeluaran Cairan	17
2.2.9 Masalah Keseimbangan Cairan	18
2.2.10 Faktor Yang Mempengaruhi Keseimbangan Cairan dan Elektrolit	19
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik	20
2.3.1 Pengkajian	20

2.3.2 Pemeriksaan Fisik	21
2.3.3 Pemeriksaan Penunjang	22
2.3.4 Diagnosa Keperawatan	23
2.3.5 Intervensi.....	23
2.3.6 Implementasi.....	24
2.3.7 Evaluasi.....	24
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	26
3.2 Batasan Istilah	26
3.3 Partisipan.....	27
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	27
3.4.1 Lokasi.....	27
3.4.2 Waktu Penelitian.....	27
3.5 Pengumpulan Data	27
3.6 Uji Keabsahan Data.....	31
3.7 Analisa Data	32
3.8 Etik Penelitian	33
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	34
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data.....	34
4.1.2 Pengkajian.....	34
4.1.3 Analisa Data.....	42
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	43
4.1.5 Intervensi Keperawatan	44
4.1.6 Implementasi Keperawatan.....	45
4.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	47
4.2 Pembahasan.....	48
4.2.1 Pengkajian.....	48
4.2.2 Analisa Data.....	49
4.2.3 Diagnosa Keperawatan	50
4.2.4 Intervensi Keperawatan	50
4.2.5 Implementasi Keperawatan.....	51
4.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	51
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	53
5.2 Saran.....	54
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosa dan Intervensi.....	23
Tabel 4.1 Identitas Klien	34
Tabel 4.1 Riwayat Penyakit	34
Tabel 4.1 Pola Kesehatan (Pendekatan Gordon / Pendekatan Sistem	36
Tabel 4.1 Pemeriksaan Fisik (Pendekatan <i>head to toe</i> / Pendekatan Sistem)..	38
Tabel 4.1 Pemeriksaan Diagnostik dan Terapi	40
Tabel 4.1 Penghitungan <i>Balance</i> Cairan.....	41
Tabel 4.1 Analisa Data Klien 1 dan Klien 2	42
Tabel 4.1 Diagnosa Keperawatan	43
Tabel 4.1 Intervensi Keperawatan.....	44
Tabel 4.1 Implementasi Keperawatan.....	45
Tabel 4.1 Evaluasi Keperawatan.....	47



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik..... 10



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan.....
Lampiran 2	Permohonan Responden
Lampiran 3	Persetujuan Responden.....
Lampiran 4	Form Pengkajian.....
Lampiran 5	Surat Ijin Penelitian
Lampiran 6	Surat Disposisi Penelitian.....
Lampiran 7	Surat Balasan Penelitian
Lampiran 8	Lembar Konsultasi.....



DAFTAR SINGKATAN

BAK	: Buang Air Kecil
BJ	: Berat Jenis
BUN	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
CCT	: <i>Creatinine Clearance Test</i>
CKD	: <i>Chronic Kidney Disease</i>
CRT	: <i>Capillary Rate Time</i>
CT Scan	: <i>Computed Tomography Scan</i>
DM	: Diabetes Mellitus
EKG	: Elektrokardiografi
GFR	: <i>Glomerular Filtration Rate</i>
GGK	: Gagal Ginjal Kronik
mL/min	: Mililiter per Menit
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
PH	: Pontential Hidrogen
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TTV	: Tanda – Tanda Vital
USG	: Ultrasonografi



ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KELEBIHAN *VOLUME* CAIRAN DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JOMBANG

Oleh :

Enggar Tiyasto

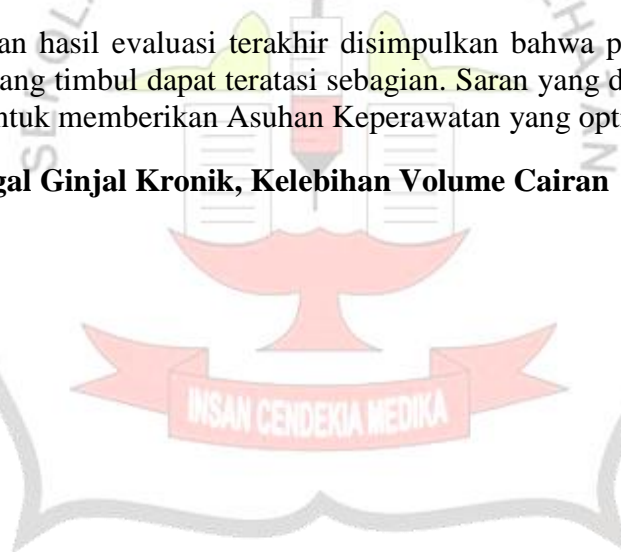
Gagal Ginjal Kronik merupakan masalah kesehatan yang masih di hadapi di Indonesia hingga saat ini. Gagal Ginjal Kronik adalah suatu penurunan fungsi ginjal yang cukup berat dan terjadi secara perlahan dalam waktu yang lama (menahun) yang di sebabkan oleh berbagai penyakit ginjal, bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan.

Berdasarkan survey data yang di dapatkan dari Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Jombang periode bulan Januari sampai Desember 2016 mencapai 465 kasus gagal ginjal kronik.

Desain penelitian menggunakan metode studi kasus Penelitian ini mengeksplorasi 2 klien dengan masalah Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan.

Berdasarkan hasil evaluasi terakhir disimpulkan bahwa pada klien 1 dan klien 2 masalah yang timbul dapat teratasi sebagian. Saran yang diberikan kepada profesi perawat untuk memberikan Asuhan Keperawatan yang optimal.

Kata kunci : Gagal Ginjal Kronik, Kelebihan Volume Cairan



ABSTRACT

NURSING TO CLIENTS CHRONIC KIDNEY DISEASE WITH PROBLEM SELF EXCESS LIQUID VOLUME IN THE DAHLIA ROOM OF JOMBANG GENERAL HOSPITAL

By :

Enggar Tiyasto

Chronic Kidney Disease is a health problem that is still facing in Indonesia until today. Chronic Kidney Disease is a severe decline in kidney function and occurs slowly for a long time (chronic) caused by various kidney diseases, is prolonged and generally unrecoverable, in which the body is unable to maintain metabolism and fails to maintain fluid balance.

Based on the survey data obtained from the Dahlia Room Jombang General Hospital period January to December 2016 reached 465 cases of chronic renal failure.

Design research using case study method This study explores 2 clients with Nursing Care issues in Kidney Failure Clients with Nursing Problems Excess Liquid Volume.

Based on the results of the last evaluation concluded that the client 1 and client 2 problems that arise can be partially resolved. Advice given to the nurse profession to provide optimal Nursing Care.

Keywords: *Chronic Kidney Disease, Excess Liquid Volume*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal Ginjal Kronik (GGK) atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah suatu penurunan fungsi ginjal yang cukup berat dan terjadi secara perlahan dalam waktu yang lama (menahun) yang di sebabkan oleh berbagai penyakit ginjal, bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit (Muttaqin, 2011).

Prevalensi gagal ginjal di Amerika Serikat meningkat dan jumlah orang yang gagal ginjal yang dirawat dengan dialisis dan transplantasi diproyeksikan meningkat dari 390.000 di tahun 1992, dan 651.000 dalam tahun 2010. Data menunjukkan bahwa setiap tahun, 200.000 orang Amerika menjalani hemodialisa karena gangguan ginjal kronis artinya 1140 dalam 1 juta orang Amerika adalah pasien dialisis (Neliya, 2012). Angka kejadian gagal ginjal kronis di Indonesia 0,2%, di daerah Jawa Timur 0,3% (Risksedas 2013). Survey dari Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Jombang periode bulan Januari sampai Desember 2016 mencapai 465 kasus gagal ginjal kronik (Unit Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Jombang).

Penyebab gagal ginjal kronik yang dari tahun ke tahun semakin meningkat dapat disebabkan oleh kondisi klinis dari ginjal sendiri dan dari luar ginjal. Penyakit dari ginjal seperti penyakit pada saringan (glomerulus), infeksi kuman, batu ginjal. Sedangkan penyakit dari luar ginjal seperti penyakit diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi, infeksi di badan:

Tuberculosis, sifilis, malaria, hepatitis, obat-obatan, dan kehilangan banyak cairan yang mendadak seperti pada luka bakar. (Muttaqin, 2011)

Penyakit gagal ginjal kronik juga memiliki tanda dan gejala yang bermacam-macam yang terdapat pada sistem pernapasan adanya pernapasan *kussmaul* sebagai respon asidosis metabolik, efusi pleura, edema paru. Sistem kardiovaskular seperti hipertensi gagal jantung. Sistem neurologi adanya sakit kepala, kesulitan tidur, tremor ditangan. Sistem hematologi adanya anemia dengan hemoglobin rendah, kerusakan sel darah putih menyebabkan infeksi. Sistem gastrointestinal seperti mual dan muntah, diare, konstipasi, sariawan. Sistem skeletal adanya nyeri sendi dan bengkak. Sistem integumen seperti kulit gatal dan kering(*pruritus*), pucat karena anemia, dan sistem reproduksi adanya penurunan libido, pada laki-laki terjadi impotensi dan penurunan jumlah sperma dan pada perempuan terjadi penurunan gairah seksual. Pada gagal ginjal kronik terjadi penurunan fungsi renal. Produksi akhir metabolisme protein tertimbun dalam darah dan terjadilah uremia yang mempengaruhi setiap sistem tubuh. Retensi natrium dan cairan mengakibatkan ginjal tidak mampu dalam mengkonsentrasikan atau mengencerkan urine secara normal pada penyakit gagal ginjal kronik. Pasien biasanya menahan natrium dan cairan yang dapat meningkatkan resiko edema, gagal jantung kongesif dan hipertensi. Untuk menghindari hal-hal tersebut maka dapat dilakukan pencegahan untuk kelebihan volume cairan dengan berbagai terapi yang dapat diberikan. (Smetzer & Bare, 2013)

Penyokong terapi untuk mencegah kelebihan beban cairan adalah pembatasan asupan cairan dan garam. Untuk memperlambat kebutuhan akan

dialisis dapat juga dengan menggunakan diuretik. Saat gagal ginjal kronik memburuk oliguria biasanya akan muncul, merupakan tanda dan gejala kelebihan beban cairan. Pada pasien gagal ginjal kronik, pengkajian status cairan yang berkelanjutan sangat lah penting, yang meliputi melakukan pembatasan asupan dan pengukuran haluaran cairan yang akurat, menimbang berat badan setiap hari dan memantau adanya komplikasi cairan. Bila tidak melakukan pengukuran asupan dan haluaran cairan akan mengakibatkan edema, hipertensi, edema paru, gagal jantung, dan distensi vena jugularis, kecuali akan dilakukan terapi dialisis (Morton,2014).

Asupan cairan pada gagal ginjal kronik juga membutuhkan regulasi yang sangat hati-hati dalam gagal ginjal lanjut. Pentingnya pencegahan kelebihan cairan karena jika asupan terlalu bebas dapat menyebabkan kelebihan beban sirkulasi, edema, dan intoksikasi cairan. Kekurangan cairan juga dapat menyebabkan dehidrasi, hipotensi dan memburuknya fungsi ginjal. Aturan untuk asupan cairan adalah keluaran urin dalam 24 jam ditambah 500 ml mencerminkan keluaran cairan yang tidak disadari. (Haryanti, Nisa, 2015).

Berdasarkan berbagai data dan informasi di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus mengenai pemberian asuhan keperawatan pada klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan.

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi Asuhan Keperawatan Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan di RSUD Jombang tahun 2017.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan di RSUD Jombang tahun 2017 ?

1.4 Tujuan Penulisan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan di RSUD Jombang tahun 2017.

1.4.2 Tujuan Khusus

Observasi pada studi kasus ini juga mempunyai beberapa tujuan khusus, diantaranya :

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik di RSUD Jombang.
- 2) Merumuskan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik di RSUD Jombang
- 3) Menyusun perencanaan intervensi keperawatan pada klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik di RSUD Jombang.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik di RSUD Jombang.
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik di RSUD Jombang.

1.5 Manfaat Penulisan

1.5.1 Manfaat Teoritis

Menambah pengetahuan dan dapat menambah informasi tentang asuhan keperawatan dalam pembatasan cairan, sebagai bahan kepustakaan dan perbandingan pada penanganan kasus masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan di lapangan dan dalam teori.

1.5.2 Manfaat Praktis

a. Bagi klien dan keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan.

b. Bagi perawat

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan dalam pelayanan masyarakat khususnya pada pemberian asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan.

c. Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai tambahan referensi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kasus Gagal Ginjal Kronis. Manfaat bagi pasien adalah mendapat asuhan keperawatan yang efektif, efisien dan sesuai dengan standart asuhan keperawatan yaitu dengan pembatasan Kelebihan Volume Cairan Gagal Ginjal Kronik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Definisi

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 kronik merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (Smeltzer & Bare, 2001).

Gagal ginjal kronik adalah kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan *irreversible* dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang menyebabkan uremia atau azotemia (Brunner & Suddarth, 2000)

2.1.2 Etiologi

Gagal ginjal kronik sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder. Penyebab dari gagal ginjal kronis antara lain :

1. Infeksi saluran kemih (pielonefritis kronis)
2. Penyakit peradangan (glomerulonefritis)
3. Penyakit vaskuler hipertensif (nefrosklerosis, stenosis arteri renalis)

4. Gangguan jaringan penyambung (SLE, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik)
 5. Penyakit kongenital dan herediter (penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal)
 6. Penyakit metabolik (DM, gout, hiperparatiroidisme)
 7. Nefropati toksik
 8. Nefropati obstruktif (batu saluran kemih)
- (Robinson, 2013)

2.1.3 Patofisiologi

Gagal ginjal kronis selalu berkaitan dengan penurunan progresif GFR. Stadium gagal ginjal kronis didasarkan pada tingkat GFR (*Glomerular Filtration Rate*) yang tersisa dan mencakup :

1. Penurunan cadangan ginjal;

Yang terjadi bila GFR turun 50% dari normal (penurunan fungsi ginjal), tetapi tidak ada akumulasi sisa metabolic. Nefron yang sehat mengkompensasi nefron yang sudah rusak, dan penurunan kemampuan mengkonsentrasi urin, menyebabkan nocturia dan poliuri. Pemeriksaan CCT 24 jam diperlukan untuk mendeteksi penurunan fungsi

2. Insufisiensi ginjal;

Terjadi apabila GFR turun menjadi 20 – 35% dari normal. Nefron-nefron yang tersisa sangat rentan mengalami kerusakan sendiri karena beratnya beban yang diterima. Mulai terjadi akumulasi sisa metabolic dalam darah karena nefron yang sehat tidak mampu lagi mengkompensasi. Penurunan respon terhadap diuretic, menyebabkan oliguri, edema. Derajat

insufisiensi dibagi menjadi ringan, sedang dan berat, tergantung dari GFR, sehingga perlu pengobatan medis

3. Gagal ginjal; yang terjadi apabila GFR kurang dari 20% normal.
4. Penyakit gagal ginjal stadium akhir;

Terjadi bila GFR menjadi kurang dari 5% dari normal. Hanya sedikit nefron fungsional yang tersisa. Di seluruh ginjal ditemukan jaringan parut dan atrofi tubulus. Akumulasi sisa metabolic dalam jumlah banyak seperti ureum dan kreatinin dalam darah. Ginjal sudah tidak mampu mempertahankan homeostatis dan pengobatannya dengan dialisa atau penggantian ginjal (Brunner & Suddarth, 2001).

