

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA PASIEN  
GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN HIPERVOLEMIA DI RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH PROVINSI BANTEN**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**TASYA ARTYASVATI**

**880120029**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA**

**TAHUN AJARAN 2022/2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA PASIEN  
GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN HIPERVOLEMIA DI RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH PROVINSI BANTEN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan Pendidikan Program  
Diploma III Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Sultan Ageng  
Tirtayasa



**TASYA ARTYASVATI**

**880120029**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA  
TAHUN AJARAN 2022/2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

### HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tasya Artyasvati  
NIM : 8801200029  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa proposal penelitian ini merupakan hasil karya saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Saya bersedia menerima sanksi dalam bentuk apapun jika hasil karya saya ini dapat dinyatakan sebagai hasil karya plagiarisme.

Serang, 04 Januari 2023

Yang menyatakan,



Tasya Artyasvati

8801200029

## HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Nama : Tasya Artyasvati  
NIM : 8801200029  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten

Disetujui untuk Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah (KTI), pada :  
Hari/ Tanggal : Jumat, 14 April 2023

Serang, 14 April 2023

Disetujui oleh

Dosen pembimbing



Ella Nurlaela, S.Kep., Ners., M.Kep

NIP. 2020020132151

## HALAMAN PENGESAHAN

### HALAMAN PENGESAHAN

#### ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN HIPERVOLEMIA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROVINSI BANTEN

Karya Tulis Ilmiah ini sudah dipertahankan dihadapan Penguji dan diterima sebagai bagian dari persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.

Serang, 14 April 2023

Dewan Penguji

Tanda Tangan

1. Pembimbing

Ella Nurlaela, S. Kep., Ners, M. Kep.

NIP: 2020020132151

(  )

2. Penguji

Nelly Hermala Dewi, M. Kep.

NIP: 197906142005012009

(  )

Mengesahkan,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Kedokteran  
Universitas Sultan Ageng Tirtayasa



Epi Rustiawati, M.Kep., Sp.Kep.M.B

NIP 197811042005022001

v

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa karena rahmat dan berkat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Proposal Penelitian ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten”. Penulis menyusun Proposal Penelitian ini sebagai salah satu syarat dalam melakukan penelitian. Tidak lupa pula dalam penulisan proposal ini, peneliti mendapat banyak sekali bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Bapak Prof Dr. H. Fatah Sulaeman ST., MT selaku rektor Universitas Sultan Ageng Tirtayasa
2. Ibu dr. Siti Farida, M.Kes., Ph.D selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sultan Ageng Tirtayasa
3. Ibu Ns. Epi Rustiawati, M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku ketua Prodi Diploma III Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa
4. Ibu Ella Nurlaela, S.Kep, Ners, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan dan saran kepada penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik
5. Ibu Nelly Hermala Dewi, M.Kep selaku dosen penguji dalam sidang hasil yang telah meluangkan waktu dan memberikan masukan kepada penulis
6. Dosen beserta Staf Diploma III Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa yang telah memberikan ilmu dan bimbingan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini
7. Direktur RSUD Provinsi Banten yang telah mengizinkan dan memfasilitasi penulis dalam melakukan penelitian
8. Kepala Ruangan IGD beserta Staf RSUD Provinsi Banten yang telah memberi peluang serta mengizinkan dan memfasilitasi penulis dalam melakukan penelitian

9. Kepada kedua orang tua saya, Bapak Surahman dan Ibu Leli Nurita yang telah memberikan dukungan baik berupa dukungan moril maupun materil, serta doa yang selalu menyertai sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu
10. Kepada kedua kakak serta adik saya, Ricky Nur Fazril, Bella Novalia Ananda dan Mutia Tri Ramadani yang telah memberikan dukungan moril serta doa yang selalu menyertai sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan tepat waktu
11. Kepada pemilik nomor 08773182\*\*\*\* yang telah memberikan dukungan serta doa yang selalu menyertai sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tepat waktu
12. Sahabat dan teman-teman mahasiswa/i angkatan 2020 Diploma III Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa yang sudah mendukung, menemani dan berjuang bersama dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu dalam membantu penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kata sempurna dengan demikian penulis mengharapkan masukan serta saran yang bersifat membangun guna Karya Tulis Ilmiah ini.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

## **ABSTRAK**

Gagal Ginjal kronik merupakan gangguan fungsi ginjal dimana tubuh tidak dapat mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, yang menyebabkan uremia ditandai dengan Glomerulus Filtration Rate (GFR) kurang dari 60 mL/menit selama lebih dari 3 bulan. Menurut World Health Organization, penyakit gagal ginjal kronik telah menyebabkan kematian pada 850.000 orang setiap tahunnya dengan menduduki peringkat ke-12 angka kematian di dunia. Di Banten sendiri prevalensi penyakit gagal ginjal kronik sebesar 0,2 %. Tujuan penelitian ini untuk menggambarkan Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hipervolemia. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus melalui pendekatan asuhan keperawatan mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Subjek penelitian ini menggunakan perbandingan dua orang pasien gagal ginjal kronik dengan hipervolemia. Berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan dapat disimpulkan yaitu implementasi pemasangan kateter urine, pemberian obat dan monitor intake output cairan sesuai intruksi dokter dengan masalah hipervolemia pada kedua pasien dapat teratasi dengan edema menurun. Namun intervensi masih harus dilanjutkan dengan membatasi cairan dan garam.

**Kata Kunci : Gagal Ginjal Kronik, Hipervolemia, Asuhan Keperawatan Gawat Darurat**



## **ABSTRACT**

Chronic Kidney Failure is a kidney function disorder in which the body cannot maintain metabolism and fluid and electrolyte balance, which causes uremia characterized by a Glomerular Filtration Rate (GFR) of less than 60 mL/minute for more than 3 months. According to the World Health Organization, chronic kidney disease causes death in 850,000 people each year, ranking 12th in the world's mortality rate. In Banten, the prevalence of chronic kidney failure is 0.2%. The purpose of this study was to describe Emergency Nursing Care in Chronic Renal Failure Patients with Hypervolemia. This study used a descriptive research method in the form of a case study through a nursing care approach including assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation. The subject of this study used a comparison of two chronic kidney failure patients with hypervolemia. Based on the case studies that have been carried out, it can be concluded that the implementation of urinary catheter insertion, drug administration and monitoring of fluid intake output according to doctor's instructions with hypervolemia problems in both patients can be resolved with decreased edema. However, intervention must still be continued by limiting fluids and salt.

