



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI GAGAL
GINJAL KRONIK DENGAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN
DI RUANG CEMPAKA RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan
untuk menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan**

TRIA PUJI RAHAYU

A01602283

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

TAHUN AKADEMIK

2018/2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : TRIA PUJI RAHAYU

NIM : A01602283

Program Studi : DIII KEPERAWATAN

Institusi : STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gombong, 26 Oktober 2018

Pembuat Pernyataan



Tria Puji Rahayu

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai Civitas Akademis STIKES Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tria Puji Rahayu

NIM : A01602283

Program Studi : DIII Keperawatan

Jenis Karya : KTI (Karya Tulis Ilmiah)

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKES Muhammadiyah Gombong **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** atas karya ilmiah saya yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Ginjal Kronik Dengan Kelebihan Volume Cairan di Ruang Cempaka RSUD Dr. Soedirman Kebumen”.

Beserta perangkat yang ada (Jika diperlukan), dengan HAK Bebas Royalti Noneksklusif ini. STIKES Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalih media/formatan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Gombong

Pada Tanggal 6 Maret 2019



Tria Puji Rahayu

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Oleh Tria Puji Rahayu NIM. A01602283 dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN DI RUANG CEMPAKA RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Gombong, 08 Maret 2019

Pembimbing

(Irmawan Andri N, S.kep.Ns.,M.Kep)

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



(S. Kep.Ns.,M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Tria Puji Rahayu dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien yang Mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan Kelebihan Volume Cairan Di Ruang Cempaka RSUD Dr. Soedirman Kebumen” telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 08 Maret 2019.

Dewan penguji

Penguji Ketua

Podo Yuwono M.kep. Ns, CWCS

(.....)

Penguji Anggota

Irmawan Andri N, S.Kep.Ns.,M.Kep

(.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



(Nurhasanah S.Kep.Ns.,M.Kep)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
DAFTAR ISI.....	vi
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK.....	x
ABSTRACT.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Studi Kasus.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Gagal Ginjal Kronik.....	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Klasifikasi	6
2.1.3 Etiologi.....	7
2.1.4 Manifestasi Klinik.....	9
2.1.4 Patofisiologi	10
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	11
2.1.6 Penatalaksanaan	12
2.2 Kelebihan Volume Cairan.....	13
2.2.1 Pengertian Kelebihan Volume Cairan.....	13
2.2.2 Etiologi.....	13

2.2.3 Manifestasi Klinik.....	14
2.2.4 Penatalaksanaan	15
2.2.5 Pengkajian Fokus Asuhan Keperawatan.....	17
2.2.6 Diagnosa Keperawatan	19
2.2.7 Perencanaan	21
BAB III METODE STUDI KASUS.....	23
3.1 Desain Studi Kasus	23
3.2 Subyek Studi Kasus	24
3.3 Fokus Studi Kasus.....	24
3.4 Definisi Operasional	24
3.5 Instrumen Studi Kasus.....	25
3.6 Metode Pengumpulan Data.....	26
3.7 Lokasi Dan Waktu Studi Kasus	27
3.8 Analisa Data dan Penyajian Data.....	27
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	30
4.1 Hasil Studi Kasus.....	30
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus.....	30
4.1.2 Ringkasan Pengkajian.....	31
4.2 Pembahasan	42
4.2.1 Pengkajian.....	42
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	45
4.2.3 Intervensi Keperawatan	47
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	48
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	51
4.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	53
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	54
5.1 Kesimpulan	54
5.2 Saran	55
DAFTAR PUSTAKA	56
LAMPIRAN- LAMPIRAN	61

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan Alhamdulillah, puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah Nya Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik Dengan Kelebihan Volume cairan” di Ruang rawat inap RSUD Dr. Soedirman Kebumen.

Adapun maksud dan tujuan penulis membuat Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memaparkan hasil ujian komprehensif dalam tahap akhir jenjang pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan. Namun berkat bimbingan, pengarahan, dan bantuan dari berbagai pihak, akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya Tulis Ilmiah ini dengan baik. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang setulus- tulusnya kepada :

1. Kedua Orang tua tercinta bapak Dasimin Sastro dan Ibu Sunarti, kakak-kakakku tersayang Mba Sri wahyuni, Mas Tukul Santoso dan Mas Sukanto yang telah memberikan dukungan dan doa.
2. Ibu Herniyatun M.Kep.Sp.Mat selaku ketua Stikes Muhammadiyah Gombong
3. Ibu Nurlaila S.Kep. Ns, M.Kep, selaku ketua prodi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong
4. Dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah Bapak Irmawan Andri N. S.Kep,Ns.M.Kep
5. Dosen Penguji Bapak Podo Yuwono S.Kep,Ns, M.Kep, CWCS
6. Teman-teman seperjuangan khususnya kelas 3C yang senantiasa memberikan dukungan dan doa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini

7. Teman – teman satu bimbingan saya, Tri Erni S, Tri Nur K dan Ulfi Nurul S yang senantiasa saling mendukung satu sama lain
8. Sepupu tersayang Meika Setia N. yang selalu memberikan dukungan dan doanya sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan
9. Sahabat tersayang Septi Setiasih dan Retno Indra W. yang selalu memberikan semangat dan doanya
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan saran dan motivasinya sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan

Semoga atas kebaikan yang telah diberikan mendapatkan balasan yang sesuai dari Allah SWT. Kritik dan saran yang membangun penulis selalu mengharapkan untuk laporan yang selanjutnya agar lebih baik lagi. Semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua, Amin.

Gombong, 26 Oktober 2018

Tria Puji Rahayu

Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
KTI, Maret 2019
Tria Puji Rahayu¹, Irmawan Andri Nugroho²

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN DIRUANG CEMPAKA RSUD Dr. SOEIRMAN KEBUMEN

Latar Belakang : Kelebihan volume cairan merupakan gejala yang muncul pada penderita gagal ginjal kronik yang disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal. Pembatasan asupan cairan sangat penting untuk mengurangi kelebihan volume cairan pada periode interdialitik.

Tujuan : Menjelaskan gambaran asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik dengan masalah kelebihan volume cairan.

Metode : Studi kasus ini menggunakan metode deskriptif yang dilakukan pada dua pasien gagal ginjal kronik. Instrumen yang digunakan pada studi kasus ini berupa format asuhan keperawatan, nursing kit, dan lembar pemantauan balance cairan.

Hasil : Implementasi yang dilakukan pada studi kasus sesuai dengan intervensi antara lain yaitu memonitor tanda- tanda vital, memonitor berat badan, memonitor retensi cairan, hitung balance cairan, kolaborasi pemberian obat deuretik, kolaborasi tindakan hemodialisa. Hasil evaluasi yang dilakukan selama tiga hari didapatkan hasil, kelebihan volume cairan berkurang, sesak nafas berkurang.

Planning : Batasi cairan yang masuk dan hitung balance cairan.

Rekomendasi: Akan lebih baik untuk masa yang akan datang, pantau keseimbangan antara masukan dan haluaran cairan selama dirumah.

Kata Kunci: *Gagal ginjal kronik, balance cairan*

-
1. Mahasiswa STIKES Muhammadiyah Gombong
 2. Dosen STIKES Muhammadiyah Gombong

DIII Nursing Study Programe
Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong
Scientific Paper, March 2019
Tria Puji Rahayu¹, Irmawan Andri Nugroho²

ABSTRACT

NURSING CARE OF CLIENT WITH CHRONICAL KIDNEY EXPERIENCED WITH THE OVER VOLUMES OF LIQUID IN CEMPAKA WARD Dr. SOEDIRMAN HOSPITAL OF KEBUMEN

Background : The excess volumes of liquid is a symptom of kidney failure that appears in people with chronic fatigue caused by reduced kidney function. Liquid intake restrictions is very important to reduce excess fluid volume in the period of interdialytic.

Purpose : Explain the nursing care of client with chronical kidney experienced with the over volumes of liquid.

Method : The case study uses the method descriptive who carried on two patients with chronical kidney. The instrument was used in this case study in the form of the care of nursing, nursing kit, and a record of monitoring balance a liquid.

Results : The implementations carried on a case study is accordance with intervening between those of monitor vital signs, count balance a liquid, administering medication diuretic, collaboration the act of hemodialisa. The evaluation conducted in three days, the volumes of liquid or the result of a drop, in excess reduced shortness of breath.

Planning : Retract a liquid who are coming and count balance a liquid.

Recommendations : It would be better the near future, continue to monitoring the location the balance between input and output fluid during home.

Key Words : *Kidney failure chronic fatigue, balance a liquid*

-
1. Student of Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong
 2. Lecturer of Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kelebihan volume cairan merupakan gejala yang muncul pada penderita Gagal ginjal kronik yang disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal. Menurut Herdman (2012), kelebihan volume cairan merupakan meningkatnya retensi cairan isotonic. Gagal ginjal kronik (GGK) adalah penurunan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, sehingga tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal dalam keseimbangan cairan dan elektrolit yang mengakibatkan peningkatan ureum (uremia) dan sampah nitrogen lain dalam darah (Clevo & Margareth, 2012). Menurut Nurarif dan Kusuma (2013) gagal ginjal kronik disebabkan oleh berbagai macam penyakit yang merusak massa nefron ginjal.

Menurut data dari Badan Kesehatan Dunia (WHO), Gagal Ginjal Kronik telah menyebabkan kematian sebesar 850.000 jiwa setiap tahunnya. Dengan penderita 500 juta jiwa ditahun 2009. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit gagal ginjal menduduki peringkat ke-12 tertinggi karena angka kematian. Di Amerika Serikat angka kejadian penyakit ginjal mengalami peningkatan yang cukup tajam dalam kurun waktu 10 tahun, pada tahun 2002 tercatat 34.500 kasus, tahun 2007 menjadi 80.000 kasus, dan tahun 2010 mengalami peningkatan yaitu 2 juta jiwa. Dari data tersebut prevelensi penyakit gagal ginjal kronik meningkat hingga 43 % selama satu decade (Lukman, et al., 2011).

Sedangkan di Indonesia sendiri penyakit gagal ginjal kronik tergolong penyakit tidak menular yang menempati urutan ke 10 (Kemenkes RI, 2013). Di Indonesia prevelensinya mencapai 400.000 juta orang namun belum semua pasien tertangani dengan baik oleh tenaga kesehatan, baru sekitar 25.000 pasien yang dapat ditangani, ini berarti ada sekitar 80 % pasien yang tidak mendapatkan pengobatan. Pada bulan November tahun 2011 dinas

kesehatan Provinsi Jawa tengah bekerjasama dengan Rumah sakit Umum pusat dr. Kariardi Kabupaten Semarang melakukan penelitian dengan hasil penderita gagal ginjal kronik terbanyak adalah kabupaten Surakarta dengan 54,2 % dari jumlah 56.000 penderita. Diperkirakan disetiap tahunnya akan mengalami kenaikan pasien baru sekitar 2000 pasien. Berdasarkan data tersebut ada sekitar 60%-70% pasien yang datang kerumah sakit dengan kondisi sudah masuk tahap gagal ginjal terminal. Sedangkan di Kabupaten Kebumen sendiri prevelensinya mencapai 3% atau sekitar 456 penderita (Dinkes Jateng, 2011).

Kelebihan volume cairan erat kaitannya dengan gagal ginjal kronik. Hal tersebut disebabkan karena hilangnya fungsi ginjal yang dapat merusak kemampuannya untuk mengatur keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa (Karen. M, 2014). Penurunan fungsi ginjal, tidak dapat melakukan metabolisme protein yang normalnya diekskresi kedalam urin namun hal ini protein justru tertimbun didalam darah (Hendrajaya, 2013). Hal ini disebut sebagai *Uremia* (Urin didalam darah), pada uremia keseimbangan cairan dan elektrolit terganggu dan fungsi endokrin ginjal rusak serta secara esensial akumulasi produk sisa mempengaruhi system organ lain (Karen. M, 2014). Kelebihan volume cairan akan membuat tekanan darah meningkat dan memperberat kerja jantung. Penumpukan cairan juga dapat masuk ke paru-paru sehingga membuat pasien mengalami sesak nafas. Menurut Headman (2015) dalam bukunya NANDA, menyebutkan bahwa kelebihan volume cairan merupakan meningkatnya retensi cairan isotonic. Gangguan fungsi ginjal yang progresif ditandai dengan proteinuria, hipertensi dan penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang mencapai < 15 ml/menit dan disertai dengan kondisi klinis pasien yang memburuk (Black, 2014).

Penatalaksanaan pasien gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan dapat dilakukan dengan terapi pengganti ginjal seumur hidup, yaitu hemodialysis atau sering disebut cuci darah serta pembatasan asupan cairan. Sedangkan tujuan dari terapi hemodialisa atau cuci darah adalah pengambilan zat-zat nitrogen yang toksik pada darah pasien melalui dialyser

atau membrane sebagai penyaring dan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh pasien. Namun demikian, hemodialisa tidak menyebabkan penyembuhan atau pemulihan fungsi ginjal dan tidak mampu mengimbangi hilangnya aktivitas metabolic atau endokrin yang dilakukan oleh ginjal yang mempengaruhi kualitas hidup pasien (Cahyaningsih, 2009). Jika kondisi ginjal tidak dapat berfungsi diatas 75% (gagal ginjal terminal atau tahap akhir), proses hemodialisa merupakan hal yang sangat membantu penderita. Proses tersebut merupakan suatu tindakan yang dilakukan sebagai upaya memperpanjang usia penderita.

Pada penderita gagal ginjal kronik (GGK) dengan kelebihan volume cairan harus membatasi cairan yang masuk. Pembatasan cairan tersebut sangat penting karena jika tidak dibatasi dapat mengakibatkan berat badan yang berlebih. Beberapa pasien sangat kesulitan dalam membatasi asupan cairan yang masuk dan mereka belum paham mengenai strategi yang harus dilakukan untuk membantu pembatasan cairan tersebut (Tovazi dan Mazzoni, 2012). Air yang masuk kedalam tubuh harus seimbang dengan air yang keluar dari tubuh, baik dari urin maupun IWL (*insensible water losses*). Asupan cairan yang dianjurkan untuk pasien gagal ginjal dibatasi hanya sebanyak IWL ditambah jumlah urin. Pembatasan asupan cairan bertujuan untuk mengurangi kelebihan volume cairan pada periode interdialitik (Tovazi dan Mazzoni, 2012).

Dari latar belakang diatas penulis menyimpulkan bahwa semakin meningkatnya jumlah penderita gagal ginjal di setiap tahunnya dan pentingnya memonitor pembatasan volume cairan, untuk mencegah penumpukan cairan yang dapat mempengaruhi fungsi organ lain seperti jantung dan paru-paru. Oleh karena itu penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah berjudul "Asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan" yang lebih efektif agar dapat mengatasi masalah tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan ?

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan dengan menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan yang disusun secara sistematis dan komprehensif.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Memaparkan hasil pengkajian pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan
- 2) Memaparkan hasil perumusan diagnose keperawatan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan
- 3) Memaparkan hasil intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan
- 4) Memaparkan hasil evaluasi keperawatan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan

1.4 Manfaat Studi Kasus

Karya tulis ini, diharapkan memberikan manfaat bagi :

1) Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan :

Diharapkan menambah keluasaan ilmu dan teknologi dibidang asuhan keperawatan dalam pembatasan cairan pada pasien Gagal Ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan

2) Penulis :

Memperoleh pengalaman dan pengetahuan dalam mengaplikasikan hasil asuhan keperawatan, khususnya pada studi kasus tentang pembatasan cairan pada asuhan keperawatan pasien yang mengalami Gagal Ginjal Kronik dengan kelebihan volume cairan.

3) Pasien atau penderita gagal ginjal kronik dan keluarga

Memberikan informasi kepada klien dan keluarga tentang cara mengatur keseimbangan cairan untuk mengurangi kelebihan cairan pada gagal ginjal kronik.

4) Rumah Sakit dan Institusi :

Sebagai tambahan referensi tentang penanganan keseimbangan cairan pada pasien gagal ginjal kronik, agar dapat menjadi bahan perbaikan dimasa yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

- Abboud, H. and Henrich, W.L., (2010). *Stage IV Chronic Kidney Disease*. *New England Journal of Medicine*., Vol.362, No. 1-57.
- Anonim.,(2010). *Dialisis Pada Diabetes mellitus*.
<http://internis.files.wordpress.com/2011/01/dialisis-pada-diabetes-melitus.pdf> diakses pada tanggal 23 Januari 2019.
- Ariani, S. (2016). *Stop Gagal Ginjal dan Gangguan- Gangguan Ginjal Lainnya*. Yogyakarta : Istana Media
- Asmadi. (2010). *Teknik procedural keperawatan konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien*. Jakarta: Salemba Medika
- Balitbang KemenKes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar.RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang KemenKes RI
- Bare BG.,Smeltzer SC. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*.Jakarta:EGC. Hal: 45- 47.
- Black.J.M.& Hawks. J. H. (2009). *Medical – surgical nursing: Clinical management fot positive outcomes* (8th Ed). St. Louis: Saunders Elsevier. Diakses tanggal 22 September 2018 jam 13.00 WIB
- Black, J.M. & Hawks (2014). *Keperawatan medical bedah*. (edisi 8. Buku 2)
- Budiarto, E. (2009). *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Bulechek, G.(2013). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. 6th Edition. Missouri: Elseiver Mosby
- Burke Karen.M. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Vol 3.Edisi 5. Jakarta: EGC

- Cahyaningsih, N.D. (2009). *Hemodialisis (cuci darah) panduan Praktis Perawatan Gagal Ginjal*, Mitra Cendikia, Yogyakarta.
- Carpenito, L. J. (2009). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Alih Bahasa yasmi Asih, Edisi ke-10. Jakarta : EGC
- Carpenito, L. J. (2013). *Diagnosa Keperawatan: Aplikasi pada Praktik klinik (Terjemahan)*. Edisi 6. Jakarta:EGC
- Dharma, D. S., dkk (2015). *Penyakit Ginjal Dini dan Pencegahan*. Yogyakarta : CV Solusi Distribusi
- Dharma, PS. (2014). *Penyakit Ginjal Deteksi Dini dan Pencegahan*. Yogyakarta: CV Solusi Distribusi.
- Dinkes Pemprop Jateng. (2011). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2011*. <http://www.dinkesjatengprov.go.id/>. Diakses tanggal 20 September 2018 jam 14.00 WIB
- Dongoes, M. (2010). *Keperawatan Medikal bedah*. Jakarta:EGC
- Dongoes M.E., Moorhouse M. F., Murr A. C. (2010). *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client care Across the Lifespan (8th ed)*. Philadelphia: F.A.
- Hendrajaya, Ramelan Mia.I, Ismonah. (2013). *Analisa Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien dengan Chronic Kidney Disease yang menjalani hemodialisa*. <http://garuda.ristekdikti.go.id/>. Diakses tanggal 22 September 2018 jam 14.00 WIB
- Herdman, T.H. (2012). *Diagnosa Keperawatan Definisi & Klasifikasi*. Jakarta:EGC
- Hidayati, S. (2012). *Efektifitas Konseling analisis transaksional tentang diet cairan terhadap penurunan interdialysis weight gain (IDWG) pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialysis di Rumah Sakit Umum*

Daerah Kardinah. Diperoleh tanggal 22 September 2018 dari [http://jurnal,Unimus.ac.id/](http://jurnal.Unimus.ac.id/).

