

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GAGAL
GINJAL KRONIK DENGAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN
DI RSUD BAGIL PASURUAN**



OLEH:

ERICA AGRISMA EVA HARIYANTI

NIM : 171210010

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2020**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GAGAL
GINJAL KRONIK DENGAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN
DI RSUD BAGIL PASURUAN**

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



OLEH:

ERICA AGRISMA EVA HARIYANTI

NIM : 171210010

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2020**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Erica Agrisma Eva Hariyanti
NIM : 171210010
Jenjang : Diploma
Program Studi : D3 Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik Dengan Kelebihan Volume Cairan “

Merupakan karya tulis ilmiah dan artikel yang secara keseluruhan benar benar bebas dari plagiasi. Apabila di kemudian hari terbukti melakukan proses plagiasi, maka saya siap di proses sesuai dengan hukum dan undang-undang yang berlaku.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Jombang 18 Agustus 2020

Saya yang menyatakan



Erica Agrisma Eva Hariyanti
NIM 171210010

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Erica Agrisma Eva Hariyanti

NIM : 171210010

Jenjang : Diploma

Program Studi : D3 Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik Dengan Kelebihan Volume Cairan “

Merupakan karya tulis ilmiah dan artikel yang secara keseluruhan adalah hasil karya penelitian penulis, kecuali teori yang dirujuk dari sumber informasi aslinya.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Jombang 18 Agustus 2020

Saya yang menyatakan



Erica Agrisma Eva Hariyanti

NIM 171210010

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Erica Agrisma Eva Hariyanti
NIM : 171210010
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan di RSUD Bangil Pasuruan

Telah berhasil diuji dan dinilai di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program studi Diploma III Keperawatan STIKes ICME Jombang.

Menyetujui

Komisi Pembimbing

Pembimbing Utama

Maharani Tri P.S.Kep..Ns.,MM

Pembimbing Anggota

Afif Hidayatul A.S.Kep..Ns.,M.Kep

Mengetahui



Ketua STIKes ICME

H.Imam Fatoni,S.KM.,MM



Ketua Program Studi DIII Keperawatan

Maharani Tri P.S.Kep..Ns.,MM

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Erica Agrisma Eva Hariyanti

NIM : 171210010

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan di RSUD Bangil Pasuruan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes ICMe Jombang

Komisi Dewan Penguji,

Ketua Dewan Penguji : Hindyah Ike S.,S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penguji I : Maharani Tri P,S.Kep.Ns. MM.

Penguji II : Afif Hidayatul A,S.Kep.,Ns.,M.Kep



Ditetapkan di : **JOMBANG**

Pada Tanggal : **11 Agustus 2020**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Jombang, 29 Desember 1998 dari ayah yang bernama Slamet Adi Hariyanto dan ibu yang bernama Siti Mariyam. Penulis merupakan putri pertama.

Tahun 2010 penulis lulus dari SD Negeri Krembangan 1, tahun 2013 penulis lulus dari SMP Negeri 2 Diwek, tahun 2016 penulis lulus dari SMA PGRI 2 Jombang, pada tahun 2017 lulus seleksi masuk STIKes Insan Cendekia Medika Jombang melalui jalur PMDK. Penulis memilih program studi Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes ICME Jombang. Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, Februari 2020

Penulis

Erica Agrisma Eva Hariyanti

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

vi

MOTTO

Jangan ingat lelahnya belajar, tapi ingat buah manisnya yang bisa dipetik kelak ketika sukses tidak ada hal yang sia-sia dalam belajar karena ilmu akan bermanfaat pada waktunya

PERSEMBAHAN

Sujud syukur kepada-Mu Tuhan Yang Maha Agung, atas kasih sayang dan karuniamu yang telah memberikanku kekuatan dan ketabahan serta membekaliku dengan ilmu dan akal serta kesabaran dalam menjalani kehidupan ini, atas rahmatMu jualah akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang-orang yang sangat ku kasihi dan kusayangi. Kepada ayah, ibu, dan teman-teman yang selalu aku repotkan. Terima kasih telah mendengarkan keluh kesahku sampai saat ini Teruntuk dosen-dosen terimakasih telah menjadi orangtua kedua untukku, telah membimbingku selama masa pendidikanku di kampus ini, terimakasih atas semua bimbingan, motivasi, serta ilmu yang telah kalian berikan kepadaku.

KATA PENGANTAR

vii

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala karunia-NYA sehingga Proposal Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik di RSUD Bangil Pasuruan" ini dapat selesai tepat pada waktunya.

Penyusunan proposal karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat :Bapak H.Imam Fatoni, S.KM.,MM selaku Ketua STIKES ICME Jombang , Maharani Tri Puspitasari, S.Kep.,Ns.,MM selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKES ICME Jombang, dan selaku pembimbing utama yang telah banyak memberi pengarahan, motivasi dan masukan dalam penyusunan proposal ini, Afif Hidayattul Arham, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing dua yang telah banyak memberi motivasi dan pengarahan dan ketelitian dalam penyusunan proposal ini. Kepada kedua orang tua dan keluarga saya yang selalu memberi do'a dan semangat tiada henti dalam penyusunan proposal. Teman-teman yang membantu baik secara langsung maupun tidak langsung memberikan saran dan dorongan sehingga terselesaikannya Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharap saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini. viii

Akhirnya, mudah - mudahan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Amin

Jombang, 06 Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Sampul	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Surat Pernyataan bebas Plagiasi	v
Riwayat Hidup	vi
Motto dan Persembahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Lambang, Singkatan, dan Istilah	xv
ABSTRAK	xvi
<i>ABSTRACT</i>	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan	4
1.5 Manfaat	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronik	6
2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronik	6
2.1.2 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik	7
2.1.3 Etiologi Gagal Ginjal Kronik	7
2.1.4 Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik	8
2.1.5 Perjalanan Klinik Gagal Ginjal Kronik	9
2.1.6 Manifestasi Klinis Gagal Ginjal Kronik	11
2.1.7 Komplikasi Gagal Ginjal Kronik	11
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik Gagal Ginjal Kronik	12
2.1.9 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik	14
2.1.10 Pathway	15
2.2 Konsep Kelebihan Volume Cairan	16
2.2.1 Definisi	16
2.2.2 Penyebab Kelebihan Volume Cairan	16
2.2.3 Manajemen Kelebihan Volume Cairan	17
2.2.4 Batasan Karakteristik	17
2.2.5 Faktor yang berhubungan	18
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik	19
2.3.1 Pengkajian	19
2.3.2 Analisis Data	24
2.3.3 Diagnosa Keperawatan	24
2.3.4 Intervensi Keperawatan	25
2.3.5 Implementasi	26

2.3.6 Evaluasi	27
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	28
3.2 Batasan Istilah	28
3.3 Partisipan	29
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	30
3.5 Pengumpulan Data	30
3.6 Uji Keabsahan Data	32
3.7 Analisis Data	33
3.8 Etika Penelitian	34
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	36
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data	36
4.1.2 Pengkajian	36
4.1.3 Analisa Data	43
4.1.4 Diagnosa keperawatan	44
4.1.5 Intervensi keperawatan	45
4.1.6 Implementasi Keperawatan	46
4.1.7 Evaluasi keperawatan	48
4.2 Pembahasan	49
4.2.1 Pengkajian	49
Diagnosa Keperawatan	51
4.2.3 Intervensi Keperawatan	51
Implementasi keperawatan	52

4.2.5 Evaluasi keperawatan	53
----------------------------------	----

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan	55
----------------------	----

5.2 Saran	56
-----------------	----

DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	halaman
2.1: Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik	7
2.2 Penyebab Gagal Ginjal Kronik	7
2.3 Manifestasi Gagal Ginjal Kronik	11
4.1 Identiras klien	36
4.2 Riwayat Penyakit	37
4.3 Pola kesehatan (pendekatan gordon / pendekatan sistem)	38
4.4 Pemeriksaan Fisik (Pendekatan Sistem)	39
4.5 Pemeriksaan Diagnostik	41
4.6 Terapi medik	42
4.7 Penghitungan Balance Cairan	42
4.8 Analisa Data	43
4.9 Diagnosa Keperawatan Klien 1, dan Klien 2	44
4.10 Intervensi Keperawatan Klien 1, dan Klien 2	45
4.11 Implementasi Keperawatan Klien 1, dan Klien 2	46
4.12 Evaluasi keperawatan Klien 1 dan Klien 2	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.10	15
---------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2: Lembar Persetujuan Judul Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 3: Lembar Kesiediaan Penguji Utama

Lampiran 4 : Lembar Konsul

DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

<	= Kurang
>	= Lebih
/	= Atau

SINGKATAN

RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
ESRD	= <i>End Stage Renal Disease</i>
LFG	= Laju Filtrasi Glomerulus
GFR	= <i>Glomeruli Filtrate Rate</i>
TGF	= <i>Transforming Growth Factor</i>
BUN	= <i>Basal Urea Nitrogen</i>
Hb	= Hemoglobin
RBC	= <i>Red Blood Cell</i>
WBC	= <i>White Blood Cell</i>
IVP	= <i>Intravenous Pyelografi</i>
MRI	= <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
ARF	= <i>Acute Renal Failure</i>
DP	= <i>Dialisis Peritoneal</i>
DPI	= <i>Dialisis Peritoneal Intermitten</i>
DPMB	= Dialisis Peritoneal Mandiri Berkesinambungan
DPDB	= <i>Dialisis Peritoneal Dialirkan Berkesinambungan</i>
DPN	= <i>Dialisis Peritoneal Nocturnal</i>
TG	= Transplantasi Ginjal
TGHD	= Transplantasi Ginjal Donor hidup

TGDJ = Transplantasi Ginjal Donor Jenazah

WOC = *Web of Caution*

CKD = *Chronic Kidney Disease*

NANDA = *North American Nursing Diagnostic Association*

NOC = *Nursing Outcome Criteria*

BB = Berat badan ICME =

Insan Cendekia Medika

ISTILAH

Vomiting : Muntah

Nausea : Rasa haus

Oliguria : Kencing < 200 cc dalam satu hari

Konstipasi : BAB dengan konsistensi keras

Diare : BAB dengan konsistensi lunak dan sering

Kreadibility : Kepercayaan

Dependility : Ketergantungan

Informed Consent : Persetujuan

Anonymity : Tanpa nama

Onfidentiality : Kerahasiaan

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN

Oleh:

Erica Agrisma Eva Hariyanti

Gagal ginjal kronis merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit. Tujuan penelitian ini mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien gagal ginjal kronik dengan masalah kelebihan volume cairan.

Desain penelitian ini menggunakan metode studi kasus, pada 2 klien gagal ginjal kronik dengan masalah kelebihan volume cairan. Pengumpulan data dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Analisa data dengan cara pengumpulan data, pengkajian data, kesimpulan Etik penelitian: surat persetujuan, tanpa nama, kerahasiaan.