2.1.4 Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik menurut (Smeltzer, 2001) antara lain : hipertensi, (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivitas sistem renin – angiotensin – aldosteron), gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan) dan perikarditis (akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi)

Manifestasi klinik menurut Suyono (2001) adalah sebagai berikut :

1. Gangguan kardiovaskuler

Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, efusi perikardiak dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.

b. Gangguan pulmoner

Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan spuntum kental.

c. Gangguan gastrointestinal

Anoreksia, muntah, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau amonia.

d. Gangguan muskuloskeletal

Resiles leg syndrom (pegal pada kaki sehingga selalu digerakan), *burning feet syndrom* (rasa kesemutan dan terbakar, terutama di telapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot – otot ekstremitas)

e. Gangguan integumen

Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning – kuning akibat penimbunan urokrom, gatal – gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.

f. Gangguan endokrin

Gangguan seksual : libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan amenore. Gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D.

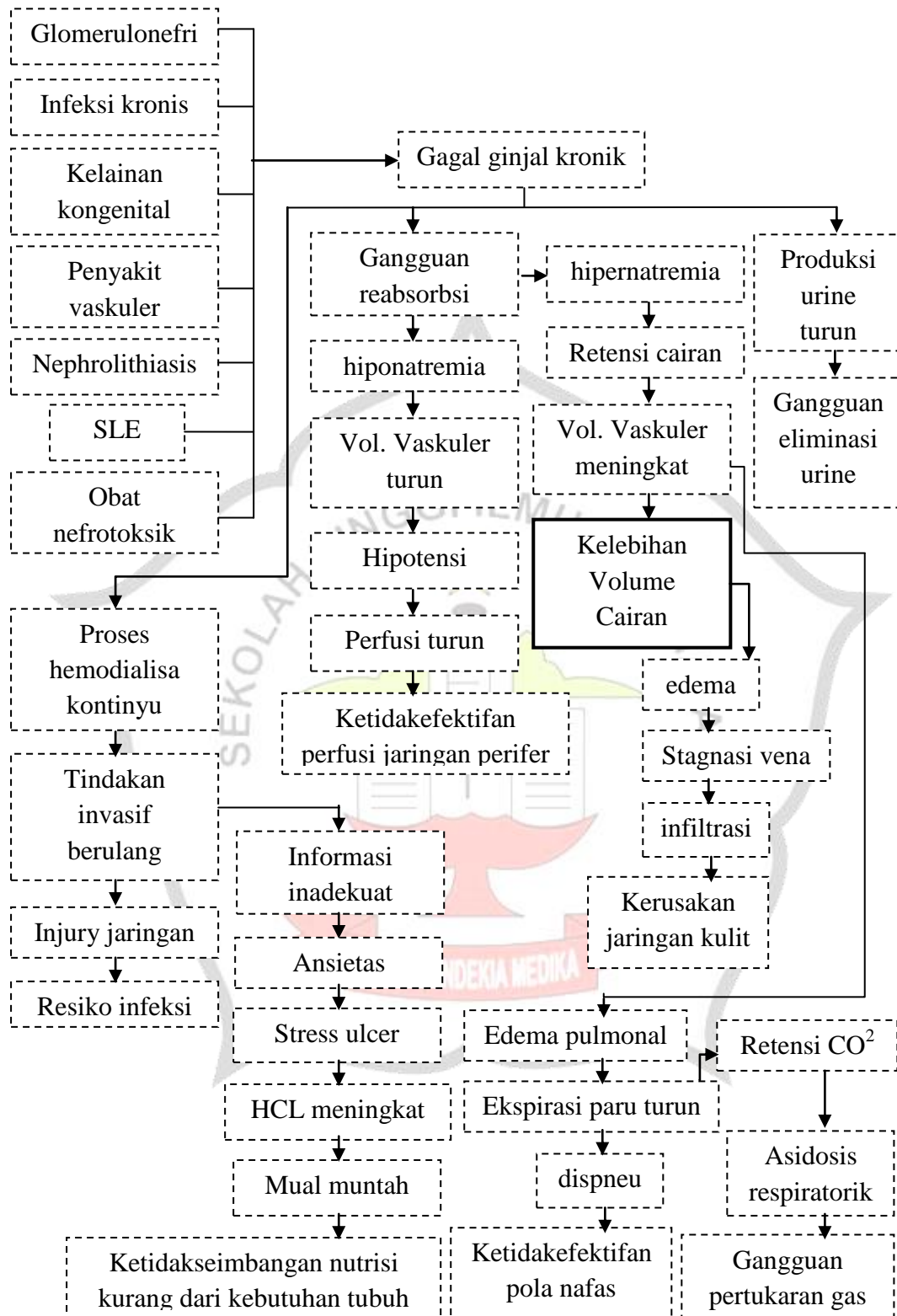
g. Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam basa

Biasanya terjadi retensi garam dan air, tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia.

h. Sistem hematologi

Anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritopoetin, sehingga rangsangan eritopoesis pada sum – sum tulang berkurang, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopenia.

2.1.5 WOC



Gambar 2.1 : Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik (Mandara, 2008)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada klien gagal ginjal kronik adalah :

1. Pemeriksaan Laboratorium

a. Laboratorium darah :

BUN, Kreatinin, elektrolit (Na, K, Ca, Phospat), Hematologi (Hb, trombosit, Ht, Leukosit), protein, antibody (kehilangan protein dan immunoglobulin)

b. Pemeriksaan Urin

Warna, PH, BJ, kekeruhan, volume, glukosa, protein, sedimen, SDM, keton, SDP, TKK/CCT

2. Pemeriksaan EKG

Untuk melihat adanya hipertropi ventrikel kiri, tanda perikarditis, aritmia, dan gangguan elektrolit (hiperkalemi, hipokalsemia).

3. Pemeriksaan USG

Menilai besar dan bentuk ginjal, tebal korteks ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi system pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih serta prostate.

4. Pemeriksaan Radiologi

Renogram, *Intravenous Pyelography*, *Retrograde Pyelography*, *Renal Aretriografi dan Venografi*, *CT Scan*, *MRI*, *Renal Biopsi*, pemeriksaan rontgen dada, pemeriksaan rontgen tulang, foto polos abdomen.

2.1.7 Penatalaksanaan

Mengingat fungsi ginjal yang rusak sangat sulit untuk dilakukan pengembalian, maka tujuan dari penatalaksanaan klien gagal ginjal kronik

adalah untuk mengoptimalkan fungsi ginjal yang ada dan mempertahankan keseimbangan secara maksimal untuk memperpanjang harapan hidup klien. Oleh karena itu, beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan penatalaksanaan pada klien gagal ginjal kronik diantaranya :

1. Diet rendah uremi
2. Obat – obatan anti hipertensi, suplemen besi, agen pengikat fosfat, suplemen kalsium, furosemid.
3. Tata laksana dialisis / transplantasi ginjal, untuk membantu mengoptimalkan fungsi ginjal.

(Smeltzer & Bare, 2001)

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi yang mungkin timbul akibat gagal ginjal kronis antara lain :

1. Hiperkalemia
2. Perikarditis
3. Hipertensi
4. Anemia
5. Penyakit tulang

(Smeltzer & Bare, 2001)

2.2 Konsep Dasar Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

2.2.1 Definisi

Kebutuhan cairan dan elektrolit adalah suatu proses dinamik karena metabolisme tubuh membutuhkan perubahan yang tetap untuk berespon terhadap stressor fisiologi dan lingkungan. Cairan dan elektrolit saling berhubungan, ketidakseimbangan yang berdiri sendiri jarang terjadi dalam

bentuk kelebihan dan kekurangan (Tarwoto & Wartonah, 2006). Kebutuhan cairan merupakan bagian dari kebutuhan dasar manusia secara fisiologis, yang memiliki proporsi besar dalam bagian tubuh, hampir 90% dari total berat badan. Sementara itu, sisanya merupakan bagian padat dari tubuh. Elektrolit terdapat pada seluruh cairan tubuh. Cairan tubuh mengandung oksigen, nutrien, dan sisa metabolisme, seperti karbondioksida, yang semuanya disebut dengan ion (Hidayat, 2006).

2.2.2 Volume Cairan Tubuh

Total jumlah volume cairan tubuh (*total body water*) kira-kira 60% dari berat badan pria dan 50% dari berat badan wanita. Jumlah volume ini tergantung pada kandungan lemak badan dan usia. Lemak jaringan sangat sedikit menyimpan cairan, lemak pada wanita lebih banyak dari pria sehingga jumlah volume cairan wanita lebih rendah dari pria. Usia juga berpengaruh terhadap jumlah volume cairan, semakin tua usia semakin sedikit kandungan airnya. Sebagai contoh, bayi baru lahir jumlah cairan tubuhnya 70-80% dari BB, usia 1 tahun 60% dari BB, usia pubertas sampai dengan usia 39 tahun untuk pria 60% dari BB dan wanita 52% dari BB, usia 40-60 tahun untuk pria 55% dari BB dan wanita 47% dari BB, sedangkan pada usia di atas 60 tahun untuk pria 52% dari BB dan wanita 46% dari BB (Tarwoto & Wartonah, 2006).

2.2.3 Distribusi Cairan Tubuh

Cairan tubuh didistribusikan di antara dua kompartemen yaitu pada intraseluler dan ekstraseluler. Cairan intraseluler kira-kira $\frac{2}{3}$ atau 40% dari BB, sedangkan cairan ekstraseluler 20% dari BB, cairan ini terdiri atas

plasma (cairan intravaskuler) 5%, cairan interstisial (cairan di sekitar tubuh seperti limfe) 10-15%, dan transeluler (misalnya, cairan serebrospinalis, sinovia, cairan dalam peritonium, cairan dalam rongga mata, dan lain-lain) 1-3% (Tarwoto & Wartonah, 2006).

2.2.4 Fungsi Cairan

Menurut Tarwoto & Wartonah (2006), fungsi cairan bagi tubuh adalah sebagai berikut :

- a. Mempertahankan panas tubuh dan pengaturan temperatur tubuh
- b. Transpor nutrien ke sel
- c. Transpor hasil sisa metabolisme
- d. Transpor hormon
- e. Pelumas antar-organ
- f. Mempertahankan tekanan hidrostatik dalam sistem kardiovaskuler

2.2.5 Keseimbangan Cairan

Keseimbangan cairan ditentukan oleh *intake* (masukan) cairan dan *output* (pengeluaran) cairan. Pemasukan cairan berasal dari minuman dan makanan. Kebutuhan cairan setiap hari antara 1.800-2.500 ml/hari. Sekitar 1.200 ml berasal dari minuman dan 1.000 ml dari makanan. Sedangkan pengeluaran cairan melalui ginjal dalam bentuk urine 1.200-1500 ml/hari, feses 100 ml, paru-paru 300-500 ml, dan kulit 600-800 ml (Tarwoto & Wartonah, 2006).

2.2.6 Pengaturan Keseimbangan Cairan

Menurut Hidayat (2006), pengaturan keseimbangan cairan dapat dilakukan melalui mekanisme tubuh. Mekanisme tubuh tersebut adalah sebagai berikut :

1. Rasa dahaga

Mekanisme rasa dahaga yang dialami setiap individu adalah sebagai berikut:

- a. Penurunan fungsi ginjal merangsang pelepasan renin, yang pada akhirnya menimbulkan produksi angiotensin II yang dapat merangsang hipotalamus untuk melepaskan substrat neural yang bertanggung jawab terhadap sensasi haus.
- b. Osmoreseptor di hipotalamus mendeteksi peningkatan tekanan osmotik dan mengaktifasi jaringan saraf yang dapat mengakibatkan sensasi rasa dahaga.

2. Anti-diuretik hormon (ADH)

ADH dibentuk di hipotalamus dan disimpan dalam neurohipofisis dari hipofisis posterior. Stimuli utama untuk sekresi ADH adalah peningkatan osmolaritas dan penurunan cairan ekstrasel. Hormon ini meningkatkan reabsorpsi air pada duktus koligenes, dengan demikian dapat menghemat air.

3. Aldosteron

Disekresi oleh kelenjar adrenal, bekerja pada tubulus ginjal untuk meningkatkan absorpsi natrium. Pelepasan aldosteron dirangsang oleh

perubahan konsentrasi kalium , natrium serum, dan sistem angiotensin renin serta sangat efektif dalam mengendalikan hiperkalemia.

2.2.7 Mekanisme Pergerakan Cairan dan Elektrolit

Cairan dan elektrolit dalam tubuh selalu bergerak di antara ketiga tempat cairan tersebut, yaitu intraseluler, interstitial, dan intravaskuler (Asmadi, 2008).

Menurut Tarwoto & Wartonah (2006), mekanisme pergerakan cairan tubuh melalui tiga proses, yaitu :

a. Difusi

Difusi merupakan proses perpindahan partikel cairan dari konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah sampai terjadi keseimbangan. Cairan dan elektrolit didifusikan menembus membran sel. Kecepatan difusi dipengaruhi oleh ukuran molekul, konsentrasi larutan, dan temperatur.

b. Osmosis

Osmosis merupakan bergeraknya pelarut bersih seperti air, melalui membran semipermeabel dari larutan yang berkonsentrasi lebih rendah ke konsentrasi yang lebih tinggi yang sifatnya menarik.

c. Transpor Aktif

Partikel bergerak dari konsentrasi rendah ke tinggi karena adanya daya aktif dari tubuh seperti pompa jantung.

2.2.8 Cara Pengeluaran Cairan

Menurut Tarwoto & Wartonah (2006), pengeluaran cairan terjadi melalui organ-organ seperti:

a. Ginjal

Ginjal merupakan pengatur utama keseimbangan cairan yang menerima 170 liter darah untuk disaring setiap hari. Hasil penyaringan ginjal tersebut dikeluarkan dalam bentuk urine. Produksi urine untuk semua usia 1 ml/kg/jam. Pada orang dewasa produksi urine sekitar 1500 ml/hari. Jumlah urine yang diproduksi oleh ginjal dipengaruhi oleh ADH dan aldosteron.

b. Kulit

Hilangnya cairan melalui kulit diatur oleh saraf simpatis yang merangsang aktivitas kelenjar keringat. Rangsangan kelenjar keringat dapat dihasilkan dari aktivitas otot, temperatur lingkungan yang meningkat, dan demam. Hilangnya cairan melalui kulit disebut juga dengan *Isensible Water Loss* (IWL), yaitu sekitar 15-20 ml/24 jam.

c. Paru-paru

Paru-paru menghasilkan IWL sekitar 400 ml/hari. Meningkatnya cairan yang hilang sebagai respon terhadap perubahan kecepatan dan kedalaman napas akibat pergerakan atau demam.

d. Gastrointestinal

Dalam kondisi normal cairan yang hilang dari gastrointestinal (melalui feses) setiap hari sekitar 100-200 ml. Perhitungan IWL secara keseluruhan adalah 10-15 cc/kg BB/24 jam, dengan kenaikan 10% dari IWL pada setiap kenaikan suhu 1 derajat celsius.

2.2.9 Masalah Keseimbangan Cairan

Menurut Hidayat (2006), masalah keseimbangan cairan terdiri dari dua bagian yaitu:

1. Hipovolemik

Hipovolemik adalah suatu kondisi akibat kekurangan volume cairan ekstraseluler (CES), dan dapat terjadi karena kehilangan cairan melalui kulit, ginjal, gastrointestinal, pendarahan sehingga menimbulkan syok hipovolemik. Mekanisme kompensasi pada hipovolemik adalah peningkatan rangsangan saraf simpatis (peningkatan frekuensi jantung, kontraksi jantung, dan tekanan vaskuler), rasa haus, pelepasan hormon ADH dan aldosteron. Hipovolemik yang berlangsung lama dapat menimbulkan gagal ginjal akut. Gejala: pusing, lemah, letih, anoreksia, mual muntah, rasa haus, gangguan mental, konstipasi dan oliguri, penurunan tekanan darah, HR meningkat, suhu meningkat, turgor kulit menurun, lidah kering dan kasar, mukosa mulut kering. Tanda-tanda penurunan berat badan akut, mata cekung, pengosongan vena jugularis. Pada bayi dan anak-anak adanya penurunan jumlah air mata. Pada pasien syok tampak pucat, HR cepat dan halus, hipotensi, dan oliguri.