Hidayati, T. Istiadah, N. (2011). *SPSS 19. Untuk Mengolah Data Statistik Penelitian*, P.T. TransMedia Jakarta

Istanti, Y. P. (2013). Hubungan Antara Masukan Cairan Dengan Interdialytic Weight Gains (IDWG) pada Pasien Chronic Kidney Disease di Unit Hemodialisis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *PROFESI volume 10/ September 2013- Februari 2014. Yogyakarta : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*

Karch, A. M. (2011). *Buku Ajar Farmakologi Keperawatan*. Jakarta : EGC

Lee et al. (2015). Association between fluid balance and survival in critically ill patient. *J Intern Med. Author manuscript; available in PMC 2016 April 01.*

Levey, A. S., De- Jong, P.E., Coresh, J., El - Nahas, M., Astor, B.C., Matsushita, K., Gansevoort, R.T., Kasiske, B.L. & Eckardt, K., (2010). *The Definition, Classification, and Prognosis of Chronic Kidney Disease : a KDIGO Controversies Conference report. Kidney International, 80(1), pp. 17-28 Available at: <http://dx.doi.org/10.1038/ki.2010.483>. (27 September 2018)*

Lukman. Nabila et al. (2013). *Hubungan Tindakan Hemodialisa dengan tingkat Depresi Klien Penyakit Ginjal Kronik di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Ejournal Keperawatan (e-kep). Vol. 1. No. 1 Agustus 2013.*

Margareth, Clevo. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam. Yogyakarta: Nuha Medika*

Mcphee, S. J., & William, F. G. (2010). *Patofisiologi Penyakit Pengantar Menuju Kedokteran Klinis Edisi 5. Jakarta : EGC*

- Moorhead, S. (2013). *Nursing Outcomes classification (NOC): Measurement of Health Outcomes. 5th Edition*. Missouri: Elsevier Saunder
- Morton, P. G., dkk. (2014). *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik Volume 1*. Jakarta : EGC
- Mubarak, W. I., Nurul, C., & Joko, S. (2015). *Standar Asuhan Keperawatan dan prosedur Tetap dalam Praktik Keperawatan Konsep dan Aplikasi dalam Praktik Klinik*. Jakarta : Salemba Medika
- Muttaqin dan Kumala Sari, (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nahas, Meguid El & Adeera Levin. *Chronic Kidney Disease: A Practical Guide to Understanding and Management*. USA : Oxford University Press. 2010
- Nanda. (2014). *Diagnosis keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012- 2014*. Jakarta : EGC
- Nanda. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnose medis Nanda, jilid 1*. Medicartion. Diakses tanggal 21 September 2018 jam 08.00 WIB
- NKF- KDIGO. KDIGO (2012). *clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease*. ISN. 2013;3(1):1-163.
- Nurarif, A.HK., & Kusuma.(2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*, Edisi Revisi jilid 3. Yogyakarta: MediaActionPublising
- Nurarif, A.H., & Hardhi. (2013). *Aplikasi asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta : Media Action Publishing
- Nurul dan Mubarak, Wahid Iqbal. (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.

- Polit & Beck. (2012). *Resource Manual for Nursing Research. Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. Ninth edition. USA:Lippincott
- Rahardjo, Susilo dan Gudnano. (2010). *Pemahaman Individu Teknik Non tes*. Kudus: Nora Media Enterprise
- Smeltzer, S.C. (2016). *Keperawatan Medikal- Bedah Brunner & suddart Edisi 12*. Jakarta : EGC
- Smeltzer, S. C., & Bare B.G. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Medikal bedah Brunner & Suddarth (Edisi 8 volume 1)*. Jakarta:EGC
- Smeltzer,S. C. and Bare, B. G. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart*. Edisi 12. Alih Bahasa, Devi Yulianti, Amelia Kimi, Jakarta:EGC
- Sudoyo, A. W., dkk (2010). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : FKUI
- Terry, C., L., & Aurora, W. (2015). *Keperawatan Kritis*. Yogyakarta : Rapha Publishing
- Tovazzi, M. E., Mazzoni, V. (2012). *Personal Paths of Fluid Restriction in Patient on Hemodialysis, Nephrology Nursing Journal*, 39(3), 207-215.
- Wang et al. (2015). *Fluid balance and mortality in critically all patient with acute kidney injury : a multicenter prospective epidemiological study*. Wang et al *Critical Care*(2015) 19:371
- Waworuntu, J. I., Wuisan, J., & Mintjelungan, C. N. *Uji Efektivitas Jambu Biji Merah (Psideum Guajava) Terhadap Laju Aliran Saliva Pada Penderita Xerostomia yang Mengkonsumsi Terlmisartan*. *Jurnal e-GIGI(Eg)*, Volume 3, Nomor 2, Juli-Desember 2015.
- WHO, (2010). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases.*, p.176. Available at : <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> (25 Oktober 2018).

LAMPIRAN- LAMPIRAN

1. Lampiran 1 : Lembar Informed consent
2. Lampiran 2 : Lembar Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian (PSP)
3. Lampiran 3 : Lembar Format Askep
4. Lampiran 4 : Laporan Hasil Asuhan keperawatan
5. Lampiran 6 : Lembar Monitoring Balance Cairan
6. Lampiran 7 : Lembar Balik
7. Lampiran 8 : Leaflat
8. Lampiran 9 : Lembar Konsul
9. Lampiran 10: Jurnal - jurnal



INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Tria Puji Rahayu dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN DIRUANG CEMPAKA RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN”

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Kebumen, 18 Februari 2019

Yang memberikan persetujuan

Saksi

Kebumen, 18 Februari 2019

Peneliti

Tria Puji Rahayu

Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian

(PSP)

1. Kami adalah peneliti berasal dari STIKES Muhammadiyah Gombong Program Studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATA PADA KLIEN YANG MENGALAMI GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN KELEBIHAN VOLUME CAIRAN DI RUANG CEMPAKA RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN”
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah untuk mengetahui asuhan keperawatan yang baik dalam menangani kerusakan integritas jaringan pada pasien diabetes melitus yang dapat memberi manfaat berupa pengetahuan cara perawatan luka diabetes melitus
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung kurang lebih 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan keperawatan atau pelayanan keperawatan
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau pelayanan keperawatan
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor Hp: 082223858944

PENELITI

Tria Puji Rahayu

STIKES Muhammadiyah Gombong

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DEWASA

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

GOMBONG

2019

Tanggal Masuk RS :

Tanggal Pengkajian :

A. IDENTITAS

1. Identitas Pasien

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :
Agama :
Status :
Suku Bangsa :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Diagnosa Medis :
No. RM :

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :
Agama :
Pekerjaan :
Hubungan Dgn Pasien :

B. PENGKAJIAN

1. Keluhan Utama

2. Riwayat Penyakit Sekarang

3. Riwayat Penyakit Dahulu
4. Riwayat Penyakit Keluarga
5. Genogram
6. Pengkajian Pola Fungsional (Virginia H.)
 - a. Oksigenasi
 - b. Nutrisi
 - c. Eliminasi
 - d. Istirahat dan Tidur
 - e. Aktivitas
 - f. Personal Hygiene
 - g. Berpakaian
 - h. Aman dan Nyaman (Menghindar dari bahaya)
 - i. Mempertahankan Suhu Tubuh
 - j. Bekerja
 - k. Komunikasi
 - l. Spiritual
 - m. Rekreasi
 - n. Belajar
7. Pemeriksaan Fisik
 - a. Keadaan Umum
 - b. Kesadaran
 - c. TTV

TD :	RR :
Nadi :	Suhu :
 - d. Kepala
 - e. Telinga
 - f. Mata
 - g. Mulut
 - h. Leher
 - i. Dada
 - 1) Paru

Inspeksi :
Palpasi :
Perkusi :
Auskultasi:

2) Jantung

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

j. Abdomen

Inspeksi :

Auskultasi :

Palpasi :

Perkusi :

k. Ekstremitas

l. Genetalia

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan EKG

b. Pemeriksaan Rontgen

c. Pemeriksaan CT-Scan

d. Pemeriksaan AGD

e. Pemeriksaan Laboratorium

9. Terapi

C. ANALISA DATA

No.	Hari/Tanggal	Data Fokus	Problem	Etiologi

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.

2.

3.

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal	No. DX	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)	Rasional

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No. DX	Implementasi	Respon	Paraf

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	No. DX	Evaluasi	Paraf

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.W YANG MENGALAMI GAGAL
JINJAL KRONIK DENGAN MASALAH KELEBIHAN VOLUME
CAIRAN DI RUANG CEMPAKA RS DR. SOEDIRMAN
KEBUMEN

Tanggal Masuk RS : 18 Februari 2019
Tanggal Pengkajian : 19 Februari 2019

A. IDENTITAS

1. Identitas Pasien

Nama : Tn. W
Umur : 44 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Singosari, Ambal
Agama : Islam
Status : Menikah
Suku Bangsa : Jawa
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Diagnosa Medis : Gagal Ginjal Kronik
No. RM : 269xxx

2. Identitas Penanggungjawab

Nama : Tn. T
Umur : 55 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Singosari, Ambal
Agama : Islam
Pekerjaan : Petani
Hubungan Dengan Klien : Kakak Klien

B. PENGKAJIAN

1. Keluhan Utama

Sesak Nafas

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien datang ke Unit Hemodialisa RS Dr. Soedirman Kebumen pada tanggal 18 Februari 2019 hari Senin. Klien memiliki Riwayat Hemodialisa rutin 1 Minggu 2 kali dan sudah berjalannya selama 2 tahun. Setelah dilakukan hemodialisa klien mengeluh sesak nafas

batuk, nyeri perut dan pusing. Hasil TTV TD: 210/140 mmHg, N: 116 x/menit, RR: 40 x/m, S: 36,8 °C. Kemudian klien dipindahkan ke ruang keperawatan. Pada saat dikaji pada hari Senin, 18 Februari 2019 jam 14.20 WIB klien masih mengeluh sesak nafas, batuk dan nyeri perut serta pusing. Klien dalam posisi setengah duduk dan terpasang nasal kanul 4 L/m, Infus Asering 10 tpm ditangan kanan. Hasil TTV terdapat TD: 190/110 mmHg, N: 98 x/m, RR: 30 x/m, S: 36,7 °C.

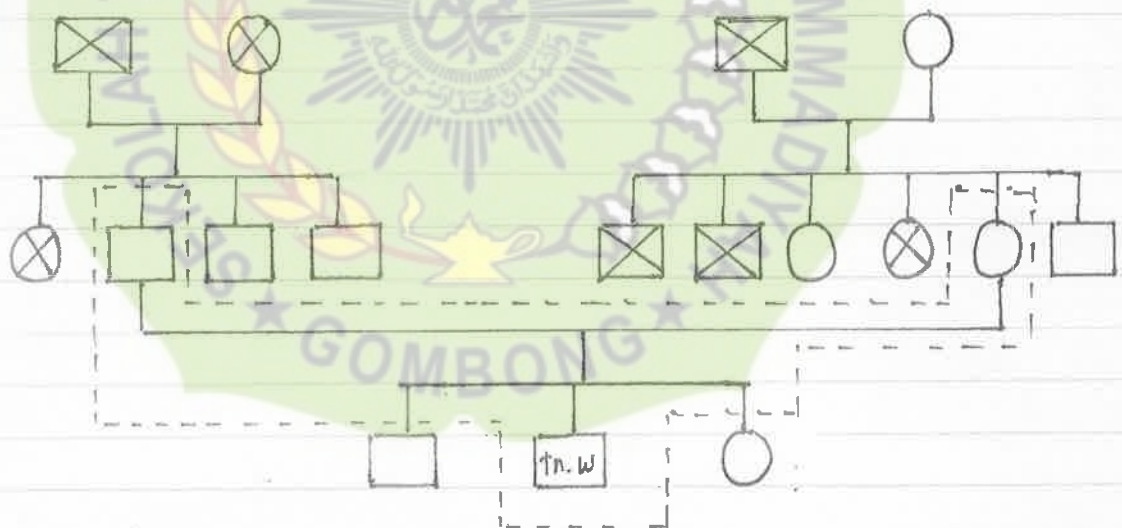
3. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RS Dr. Soediman Kebumen karena Hipertensi dua tahun yang lalu. Kemudian 1 bulan setelah dirawat klien mengatakan sering mengalami kesulitan saat BAK dan didiagnosis gagal ginjal kronik dan harus rutin menjalani hemodialisa. Klien mengatakan dulu sering mengonsumsi minuman berenergi ketika pergi ke sawah dan jarang sekali minum air putih.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan didalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan dirinya, dan tidak ada yang menderita penyakit kronik lainnya seperti DM, Hipertensi, HIV maupun Asma, dll.

5. Genogram



Keterangan:

-  : laki-laki
-  : perempuan
-  : Meninggal
-  : Garis Perkawinan
-  : Tinggal serumah
-  : Garis keturunan

c. Pengkajian Pola fungsional (Virginia H.)

a. Oksigenasi

Sebelum sakit: Klien mengatakan dapat bernafas dengan normal, tidak sesak nafas, tidak menggunakan alat bantu pernafasan

Saat dikaji: Klien mengatakan sesak nafas, RR: 30 x/m terpasang nasal kanul 4 Lpm.

b. Nutrisi

Sebelum sakit: Klien mengatakan makan biasa 3x/hari dengan porsi sedang, nasi, sayur dan lauk pauk seadanya. Minum air putih hanya 3-4 gelas setiap hari dan sering minum minuman berenergi bisa sampai 2-3 botol/hari

Saat dikaji: Klien mengatakan nafsu makan berkurang, makan hanya 1 sedikit saja (100cc) sering haus namun tidak boleh terlalu banyak minum, jika minum hanya 1/4 gelas tiap kali minum. ($\frac{1}{4} \text{ gelas} \times 8 = 2 \text{ gelas}$)

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Klien mengatakan BAK 6-7 kali/hari dengan warna urin kuning jernih, BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek berwarna kuning.

Saat dikaji: Klien mengatakan sulit sekali BAK dalam sehari hanya 3-4 kali dan keluarannya sedikit (200 cc/24jam). BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek berwarna kuning (150 cc/24jam).

d. Pola Istirahat dan tidur

Sebelum sakit: Klien mengatakan sehari tidur 6-7 jam, tanpa ada gangguan, dan jarang sekali tidur siang, karena pergi ke sawah

Saat dikaji: Klien mengatakan tidak bisa tidur secara teratur dan nyenyak karena sesak, tidur hanya sekitar 3-4 jam/hari

e. Pola Aktivitas

Sebelum sakit: Klien mengatakan dapat melakukan aktivitas/kegiatan sehari-hari tanpa bantuan keluarga/orang lain.

Saat dikaji: Klien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasa, klien juga mengatakan tidak bisa bergerak bebas karena memakai O2 dan terpasang infus. Klien mengatakan lemas.

f. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit: Klien mengatakan mandi 2x/hari, selalu menggunakan sabun, menggosok gigi dan keramas 3 hari sekali.

Saat dikaji: Klien mengatakan selama dirawat di RS, hanya digosok setiap pagi dan sore oleh keluarga.

g. Pola Berpakaian

Sebelum sakit: Klien mengatakan selalu berpakaian secara mandiri dan biasa memakai kaos lengan pendek ketika di rumah.

h. Pola amas dan nyaman

Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum sakit merasa aman dan nyaman tidak ada gangguan rasa nyaman

Saat dikaji : Klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan sakitnya karena harus keluar masuk RS

i. Mempertahankan suhu Tubuh

Sebelum sakit : Klien mengatakan saat sebelum sakit jika panas selalu memakai pakaian tipis, jika di malam hari tidur menggunakan selimut karena dingin

Saat dikaji : Klien mengatakan jarang merasa dingin, dan tidak pernah memakai selimut ketika tidur

j. Pola Bekerja

Sebelum sakit : Klien mengatakan setiap hari pekerjaannya menjadi petani biasa kesawah di pagi hari dan sore hari

Saat dikaji : Klien mengatakan ingin sembuh dan bekerja lagi untuk membiayai sekolah anak-anaknya dan kebutuhan istrinya.

k. Pola Berkomunikasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga dan tetangga. Sering mengobrol dengan tetangga disawah

Saat dikaji : Klien mengatakan sampai saat ini masih berkomunikasi dengan baik dengan keluarga dan tetangga. Terutama anak-anaknya.

l. Pola Spiritual

Sebelum sakit : Klien mengatakan beragama Islam dan selalu menjalankan shalet 5 waktu, jika maghrib biasa berjamaah di masjid dkt rumah

Saat dikaji : Klien mengatakan selama di RS hanya bisa beribadah shalet dengan duduk di tempat tidur

m. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum sakit biasa menghabiskan waktu luang dengan keluarganya, terkadang satu minggu sekali jalan-jalan ke pantai terutama jika hari Minggu

Saat dikaji : Klien mengatakan tidak bisa bepergian dengan keluarganya hanya bisa berbaring di tempat tidur

n. Pola Belajar

Sebelum sakit : Klien mengatakan sering mendapatkan informasi tentang kesehatan hanya melalui Televisi, Radio maupun koran

Saat dikaji : Klien mengatakan mendapatkan informasi tentang kesehatan dan penyakitnya dari perawat dan dokter. Klien juga mengatakan masih bingung dengan pembatasan cairan. Terkadang masih susah mengontrol

7. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmetis E4 VS M6

c. TB / BB : TB 168 cm / BB 50 kg

d. Tanda-tanda Vital

TD : 120/80 mmHg

N : 98 x/m

RR : 20 x/m

S : 36,7 °C

e. Pemeriksaan Head to toe

1). Kepala : Mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada hematoma, tidak ada edema

2). Mata : Simetris, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, pupil isokor, ukuran pupil 3 mm, reflek cahaya (+), tidak ada edema palpebra

3). Hidung : Tidak ada polip, tidak ada edema, tidak ada pernafasan cuping hidung, fungsi penciuman baik, terpasang nasal kanul O₂ 4 lpm

4). Telinga : Simetris, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik,

5). Mulut : Lidah tampak bersih, tidak ada caries gigi, mukosa bibir kering

6). Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, vena jugularis dan tidak terdapat lesi maupun jejas