Hasil penelitian didapatkan data klien 1 mengatakan sakit pingang, sesak nafas, wajah dan kaki tiba-tiba bengkak suhu: 36 °C, nadi: 84 x/menit, respirasi: 30 x/menit, tensi darah: 150/100 mmHg, edema pada wajah ekstremitas bawah pitting edema >4 detik, CRT >2 detik. Sedangkan klien 2 mengatakan mudah lelah, mual, sakit pingang tangan dan kaki terasa bengkak, suhu: 37 °C, nadi: 82 x/menit, respirasi: 24 x/menit tensi darah: 140/100 mmHg, terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah Pitting edema >4 detik, CRT >2 detik.

Kesimpulan diharapkan studi kasus ini dapat membuat klien dan keluarga paham tentang proses perjalanan penyakit gagal ginjal kronik sehingga klien menjaga pola hidup sehat dengan mengontrol asupan yang di makan dan minum serta rutin berolahraga serta mengikuti anjuran dari dokter.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Gagal ginjal kronik, Kelebihan volume cairan.

ABSTRACT

NURSING CARE OF CHRONIC KIDNEY FAILED CLIENTS WITH EXCESS FLUID VOLUME IN THE MELATI SPACE GENERAL HOSPITAL BANGIL PASURUAN AREA

By:

Erica Agrisma Eva Hariyanti

Chronic kidney failure is a progressive and irreversible disruption of renal function where the body's ability to fail to maintain metabolism and fluid and electrolyte balance. The purpose of this study is to provide nursing care to clients of chronic kidney failure with the problem of excess fluid volume.

The design of this study uses the case study method, in 2 clients with chronic renal failure with excess fluid volume problems. Data collection by interview, observation, physical examination. Data analysis by data collection, data review, conclusion Research ethics: letter of consent, anonymity, confidentiality.

Research results obtained client 1 says pain in the waist, shortness of breath, face and feet suddenly swollen temperature: 36°C, pulse: 84 x/minute, respiration: 30 x/minute, blood pressure: 150/100 mmHg, facial edema lower extremity pitting edema >4 seconds, CRT >2 seconds. Whereas client 2 says fatigue, nausea, sore hands and feet feel swollen, temperature: 37°C, pulse: 82 x/minute, respiration: 24 x/minute blood pressure: 140/100 mmHg, there is edema of the upper and lower extremities. Pitting edema >4 seconds, CRT >2 seconds.

The conclusion is that this case study can make the client and family understand about the process of chronic kidney failure so that the client maintains a healthy lifestyle by controlling the intake of food and drink and exercising regularly and following the advice of the doctor.

Keywords: Nursing care, chronic renal failure, excess fluid volume.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit gagal ginjal kronik merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan prevalensi dan insidens gagal ginjal yang meningkat, kemungkinan yang buruk dan biaya yang tinggi. Gagal ginjal kronis merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit (Brunner & Suddarth, (2016). Cairan dan elektrolit merupakan komponen terbesar dalam tubuh manusia. Organ utama mengatur keseimbangan cairan tubuh adalah ginjal. Jika ginjal tidak bekerja dengan baik maka keseimbangan cairan dalam tubuh akan bermasalah (Nurlina, 2018). Kegagalan mempertahankan keseimbangan cairan akan menyebabkan akumulasi cairan. Akumulasi cairan bisa terjadi pada edema interstitial, disfungsi organ viseromegali dan akhirnya akan terjadi disfungsi organ (Kresnoadi, 2018). Akumulasi cairan berlebih di dalam tubuh disebut kelebihan volume cairan (NANDA, 2018).

Gagal ginjal kronik diderita oleh 15% dari 37 juta orang orang dewasa di Amerika Serikat (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2019). Di Asia, insiden penyakit ginjal dari semua jenis meningkat, penyakit ini menimpa lebih dari 14% populasi, bahkan di China sendiri memiliki 119,5 juta pasien yang menderita penyakit ginjal kronis (Kerr et al., 2018). Di Indonesia penderita gagal ginjal kronik mencapai 84% sebanyak 13.758 jiwa dan di Jawa Timur sebanyak 3038 jiwa, sedangkan prevelensi pasien yang

menjalani terapi hemodialisa sebanyak 17.193 jiwa di Indonesia dan di Jawa Timur sebanyak 852 jiwa (Syafitri & Mailani, 2018). Survey dari Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan menunjukkan bahwa penderita gagal ginjal kronik mencapai 327 kasus.

Gagal ginjal kronik adalah suatu sindrom klinis disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut, serta bersifat persisten dan irreversibel (Mansjoer, 2000 dalam nuraini dan mariyanti, 2013). Menurut *The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) Of National Kidney Foundation* (2016), penyakit gagal ginjal kronik dikarenakan adanya kerusakan struktural atau fungsional ginjal dan penurunan laju filtrasi glomerulus kurang dari 60ml/ menit/ 1,73m² yang berlangsung lebih dari tiga bulan. Kerusakan ginjal didefinisikan sebagai kelainan patologis atau penanda kerusakan, termasuk kelainan pada darah atau tes urin atau studi pencitraan. Pada tahap ini glomerulus menjadi kaku dan plasma tidak dapat difilter dengan mudah melalui tubulus. Maka akan terjadi kelebihan cairan dengan retensi air dan natrium (Aspiani, 2015). Pada dampak yang signifikan dari proses filtrasi glomerulus yang sangat rendah dan oliguria ini adalah menurunnya pengeluaran cairan dalam tubuh. Jika penderita terus minum seperti biasa maka jumlah total cairan dalam tubuh penderita akan meningkat dengan cepat. Secara otomatis volume cairan ekstraseluler juga akan meningkat sehingga terjadilah edema umum yang lembut dan dapat meninggalkan bekas cekungan apabila ditekan. Pada pasien dengan gagal ginjal kronis dapat terjadi gangguan edema ekstremitas di sekitar tubuh seperti tangan atau kaki. Edema ini apabila tidak segera

ditangani juga akan menyebabkan komplikasi edema paru dan edema pada jantung (Naga, 2014). Hal ini disebabkan oleh retensi cairan yang menumpuk pada abdomen, ekstremitas dan paru-paru (Warhamna, 2016)

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik sangat beraneka ragam. Akan tetapi untuk mengatasi masalah cairan pada pasien dengan gagal ginjal kronik dapat diberikan asuhan keperawatan, pendidikan kesehatan dan pengkajian lama pasien mengalami hemodialisa. Hal ini didukung dengan beberapa studi terdahulu. Melakukan asuhan keperawatan dalam pembatasan cairan dan elektrolit pasien dapat mempertahankan BB ideal dan tidak mengalami overload cairan (Nurlina, 2018). Peningkatan pengetahuan juga diperlukan, semakin baik pengetahuan keluarga dalam pembatasan cairan maka semakin rendah perilaku negatif dan jika pengetahuan keluarga rendah dalam pembatasan cairan maka semakin tinggi perilaku negative (Saputra et.al., 2019). Faktor lamanya mengikuti terapi hemodialisa juga perlu dikaji secara khusus dalam kasus ini. Berdasarkan hasil penelitian terdapat hubungan antara lamanya menjalani hemodialisa dengan kepatuhan pembatasan asupan cairan (Pahrul & Andamsari, 2018).

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, penulis tertarik melakukan studi kasus dengan masalah “Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah kelebihan volume cairan di RSUD Bangil Pasuruan”.

1.2 Batasan Masalah

Peneliti membatasi masalah dalam studi kasus ini yaitu Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah kelebihan volume cairan di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana memberikan Asuhan Keperawatan pada Klien Gagal Ginjal Kronik dengan Masalah kelebihan volume cairan di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah kelebihan volume cairan di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah kelebihan volume cairan.
2. Mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah kelebihan volume cairan.
3. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah kelebihan volume cairan.
4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah kelebihan volume cairan.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah kelebihan volume cairan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam mengembangkan ilmu keperawatan medikal bedah khususnya asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah kelebihan volume cairan melalui tahap asuhan keperawatan yang diberikan dalam studi ini.

1.5.2 Manfaat Praktis

Asuhan keperawatan ini dapat dijadikan sebagai pedoman bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah kelebihan volume cairan, yaitu dalam hal pengkajian klien, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi tindakan keperawatan.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal kronis stadium *End Stage Renal Disease* (ESRD) yaitu kerusakan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat peningkatan pada kadar ureum (uremia) (Smeltzer and Bare, 2016).

2.1.2 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Gagal ginjal kronik diklasifikasikan berdasarkan nilai GFR (*Glomeruli Filtrate Rate*). Berikut tabel klasifikasi gagal ginjal kronik.

Tabel 2.1: Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Derajat	Deskripsi	GFR (ml/min/1,73m ²)
1	Kerusakan jaringan normal	≥90
2	Kerusakan ginjal ringan dengan GFR ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal ringan dengan GFR sedang	30-59
4	Kerusakan ginjal ringan dengan GFR berat	15-29
5	Gagal ginjal	>15 (menjalani dialisis)

Sumber : *National Kidney Foundation* (2016)

2.1.3 Etiologi Gagal Ginjal Kronik

Pada umumnya penyebab gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Penyebab Gagal Ginjal Kronik

Klasifikasi Penyakit	Penyakit
Penyakit infeksi tubulointerstitial	Pielonefritis kronik atau reflus nefropati
Penyakit peradangan	Glomerulonefritis
Penyakit vaskuler hipertensif	Nefrosklerosis benigna, nefropati maligna, stenosis arteria renalis
Gangguan jaringan ikat	Lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa
Gangguan kongenital dan hereditas	Penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulopati ginjal
Penyakit metabolik	Diabetes mellitus, gout, hiperparatiroidisme, amiloidosis
Nefropati obstruktif	Penyalahgunaan analgesik, nefropati timah Traktus urinarius bagian atas: batu, neoplasma, fibrosis retroperitoneal Traktus urinarius bagian bawah: hipertrofi prostat, struktur uretra, anomali kongenital, leher vesikal urinaria dan uretra

Sumber: Sylvia A. Price & Lorraine M. Wilson, (2017)

2.1.4 Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik

Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (2006), patofisiologi penyakit ginjal kronik pada awalnya tergantung ada penyakit yang mendasarinya. Tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Pengurangan masa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephron*) sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan *growth factor*. Hal ini mengakibatkan

terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh penurunan nefron yang progresif walaupun penyakit dasarnya tidak aktif lagi.

2.1.5 Perjalanan Klinik Gagal Ginjal Kronik

Menurut Price & Wilson (1995), perjalanan umum gagal ginjal progresif dapat dibagi menjadi tiga stadium.