2. Hipervolemik

Hipervolemik adalah penambahan/kelebihan volume CES, dapat terjadi pada saat stimulasi kronis ginjal untuk menahan natrium dan air, fungsi ginjal abnormal dengan penurunan ekskresi natrium dan air, kelebihan pemberian cairan, dan perpindahan cairan dari interstisial ke plasma. Gejala yang mungkin terjadi adalah sesak napas, peningkatan dan

penurunan tekanan darah, nadi kuat, asites, edema, adanya ronchi, kulit lembab, distensi vena leher, dan irama gallop.

2.2.10 Faktor yang Mempengaruhi Keseimbangan Cairan dan Elektrolit

Menurut Tarwoto & Wartonah (2006), faktor-faktor yang mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit adalah sebagai berikut:

a. Usia

Variasi usia berkaitan dengan luas permukaan tubuh, metabolisme yang diperlukan, dan berat badan.

b. Temperatur Lingkungan

Panas yang berlebihan menyebabkan berkeringat. Seseorang dapat kehilangan NaCl melalui keringat sebanyak 15-30 g/hari

c. Diet

Pada saat tubuh kekurangan nutrisi, tubuh akan memecah cadangan energi, proses ini menimbulkan pergerakan cairan dari interstisial ke intraseluler.

d. Stres

Stres dapat menimbulkan peningkatan metabolisme sel, konsentrasi darah dan glikolisis otot, mekanisme ini dapat menimbulkan retensi sodium dan air. Proses ini dapat meningkatkan produksi ADH dan menurunkan produksi urine.

e. Sakit

Keadaan pembedahan, trauma jaringan, kelainan ginjal dan jantung, gangguan hormon akan mengganggu keseimbangan cairan.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian pada klien gagal ginjal kronik bertujuan untuk mempertahankan keseimbangan dalam tubuh. Berikut ini adalah pengkajian keperawatan pada klien gagal ginjal kronik :

1. Biodata

Tidak ada spesifikasi khusus untuk kejadian gagal ginjal kronik. Laki – laki sering memiliki risiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat.

2. Keluhan utama

Keluhan utama yang didapat biasanya bervariasi, mulai dari pengeluaran urine sedikit, tidak dapat BAK, gelisah sampai penurunan kesadaran, tidak selera makan, mual muntah, rasa lelah, dan gatal pada kulit.

3. Riwayat penyakit sekarang

Kaji penurunan pengeluaran urine, penurunan kesadaran, perubahan pola nafas, kelemahan fisik, adanya perubahan kulit, adanya nafas berbau amonia, dan perubahan pemenuhan nutrisi.

4. Riwayat kesehatan dahulu

Kaji adanya riwayat gagal ginjal akut, infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat – obat nefrotoksik, penyakit diabetes melitus, penyakit hipertensi dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

5. Psikososial

Adanya perubahan fungsi struktur tubuh dan adanya tindakan dialisis akan menyebabkan klien mengalami gangguan pada gambaran diri. Lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan klien mengalami kecemasan.

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum dan TTV

Keadaan umum klien biasanya lemah dan terlihat sakit berat, tingkat kesadaran menurun. Pada TTV sering didapatkan adanya perubahan pola pernafasan meningkat, tekanan darah terjadi perubahan dari hipertensi ringan sampai berat.

2. Sistem Pernafasan (*Braething*) B1

Klien bernafas dengan bau urine sering didapat pada fase ini. Pola nafas cepat dan dalam merupakan upaya untuk melakukan pembuangan karbondioksida yang menumpuk di sirkulasi.

3. Sistem Kardiovaskuler (*Blood*) B2

Didapat tanda dan gejala gagal jantung kongestif. Tekanan darah meningkat, akral dingin, CRT > 3 detik, palpitasi, nyeri dada dan sesak nafas. Gangguan irama jantung, edema penurunan perfusi perifer sekunder dari penurunan curah jantung akibat hiperkalemi. Pada hematologi sering didapat adanya anemia. Anemia sebagai akibat dari penurunan produksi eritropoetin.

4. Sistem Persarafan (*Brain*) B3

Didapatkan penurunan tingkat kesadaran, difungsi serebral, seperti perubahan proses pikir dan disorientasi. Klien sering didapatkan adanya kejang, kram otot, dan nyeri otot.

5. Sistem Perkemihan (*Bladder*) B4

Penurunan pengeluaran urine < 400 ml/hari, sampai anuri, terjadi penurunan libido berat.

6. Sistem Pencernaan (*Bowel*) B5

Didapatkan adanya mual dan muntah, anoreksia, bau mulut amonia, peradangan mukosa mulut, dan ulkus saluran cerna sehingga sering didapatkan penurunan intake nutrisi dari kebutuhan.

7. Sistem Muskuloskeletal (*Bone*) B6

Didapatkan adanya nyeri panggul, sakit kepala, kram otot, nyeri kaki. Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum dari anemia.

2.3.3 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

a. Laboratorium darah :

BUN, Kreatinin, elektrolit (Na, K, Ca, Phospat), Hematologi (Hb, trombosit, Ht, Leukosit), protein, antibody (kehilangan protein dan immunoglobulin)

b. Pemeriksaan Urin

Warna, PH, BJ, kekeruhan, volume, glukosa, protein, sedimen, SDM, keton.

2. Pemeriksaan EKG

Untuk melihat adanya hipertropi ventrikel kiri, tanda perikarditis, aritmia, dan gangguan elektrolit (hiperkalemi, hipokalsemia).

3. Pemeriksaan USG

Menilai besar dan bentuk ginjal, tebal korteks ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi kandung kemih serta prostate.

4. Pemeriksaan Radiologi

Renogram, Intravenous Pyelography, Retrograde Pyelography, Renal Aretriografi dan Venografi, CT Scan, MRI, Renal Biopsi, pemeriksaan rontgen dada, pemeriksaan rontgen tulang, foto polos abdomen.

2.3.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada klien dengan gagal ginjal kronik salah satunya adalah (NANDA 2015) :

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan haluaran urine, diet berlebih dan retensi cairan serta natrium.

2.3.5 Intervensi

Tabel 2.3 : Diagnosa dan Intervensi (NANDA, 2015), (NOC, NIC, 2013)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Kelebihan volume cairan	NOC	NIC
Definisi : Peningkatan retensi cairan isotonik.	1. Keseimbangan cairan	Manajemen Cairan
Batasan karakteristik :	Kriteria hasil :	1. Jaga intake / asupan dan catat <i>output</i> klien
1. Adanya bunyi jantung S3	1. Terbebas dari edema, efusi, dan anasarka	2. Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan
2. Anasarka	2. Bunyi nafas bersih, tidak ada dispnea / ortopnea	3. Monitor tanda – tanda vital
3. Ansietas	3. Terbebas dari distensi vena jugularis	4. Monitor indikasi kelebihan cairan
4. Asupan melebihi haluaran	4. Memelihara tanda –	
5. Azotemia		
6. Bunyi napas tambahan		

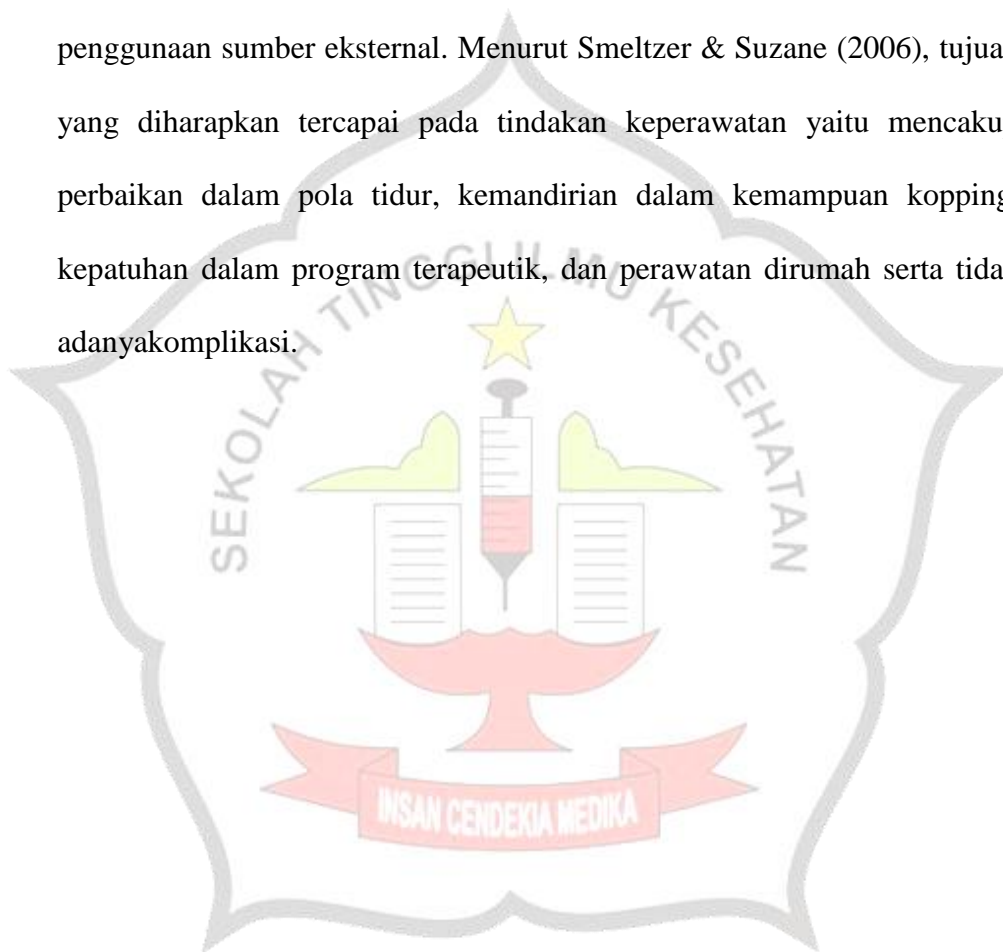
7. Dispnea	tanda vital dalam batas	(edema, asites)
8. Dispnea nokturnal paroksismal	nornal	5. Berikan terapi intra vena seperti yang telah ditentukan
9. Distensi vena jugularis	5. Terbebas dari kelelahan, kecemasan	6. Berikan diuretik yang di resepkan
10. Edema		7. Berikan cairan dengan tepat
11. Efusi pleura		8. Pasang urine kateter
12. Gangguan pola napas		
13. Gangguan tekanan darah		
14. Gelisah		
15. Hepatomegali		
16. Ketidakseimbangan elektrolit		
17. Kongesti pulmonal		
18. Oliguria		
19. Ortopnea		
20. Penambahan berat badan dalam waktu sangat singkat		
21. Penurunan hematokrit		
22. Penurunan hemoglobin		
23. Perubahan berat jenis urine		
24. Perubahan tekanan arteri pulmonal		
25. Reflek hepatojugular positif		
Faktor factor yang berhubungan :		
1. Gangguan mekanisme regulasi		
2. Kelebihan asupan cairan		
3. Kelebihan asupan natrium		

2.3.6 Implementasi

Menurut Potter & Perry (2005) implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan. Implementasi menuangkan rencana asuhan kedalam tindakan. Setelah intervensi dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan tindakan keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan dokter.

2.3.7 Evaluasi

Menurut Potter & Perry (2005) langkah evaluasi dari proses keperawatan yaitu dengan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Data dikumpulkan dengan dasar berkelanjutan untuk mengukur perubahan dalam fungsi, dalam kehidupan sehari-hari, dan dalam ketersediaan atau penggunaan sumber eksternal. Menurut Smeltzer & Suzane (2006), tujuan yang diharapkan tercapai pada tindakan keperawatan yaitu mencakup perbaikan dalam pola tidur, kemandirian dalam kemampuan kopping, kepatuhan dalam program terapeutik, dan perawatan di rumah serta tidak adanyakomplikasi.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian menggunakan metode studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif. Sangat penting untuk mengetahui variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian. Rancangan suatu studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara terperinci. Keuntungan yang paling besar dari rancangan ini adalah pengkajian secara terperinci meskipun jumlah respondenya sedikit, sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subjek secara jelas (Nursalam, 2015).

Penelitian ini adalah penelitian untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan di RSUD Jombang.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam kasus ini adalah Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan di RSUD Jombang, maka penyusun studi kasus harus menjabarkan tentang konsep Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan. Batasan istilah disusun secara naratif dan apabila diperlukan, ditambahkan informasi kualitatif sebagai ciri dari batasan yang dibuat oleh penulis.

3.3 Partisipan

Partisipan pada kasus ini adalah 2 klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan.

Dengan kriteria subjek:

1. Klien gagal ginjal kronik dengan keadaan sadar
2. Klien yang kooperatif
3. Klien mengalami Kelebihan Volume Cairan

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Lokasi studi kasus ini rencananya akan dilaksanakan di RSUD Jombang Jalan KH. Wahid Hasyim No. 52 Kepanjen, Kec. Jombang, Kab. Jombang, Provinsi Jawa Timur.

3.4.2 Waktu Penelitian

Waktu ditetapkan yaitu sejak pertama klien MRS sampai klien pulang, atau klien yang di rawat minimal 3 hari. Jika selama 3 hari klien sudah pulang, maka perlu penggantian klien lainnya yang mempunyai kasus sama.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah pengumpul data bergantung rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. Selama proses pengumpulan data, peneliti memfokuskan pada penyediaan subjek, melatih tenaga pengumpul data (jika diperlukan), memperhatikan prinsip-prinsip validitas

dan rehabilitas, serta menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi agar data dapat terkumpul sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015).

1. Wawancara

Wawancara merupakan cara mengumpulkan informasi dari klien. Wawancara ini juga dapat disebut sebagai riwayat keperawatan. Jika wawancara tidak dilakukan ketika klien masuk keperawatan fasilitas kesehatan, wawancara ini dapat disebut sebagai wawancara saat masuk. Ketika seorang dokter mengumpulkan informasi ini maka disebut sebagai riwayat medis. Pada beberapa area, perawat terdaftar mengkaji riwayat keperawatan, dengan dibantu oleh mahasiswa keperawatan. Mengkaji data dan bekerja sama dengan tim untuk memformulasi diagnosis keperawatan dan merencanakan asuhan.

Setiap fasilitas memiliki format kesehatannya sendiri untuk dilengkapi bersama dengan klien dan tim kesehatan lainnya. Format dapat disusun menurut kebutuhan khusus pasien atau sesuai dengan sistem tubuh. Asuhan jangka panjang, layanan kesehatan dirumah dapat menggunakan format sesuai dengan kebutuhan khusus klien. Menggunakan wawancara dan mendokumentasikan informasi kedalam catatan perkembangan keperawatan.

Selama wawancara berlangsung perawat dapat memandu percakapan dengan pertanyaan langsung. Untuk lebih efektif dan efisiensi yang maksimal, dapat direncanakan wawancara sebelum bertemu klien.

Memberitahu klien bahwa tujuan wawancara adalah untuk merencanakan asuhan yang efektif yang akan memenuhi kebutuhan klien.