7). Dada

a) Paru-paru

Inspeksi : Simetris, tidak ada jejas, pengembangan dada sama

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, vokal premitus teraba sama

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Vesikuler

b). Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan,

Perkusi : Pekak

Auskultasi : S₁ - S₂ - Reguler, tidak ada suara tambahan

8) Abdomen

Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada jejas

Auskultasi : Bising usus 15 x/m

Palpasi : Terdapat nyeri tekan (Ginjal dex-sinistra)

Perkusi : Hipertimpani

9). Genitalia : Tidak ada distensi kandung kemih, tidak terpasang DC kateter, produksi urin : Warna urin kuning keruh

10). Kulit : Turgor kulit setek, kulit kering

11). Ekstremitas

a). Atas : Terpasang IVD Asering 10 tpm di tangan kanan, tidak ada edema, akral terasa hangat, CRT < 2 detik

b). Bawah : Akral terasa dingin, terdapat edema (+/4), pitting edema (+/4) ± 4 mm, CRT > 3 detik, Kekuatan otot Baik

5	5
5	5

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan EKG : Sinus Rythm.

b. USG : Gambaran CKD

c. Pemeriksaan Rontgen : Thorax : Tidak ada edema pulmo

d. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 18 februari 2019

Jam : 11 : 47 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hemoglobin	7,9 L	g/dL	13,2 - 17,3
Leukosit	11,7 H	$10^3/\mu\text{L}$	3,8 - 10,6
Hematokrit	24 L	%	40 - 52
Eritrosit	2,8 L	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 440
Trombosit	222	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
MC H	29	Pg	26 - 34
MC Hc	33	g/dL	32 - 36
MCV	86	fL	80 - 100
Eosinofil	3,00	%	2 - 4
Basofil	0,80	%	0 - 1
Neutrofil	78,20 H	%	50 - 70
Limfosit	13,50 L	%	22 - 40
Monosit	4,50	%	2 - 8
SGOT	6	U/L	13 - 35
SGPT	8	U/L	7 - 35
Ureum	139 H	mg/dL	10 - 50
Creatinin	16,73 HH	mg/dL	0,9 - 1,3
Kalium	4,6	mmol/L	3,3 - 5,1
Natrium	138	mmol/L	136 - 145
Eklorida	118 H	mmol/L	98 - 406

g. Terapi

Jenis terapi	Rute	Dosis	Rasional
Asering (IVFD)	IV	10 tpm	
Ondansetron	IV	3 x 8 mg	Mencegah mual dan muntah
furosemide	IV	3 x 20 mg	Mengatasi penumpukan cairan

C. ANALISA DATA

Nb.	Hari / Tanggal	Data fokus	Problem	Etiologi
1.	Senin, 18 Februari 2019	Ds: - Klien mengatakan Buik BAK, dan keluarnya sedikit ± 500 cc/24 jam - Klien mengatakan lemas Do: - Terdapat edema pada ekstremitas bawah, pitting edema ± 4 mm - balance cairan Intake: - Minum 8 x $\frac{1}{4}$ gls (500 cc) = 400 cc - Makan 4 sendok (300 cc/24 jam) - Air metabolisme 250/kgBB/24 jam - Infus 500 cc/24 jam - Terapi Injeksi (10 cc/24 jam) Jumlah Intake = 1468 cc Output - BAK/urin (200 cc/24 jam) - BAB (150 cc) - IWL (750/kgBB/24 jam) Jumlah Output 1100 cc BC = Intake - (Output + IWL) 1468 - 1100 = +368 Hasil Lab - Hb: 7,9 g/dl, Ureum: 199 mg/dl - Creatinin: 16,73 Mg/dl	Kelebihan Volume Cairan	Kegagalan Mekanisme Regulasi

2.	Senin, 18 Februari 2019	Ds: - Klien mengatakan sesak nafas - Klien mengatakan tidak bisa tidur secara teratur dan nyenyak karena sesak Do: - Klien terpasang O₂ 4 Lpm - TTV TD: 130/110 mmHg - N: 98% / menit - RR: 30 x / menit - S: 36,7 °C - Tampak retraksi dinding dada	Ketidakefektifan pola nafas	Penurunan perifer yang mengakibatkan asidosis laktat
3	Senin, 18 Februari 2019	Ds: - Klien mengatakan masih bingung dengan pembatasan cairan - Klien mengatakan masih susah mengontrol, jika haus ingin segera minum Do: - Pendekatan klien SD - Klien gagal ginjal kronik dengan HD rutin 2 kali/minggu - Klien tampak cemas dengan kondisinya	Defisiensi Pengetahuan (Pembatasan cairan)	Kurangnya Informasi

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Penurunan perifer yang mengakibatkan asidosis laktat
2. Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi
3. Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya Informasi

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Hari/tanggal	No. Dx.	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)												
Senin, 18 februari 2019.	1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi dengan kriteria hasil: Status pernafasan <table><tr><th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>frekuensi Pernafasan</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Petraksi dinding dada</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Perasaan kurang istirahat</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> 1 = Berat 2 = Cukup Berat 3 = Sedang 4 = Ringan 5 = Tidak ada masalah	Kriteria	Awal	Tujuan	frekuensi Pernafasan	2	4	Petraksi dinding dada	2	5	Perasaan kurang istirahat	2	5	Airway Management 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi dan mengurangi sesak 2. Monitor respirasi dan status O₂ 3. Monitor vital sign 4. Lakukan fisioterapi dada bila diperlukan 5. Auskultasi suara nafas catat adanya suara nafas tambahan.
Kriteria	Awal	Tujuan													
frekuensi Pernafasan	2	4													
Petraksi dinding dada	2	5													
Perasaan kurang istirahat	2	5													
	2.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah kelebihan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil: Keseimbangan cairan <table><tr><th>Kriteria</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>tekanan Darah</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Edema perifer</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> 1 = Sangat terganggu 2 = Banyak terganggu 3 = Cukup terganggu 4 = Sedikit terganggu 5 = Tidak terganggu	Kriteria	Awal	Tujuan	tekanan Darah	2	5	turgor kulit	2	5	Edema perifer	2	5	Fluid Management 1. Pertahankan intake dan output yang akurat 2. Monitor Indikasi retensi atau kelebihan cairan (Cetacles, CVP, edema) 3. Monitor vital sign 4. Monitor Berat badan 5. Monitor hasil laboratorium (Hb, ureum, kreatinin, albumin, BUN dll) 6. Monitor balance cairan 7. Periksa turgor kulit 8. Kaji lokasi dan luas edema 9. Kolaborasi pemberian diuretik sesuai instruksi 10. Kolaborasi dokter untuk hemodialisa
Kriteria	Awal	Tujuan													
tekanan Darah	2	5													
turgor kulit	2	5													
Edema perifer	2	5													

Senin,
18 Februari
2019

3. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah defisiensi pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil:

Pengetahuan : Manajemen Penyakit Ginjal

Kriteria	Awal	Terakhir
Tanda & gejala penyakit ginjal	3	5
Faktor penyebab	2	5
Pembatasan cairan	2	5
Pentingnya pemantauan intake dan output	2	5

- 1 = Tidak ada pengetahuan
- 2 = Pengetahuan terbatas
- 3 = Pengetahuan sedang
- 4 = Pengetahuan banyak
- 5 = Pengetahuan sangat banyak

Teaching : Disjese Proses

1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien terkait proses penyakit
2. Gambarkan / edukasi pasien mengenai tanda dan gejala yang harus diketahui
3. Berikan pendidikan kesehatan tentang penyakit gagal ginjal kronik
4. Berikan pendidikan terkait pentingnya pembatasan cairan bagi penderita gagal ginjal

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	No dx.	Implementasi	Respon	Ttd
Senin, 18 Februari 2019	1.	Aturay Manajemen		
		1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan Ventilasi & mengurangi sesak	S: Klien mengatakan sudah nyaman dengan posisinya O: Klien dalam posisi semi Fowler	
		2. Memonitor respirasi dan status O ₂	S: Klien mengatakan masih sedikit sesak O: Klien terpasang O ₂ 4 Lpm	
		3. Memonitor Vital sign	S: Klien mengatakan tensinya biasa tinggi O: TD : 190/110 mmHg N : 90 x/m RR : 30 x/m S : 36,8 °C	
2-10		4. Melakukan fisioterapi dada bila diperlukan	S: Klien mengatakan tidak batuk O: Klien tampak lebih rileks.	

9-20	5. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara nafas tambahan	S: - O: Tidak ada suara nafas tambahan (nafas vesikuler)
Senin, 18 Februari 2019	2. Fluid Manajemen	
10-00	1. Mempertahankan intake dan output yang akurat	S: Klien mengatakan minumannya sangat dibatasi O: Klien tampak haus
	2. Memonitor indikasi retensi atau kelebihan cairan (edema, cup)	S: Klien mengatakan kakinya sering bengkak O: Kaki klien tampak bengkak pitting edema ± 4 dtk
	3. Memonitor vital sign	S: - O: TD: 190/110 mmHg N: 90 x/m RR: 20 x/m S: 36,8 °C
10-20	4. Memonitor berat badan	S: Klien mengatakan terakhir timbang di HD 50 kg O: BB klien 50 kg
10-30	5. Memonitor hasil laboratorium	S: Klien mengatakan ureum dan kreatinin kemarin cukup tinggi O: Hasil lab: Hb: 7,9 g/dL Ureum: 199 mg/dL Creatinin: 16,73 mg/dL
10-40	6. Memonitor balance cairan	S: Klien mengatakan btk sedikit minum juga sedikit O: Catat semua intake & output
10-50	7. Memeriksa turgor kulit dan kaji luas edema	S: - O: Turgor kulit klien jelek dan pitting edema 4 dtk
11-00	8. Memberikan terapi diuretik sesuai instruksi, dan terapi obat lain sesuai indikasi	S: - O: Obat masuk tidak ada reaksi alergi - Ondansetron 8 mg (iv) - furosemide 20 mg (iv)
11-00	9. Mengkolaborasi untuk HD	S: - O: -

11.10	3. Teaching : Disease Process	1. Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien terkait proses penyakit	S: Klien mengatakan tidak begitu tahu banyak tentang penyakit gagal ginjal O: Klien tampak bertanya-tanya
11.30	2. Mengedukasi pasien mengenai tanda dan gejala yang harus diketahui		S: Klien mengatakan mengerti tentang tanda dan gejala terkait penyakit gagal ginjal O: -
11.50	3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit GGRK		S: Klien mengatakan bersedia O: Klien tampak kooperatif
12.10	4. Memberikan edukasi terkait pentingnya pembatasan cairan bagi penderita GGRK		S: Klien mengatakan masih sulit untuk mengontrol cairan yang masuk (minum) O: Klien tampak kooperatif mendengarkan
Selasa, 19 Februari 2019	1. Airways Management	1. Memonitor respirasi dan status O ₂	S: Klien mengatakan masih sedikit sesak O: RR: 28 x/m, Klien masih memakai O ₂ 4 lpm
10.20	2. Memonitor Vital sign		S: Klien mengatakan tensinya masih tinggi kemarin O: Hasil TTV TD: 120/100 mmHg RR: 20 x/m N: 96 x/m S: 36,5°C
10.30	2. Fluid Manajemen	1. Mempertahankan intake dan output yang akurat	S: Klien mengatakan minumannya sangat dibatasi O: Klien minum 1/2 gelas tiap kali minum
10.40	2. Memonitor indikasi retensi atau kelebihan cairan (edema)		S: Klien mengatakan kakinya masih bengkak O: pitting edema 2 dtk
11.00	3. Memonitor berat badan		S: - O: BB Klien 50 kg
11.10	4. Memonitor balance cairan		S: Klien mengatakan BAK sedikit O: Catat semua intake & output

12.00	5. Memeriksa turgor kulit dan kaki luas edema	S: - O: turgor kulit klien masih jelek dan pitting edema 2dtk
12.30	6. Memberikan terapi obat	S: - O: Obat masuk tidak ada reaksi alergi - Ondansetron 8 mg (iv) - furosemide 20 mg (iv)
13.00	3. Teaching: Disease Process 1. Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien terkait proses penyakit	S: Klien mengatakan sudah mengerti terkait penyakitnya karena kemarin sudah di berikan pendidikan O: klien tampak lebih mengerti terkait penyakitnya.
Rabu, 20 februari 2019	1. Airways Manajemen 1. Memonitor respirasi dan status O ₂	S: Klien mengatakan masih sesak, namun sudah berkurang O: RR 20x/m, Klien masih memakai O ₂ 3 Lpm
10.00	2. Memonitor vital sign	S: Klien mengatakan tenaganya kemarin masih tinggi O: Hasil TTV TD: 120/80 mmHg N: 92 x/m RR: 26 x/m S: 36,8 °C
11.00	2. Fluid Manajemen 1. Mempertahankan intake dan output yg adekuat	S: Klien mengatakan sudah mulai mengontrol cairan yg masuk (minum) O: -
11.30	2. Memonitor indikasi retensi atau kelebihan cairan (edema)	S: Klien mengatakan kakinya masih sedikit bengkak O: pitting edema 2 dtk
11.45	3. Memonitor berat badan	S: Klien mengatakan BB turun O: BB 49 kg.

12.00	4. Monitor balance cairan	S: - O: Hasil Monitoring BC jam 14.00 = 21.00 = 06.00 =
12.30	5. Memberikan terapi obat	S: - O: Obat masuk tidak ada reaksi alergi - Ondansetron 8 mg (iv) - furosemide 20 mg (iv)
13.00	3. Teaching : Disease Process 1. Mereview kembali terkait pengetahuan pasien terkait proses penyakit	S: klien mengatakan sudah mengerti banyak tentang penyakitnya dan cara membatasi cairan yg masuk O: klien kooperatif

G. EVALUASI KEPERAWATAN

Hari / Tanggal	No dx.	EVALUASI	Ttd																
Senin, 18 februari 2019	1.	S: klien mengatakan masih sedikit sesak, batuk (-) O: klien tampak masih terpasang O₂ 4 lpm, RR 30x/m A: Masalah ketidak efektifan pola nafas belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Awal</th> <th>Tujuan</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>frekuensi pernafasan</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Retraksi dinding dada</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Perasaan kurang istirahat</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> 1: berat, 2 = cukup berat, 3 = sedang, 4 = ringan, 5 = tidak ada P: lanjutkan intervensi 1. Monitor respirasi dan status O₂ 2. Monitor vital sign	Kriteria	Awal	Tujuan	Hasil	frekuensi pernafasan	2	4	2	Retraksi dinding dada	2	5	2	Perasaan kurang istirahat	2	5	2	trial
	Kriteria	Awal	Tujuan	Hasil															
frekuensi pernafasan	2	4	2																
Retraksi dinding dada	2	5	2																
Perasaan kurang istirahat	2	5	2																
	2.	S: klien mengatakan BAK masih sulit dan keluar sedikit O: Masih terdapat edema pada kaki, pitting edema +4 dtk - Hasil lab: Hb = 7.9 g/dL, ureum = 199 mg/dL Kreatinin = 16.73 mg/dL - +TV +O: 190/116 mmHg, N: 98x/m, RR: 28x/m, T: 36.8 °C - Be p. = 1468 - 750 = +368 cc/kgBB	trial																

A: Masalah kelebihan volume cairan belum teratasi

Kriteria	Awal	tujuan	Hasil
tekanan darah	2	5	5
turgor kulit	2	5	5
Edema perifer	2	5	5

1: Sangat terganggu

2: Banyak terganggu

3: Cukup

4: Sedikit

5: Tidak

P: lanjutkan Intervensi

1. Pertahankan intake dan output

2. Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (edema)

3. Monitor BB

4. Monitor BC

5. Periksa turgor kulit dan luas edema

6. Berikan terapi obat

3. S: - Klien mengatakan ~~sekarang~~ tidak begitu mengerti terkait penyakitnya

- Klien mengatakan masih sulit mengontrol cairan yg masuk

O: - Klien masih tampak bertanya-tanya

A: Masalah Defisiensi pengetahuan belum teratasi

Kriteria	Awal	tujuan	hasil
Tanda & gejala penyakit ginjal	3	5	4
faktor penyebab	2	5	3
Pembatasan cairan	2	5	3
Pentingnya pemantauan intake dan output	2	5	3

1: Tidak ada pengetahuan 3 = Penget. sedang 5 = Penget. banyak

2: Penget. terbatas 4 = Penget. banyak sekali

P: Sebagian Intervensi dilanjutkan

1. Berikan peniliran tentang tingkat pengetahuan pasien terkait proses penyakit

2. Edukasi kembali terkait penyakit

lin

Selasa, 19
februari
2019

1. S: Klien mengatakan masih sedikit sesak,
O: Klien masih terpasang O₂ 4 Lpm, retraksi dinding dada (+)
• RR = 28 x/m N: 96 x/m
TD: 180/100 mmHg S: 36,5 °C

A: Masalah ketidakefektifan pola nafas belum teratasi

Kriteria	Awal	tujuan	hasil
frekuensi pernafasan	2	4	3
retraksi dinding dada	2	5	2

1: berat, 2: Cukup berat, 3 = sedang, 4 = Ringan, 5 = tidak ada

P: lanjutkan Intervensi

1. Monitor respirasi dan status O₂
2. Monitor Vital Sign

2. S: Klien mengatakan batuk masih sulit dan keluar sedikit

O: Terdapat edema, pitting edema kaki 2 dtk

- Hasil lab terbaru belum ada

- TV: TD: 180/100 mmHg RR: 28 x/m

N: 96 x/m S: 36,5 °C

- BC = 14 kg - fsv = + 318 cc/kg BB

A: Masalah kelebihan volume cairan teratasi sebagian

Kriteria	Awal	tujuan	hasil
tekanan darah	2	5	3
Edema perifer	2	5	3

1: Sangat terganggu

3 = Cukup terganggu

2: Banyak

4 = Sedikit

5 = Tidak

P: lanjutkan Intervensi

1. Pertahankan intake dan output yg adekuat
2. Monitor Indikasi retensi / kelebihan Cairan (edema)
3. Monitor BB
4. Monitor BC
5. Berikan terapi obat

3. S: Klien mengatakan sudah mengerti terkait penyakit setelah diberikan Pendidikan kesehatan

O: Klien tampak lebih mengerti dan paham

A: Masalah teratasi

P: Intervensi: (di review kembali terkait Pendidikan kesehatan)

Febu, 20
februari 2019

1. S: Klien mengatakan masih sesak, namun sudah berkurang
O: Klien masih terpasang O₂ 3 lpm, Retraksi dinding dada (-)
TD: 150/90 mmHg RR: 26 x/m BC = 1268 - 750
M: 92 x/m S: 36,8 °C = 18 cc/kgBB

A: Masalah ketidakefektifan pola nafas teratasi sebagian

Kriteria	awal	tujuan	hasil
frekuensi pernafasan	2	4	4
retraksi dinding dada	2	5	5

1 = Berat 3 = Sedang 5 = Tidak ada masalah
2 = Cukup berat 4 = Ringan

P: Lanjutkan Intervensi

1. Monitor respirasi dan status O₂
2. Monitor vital sign

2. S: Klien mengatakan ^{Bsk} masih sedikit
Klien mengatakan sudah mulai bisa mengontrol cairan yg masuk terutama minum

O: Kaki masih terlihat sedikit bengkak
Pitting edema 2 mm
BB turun = 49 kg

A: Masalah kelebihan volume cairan teratasi sebagian

Kriteria	awal	tujuan	hasil
Tekanan darah	2	5	4
Edema perifer	2	5	4

1 = Sangat terganggu 3 = Cukup trgg 5 = Tidak trgg
2 = banyak trgg 4 = sedikit trgg

P: Lanjutkan Intervensi

1. Pertahankan intake dan output yg adekuat
2. Monitor edema, BB dan BC
3. Berikan terapi obat sesuai intruksi

3. S: Klien mengatakan sudah mengerti tentang proses penyakit yg dialami dan bagaimana cara mengontrol asupan cairan

O: Klien mampu menjawab pertanyaan yg diajukan perawat

A: Masalah teratasi

P: Intervensi dihentikan

tin

tin

tin

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. L YANG MENGALAMI GAGAL
GINJAL KRONIK DENGAN MASALAH KELEBIHAN VOLUME
CAIRAN DI RUANG CEMPAKA RS DR. SOEDIRMAN
KEBUMEN

Tanggal Masuk RS : 15 februari 2019

Tanggal Pengkajian : 18 februari 2019

A. IDENTITAS

1. Identitas Pasien

Nama : Ny. L
Umur : 23 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Seliring, Aban
Agama : Islam
Status : Menikah
Suku Bangsa : Jawa
Pendidikan : SMK
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Diagnosa Medis : CKD st. V
No. RM : 265 xxx

2. Identitas Penanggungjawab

Nama : Tn. M
Umur : 23 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Seliring, Aban
Agama : Islam
Pendidikan : SMK
Pekerjaan : Swasta
Hubungan Dengan Klien : Suami Klien

B. PENGKAJIAN

1. Keluhan Utama

Sesak, Nafas

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien datang ke IGD RS Dr. Soedirman Kebumen pada hari Jumat tanggal 15 februari 2019
diantar suaminya dengan keluhan sesak nafas, mual, muntah darah dan BAK (-).
Klien dirawat HD rutin sudah 1 tahun selama 2 kali/minggu, hari Selasa dan Jumat.