- a. Stadium pertama
- b. Stadium kedua
- c. Stadium ketiga

2.1.6 Manifestasi Klinis Gagal Ginjal Kronik

Menurut Smelzer dan Bare (2016), manifestasi gagal ginjal kronik terbagi menjadi berbagai sistem yaitu:

Tabel 2.3 Manifestasi Gagal Ginjal Kronik

Sistem	Manifestasi Klinis
Kardiovaskuler	Hipertensi, <i>friction rub</i> perikardial, pembesaran vena leher
Integumen	Edema periorbital, pitting edema (kaki, tangan, sacrum).Warna kulit abu-abu mengkilat, kulit kering bersisik, pruritus, ekimosis, kuku tipis dan rapuh, rambut tipis dan kasar.
Pulmoner	<i>Crackles</i> , sputum kental dan kiat, nafas dangkal
Gastrointestinal	Nafas berbau amonia, ulserasi dan perdarahan
	lewat mulut, anoreksia, mual dan muntah, konstipasi dan diare, perdarahan dari saluran GI
Neuro	Kelemahan dan keletihan, konfusi disorientasi, kejang, kelemahan pada tungkai
Muskuloskeletal	Kram otot dan kekuatan otot hilang, fraktur tulang, edema pada ekstremitas

Reproduksi	Amenore
Perkemihan	Oliguri, anuria, dan proteinuria

2.1.7 Komplikasi Gagal Ginjal Kronik

Menurut Brunner dan Suddarth (2016), komplikasi potensial gagal ginjal kronik yang memerlukan pendekatan kolaboratif dalam perawatan mencakup:

- a. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diit berlebih.
- b. Perikarditis, efusi perikardial dan tamponade jantung akibat retensi produksi sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
- c. Hipertensi akibat retensi cairan dalam natrium serta malfungsi sistem renin angiotensin, aldosteron.
- d. Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi.
- e. Penyakit tulang serta klasifikasi metastatik akibat retensi fosfat kadar kalium serum yang rendah.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik Gagal Ginjal Kronik

Menurut Syamsiah (2016), ada beberapa pemeriksaan diagnostik untuk gagal ginjal kronik antara lain:

- a. Pemeriksaan laboratorium
- b. Pemeriksaan radiologi
- c. Biopsi ginjal

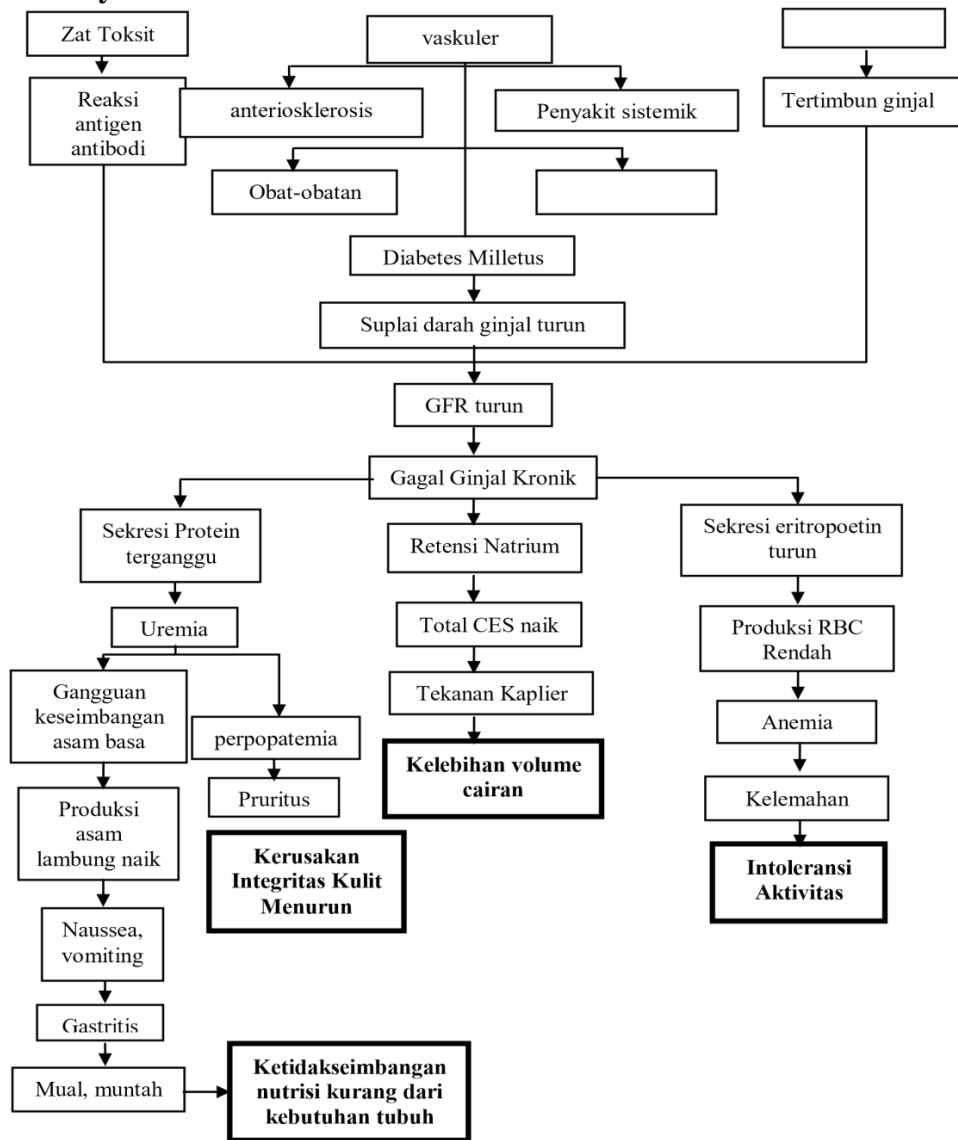
Untuk mendiagnosa kelainan ginjal dengan mengambil jaringan ginjal lalu dianalisa. Biasanya biopsi dilakukan pada kasus glomerulonefritis, sindrom nefrotik, penyakit ginjal bawaan dan perencanaan transplantasi ginjal.

2.1.9 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik

Menurut Suhardjono (2016), penatalaksanaan gagal ginjal kronik meliputi:

- a. Penatalaksanaan konservatif gagal ginjal kronik lebih bermanfaat bila penurunan faal ginjal masih ringan, yaitu dengan memperlambat progresif gagal ginjal, mencegah kerusakan lebih lanjut, pengelolaan uremia dan komplikasinya, kalsium dan fosfor serum harus dikendalikan dengan diet rendah fosfor dan hiperurisemia.
- b. Dialisis Peritoneal (DP)
- c. Hemodialisa
- d. Tranplantasi ginjal (TG)
 1. Transplantasi Ginjal Donor Hidup (TGHD)
 2. Transplantasi Ginjal Donor Jenazah (TGDJ)

2.1.10 Pathway



2.2 Konsep Kelebihan Volume Cairan

Konsep Kelebihan Volume Cairan menurut Andi Eka Pranata tahun 2013 adalah sebagai berikut :

2.2.1 Definisi

Gangguan volume cairan adalah suatu keadaan ketika individu beresiko mengalami penurunan, peningkatan, atau perpindahan cepat dari satu kelainan cairan intravaskuler, interstisial dan intraseluler.

2.2.2 Penyebab Kelebihan Volume Cairan

Overhidrasi terjadi jika asupan cairan lebih besar daripada pengeluaran cairan. Kelebihan cairan dalam tubuh menyebabkan konsentrasi natrium dalam aliran darah menjadi sangat kecil. Minum air dalam jumlah yang sangat banyak biasanya tidak menyebabkan overhidrasi jika kelenjar hipofisis, ginjal dan jantung berfungsi secara normal.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan dan analisis informasi secara sistematis dan berkelanjutan. Pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data dan menempatkan data ke dalam format yang terorganisir (Rosdahl dan Kowalski, 2017).

- a. Identitas
- b. Usia
- c. Jenis Kelamin
- d. Keluhan Utama
- e. Riwayat Kesehatan Sekarang

- f. Riwayat Kesehatan Dahulu
- g. Riwayat Kesehatan Keluarga
- h. Pola kesehatan sehari-hari
- i. Pemeriksaan Fisik
- j. Pemeriksaan balance cairan
- k. Pemeriksaan *pitting edema*

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan mengenai masalah kesehatan klien yang aktual atau potensial yang dapat dikelola melalui intervensi keperawatan mandiri. Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang ringkas, jelas, berpusat pada klien dan spesifik pada klien (Kowalski, 2018).

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Menurut Kowalski (2018), rencana keperawatan adalah pedoman formal untuk mengarahkan staf keperawatan untuk memberi asuhan klien. Biasanya berdasarkan prioritas, hasil yang diharapkan (sasaran jangka pendek atau panjang) dan program keperawatan.

Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi	Rencana keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Kelebihan Volume Cairan Berhubungan dengan : - Mekanisme pengaturan melemah - Asupan cairan berlebihan DO/DS : - Berat badan meningkat pada waktu yang singkat - Asupan	NOC : 1. Elektrolit and acid base balance 2. Fluid balance 3. Hydration Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Kelebihan volume cairan teratasi dengan kriteria: 1. Terbebas dari edema, efusi,	NIC : 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Pasang urin kateter jika diperlukan 3. Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin) 4. Monitor vital sign 5. Monitor indikasi retensi / kelebihan
- berlebihan - dibanding output - Distensi vena - jugularis Perubahan pada pola nafas, dyspnoe/sesak nafas, orthopnoe, suara nafas abnormal (Rales atau crackles), , pleural effusion Oliguria, azotemia Perubahan status mental, kegelisahan, kecemasan	anaskara 2. Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu 3. Terbebas dari distensi vena jugularis, 4. Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign DBN 5. Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau bingung	cairan (crackles, CVP , edema, distensi vena leher, asites) 6. Kaji lokasi dan luas edema 7. Monitor masukan makanan / cairan 8. Monitor status nutrisi 9. Berikan diuretik sesuai interuksi 10. Kolaborasi pemberian obat: 11. Monitor berat badan 12. Monitor elektrolit 13. Monitor tanda dan gejala dari edema

2.3.5 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor- faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Nursalam, 2017).

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian terakhir didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (Nursalam, 2017).

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian, mulai tahap persiapan sampai tahap penyusunan masalah dalam penelitian (Setyosari, 2016).

3.2 Batasan Istilah

- a. Asuhan keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dari pengkajian sampai evaluasi yang merupakan pekerjaan dari seseorang perawat dalam menjalankan tugas dan kewajibannya serta peran dan fungsinya terhadap pasien dan dilaksanakan berdasarkan kaidahkaidah ilmu keperawatan.
- b. Klien adalah penerima jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit baik dalam keadaan sakit maupun sehat
2. Gagal Ginjal Kronik adalah suatu keadaan penurunan kemampuan ginjal dalam mempertahankan fungsinya yang terjadi dalam jangka waktu yang lama.

3.3 Partisipan

- a. Klien gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan
- b. Klien dirawat di ruang Melati RSUD Bangil dalam keadaan sadar
- c. Bersedia menjadi responden

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

3.4.2 Waktu Penelitian

Pada studi kasus ini penelitian dimulai pada bulan Januari 2020.