Ketika mengumpulkan informasi, semua metode komunikasi harus dilakukan. Pengumpulan data dan pengkajian adalah pertanyaan terbuka, pertanyaan terperinci, ketrampilan observasi dan taktil. Klien memiliki hak untuk menolak menjawab pertanyaan yang menurut mereka terlalu pribadi. Pada beberapa kasus, mungkin perlu dibicarakan dengan anggota keluarga karena kebanyakan dari pasien biasanya bingung untuk berespon. Harus melindungi kerahasiaan pasien, jangan pernah mengungkapkan informasi yang sebelumnya tidak diketahui anggota keluarga tanpa persetujuan dari klien sendiri.

Komponen riwayat keperawatan, riwayat kesehatan yang lengkap dapat membantu untuk mengembangkan rencana asuhan yang efektif untuk klien (Caroline dkk, 2014)

2. Observasi

Observasi adalah perangkat pengkajian yang berstandar pada penggunaan lima indra (penglihatan, sentuhan, pendengaran, penciuman, dan pengecap) untuk mencari informasi mengenai klien (Caroline dkk, 2014)

a. Observasi visual

Penglihatan memberi banyak petunjuk yang harus diproses secara terus menerus ketika mengkaji klien. Beberapa contoh yang harus dipertimbangkan adalah gerakan tubuh, penampilan umum, tata krama, ekspresi wajah, gaya berpakaian, komunikasi nonverbal,

tampilan serta kebersihan. Untuk mengumpulkan data subjektif, seperti ketika memperhatikan ekspresi wajah dan bahasa tubuh klien. Observasi visual juga dapat mengumpulkan data objektif.

b. Observasi taktil

Sensasi sentuhan memberi informasi penting mengenai klien. Misalnya sentuhan atau palpasi.

c. Observasi Auditori

Mendengarkan klien dan keluarga secara aktif ketika sedang berinteraksi dengan perawat dan tim kesehatan lain. Perawat juga dapat mengumpulkan data dengan cara auskultasi.

d. Observasi Olfaktori atau Gustatori

Indra penciuman mengidentifikasi bau yang mungkin spesifik dengan kondisi atau status kesehatan klien. Observasi olfaktorius mencakup mencatat bau badan, nafas yang buruk atau asidosis metabolik.

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah sarana yang digunakan oleh penyedia layanan kesehatan yang membedakan struktur dan fungsi tubuh yang normal dan abnormal. pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan lima cara yaitu observasi, inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Hal itu dilakukan untuk menunjang dan memperoleh data objektif.

4. Studi dokumentasi

Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode studi dokumentasi. Peneliti mengumpulkan data dengan cara mengambil data

yang berasal dari dokumen asli. Dokumen asli tersebut dapat berupa gambar, tabel atau daftar periksa, hasil laboratorium, status pasien dan lembar observasi yang dibuat.

3.6 Uji Keabsahan Data

Menurut Saryono dan Anggraeni (2010) dalam penelitian kualitatif ada 4 cara untuk mencapai keabsahan data, yaitu: *kreadibility* (kepercayaan); *dependility* (ketergantungan); *konfermability* (kepastian). Dalam penelitian kualitatif ini memakai 3 macam antara lain :

1. Kepercayaan (*kreadibility*)

Kreadibilitas data dimaksudkan untuk membuktikan data yang berhasil dikumpulakn sesuai dengan sebenarnya. Ada beberapa kegiatan yang dilakukan untuk mencapai kreadibilitas ialah:

- a. Memperpanjang cara observasi agar cukup waktu untuk mengenal respondens, lingkungan, kegiatan serta peristiwa-peristiwa yang terjadi. Hal ini sekaligus untuk mengecek informasi, guna untuk dapat diterima sebagai orang dalam.
- b. Pengamatan terus-menerus, agar penelitian dapat melihat sesuatu secara cermat, terinci dan mendalam sehingga dapat membedakan mana yang bermakna dan mana yang tidak bermakna.
- c. Triagulasi berupa pengumpulan data yang lebih dari satu sumber, yang menunjukkan informasi yang sama.
- d. *Peer debriefing* dengan cara membicarakan masalah penelitian dengan orang lain, dan tanya jawab dengan teman sejawat.

2. Ketergantungan (*dependility*)

Kriteria ini digunakan untuk menjaga kehati-hatian akan terjadinya kemungkinan kesalahan dalam mengumpulkan dan menginterpretasikan data sehingga data dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Kesalahan sering dilakukan oleh manusia itu sendiri terutama peneliti karena keterbatasan pengalaman, waktu, pengetahuan. Cara untuk menetapkan bahwa proses penelitian dapat dipertanggungjawabkan melalui audit dipendability oleh auditor independent oleh dosen pembimbing.

3. Kepastian (*konfermability*)

Kriteria ini digunakan untuk menilai hasil penelitian yang dilakukan dengan cara mengecek data dan informasi serta interpretasi hasil penelitian yang didukung oleh materi yang ada pelacakan audit.

3.7 Analisa Data

Pengelolaan data analisa data penelitian (data mentah) harus diolah berdasarkan prinsip-prinsip pengolahan data secara profesional. Ketidakkuratan dalam pengelompokan analisa data akan berakibat kesimpulan hasil penelitian yang “bias” yang dapat membahayakan kesehatan masyarakat. Hasil dari pengelolaan dan analisa data tersebut terwujud dalam data penelitian yang terekam dalam berbagai bentuk (Notoatmodjo, 2010)

Dalam penelitian ini, penulis meneliti dua klien gagal ginjal kronik setelah 24 jam dengan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas. Dilakukan untuk mempercepat dalam pemulihan paska hemodialisis dan dapat mencegah komplikasi paska hemodialisis.

3.8 Etik Penelitian

Menurut Nursalam (2015) menyatakan bahwa secara umum prinsip etika dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai, hak-hak subjek, dan prinsip keadilan. Selanjutnya diuraikan sebagai berikut :

1. *Informed consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. Peneliti menjaga semua informasi yang diberikan oleh responden dan tidak menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan pribadi dan di luar kepentingan keilmuan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Penelitian di lakukan di RSUD Jombang JL. KH. Wahchid Hasyim No. 52 Jombang Ruang Paviliun Dahlia 1 (HCU), dengan kapasitas 12 tempat tidur dengan 2 dokter spesialis, 14 tenaga medis, dan 5 tenaga non medis.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 : Identiras klien

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. T	Tn. D
Umur	42 tahun	47 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMP
Pekerjaan	Wiraswasta	Petani
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Alamat	Mojowarno , Jombang	Megaluh, Jombang
Suku / bangsa	Jawa / WNI	Jawa / WNI
Tanggal MRS	24 – 03 – 2017	23 – 03 – 2017
Tanggal Pengkajian	27 – 03 – 2017	27 – 03 – 2017
Jam Masuk	17:43:56 WIB	11:40:50 WIB
No. RM	24 – 31 - XX	14 - 84 – XX
Diagnosa Masuk	Gagal Ginjal Kronik	Gagal Ginjal Kronik

Tabel 4.1 : Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Klien mengatakan badan terasa lemas, capek, sesak dan tangan terasa besar bengkak.	Klien mengatakan merasa lelah, mual, kaki terasa bengkak.
Riwayat Penyakit Sekarang	Klien mengatakan masuk rumah sakit melalui IGD pada 24 Maret 2017, dengan keluhan sesak, lemas, capek, terdapat edema pada ekstremitas atas. Klien masuk dan di rawat di ruang Paviliun Dahlia pada pukul 19.00 WIB	Klien mengatakan masuk rumah sakit melalui IGD pada 23 Maret 2017, dengan keluhan terasa lelah, mual, terdapat edema pada ekstremitas bawah. Klien masuk dan di rawat di ruang Paviliun Dahlia pada pukul 13.00 WIB

Riwayat Penyakit Dahulu	Klien mengatakan sebelumnya pernah masuk rumah sakit dengan keluhan sakit gagal ginjal kronik.	Klien mengatakan di keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit seperti hipertensi, diabetes , dan lain – lain.
Riwayat Penyakit Keluarga	Keluarga klien mengatakan jika anggota keluarga dari bapak ibu tidak mempunyai riwayat penyakit seperti klien.	Keluarga klien mengatakan jika anggota keluarga dari bapak ibu tidak mempunyai riwayat penyakit seperti klien.
Riwayat Psikososial	Respon klien terhadap penyakitnya : Klien beranggapan bahwa penyakitnya sekarang ini adalah akibat dari pola kebiasaan klien yang sering mengonsumsi suplemen dan multivitamin. Pengaruh penyakit terhadap perannya dikeluarga dan masyarakat : Klien hanya bisa berbaring di tempat tidur dan melakukan kegiatan di bantu oleh istrinya , klien tidak bisa berkumpul dengan semua keluarganya dan masyarakat	Respon klien terhadap penyakitnya : Klien beranggapan bahwa penyakitnya sekarang ini adalah cobaan dari Tuhan. Pengaruh penyakit terhadap perannya dikeluarga dan masyarakat : Klien hanya bisa berbaring di tempat tidur dan melakukan kegiatan di bantu oleh istrinya , klien tidak bisa melakukan pekerjaan sebagai petani dan juga tidak bisa berkumpul dengan semua keluarganya dan masyarakat
Riwayat Spiritual	Klien walaupun sedang sakit selalu beriktihar lahir batin akan kesembuhannya, klien jarang melakukan ibadah, klien selalu berdoa dan menyesali kebiasaan pola hidup yang kurang baik.	Klien tetap bersyukur dengan keadaannya saat ini walaupun sedang sakit selalu berdoa untuk kesembuhannya,

Tabel 4.1 : Pola Kesehatan (Pendekatan Gordon / Pendekatan Sistem)

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola Manajemen kesehatan	Klien mengatakan saat hanya sakit ringan klien biasanya hanya memeriksakannya ke tenaga medis sekitar atau ke puskesmas, berhubung penyakitnya sekarang kronik dan perlu perawatan lebih lanjut maka klien berobat ke RSUD Jombang	Klien mengatakan saat hanya sakit ringan klien biasanya membeli obat di apotek jarang untuk memeriksakannya. Berhubung sekarang klien menderita penyakit kronik dan perlu perawatan yang lebih, klien mau berobat ke RSUD Jombang
Pola Nutrisi Di Rumah	Klien mengatakan selama di rumah selara makan baik, makan 3x/ hari dengan menu nasi, lauk pauk, sayuran, minum air putih kurang lebih 1500 ml/ hari.	Klien mengatakan selama di rumah selara makan baik, makan 3x/ hari dengan menu nasi, sayuran, minum air putih kurang lebih 2000 ml/ hari.
Di Rumah Sakit	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien mengatakan selara makan menurun, karena kondisi tubuh yang tidak nyaman, makan 3x/ hari dengan menu nasi dan lauk pauk kadang tidak habis, minum air putih kurang lebih 700ml/ hari minum dibatasi.	Klien mengatakan selama di rumah sakit nafsu makan klien tetap, makan 3x/ hari dengan nasi, lauk, sayur, hanya karena sakit, minum klien di batasi kurang lebih sekitar 650 ml / hari.
Pola Eliminasi Di Rumah	Klien mengatakan selama di rumah BAK kurang lebih sekitar 4x / hari (± 800 ml) warna kuning jernih, bau khas urine. BAB 1x / hari dengan konsistensi padat lunak.	Klien mengatakan selama di rumah BAK kurang lebih sekitar 4x / hari (± 1000 ml) warna kuning jernih, bau khas urine. BAB 1x / hari dengan konsistensi lunak
Di Rumah Sakit	Klien mengatakan selama di rumah sakit BAK melalui kateter 500 ml / 24 jam, warna kuning sedikit merah, bau khas urine. Selama di rumah sakit klien belum bisa BAB.	Klien mengatakan selama di rumah sakit BAK melalui kateter 550 ml / 24 jam, warna kuning, bau khas urine. Selama di rumah sakit klien belum BAB.
Pola Istirahat Tidur Di Rumah	Klien mengatakan selama di rumah istirahat tidur kurang lebih selama 7 – 8 jam / hari.	Klien mengatakan selama di rumah istirahat tidur kurang lebih selama 7 – 9 jam / hari.

Di Rumah Sakit	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien hanya bisa tidur 4 – 5 jam / hari, kadang kadang terbangun.	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien hanya bisa tidur 2 – 4 jam / hari, kadang kadang terbangun karena klien sulit tidur dengan orang banyak.
Pola Aktivitas Di Rumah	Klien mengatakan selama di rumah selalu melakukan kegiatan sehari – hari dengan mandiri.	Klien mengatakan selama di rumah selalu melakukan kegiatan sehari – hari dengan mandiri, setiap pagi dan sore selalu pergi ke sawah.
Di Rumah Sakit	Klien mengatakan selama di rumah sakit kegiatan klien sepenuhnya di bantu.	Klien mengatakan selama di rumah sakit kegiatan klien sepenuhnya di bantu.
Pola Reproduksi Seksual	Tn. T sudah menikah dan memiliki 1 anak.	Tn. D sudah menikah dan memiliki 3 anak.
Pola Penanggulangan Stress	Tn. T tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah selalu membicarakannya dengan keluarga untuk menentukan jalannya keluarnya.	Tn. D sedikit mengalami stress karena ia tidak bisa bekerja setiap hari, sementara ketiga anaknya masih sekolah, dan juga selalu memikirkan biaya pengobatan di rumah sakit.

Tabel 4.1 : Pemeriksaan Fisik (Pendekatan *head to toe* / Pendekatan Sistem)

Observasi	Klien 1	Klien 2
S	36,4°C	36°C
N	88 x / menit	81 x / menit
RR	23 x / menit	16 x / menit
TD	120 / 70 mmHg	110 / 70 mmHg
Kesadaran	<i>Composmentis</i>	<i>Composmentis</i>
GCS	4 – 5 – 6	4 – 5 – 6
Keadaan Umum	Lemah (+), sesak (+), mual muntah (-), edema (+) ekstremitas atas.	Lemah (+), sesak (-), mual muntah (+), edema (+) ekstremitas bawah.
Pemeriksaan Fisik 6B		
B1 (<i>Breathing</i>)	Inspeksi: bentuk dada simestris, pola napas cepat dalam, pergerakan dinding dada normal, ada tarikan otot bantu, RR: 23 x / menit. Terpasang O ² : 6 lpm Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan benjolan. Perkusi: sonor (paru kanan dan kiri normal). Auskultasi: suara normal (vesikuler).	Inspeksi: bentuk dada simestris, pola napas teratur, pergerakan dinding dada normal, tidak ada tarikan otot bantu, RR: 16 x / menit. Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan benjolan. Perkusi: sonor (paru kanan dan kiri normal). Auskultasi: suara normal (vesikuler).
B2 (<i>Blood</i>)	Inspeksi: konjungtiva merah muda, sklera putih. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, CRT > 2 detik. Perkusi : suara perkusi jantung pekak. Auskultasi: suara irama jantung reguler, TD: 120 / 70 mmHg, N: 88 x / menit.	Inspeksi: konjungtiva merah muda, sklera putih. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, CRT > 2 detik. Perkusi : suara perkusi jantung pekak. Auskultasi: suara irama jantung reguler, TD: 110 / 70 mmHg, N: 81 x / menit.
B3 (<i>Brain</i>)	Inspeksi : Kesadaran <i>Composmentis</i> , GCS : 4 5 6, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada gangguan pendengaran. Pusing (-).	Inspeksi : Kesadaran <i>Composmentis</i> , GCS : 4 5 6, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada gangguan pendengaran. Pusing (-).
B4 (<i>Bladder</i>)	Inspeksi: tidak ada lesi, terpasang catheter, produksi urine 500 ml / 24 jam Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan pada kandung kemih, tidak ada	Inspeksi: tidak ada lesi, terpasang catheter, produksi urine 550 ml / 24 jam. Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan pada kandung kemih, tidak ada

	pembesaran kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada ginjal.	pembesaran kandung kemih, sedikit ada nyeri tekan pada ginjal.								
B5 (<i>Bowel</i> dan reproduksi)	Inspeksi: mukosa bibir kering, tidak terpasang NGT, tidak muntah, tidak ada nyeri telan, bentuk abdomen simetris, Berat badan 62 kg. Palpasi: tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi:Suara timpani. Auskultasi: bising usus 12x/menit.	Inspeksi: mukosa bibir kering, tidak terpasang NGT, tidak muntah tetapi mual, tidak ada nyeri telan, bentuk abdomen simetris, berat badan 68 kg. Palpasi: tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi:Suara timpani. Auskultasi: bising usus 12x/menit.								
B6 (<i>Bone, muskuloskeletal</i>)	Inspeksi : Edema pada ekstermitas atas sebelah kanan dan kiri, pitting edema > 4 detik, pergerakan sendi bebas, kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> </table> Palpasi: kulit lembab, akril dingin, turgor kulit kurang	5	5	5	5	Inspeksi : Edema pada ekstermitas bawah sebelah kanan dan kiri, pitting edema > 4 detik pergerakan sendi bebas, kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> </table> Palpasi: kulit lembab, akril dingin, turgor kulit kurang	5	5	5	5
5	5									
5	5									
5	5									
5	5									
Data Psikospiritual	Klien aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada didalam lingkungannya. Klien beragama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaitu beribadah.	Klien aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada didalam lingkungannya. Klien beragama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaitu beribadah.								