Hasil pemeriksaan TTV: TD: 140/110 mmHg, N: 98 x/m, RR: 35 x/m, S: 37,2 °C.

Kemudian klien diberikan terapi O₂ 4 Lpm, IVFD Asering 10 tpm, dan Injeksi ceftriaxone 50 mg, ranitidine 25 mg, kalnex 50 mg. Setelah stabil klien dipindahkan ke ruang perawatan. Saat dikaji pada hari Senin, 18 februari 2019 pukul 09.30 WIB, klien masih mengeluh sesak nafas, mual, muntah sedikit tapi tidak merah, BAB (-). Tampak terlihat penut klien besar dan turgor kulit jelek. Terpasang O₂ 4 Lpm dan IVFD Asering 10 tpm di tangan kanan. Hasil TTV, TD: 130/100 mmHg, N: 73 x/m, RR: 32 x/m, S: 36,6 °C, BB: 30 kg dengan TB: 155 cm.

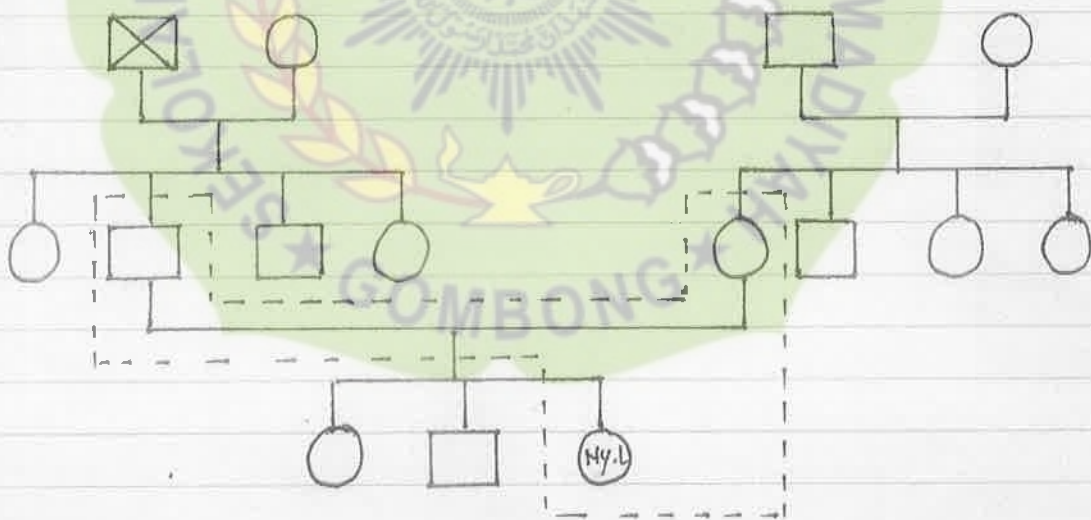
3. Riwayat Penyakit Dahulu

Suami klien mengatakan jika istrinya sudah keluar masuk RS sejak satu tahun yang lalu setelah didiagnosis gagal ginjal dan harus rutin hemodialisis 2 kali seminggu. Sebelumnya klien tidak pernah sakit seperti sekarang, jika sakit hanya batuk pilek biasa. Suami klien mengatakan jika istrinya memiliki riwayat sering minum minuman bersoda dan berwarna.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Suami klien mengatakan didalam keluarga istrinya terdapat riwayat hipertensi yaitu ibu klien. Tidak ada riwayat penyakit menular seperti hepatitis, HIV

5. Genogram



Keterangan:



: laki-laki



: Perempuan



: Meninggal



: Garis Perkawinan



: Garis Keturunan



: Tinggal Semuah

6. Pengkajian Pola fungsional (Virginia ff.)

a. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan dapat bernafas dengan normal, tidak sesak nafas, dan tidak menggunakan alat bantu pernafasan

Saat dikaji : Klien mengatakan sesak nafas, RR 32x/m, terpasang nasal kanul 4 Lpm

b. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : Klien mengatakan makan biasa 3x/hari dengan porsi sedang ada nasi, sayur dan lauk seadanya. Minum air putih hanya 2-3 gelas/hari dan sering minum minuman bersoda dan berwarna.

Saat dikaji : Klien mengatakan nafsu makan berkurang, makan 3-4 sendok saja. (leceh) mual, muntah sedikit, sering merasa haus, namun minum dibatasi hanya 1/4 gelas tiap kali minum $\pm$ 400 cc/24 jam, muntah 3x/cc

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan BAK 6-7 kali/hari dengan warna urin kuning jernih, BAB 1x/hari dengan konsistensi padat berwarna kuning

Saat dikaji : Klien mengatakan BAK 3-4 kali/hari, dan keluaranya sedikit-sedikit jika ditampung hanya 1/4 gelas kecil, $\pm$ 200 cc/24 jam. BAB 1x/hari

d. Pola Istirahat dan tidur

Sebelum sakit : Klien mengatakan sehari tidur 6-7 jam, tanpa ada gangguan, dan jarang sekali tidur siang, dulu pernah bekerja di Jakarta

Saat dikaji : Klien mengatakan tidur hanya 3-4 jam/hari, tidak teratur dan tidak nyenyak karena sesak nafas

e. Pola Aktivitas

Klien mengatakan sebelum sakit biasa beraktivitas tanpa ada gangguan dan tanpa bantuan orang lain

Saat dikaji : Klien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasa karena sesak, lemas dan tidak bisa bergerak bebas karena terpasang O₂ dan infus.

f. Pola Personal hygiene

Sebelum sakit : Klien mengatakan mandi 2x/hari, selalu menggunakan sabun, menggosok gigi dan keramas 3 hari sekali

Saat dikaji : Klien mengatakan selama dirawat di RS, hanya dicuka setiap pagi dan sore oleh suaminya.

g. Pola berpakaian

Sebelum sakit : Klien mengatakan memilih dan memakai pakaian secara mandiri

Saat dikaji : Klien mengatakan dalam memakai pakaian selalunya dibantu oleh keluarga/suami, klien tampak memakai pakaian yang mudah menyerap keringat

h. Pola aman dan nyaman

Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum sakit tidak ada gangguan rasa nyaman

Saat dikaji : Klien mengatakan merasa tidak nyaman dengan sakitnya selain sesak nafas yang mengganggu, juga karena mual dan seringnya keluar masuk RS untuk Hemodialisa, sehingga membuat tidak nyaman.

i. Pola Mempertahankan Suhu Tubuh

Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum sakit jika merasa panas selalu memakai pakaian yang menyerap keringat, dan jika dingin ketika tidur selalu memakai selimut

Saat dikaji : Klien mengatakan jarang merasa dingin dan jarang memakai selimut ketika tidur

j. Pola Bekerja

Sebelum sakit : Klien mengatakan dulu pernah bekerja di PT di Jakarta setelah lulus sekolah, kemudian setelah menikah sudah tidak bekerja dan akhirnya sakit dan pulang ke kampung halaman

Saat dikaji : Klien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan ingin mengurus suaminya, serta memiliki keturunan meskipun tidak bisa bekerja lagi seperti dulu, setidaknya bisa mengurus pekerjaan rumah

k. Pola Berkomunikasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga dan teman-teman, sering mengobrol dengan tetangga rumah

Saat dikaji : Klien tampak tidak banyak berbicara, hanya seperlunya saja ketika ditanya

l. Pola Spiritual

Sebelum sakit : Klien mengatakan beragama Islam dan selalu mengerjakan shalat 5 waktu dan terkadang mengaji setelah shalat Maghrib

Saat dikaji : Klien mengatakan hanya bisa shalat sambil berbaring ditempat tidur

m. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : Klien mengatakan biasa menghabiskan waktu luang dengan suaminya setelah menikah, sering jalan-jalan di akhir pekan

Saat dikaji : Klien mengatakan sudah tidak pernah pergi kemana-mana, setiap minggu selalu ke RS dua kali, sehingga tidak ada waktu untuk jalan-jalan

n. Pola Belajar

Sebelum sakit : Klien mengatakan sering mendapatkan informasi terkait kesehatan melalui televisi maupun Internet

Saat dikaji : Klien mengatakan sudah mendapat informasi tentang penyakit dan kesehatannya dari perawat dan dokter, terkadang mencarinya melalui Internet

7. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Composmetis E4 VS M6

c. TB / BB : TB : 155 cm , BB : 30 kg

d. Tanda-Tanda Vital

TD : 130/100 mmHg

N : 73 x/m

RR : 32 x/m

S : 36,6 °C

e. Pemeriksaan Head to toe

1). Kepala : Mesochepal, tidak ada lesi, tidak ada edema dan hematoma

2). Mata : Simetris, konjungtiva anemis, sklera anikterik, pupil isokor, ukuran pupil 3 mm, reflek cahaya (+), tidak ada edema palpebra

3). Hidung : Tidak ada polip, terdapat pemefasan cuping hidung, fungsi penciuman baik, terpasang O₂ 4 Lpm.

4). Telinga : Simetris, tidak ada penumpukan serumen berlebih, fungsi pendengaran baik.

5). Mulut : Mukosa bibir kering, lidah tampak bersih, tidak ada caries gigi, tidak terdapat

6). Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak terdapat lesi dan jejas

7). Dada

a). Paru-paru

Inspeksi : Simetris, tidak ada jejas, pengembangan dada sama

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, vokal fremitus teraba sama

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Vesikuler

b). Jantung

Inspeksi : Ictus kordis tidak tampak

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Pekak

Auskultasi : S₁-S₂ Reguler, tidak ada suara tambahan

8). Abdomen

Inspeksi : Tidak ada lesi dan jejas, perut tampak besar / buncit / edema

Auskultasi : Whising usus 20 x/m

Palpasi : Terdapat nyeri tekan

Perkusi : Hipertimpani

g). Genitalia : Tidak ada distensi kandung kemih, terpasang DC, produksi urin sedikit (), warna urin kuning keruh

h). Kulit : Turgor kulit jelek, kulit kering

ii). Ekstremitas

a). Atas : Terpasang ICD Asering 10 tpm di tangan kanan, tidak ada edema, akral terasa hangat, CRT < 2 detik

b). Bawah : Akral terasa hangat, terdapat edema (+/t), pitting edema (+/t), ± 4 mm, CRT > 3 detik, kekuatan otot baik

5	5
5	5

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan EKG : Sinus Rythm

b. Pemeriksaan Rontgen : Thorax : C/B I-II Reguler

c. Pemeriksaan USG : -

d. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 16 Februari 2019 Jam : 06.55 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hemoglobin	8,1 L	g/dL	12,0 - 15,0
Leukosit	8,7	$10^3/\mu\text{L}$	4,5 - 11,0
Hematokrit	25 L	%	36 - 44
Eritrosit	3,0 L	$10^3/\mu\text{L}$	4,0 - 9,0
trombosit	113 L	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
MCH	27	Pg	26 - 34
MCHC	33	g/dL	32 - 36
MCV	84	fL	80 - 100
Eosinofil	0,20 L	%	2 - 4
Basofil	0,10	%	0 - 1
Neutrofil	89 H	%	50 - 70
Limfosit	5,30 L	%	22 - 40
Monosit	5,40	%	2 - 8
Ureum	136 H	mg/dL	10 - 50
Creatinin	5,05 HH	mg/dL	0,9 - 1,3

g. Terapi

Jenis terapi	Rute	Dosis
IV D Aseling 500ml	IV	10 tpm
Ceftriaxone	IV	2 x 1 gr / 10 cc
Ranitidine	IV	3 x 50 mg / 2cc
Kalnex	IV	2 x / 2cc
Furosemide	IV	2 x 20 mg /

C. ANALISA DATA

No.	Hari / tanggal	Data fokus	Problem	Etiologi
1.	Senin, 18 Februari 2019	Ds: - Klien mengatakan sesak nafas - Klien mengatakan istirahat tidak nyaman karena sesak napasnya - Klien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasa Do: - Klien terpasang O₂ 4 Lpm - Terdapat pernafasan cuping hidung - TTV: TD = 130/110 mmHg N = 73 x/m RR = 32 x/m S = 36,6 °C.	Ketidakefektifan pola nafas	
2.	Senin, 18 Februari 2019	Ds: - Klien mengatakan nafsu makan berkurang, mual dan muntah - Klien mengatakan sering merasa haus Do: - A : TB = 155 cm, BB = 30 Kg - B : Hb = 8,1 g/dl Hematokrit 25 % - C : Mata (konjungtiva anemis) Turgor kulit jelek, kulit kering TD : 130/110 mmHg, RR : 32 x/m N : 73 x/m S : 36,6 °C - D : Porsi Makan hanya 3-4 sendok Muntah ± 30 cc : Mual - mual	Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Anoreksia

3. Senin, 18 Februari 2019	Ds: - Klien mengatakan BAK hanya 3-4 x/hari dan keluarnya sedikit-sedikit Do: - Elastisitas bawah tampak edema (+/+) - Pitting edema $\pm$ 4 mm - Balance Cairan Intake - Minum 8 x 1/4 gelas (400 cc/24 jam) - Makan 3-4 sdt (200 cc/24 jam) - air metabolisme (150/kgBB/24 jam) - Infus 500 cc - Terapi obat (34 cc/24 jam) Jumlah Intake 1944 cc Output - BAK/urin (200 cc/24 jam) - BAB (150 cc/24 jam) - Muntah (30 cc/24 jam) - IWL (450 cc/kgBB/24 jam) Jumlah output 830 cc BC = Intake - (output + IWL) = 1944 - 830 = + 1114 cc - Turgor kulit selek	Kelebihan Volume cairan	Kegagalan Mekanisme Regulasi
----------------------------	---	-------------------------	------------------------------

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Kelebihan Volume cairan berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan pneumonia perifer yang mengakibatkan asidosis laktat
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tanggal/Hari	No dx.	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)												
Senin, 18 Februari 2019	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah kelebihan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil: Keseimbangan cairan	Fluid Management 1. Pertahankan intake dan output yang adekuat 2. Monitor retensi cairan (edema, crackles, Cup dll) 3. Periksa turgor kulit 4. Kaji lokasi dan luas edema 5. Monitor Berat badan 6. Monitor Vital sign 7. Monitor Balance cairan 8. Monitor hasil laboratorium (Hb, ureum, Creatinin) 9. Kolaborasi pemberian obat 10. Kolaborasi untuk hemodialisa												
		<table><tr><th>Kriteria</th><th>awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>turgor kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Edema perifer</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> 1: Sangat terganggu 2: Banyak terganggu 3: Cukup terganggu 4: Sedikit terganggu 5: Tidak terganggu	Kriteria	awal	Tujuan	Tekanan darah	2	5	turgor kulit	3	5	Edema perifer	2	5	
		Kriteria	awal	Tujuan											
Tekanan darah	2	5													
turgor kulit	3	5													
Edema perifer	2	5													
2. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi dengan kriteria hasil: Status pernafasan	<table><tr><th>Kriteria</th><th>awal</th><th>tujuan</th></tr><tr><td>frekuensi nafas</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Penggunaan obat</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Donor pernafasan</td><td></td><td></td></tr></table> 1: Berat 2: Cukup berat 3: Sedang 4: Ringan 5: Tidak ada masalah	Kriteria	awal	tujuan	frekuensi nafas	2	5	Penggunaan obat	3	5	Donor pernafasan			Airways Management 1. Posisikan klien senyaman mungkin untuk memaksimalkan Ventilasi 2. Monitor respirasi dan Saturas O ₂ 3. Monitor vital sign 4. Auskultasi nafas, Catat adanya suara nafas tambahan 5. Ajarkan teknik nonfarmakologi (nafas dalam, distiraksi relaksasi)	
Kriteria	awal	tujuan													
frekuensi nafas	2	5													
Penggunaan obat	3	5													
Donor pernafasan															
	3.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh dapat teratasi dengan kriteria hasil: Status Nutrisi : Asupan Nutrisi	Management Nutrisi 1. Berikan makanan yang terpilih (sesuai aduan dan ahli gizi) 2. Monitor BB 3. Berikan Informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien penyakit ginjal												
		<table><tr><th>Kriteria</th><th>awal</th><th>tujuan</th></tr><tr><td>Asupan kalori</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Kriteria	awal	tujuan	Asupan kalori	3	5							
		Kriteria	awal	tujuan											
Asupan kalori	3	5													