3.5 Pengumpulan Data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan:

- a. Wawancara
- b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik
- c. Studi dokumentasi

3.6 Uji Keabsahan Data

- a. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas hasil yang diinginkan. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 3 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus di perpanjang dua hari, sehingga waktu yang diperlukan dalam studi kasus adalah 5 hari, bila perlu tetap mengawasi klien sampai klien dianjurkan pulang.
- b. Member checking merupakan metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data dengan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah di peroleh. Adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu klien lain yang menderita penyakit yang sama, perawatan yang berada diruangan tersebut, dan keluarga.

3.7 Analisis Data

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain, sehingga dapat dengan mudah di pahami (Sugiyono, 2015).

3.8 Etika Penelitian

Etika adalah ilmu/pengetahuan tentang apa yang dilakukan (pola perilaku) orang, atau pengetahuan tentang adat kebiasaan orang. Sedangkan penelitian adalah upaya mencari kebenaran terhadap semua fenomena kehidupan manusia, baik yang menyangkut fenomena alam maupun sosial, budaya, pendidikan, kesehatan, ekonomi, politik, dan sebagainya. Jadi, Etika Penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti (subjek penelitian) dan masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut. Etika penelitian ini mencakup juga perilaku peneliti atau perlakuan peneliti terhadap subjek penelitian serta sesuatu yang dihasilkan oleh peneliti bagi masyarakat (Soekidjo, 2014).

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada studi kasus ini dilaksanakan di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan yang beralamat di Jl. Raya Raci - Bangil Balungbendo Masangan Bangil Pasuruan. Ruang melati memiliki 120 tempat tidur pasien yang terdiri dari kelas 3 ada 94 tempat tidur pasien dan isolasi ada 26 empat tidur pasien.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Identiras klien

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. E	Tn. G
Umur	45 tahun Islam	48 tahun Islam
Agama	SMA	SMA
Pendidikan	Wiraswasta	Wiraswasta
Pekerjaan	Menikah	Menikah
Status Perkawinan	Tambakan, Bangil	Latek, Bangil
Alamat	Jawa / WNI	Jawa / WNI
Suku / bangsa	15/02/2020	16/02/2020
Tanggal MRS	16/02/2020	16/02/2020
Tanggal Pengkajian	11.00 WIB	12.00 WIB
Jam Masuk	321XXX	512XXX
No. RM	Gagal Ginjal Kronik	Gagal Ginjal Kronik
Diagnosa Masuk		

Sumber: Data primer, 2020

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan sakit pingang, sesak nafas, wajah dan kaki tiba-tiba bengkak. tangan dan kaki terasa bengkak.	Klien mengatakan mudah lelah, mual, sakit pingang
Riwayat penyakit mengatakan sejak 2 hari yang lalu selalu merasa mual, sakit pingang dan kaki terasa bengkak.	Klien mengatakan sejak 3 hari yang lalu sakit pingang, wajah dan kaki tiba-tiba bengkak. Kemudian keluarga klien di bawa ke IGD RSUD Bangil dan dokter menyarankan untuk rawat inap.	Klien mengatakan sesak nafas, tiba-tiba bengkak. Kemudian keluarga membawa klien di bawa Bangil dan dokter menyarankan untuk rawat inap
Riwayat penyakit tidak pernah dahulu seperti saat ini dengan diagnosa medis batu saluran kemih.	Klien mengatakan sebelumnya pernah masuk rumah sakit dan tidak memiliki penyakit lain yang kronik.	Klien mengatakan menderita sakit
Riwayat penyakit dikeluarganya keluarga mempunyai	Klien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit seperti klien.	Klien mengatakan tidak ada yang riwayat penyakit
Riwayat psikososial beranggapan	Respon klien terhadap penyakitnya : Klien beranggapan bahwa penyakitnya ini akibat dari kebiasaan klien yang senang mengonsumsi minuman bersoda dan beralkohol.	Respon klien terhadap penyakitnya : Klien beranggapan bahwa penyakitnya ini akibat dari pola kebiasaan klien yang senang mengonsumsi oplosan dan pel pegel linu.

Riwayat Klien mengatakan meski walaupun spiritual sedang sakit selalu berdo'a dan kesembuhannya hidup yang kurang baik.

Sumber: Data primer, 2020

Tabel 4.3 Pola kesehatan (pendekatan gordon / pendekatan sistem)

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola Manajemen kesehatan	Klien mengatakan saat sakit hanya beli obat dari apotek saja. Jarang priksa ke pelayanan kesehatan.	Klien mengatakan saat sakit biasanya membeli obat di warung dekat rumah. Klien tidak pernah priksa ke pelayanan kesehatan
Pola nutrisi	Di rumah: Klien mengatakan selara makan baik, makan 3x/ hari dengan porsi sedang menu nasi, lauk pauk, sayuran, minum air putih kurang lebih 1500 ml/ hari.	Di rumah: Klien mengatakan selara makan baik, makan 3x/ hari dengan porsi cukup menu nasi, sayuran, minum air putih kurang lebih 2000 ml/ hari.
	Di Rumah Sakit: Klien mengatakan selara makan menurun, makan 3x/ hari dengan menu diit dari ahli gizi minum klien dibatasi kurang lebih 700ml/ hari minum dibatasi.	Di Rumah Sakit: Klien mengatakan selara makan menurun, makan 3x/ hari dengan menu diit dari ahli gizi, minum klien dibatasi kurang lebih 700 ml / hari.
Pola Eliminasi	Di rumah: Klien mengatakan BAK kurang lebih 4-5 x/hari	Di rumah: Klien mengatakan BAK kurang lebih 4-5 x/hari
	warna kuning jernih, bau khas amoniak. BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak warna kuning.	warna kuning jernih, bau khas moniak. BAB 1x / hari dengan konsistensi lunak warna kecoklatan
	Di Rumah Sakit: Klien mengatakan selama di rumah sakit BAK melalui kateter 500 ml / 24 jam, warna kuning sedikit merah, bau khas amoniak. Selama di rumah sakit klien belum bisa BAB.	Di Rumah Sakit: Klien mengatakan selama di rumah sakit BAK melalui kateter 550 ml / 24 jam, warna kuning, bau khas amoniak. Selama di rumah sakit klien belum BAB.
Pola Istirahat Tidur	Di rumah: Klien mengatakan tidur kurang lebih selama 7–8 jam/ hari tidak ada gangguan tidur.	Di rumah: Klien mengatakan tidur kurang lebih selama 8–9 jam / hari tidak ada gangguan tidur.

	Di Rumah Sakit: Klien mengatakan tidur 2–4 jam/hari, sering terbangun saat suasana ruangan rame pengunjung	Di Rumah Sakit: Klien mengatakan tidur 4–5 jam/ hari, kadang kadang terbangun karena klien tidak terbiasa suasana dirumah sakit.
Pola Aktivitas	Di Rumah :Klien mengatakan selalu melakukan kegiatan sehari – hari dengan mandiri.	Di Rumah :Klien mengatakan selalu melakukan kegiatan sehari – hari dengan mandiri.
	Di Rumah Sakit: Klien mengatakan selama di rumah sakit kegiatan klien sepenuhnya dibantu keluarga	Di Rumah Sakit: Klien mengatakan selama di rumah sakit kegiatan klien sepenuhnya dibantu keluarga
Pola Reproduksi Seksual	Klien mengatakan sudah menikah dan memiliki 2 anak.	Klien mengatakan sudah menikah dan memiliki 1 anak.
Pola Penanggulan gan Stress	Klien mengatakan tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah selalu membicarakannya dengan keluarga untuk menentukan jalan keluarnya.	Klien mengatakan tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah selalu membicarakannya dengan keluarga untuk menentukan jalan keluarnya.

Sumber: Data primer, 2020

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik (Pendekatan Sistem)

Observasi	Klien 1	Klien 2
Suhu	36 °C	37 °C
Nadi	84 x / menit	82 x / menit
Respirasi	30 x / menit	24 x / menit
Tensi darah	150 /100 mmHg	140 /100 mmHg
Kesadaran	<i>Composmentis</i>	<i>Composmentis</i>
GCS	4 – 5 – 6	4 – 5 – 6
Keadaan Umum	Lemah (+), sesak (+), nyeri pingang (+), edema wajah dan ekstremitas bawah (+).	Lemah (+), mual (+), nyeri pingang (+), edema ekstremitas atas dan bawah (+)

<p>Pemeriksaan Fisik 6B B1 (<i>Breathing</i>)</p>	<p>Inspeksi: bentuk dada simestris, pola napas cepat dalam, pergerakan dinding dada normal, ada tarikan otot bantu, RR: 30 x/menit. Terpasang O²: 2 lpm Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan benjolan. Perkusi: sonor Auskultasi: vesikuler</p>	<p>Inspeksi: bentuk dada simestris, pola napas teratur, pergerakan dinding dada normal, tidak ada tarikan otot bantu RR: 24 x/menit. Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan benjolan. Perkusi: sonor Auskultasi: vesikuler</p>
<p>B2 (<i>Blood</i>)</p>	<p>Inspeksi: konjungtiva merah muda, sklera putih. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, CRT > 2 detik. Perkusi : jantung pekak. Auskultasi: irama jantung reguler, TD: 120 /80 mmHg, N: 84 x/ menit.</p>	<p>Inspeksi: konjungtiva merah muda, sklera putih. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, CRT > 2 detik. Perkusi : jantung pekak. Auskultasi: suara irama jantung reguler, TD: 130 /80 mmHg, N: 82 x/ menit.</p>
<p>B3 (<i>Brain</i>)</p>	<p>Inspeksi: Kesadaran <i>Composmentis</i>, GCS : 4 5 6, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada gangguan pendengaran. Pusing (-).</p>	<p>Inspeksi: Kesadaran <i>Composmentis</i>, GCS : 4 5 6, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada gangguan pendengaran. Pusing (-).</p>
<p>B4 (<i>Bladder</i>)</p>	<p>Inspeksi: tidak ada lesi, terpasang catheter, produksi urine 500 ml / 24 jam Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan pada kandung kemih, tidak ada pembesaran kandung kemih, ada nyeri tekan</p>	<p>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, ada nyeri tekan</p>
	<p>pada ginjal/ pinggang</p>	<p>pada ginjal/ pinggang</p>

B5 (<i>Bowel</i> dan reproduksi)	<p>Inspeksi: mukosa bibir kering, tidak ada nyeri telan, bentuk abdomen simetris, Berat badan 65 kg.</p> <p>Palpasi: tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar.</p> <p>Perkusi:Suara timpani.</p> <p>Auskultasi: bising usus 11x/menit.</p>	<p>Inspeksi: mukosa bibir kering, tidak muntah tetapi mual, tidak ada nyeri telan, bentuk abdomen simetris, berat badan 60 kg. Palpasi: tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar.</p> <p>Perkusi:Suara timpani.</p> <p>Auskultasi: bising usus 10x/menit</p>								
B6(<i>Bone, muskuloskeletal</i>)	<p>Inspeksi : Edema pada wajah ekstermitas bawah sebelah kanan dan kiri, pitting edema >4 detik, pergerakan sendi bebas, kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="651 920 791 999"> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> </table> <p>Palpasi: kulit lembab, akral dingin, turgor kulit kurang</p>	5	5	5	5	<p>Inspeksi : Edema pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kanan dan kiri, pitting edema >4 detik pergerakan sendi bebas, kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="981 920 1121 999"> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> </table> <p>Palpasi: kulit lembab, akral dingin, turgor kulit kurang</p>	5	5	5	5
5	5									
5	5									
5	5									
5	5									