Tabel 4.1 : Pemeriksaan Diagnostik, dan Terapi

Pemeriksaan Diagnostik Tn. T		Pemeriksaan Diagnostik Tn. D		
1. Laboratorium : terlampir		1. Laboratorium : terlampir		
2. GDA : Tgl. 25/3/2017 (127 g / dL)		2. GDA : Tgl. 25/3/2017 (117 g / dL)		
3. Periksaan laboratorium : Tgl. 25/3/2017		3. Periksaan laboratorium : Tgl. 25/3/2017		
Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal	
	Klien 1	Klien 2		
Hematologi				
Darah lengkap				
- Hemoglobin	13, 1	15,9	11, 4 - 17, 7 g/dl	
- Lekosit	14. 400	15. 600	4.700-10.300/cmm	
- Hematokrit	36, 1	46, 4	37 – 48 %	
- Eritrosit	4.480	5.170	L : 4.5-5,5 P : 4-5	
- Trombosit	470.000	306.000	150.000 –	
- Hitung jenis			350.000/cmm.	
• Eosinofil	-	-	1 – 3 %	
• Basofil	-	-	-	
• Batang	-	-	3 -5 %	
• Segmen	52	62	50 – 65 %	
• Limfosit	30	24	25 – 35 %	
• Monosit	12	4	4 – 10 %	
Kimia klinik				
- Cl	99	97	96 – 100 meq/l	
- Natrium	148	149	136 – 144 meq/l	
- Kalium	3,23	4, 23	3, 80 – 5, 50 meq/l	
- Glukosa darah sewaktu	127	117	< 200 mg/dl	
- SGOT	21	27	< 38 u/l	
- SGPT	20	24	< 40 u/l	
- Kreatinin serum	6, 24	4,42	L < 1,5 P < 1,2 mg/dl	
- Urea	80, 5	74, 1	10 – 50 mg/dl	
P Kimia klinik				
- Glukosa darah puasa	102	77	70 – 110 mg/dl	
- Glukosa 2 jpp	223	98	< 126 mg/dl	
- Kolesterol total	143	245	< 200 mg/dl	
- HDL kolesterol	36	46	L > 35 P : 45	
- LDL kolestrol	81	179	< 160 mg/dl	
- Trigliserida	129	89	< 200 mg/dl	
- Asam urat	7, 39	6, 93	3, 6 – 7, 0 mg/dl	
Terapi				
	Klien 1		Klien 2	
Infus NaCl 0,9 %	500 / 24 jam	Infus NaCl 0,9 %	500 / 24 jam	
Injeksi Lasix	3 x 40 mg	Injeksi Lasix	3 x 40 mg	
Injeksi Ranitidin	3 x 50 mg	Injeksi Ranitidin	3 x 50 mg	
P/o Asam Folat	2 x 1 tablet	P/o Asam Folat	2 x 1 tablet	

Tabel 4.1 : Penghitungan *Balance Cairan*

Hari	Klien 1		Klien 2	
Hari ke - 1	Input Cairan		Input Cairan	
	Cairan infus	500 cc	Cairan infus	500 cc
	Obat injeksi	30 cc	Obat injeksi	30 cc
	Asupan Makan, Minum	700 cc	Asupan Makan, Minum	650 cc
	Total	1230 cc	Total	1180 cc
Hari ke - 1	Output Cairan		Output Cairan	
	Urine	500 cc	Urine	550 cc
	IWL	38,75 cc	IWL	42,5 cc
	Total	538,75 cc	Total	592,5 cc
	<i>Balance cairan = 1230 cc - 538,75 cc</i>		<i>Balance cairan = 1180 cc - 592,5 cc</i>	
<i>= + 691,25 cc</i>		<i>= + 587,5 cc</i>		
Hari ke - 2	Input Cairan		Input Cairan	
	Cairan infus	500 cc	Cairan infus	500 cc
	Obat injeksi	30 cc	Obat injeksi	30 cc
	Asupan Makan, Minum	600 cc	Asupan Makan, Minum	600 cc
	Total	1130 cc	Total	1130 cc
Hari ke - 2	Output Cairan		Output Cairan	
	Urine	550 cc	Urine	600 cc
	IWL	38,75 cc	IWL	42,5 cc
	Total	588,75 cc	Total	642,5 cc
	<i>Balance cairan = 1130 cc - 588,75 cc</i>		<i>Balance cairan = 1130 cc - 642,5 cc</i>	
<i>= + 541,25 cc</i>		<i>= + 487,5 cc</i>		
Hari ke - 3	Input Cairan		Input Cairan	
	Cairan infus	500 cc	Cairan infus	500 cc
	Obat injeksi	30 cc	Obat injeksi	30 cc
	Asupan Makan, Minum	550 cc	Asupan Makan, Minum	550 cc
	Total	1080 cc	Total	1080 cc
Hari ke - 3	Output Cairan		Output Cairan	
	Urine	550 cc	Urine	650 cc
	IWL	38,75 cc	IWL	42,5 cc
	Total	588,75 cc	Total	692,5 cc
	<i>Balance cairan = 1080 cc - 588,75 cc</i>		<i>Balance cairan = 1080 cc - 692,5 cc</i>	
<i>= + 491,25 cc</i>		<i>= + 387,5 cc</i>		

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.1 : Analisa Data Klien 1, dan Klien 2

	Data	Etiologi	Masalah
Klien 1	Data Subjektif : Klien mengatakan badan terasa lemas, capek, sesak dan tangan terasa besar bengkak. Data Objektif : - Keadaan Umum : lemah - Kesadaran: <i>composmentis</i> - GCS : 4 5 6 - S : 36,4 °C - N : 88 x / menit - RR : 23 x / menit - TD : 120 / 70 mmHg - Klien tampak lemah, sesak, turgor kulit kurang, terdapat edema pada ekstremitas atas. - Pitting edema > 4 detik - CRT > 2 detik - Terpasang O ² nasal 6 lpm - Terpasang kateter, produksi urine 500 cc - Balance Cairan: +691,25cc	Gagal Ginjak Kronik ↓ Gangguan Rearbsorpsi ↓ Retensi Cairan, Natrium ↓ Hipernatremia ↓ Kelebihan Volume Cairan	Kelebihan Volume Cairan
	Klien 2	Data Subjektif : Klien mengatakan merasa lelah, mual, kaki terasa bengkak. Data Objektif : - Keadaan Umum : lemah - Kesadaran : <i>composmentis</i> - GCS : 4 5 6 - S : 36 °C - N : 81 x / menit - RR : 16 x / menit - TD : 110 / 70 mmHg - Klien tampak lemah, turgor kulit kurang, terdapat edema pada ekstremitas bawah. - Pitting edema > 4 detik - CRT > 2 detik - Terpasang kateter, produksi urine 550 cc - Balance Cairan: +587,5cc	Gagal Ginjak Kronik ↓ Gangguan Rearbsorpsi ↓ Retensi Cairan, Natrium ↓ Hipernatremia ↓ Kelebihan Volume Cairan

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.1 : Diagnosa Keperawatan

	Data	Etiologi	Problem (Masalah)
Klien 1	<p>Data Subjektif : Klien mengatakan badan terasa lemas, capek, sesak dan tangan terasa besar bengkak.</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan Umum : lemah - Klien tampak lemah, sesak, turgor kulit kurang, terdapat edema pada ekstremitas atas. - Pitting edema > 4 detik - CRT > 2 detik - Terpasang kateter, produksi urine 500 cc - <i>Balance</i> Cairan:+691,25cc 	kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi cairan.	Kelebihan Volume Cairan.
Klien 2	<p>Data Subjektif : Klien mengatakan merasa lelah, mual, kaki terasa bengkak.</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah, turgor kulit kurang, terdapat edema pada ekstremitas bawah. - Pitting edema > 4 detik - CRT > 2 detik - Terpasang kateter, produksi urine 550 cc - <i>Balance</i> Cairan:+587,5cc 	kelebihan volume cairan berhubungan dengan retensi cairan.	Kelebihan Volume Cairan.

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.1 : Intervensi Keperawatan Klien 1, dan Klien 2

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Kelebihan volume cairan berhubungan dengan haluaran urine, diet berlebih dan retensi cairan serta natrium.	<p>NOC</p> <p>2. Keseimbangan cairan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terbebas dari edema, efusi, dan anasarka 2. Bunyi nafas bersih, tidak ada dispnea / ortopnea 3. Terbebas dari distensi vena jugularis 4. Memelihara tanda – tanda vital dalam batas normal 5. Terbebas dari kelelahan, kecemasan 	<p>NIC</p> <p>Manajemen Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Jaga intake / asupan dan catat <i>output</i> klien 10. Monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan 11. Monitor tanda – tanda vital 12. Monitor indikasi kelebihan cairan (edema, asites) 13. Berikan terapi intra vena seperti yang telah ditentukan 14. Berikan diuretik yang di resepkan 15. Berikan cairan dengan tepat 16. Pasang urine kateter

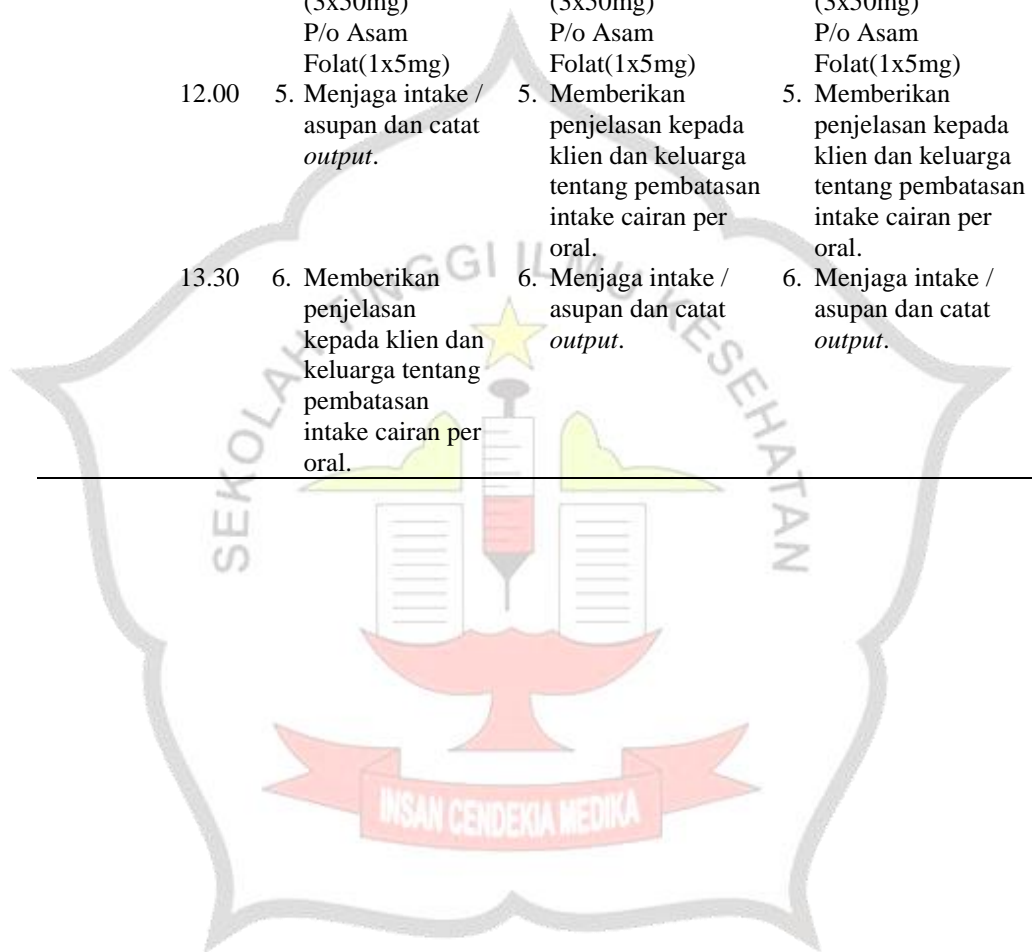


4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.1 : Implementasi Keperawatan

Klien	Waktu	Hari / Tanggal		
		Senin, 27-03-2017	Selasa, 28-03-2017	Rabu, 29-03-2017
Klien 1	08.30	1. Melakukan bina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien, untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik	1. Memonitor indikasi kelebihan cairan	1. Memonitor indikasi kelebihan cairan
	09.30	2. Memonitor indikasi kelebihan cairan.	2. Memonitor tanda – tanda vital dan meonitor hasil laboratorium	2. Memonitor tanda – tanda vital dan meonitor hasil laboratorium
	10.30	3. Memonitor tanda – tanda vital dan meonitor hasil laboratorium	3. Mengkaji tingkat edema klien.	3. Mengkaji tingkat edema klien.
	11.30	4. Melakukan kolaborasi pemberian terapi Injeksi Lasix(3x40mg) Injeksi Ranitidin (3x50mg) P/o Asam Folat(1x5mg)	4. Melakukan kolaborasi pemberian terapi Injeksi Lasix(3x40mg) Injeksi Ranitidin (3x50mg) P/o Asam Folat(1x5mg)	4. Melakukan kolaborasi pemberian terapi Injeksi Lasix(3x40mg) Injeksi Ranitidin (3x50mg) P/o Asam Folat(1x5mg)
	12.30	5. Menjaga intake / asupan dan catat <i>output</i> .	5. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang pembatasan intake cairan per oral.	5. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang pembatasan intake cairan per oral.
	13.00	6. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang pembatasan intake cairan per oral.	6. Menjaga intake / asupan dan catat <i>output</i> .	6. Menjaga intake / asupan dan catat <i>output</i> .
Klien 2	09.00	1. Melakukan bina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien, untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik	1. Memonitor indikasi kelebihan cairan	1. Memonitor indikasi kelebihan cairan
	10.20	2. Memonitor	2. Memonitor tanda –	2. Memonitor tanda –

	indikasi kelebihan cairan	tanda vital dan meonitor hasil laboratorium	tanda vital dan meonitor hasil laboratorium
11.00	3. Memonitor tanda – tanda vital dan meonitor hasil laboratorium	3. Mengkaji tingkat edema klien.	3. Mengkaji tingkat edema klien.
11.20	4. Melakukan kolaborasi pemberian terapi Injeksi Lasix(3x40mg) Injeksi Ranitidin (3x50mg) P/o Asam Folat(1x5mg)	4. Melakukan kolaborasi pemberian terapi Injeksi Lasix(3x40mg) Injeksi Ranitidin (3x50mg) P/o Asam Folat(1x5mg)	4. Melakukan kolaborasi pemberian terapi Injeksi Lasix(3x40mg) Injeksi Ranitidin (3x50mg) P/o Asam Folat(1x5mg)
12.00	5. Menjaga intake / asupan dan catat <i>output</i> .	5. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang pembatasan intake cairan per oral.	5. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang pembatasan intake cairan per oral.
13.30	6. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang pembatasan intake cairan per oral.	6. Menjaga intake / asupan dan catat <i>output</i> .	6. Menjaga intake / asupan dan catat <i>output</i> .