**Keywords: Chronic Renal Failure, Hypervolemia, Emergency Nursing Care**

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN .....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	iv
HALAMAN PENGESAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK .....	vii
ABSTRACT .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Gagal Ginjal Kronik .....	5
2.1.1 Pengkajian .....	5
2.1.2 Diagnosa.....	9
2.1.3 Perencanaan .....	12
2.1.4 Pelaksanaan .....	13

2.1.5 Evaluasi .....	14
2.2 Konsep Hipervolemia .....	15
2.2.1 Definisi Hipervolemia .....	15
2.2.2 Penyebab Hipervolemia .....	15
2.3 Konsep Dasar Dry Weight .....	16
2.3.1 Definisi Berat Badan Kering .....	16
2.3.2 Pengukuran Berat Badan Kering .....	16
2.3.3 Tanda Berat Badan Kering Tercapai.....	16
2.3.4 Cara Mempertahankan Berat Badan Kering.....	17
2.4 Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik .....	17
2.4.1 Definisi Gagal Ginjal Kronik .....	18
2.4.2 Anatomi Fisiologi Ginjal .....	18
2.4.3 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik .....	21
2.4.4 Etiologi .....	21
2.4.5 Patofisiologi .....	23
2.4.6 Manifestasi Klinis .....	26
2.4.7 Pemeriksaan Penunjang .....	27
2.4.8 Komplikasi .....	28
2.4.9 Penatalaksanaan .....	30
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>31</b>
3.1 Desain Penelitian .....	31
3.2 Tempat Dan Waktu Penelitian .....	31
3.3 Subjek Penelitian/ Partisipan .....	31
3.4 Fokus Studi .....	32
3.5 Definisi Operasional .....	32
3.6 Instrumen Penelitian .....	33
3.7 Metode Pengumpulan Data.....	34
3.8 Etika Studi Kasus .....	34
3.9 Langkah-Langkah Pengumpulan Data .....	35
3.10 Metode Analisa Data .....	36
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>37</b>

4.1 Hasil Penelitian .....	37
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian .....	37
4.1.2 Pengkajian Keperawatan .....	37
4.1.3 Diagnosa Keperawatan .....	45
4.1.4 Perencanaan Keperawatan .....	45
4.1.5 Implementasi Keperawatan .....	48
4.1.6 Evaluasi Keperawatan.....	53
4.2 Pembahasan .....	54
4.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	54
4.1.2 Diagnosa Keperawatan .....	55
4.1.3 Perencanaan Keperawatan.....	56
4.1.4 Implementasi Keperawatan .....	57
4.1.5 Evaluasi Keperawatan .....	57
4.3 Implikasi Dalam Keperawatan .....	58
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>59</b>
5.1 Kesimpulan .....	59
5.2 Saran .....	60
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>62</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>64</b>

## DAFTAR TABEL

Table 2.1 Intervensi Keperawatan Gagal Ginjal Kronik .....	11
Tabel 2.2 Implementasi Keperawatan Gagal Ginjal Kronik .....	12
Tabel 2.3 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik .....	21
Table 3.1 Definisi Operasional .....	27
Table 4.1 Identitas Pasien .....	37
Table 4.2 Identitas Penanggung Jawab .....	38
Table 4.3 Riwayat Penyakit .....	38
Table 4.4 Pengkajian Primer .....	39
Table 4.5 Pengkajian Sekunder .....	41
Table 4.6 Anamnesis (Kompak).....	42
Table 4.7 Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	43
Table 4.8 Terapi Obat.....	43
Table 4.9 Analisis Data.....	44
Table 4.10 Diagnosa Keperawatan.....	45
Table 4.11 Intervensi Keperawatan Gagal Ginjal Kronik .....	45
Table 4.12 Implementasi Keperawatan Gagal Ginjal Kronik .....	48
Table 4.13 Evaluasi Keperawatan Gagal Ginjal Kronik .....	53

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Ginjal .....	14
Gambar 2.2 Pathway Gagal Ginjal Kronik .....	20

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar SPO Pemasangan Kateter Urine .....	65
Lampiran 2 Lembar SPO Pengukuran Jugularis Venous Pressure .....	67
Lampiran 3 Lembar SPO Pemantauan Intake dan Output Cairan .....	69
Lampiran 4 Lembar Informed Consent .....	70
Lampiran 5 Lembar Informed Consent .....	71
Lampiran 6 Lembar Pengkajian Gawat Darurat .....	72
Lampiran 7 Surat Izin Penelitian .....	79
Lampiran 8 Surat Izin Penelitian .....	80
Lampiran 9 Lembar Bimbingan .....	81

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Gagal Ginjal kronik merupakan gangguan fungsi ginjal dimana tubuh tidak dapat mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, yang menyebabkan uremia ditandai dengan Glomerulus Filtration Rate (GFR) kurang dari 60 mL/menit selama lebih dari 3 bulan (Pongsibidang, 2019).

Gagal ginjal kronik memiliki tanda dan gejala yaitu hipertensi akibat retensi cairan dan natrium, edema pulmoner akibat cairan berlebihan dan perikarditis akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik pruritis, anoreksia, mual, muntah, perubahan tingkat kesadaran, kesulitan untuk buang air kecil dan tidak mampu berkonsentrasi.

Gagal ginjal kronik dapat menimbulkan komplikasi diantaranya kelainan pada sistem kardiovaskuler yaitu gagal jantung akibat iskemia miokardial, hipertrofi ventrikel kiri disertai oleh retensi garam dan air. Anemia akibat sekresi eritropoetin yang mengalami defisiensi di ginjal sehingga terjadi penurunan hemoglobin. Hipokalsemia akibat penurunan kadar kalsium secara langsung mengakibatkan dekalsifikasi matriks tulang, sehingga tulang akan menjadi rapuh (Price & Wilson, 2019).

Upaya keperawatan yang dapat dilakukan yaitu menjaga tekanan darah agar tetap normal, menjaga dan membatasi asupan cairan ke dalam tubuh, menjaga diet asupan nutrisi seperti rendah protein, rendah kalium dan rendah natrium bertujuan untuk meringankan beban kerja ginjal. Upaya



lain yaitu kolaboratif dengan terapi hemodialisa dan transplantasi ginjal (Prameswari, 2019).

Menurut *World Health Organization*, penyakit gagal ginjal kronik telah menyebabkan kematian pada 850.000 orang setiap tahunnya. Penyakit gagal ginjal kronik menduduki peringkat ke-12 tertinggi sebagai penyebab angka kematian di dunia. Prevalensi gagal ginjal di dunia menurut ESRD Patients (End-Stage Renal Disease) pada tahun 2017 sebanyak 2.786.000 orang, tahun 2018 sebanyak 3.018.860 orang dan tahun 2019 sebanyak 3.200.000 orang (World Health Organization, 2019).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar, Di Indonesia penduduk yang menderita gagal ginjal kronik dengan prevalensi sebesar 0,2% atau 2 per 1000 penduduk (Riskesdas, 2018).

Di Provinsi Banten menurut Riset Kesehatan Dasar Provinsi Banten menunjukkan prevalensi penderita gagal ginjal kronik sebesar 0,2%. Dengan prevalensi di kota Serang sebesar 0,1% (Riskesdas, 2018).

Prevalensi Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten penderita gagal ginjal kronik pada tahun 2022 sebanyak 156 orang.

Hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial dan intraseluler. Hipervolemia dapat terjadi pada penderita gagal ginjal kronik akibat ketidakseimbangan yang memengaruhi cairan ekstraseluler sehingga terjadi peningkatan natrium dan air dalam jumlah yang relative banyak sehingga terjadi kelebihan volume cairan ekstraseluler (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Penderita gagal ginjal kronik dapat dilakukan penatalaksanaan non farmakologi dengan membatasi asupan cairan yang dapat mengoptimalkan dan mempertahankan keseimbangan cairan.

Asuhan Keperawatan Gawat Darurat adalah rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang dilakukan secara cepat dan tepat baik mandiri maupun berkolaborasi oleh tenaga medis guna mencegah kematian dan kecacatan.