Sumber: Data primer, 2020

Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
	Klien 1 Tgl 15/02/2020	Klien 2 Tgl 16/02/2020	

Hematologi			
Darah lengkap			
- Hemoglobin	14,2	16,2	11, 4 - 17, 7 g/dl
- Lekosit	15. 300	16. 200	4.700-
- Hematokrit	37, 1	40, 4	10.300/cmm
- Eritrosit	4.010	3.100	37 – 48 %
- Trombosit	320.000	312.000	L : 4.5-5,5 P :
- Hitung jenis			4-5 150.000
• Eosinofil	-	-	-
• Basofil	-	- -	350.000/cmm.
• Batang	-	60	1 – 3 % -
• Segmen	58	29	
• Limfosit	32	10	3 -5 %
• Monosit	12		50 – 65 %
Kimia klinik		98	25 – 35 %
- Cl	96	148	4 – 10 %
- Natrium	149		
- Kalium	3.13	5, 23	96 – 100 meq/l
- Glukosa darah sewaktu	107	110	136 – 144
- SGOT			meq/l 3, 80 – 5,
- SGPT	22	25	50 meq/l <
- Kreatinin serum	21	22	200 mg/dl
	5, 24	4,22	
- Urea			< 38 u/l
P Kimia klinik	70, 5	64, 1	< 40 u/l L <
- Glukosa darah puasa			1,5 P < 1,2
- Glukosa 2 jpp	100	90	mg/dl
- Kolesterol total	133	120	10 – 50 mg/dl
- HDL kolesterol	245	205	70 – 110 mg/dl
	37	48	< 126 mg/dl
- LDL kolestrol - Trigliserida	84	103	< 200 mg/dl
	124	87	L > 35 P : 45
- Asam urat			< 160 mg/dl
	09	03	< 200 mg/dl
			6 – 7, 0 mg/dl

Sumber: Laboraturium RSUD Bangil, 2020

Tabel 4.6 Terapi medik

Terapi Medik			
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
P/o Asam Folat	2 x 1 tablet	Injeksi Ranitidin	3 x 50 mg
Injeksi Antrain	2 x 10 mg	P/o Asam Folat	2 x 1 tablet
		Injeksi Antrain	2 x 10 mg

Sumber: rekam medik, 2020

Tabel 4.7 Penghitungan *Balance Cairan*

Hari	Klien 1	Klien 2
Hari ke – 1 Senin 17/02/2020	Input Cairan Cairan infus Obat injeksi 500 cc Asupan Makan, 40 cc Minum 700 cc Total Output Cairan Urine 1240 cc IWL 500 cc Total 37,35 cc 537,35 cc <i>Balance cairan =</i> 12 40 cc – 537,35 cc = + 702,65 cc	Input Cairan Cairan infus Obat injeksi 500 cc Asupan Makan, 40 cc Minum 650 cc Total Output Cairan Urine IWL 1190 cc Total 550 cc 42,23 cc <i>Balance cairan =</i> 11 = + 90 cc – 592,23 cc 591,77 cc
Hari ke – 2 Selasa 18/02/2020	Input Cairan Cairan infus 500 cc Obat injeksi 40 cc Asupan Makan, 600 cc Minum Total 1140 cc Output Cairan Urine 550 cc IWL 37,35 cc	Input Cairan Cairan infus 500 cc Obat injeksi 40 cc Asupan Makan, 600 cc Minum Total 1140 cc Output Cairan Urine 600 cc IWL 42,23 cc
	Total 587,35 cc <i>Balance cairan =</i> 1140 cc – 587,35 cc = + 552,65 cc	Total 642,23 cc <i>Balance cairan =</i> 1140 cc – 642,23 cc = + 497,77 cc
Hari ke – 3 Senin 19/02/2020	Input Cairan Cairan infus Obat injeksi 500 cc Asupan Makan, 40 cc Minum 550 cc Total Output Cairan Urine IWL 1090 cc Total 550 cc <i>Balance cairan =</i> 109 cc 37,35 cc 587,35 cc = – 587,35 cc 02,65 cc	Input Cairan Cairan infus Obat injeksi 500 cc Asupan Makan, 40 cc Minum 550 cc Total Output Cairan Urine IWL 1090 cc Total 650 cc <i>Balance cairan =</i> 109 cc 42,23 cc 692,23 cc = – 692,23 cc 97,77 cc

Sumber: Data primer

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

	Data	Etiologi	Masalah
Klien 1	<p>Data Subjektif : Klien mengatakan sakit pingang, sesak nafas, wajah dan kaki tiba-tiba bengkak. Data Objektif : - Keadaan Umum : lemah - Kesadaran: <i>composmentis</i> - GCS : 4 5 6 - S : 36 °C, N : 84 x / menit - RR : 30 x / menit, TD : 150 / 100 mmHg - edema pada wajah ekstremitas bawah Pitting edema > 4 detik - CRT > 2 detik - Terpasang O² nasal 2 lpm - Terpasang kateter, produksi urine 500 cc - <i>Balance Cairan</i> + 702,65 cc Input cairan Cairan infus 500 cc Obtinj 40 cc Asupan makan , minum 700cc</p>	<p>Gagal Ginjak Kronik ↓ Retensi Natrium ↓ Total CES naik ↓ Tekanan Kaplier ↓ Kelebihan Volume Cairan</p>	Kelebihan Volume Cairan
	<p>Total 1240 cc Output cairan Urine 500 cc Iwl 37,45 cc Total= 537,35 Balance cairan = 1240-537,35 +702,65 cc Bb = 65 kg</p>		

<p>Klien 2</p>	<p>Data Subjektif : Klien mengatakan mudah lelah, mual, sakit pingang tangan dan kaki terasa bengkak. Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan Umum : lemah - Kesadaran : <i>composmentis</i> - GCS : 4 5 6 - S : 37 °C N : 82 x / menit - RR : 24 x / menit TD : 140 / 100 mmHg <p>terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah Pitting edema > 4 detik, CRT > 2 detik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang kateter, produksi urine 550 cc - <i>Balance Cairan</i> + 591,77 cc <p>Input cairan Cairan inf 500cc Obat inj. 40 cc Asupan makan, minum 650 cc Total = 1190 cc</p> <p>Output cairan Urine 550 cc Iwl= 42,23 cc Total = 592,23 cc Balance cairan = 1190-592,23 = +591,77 cc Bb= 60 kg</p>	<p>Gagal Ginjak Kronik ↓ Retensi Natrium ↓ Total CES naik ↓ Tekanan Kaplier ↓ Kelebihan Volume Cairan</p>	<p>Kelebihan Volume Cairan</p>
-----------------------	--	---	--------------------------------

Sumber: Data primer, 2020

4.1.4 Diagnosa keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan Klien 1, dan Klien 2

Klien	Diagnosa Keperawatan
Klien 1	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan berlebihan
Klien 2	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan berlebihan

Sumber: Data primer, 2020

4.1.5 Intervensi keperawatan

Tabel 4.10 Intervensi Keperawatan Klien 1, dan Klien 2

Diagnosa Keperawatan	Rencana keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Kelebihan Volume Cairan	NOC : 1. <i>Electrolit and acid base balance</i> 2. <i>Fluid balance</i> 3. <i>Hydration</i> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam Kelebihan volume cairan teratasi dengan kriteria:	
	Kriteria hasil	skala
	Terbebas dari edema, efusi, anaskara	4
	Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu	3
	Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign DBN	3
	Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau bingung	4
	NIC : 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Pasang urin kateter jika diperlukan 3. Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urin) 4. Monitor vital sign 5. Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP , edema, distensi vena leher, asites) 6. Kaji lokasi dan luas edema 7. Monitor masukan makanan / cairan 8. Monitor status nutrisi 9. Berikan diuretik sesuai interuksi 10. Kolaborasi pemberian obat 11. Monitor berat badan 12. Monitor elektrolit 13. Monitor tanda dan gejala dari odema 14. Monitor BB, BPH, HR dan RR 15. Monitor serum dan osmilalitas urine 16. Monitor tanda dan gejala dari odema 17. Kolaborasi bemberian diuretik sesuai interuksi 18. Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi 19. Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidak seimbangan cairan 20. Monitor adanya distensi leher	

Sumber: NANDA NIC NOC, (2018)

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan Klien 1, dan
Klien 2

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke-1 Senin, 17 Februari 2020	Paraf	Jam	Hari ke-2 Selasa, 18 Februari 2020	Paraf	Jam	Hari ke-3 Rabu, 19 Februari 2020	Paraf
-----------------------------	------------	---	--------------	------------	---	--------------	------------	---	--------------

Klien 1 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan berlebihan	08.15	Mengkaji lokasi edema: wajah dan eksterimitas bawah		08.00	Memonitor tanda dan gejala dari odema: pitting edema > 4 detik		08.15	Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat: Balance cairan = 1090 cc – 587,35 cc = + 502,65 cc		
	08.50	Memonitor masukan cairan: Infus NaCl 0,9 % 500 cc		08.15	Mengkaji lokasi edema: wajah dan eksterimitas bawah		08.50	Memonitor tanda dan gejala dari odema: pitting edema > 4 detik		
	09.00	Memonitor berat badan: 65 Kg		09.00	Memonitor berat badan: 65 Kg		09.00	Mengkaji lokasi edema: eksterimitas bawah		
	10.00	Berkolaborasi pemberian obat: Injeksi Lasix 3 x 40 mg P/o Asam Folat 2 x 1 tablet Injeksi Antrain 2 x 10 mg		10.15	Memonitor masukan cairan: Infus NaCl 0,9 % 500 cc		10.10	Memonitor berat badan: 64 Kg		
	12.00	Mengobservasi TTV: TD 150/100 mmhg N 84 x/mnt S 36 °C RR 30 x/mnt		11.20	Berkolaborasi pemberian obat: Injeksi Lasix 3 x 40 mg P/o Asam Folat 2 x 1 tablet Injeksi Antrain 2 x 10 mg		10.30	Memonitor masukan cairan: Infus NaCl 0,9 % 500 cc		
				11.40	Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat: Balance cairan = 1140 cc – 587,35 cc = + 552,65 cc		11.00	Berkolaborasi pemberian obat: Injeksi Lasix 3 x 40 mg P/o Asam Folat 2 x 1 tablet Injeksi Antrain 2 x 10 mg		
				12.00	Mengobservasi TTV:TD 140/90 mmhg N 82x/mnt S 36,4 °C RR 26 x/mnt		12.00	Mengobservasi TTV:TD 130/90 mmhg N 80x/mnt S 36 °C RR 24 x/mnt		
	Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke-1 Senin, 17 Februari 2020	Paraf	Jam	Hari ke-2 Selasa, 18 Februari 2020	Paraf	Jam	Hari ke-3 Rabu, 19 Februari 2020	Paraf