4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.1 : Evaluasi Keperawatan

Klien	Evaluasi		
	Hari ke-1 (27-03-2017)	Hari ke-2 (28-03-2017)	Hari ke-3 (29-03-2017)
Klien 1 (Tn.T)	<p>S: Klien mengatakan badan terasa lemas, capek, sesak dan tangan terasa besar bengkak.</p> <p>O: - Keadaan Umum : kurang - Kesadaran: <i>composmentis</i> - GCS : 4 5 6 - S : 36,4 °C - N : 88 x / menit - RR : 23 x / menit - TD : 120 / 70 mmHg - Klien tampak lemah, sesak, turgor kulit kurang, terdapat edema pada ekstremitas atas. - Pitting edema > 4 detik - CRT > 2 detik - Terpasang O² nasal 6 lpm - Terpasang kateter, produksi urine 500 cc - <i>Balance</i> Cairan:+691,25cc</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi (Nomor : 1, 3, 4, 5, 6, 7) Terapi : - Injeksi Lasix(3x40mg) - Injeksi Ranitidin (3x50mg) - P/o Asam Folat(1x5mg)</p>	<p>S: Klien mengatakan badannya sudah tidak terlalu lemas, tetapi masih sesak dan tangan bengkak.</p> <p>O: - Keadaan Umum : kurang - Kesadaran: <i>composmentis</i> - GCS : 4 5 6 - S : 36 °C - N : 79 x / menit - RR : 23 x / menit - TD : 130 / 70 mmHg - Klien tampak sudah tidak terlalu lemah, sesak, turgor kulit kurang, terdapat edema pada ekstremitas atas. - Pitting edema > 4 detik - CRT > 2 detik - Terpasang O² nasal 6 lpm - Terpasang kateter, produksi urine 550 cc - <i>Balance</i> Cairan:+541,25cc</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi (Nomor : 1, 3, 4, 5, 6, 7) Terapi : - Injeksi Lasix(3x40mg) - Injeksi Ranitidin (3x50mg) - P/o Asam Folat(1x5mg)</p>	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak lemas, sesak berkurang, tetapi tangan masih bengkak.</p> <p>O: - Keadaan Umum : cukup - Kesadaran: <i>composmentis</i> - GCS : 4 5 6 - S : 36,2 °C - N : 89 x / menit - RR : 18 x / menit - TD : 130 / 80 mmHg - Klien tampak sudah tidak lemah, sesak berkurang, turgor kulit kurang, terdapat edema pada ekstremitas atas. - Pitting edema > 4 detik - CRT > 2 detik - Terpasang O² nasal 6 lpm - Terpasang kateter, produksi urine 550 cc - <i>Balance</i> Cairan:+491,25cc</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Klien rencana untuk dilakukan tindakan <i>Hemodialisa</i>.</p>
Klien 2 (Tn.D)	<p>S: Klien mengatakan badan merasa lelah, mual, kaki terasa bengkak.</p>	<p>S: Klien mengatakan badan sudah tidak merasa lelah, tetapi masih sedikit mual, dan kaki masih bengkak.</p>	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak mual, dan rasa bengkak pada kakinya sedikit berkurang.</p>

<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Keadaan Umum : kurang. -Kesadaran : <i>composmentis</i> -GCS : 4 5 6 -S : 36 °C -N : 81 x / menit -RR : 16 x / menit -TD : 110 / 70 mmHg -Klien tampak lemah, turgor kulit kurang, terdapat edema pada ekstremitas bawah. -Pitting edema > 4 detik -CRT > 2 detik -Terpasang kateter, produksi urine 550 cc -Balance Cairan:+587,5cc <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi (Nomor : 1, 3, 4, 5, 6, 7) Terapi : - Injeksi Lasix(3x40mg) - Injeksi Ranitidin (3x50mg) - P/o Asam Folat(1x5mg)</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Keadaan Umum : kurang. -Kesadaran : <i>composmentis</i> -GCS : 4 5 6 -S : 36,4 °C -N : 80 x / menit -RR : 17 x / menit -TD : 120 / 70 mmHg -Klien tampak sudah tidak terlalu lemah, turgor kulit kurang, terdapat edema pada ekstremitas bawah. -Pitting edema > 4 detik -CRT > 2 detik -Terpasang kateter, produksi urine 600 cc -Balance Cairan:+387,5cc <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi (Nomor : 1, 3, 4, 5, 6, 7) Terapi : - Injeksi Lasix(3x40mg) - Injeksi Ranitidin (3x50mg) - P/o Asam Folat(1x5mg)</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Keadaan Umum : kurang. -Kesadaran : <i>composmentis</i> -GCS : 4 5 6 -S : 36,3 °C -N : 83 x / menit -RR : 15 x / menit -TD : 120 / 80 mmHg -Klien tampak lemah, turgor kulit kurang, edema pada ekstremitas bawah berkurang. -Pitting edema > 4 detik -CRT > 2 detik -Terpasang kateter, produksi urine 650 cc -Balance Cairan:+387,5cc <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi (Nomor : 1, 3, 4, 5, 6, 7) Terapi : - Injeksi Lasix(3x40mg) - Injeksi Ranitidin (3x50mg) - P/o Asam Folat(1x5mg)</p>
--	---	--

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil dari penelitian didapatkan hasil dari pengkajian ditemukan data sebagai berikut :

Berdasarkan data yang di dapatkan pada pengkajian, maka kedua klien mengalami keluhan yang berbeda, karena pada penderita Gagal Ginjal Kronik dapat mengalami gejala – gejala yang berbeda, seperti : Klien 1 terdapat sesak , sedangkan Klien 2 terdapat mual.

Menurut peneliti, adanya perbedaan keluhan yang muncul pada penderita Gagal ginjal kronik, pada keluhan sesak terjadi karena *volume* vaskular yang meningkat yang menyebabkan edema pada pulmonal sehingga terjadi sesak. Pada keluhan mual terjadi karena sekresi protein terganggu yang menyebabkan gangguan keseimbangan asam basa, sehingga asam lambung mengalami peningkatan dan terjadi iritasi lambung sehingga klien merasakan mual.

Menurut teori tentang gagal ginjal kronik, Suyono (2001) menyebutkan bahwa terdapat gangguan pada sistem kardiovaskuler, meliputi : Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, efusi perikardiak dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema. Gangguan pada pulmoner : Nafas dangkal, kussmaul, batuk dengan sputum kental. Gangguan pada gastrointestinal Anoreksia, mual, dan fomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau amonia.

4.2.2 Analisa Data

Berdasarkan analisa data ditemukan data pada klien 1 mengalami sesak dan terdapat edema pada ekstremitas atas, dan klien 2 tidak mengalami sesak, namun mengalami mual dan terdapat edema pada ekstremitas bawah.

Menurut peneliti adanya perbedaan pada analisa data yang muncul pada kedua klien, karena pada penyakit Gagal Ginjal kronik terdapat banyak tanda gejala yang dapat muncul pada sistem kardiovaskuler, sistem

pulmoner, sistem gastrointestinal, sistem muskuloskeletal, sistem integumen, dan juga sistem reproduksi.

Menurut teori Mandara (2008) keadaan sesak dapat terjadi karena adanya peningkatan volume vaskuler yang menyebabkan edema pulmonal sehingga ekspirasi paru menjadi turun dan penderita mengalami sesak, sedangkan edema yang terjadi pada kedua klien di sebabkan karena terjadi gangguan reabsorpsi yang menyebabkan hipernatremia sehingga terjadi retensi cairan yang berakibat meningkatnya volume vaskuler yang menyebabkan edema.

4.2.3 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data dari data penunjang yang didapatkan penulis dapat mengangakat dignosa keperawatan : Kelebihan volume cairan berhubungan dengan haluaran urine, diet berlebih dan retensi cairan serta natrium.

Menurut peneliti kelebihan *volume* cairan disebabkan karena adanya retensi cairan serta natrium sehingga terjadi edema, bahkan klien juga dapat mengalami sesak jika terjadi edema pulmonal.

Menurut Tarwoto (2006), diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada klien dengan gagal ginjal kronik salah satunya adalah : Kelebihan volume cairan berhubungan dengan haluaran urine, diet berlebih dan retensi cairan serta natrium.

4.2.4 Intervensi

Intervensi yang dilakukan sama berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 1, dan klien 2, karena berdasarkan data penunjang

pada diagnosa keperawatan, klien dengan kelebihan volume cairan harus dilakukan rencana manajemen cairan, yaitu : Jaga intake / asupan dan catat *output* klien, monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan, monitor tanda – tanda vital, monitor indikasi kelebihan cairan (edema, asites), berikan terapi intra vena seperti yang telah ditentukan, berikan diuretik yang di resepkan, berikan cairan dengan tepat, pasang urine kateter (NANDA, 2015), (NOC, NIC, 2013).

Menurut peneliti semua intervensi yang terkait dengan manajemen cairan harus dilakukan untuk menjaga kestabilan kondisi ginjal klien, dan untuk mengurangi terjadinya retensi cairan, sehingga edema dapat berkurang.

Pernyataan tersebut di tunjang oleh teori menurut Tarwoto & Wartonah (2006) Keseimbangan cairan ditentukan oleh *intake* (masukan) cairan dan *output* (pengeluaran) cairan.

4.2.5 Implementasi

Berdasarkan intervensi yang sudah dibuat maka peneliti melakukan implementasi yang sama pada Klien1, Klien 2, yaitu meliputi : tindakan observasi (memonitor tanda – tanda vital, memonitor indikasi kelebihan cairan seperti : edema, asites), tindakan mandiri perawat (memberikan cairan dengan tepat, memasang urine kateter), penyuluhan (menjaga intake cairan pada klien dengan melibatkan pengawasan keluarga), kolaborasi (dokter : berikan terapi intra vena seperti yang telah ditentukan, berikan diuretik yang di resepkan).

Menurut peneliti semua tindakan harus dilakukan secara optimal, mulai dari tindakan kolaborasi dalam asuhan keperawatan, bahkan sampai tindakan yang melibatkan pengawasan keluarga, karena semua tindakan tersebut dilakukan untuk menjaga fungsi ginjal yang optimal.

Implementasi tersebut dilakukan dengan tujuan untuk mengoptimalkan fungsi ginjal yang ada dan mempertahankan keseimbangan secara maksimal untuk memperpanjang harapan hidup klien (Smeltzer & Bare, 2001).

4.2.6 Evaluasi

Berdasarkan implementasi yang dilakukan selama 3 hari maka didapatkan hasil dari evaluasi klien 1 masalah dapat teratasi sebagian yaitu sesak mulai berkurang pada perawatan hari ke 3, dan klien 2 masalah juga dapat teratasi sebagian yaitu mual berkurang pada hari ke 2, dan sudah tidak mual pada perawatan hari ke 3.

Menurut peneliti evaluasi pada proses asuhan keperawatan harus dilakukan , karena bertujuan untuk lebih mengoptimalkan dari proses implementasi keperawatan, dan juga pembuatan intervensi keperawatan yang baru jika mungkin muncul masalah baru pada proses keperawatan.

Menurut Potter & Perry (2005) langkah evaluasi dari proses keperawatan yaitu dengan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Data dikumpulkan dengan dasar berkelanjutan untuk mengukur perubahan dalam fungsi, dalam kehidupan sehari-hari, dan dalam ketersediaan atau penggunaan sumber eksternal.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik pada Tn. T dan Tn. D dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan, maka penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian dan pembahasan, bahwa pada klien 1 dan 2 yang mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan ditemukan edema pada waktu pengkajian, karena terjadi hipernatremia sehingga terjadi retensi cairan yang menyebabkan terjadinya edema.
2. Diagnosa Keperawatan yang muncul pada klien 1 dan 2, yaitu : Gagal Ginjal Kronik berhubungan dengan Kelebihan Volume Cairan, di tandai dengan edema yang terjadi pada ekstermitas klien dan juga hasil pengeluaran urine klien yang sedikit.
3. Intervensi yang akan di lakukan pada klien Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan, sesuai dengan klien Tn. T dan Tn. D, yaitu dengan : manajemen cairan : Jaga intake / asupan dan catat *output* klien, monitor hasil laboratorium yang relevan dengan retensi cairan, monitor tanda – tanda vital, monitor indikasi kelebihan cairan (edema, asites), berikan terapi intra vena seperti yang telah ditentukan, berikan diuretik yang di resepkan, berikan cairan dengan tepat, pasang urine kateter.

4. Implementasi di lakukan sesuai dengan perencanaan yang di buat pada klien Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan, sesuai dengan klien Tn. T dan Tn. D.
5. Evaluasi dari implementasi yang di lakukan pada klien Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan, sesuai dengan klien Tn. T dan Tn. D, yaitu : masalah yang muncul pada klien dapat teratasi sebagian, seperti tingkat edema klien sudah berkurang dan kepatuhan klien dengan intervensi yang akan di lakukan, klien juga sangat komperhensif untuk proses penyembuhan.

5.2 Saran

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan dalam pelayanan masyarakat khususnya pada pemberian asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan. Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai masukan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat terutama dalam penanganan pada kasus Kelebihan Volume Cairan pada pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Jombang. Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai tambahan referensi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kasus Gagal Ginjal Kronis. Manfaat bagi pasien adalah mendapat asuhan keperawatan yang efektif, efisien dan sesuai dengan standart asuhan keperawatan yaitu dengan pembatasan Kelebihan Volume Cairan Gagal Ginjal Kronik.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Aziz. (2006). *Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Chris O'Callaghan. (2009). *At a Glance Sistem Ginjal*. Jakarta: Erlangga
- Haryono, Rudi. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Perkemihan*. Yogyakarta: Rapha Publishing
- Haryanti, I, A. P., & Nisa, K. Terapi Konservatif dan Terapi Pengganti Ginja sebagai Penatalaksanaan pada Gagal Ginjal Kronik. *Majority . Volume 4. Nomor 7. Juni 2015*
- Indonesian Renal Registry. *5th Annual Report of IRR 2012*. <http://indonesianrenalregistry.org/data/5th%20Annual%20Report%20of%20IRR%202012.pdf>. Diakses pada tanggal 19 Desember 2016
- Joanne McCloskey Dochter. (2008). *Nursing Intervention Classification(NIC)*. USA: Mosby Elseveir Academic Press
- Kementrian Kesehatan. *Hasil Riskesdas 2013*. <http://depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>. Diakses pada tanggal 19 Desember 2016
- Moorhead Sue dkk. (2013). *Nursing Outcome Classification (NOC)*. USA Mosby Elseveir Academic Press
- Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nanda International. (2012). *Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2012 – 2014*. Jakarta : EGC
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2008). *Proses dan Dokumentasi Konsep & Praktik*. Jakarta: Salemba Medika
- Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Dilengkapi Asuhan Keperawatan Pada Sistem Cardio, Perkemihan, Integumen, Persyarafan, Gastrointestinal, Muskuloskeletal, Reproduksi, dan Respirasi*. Yogyakarta: Nuha Medika

Prabowo, Eko & Pranata, Andi E. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Sydney South West Area Health Service. *Patient Observation Vital Sign*. <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/upload/2012/02/RPA-observation-policy-directive.pdf> Diakses pada tanggal 19 Desember 2016

United State Renal Data. *Annual Data Report End-stage Renal Disease*. http://www.usrds.org/2014/view/v2_01.aspx. Diakses tanggal 22 Desember 2016

Wijaya, Andra S & Putri, Yessie M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 1: Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika



PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama Mahasiswa : Enggar Tiyasto
NIM : 141210014
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Ginjal Kronik
Dengan Masalah Keperawatan Kelebihan Volume
Cairan Di Ruang Dahlia RSUD Jombang.