Berdasarkan data yang telah diperoleh diatas, penulis dapat menyimpulkan untuk menyusun sebuah Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dikemukakan diatas, penulis dapat merumuskan masalah studi kasus yaitu “Bagaimana Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Hipervolemia Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten”.

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hipervolemia di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Hipervolemia.
2. Mahasiswa mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Hipervolemia.
3. Mahasiswa mampu menyusun intervensi keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Hipervolemia.

4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Hipervolemia.
5. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Hipervolemia.

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam mengembangkan ilmu Keperawatan Gawat Darurat khususnya Asuhan Keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Hipervolemia melalui tahapan Asuhan Keperawatan yang diberikan dalam studi ini.

### **1.4.2 Manfaat Praktisi**

#### **1. Bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi tentang Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Hipervolemia di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.

#### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat menjadi suatu informasi yang bermanfaat sebagai bahan bacaan dan referensi dalam pengembangan ilmu kesehatan keperawatan di program Studi DIII Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.

#### **3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi awal dalam penelitian mengenai Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Hipervolemia.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia**

##### **2.1.1 Pengkajian**

Pengkajian pada pasien Gagal Ginjal Kronik diajukan sebagai pengumpulan data dan informasi terkini mengenai status pasien dimana kegiatan yang dilakukan dengan mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan gagal ginjal kronik yaitu :

##### **1. Pengkajian Primer**

Setelah pasien sampai ke IGD yang pertama harus dilakukan adalah memastikan atau memeriksakan ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability dan Exposure*) pada pasien guna menemukan masalah keperawatan yang terjadi.

##### **a. *Airway* (Jalan Napas)**

Pada pengkajian ini dilakukan observasi kepatenan jalan napas. Pada pasien gagal ginjal kronik disebabkan oleh penumpukkan cairan pada paru, gangguan keseimbangan asam basa (asidosis metabolik).

##### **b. *Breathing* (Pernapasan)**

Pada pengkajian ini dilakukan observasi keefektifan usaha ventilasi pada saat pasien bernapas. Pada pasien gagal ginjal kronik ditemukan adanya gangguan pola napas dan jalan napas yang merupakan respons terhadap edema pulmoner dan adanya sindrom uremia.

##### **c. *Circulation* (Sirkulasi)**

Pada pengkajian ini ditemukan kelebihan volume cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan hipervolemia dengan tindakan pemantauan cairan. Ditandai dengan adanya edema

anasarca dan edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, peningkatan *Central Venous Pressure* (CVP) dan refleks hepatojugular positif.

d. *Disability* (Kesadaran)

Pada pengkajian ini dapat terjadi penurunan kesadaran, kelemahan fisik dan diperlukan pemantauan tanda-tanda vital dan memerhatikan respon terhadap stimulus.

e. *Exposure* (Paparan)

Pada pengkajian ini dapat mengalami nyeri yang disebabkan oleh komplikasi dari penyakit gagal ginjal kronik.

## 2. Pengkajian Sekunder

a. Identitas

Pada pengkajian ini meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, pendidikan, alamat, nama penanggung jawab, dan lain-lain.

b. Keluhan Utama

Data keluhan utama merupakan keluhan yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta bantuan kesehatan seperti pada pasien Gagal Ginjal Kronik biasanya kelemahan, edema, mual muntah, sulit bergerak, nyeri panggul, kram otot dan takikardi atau takipnea pada waktu melakukan aktifitas.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan yang dikemukakan sampai dibawa ke Rumah Sakit dan masuk ke ruang perawatan. Komponen ini terdiri dari PQRST yaitu :

P : Keluhan urine yang keluar sedikit atau bahkan tidak dapat bak dan nyeri pada saat bak, dikarenakan infeksi saluran kemih dan *Glomerular Filtration Rate* (GFR) sehingga terjadi sidrom uremia.

Q : Sulit berkemih karena kelemahan fungsi ginjal

R : Sulit berkemih sampai mengakibatkan nyeri hingga diarea pinggul

S : Skala nyeri yang dirasakan saat berkemih

T : Waktu nyeri yang dirasakan saat berkemih.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Gagal Ginjal Kronik dimulai dengan gagal ginjal akut dengan berbagai penyebab. Mengkaji riwayat infeksi saluran kemih (ISK), jantung, penggunaan obat yang bersifat nefrotoksis. Selain itu ada beberapa penyakit yang dapat menyebabkan gagal ginjal yaitu diabetes mellitus, hipertensi dan batu saluran kemih.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Gagal Ginjal Kronik bukan penyakit menular dan menurun sehingga pada silsilah keluarga tidak terlalu berdampak. Namun pencetus sekunder seperti DM dan Hipertensi memiliki pengaruh terhadap penyakit Gagal Ginjal Kronik karena herediter. Kaji pola kesehatan keluarga dan anggota keluarga yang sakit.

f. Tanda –tanda vital

1. Tekanan Darah, biasanya pada pasien dengan gagal ginjal kronik memiliki riwayat tekanan darah tinggi diatas nilai normal yaitu 120/80 mmHg.
2. Frekuensi Nadi, dengan menghitung denyut nadi dalam satu menit nilai normal 60 – 100 kali per menit.
3. Pola Napas, pada pasien dengan gagal ginjal kronik memiliki riwayat pernapasan kusmaul.
4. Suhu, dengan nilai normal 36,5 C – 37,4 C.

g. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Pada pasien gagal ginjal kronik penting mengkaji keadaan umum dan tingkat kesadaran saat pasien datang ke rumah sakit.

## 2. Kepala dan Leher

Rambut : Mengkaji kondisi rambut, kebersihan kulit kepala dan keluhan sakit kepala.

Wajah : Mengkaji bentuk wajah

Mata : Mengkaji konjungtiva, sklera, kesimetrisan mata, respon pupil dan keluhan pada mata.

Hidung : Mengkaji kesimetrisan hidung, kebersihan hidung, hambatan jalan napas, pernapasan cuping hidung dan keluhan pernapasan.

Mulut : Mengkaji kelembaban mukosa bibir, kebersihan gigi, kebersihan lidah, kesulitan mengunyah makanan dan keluhan pola makan.

Leher : Mengkaji ada tidaknya pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid.

## 3. Dada

Inspeksi : Mengkaji kesimetrisan gerak dada dan penggunaan otot bantu pernapasan

Palpasi : Mengkaji ada tidaknya nyeri tekan

Perkusi : Mengkaji batas paru-paru

Auskultasi : Mendengarkan suara napas

## 4. Jantung

Inspeksi : Mengkaji ictus cordis

Palpasi : Mengkaji ada tidaknya nyeri tekan.

Perkusi : Mengkaji batas jantung

Auskultasi : Mendengarkan irama jantung

## 5. Abdomen

Inspeksi : Mengkaji bentuk abdomen, keluhan mual dan muntah.

Palpasi : Mengkaji nyeri tekan pada bagian pinggang, dan adanya pembesaran hepar.

Perkusi : Mengkaji terjadinya acites.

Auskultasi : Mendengarkan bising usus

#### 6. Pelvis dan Ekstremitas

Pelvis : Mengkaji tulang panggul

Ekstremitas Atas : Mengkaji ada tidaknya kelemahan otot dan keluhan ROM

Ekstremitas Bawah : Mengkaji ada tidaknya kelemahan otot dan keluhan ROM

#### h. Analisa Data

Analisa data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk menghubungkan data klien dengan konsep teori dan prinsip yang relevan dalam keperawatan untuk membuat kesimpulan guna menentukan masalah kesehatan klien.