Asupan lemak	2	5
Asupan karbohidrat	2	5
Asupan protein	2	5

1. Tidak adekuat
2. Sedikit adekuat
3. Cukup adekuat
4. Sebagian besar adekuat
5. Sepenuhnya adekuat

4. Anjurkan Elien untuk memantau kalori dan intake makanan (misal membuat buku harian makanan)

4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/Tanggal	No dx	Implementasi	Respon	Ttd
Senin, 18 februari 2019 09.00	1. 1	1. Memantau vital sign	S: klien mengatakan tensinya selalu tinggi O: Hasil TV TD: 130/100 mmHg N: 70 x/m S: 36,6 °C RR: 32 x/m	tiis
09.30	1	2. Memonitor Refleksi Cairan	S: klien mengatakan kakinya sedikit bengkak O: kaki tampak bengkak pitting edema 4 mm	tiis
09.40	2	3. Memonitor respirasi dan O2	S: Klien mengatakan masih sesak O: RR 32 x/m tupasang Nasal Kanul 4 lpm	tiis
09.50	3	4. Memonitor Balance Cairan	S: - O: Bc = 1907 - 830 = + 1077 cc/kgBB klien tampak masih sesak.	tiis
10.00		5. Memonitor BB	S: - O: BB klien 30 kg.	tiis

10.20	1.	6. Memberikan terapi obat	S: klien mengatakan tidak ada alergi obat O: obat furosemide, Ceftriaxone, ranitidine kalder sudah masuk 1x bolus.
10.30	2	7. Mengajarkan terapi nafas dalam	S: klien mengatakan bersedia O: klien diberikan pengajaran terapi nafas dalam
11.30	3	8. Memberikan makanan yg telah terpilih (sesuai aduan dari ahli gizi)	S: - O: klien makan hanya sedikit 3-4 sendok saja
Selasa 19 Feb 2019 7.00	1.	1. Monitor balance cairan	S: - O: $BC = 1257 - 930 = +327cc/kgBB$
8.00	2.	2. Memberikan terapi obat	S: klien mengatakan bersedia O: Obat 1x masuk - furosemide - Ceftriaxone - Ranitidine - kalnek
8.30	3.	3. Memantau turgor kulit	S: - O: kulit tampak kering turgor kulit jelek
8.40	4.	4. Monitor BB	S: - O: BB klien 30 kg
9.00	5.	5. Monitor Laboratorium	S: klien mengatakan kemarin Hb nya rendah O: Hasil Lab: Hb: 8,1 g/dl Ureum: 136 mg/dl Creatinin: 5,05 mg/dl

Rabu, 20
Februari 2019

6. Memonitor Vital Sign

S: klien mengatakan
sesaknya sedikit
berkurang

O: Hasil TTV:

TD: 130/100 mmHg

N: 74 x/m

RR: 20 x/m

T: 36,8 °C

fin

7. Menunjukkan teknik
nafas dalam

S: klien mengatakan
bersedra

O: klien tampak mengikuti
dengan seksama

S: klien mengatakan belum
ada nafsu makan

O: makan hanya 3 sendok

fin

1. Memonitor Balance Cairan

S: -

O: BC = 1157 - 900

= +257 cc/kgBB

S: -

O: obat IV bolus masuk:

- furosemide

- Ceftriaxone

- Ranitidine

- Kalnex

fin

2. Memberikan terapi obat
sesuai instruksi

3. Memonitor BB

S: klien mengatakan BB
tidak pernah naik dan
kurang hanya sedikit

O: BB klien tetap 30 kg

4. Memonitor Vital Sign

S: -

O: Hasil TTV:

TD: 130/100 mmHg

N: 74 x/m S: 36,7 °C

RR: 20 x/m

fin

5. Memberikan Makan

S: -

O: klien hanya makan 4
sendok

6. Membatasi Cairan yg
masuk

S: klien mengatakan bersedra

O: klien hanya minum 3x/hari

fin

G EVALUASI KEPERAWATAN

Hari / tgl	No dk	EVALUASI	Ttd																
Jenm. 18 februari 2019	1.	S: klien mengatakan BAK masih sedikit O: Tampak edema pd kaki, pitting edema 4 mm BC = $1907 - 830 = + 1077 \text{ cc/kgBB/hari}$ A: Masalah belum teratasi <table border="1" data-bbox="555 409 1329 618"> <thead> <tr> <th>kriteria</th><th>awal</th><th>tujuan</th><th>hasil</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>tekanan darah</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Turgor kulit</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>edema</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan Intervensi: 1. Pertahankan intake/output 2. Monitor Balance cairan 3. Monitor BB 4. Berikan terapi obat	kriteria	awal	tujuan	hasil	tekanan darah	2	5	5	Turgor kulit	2	5	5	edema	2	5	5	
kriteria	awal	tujuan	hasil																
tekanan darah	2	5	5																
Turgor kulit	2	5	5																
edema	2	5	5																
	2.	S: klien mengatakan masih sesak nafas O: RR = $32 \times / \text{m}$, masih terpasang binasal kanul 4 Lpm A: Masalah belum teratasi <table border="1" data-bbox="571 1088 1337 1249"> <thead> <tr> <th>kriteria</th><th>awal</th><th>tujuan</th><th>hasil</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>frekuensi nafas</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Retraksi dinding dada</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan Intervensi: 1. Monitor vital sign 2. Monitor respirasi dan saturasi O_2 3. Ajarkan teknik nafas dalam	kriteria	awal	tujuan	hasil	frekuensi nafas	2	5	2	Retraksi dinding dada	3	5	3					
kriteria	awal	tujuan	hasil																
frekuensi nafas	2	5	2																
Retraksi dinding dada	3	5	3																
	3.	S: klien mengatakan nafsu makan berkurang O: klien hanya makan 3-4 sendok BB = 30 kg, TB = 155 cm Hasil Lab masih sama Mual - muntah masih ada A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi: 1. Berikan makanan sesuai aduan ahli gizi 2. Berikan motivasi terkait makanan.																	

Dilasa,
19 februari
2019

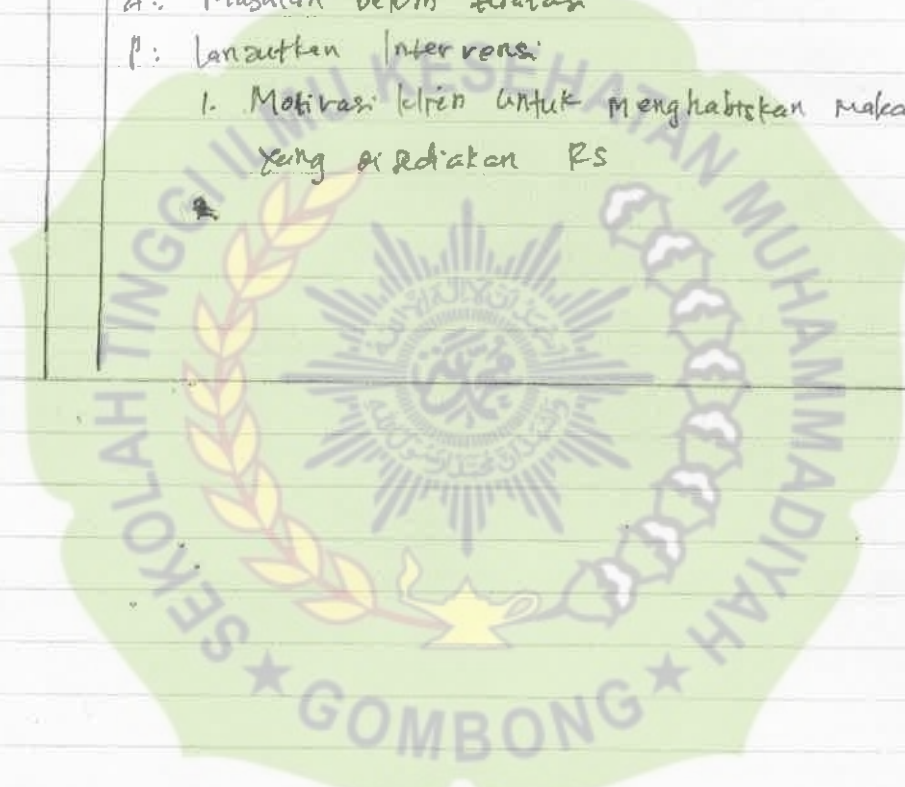
1. S: klien mengatakan BAK tidak banyak, hanya 2 kali/hari
O: tampak edema pd kaki, pitting 2 mm
 $BC = 1257 - 930 = +327 \text{ cc/kg BB}$
A: Masalah belum teratasi.
P: lanjutkan Intervensi:
 1. Monitor BC
 2. Monitor Intake/output
 3. Monitor BB
 4. Berikan terapi obat sesuai instruksi
2. S: klien mengatakan Sesak sudah sedikit berkurang
O: Masih memakai bronsal penul 3 Lpm
Rp 30x/m
A: Masalah belum teratasi.
P: lanjutkan Intervensi:
 1. Monitor vital sign
 2. Monitor respirasi dan status O₂
 3. Ajarkan teknik nafas dalam
3. S: klien mengatakan Masih Muntah, Muntah
O: klien tidak menghabiskan makan,
Makan hanya 2 sendok
BB 30kg, TB: 155 cm
Hasil lab masih sama
A: Masalah belum teratasi.
P: lanjutkan Intervensi:
 1. Memberikan makanan sesuai aduan ahli gizi
 2. Motivasi klien untuk menghabiskan makanannya

Kabu, 20
februari
2019

1. S: klien mengatakan BAK belum banyak, ± 5x/hari
O: klien tampak edema pd kaki, pitting edema 2 mm
 $BC = 1157 - 900 = +257 \text{ cc/kg BB}$
A: Masalah belum teratasi.
P: lanjutkan Intervensi:
 1. Monitor bc
 2. Monitor BB
 3. Monitor turgor kulit
 4. Berikan terapi obat sesuai instruksi

2. S: Klien mengatakan sesak nafas sedikit berkurang
O: RR 28 x/m, masih terpasang O₂ (3 lpm)
A: Masalah belum teratasi.
P: Lanjutkan intervensi
1. Monitor vital sign
 2. Monitor respirasi dan status O₂
 3. Ajarkan teknik Nafas dalam

3. S: Klien mengatakan masih mual, namun sudah tidak muntah
O: - BB 30 kg, TB 155 cm
- Hasil lab masih sama
- Klien tampak tidak menghabiskan makanannya
A: Masalah belum teratasi.
P: Lanjutkan intervensi
1. Motivasi klien untuk menghabiskan makanan yang direstikan RS



LEMBAR PEMANTAUAN BALANCE CAIRAN

Nama/ Umur/BB : Tn. W/ 44 Thn/50 Kg

Tanggal : 18 Februari 2019

[illegible]

LEMBAR PEMANTAUAN BALANCE CAIRAN

Nama/ Umur/BB : Tn. W/ 44 Thn/50 Kg

Tanggal : 19 Februari 2019

[illegible]

LEMBAR PEMANTAUAN BALANCE CAIRAN

Nama/ Umur/BB : Tn. W/ 44 Thn/50 Kg

Tanggal : 20 Februari 2019

[illegible]

LEMBAR PEMANTAUAN BALANCE CAIRAN

Nama/ Umur/BB :Ny. L/ 23 thn/ 30 Kg

Tanggal : 18 Februari 2019

[illegible]

LEMBAR PEMANTAUAN BALANCE CAIRAN

Nama/ Umur/BB :Ny. L/ 23 thn/ 30 Kg

Tanggal : 19 Februari 2019

[illegible]

LEMBAR PEMANTAUAN BALANCE CAIRAN

Nama/ Umur/BB :Ny. L/ 23 thn/ 30 Kg

Tanggal : 20 Februari 2019

[illegible]

GAGAL GINJAL KRONIK



Disusun oleh :

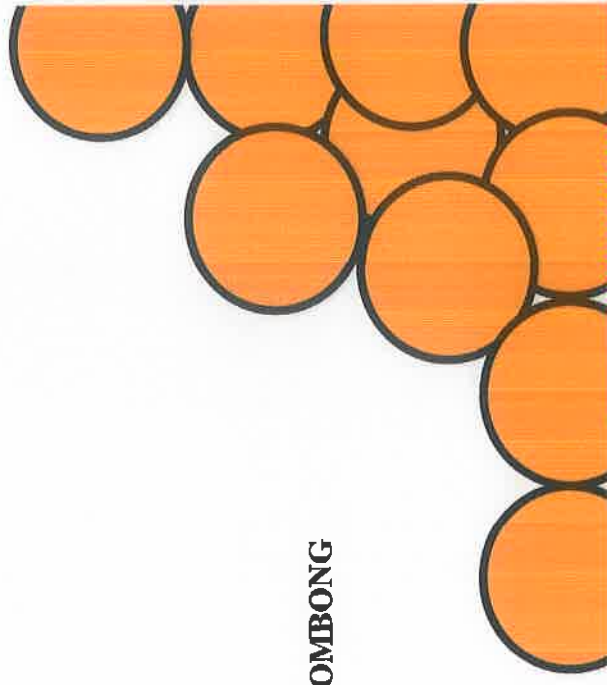
TRIA PUJI RAHAYU

A01602283

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

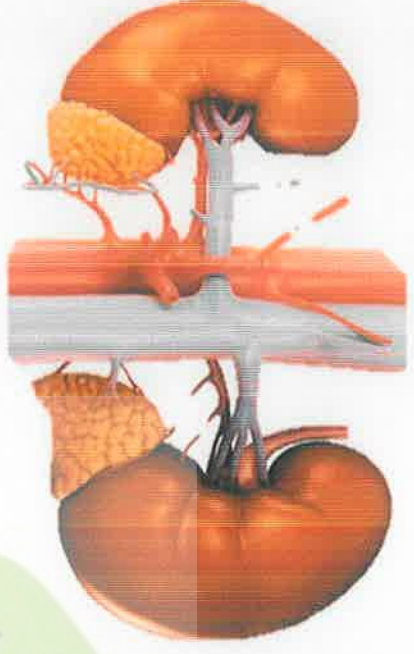
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG

2018/2019



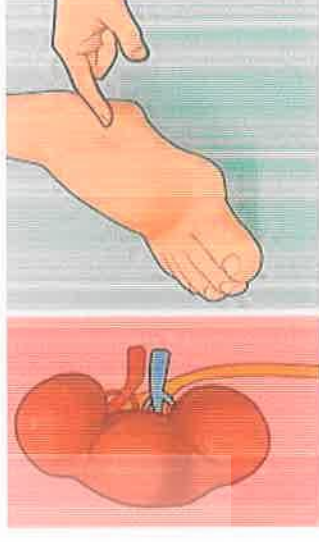
➤PENGERTIAN GAGAL GINJAL KRONIK

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah penurunan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, sehingga tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal dalam keseimbangan cairan dan elektrolit yang mengakibatkan peningkatan ureum (uremia) dan sampah nitrogen lain dalam darah (Clevo & Margareth, 2012)



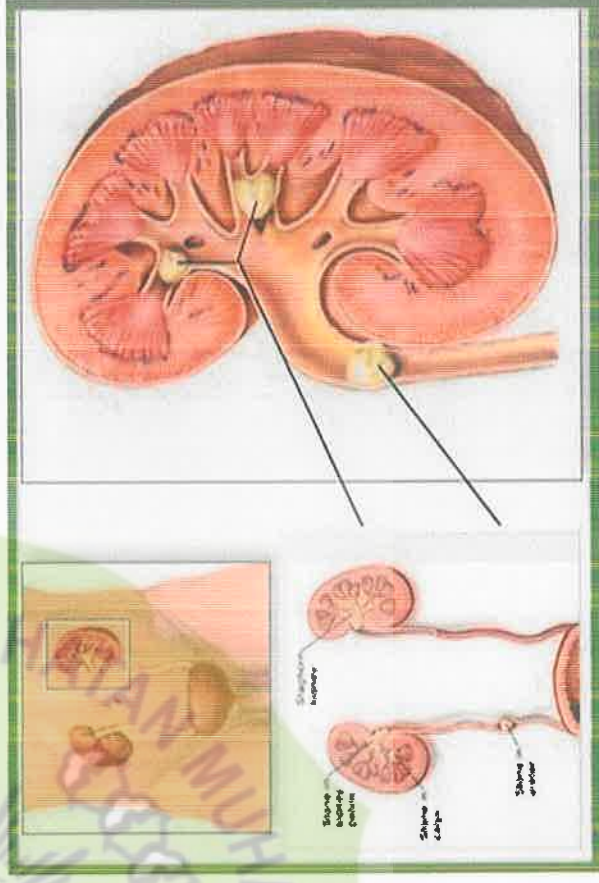
TANDA DAN GEJALA

1. Hipertensi, nyeri dada dan sesak nafas, nyeri kepala
2. Anoreksia, mual, muntah
3. Tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas)
4. Anemia
5. Retensi air dalam tubuh ditandai dengan edema/ bengkak pada ekstremitas atau bagian tubuh yang lain
6. Haluaran urin yang sedikit dan warna urin yang keruh pekat



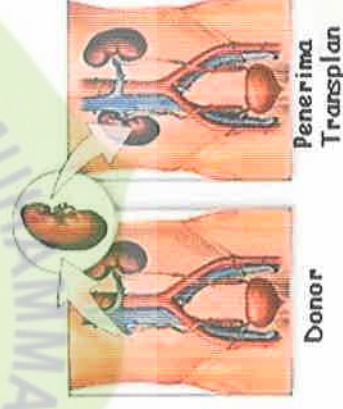
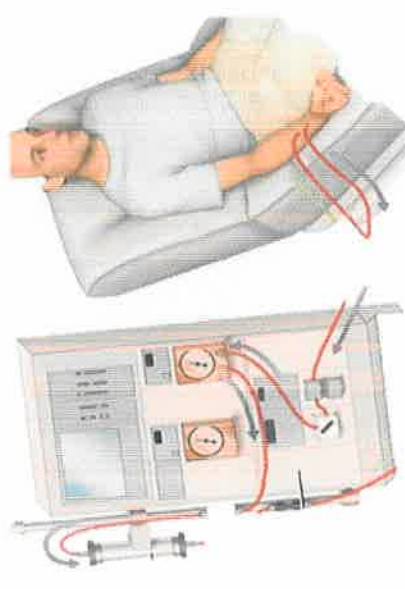
PENYEBAB

- Infeksi misalnya glomerulonephritis
- Penyakit metabolic misalnya DM
- Nefropati toksik misalnya penyalahgunaan analgesic
- Batu saluran kencing yang menyebabkan hidrolityasis
- Kebiasaan: kurang minum, Minuman beralkohol, Minuman bersoda, minuman berenergi, makanan mengandung banyak zat kimia makanan/ pengawet.