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam penyusunan studi kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan

Jombang, Maret 2017

Peneliti

(Enggar Tiyasto)

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, Maret 2017

Responden

()

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, Maret 2017

Responden

()



PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

STIKES ICME JOMBANG

2017

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Pengkajian tgl. : Jam :

MRS tanggal : No. RM :

Diagnosa Masuk :

A. IDENTITAS PASIEN

Nama : Penanggung jawab biaya :

Usia : Nama :

Jenis kelamin : Alamat :

Suku : Hub. Keluarga :

Agama : Telepon :

Pendidikan :

Alamat :

B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :

C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

1. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular ya, jenis : tidak
2. Riwayat Penyakit Alergi ya, jenis : tidak
3. Riwayat Operasi ya, jenis : tidak

D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

Lampiran 4

ya : tidak

jelaskan :

E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
<p>Makanan</p> <p>Frekuensix/hr</p> <p>Jenis.....</p> <p>Diit</p> <p>Pantangan</p> <p>Alergi</p> <p>makanan yang disukai</p> <p>Minum</p> <p>Frekuensi..... x/hari</p> <p>Jenis.....</p> <p>Alergi</p>		
<p>Eliminasi</p> <p>BAB</p> <p>Frekuensix/hari</p> <p>warna</p> <p>konsistensi</p> <p>BAK</p> <p>FrekuensiX/Hari</p> <p>Warna</p> <p>Alat bantu</p>		

<p>Kebersihan Diri</p> <p>Mandi.....X/hari</p> <p>Keramasx/hari</p> <p>Sikat GigiX/Hari</p> <p>Memotong Kuku.....</p> <p>Ganti Pakaian</p> <p>Toileting</p>		
<p>Istirahat/Tidur</p> <p>Tidur siang.....jam</p> <p>Tidur Malamjam</p> <p>Kebiasaan Merokok/Jamu</p>		

F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda-tanda vital

S : °C N : x/mnt TD : mmHg

RR : x/mnt

Masalah Keperawatan :

2. Sistem Pernafasan (B₁)

a. Hidung:

Pernafasan cuping hidung ada tidak

Septum nasi simetris tidak simetris

Lain-lain

Masalah Keperawatan :

b. Bentuk dada simetris asimetris barrel chest

Funnel chest Pigeons chest

c. Keluhan sesak batuk nyeri waktu napas

d. Irama napas teratur tidak teratur

e. Suara napas vesicular ronchi D/S wheezing D/S rales D/S

Lain-lain:

3. Sistem Kardiovakuler (B₂)

- a. Keluhan nyeri dada ya tidak
 b. Irama jantung teratur tidak teratur
 c. CRT < 3 detik > 3 detik
 d. Konjungtiva pucat ya tidak
 e. JVP normal meningkat menurun

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

4. Sistem Persarafan (B₃)

- a. Kesadaran composmentis apatis somnolen sopor koma

GCS :

- b. Keluhan pusing ya tidak
 c. Pupil isokor anisokor
 d. Nyeri tidak ya, skala nyeri : lokasi :

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

5. Sistem Perkemihan (B₄)

- a. Keluhan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuria
 oliguri anuri

- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
 c. Kandung kencing : membesar ya tidak
 nyeri tekan ya tidak

d. Produksi urine : ml/hari warna : bau :

e. Intake cairan : oral :cc/hr parenteral :cc/hr

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

6. Sistem Pencernaan (B₅)

- a. TB : cm BB : kg
 b. Mukosa mulut : lembab kering merah stomatitis
 c. Tenggorokan nyeri telan sulit menelan
 d. Abdomen supel tegang nyeri tekan, lokasi :
 Luka operasi jeja lokasi :

Pembesaran hepar ya tidak

Pembesaran lien ya tidak

Masalah Keperawatan :

Lampiran 4

Ascites ya tidak

Mual ya tidak

Muntah ya tidak

Terpasang NGT ya tidak

Bising usus :.....x/mnt

e. BAB :.....x/hr, konsistensi : lunak cair lendir/darah
 konstipasi inkontinensia kolostomi

f. Diet padat lunak cair
Frekuensi :.....x/hari jumlah:..... jenis :

7. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B₆)

- a. Pergerakan sendi bebas terbatas
 - b. Kelainan ekstremitas ya tidak
 - c. Kelainan tl. belakang ya tidak
 - d. Fraktur ya tidak
 - e. Traksi/spalk/gips ya tidak
 - f. Kompartemen sindrom ya tidak
 - g. Kulit ikterik sianosis kemerahan hiperpigmentasi
 - h. Akral hangat panas dingin kering basah
 - i. Turgor baik kurang jelek
 - j. Luka : jenis :..... luas : bersih kotor
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

8. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tyroid ya tidak
 - b. Pembesaran kelenjar getah bening ya tidak
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

Masalah Keperawatan :

Lampiran 4

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya
 cobaan Tuhan hukuman lainnya

 2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya
 murung gelisah tegang marah/menangis

 3. Reaksi saat interaksi kooperatif tak kooperatif curiga
 4. Gangguan konsep diri ya tidak
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

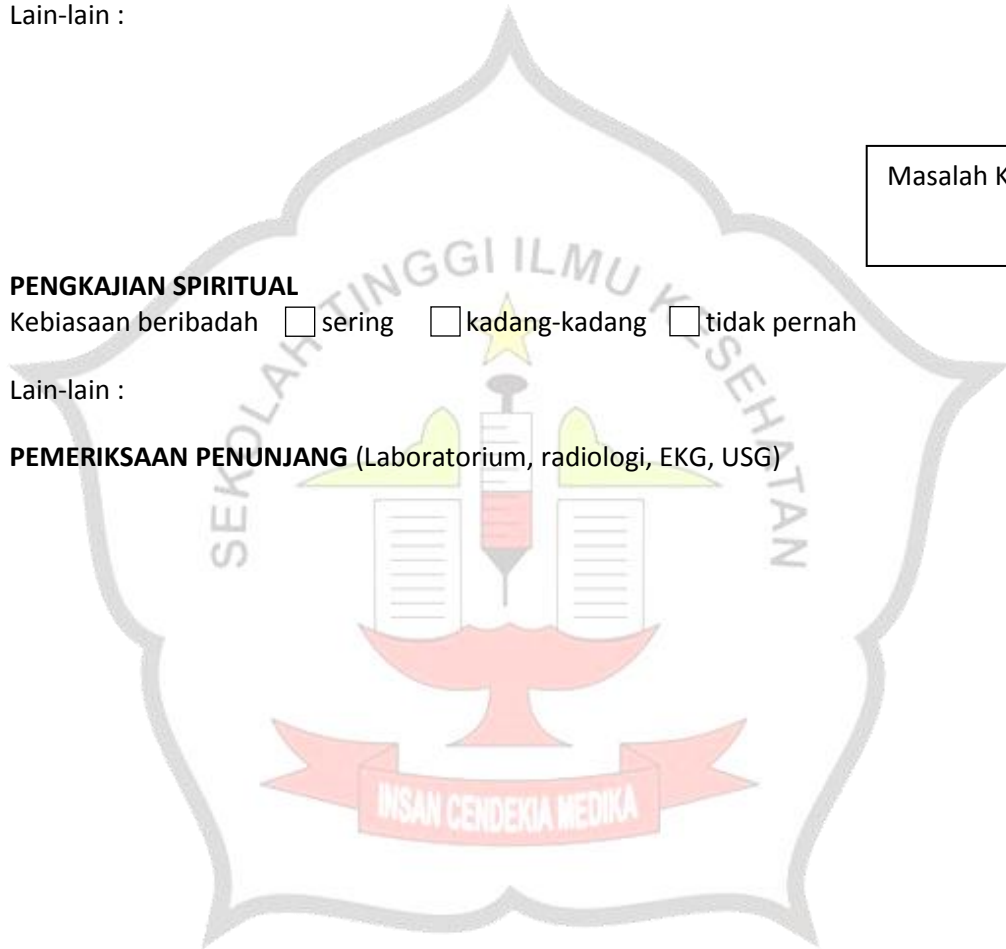
H. PENGKAJIAN SPIRITUAL

Kebiasaan beribadah sering kadang-kadang tidak pernah

Lain-lain :

I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)

J. TERAPI





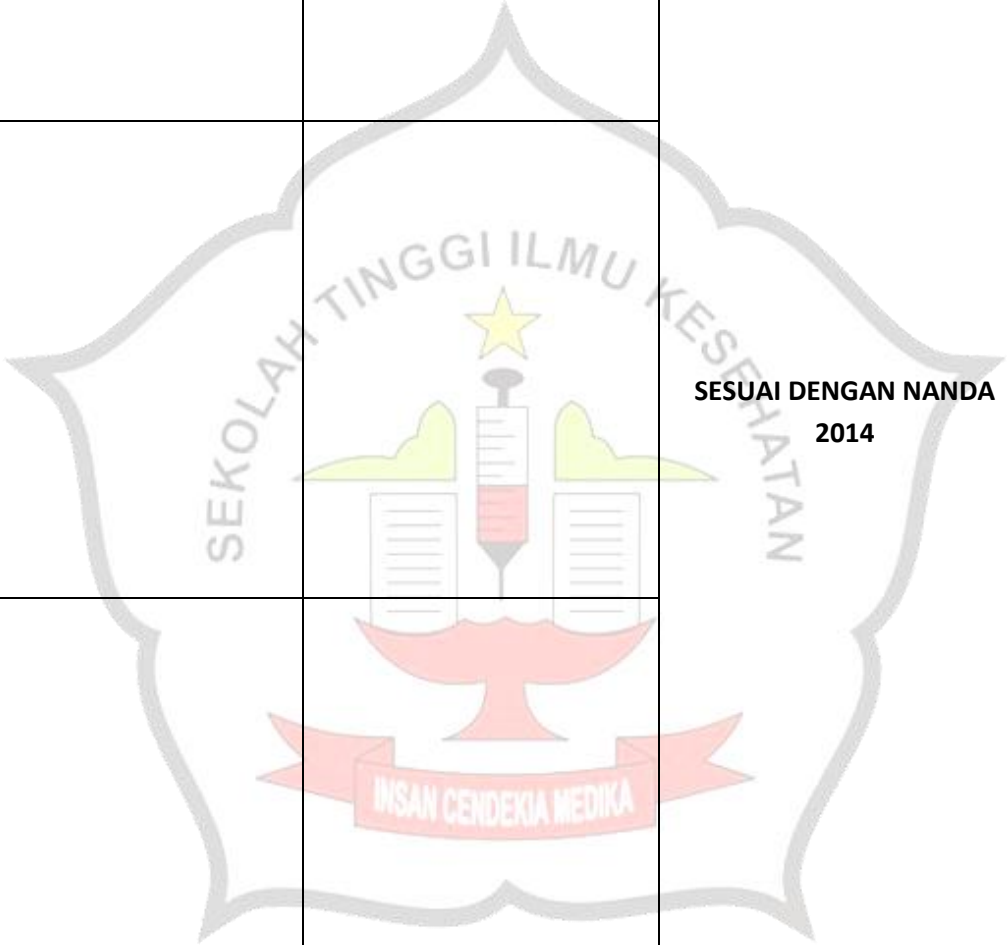
Mahasiswa,

ANALISA DATA

Nama :.....

No.RM:

Lampiran 4

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif : Data Obyektif :		
		 <p data-bbox="1042 1025 1350 1099">SESUAI DENGAN NANDA 2014</p>

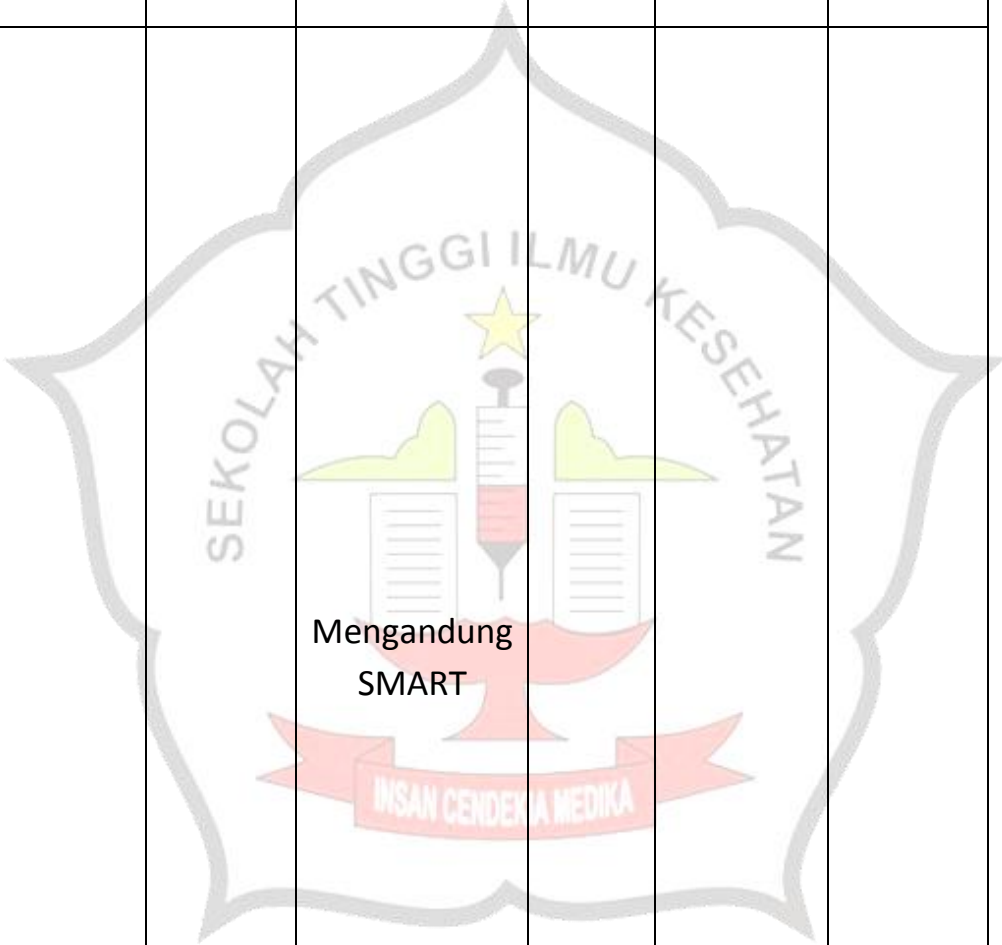
Diagnosa Keperawatan yang muncul (Tipe PES minimal 3)

Lampiran 4

1.
2.
3.
4.
5.