### **2.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi pada penyakit gagal ginjal kronik.

Tanda dan Gejala

#### a. Mayor :

a) Subjektif : Ortopnea, Dispnea, Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)

b) Objektif : Edema anasarka dan/atau edema perifer, Berat badan meningkat dalam waktu singkat, Jugular Venous



Pressure (JVP) dan/atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat, Refleksi hepatojugular positif.

b. Minor :

a) Subjektif : -

b) Objektif : Ditensi vena jugularis, Terdengar suara nafas tambahan, Hepatomegali, Kadar Hb/Ht turun, Oliguria, Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif), Kongesti paru.

2. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi.

Tanda dan Gejala

a. Mayor :

a) Subjektif : Dispnea

b) Objektif : PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun, PO<sub>2</sub> menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, bunyi nafas tambahan.

b. Minor :

a) Subjektif : Pusing, penglihatan kabur

b) Objektif : Sianosis, diaforesis, gelisah, nafas cuping hidung, pola nafas abnormal (cepat/lambat, regular/ireguler, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (mis. Pucat, kebiruan), kesadaran menurun.

3. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Tanda dan Gejala

a. Mayor :

a) Subjektif : Dispnea

b) Objektif : Penggunaan otot bantu pernapasan, Fase ekspirasi memanjang, Pola nafas abnormal (mis.

takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-strokes)

b. Minor :

a) Subjektif : Ortopnea

b) Objektif : Pernapasan pursed-lip, Pernapasan cuping hidung, Diameter thoraks anterior-posterior meningkat, Ventilasi semenit menurun, Kapasitas vital menurun, Tekanan ekspirasi menurun, Tekanan inspirasi menurun, Ekskursi dada berubah.

4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

Tanda dan Gejala

b. Mayor :

c) Subjektif : -

d) Objektif : Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

c. Minor :

c) Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun

d) Objektif : Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

5. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Tanda dan Gejala :

a. Mayor :

a) Subyektif : Mengeluh Lelah

b) Objektif : Frekuensi jantung meningkat 20% dari kondisi istirahat

b. Minor :

- a) Subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah
- b) Objektif : Tekanan darah berubah 20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

### 2.1.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat didasari pada pengetahuan dan penilaian klinis dalam mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Pada pasien Gagal Ginjal Kronik dilakukan rencana keperawatan Hipervolemia yang dipaparkan pada table sebagai berikut.

**Tabel 2.1**

#### **Intervensi Manajemen Hipervolemia**

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi pada penyakit gagal ginjal kronik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam keseimbangan cairan dapat meningkat. Dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"><li>• Asupan Cairan Meningkat</li><li>• Keluaran Urin Meningkat</li><li>• Kelembaban Membran Mukosa Meningkat</li><li>• Edema Menurun</li><li>• Dehidrasi Menurun</li><li>• Tekanan Darah Membaik</li><li>• Denyut Nadi Radial Membaik</li><li>• Tekanan Arteri Rata-rata Membaik</li></ul>	Manajemen Hipervolemia <ul style="list-style-type: none"><li>• Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopena, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan).</li><li>• Periksa tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</li><li>• Periksa tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat)</li></ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membran Mukosa Membaik</li> <li>• Mata Cekung Membaik</li> <li>• Turgor Kulit Membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemasangan kateter urine</li> <li>• Periksa intake dan output cairan</li> <li>• Pemasangan Infus pump</li> <li>• Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>• Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Tinggikan kepala tempat tidur 30-40</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan melapor jika haluaran urin &lt; 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>• Anjurkan melapor jika BB bertambah &gt; 1 kg dalam sehari</li> <li>• Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</li> <li>• Ajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>• Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> <li>• Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT)</li> </ul>
--	--	---	--

Sumber Tabel 2.1 : Tim Pokja SDKI (2018), SLKI (2018), dan SIKI (2018) DPP PPNI

#### 2.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.

**Tabel 2.2**

#### **Implementasi Manajemen Hipervolemia**

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi
1	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi pada penyakit gagal ginjal kronik	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan).</li> <li>• Memeriksa tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</li> <li>• Memeriksa tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat)</li> <li>• Memasang kateter urine</li> <li>• Memeriksa intake dan output cairan</li> <li>• Memasang Infus pump</li> <li>• Menimbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>• Membatasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Meninggikan kepala tempat tidur 30-40</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengajarkan melapor jika haluaran urin &lt; 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>• Mengajarkan melapor jika BB bertambah &gt; 1 kg dalam sehari</li> <li>• Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</li> <li>• Mengajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkolaborasikan pemberian diuretic</li> <li>• Mengkolaborasikan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> <li>• Mengkolaborasikan pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT)</li> </ul>

### 2.1.5 Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya secara umum, evaluasi ditujukan untuk melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum,

mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai. Evaluasi berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan, dirumuskan dengan empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP Subyektif (data berupa keluhan klien), Objektif (data hasil pemeriksaan), Analisa data (perbandingan data dengan teori) dan Perencanaan.

## **2.2 Konsep Hipervolemia**

### **2.2.1 Definisi Hipervolemia**

Hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial dan intraseluler. Hipervolemia yang biasa terjadi pada gagal ginjal kronik merupakan suatu ketidakseimbangan yang memengaruhi cairan ekstraseluler sehingga terjadi penambahan natrium dan air dalam jumlah yang relative sama kemudian terjadi kelebihan volume cairan ekstraseluler (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### **2.2.2 Penyebab Hipervolemia**

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

## **2.3 Konsep Dasar Dry Weight**

### **2.3.1 Definisi Berat Badan Kering**

Konsep berat badan kering pada pasien yang menjalani dialysis adalah berat badan yang dapat ditoleransi oleh pasien tanpa cairan

berlebih, hipotensi atau gejala lain seperti pusing, mual, atau kram otot baik pada salah satu kaki maupun keduanya. Saat pasien dalam posisi berdiri maka tanda dan gejala hipotensi postural akan tampak.

Berat badan kering adalah berat badan tanpa kelebihan cairan yang terbentuk setelah Tindakan dialysis atau berat terendah yang aman dicapai pasien setelah dilakukan dialisis.