PENATALAKSANAAN

1. Observasi keseimbangan cairan antara yang masuk dan yang keluar (input - output)
2. Batasi cairan yang masuk
3. Cuci darah (hemodialisis)
4. Transplantasi ginjal (cangkok ginjal)
5. Nutrisi
6. Obat-obatan



Kebiasaan yang dapat merusak ginjal

- a) Mengonsumsi obat penghilang rasa sakit
- b) Mengonsumsi makanan olahan (siap saji)
- c) Makanan tinggi garam
- d) Kurang minum air putih
- e) Terlalu banyak makan daging
- f) Kurang tidur
- g) Konsumsi minuman mengandung gula berlebih dan minuman berkarbonasi seperti minuman berenergi, bersoda dan berwarna
- h) Merokok
- i) Jarang buang air kecil



PENTINGNYA PEMBATAHAN CAIRAN

- Pembatasan cairan sangat penting untuk mengetahui keseimbangan cairan
- Pembatasan cairan baik cairan yang keluar dan masuk harus sesuai dengan kebutuhan

tubuh. Rumus :

$$BC = \text{Intake/cairan masuk} - (\text{Output/cairan keluar} + \text{IWL})$$

Keterangan :

1. BC = Balance Cairan
2. Intake : infus, minum, metabolisme, kandungan cairan dalam makanan, obat (oral/suntik)
3. Air metabolisme : 5cc/KgBB/24 jam
4. Output : Urine dalam 24 jam, BAB, muntah, dan IWL
5. IWL (Insensible water Loss) : Jumlah cairan yang keluaranya tidak disadari dan sulit dihitung seperti keringat, uap hawa nafas.
6. Maka perlu dihitung menggunakan rumus: $\text{IWL} = 15 \times \text{KgBB}/24 \text{ jam}$

*** NIAT YANG KUAT UNTUK HIDUP SEHAT**

*** JAUHI KEBIASAAN MAKAN DAN MINUM YANG TIDAK SEHAT**

*** OLAHRAGA TERATUR**



TERIMA KASIH

GAGAL GINJAL

APA ITU GAGAL GINJAL

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah penurunan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, sehingga tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal dalam keseimbangan cairan dan elektrolit yang mengakibatkan peningkatan ureum (uremia) dan sampah nitrogen lain dalam darah.

PENYEBAB

INFEKSI
BATU SALURAN KEMIH

KEBIASAAN KONSUMSI MINUMAN
ALKOHOL, PEWARNA, BERENERGI,

PENYAKIT METABOLIC MISALNYA
DM

NEFROPATI TOKSIK MISALNYA
PENYALAHGUNAAN ANALGESIC

Di Susun Oleh :

TRIA PUJI RAHAYU
A01602283

DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2019



TANDA DAN GEJALA

- ♦ Hipertensi, nyeri dada dan sesak nafas, nyeri kepala
- ♦ Anoreksia, mual, muntah
- ♦ Tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas
- ♦ Anemia
- ♦ Retensi air dalam tubuh ditandai dengan edema/ bengkak pada ekstremitas atau bagian tubuh yang lain
- ♦ Haluaran urin yang sedikit dan warna urin yang keruh pekat



SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) GAGAL GINJAL KRONIK

Pokok Bahasan : Gagal Ginjal Kronik (CKD)
Sasaran : Pasien dan Keluarga pasien
Waktu : Pkl. 15.00 WIB (15-20 Menit)
Hari/Tanggal : Senin, 18 Februari 2019
Tempat : Ruang Cempaka RSUD Dr. Soedirman Kebumen

A. Latar Belakang

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah penurunan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, sehingga tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal dalam keseimbangan cairan dan elektrolit yang mengakibatkan peningkatan ureum (uremia) dan sampah nitrogen lain dalam darah (Clevo & Margareth, 2012). Menurut Nurarif dan Kusuma (2013) gagal ginjal kronik disebabkan oleh berbagai macam penyakit yang merusak massa nefron ginjal.

Menurut data dari Badan Kesehatan Dunia (WHO), Gagal Ginjal Kronik telah menyebabkan kematian sebesar 850.000 jiwa setiap tahunnya. Dengan penderita 500 juta jiwa ditahun 2009. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit gagal ginjal menduduki peringkat ke-12 tertinggi karena angka kematian. Di Amerika Serikat angka kejadian penyakit ginjal mengalami peningkatan yang cukup tajam dalam kurun waktu 10 tahun, pada tahun 2002 tercatat 34.500 kasus, tahun 2007 menjadi 80.000 kasus, dan tahun 2010 mengalami peningkatan yaitu 2 juta jiwa. Dari data tersebut prevelensi penyakit gagal ginjal kronik meningkat hingga 43 % selama satu decade (Lukman, et al., 2011). Sedangkan di Indonesia sendiri penyakit gagal ginjal kronik tergolong penyakit tidak menular yang menempati urutan ke 10 (Kemenkes RI, 2013). Di Indonesia prevelensinya mencapai 400.000 juta orang.

Kelebihan volume cairan erat kaitannya dengan gagal ginjal kronik. Hal tersebut disebabkan karena hilangnya fungsi ginjal yang dapat merusak kemampuannya untuk mengatur keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa (Karen. M, 2014). Penurunan fungsi ginjal, tidak dapat melakukan metabolisme protein yang normalnya diekskresi kedalam urin namun hal ini protein justru tertimbun didalam darah (Hendrajaya, 2013).

B. Tujuan Umum

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 1x 20 menit, diharapkan baik pasien maupun keluarga pasien mampu memahami tentang penyakit gagal ginjal kronik serta kebutuhan nutrisi dan pentingnya pembatasan cairan.

C. Tujuan Khusus :

1. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit gagal ginjal kronik (pengertian, tanda dan gejala, penyebab)
2. Untuk memaparkan kepada keluarga tentang kebutuhan nutrisi pada pasien gagal ginjal kronik
3. Mendeskripsikan pentingnya pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik

D. Metode

1. Cermah
2. Tanya jawab

E. Materi

Terlampir

F. Media

1. Lembar balik
2. Leaflet



G. Proses Kegiatan

No	Waktu	Kegiatan role play model	Kegiatan peserta
1.	3 menit	- Pembukaan - Memberikan salam - Menjelaskan tujuan pembelajaran - Menyebutkan pokok bahasan yang akan di sampaikan. - Appersepsi - Kontrak Waktu	- Pasien dan keluarga menjawab salam - Pasien dan keluarga mendengarkan dan memperhatikan - Pasien menyampaikan keadaan pasien
2.	10 menit	- Pelaksanaan materi - Pelaksanaan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur. Materi : a. Pengertian gagal ginjal kronik b. Penyebab gagal ginjal kronik c. Tanda dan gejala d. Penatalaksanaan e. Nutrisi bagi pasien gagal ginjal kronik f. Pentingnya pembatasan cairan bagi pasien gagal ginjal kronik	Menyimak dan memperhatikan
3.	5 menit	Evaluasi : - Bertanya pada keluarga tentang materi yang telah dijelaskan. - Memberi kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya. - Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk menjawab pertanyaan yang dilontarkan.	Bertanya dan menjawab pertanyaan
4.	2 menit	Penutup - Menyimpulkan materi yang telah disampaikan - Ucapan terimah kasih - Mengucapkan salam.	Menjawab salam

H. Evaluasi

Diharapkan keluarga mampu :

1. Menjelaskan tentang pengertian gagal ginjal kronik
2. Menjelaskan tentang penyebab gagal ginjal kronik
3. Menjelaskan tentang tanda dan gejala
4. Menjelaskan tentang penatalaksanaan
5. Menjelaskan tentang nutrisi yang dibutuhkan pada pasien gagal ginjal kronik
6. Menjelaskan tentang pentingnya pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik



Lampiran Materi Penyuluhan Tentang Gagal Ginjal Kronik

A. Pengertian

Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang menurun secara cepat dan fungsi tersebut tidak dapat kembali seperti semula, yaitu dimana ginjal mengalami kegagalan dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit (Rendi, Clevo M., 2012). Penyakit gagal ginjal kronik merupakan proses patofisiologis dengan penyebab yang beragam dan mengakibatkan penurunan fungsi yang progresif dan menimbulkan kematian jika tidak ditangani dengan segera (Muttaqin & kumala, 2011).

Sedangkan menurut Clevo & Margareth (2012), gagal ginjal kronik (GGK) adalah penurunan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, sehingga tubuh tidak mampu memelihara metabolisme dan gagal dalam keseimbangan cairan dan elektrolit yang mengakibatkan peningkatan ureum (uremia) dan sampah nitrogen lain dalam darah.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa penyakit gagal ginjal kronik adalah kerusakan ginjal dan penurunan fungsi ginjal yang progresif dalam mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga meningkatkan produksi ureum (uremia) dalam darah dan dapat mengakibatkan kematian jika tidak ditangani segera.

B. Penyebab

Beberapa penyebab dari gagal ginjal kronik menurut Nahas & Levin (2010) yaitu:

1. Infeksi misalnya glomerulonephritis, pielonefritis disebabkan oleh salah satu dari banyak penyakit yang merusak glomerulus maupun tubulus. Sedangkan pielonefritis adalah proses infeksi peradangan yang biasanya mulai dari renal pelvis, saluran ginjal yang menghubungkan kesaluran kencing (ureter) dan parenkim ginjal atau jaringan ginjal.
2. Penyakit Vaskuler misalnya nefroklerosis benigna, nefroklerosis maligna. Disebabkan karena terjadinya kerusakan vaskularisasi di ginjal oleh adanya peningkatan tekanan darah akut dan kronik.
3. Gangguan jaringan ikat misalnya lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa, sclerosis sistemik progresif. Disebabkan oleh kompleks imun dalam sirkulasi yang ada dalam membrane basalis glomerulus dan menimbulkan kerusakan. Penyakit peradangan kronik dimana system imun dalam tubuh menyerang jaringan sehat, sehingga menimbulkan gejala diberbagai organ.

4. Gangguan kongenital seperti penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal. Penyakit ginjal polikistik ditandai dengan kista multiple, bilateral, dan berekspansi yang lambat laun akan mengganggu dan menghancurkan parenkim ginjal normal akibat parenkim semakin lama ginjal tidak mampu mempertahankan fungsi ginjal sehingga akan menjadi rusak.
5. Penyakit metabolik misalnya DM, hiperparatiroidisme, amyloidosis. Penyebab terjadi yaitu dimana kondisi genetic yang ditandai dengan adanya kelainan dalam proses metabolisme dalam tubuh akibat defisiensi hormone dan enzim. Proses metabolisme ialah proses memecahkan karbohidrat, protein, dan lemak dalam makanan untuk menghasilkan energy.
6. Nefropati toksik misalnya penyalahgunaan analgesic, nefropati timbal. Penyebab penyakit yang dapat dicegah bersifat reversibel, sehingga penggunaan berbagai prosedur diagnostik dapat mempengaruhi kerja ginjal yang sebenarnya dapat dibatasi penggunaannya.
7. Batu saluran kencing yang menyebabkan hidrolitiasis. Merupakan penyebab gagal ginjal dimana benda padat yang dibentuk oleh presipitasi berbagai zat terlarut dalam urin dan saluran perkemihan.
8. Kebiasaan
Kurang minum, Minuman beralkohol, Minuman bersoda, minuman berenergi, makanan mengandung banyak zat kimia makanan/ pengawet.

C. Tanda dan Gejala

1. Gangguan kardiovaskuler
Hipertensi, nyeri dada dan sesak nafas, nyeri kepala
2. Gangguan pulmoner
Nafas dangkal, kusmaul, batuk dengan sputum kental dan suara krekels.
3. Gangguan gastrointestinal
Anoreksia, mual, muntah serta terjadi perdarahan pada saluran gastrointestinal dan mulut, nafas bau khas ammonia, nyeri pinggang
4. Gangguan musculoskeletal
Tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot-otot ekstremitas)
5. Gangguan integument
Kulit terlihat kekuningan akibat penimbunan urokrom dan pucat akibat anemia, gatal-gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh

6. Gangguan cairan elektrolit dan asam basa

Biasanya pada pasien gagal ginjal kronik terjadi retensi garam dan air tetapi dapat juga kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia.

7. System hematologi

Anemia yang disebabkan oleh berkurangnya produksi hormone eritropoetin sehingga rangsangan pada sumsum tulang berkurang, dapat pula terjadi gangguan fungsi trombosit dan trombositopeni.

8. Retensi air dalam tubuh ditandai dengan edema pada ekstremitas atau bagian tubuh yang lain

9. Haluaran urin yang sedikit dan warna urin yang keruh pekat

D. Penatalaksanaan

1. Observasi keseimbangan cairan antara yang masuk dan yang keluar (input - output)
2. Batasi cairan yang masuk
3. Cuci darah (hemodialisis)
4. Transplantasi ginjal (cangkok ginjal)
5. Nutrisi
6. Obat-obatan

E. Kebutuhan nutrisi pada pasien gagal ginjal kronik

1. Tujuan Diet pada pasien dengan penyakit Gagal Ginjal Kronik adalah:
 - a) Mencapai dan mempertahankan status gizi optimal dengan memperhitungkan sisa fungsi ginjal, agar tidak memberatkan kerja ginjal
 - b) Mencegah dan menurunkan kadar ureum darah yang tinggi (uremia)
 - c) Mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit
 - d) Mencegah dan mengurangi progresifitas gagal ginjal, dengan memperlambat turunnya laju filtrasi glomerulus Pada penderita GGK sering terjadi mual, muntah, anoreksia, dan gangguan lain yang menyebabkan asupan gizi tidak adekuat / tidak mencukupi.
2. Kebiasaan yang dapat merusak ginjal
 - a) Mengonsumsi obat penghilang rasa sakit
 - b) Mengonsumsi makanan olahan (siap saji)
 - c) Makanan tinggi garam
 - d) Kurang minum air putih
 - e) Terlalu banyak makan daging

- f) Kurang tidur
 - g) Konsumsi minuman mengandung gula berlebih dan minuman berkarbonasi seperti minuman berenergi, bersoda dan berwarna
 - h) Merokok
 - i) Jarang buang air kecil
3. Diet yang diberikan menurut berat badan pasien, yaitu:
- a) Diet Rendah Protein I
30gr protein diberikan kepada pasien dengan berat badan 50 kg
 - b) Diet Rendah Protein II
35gr protein diberikan kepada pasien dengan berat badan 60 kg
 - c) Diet Rendah Protein III
40 gr protein diberikan kepada pasien dengan berat badan 65kg

Karena kebutuhan gizi pasien penyakit gagal ginjal kronik sangat bergantung pada keadaan dan berat badan perorangan, maka jumlah protein yang diberikan dapat lebih tinggi atau lebih rendah daripada standar. Untuk protein dapat ditingkatkan dengan memberikan asam amino esensial murni (Almatsier, 2016).

F. Pentingnya pembatasan cairan pada pasien gagal ginjal kronik

Pembatasan cairan masuk pada pasien gagal ginjal kronik harus diperhatikan karena jika cairan yang masuk berlebih dapat mengakibatkan odema atau bengkak. Adapun cara menghitung balance cairan yaitu $BC = \text{Intake/cairan masuk} - (\text{Output/cairan keluar} + \text{IWL})$

Keterangan :

1. BC = Balance Cairan
2. Intake/cairan masuk : Mulai dari cairan infus, minum, metabolisme, kandungan cairan dalam makanan, volume obat termasuk obat suntik, drip, dll.
3. Output/cairan keluar : Urine dalam 24 jam, jika pasien terpasang kateter maka, hitung dalam ukuran di urobag, jika tidak terpasang kateter maka pasien harus menampung urinnya sendiri di dalam botol air bekas ukuran 1,5 Liter, kemudian hitung feses.
4. IWL (Insensible water Loss) : Jumlah cairan yang keluaranya tidak disadari dan sulit dihitung seperti keringat, uap hawa nafas.
5. Maka perlu dihitung menggunakan rumus:
$$IWL = 15 \times \text{KgBB}/24 \text{ jam}$$



PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

LEMBAR KONSULTASI

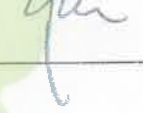
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : TRIA PUJI RAHAYU

NIM/NPM : A01602283

NAMA PEMBIMBING : Bpk. IRMAWAN ANDRI M.Kep

NO.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	24/09/2018	Topik Studi Kasus	
2.	05/10/2018	Perbaiki Latar Belakang	
3.	09/10/2018	Contumkan Sumber Rujukan Lanjutan Bab II	
4.	18/10/2018	Lengkapi Bab II	
5.	27/10/18	Perbaiki sample	
6.	29/10-18	lengkapi lampiran	

7.	5/11-18	Tambahkan intervensi maudun keperawatan	
8.	8/1-18	sempatkan juga proposal	
9.	4/3 - 2019	Konsul BAB 4/IV	
10.	5/3 - 2019	Revisi	
11.	6/3 - 2019	kesimpulan	
12.	13/7/19	konsul revisi hasil sidak	
13.	25/7/19	Ace	
14.	27/8/19	abstract dan	
15.			
16.			

Mengetahui

Ketua Program studi





Ma. S.Kep. Ns. M.Kep

PEMANTAUAN INTAKE OUTPUT CAIRAN PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DAPAT MENCEGAH OVERLOAD CAIRAN

Fany Angraini^{1*}, Arcellia Farosyah Putri¹

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

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

Abstrak

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

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

Abstract

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

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

Pendahuluan

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

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

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

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

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

Metode

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

Hasil

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

Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan hasil pengkajian melalui anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium, meliputi gangguan perfusi jaringan perifer, kelebihan volume cairan, risiko gangguan keseimbangan nutrisi, risiko infeksi, intoleransi aktivitas, serta kerusakan integritas kulit.

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

Kelebihan Volume Cairan. Kelebihan volume cairan ditunjukkan dengan adanya data meliputi keluhan klien yang mengalami penurunan frekuensi BAK (2-3 kali/hari), jumlah urin sedikit, data observasi berupa adanya edema pitting *grade* 3 pada kedua tungkai bawah klien serta ascites, jumlah urin dalam 24 jam (400 cc), tekanan darah 130/90 mmHg.

Risiko Gangguan Nutrisi. Sehubungan dengan masalah risiko gangguan nutrisi, adanya risiko ditunjukkan dengan adanya data berupa keluhan tidak nafsu makan, mual dan muntah, hasil observasi/pemeriksaan fisik dan laboratorium (porsi makan hanya ¼ bagian yang habis, BB=81 kg, TB 170 cm, postur tinggi sedang, Hb=5,7 gr/dl, Albu-min=2,9 gr/dl, LILA=31 cm, status gizi = normal).

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

Kerusakan Integritas Kulit. Kondisi kulit klien dan peningkatan kadar ureum seperti yang sudah diuraikan sebelumnya, juga menjadi data penunjang munculnya masalah kerusakan integritas kulit. Data tambahan terkait kerusakan integritas kulit lainnya adalah berupa keluhan klien mengenai rasa gatal pada kulit.