Klien 2 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan berlebihan	08.15	Mengkaji lokasi edema: atas dan eksterimitas bawah	08.00	Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat: Balance cairan = 1140 cc – 642,23 cc = + 497,77 cc	08.15	Memonitor tanda dan gejala dari edema: pitting edema > 4 detik
	08.50	Memonitor masukan cairan: Infus NaCl 0,9 % 500 cc	08.15	Memonitor tanda dan gejala dari edema: pitting edema > 4 detik	08.50	Mengkaji lokasi edema: eksterimitas bawah
	09.10	Memonitor berat badan: 60 Kg	09.00	Mengkaji lokasi edema: eksterimitas atas bawah	09.10	Memonitor berat badan: 60 Kg
	11.00	Berkolaborasi pemberian obat: Injeksi Lasix 3 x 40 mg Injeksi Ranitidin 3 x 50 mg P/o Asam Folat 2 x 1 tablet Injeksi Antrain 2 x 10 mg	10.15	Memonitor berat badan: 60 Kg	09.30	Memonitor masukan cairan: Infus NaCl 0,9 % 500 cc
	11.15	Mengobservasi TTV: TD 140/100 mmhg N 84 x/mnt S 37 °C RR 24 x/mnt	10.30	Memonitor masukan cairan: Infus NaCl 0,9 % 500 cc	10.00	Berkolaborasi pemberian obat: Injeksi Lasix 3 x 40 mg Injeksi Ranitidin 3 x 50 mg P/o Asam Folat 2 x 1 tablet Injeksi Antrain 2 x 10 mg
			11.00	Berkolaborasi pemberian obat: Injeksi Lasix 3 x 40 mg Injeksi Ranitidin 3 x 50 mg P/o Asam Folat 2 x 1 tablet Injeksi Antrain 2 x 10 mg	10.20	Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat: Balance cairan = 1090 cc – 692,23 cc = + 397,77 cc
			11.30	Mengobservasi TTV:TD 130/90 mmhg N 80x/mnt S 36,2 °C RR 22 x/mnt	11.30	Mengobservasi TTV:TD 120/80 mmhg N 80 x/mnt S 36,6 °C RR 22 x/mnt

Sumber: Data primer, 2020

4.1.7 Evaluasi keperawatan

Tabel 4.12 Evaluasi keperawatan Klien 1 dan Klien

2

Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1	Paraf	Hari ke-2	Paraf	Hari ke-3	Paraf
	Senin, 17 Februari 2020		Selasa, 18 Februari 2020		Rabu, 19 Februari 2020	
Klien 1 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan berlebihan	S : Klien mengatakan sakit pingang, sesak nafas, wajah dan kaki tiba-tiba bengkak. O : 1. Edema wajah dan eksterimitas bawah Pitting edema +4 2. Bunyi nafas bersih RR 26x/mnt 3. TTV : TD 150/90 mmhg , N 84 x/mnt , S 37 °C 4. K/u : Lemah px terlihat cemas A : Masalah belum teratasi P : Intervensi keperawatan dilanjutkan 1. Monitor vital sign 2. Kaji lokasi dan luas edema 3. Monitor masukan makanan / cairan 4. Kolaborasi pemberian obat 5. Monitor berat badan		S : Klien mengatakan sakit pingang sudah berkurang, sudah tidak sesak nafas, wajah dan kaki tetap bengkak. O : 1. Edema eksterimitas bawah Pitting edema +3 2. Bunyi nafas bersih RR 26x/mnt 3. TTV : TD:130/90 mmHg , N : 82 x/mnt , S : 36,2°C 4. k/u Lemah px terlihat cemas A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi keperawatan dilanjutkan 1. Kaji lokasi dan luas edema 2. Monitor vital sign 3. Monitor masukan makanan / cairan 4. Kolaborasi pemberian obat 5. Monitor berat badan		S : Klien mengatakan sudah tidak sakit pingang, wajah sudah tidak bengkak tetapi kaki tetap bengkak. O : 1. edema eksterimitas bawah Pitting edema + 1 2. bunyi nafas bersih RR 24x/mnt 3. TTV : TD : 100/80 mmHg , N 80 x/mnt , S : 36°C 4. k/u : lemah A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi keperawatan dilanjutkan 5. Monitor vital sign 6. Kaji lokasi dan luas edema 7. Monitor masukan makanan / cairan 8. Kolaborasi pemberian obat 9. Monitor berat badan	

<p>Klien 2</p> <p>Kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan berlebihan</p>	<p>S : Klien mengatakan mudah lelah, mual, sakit pinggang tangan dan kaki terasa bengkak.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema atas dan eksterimitas bawah Pitting edema +4 2. Bunyi nafas bersih RR 24x/mnt <p>TTV : TD : 140/100 mmHg N : 82 x/mnt S : 37 °C</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. k/u : lemah px tampak cemas 	<p>S : Klien mengatakan masih , sakit pinggang sudarang, dan tangakaki a bengkak.</p> <p>ter:</p> <p>O : Edema atas dan eksterimitas bawah Pitting edema +2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eksterimitas bawah Pitting edema +2 2. TTV : TD : 130/90 mmHg 3. N : 84 x/mnt S : 36,8 °C k/u : lemah px 4. tampak cemas 	<p>lien mengatakan h tidak mual dan . sakit pingang, in sudah tidak kak tetapi kaki h</p> <p>teraskak. benq</p> <p>O : Edema</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eksterimitas bawah Pitting edema +1 2. Bunyi nafas bersih RR 20x/mnt <p>TTV : TD : 120/80 mmHg N : 82 x/mnt S : 36 °C k/u : lemah</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 	
	<p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji lokasi dan luas edema 2. Monitor vital sign 3. Monitor masukan makanan / cairan 4. Kolaborasi pemberian obat 5. Monitor berat badan 	<p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor vital sign 2. Kaji lokasi dan luas edema 3. Monitor masukan makanan / cairan 4. Kolaborasi pemberian obat 5. Monitor berat badan 	<p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor vital sign 2. Kaji lokasi dan luas edema 3. Monitor masukan makanan / cairan 4. Kolaborasi pemberian obat 5. Monitor berat badan 	

Sumber : data primer, 2020

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada klien 1 mengatakan sakit pingang, sesak nafas, wajah dan kaki tiba-tiba bengkak. Keadaan Umum : lemah Kesadaran: composmentis, GCS : 4 5 6, S : 36 oC, N : 84 x / menit, RR : 30 x / menit, TD : 150 / 100 mmHg, edema pada wajah ekstremitas bawah Pitting edema

+4, CRT > 2 detik, Terpasang O₂ nasal 2 lpm, Terpasang kateter, produksi urine 500 cc, Balance Cairan + 702,65 cc. Sedangkan klien 2 mengatakan mudah lelah, mual, sakit pinggang tangan dan kaki terasa bengkak. Keadaan Umum : lemah, Kesadaran : composmentis, GCS : 4 5 6, S : 37 oC N : 82 x / menit, RR : 24 x / menit TD : 140 / 100 mmHg, terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah Pitting edema + 4 , CRT > 2 detik, Terpasang kateter, produksi urine 550 cc, Balance Cairan + 591,77 cc.

Berdasarkan data dan fakta tersebut menurut peneliti tidak terjadi kesenjangan antara data dan fakta, akan tetapi adanya perbedaan keluhan pada kedua klien, pada klien 1 mengeluh sesak nafas hal ini terjadi karena *volume* vaskular yang meningkat yang menyebabkan edema pada pulmonal sehingga terjadi sesak. Sedangkan klien 2 mengeluh 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 Smelzer dan Bare (2016), manifestasi gagal ginjal kronik terbagi menjadi berbagai sistem yaitu: Kardiovaskuler: Hipertensi, friction rub perikardial, pembesaran vena leher. Integumen: Edema periorbital, pitting edema (kaki, tangan, sacrum). Warna kulit abu-abu mengkilat, kulit kering bersisik, pruritus, ekimosis, kuku tipis dan rapuh, rambut tipis dan kasar. Pulmoner Crackles, sputum kental dan kiat, nafas dangkal. Gastrointestinal: Nafas berbau amonia, ulserasi dan perdarahan lewat mulut, anoreksia, mual dan muntah, konstipasi dan diare, perdarahan dari saluran GI. Neuro: Kelemahan dan keletihan, konfusi disorientasi, kejang, kelemahan pada tungkai. Muskuloskeletal: Kram otot dan kekuatan otot hilang, fraktur

tulang, edema pada ekstremitas. Reproduksi: Amenore. Perkemihan: Oliguri, anuria, dan proteinuria.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan ada pengkajian dari keluhan kedua klien dapat ditarik kesimpulan diganosa keperawatan untuk kedua klien yaitu Kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan berlebihan.

Menurut peneliti berdasarkan data dan fakta tersebut tidak terjadi kesenjangan antara data dan fakta, diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan keluhan dan data pengkajian yang didapat oleh peneliti.

Gagal ginjal kronis merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit (Brunner & Suddarth, 2013). Kegagalan mempertahankan keseimbangan cairan akan menyebabkan akumulasi cairan. Akumulasi cairan bisa terjadi pada edema interstitial, disfungsi organ viseromegali dan akhirnya akan terjadi disfungsi organ (Kresnoadi, 2018). Akumulasi cairan berlebih di dalam tubuh disebut kelebihan volume cairan (NANDA, 2018).

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 1 dan klien 2 yaitu : Kaji lokasi dan luas edema, Monitor vital sign, Monitor masukan makanan / cairan, Kolaborasi pemberian obat, Monitor berat badan.

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. Pada klien 1 intervensi manajemen cairan yang diberikan memberikan efek edema pada wajah klien berkurang sedangkan pada klien 2 intervensi manajemen cairan yang diberikan memberikan efek edema pada wajah dan kaki klien berkurang.

Menurut Kowalski (2018) Intervensi keperawatan dengan diganosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan berlebihan yaitu pertahankan catatan intake dan output yang akurat, pasang urin kateter jika diperlukan, Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN, Hmt, osmolalitas urin), Monitor vital sign, Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP, edema, distensi vena leher, asites), Kaji lokasi dan luas edema, Monitor masukan makanan / cairan, Monitor status nutrisi, Berikan diuretik sesuai interuksi, Kolaborasi pemberian obat, Monitor berat badan, Monitor elektrolit, Monitor tanda dan gejala dari odema.