### **2.3.2 Pengukuran Berat Badan Kering**

Penentuan berat badan kering harus berdasarkan hasil pemeriksaan perawat, dokter dan ahli gizi. Berat badan pasien harus diukur secara rutin sebelum dan sesudah dialisis. Berat kering diukur dalam satuan kilogram. Pada umumnya besar pasien yang menjalani dialysis disarankan untuk membatasi kenaikan berat badan dengan membatasi konsumsi cairan diantara dua waktu dialisis. Berat badan kering tiap pasien dapat ditetapkan berdasarkan trial and error dan secara ideal dapat dievaluasi tiap dua minggu sekali.

$$\text{IDWG} = \frac{\text{BB Pre Dialisis} - \text{BB Post Dialisis}}{\text{BB Pre Dialisis}} \times 100 \%$$

### **2.3.3 Tanda Berat Badan kering Tercapai**

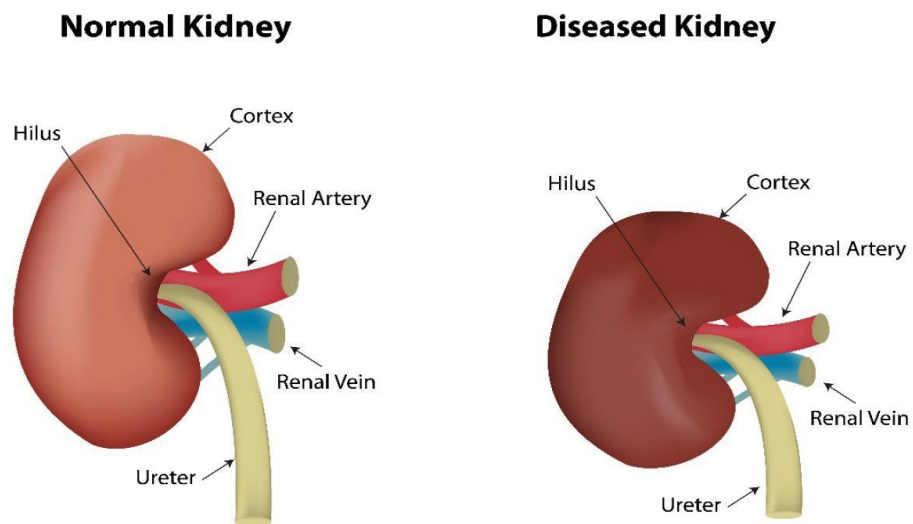
1. Tekanan darah berada dalam kisaran normal setelah dialisis atau sebelum sesi dialisis berikutnya.
2. Tidak terdapat gangguan ringan seperti kram di antara sesi dialisis.
3. Tidak tampak adanya pembengkakan di daerah kaki, lengan, tangan, atau di daerah sekitar mata.
4. Pernapasan terasa nyaman dan mudah.

### 2.3.4 Cara mempertahankan Berat Badan Kering

1. Perhatikan asupan cairan pasien
2. Berikan edukasi ke pasien mengenai pembatasan cairan
3. Anjurkan untuk menghindari makanan asin. Garam membuat tubuh menempel pada cairan ekstra. Ini juga akan membuat pasien merasa sering haus, sehingga mereka sulit mengendalikan asupan cairan.
4. Anjurkan pasien untuk mencatat berat badan harian. Menjaga berat badan penting antara sesi dialisis.

## 2.4 Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik

**Gambar 2.1**  
**Anatomi Fisiologi Ginjal**  
**Kidney Disease**



### 2.4.1 Definisi Gagal Ginjal Kronik

Gagal Ginjal Kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang tidak dapat pulih kembali atau progresif dimana tubuh tidak mampu



lagi untuk memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit serta memelihara metabolisme yang akan berakibat pada peningkatan ureum. Pasien Gagal Ginjal Kronik mempunyai karakteristik yang bersifat tetap, tidak dapat disembuhkan serta memerlukan pengobatan berupa dialisis peritoneal, hemodialisis, transplantasi ginjal serta rawat jalan dalam jangka waktu yang lama. (Andri Yulianto, 2019).

Gagal Ginjal Kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang irreversibel dan progresif dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia (Black & Hawk dalam Dwy Retno Sulystianingsih, 2018).

## **2.4.2 Anatomi Fisiologi Ginjal**

### **1. Anatomi Ginjal**

Ginjal terletak pada dinding posterior abdomen terutama didaerah lumbal, disebelah kanan dan kiri tulang belakang dibungkus lapisan lemak yang tebal dibelakang retroperitoneal. Kedudukan ginjal dapat diperkirakan dari belakang, mulai dari ketinggian vertebra torakalis terakhir sampai vertebra lumbalis ketiga. Ginjal kanan sedikit lebih rendah dari ginjal kiri karena tertekan oleh hepar. Ginjal dibungkus oleh tiga lapis jaringan. Jaringan yang terdalam ialah kapsula renalis, jaringan pada lapisan kedua merupakan adiposa serta jaringan terluar ialah fascia renal. Ketiga lapisan jaringan ini berfungsi sebagai pelindung dari trauma dan memfiksasi ginjal (Ii & Pustaka, 2017)

Ginjal dibungkus oleh jaringan fibrous tipis dan mengkilat yang disebut oleh kapsula fibrosa (true capsule) ginjal melekat

pada parenkim ginjal. Di luar kapsul fibrosa terdapat jaringan lemak yang bagian luarnya dibatasi oleh fascia gerota. Diantara kapsula fibrosa ginjal dengan kapsul gerota terdapat rongga perirenal. Di sebelah kranial ginjal terdapat kelenjar anak ginjal atau glandula adrenal atau disebut juga kelenjar suprarenal yang berwarna kuning. Di sebelah posterior, ginjal dilindungi oleh berbagai otot punggung yang tebal serta tulang rusuk ke XI dan XII, sedangkan disebelah anterior dilindungi oleh organ intraperitoneal. Ginjal kanan dikelilingi oleh hati, kolon, dan duodenum, sedangkan ginjal kiri dikelilingi oleh limpa, lambung, pankreas, jejunum, dan kolon(Ii & Ginjal, 2017).

Ginjal memiliki korteks ginjal pada bagian luar yang berwarna coklat gelap. Korteks ginjal mengandung jutaan alat penyaring dianggap nefron. Setiap nefron terdiri dari glomerulus serta tubulus. Medula ginjal terdiri beberapa massa – massa triangular disebut piramida ginjal dengan basis menghadap korteks dan bagian apeks yang menonjol ke medial. Piramida ginjal bermanfaat untuk mengumpulkan yang akan terjadi ekskresi kemudian disalurkan ke tubulus kolektivus menuju pelvis ginjal (Ii & Pustaka, 2017)

## **2. Fisiologi Ginjal**

Ginjal memerankan berbagai fungsi tubuh yang sangat penting bagi kehidupan, yakni menyaring (filtrasi) sisa hasil metabolisme dan toksin dari darah serta mempertahankan homeostatis cairan dan elektrolit yang kemudian dibuang melalui urine. Pembentukan urin adalah fungsi ginjal yang paling esensial dalam mempertahankan homeostatis tubuh. Pada orang dewasa sehat, kurang lebih 1200 ml darah, atau 25% cardiac output, mengalir ke kedua ginjal. Pada keadaan

tertentu, aliran darah ke ginjal dapat meningkat hingga 30% (pada saat latihan fisik) dan menurun hingga 12% dari cardiac output.