Intervensi Keperawatan

Hari/tanggal	No. diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Waktu	Rencana tindakan	Rasional
 <p>Mengandung SMART</p>					

Lampiran 4


--	--	--	--	--	--



Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawa	Paraf
 <p>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN</p> <p>INSAN CENDEKIA MEDIKA</p>				

--	--	--	--	--



Evaluasi Keperawatan

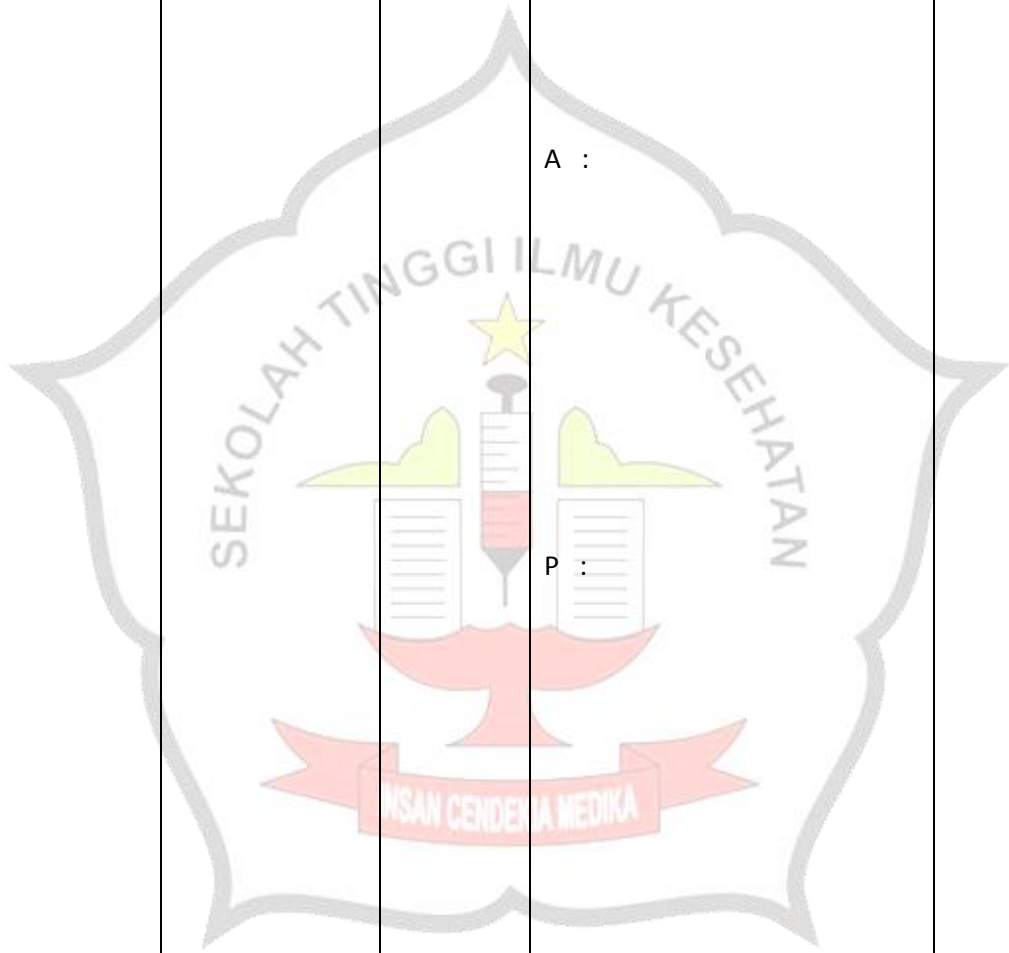
Nama :.....

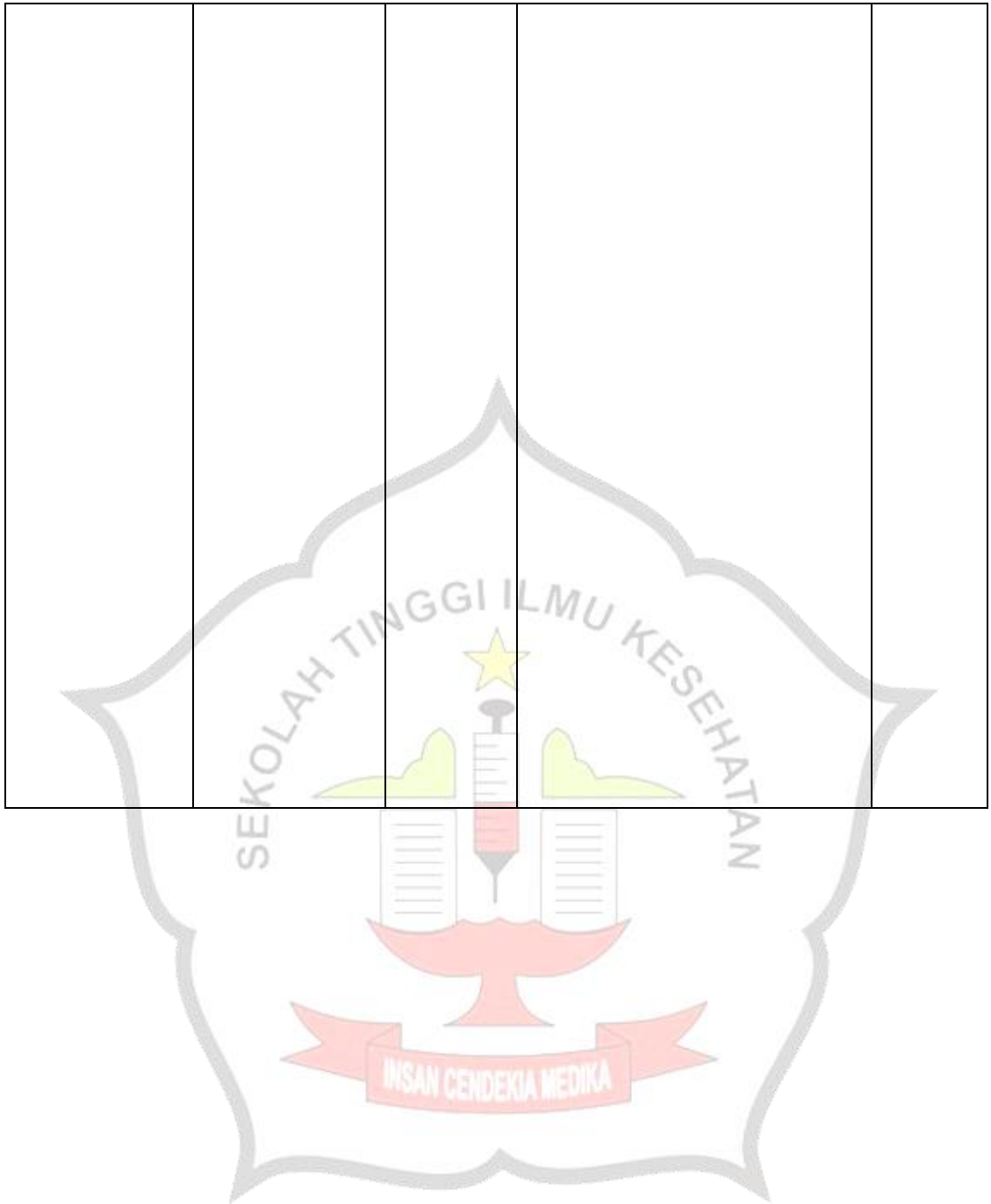
No.RM :

	No. Diagnosa			
--	--------------	--	--	--

Lampiran 4

Hari/Tanggal		Waktu	Perkembangan	Paraf
			S : O : A : P :	





PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

STKES ICME JOMBANG

RUANG RSUD JOMBANG

DICHARGE PLANNING	No. Reg : Nama : Jenis Kelamin : Alamat :
Tanggal MRS: Tanggal KRS:	Tanggal/Tempat Kontrol :
Dipulangkan dari RSUD JOMBANG dengan keadaan : <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Pulang paksa <input type="checkbox"/> Pindah RS lain <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Meneruskan dengan obat jalan	
Aturan Diet :	
Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya :	
Cara perawatan luka di rumah :	
Aktivitas dan Istirahat :	
Lain-lain :	

Yang di bawa pulang (Hasil Lab, Foto, ECG) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lablembar | <input type="checkbox"/> EKGlembar |
| <input type="checkbox"/> Foto..... lembar | <input type="checkbox"/> CT Scanlembar |
| <input type="checkbox"/> USGlembar | <input type="checkbox"/> lain-lainlembar |

Saya selaku keluarga menyatakan telah mendapat penyuluhan hal-hal tersebut di atas oleh mahasiswa D3 KEPERAWATAN STIKES ICME dan telah mengerti.

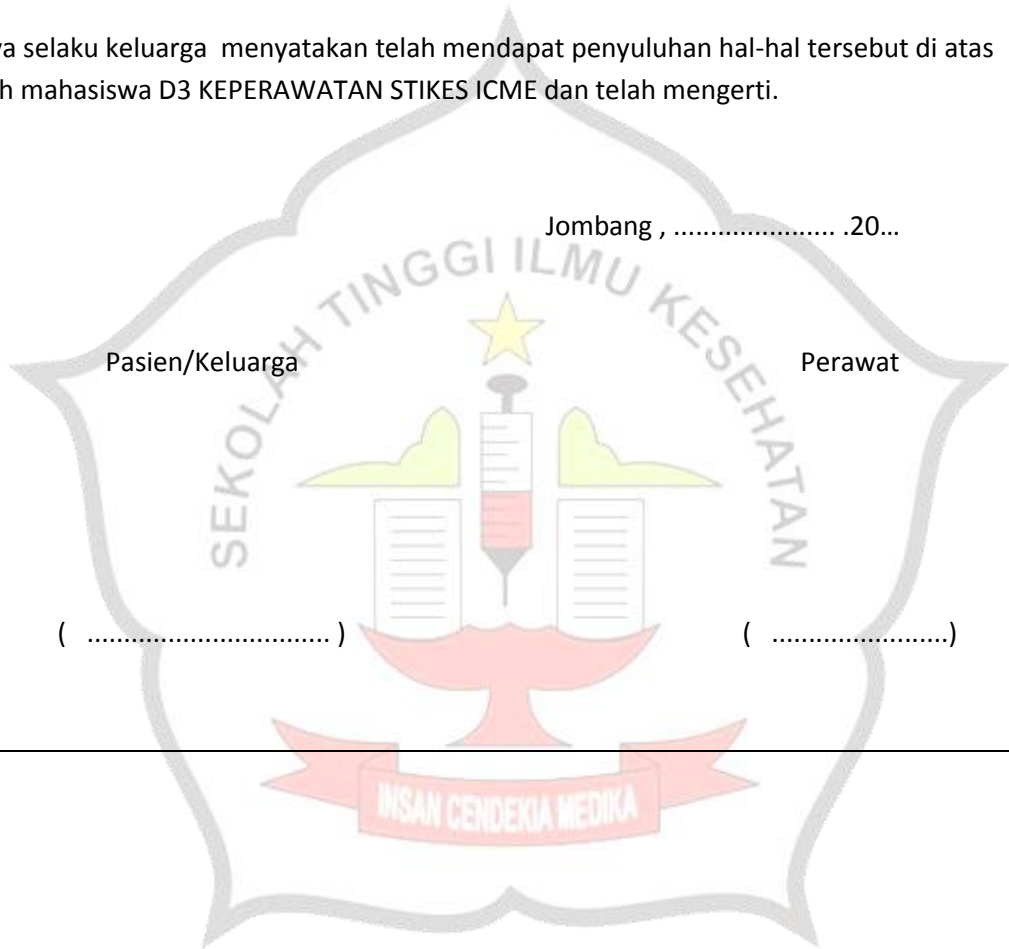
Jombang , 20...

Pasien/Keluarga

Perawat

(.....)

(.....)



YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '048/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal : Penelitian

Jombang, 13 Januari 2017

Kepada :
Yth. Direktur RSUD Jombang
di
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **ENGGAR TIYASTO**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0014
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan Masalah Keperawatan 1 Kelebihan Volume Cairan*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan karya tulis ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054

Tembusan :
- Kadiklat RSUD Jombang

Paraf I
Paraf II

RSUD Kabupaten Jombang

Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Telp. (0321) 863502 Fax. (0321) 879316 Jombang
61411

128

LEMBAR DISPOSISI

Sifat : Rutin	Kode : 102.072.1721
Indeks : Tanggal : 10-01-2017	Tanggal Penyelesaian : 00-00-0000
Hal : Pre Survey Data Studi Pendahuluan an. Engger Tiyasto	
No./Tgl : 017/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017 / 05-01-2017	
Asal : STIKES Insan Cendikia Medika	
INSTRUKSI/INFORMASI :	DITERUSKAN KEPADA :
<p>keu 11/11/17</p> <p>7 departemen</p> <p>10/11/17</p>	<p>7 departemen</p> <p>11/17</p> <p>keu yg p kordinasi</p> <p>7 de farmasi</p> <p>11/17</p>

Catatan :

Kep. Ah. Ki. Hemodialisis / Dialisa
Misioner yg difasilitasi pengambilan
data & penelitian a.n. Engger Tiyasto
11/17
Btk. Mucclanik



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG
BAKORDIKLAT

Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Jombang TELP. (0321) 865716 – 863502 FAX. (0321) 879316
Website : www.rsudjombang.com ; E-mail: rsudjombang@yahoo.co.id Kode Pos : 61411

SURAT KETERANGAN

Nomor : 061/BAKORDIKLAT/III/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang, menerangkan bahwa :

Nama : Enggar Tiyasto
NIM : 14 121 0014
Program Studi : D3 Keperawatan
Institusi : Stikes ICME Jombang

Telah melaksanakan Studi Pendahuluan di Paviliun Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang untuk Penyusunan Karya Tulis dengan judul "*Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan Masalah Keperawatan Kelebihan Volume Cairan*" , 27 Maret 2017 s/d 29 Maret 2017.

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 29 Maret 2017

Ketua Badan Koordinasi Diklat
RSUD Kabupaten Jombang



Dr. Andri Catur Jatmiko, Sp. KK


Penata

NIP. 19701104 200212 1 002

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : Enggar Tiyasto
 NIM : 191210019
 JUDUL : Asuhan Keperawatan pada Ulien Cagat gigitan lenih dengan masalah Keperawatan Kelelahan volume Cairan.
 PEMBIMBING I : Arif Wijaya S. Keperawatan, M. Keperawatan

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	9/12/12	Tapsi kee → Berat kee 1 → Rns bb 1 → Ulangi keperawatan → Rns kee 2 & 3 → Rns bb 2 & 3 → Sup kee rej. papsul → Res ab 4 kee kee y' sup	

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : Enggar Tiyasto
NIM : 191210014
JUDUL : ~~RUHIAN KEPERAWATAN PADA ULIEN GAGAL~~
 GINJAL KRONIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
~~KELEBIHAN VOLUME CAIRAN~~
PEMBIMBING II : Nita Arianti Y S Kep Ns

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	13/12/2016	Revisi BAB J → LB → P U S K S	⊕ +
	6/2017 01	Revisi Redaksi Lengkapi proposal Surat letakba lampiran Lembar konsul	⊕ +
	7/2017 1	Lengkapi proposal	⊕ +
	25/9/17	Analisa data - pnybtan keluar cairan. - bau busuk - pola keputihan.	⊕ +
	19/5 17	- Lengkapi KTI - Rencana Ujian - Lampiran 3 - ACC Ujian	⊕ +

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : ENGGAR TIYASTO

NIM : 141210014

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 13 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



ENGGAR TIYASTO
NIM : 141210014