4.2.4 Implemtasi keperawatan

Implementasi keperawatan untuk kedua klien sudah diberikan berdasarkan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan akan tetapi untuk terapi medis yang membedakan klien 1 Injeksi Lasix 3 x 40 mg, P/o Asam Folat 2 x 1 tablet, Injeksi Antrain 2 x 10 mg sedangkan klien 2 Injeksi Lasix 3 x 40 mg, Injeksi Ranitidin 3 x 50 mg, P/o Asam Folat 2 x 1 tablet, Injeksi Antrain 2 x 10 mg.

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.

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik sangat beraneka ragam. Akan tetapi untuk mengatasi masalah cairan pada pasien dengan gagal ginjal kronik dapat diberikan asuhan keperawatan, pendidikan kesehatan dan pengkajian lama pasien mengalami hemodialisa. Hal ini didukung dengan beberapa studi terdahulu. Melakukan asuhan keperawatan dalam pembatasan cairan dan elektrolit pasien dapat mempertahankan BB ideal dan tidak mengalami overload cairan (Nurlina, 2018).

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Berdasarkan implementasi yang dilakukan selama tiga hari maka didapatkan hasil dari evaluasi keperawatan klien 1 pada hari ke tiga yaitu masalah dapat teatasi sebagian klien mengatakan sudah tidak sakit pingang, wajah sudah tidak bengkak tetapi kaki tetap bengkak. Sedangkan klien 2 pada hari ke tiga yaitu masalah dapat teatasi sebagian klien mengatakan sudah tidak mual dan tidak sakit pingang, tangan sudah tidak bengkak tetapi kaki terasa masih bengkak.

Menurut peneliti klien 1 dan klien 2 menunjukkan kemajuan yang signifikan meskipun kedua klien masih bengkak pada kaki tetapi keluhan lain yang klien rasakan teratasi dan kedua klien menunjukkan kemajuan yang bagus dalam mengontrol kelebihan cairan dalam tubuhnya.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam Kelebihan volume cairan teratasi dengan kriteria Terbebas dari edema, efusi, anaskara. Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu. Memelihara tekanan vena

sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign DBN. Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau bingung (Kowalski, 2018).

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan

- a. Berdasarkan pengkajian pada klien 1 mengatakan sakit pingang, sesak nafas, wajah dan kaki tiba-tiba bengkak. Sedangkan klien 2 mengatakan mudah lelah, mual, sakit pingang tangan dan kaki terasa bengkak. Kedua klien mengalami hipernatremia sehingga terjadi retensi cairan yang menyebabkan terjadinya edema.
- b. Diagnosa Keperawatan yang muncul pada klien 1 dan 2, yaitu gagal ginjal kronik berhubungan dengan kelebihan volume cairan, ditandai dengan edema klien 1 edema pada wajah ekstermitas bawah dan klien 2 edema pada ekstermitas atas dan bawah.
- c. Intervensi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yaitu : Kaji lokasi dan luas edema, Monitor vital sign, Monitor masukan makanan / cairan, Kolaborasi pemberian obat, Monitor berat badan.
- d. Implementasi keperawatan untuk kedua klien sudah diberikan berdasarkan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan akan tetapi untuk terapi medis yang membedakan klien 1 Injeksi Lasix 3 x 40 mg, P/o Asam Folat 2 x 1 tablet, Injeksi Antrain 2 x 10 mg sedangkan klien 2 Injeksi Lasix 3 x 40 mg, Injeksi Ranitidin 3 x 50 mg, P/o Asam Folat 2 x 1 tablet, Injeksi Antrain 2 x 10 mg.
- e. Evaluasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan kemajuan yang signifikan meskipun kedua klien masih bengkak pada kaki tetapi

keluhan lain yang klien rasakan teratasi dan kedua klien menunjukkan kemajuan yang bagus dalam mengontrol kelebihan cairan dalam tubuhnya.

5.2 Saran

a. Bagi klien dan keluarga

Diharapkan studi kasus ini dapat membuat klien dan keluarga paham tentang proses perjalanan penyakit gagal ginjal kronik sehingga klien menjaga pola hidup sehat dengan mengontrol asupan yang di makan dan minum serta rutin berolahraga serta mengikuti anjuran dari dokter.

b. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan klien gagal ginjal kronik mampu berkoordinasi dengan tim kesehatan lainnya (Dokter, Gizi, Lab, radiologi) untuk mengontrol cairan yang masuk dalam tubuh dan memberikan terapi yang tepat agar kesembuhan klien dapat dicapai secara maksimal.

c. Bagi Peneliti lainnya

Diharapkan dapat menambah referensi yang berkaitan dengan asuhan keperawatan klien yang mengalami penyakit gagal ginjal kronik dan dapat mengembangkan masalah keperawatan yang lebih spesifik sehingga keluhan klien dapat diatasi secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Angelina, B. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (5th ed.)*. Jakarta: EGC.
- Anggraini, Y. D. (2016). *Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di RSUD Blambangan Banyuwangi*. Digital Repository Universitas Jember .
- Aisara, Sitifa., Azmi, S., Yanni, M. 2018. “Gambaran Klinis Penderita Penyakit Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. Djamil Padang.” *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1).
- Ariyanti, F. W., & Sudiyanto. H. (2017). *Hubungan antara lama menjalani hemodialisis dengan mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik di rumah sakit Gatoel Mojokerto*,
<http://ejurnalp2m.poltekkesmajapahit.ac.id/index.php/HM/article/view/168>
- Amin & Hardhi. 2018. *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic, Noc Dalam Berbagai Kasus Jilid 1*. Yogyakarta: Mediacion
- Aisara, Sitifa, Azmi, Syaiful. (2018). *Gambaran Klinis Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. M. Djamil Padang*. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2018; 7 (1).
- Brunner, & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Philadelphia: Elsevier.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Chronic Kidney Disease in the United States, 2019*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from https://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/2019_National-ChronicKidneyDisease-Fact-Sheet.pdf
- Fadlilah, S. (2019). *Pengaruh kompres hangat terhadap nyeri leher pada penderita hipertensi esensial di wilayah Puskesmas Depok I, Sleman Yogyakarta*. *Jurnal Keperawatan*, 8(1), 23–31.
- Guyton, & Hall. (2016). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Singapore: Elsevier.
- Isroin, Laily. (2016). *Manajemen Cairan pada Pasien Hemodialisis untuk Meningkatkan Kualitas Hidup*. Ponorogo : Unmuh Ponorogo Press

- Kerr, P. G., Tran, H. T. B., Ha Phan, H. A., Liew, A., Hooi, L. S., Johnson, D. W., & Levin, A. (2018). Nephrology in the Oceania–South East Asia region: perspectives and challenges. *Kidney International*, 94(3), 465–470. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.05.014>
- Kowalski, E. R. (2018). *Terapi Hipertensi : Program 8 Minggu Menurunkan Tekanan Darah Tinggi dan Mengurangi Resiko Serangan Jantung dan Stroke Secara Alami*. Bandung : Qanita.
- Margareth TH, M. C. R. (2015). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mansjoer, A., Simadibrata, M. K., 2000. *Dukungan Nutrisi Pada Penyakit Kritis (Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam)*. Jakarta Pusat: InternaPublishing pp. 336.
- NANDA. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 (11th ed.)*. Jakarta: EGC.
- Nurarif, A. H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Jogjakarta: MediAction.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurlina Nurlina, (2018), *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.Y Dengan Gagal Ginjal Kronik (Ggk) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Cairan Dan Elektrolit Di Ruang Hemodialisa Rsud Labuang Baji Makassar, Politeknik Kesehatan Makassar*
- National Kidney Foundation. *K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Clasification and Stratification*. *Am J Kidney Dis*[internet].2002[cited 2014 Dec 24];39:S1-S266. Available. from: www.kidney.org
- Naga, Sholeh. S. 2013. *Buku Panduan lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jogjakarta: DIVA Press.
- Nurani, V.M., Mariyanti, S., 2013. *Gambaran Makna Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa*. *Jurnal Psikolog*. Vol. 11 No 1:1-13
- Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia.2006.Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Price, S.A., dan Wilson, L. M., *Pathofisiologi Konsep Klinik ProsesProses Penyakit*. Jakarta: EGC. 2006. Hal : 43-51
- Priyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Ziftama Publishing: Ziftama Publishing.

- Risnah, Hr, R., Azhar, M. U., & Irwan, M. (2019). Terapi Non Farmakologi dalam Penanganan Diagnosis Nyeri Akut pada Fraktur: Systematic Review. 4, 77–87.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2014). Buku Ajar Keperawatan Dasar. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Rahman,N.(2017). Pengetahuan, sikap dan praktik pemberian asi eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Jumpandang Baru Kecamatan Tallo Kota Makassar
- Setyosari, P. (2016). Metode Penelitian Pendidikan & Pengembangan. Prenadamedia Group: Prenadamedia Group.
- Suhardjono, 2016. Hemodialysis : Prinsip dasar & pemakaian kliniknya dalam sehati S. Alwi, Sudoyo AW, Simandibrata M, Setyohadi B, Pehyunting, Buku ajar ilmu penyakit dalam. Jakarta : Internal Publising. Hlm 2194.98.
- Sugiyono. (2015). Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Syafitri, R., & Mailani, F. (2018). Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa Di Rumah Sakit Tingkat III Dr. Reksodiwiryono. STIKes YPAK Padang.
- Syamsiah N. 2016. Factor – factor yang berhubungan dengan kepatuhan pasien CKD yang mengalam hemodialisa di RSPAU Dr. Esnawan. Antarika.
- Saputra, (2019), Aktivitas Anti-Rheumatoid Arthritis Fraksi Tidak Larut Heksana Ekstrak Diklorometana Daun Sendok (Plantago Major L.) Terhadap Ekpresi Interleukin-6 Dan Jumlah Osteoblast Pada Tikus Wistar Betina,
- Soekidjo Notoatmojo. Metodologi Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta : Jakarta. 2010
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8. Jakarta : EGC
- Sylvia Anderson Price dan Lorraine M Wilson. Patofisiologi. 6 ed. Jakarta: EGC; 2017
- USRD (United States Renal Data System) 2006. USRDS Annual Data Report .http://www.usrds.org/2008/view/esrd_00b_hp2010.asp
- Wahid, & Suprpto. (2013). Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi. Jakarta: TIM.

Lampiran 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ERICA AGRISMA EVA HARIYANTI

NIM : 171210017

Adalah mahasiswa DIII Keperawatan STIKes ICMe Jombang yang akan melakukan karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan Di RSUD Bangil Pasuruan” sebagai upaya dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Tugas akhir ini bermanfaat sebagai meningkatkan mutu pelayanan dan perawatan pada klien GGK.

Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/Ibu menjadi responden dalam karya tulis ilmiah ini. Semua data yang telah dikumpulkan akan dirahasiakan. Data responden disajikan untuk keperluan karya tulis ilmiah ini. Apabila dalam penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan, maka responden dapat mengundurkan diri.

Apabila Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

Erica Agrisma Eva Hariyanti

Lampiran 3

INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Judul karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan Di RSUD Bangil Pasuruan”
2. Tujuan karya tulis ilmiah melaksanakan Asuhan Keperawatan yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan Di RSUD Bangil Pasuruan.
3. Manfaat yang akan diperoleh hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat merawat klien GGK.

Responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Peneliti, Bangil, Februari 2020
Responden,

(.....)

(.....)

Saksi Pertama

(.....)

Lampiran 4

~~PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH~~
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES ICME JOMBANG



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 :

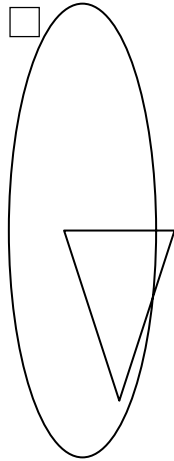
B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

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



ya :
 tidak jelaskan :

E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

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

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

F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda-tanda vital

S : °C N : x/mnt TD : mmHg RR : x/mnt

2. Sistem Pernafasan (B₁)

a. Hidung:

Pernafasan cuping hidung ada tidak Septum
 nasi simetris tidak simetris
 Lain-lain

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 vesiculer ronchi D/S wheezing D/S

rales D/S

Lain-lain:

3. Sistem Kardiovakuler

a. Keluhan nyeri dada ya
 tidak

(B₂)

detik
 ya tidak

b. Irama
 jantung
 teratur
 tidak

teratur

c. CRT < 3 detik > 3

d. Konjungtiva pucat

e. JVP normal meningkat menurun

Masalah Keperawatan
Masalah Keperawatan

Lain-lain :

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 :

5. Sistem Perkemihan (B₄)

a. Keluhan : kencing menetes

inkontinensia

retensi gross hematuria disuria

poliuri

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 :

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 jejas

Pembesaran hepar ya

Pembesaran lien ya

Ascites ya tidak

Mual ya tidak

Muntah ya tidak

Terpasang NGT ya tidak Bising usus :x/mnt

e. BAB :x/hr, konsistensi

: lunak konstipasi inkontinensia

cair padat lunak

lendir/darah ri jumlah:.....

kolostomi

f. Diet cair

Frekuensi :x/ha jenis :

7. Sistem

ikterik sianosis

hangat panas

Masalah Keperawatan

Masalah Keperawatan

Masalah Keperawatan

tidak
Masalah Keperawatan

- Muskuloskeletal dan Integumen (B₆)** a.
- Pergerakan sendi bebas
 - b. Kelainan ekstremitas ya
 - c. Kelainan tl. belakang ya
 - d. Fraktur ya tidak
 - e. Traksi/spalk/gips ya tidak
 - f. Kompartemen sindrom ya
 - g. Kulit kemerahan hiperpigmentasi
 - h. Akral dingin kering basah
 - i. Turgor baik
 - j. Luka : jenis : luas : bersih kotor

terbatas
tidak
tidak

Lain-lain :

tidak

8. Sistem Endokrin

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

kurang jelek

Masalah Keperawatan :

G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

- 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

Masalah Keperawatan :

pernah

Lain-lain :

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

Masalah Keperawatan

J. TERAPI

.....,
Mahasiswa

(.....)

ANALISA DATA

Nama :

No.RM:

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
------	----------	---------------------

Data subyektif : Data Obyektif :		SESUAI DENGAN NANDA 2014

Diagnosa Keperawatan yang muncul (Tipe PES minimal 3)

1.
2.
3.
4.
5.

INTERVENSI KEPERAWATAN

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

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama :.....

No.RM :

.....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama :.....

No.RM :

.....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			S : O : A : P :	

**PROGRAM STUDI D3
KEPERAWATAN
STKES ICME JOMBANG
RUANG RSUD BANGIL PASURUHAN**



<i>DICHARGE PLANNING</i>	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"/> Pindah RS lain <input type="checkbox"/> Meneruskan dengan obat jalan	
<input type="checkbox"/> Pulang paksa <input type="checkbox"/> Meninggal	
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 EKG <input type="checkbox"/>lembar <input type="checkbox"/> Foto..... lembar <input type="checkbox"/> CT Scanlembar <input type="checkbox"/> USGlembar lain-lain <input type="checkbox"/>lembar	
Saya selaku keluarga menyatakan telah mendapat penyuluhan hal-hal tersebut di atas oleh mahasiswa D3 KEPERAWATAN STIKES ICME dan telah mengerti. <div style="text-align: right;">Jombang , 20...</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> Pasien/Keluarga (.....) </div> <div style="text-align: center;"> Perawat (.....) </div> </div>	

**LEMBAR MENGIKUTI
SEMINAR PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH / STUDI KASUS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

NAMA : ERICA AGRISMA EVA HARIYANTI

NIM : 171210060

PRODI : D3 Keperawatan

NO	NAMA PENGUJI	TANDA TANGAN PENGUJI	KETERANGAN STATUS AUDIENCE SEMINAR (SEBAGAI PESERTA/ PEMBAHAS)
1	Ruliati SKI, . U. Kes		
2	Maharani Tri P, S.kep..(P. Mba		
3			

CATATAN: Mahasiswa boleh mendaftar ujian Hasil Karya Tulis Ilmiah / Studi Kasus di Administrasi Akademik Prodi setelah memenuhi persyaratan minimal mengikuti 3x seminar proposal.

LEMBAR KESEDIAAN PENGUJI UTAMA

Dengan Hormat,

Saya yang Bertandatangan di bawah ini :

Nama : HINDYAH IKE S. S. Kep. Ns. M. Kep
NIP/NIK : 09 06 059
Jabatan : Penguji
Instansi : STIKES ICME

Menyatakan *Bersedia / Tidak Bersedia sebagai Penguji Utama dalam *Ujian Proposal/Ujian

Hasil KTI Prodi D-III Keperawatan STIKES "ICME" Jombang, untuk Mahasiswa :

Nama : ERICA AGRIMA EVA HARIYANTI
NIM : 171210010
Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI
SABAL BINTAL KRONIK DENGAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN

Tanggal Ujian : 06 Februari 2020

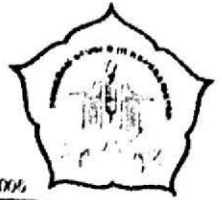
Demikian pernyataan ini Saya buat, Terima kasih.

Jombang, 2 Februari 2020

Hormat Saya,


(Hindyah Ike S. S. Kep. Ns. M. Kep)

*Coret yang tidak perlu



LEMBAR PERSETUJUAN
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini kami :

Nama : ERICA ABRISMA EVA HARIYANTI

NIM : 171210010

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN JANS

MENGALAMI SAGAL BINTAL KRONIK

DEGAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN

DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL PAHLAWAN

Jombang, 16 Januari 2020

(Signature)
..... ERICA ABRISMA E.H

Menyetujui,
Nama Pembimbing :

Pembimbing I : *Wahar ane*

Pembimbing II : *FF HEDAYATUL A*

Tanda Tangan

(Signature)
.....
(Signature)
.....



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 26 Maret 2020

Nomor : 445.1/771.10/424.072.01/2020 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua STIKES Insan Cendekia Medika
Hal : Persetujuan Penelitian Jalan Kemuning 57
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 006/KTI/BAAK/K31/073127/
II/2020 tanggal 7 Februari 2020 perihal Ijin Penelitian atas nama :

Nama : ERICA AGRISMA EVA HARIYANTI
NIM : 171210010
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Gagal
Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk
melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung mulai
tanggal 27 Maret – 26 April 2020,

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara
diucapkan terima kasih.



DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Plt. Kepala Bidang Penunjang

Drs. DYAH RETNO LESTARI, M.Kes
Pembina
NIP. 19710404 200604 2 019

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Melati RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
PELAKSANAAN PENELITIAN**

ETHICAL CLEARANCE

NO : 445.1/697.1.7/424.072.01/2020

TIM ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD BANGIL KAB. PASURUAN, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN

PENELITI UTAMA : ERICA AGRISMA EVA HARIYANTI

TEMPAT PENELITIAN : RSUD BANGIL KAB. PASURUAN

DINYATAKAN LAIK ETIK

PASURUAN, 13 MARET 2020

An. KETUA TIM ETIK PENELITIAN

SHAFaat PRANATA, S.Kep.Ns.

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. : 006/KTI/BAAK/K31/073127/II/2020
Lamp. : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Direktur RSUD Bangil Kab. Pasuruan
di
Tempat

Dengan hormat,
Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan Studi di Program Studi **D-III 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 Ijin Penelitian kepada Mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : ERICA AGRISMA EVA HARIYANTI

NIM : 171210010

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan di RSUD Bangil Pasuruan

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut di atas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.



NIK: 03.04.022

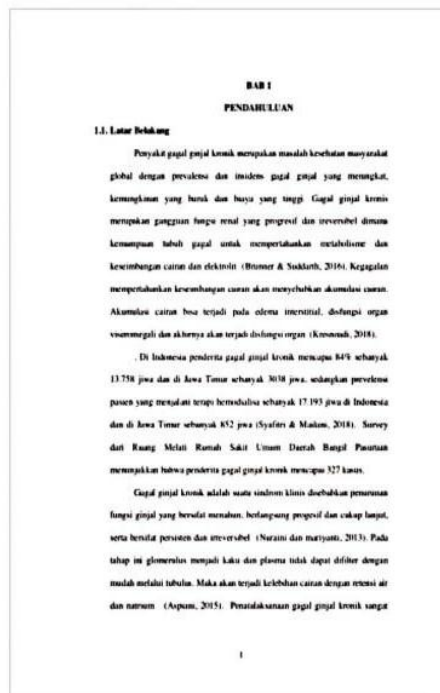


Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: **Erica Agrisma**
Assignment title: **Revision 3**
Submission title: **Asuhan Keperawatan pada Klien Ga...**
File name: **BAB_1-5_Caca_Turnit_Full.doc**
File size: **305K**
Page count: **41**
Word count: **7,541**
Character count: **42,531**
Submission date: **11-Aug-2020 08:45AM (UTC+0700)**
Submission ID: **1368265500**



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

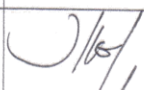

Nama : Erica Agrisma Eva H.

NIM : 171210010

Program Studi : DIII Keperawatan





Judul KTI :

Pembimbing 2 : Afif Hidayattul Arham, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
11-1-2020	Revisi Bab 1	
16-2-2020	Revisi bab 5 - bab 2	

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Erica Agrisma Eva H.
 NIM : 171210010
 Program Studi : DIII Keperawatan
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan klien yang mengalami
 Gagal Ginjal Kronik dengan kelebihan
 Volume cairan di RSUD BANGIL
 Pembimbing I : Maharani Tri P,S.Kep.,Ns.,MM

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
14 - 1 - 2020	judul → fokus	
16 - 1 - 2020	judul → acc bab I & revisi	
22 - 1 - 2020	bab I → data → revisi layout bab I	
29 - 1 - 2020	bab I acc bab II - p. fokus - center rumus nol =	
30 - 1 - 2020	bab III - rumus - postus komputer	