Proses pembentukan urine yang pertama terjadi adalah filtrasi, yaitu penyaringan darah yang mengalir melalui arteria aferen menuju kapiler glomerulus yang dibungkus kapsula bowman untuk menjadi filtrat glomerulus yang berisi zat-zat ekskresi. Kapiler glomerulus tersusun atas sel endotel, membrana basalis dan sel epitel. Kapiler glomeruli berdinding porous (berlubang-lubang), yang memungkinkan terjadinya filtrasi cairan dalam jumlah besar ( $\pm$  180 L/hari). Molekul yang berukuran kecil (air, elektrolit, dan sisa metabolisme tubuh, di antaranya kreatinin dan ureum) akan difiltrasi dari darah, sedangkan molekul berukuran lebih besar (protein dan sel darah) tetap tertahan di dalam darah. Oleh karena itu, komposisi cairan filtrat yang berada di kapsul Bowman, mirip denganyang ada di dalam plasma, hanya saja cairan ini tidak mengandung protein dan sel darah. Volume cairan yang difiltrasi oleh glomerulus setiap satuan waktu disebut sebagai rerata filtrasi glomerulus atau Glomerular Filtration Rate (GFR). Selanjutnya cairan filtrat akan direabsorpsi dan beberapa elektrolit akan mengalami sekresi di tubulus ginjal, yang kemudian menghasilkan urine yang akan disalurkan melalui duktus koligentes. Proses dari reabsorpsi filtrat di tubulus proksimal, ansa henle, dan sekresi di tubulus distal terus berlangsung hingga terbentuk filtrat tubuli yang dialirkan ke kalises hingga pelvis ginjal. Ginjal merupakan alat tubuh yang strukturnya amat rumit, berperan penting dalam pengelolaan berbagai faal utama tubuh. Beberapa fungsi ginjal:

- a. Regulasi volume dan osmolalitas cairan tubuh

- b. Regulasi keseimbangan elektrolit
- c. Regulasi keseimbangan asam basa
- d. Ekskresi produk metabolit dan substansi asing
- e. Fungsi endokrin
- f. Sintesa glukosa

### 2.4.3 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik didasarkan atas nilai Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang dihitung dengan mempergunakan rumus Kockcroft-Gault sebagai berikut:

$$\text{LFG (ml/mnt/1,73m}^2\text{)} = \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{Berat badan}}{72 \times \text{Kreatinin plasma (mg/dl)}}$$

\*) pada perempuan dikalikan 0,85

**Tabel 2.3**

#### **Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik**

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mnt/1,73m <sup>2</sup> )
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau meningkat	≥ 90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG meningkat ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG meningkat sedang	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG meningkat berat	15-29
5	Gagal Ginjal	< 15 atau dialisis

### 2.4.4 Etiologi Gagal Ginjal Kronik

Begitu banyak kondisi klinis yang menyebabkan terjadinya Gagal Ginjal Kronik. Akan tetapi, apapun penyebabnya respon yang terjadi adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan Gagal Ginjal Kronik bisa disebabkan dari ginjal sendiri dan di luar ginjal. Adapun penyebab Gagal Ginjal Kronik menurut Muttaqin (2017) adalah sebagai berikut:

1. Penyakit dari ginjal

- a. Glomerulonefritis.
- b. Pyelonefritis
- c. Ureteritis.
- d. Nefrolitiasis.
- e. Polcystis kidney.

2. Penyakit dari luar ginjal

a. Penyakit sitemik

Diabetes melitus, hipertensi. Hipertensi adalah manifestasi umum pada gagal ginjal kronik. Hipertensi terjadi akibat kelebihan volume cairan, peningkatan aktivitas renin angiotensin, peningkatan aktivitas kolesterol tinggi. renin, dan penurunan prostaglandin. Peningkatan volume cairan ekstraseluler juga dapat menyebabkan edema dan gagal jantung. Edema paru dapat terjadi akibat gagal jantung dan peningkatan permeabilitas membran kapiler alveolus.

b. SLE (Systemic Lupus Erythematosus)

SLE menyebabkan peradangan jaringan dan masalah pembuluh darah yang parah di hampir semua bagian tubuh, terutama menyerang organ ginjal. Jaringan yang ada pada ginjal, termasuk pembuluh darah dan membran yang mengelilinginya mengalami pembengkakan dan menyimpan bahan kimia yang diproduksi oleh tubuh yang seharusnya dikeluarkan oleh ginjal. Hal ini menyebabkan ginjal tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya.

c. Obat-obatan

Penyalahgunaan analgesik, nefropati timbal. Penyebab penyakit yang dapat dicegah bersifat reversibel, sehingga penggunaan berbagai prosedur diagnostik

d. Kehilangan banyak cairan yang mendadak (seperti luka bakar).

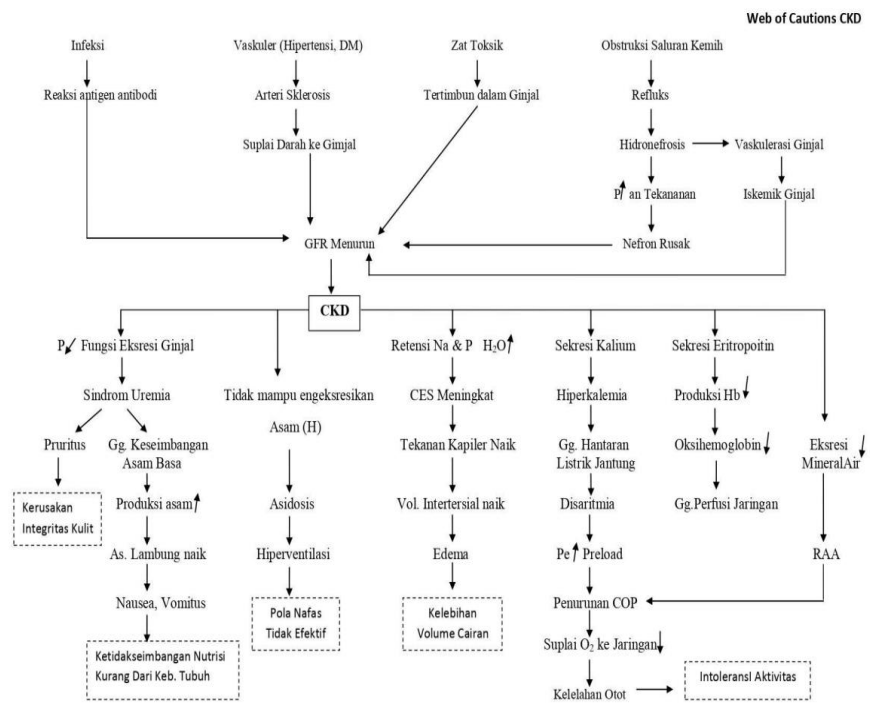
#### **2.4.5 Patofisiologi**

Penyakit gagal ginjal kronik mula - mula karena adanya zat toksik, infeksi dan obtruksi saluran kemih yang menyebabkan retensi urine atau sulit mengeluarkan urin. Dari penyebab tersebut, Glomerular Filtration Rate (GFR) di seluruh nefron turun dibawah normal. Hal yang dapat terjadi dari menurunnya GFR meliputi sekresi protein terganggu, retensi Na / kelebihan garam dan sekresi eritropoitin turun. Hal ini mengakibatkan terjadinya sindrom uremia yang diikuti oleh peningkatan asam lambung dan pruritis.

Asam lambung yang meningkat akan merangsang mual, dapat juga terjadi iritasi pada lambung dan perdarahan jika iritasi tersebut tidak ditangani dapat menyebabkan melena atau feses berwarna hitam. Proses retensi Na menyebabkan total cairan ekstra seluler meningkat, kemudian terjadilah edema. Edema tersebut menyebabkan beban jantung naik sehingga terjadilah hipertrofi atau pembesaran ventrikel kiri dan curah jantung menurun.