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

Adapun tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama pemberian asuhan keperawatan kepada Ny. S meliputi pemantauan status mental/ neurologis, pemantauan tanda-tanda vital, pemantauan status hidrasi (pemantauan BB, JVP, edema, ascites, *intake output*), pemantauan toleransi klien dalam melakukan ADL, pemberian motivasi kepada klien untuk meningkatkan *intake* makanannya, pemberian saran kepada klien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering, pemberian kesehatan tentang diet rendah garam dan rendah protein, pendidikan kesehatan tentang *hand hygiene*, pemberian *lotion* pelembab untuk mengatasi kulit klien yang kering, kolaborasi pembatasan *intake* cairan, kolaborasi pemberian diet, kolaborasi pemantauan hasil laboratorium (Hb, Ur, & Cr), kolaborasi pemberian diuretik, antiemetik, antibiotik, antipruritus, serta transfusi PRC, kolaborasi pemberian tindakan HD.

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

- a. Masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan perifer teratasi penuh pada hari rawat ke-3, setelah klien mendapatkan transfusi PRC ke 4. Hal tersebut ditandai dengan peningkatan kadar Hb (8,3 gr/dl) dan berkurangnya anemis pada konjungtiva dan punggung kuku serta CRT < 3 dtk. Meskipun demikian, pada hari terakhir klien dirawat, kadar Hb klien kembali mengalami penurunan (Hb 7,3 gr/dl), klien direncanakan transfusi on HD pada jadwal HD berikutnya.
- b. Masalah keperawatan kelebihan volume cairan mulai teratasi pada hari rawat ke-2, ditandai dengan penurunan derajat edema (edema grade 2), ascites berkurang, tidak ada penambahan BB dari hari sebelumnya, JVP tidak meningkat, balance cairan negatif, TD stabil (130/90 mmHg) dan status mental CM. Masalah teratasi penuh pada hari terakhir klien dirawat ditunjukkan dengan penurunan derajat edema (derajat 1), ascites berkurang, tidak ada penambahan BB dari hari sebelumnya, JVP tidak meningkat, balance cairan negatif, suaran nafas vesikuler, status mental CM, dan TD stabil (130/90 mmHg).
- c. Masalah risiko gangguan keseimbangan nutrisi mulai teratasi pada hari rawat ke-3, ditandai dengan keluhan mual yang dirasakan klien berkurang, porsi makanan yang habis bertambah ($1\frac{1}{2}$ porsi), nafsu makan mulai membaik. Masalah teratasi penuh pada hari terakhir klien dirawat, ditandai dengan hilangnya keluhan mual, nafsu makan membaik, porsi makanan yang habis > 50% (3/4 porsi).
- d. Masalah risiko infeksi mulai teratasi pada hari pertama pemberian asuhan keperawatan pada klien, ditandai dengan tidak ada tanda infeksi. Masalah teratasi penuh pada

hari terakhir perawatan klien ditandai dengan tidak adanya tanda infeksi pada klien serta kadar ureum darah klien yang sudah menurun (90 mg/dl).

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

Pembahasan

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

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di ruang rawat penyakit dalam menunjukkan sebanyak 50% pasien yang dirawat adalah pasien GGK. Tiga puluh lima persen penderita juga menderita DM dan hipertensi dengan riwayat kebiasaan makan yang tidak sehat.

Pola diet yang tidak sehat menjadi faktor pemicu awal gangguan ginjal yang dialami Ny.S. Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien, didapatkan bahwa klien sering mengonsumsi gorengan yang dibeli di pinggir ja-

lan, makanan berpenyedap rasa yang kuat dan rutin mengonsumsi kopi setiap harinya. Pasien tersebut memiliki riwayat obesitas, dengan beratnya pernah mencapai 100 kg, riwayat DM dan hipertensi semenjak 4 tahun yang lalu. Dapat disimpulkan DM dan menjadi faktor pemicu GGK pada Ny. S.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pemantauan status hidrasi pada pasien GJK meliputi pemantauan *intake output* cairan sela-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

intake output chart yang juga diberikan pada klien.

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

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

Kerusakan Integritas Kulit. Keluhan klien berupa rasa gatal pada kulit dan kondisi kulit yang kering/bersisik dan mengelupas merupakan manifestasi klinis dari keadaan uremia yang dialami klien.

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

Kesimpulan

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

Overload cairan lebih lanjut dapat menimbulkan komplikasi berupa gagal jantung, edema paru yang dapat berujung kematian. Oleh sebab itu, dibutuhkan manajemen cairan berupa pembatasan cairan efektif dan efisien untuk mencegah komplikasi tersebut. Upaya untuk menciptakan program pembatasan cairan yang efektif dan efisien, salah satunya dapat dilakukan melalui pemantauan *intake output* cairan pasien selama 24 jam dengan menggunakan *fluid intake output chart*.

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

Referensi

- Angelantonio, E. D., Chowdhury, R., Sarwar, N., Aspelund, T., Danesh, J., & Gudnason, V. (2010). Chronic kidney disease and risk of major cardiovascular disease and non-vascular mortality: prospective population based cohort study. *British medical journal* 341, 768.
- Black, J. M. & Hawks, J. H. (2009). *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (8th Ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Caturvedy, M. (2014). Management of hypertension in CKD. *Clinical queries: nephrology* 3, 1-4.
- Dx Medical Stationery. 2013. *Fluid balance record data form*. Diperoleh dari <http://dxmedicalstationery.com.au>.
- Dongoes, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. (2010). *Nursing care plans: guideline for individualizing client care across the life span* (8th Ed.). Philadelphia: F. A Davis Company
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2010). *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care*. (6th ed). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., Saran, R., Wang, A.Y., & Yang, C.W. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*, 382 (9888), 260-272. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60687-X
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Strategi nasional penerapan pola konsumsi dan aktifitas fisik untuk mencegah penyakit tidak menular*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Meiliana, R. (2013). *Hubungan kepatuhan terhadap terjadinya overload pada pasien gagal ginjal kronik post hemodialisa di Rumah Sakit Fatmawati* (Skripsi, tidak dipublikasikan). Program Studi Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok – Jawa Barat, Indonesia.
- Pasticci, F., Fantuzzi, A. L., Pegoraro M., McCann, M., & Bedogni, G. (2012). Nutritional management stage 5 of chronic kidney disease. *Journal of renal care*, 38 (1), 50-58. doi: 10.1111/j.1755-6686.2012.00266.x
- Shepherd, A. (2011) Measuring and managing fluid balance. *Nursing times* 107(28), 12-16. Diperoleh dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21941718>
- Tsai, Y. C., Tsai, J. C., Chen, S. C., Chiu, Y. W., Hwang, S. Y., Hung, C. C., Chen, T. H., Kuo, M. C., & Chen, H. C. (2014). Association of fluid overload with kidney disease progression in advanced CKD: a prospective cohort study. *American Journal*

Kidney Disease, 63 (1), 68-75. doi:
10.1053/j.ajkd.2013.06.011

Western Health and Social Care Trust. (2010).
*Policy for the recording of fluid balance/
intake-output*. Diperoleh dari [http://www.
nmc-uk.org](http://www.nmc-uk.org)



**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN SECARA INDIVIDUAL TENTANG
PEMBATASAN ASUPAN CAIRAN TERHADAP PENGETAHUAN TENTANG
PEMBATASAN CAIRAN DAN IDWG (INTERDIALYTIC WEIGHT GAIN)
PADA PASIEN HEMODIALISIS**

Rifka Hanum¹, Sofiana Nurchayati², Yesi Hasneli N³

Program Studi Ilmu Keperawatan

Universitas Riau

Email: rifkahanum@ymail.com

Abstract

Patient on hemodialysis (HD) should be given health education about fluid intake limitation so that renal function is stable and there will no complications. The purpose of this research was to determine the influence of health education with individual approach about fluid intake limitation towards knowledge about fluid limitation and IDWG (interdialytic weight gain) in patients with hemodialysis. The design of this research was "quasi experiment". 30 respondents were taken by using purposive sampling method. The instrument used knowledge questionnaire about liquid intake that had been tested for validity and reliability. This research was analysed by univariate and bivariate analysis, dependent and independent t test was used to analyse the data. The most respondents are aged 45-60 years, with the highest percentage on gender was male, last education was high school, most of respondents did not work, moreover the length of HD was 12-60 months. The result showed that health education influences the patient's knowledge about fluid limitation and IDWG in patients with hemodialysis p value (0,001) < α (0,05). The result of this research recommends to nurses to give health education with individual approach method to increase of knowledge towards patients with hemodialysis about fluid limitation to reduce other complication.

Keywords: fluid intake limitation, health education, hemodialysis, individual method, knowledge

PENDAHULUAN

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah kerusakan struktur dan fungsi ginjal yang progresif dan terus menerus yang bersifat *irreversibel*. Pada penderita GGK, ginjal kehilangan fungsi nefron lebih dari 90% dan filtrasi glomerulus kurang dari 60 ml/menit untuk tiga bulan atau lebih. Hal tersebut menyebabkan ginjal tidak mampu mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit yang dapat mengakibatkan terjadinya *uremic frost*, yaitu sisa metabolisme yang tidak dapat disekresikan oleh ginjal yang muncul pada pori-pori kulit berupa kristal deposit. Penumpukan urea dan zat sampah didalam darah juga dapat terjadi yang mengharuskan penderita GGK melakukan hemodialisis atau transplantasi ginjal untuk mempertahankan kehidupannya (Baradero, Dayrit, & Siswandi, 2008; Corwin, 2009).

Kasus gagal ginjal kronik di Indonesia terus meningkat setiap tahunnya. Hal ini terbukti pada tahun 2007 jumlah pasien GGK mencapai 2.148 jiwa, dan meningkat menjadi 2.260 jiwa pada tahun 2008 (Alam & Hadibroto, 2007). Berdasarkan data Rekam Medik di RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru

Provinsi Riau, didapatkan jumlah penderita GGK juga mengalami peningkatan setiap tahunnya yaitu pada tahun 2012 sekitar 289 orang dan pada tahun 2013 sebanyak 350 orang (Rekam Medik RSUD Arifin Achmad, 2014).

Penatalaksanaan GGK dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya pengaturan diet, masukan kalori suplemen dan vitamin, obat-obatan, pembatasan asupan cairan dan terapi pengganti ginjal. Terapi pengganti ginjal terdiri dari transplantasi ginjal, peritoneal dialisa dan hemodialisis. Hemodialisis (HD) merupakan terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa-sisa zat metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah tubuh seperti air, natrium, kalium, hidrogen, kreatinin, urea dan asam urat serta zat-zat lainnya melalui membran semipermeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisa pada dialiser. Teknik yang digunakan pada terapi hemodialisis adalah melalui difusi, osmosis dan ultrafiltrasi yang berfungsi dalam pengalihan darah pasien dari tubuhnya melalui dialiser dan kembali lagi kedalam tubuh pasien (Baradero et al., 2008).

Masing-masing pasien memiliki kebutuhan yang berbeda-beda dalam

menjalani terapi hemodialisis tersebut, oleh sebab itu pemberian dosis hemodialisis harus disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing pasien yang ditentukan oleh frekuensi HD (jumlah kunjungan untuk menjalani hemodialisis), durasi HD (lamanya hemodialisis) dan kecepatan aliran darah menuju dialiser (QB). Di Indonesia, hemodialisis dilakukan 2 kali seminggu dengan setiap hemodialisis dilakukan selama 5 jam. Di pusat dialisis lain ada juga dialisis yang dilakukan 3 kali seminggu dengan lama dialisis 4 jam sedangkan di RSUD dialisis dilakukan 2 kali seminggu dengan lama dialisis 4 jam (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, K, & Setiati, 2009).

Terapi hemodialisis ini harus dijalankan secara teratur agar dapat mempertahankan fungsi ginjal yang stabil sehingga tidak terjadi komplikasi. Selain itu juga harus mematuhi hal-hal yang harus dibatasi seperti, obat-obatan, aktifitas fisik dan pengaturan cairan. Pembatasan asupan cairan seringkali sulit dilakukan oleh pasien karena pada kondisi normal, manusia tidak dapat bertahan lebih lama tanpa asupan cairan (Potter & Perry, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Kamaluddin (2009) tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan asupan pada pasien gagal ginjal kronik di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam mengurangi asupan cairan yaitu faktor pendidikan, konsep diri, keterlibatan tenaga kesehatan, keterlibatan keluarga dan pengetahuan pasien. Peneliti mendapatkan dari 51 responden, penderita yang patuh sekitar 67,3% dan 32,7% penderita yang tidak patuh dalam mengurangi asupan cairan. Perbedaan pengetahuan pada penderita yang patuh dengan tidak patuh dengan nilai (p value < $\alpha=0,05$) yang berarti ada pengaruh antara pengetahuan dengan kepatuhan pasien dalam membatasi asupan cairan.

Pembatasan asupan cairan pada pasien GJK yang menjalani hemodialisis sangat perlu dilakukan. Pembatasan asupan cairan

tersebut bertujuan untuk mencegah terjadinya resiko kelebihan cairan antar sesi hemodialisis (*interdialytic weight gain/IDWG*). IDWG adalah peningkatan berat badan antar waktu dialisis. Menurut Neuman (2013) IDWG yang dapat ditoleransi oleh tubuh tidak lebih dari 3% berat kering. Berat kering adalah berat badan tanpa mengalami kelebihan cairan setelah tindakan hemodialisis atau berat terendah yang aman dicapai pasien setelah dilakukan dialisis (Kozier, 2004; Kallenbach, 2005). Jumlah cairan yang masih bisa ditolerir oleh ginjal yaitu dengan menjumlahkan urin/24 jam ditambah dengan 500-700 ml. Asupan cairan tidak hanya berupa minuman yang diminum langsung, tetapi juga asupan cairan yang terkandung dalam makanan. Jumlah air masuk ke dalam tubuh dibuat seimbang dengan air yang keluar, baik melalui urin maupun *insensible water loss* (Almatsier, 2006; Sudoyo et al., 2009).

Pembatasan asupan cairan pada pasien penyakit gagal ginjal kronik sangat perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya edema dan komplikasi kardiovaskular. Asupan meliputi semua cairan yang dikonsumsi baik melalui mulut seperti gelatin, es krim, sup, jus dan air, melalui selang makan nasogastrik, dan likuid serta komponen-komponen darah yang diberikan melalui intravena. Jika pasien tidak dapat membatasi jumlah asupan cairan yang masuk, maka cairan akan menumpuk di dalam tubuh dan akan menimbulkan edema diseluruh tubuh seperti tangan, kaki, dan muka. Selain itu, penumpukan cairan pada paru-paru juga akan menimbulkan sesak nafas. Oleh karena itu, pasien GJK harus patuh dalam membatasi asupan cairan (Potter & Perry, 2005; Almatsier, 2006; Sudoyo et al., 2009).

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang direncanakan untuk mempengaruhi atau mengajak orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat agar melaksanakan perilaku hidup sehat (Nursalam & Efendi, 2008). Konsep pendidikan kesehatan juga merupakan proses belajar individu, kelompok maupun masyarakat dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mampu

mengatasi masalah menjadi mampu dan sebagainya (Notoadmodjo, 2007).

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai metode, salah satunya melalui metode pendidikan individu yaitu dengan cara bimbingan dan konseling serta wawancara kepada masing-masing pasien. Metode tersebut memungkinkan kontak antara pasien dan petugas menjadi lebih intensif dan pasien akan merasa lebih diperhatikan serta terciptanya hubungan saling percaya diantara keduanya, sehingga pendidikan kesehatan secara individual ini lebih efektif (Maulana, 2009).

Kurangnya pengetahuan akan mempengaruhi pasien dalam kekambuhan ataupun dalam melakukan pencegahan agar tidak terjadi komplikasi. Upaya pencegahan yang dapat dilakukan pada pasien GGK yang menjalani terapi HD dapat berupa mempertahankan asupan cairan, mengurangi konsumsi tinggi natrium, diet tinggi serat, serta menjalankan hidup secara sehat. Pembatasan asupan cairan pada pasien yang menjalani terapi HD adalah untuk mencegah terjadinya defisiensi gizi serta mempertahankan dan memperbaiki status gizi, agar pasien dapat melakukan aktivitas normal, menjaga keseimbangan cairan elektrolit dan menjaga akumulasi produk sisa metabolisme tidak berlebihan (Almatsier, 2006).

METODOLOGI PENELITIAN

Desain penelitian dalam penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *nonequivalent control group design*. Sampel pada penelitian ini adalah 30 responden dengan metode pengambilan sampel *purposive sampling*. Terdiri dari pasien yang belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang pembatasan asupan cairan sebelumnya. Responden yang terpilih akan diberikan pre test sebelum diberikan pendidikan kesehatan secara individual dan penimbangan berat badan. Pada siklus hemodialisis berikutnya peneliti

memberikan kuesioner post test dan menimbang berat badan kembali.

Penelitian ini dilakukan analisa univariat dan bivariat menggunakan uji statistik *t dependent dan independent* untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan secara individual terhadap pengetahuan tentang pembatasan asupan cairan dengan nilai $p\text{ value} < \alpha=0,05$ untuk mengidentifikasi variabel karakteristik demografi responden (umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan lama hemodialisis) dan variabel pengetahuan.

HASIL PENELITIAN

Hasil yang didapatkan dari penelitian adalah sebagai berikut:

A.

A

analisa Univariat

Tabel 1.

Distribusi karakteristik responden (n=30)

No.	Karakteristik	f	%
1.	Kategori umur:		
	<45 tahun	7	23,3
	45-60 tahun	14	46,7
	>60 tahun	9	30,0
2.	Jenis kelamin:		
	Laki-laki	18	60,0
	Perempuan	12	40,0
3.	Pendidikan terakhir:		
	Tidak sekolah	2	6,7
	SD	6	20,0
	SMP	7	23,3
	SMA	9	30,0
	Perguruan Tinggi	6	20,0
4.	Pekerjaan:		
	IRT	10	33,3
	Wiraswasta/swa sta	3	10,0
	PNS	4	13,3
	Lain-lain	1	3,3
	Tidak bekerja	12	40,0
5.	Lama HD:		
	<12 bulan	7	23,3
	12-60 bulan	20	66,7
	>60 bulan	3	10,0

Berdasarkan tabel 1 diatas dapat diketahui bahwa mayoritas responden berusia 45-60 tahun sebanyak 14 orang (46,7%), jenis kelamin laki-laki 18 orang (60,0%), pendidikan SMA 9 orang (30,0%), tidak bekerja 12 orang (40,0%), sedangkan berdasarkan waktu lamanya menjalani

hemodialisis 12-60 bulan yaitu 20 orang (66,7%).