Proses hipertrofi tersebut diikuti juga dengan menurunnya aliran darah ke ginjal, kemudian terjadilah retensi Na dan H<sub>2</sub>O atau air meningkat. Hal ini menyebabkan kelebihan volume cairan pada pasien GGK. Selain itu menurunnya cardiac output atau curah jantung juga dapat mengakibatkan kehilangan kesadaran karena jantung tidak mampu memenuhi kebutuhan oksigen di otak sehingga menyebabkan kematian sel. Hipertrofi ventrikel akan mengakibatkan difusi atau perpindahan O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> terhambat sehingga pasien merasakan sesak. Adapun Hemoglobin yang menurun akan mengakibatkan suplai O<sub>2</sub> turun dan pasien GGK akan mengalami kelemahan atau gangguan perfusi jaringan (Nurarif, 2015)

**Gambar 2.2**  
**Pathway Gagal Ginjal Kronik**



#### 2.4.6 Manifestasi Klinis

Pasien dengan CKD setiap sistem tubuh dipengaruhi oleh kondisi uremia, maka pasien akan menunjukkan sejumlah tanda dan gejala. Beberapa tanda dan gejala diantaranya adalah :

1. Kardiovaskuler :
  - a. Hipertensi, yang diakibatkan oleh retensi cairan dan natrium dari aktivasi sistem renin angiotensin aldosteron.
  - b. Gagal jantung kongestif.
  - c. Edema pulmoner, akibat dari cairan yang berlebih.
  - d. Pembesaran Vena Jugularis
  - e. Nyeri Dada
2. Dermatologi :
  - a. Pruritis, yaitu penumpukan urea pada lapisan kulit
  - b. Rambut tipis dan kasar.

- c. Kulit kering dan bersisik.
- 3. Gastrointestinal :
  - a. Anoreksia atau kehilangan nafsu makan
  - b. Mual sampai dengan terjadinya muntah.
  - c. Indra penciuman menurun
- 4. Neuromuskuler :
  - a. Terjadinya perubahan tingkat kesadaran
  - b. Tidak mampu berkonsentrasi
  - c. Kelemahan otot sampai kejang.
- 5. Pulmoner :
  - a. Adanya sputum kental
  - b. Pernapasan dangkal
  - c. Pernapasan kussmaul
- 6. Muskuloskeletal :
  - a. Terjadinya fraktur tulang
  - b. Kram otot
  - c. Kekuatan otot hilang
  - d. Kelemahan pada tungkai

#### **2.4.7 Pemeriksaan Penunjang**

Beberapa pemeriksaan penunjang untuk gagal ginjal kronik antara lain:

1. Pemeriksaan Laboratorium
  - a. Hematologi  
Meliputi hemoglobin, hematokrit, eritrosit, leukosit dan trombosit
  - b. Blood Urea Nitrogen (BUN)  
Ialah sisa metabolisme protein di hati dan salah satu komponen penting yang perlu diperiksa untuk menilai fungsi ginjal. Nilai normal dari BUN ialah 10-20 mg/dL. Namun, pada pasien gagal ginjal kronik nilai BUN dapat



meningkat hingga lebih dari 200 mg/dL (Ignatvicius & Workman, 2018)

c. Kreatinin

Kreatinin berasal dari sisa metabolisme protein di otot. Nilai normal pada laki-laki yaitu 0,6-1,2 mg/dL sementara pada perempuan 0,5-1,1 mg/dL. Tingkat ekskresi kreatinin bergantung dari masa otot, aktivitas fisik dan diet (Ignatvicius & Workman, 2018).

d. Arterial Blood Gases (ABGs)

Untuk mengetahui pH, PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, dan bikarbonat di dalam arteri. pH normal ialah 7,35-7,45, PaO<sub>2</sub> normal ialah 80-100 mmHg dan PaCO<sub>2</sub> nilai normalnya 35-45 mmHg.

e. Elektrolit

Meliputi sodium, potasium, fosfat dan kalsium. Nilai normal sodium ialah 135-145 mEq/L. nilai normal potassium ialah 3,5-5 mEq/L. Nilai normal fosfat ialah 3-4,5mEq/L dan nilai normal kalsium ialah 9-10,5 mg/dL (Ignatvicius & Workman, 2018)

f. Pemeriksaan Urin

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

2. Pemeriksaan EKG (*Elektrokardiogram*)

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

3. Pemeriksaan USG (*Ultrasonograf*)

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

4. Pemeriksaan Radiologi

a. Renogram

Untuk menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi dari gangguan (vaskular, parenkim, ekskresi) serta sisa fungsi ginjal

b. Intra Vena Pielografi

Untuk menilai sistem pelviokalis dan ureter. Pemeriksaan ini mempunyai resiko penurunan faal ginjal pada keadaan tertentu, misalnya: lanjut usia, diabetes mellitus, nefropati asam urat.

c. Foto Polos Abdomen

Untuk menilai bentuk dan besar ginjal (adanya batu atau adanya suatu obstruksi). Dehidrasi akan memperburuk keadaan ginjal, oleh sebab itu penderita diharapkan tidak puasa

#### **2.4.8 Komplikasi**

Komplikasi menurut (Nurarif, 2015) yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronis adalah:

1. Hiperkalemia akibat penurunan sekresi asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diit berlebih.
2. Perikarditis, efusi perikardial dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat
3. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem renin angiotensin aldosterone.
4. Anemia akibat penurunan eritropoitin
5. Penyakit tulang serta klasifikasi metabolik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, katabolisme vitamin D yang abnormal dan peningkatan kadar aluminium akibat peningkatan nitrogen dan ion anorganik.
6. Uremia akibat peningkatan kerja jantung yang berlebihan.
7. Malnutrisi karena anoreksia, mual dan muntah.
8. Hiperparatiroid, hiperkalemia dan hiperfosforemia

## 2.4.9 Penatalaksanaan

Penatalaksana penyakit ginjal kronik sebagai berikut :

### 1. Terapi farmakologis

#### a. Antasida

Hiperkalsemia dan hipokalsemia memerlukan antasida yang merupakan zat senyawa alumunium yang mampu mengikat fosfor pada makanan di dalam saluran pencernaan.

#### b. Antihipertensi dan kardiovaskuler agen

Hipertensi dapat dikelola dengan mengontrol volume cairan intravaskular dan berbagai obat antihipertensi. Gagal jantung dan edema paru mungkin juga memerlukan pengobatan dengan pembatasan cairan, diet rendah natrium, agen diuretik, agen inotropik seperti digitalis atau dobutamin, dan dialisis.

#### c. Agen antisezure

Kelainan neurologis dapat terjadi, sehingga pasien harus diamati jika terdapat kedutan untuk fase awalnya, sakit kepala, delirium, atau aktivitas kejang.

#### d. Eritropoetin

Anemia berhubungan dengan gagal ginjal kronis diobati dengan eritropoetin manusia rekombinan (epogen). Pasien pucat (hematokrit kurang dari 30%) terdapat gejala nonspesifik seperti malaise, fatigability umum, dan intoleransi aktivitas.

### 2. Terapi gizi

Intervensi diet pada pasien gagal ginjal kronis cukup kompleks, asupan cairan dikurangi untuk mengurangi cairan yang tertimbun dalam tubuh. Asupan natrium juga perlu diperhatikan untuk menyeimbangkan retensi natrium dalam darah, natrium yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/ hari (1-2 gr natrium), dan pembatasan kalium.