Tabel 2.

rata-rata nilai pre test tentang pembatasan asupan cairan dan IDWG sebelum diberikan pendidikan kesehatan secara individual pada kelompok eksperimen (n=15) dan kelompok kontrol (n=15)

Pengetahuan & berat badan	Mean	SD	Min	Max
Pre test eksperimen	8,33	1,718	4	11
Pre test kontrol	8,27	1,751	6	11
Berat badan eksperimen	51,90	8,706	39	70
Berat badan kontrol	52,00	8,409	42	70

Berdasarkan tabel 2 diatas diketahui bahwa *mean* pengetahuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan secara individual yaitu 8,33 pada kelompok eksperimen dan 8,27 pada kelompok kontrol dengan nilai perbedaan *mean* antara kedua kelompok 0,06. *Mean* berat badan pada kelompok eksperimen 51,90 dan 52,00 pada kelompok kontrol dengan nilai perbedaan *mean* pada kedua kelompok adalah 0,1.

Tabel 3.

Rata-rata nilai pre test tentang pembatasan asupan cairan dan IDWG sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual pada kelompok eksperimen (n=15) dan kelompok kontrol (n=15)

Pengetahuan & berat badan	Mean	SD	Min	Max
Pre test eksperimen	10,40	1,595	7	13
Pre test kontrol	8,13	1,598	6	11
Berat badan eksperimen	51,33	8,616	39	69
Berat badan kontrol	52,33	8,633	42	71

Berdasarkan tabel 3 diatas diketahui bahwa *mean* pengetahuan sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual yaitu 10,40 pada kelompok eksperimen dan 8,13 pada kelompok kontrol dengan nilai perbedaan *mean* antara kedua kelompok 2,27. *Mean* berat badan pada kelompok eksperimen 51,33 dan 52,33 pada kelompok kontrol

dengan nilai perbedaan *mean* pada kedua kelompok adalah 1.

B.

nalisa Bivariat

Tabel 4

Perbedaan pengetahuan pasien hemodialisis tentang pembatasan asupan cairan dan IDWG individual pada kelompok eksperimen sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual

Variabel	Mean	SD	p value	N
Pengetahuan				
• pre	8,33	1,718	0,000	15
• post	10,40	1,595		
Berat badan				
• pre	51,90	8,706	0,009	15
• post	51,33	8,616		

Berdasarkan tabel 4 diatas didapatkan *mean* pengetahuan pasien hemodialisis sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok eksperimen adalah 8,33. Sesudah diberikan pendidikan kesehatan didapatkan *mean* pengetahuan pasien hemodialisis adalah 10,40. Perbedaan nilai *mean* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan adalah 2,07. Nilai *p value* (0,000) < α (0,05), pada berat badan didapatkan *mean* sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok eksperimen adalah 51,90. Sesudah diberikan pendidikan kesehatan didapatkan *mean* berat badan pasien hemodialisis adalah 51,33. Perbedaan nilai *mean* berat badan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan adalah 0,57. Nilai *p value* (0,009) < α (0,05).

Tabel 5

Perbedaan pengetahuan pasien hemodialisis tentang pembatasan asupan cairan dan IDWG individual pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual

Variabel	Mean	SD	p value	N
Pengetahuan				
• pre	8,27	1,751	0,433	15
• post	8,13	1,598		
Berat badan				
• pre	52,00	8,409	0,096	15
• post	52,33	8,633		

Berdasarkan tabel 5 di atas didapatkan *mean* pengetahuan pasien hemodialisis sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol adalah 8,27. Sesudah diberikan pendidikan kesehatan didapatkan *mean* pengetahuan pasien hemodialisis adalah 8,13. Perbedaan nilai *mean* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan adalah 0,14. Nilai *p value* (0,433) > α (0,05), pada berat badan didapatkan *mean* berat badan pasien hemodialisis sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol adalah 52,00. Sesudah diberikan pendidikan kesehatan didapatkan *mean* berat badan pasien hemodialisis adalah 52,33. Perbedaan nilai *mean* berat badan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan adalah 0,33. Nilai *p value* (0,096) > α (0,05).

Tabel 6

Perbedaan pengetahuan pasien hemodialisis tentang pembatasan asupan cairan dan IDWG sesudah diberikan pendidikan kesehatan (post-test) pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol

Variabel	Mean	SD	p value	N
eksperimen	10,40	1,595	0,001	15
kontrol	8,13	1,598		15

Berdasarkan tabel 11 di atas, hasil uji statistik menggunakan uji *t independent* didapatkan *mean* pengetahuan pasien hemodialisis sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok eksperimen adalah 10,40, sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan *mean* pengetahuan pasien hemodialisis adalah 8,13. Nilai *p value* (0,001) < α (0,05), maka H_0 ditolak sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan secara individual tentang pembatasan asupan cairan dan IDWG berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan pasien hemodialisis tentang pembatasan asupan cairan.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 30 orang responden, diperoleh responden berumur 45-60 tahun (dewasa akhir) yaitu 14 orang (53,3%), hal ini sejalan

dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Sari (2014) bahwa rata-rata umur responden yang menjalani hemodialisis adalah 48,46 tahun. Semakin bertambahnya usia, fungsi ginjal juga semakin menurun, dimana setelah umur 40 tahun akan terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus secara progresif hingga umur 70 tahun yaitu kurang lebih 50% dari normalnya (Smeltzer & Bare; 2002, Alam & Hadibroto; 2007).

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin terbanyak yaitu laki-laki 18 orang (60%), hal ini sejalan dengan penelitian Nurchayati (2011) bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (62,5%). Hasil yang sama juga diperoleh dari penelitian Desitasari (2013) yaitu dari 36 orang responden 22 diantaranya berjenis kelamin laki-laki (61,1%). Setiap penyakit pada dasarnya dapat menyerang manusia baik laki-laki maupun perempuan, akan tetapi ada beberapa penyakit yang lebih banyak menimpa laki-laki yang diakibatkan pola makan dan pola hidup responden laki-laki yang suka merokok dan minum kopi (Nurchayati, 2011). Tingkat pendidikan yang terbanyak adalah SMA yaitu 9 orang (30,0%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Istanti (2013) bahwa sebagian besar tingkat pendidikan responden adalah SMA yaitu 23,1%. Hasil penelitian ini didukung dengan teori dimana pengetahuan merupakan domain yang penting untuk membentuk tindakan individu, perilaku individu yang didasari pengetahuan akan lebih lama daripada yang tidak didasari pengetahuan (Notoatmodjo, 2005).

Peneliti berasumsi bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan pengetahuan, dimana semakin tinggi pengetahuan seseorang semakin lebih mudah pula menerima dan menyerap informasi. Mayoritas responden tidak bekerja yaitu sebanyak 12 orang (40,0%), dimana pasien mengatakan berhenti bekerja sejak mengetahui dirinya harus menjalani terapi hemodialisis secara rutin 2 kali seminggu. Sejalan dengan penelitian Desitasari (2013) bahwa didapatkan mayoritas responden sudah

tidak bekerja lagi sebanyak 19 responden (52,8%) yang disebabkan karena sebagian mereka telah pensiun dan sudah tidak mampu untuk melakukan suatu pekerjaan.

Berdasarkan lama menjalani hemodialisis adalah 12-60 bulan yaitu sebanyak 20 responden (66,7%). Lamanya penderita menjalani hemodialisis mempengaruhi pengetahuan, sikap dan kepatuhan diet. Setiap penderita memerlukan waktu yang berbeda-beda dalam tingkat pengetahuannya. Sejalan dengan penelitian Sandra (2012) bahwa dari 36 responden diperoleh 20 responden (55,6%) dengan lama menjalani hemodialisis >12 bulan. Semakin lama pasien menjalani hemodialisis semakin baik kemampuan untuk berfikir dan lebih kritis terhadap penyakitnya.

Hasil analisis pengaruh pemberian pendidikan kesehatan secara individual tentang pembatasan asupan cairan terhadap pengetahuan tentang pembatasan asupan cairan dan IDWG diketahui nilai *mean* hasil pengukuran sesudah diberikan intervensi meningkat, hal ini dikarenakan pada kelompok eksperimen diberikan pendidikan secara individual selama lebih kurang 15 menit dengan menggunakan media leaflet sesudah dilakukannya pre test. Pendidikan yang diberikan secara individual memungkinkan kontak antara klien dengan peneliti menjadi lebih intensif, sehingga klien dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku yang diberikan (Notoadmodjo, 2007). Hasil uji statistik menggunakan uji *t dependent* pada kelompok eksperimen sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual diperoleh *p value* (0,000) < α (0,05) sehingga diketahui terdapat peningkatan pengetahuan, hal ini terjadi karena pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan diantaranya pendidikan, mass media/informasi dan umur (Notoadmodjo, 2005).

Karakteristik responden dalam penelitian menunjukkan bahwa pada

kelompok eksperimen mayoritas responden berpendidikan SMA sebanyak 5 orang (33,3%) dengan nilai rata-rata 8,33 sebelum diberikan intervensi dan nilai rata-rata meningkat menjadi 10,40 sesudah diberikan intervensi. Sedangkan pada kelompok kontrol yang berpendidikan SMA sebanyak 4 orang (26,7%) dengan nilai rata-rata 8,27 pada saat pre test dan nilai rata-rata menurun menjadi 8,13 pada saat post test, hal ini disebabkan oleh pemberian pendidikan kesehatan hanya menggunakan leaflet. Penyampaian materi hanya menggunakan satu alat peraga (*leaflet*) tanpa digabung dengan metode yang lainnya seperti metode pendidikan secara individual dinilai kurang efektif dan efisien (Maulana, 2009). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *t dependent* pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah tanpa diberikan pendidikan kesehatan diperoleh *p value* (0,433) > α (0,05) sehingga diketahui *mean* pengetahuan sebelum dan sesudah tanpa diberikan pendidikan kesehatan tidak terdapat peningkatan pengetahuan. Hasil ini dapat disimpulkan bahwa sebenarnya antara *pre test* dan *post test* pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan.

Hasil analisis pengaruh pemberian pendidikan kesehatan secara individual pada kelompok eksperimen terhadap perbedaan berat badan diketahui nilai *mean* hasil pengukuran sesudah diberikan intervensi menurun. Hasil uji statistik menggunakan uji *t dependent* pada kelompok eksperimen sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual diperoleh *p value* (0,009) < α (0,05) sehingga diketahui terdapat perbedaan berat badan. Sejalan dengan penelitian Hidayati (2012) didapatkan bahwa rata-rata penurunan IDWG pada kelompok intervensi didapatkan nilai *p value* 0,003 yaitu ada perbedaan dari 51,90 menurun menjadi 51,33. Ketidakpatuhan dalam membatasi asupan cairan dapat mengakibatkan IDWG yang berlebihan hal ini dapat dicegah dengan pengaturan masukan cairan yang baik sehingga dapat mencegah IDWG yang berlebihan (Denhaerynck, et al dalam Hidayati 2012; Istanti, 2013). Teori tersebut

menunjukkan bahwa rata-rata masukan cairan responden melebihi masukan cairan yang telah direkomendasikan. Tetapi ada sebagian responden yang tidak bisa menahan rasa hausnya sehingga responden mengalami kelebihan cairan. Penelitian lain yang dilakukan Desitasari (2013) juga terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan terhadap kepatuhan diet pasien GSK yang menjalani hemodialisis menunjukkan ada hubungan yang signifikan dimana seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik akan mudah mengaplikasikan pengetahuannya menjadi perilaku yang positif dan dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapinya.

Hasil analisis pengaruh pemberian pendidikan kesehatan secara individual pada kelompok kontrol terhadap perbedaan berat badan diketahui nilai *mean* hasil pengukuran sesudah diberikan intervensi meningkat yaitu dari 52,00 meningkat menjadi 52,33 hal ini terbukti sebagian besar pasien datang dengan peningkatan berat badan dan keluhan edema serta sesak napas. Hasil uji statistik menggunakan uji *t dependent* pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual diperoleh *p value* (0,096) > α (0,05) sehingga diketahui tidak terdapat perbedaan berat badan. Sejalan dengan penelitian Hidayati (2012) didapatkan bahwa rata-rata penurunan IDWG pada kelompok intervensi didapatkan nilai *p value* (0,09) yaitu tidak ada perbedaan. Ketidakepatuhan dalam membatasi asupan cairan dapat mengakibatkan IDWG yang berlebihan hal ini dapat dicegah dengan pengaturan masukan cairan yang baik sehingga dapat mencegah IDWG yang berlebihan (Denhaerynck, et al dalam Hidayati 2012; Istanti, 2013). Teori tersebut menunjukkan bahwa rata-rata masukan cairan responden melebihi masukan cairan yang telah direkomendasikan dimana ada sebagian responden yang tidak bisa menahan rasa hausnya sehingga responden mengalami kelebihan cairan. Hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan serta rasa keingintahuan yang kurang.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *t independent* diperoleh *p value* (0,001) < α (0,05) sehingga diketahui terdapat peningkatan antara mean pengetahuan tentang pembatasan asupan cairan dan IDWG pada kedua kelompok sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual tentang pembatasan asupan cairan. Dilihat dari sudut pandang umur pada karakteristik responden kelompok eksperimen mayoritas berusia 45-60 tahun yaitu sebanyak 14 orang (46,7%). Sejalan dengan teori Notoadmodjo (2005) menyatakan bahwa umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah umur semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin baik serta semakin bertambah umur semakin bertambah pula pengalaman, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya.

PENUTUP

Kesimpulan

Hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan secara individual tentang pembatasan asupan cairan terhadap pengetahuan tentang pembatasan cairan dan IDWG pada pasien hemodialisis dapat disimpulkan bahwa: gambaran data demografi karakteristik didapatkan mayoritas responden berusia 45-60 tahun (46,7%), jenis kelamin laki-laki (60,0%), pendidikan terakhir SMA (30,0%), sebagian besar pekerjaan adalah tidak bekerja (40,0%), dan lama menjalani hemodialisis 12-60 bulan (66,7%). Rata-rata pengetahuan pasien HD tentang asupan cairan dan IDWG sebelum diberi pendidikan kesehatan adalah 8,33 pada kelompok eksperimen dan 8,27 pada kelompok kontrol, sedangkan sesudah pemberian pendidikan kesehatan menjadi 10,40 pada kelompok eksperimen dan 8,13 pada kelompok kontrol.

Berdasarkan hasil uji *t dependent*, di peroleh *p value* (0,000) < α (0,05), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan tentang pembatasan

asupan cairan dan IDWG pada pasien hemodialisis yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual pada kelompok eksperimen.

Kelompok kontrol tanpa diberikan pendidikan kesehatan pengetahuan responden meningkat, namun berdasarkan uji *t dependent* diperoleh nilai *p value* $(0,433) > \alpha (0,05)$, dengan demikian disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan pengetahuan tentang pembatasan asupan cairan dan IDWG pada pasien hemodialisis yang bermakna antara sebelum dan sesudah tanpa diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol, sedangkan perbedaan post test pengetahuan antara kelompok eksperimen dan dan kelompok kontrol berdasarkan hasil uji statistik *t independent* adalah *p value* $(0,001) < \alpha (0,05)$, sehingga H_0 ditolak.

Saran

Bagi pihak rumah sakit di RSUD terutama perawat diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan melalui metode pendidikan kesehatan secara individual yang bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan diharapkan pasien dapat mengaplikasikannya sehingga meminimalkan terjadinya komplikasi seperti edema dan sesak napas serta meningkatkan pengetahuan tentang pembatasan asupan cairan dan IDWG

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada Universitas Riau melalui Lembaga Penelitian Universitas Riau serta Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan untuk dapat mempublikasikan skripsi ini.

¹Rifka Hanum: Mahasiswa Program Studi Ilmu keperawatan Universitas Riau, Indonesia

²Ns. Sofiana Nurchayati, M. Kep: Dosen Bidang Keilmuan Keperawatan Medikal Bedah Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau, Indonesia

³Yesi Hasneli N, S.Kp., MNS: Dosen Bidang Keilmuan Keperawatan Medikal Bedah

Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau, Indonesia

DAFTAR PUSTAKA

- Alam, S., & Hadibroto, I. (2007). *Gagal ginjal*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Almatsier, S. (2006). *Prinsip-dasar ilmu gizi*. (6th ed). Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Baradero, S. M., Dayrit, S. M., & Siswandi, M. Y. (2008). *Seri asuhan keperawata: Klien gagal ginjal*. Jakarta: EGC.
- Corwin, E. J. (2009). *Buku saku patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Desitasari. (2013). *Hubungan tingkat pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan diet pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa*. Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan. Diperoleh tanggal 10 september 2014 dari <http://jom.unri.ac.id>
- Hidayati, S. (2012). *Efektifitas konseling analisis transaksional tentang diet cairan terhadap penurunan interdialytic weight gain (IDWG) pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah*. Diperoleh tanggal 3 Juni 2015 dari <http://jurnal.unimus.ac.id/>
- Istanti, Y. P. (2013). *Hubungan antara masukan cairan dengan interdialytic weight gains (IDWG) pada pasien chronic kidney disease di Unit hemodialisis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Jurnal Profesi volume 10. Diperoleh tanggal 6 April 2014 dari <http://download.portal.garuda.org/>
- Kallenbach, J. Z., Gutch, C. F., Stoner, M. H., Corea, A. L. (2005). *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personal* (ed.7). St. Louis: Elsevier Mosby.

- Kamaluddin, R., & Rahayu, E. (2009). *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisis di RSUD Prof dr. Margono Soekarjo Purwokerto*. Jurnal Keperawatan Soedirman (JKS). Diperoleh tanggal 28 Desember 2014 dari <http://jos.unsoed.ac.id>
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Synderman S. J. (2004). *Fundamental of nursing (ed7) vol 2*. Jakarta: EGC.
- Maulana, H. D. J. (2009). *Promosi kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Neuman, C. (2013). *Body weight telemetry is useful to reduce interdialytic weight gain in patients with end-stage renal failure on hemodialysis*. Journal of the american telemedicine vol.1. Diperoleh tanggal 3 April 2015 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Notoatmodjo. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan edisi revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2007). *Kesehatan masyarakat ilmu dan seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurchayati, S. (2011) Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap dan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. Diperoleh pada tanggal 11 September 2014 dari <http://lontar.ui.ac.id/>
- Nursalam, & Effendi, F. (2008). *Pendidikan dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter & Perry. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktik ed. 4 vol. 2*. Jakarta: EGC.
- Potter & Perry. (2008). *Buku ajar fundamental keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Rekam Medik. (2014). *Jumlah pasien CKD*. Pekanbaru: RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.
- Sandra. (2012). *Gambaran stress pada pasien gagal ginjal terminal yang menjalani terapi hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Pekanbaru*. Jurnal Ners Indonesia. Diperoleh tanggal 21 Juni 2015 dari <http://download.portalgaruda.org/>
- Smeltzer, S., & Bare. (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC.
- Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alwi, I., K, M. S., & Setiati, S. (2009). *Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid I(5th ed)*. Jakarta: EGC.