### 3. Terapi teknologi

#### a. Dialisis

Proses pemisahan substansi koloid dan kristaloid dalam larutan berdasarkan perbedaan laju difusi melalui membran semipermeabel. Metode dialisis yang kini tersedia adalah dialisis peritoneal dengan rongga abdomen berfungsi sebagai membran semipermeabel yang dapat dilalui oleh air dan zat terlarut yang ukuran molekulnya kecil yaitu hemodialisis merupakan proses terapi sebagai pengganti ginjal yang menggunakan selaput membran semi permeabel berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan maupun elektrolit pada pasien gagal ginjal. Hemodialisis yang dijalani oleh pasien dapat mempertahankan kelangsungan hidup sekaligus merubah pola hidup pasien.

#### b. Tranpalantasi Ginjal

Memberikan kesempatan kepada pasien untuk menjalani hidup yang relative normal dan merupakan bentuk terapi pilihan untuk penderita gagal ginjal kronik. Ginjal untuk ditransplan diperoleh dari dua sumber yaitu donor kerabat yang masih hidup living related donor yang biasanya berasal dari orangtua atau saudara kandung, atau donor kadaver, yaitu yang berasal dari pasien yang sudah meninggal atau yang sudah mengalami kematian otak yang keluarganya yang menyetujui untuk menyumbangkan organ ginjal yang sehat tersebut. Tujuan utama transplantasi adalah kelangsungan hidup jaringan yang dicangkokkan dalam jangka waktu lama dengan melindungi jaringan yang secara antigen serupa dengan jaringan yang terdapat pada resipien dan dengan menekan mekanisme imun.

## **BAB 3**

### **METODELOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian ini menggunakan bentuk deskriptif berupa studi kasus melalui pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.

#### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten. Penyusunan proposal ini dilaksanakan mulai pada tanggal 13 Februari 2023 sampai 20 Maret 2023.

#### **3.3 Subjek Penelitian / Partisipan**

Dalam penelitian ini menggunakan dua pasien berupa diagnosa medis yaitu Gagal Ginjal Kronik dengan Hipervolemia. Adapun kriteria subjek penelitian dibagi menjadi 2 yaitu :

##### **1. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi adalah kriteria yang harus ada pada pasien untuk dijadikan sebagai sampel. Dalam penelitian ini terdapat beberapa kriteria inklusi yaitu :

- a. Pasien yang telah didiagnosa mengalami Gagal Ginjal Kronik
- b. Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hipervolemia
- c. Pasien Gagal Ginjal Kronik tanpa batasan usia
- d. Pasien atau keluarga yang mengizinkan untuk menjadi responden penelitian
- e. Pasien dengan Gagal Ginjal Kronik di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.

## 2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah pasien yang tidak dapat dijadikan sampel.

Dalam penelitian ini terdapat beberapa kriteria eksklusi yaitu :

- a. Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan penurunan kesadaran.
- b. Pasien dengan komplikasi berat

### 3.4 Fokus Studi

Fokus studi dalam penelitian ini adalah Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.

### 3.5 Definisi Operasional

Definisi operasional dapat digunakan untuk mengarahkan dan membatasi pengamatan pada variable yang bersangkutan.

**Tabel 3.1**  
**Definisi Operasional**

Variable	Definisi Operasional
Asuhan Keperawatan Gawat Darurat	Rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang dilakukan secara cepat dan tepat baik mandiri maupun berkolaborasi oleh tenaga medis guna mencegah kematian dan kecacatan
Gagal Ginjal Kronik	Gangguan fungsi ginjal dimana tubuh tidak mampu untuk memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit serta metabolisme yang akan berakibat pada peningkatan ureum selama lebih dari 3 bulan.
Hipervolemia	Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial dan intraseluler.

### 3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan dalam mengumpulkan data. Instrument yang digunakan oleh peneliti antara lain instrument pengkajian mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi, instrument alat untuk mencatat sampai pemeriksaan fisik dan lembar standar prosedur operasional.

## 1. Instrument Pengkajian

Lembar format pengkajian yang dilakukan untuk memperoleh data mulai dari format pengkajian sampai evaluasi

- a. Format pengkajian meliputi identitas pasien, keluhan kesehatan saat ini, keluhan kesehatan dahulu dan keluhan kesehatan keluarga. Data diperoleh baik dari pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, rekam medic maupun petugas kesehatan lainnya. Selanjutnya pemeriksaan fisik dari kepala hingga kaki, data psikologis, data ekonomi sosial, data spiritual, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan penunjang, dan progam pengobatan.
- b. Format analisa data meliputi nama pasien, nomor rekam medic, data, etiologi, masalah.
- c. Format diagnosa keperawatan meliputi nama pasien, nama pasien, nomor rekam medic, diagnosa keperawatan.
- d. Format rencana asuhan keperawatan meliputi nama pasien, nomor rekam medic, diagnosa keperawatan SDKI, intervensi SLKI SIKI.
- e. Format catatan perkembangan keperawatan terdiri dari nama pasien, nomor rekam medic, hari dan tanggal, jam, implementasi keperawatan dan tanda tangan perawat.

## 2. Instrument Alat

Instrument alat meliputi :

- a. Alat Tulis  
Digunakan untuk mencatat semua pembicaraan mulai dari keluhan dengan sumber data yang diperoleh dari pasien.
- b. Nursing Kit  
Digunakan untuk melakukan pemeriksaan fisik dan mengukur tanda-tanda vital.

## 3. Lembar Standar Prosedur Operasional

Mencakup langkah keperawatan guna memudahkan sejawat perawat untuk melaksanakan tindakan keperawatan.

### **3.7 Metode Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah teknik wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi hasil laboratorium yang dilakukan secara sistematis (mempunyai kerangka dan struktur yang jelas dan pengamatan lebih terarah. (Notoatmodjo, 2017)

a. Observasi

Observasi diartikan sebagai pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada klien. Observasi biasanya dilakukan berdasar kepada catatan berkala yang dimiliki penulis. Catatan berkala dilakukan bersamaan dengan kerja praktek yang dilakukan dalam rentang waktu 3 hari.

b. Wawancara

Teknik wawancara ini digunakan untuk komunikasi terhadap pasien atau keluarga pasien sehingga dapat diperoleh data - data yang diperlukan.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik terhadap pasien digunakan untuk mengetahui masalah kesehatan pada tubuh pasien. Pemeriksaan fisik dilakukan secara head to toe.

d. Dokumentasi

Peneliti memperoleh data dari medical record dan hasil pemeriksaan laboratorium.

### **3.8 Etika Studi Kasus**

Etika penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan yang melibatkan antara pihak peneliti pihak yang diteliti subjek penelitian dan masyarakat yang memperoleh dampak hasil penelitian tersebut notoaatmodjo 2017 masalah etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut :

1. Lembar persetujuan informed consent



Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian mengetahui dampaknya jika subjek bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan.

2. Anonimity (tanpa nama)

Anonimity merupakan memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Confidentially (kerahasiaan)

Dalam melakukan penelitian, data dan informasi yang didapat dari responden akan dirahasiakan kecuali pada angka tertentu yang digunakan sebagai laporan hasil penelitian.

### **3.9 Langkah-langkah Pengumpulan Data**

Langkah-langkah pengumpulan data diperlukan agar dalam pengumpulan data, data yang akan dijadikan kasus kelolaan menjadi sistematis. Adapun langkah-langkah pengumpulan data sebagai berikut :

- 1 Penulis terlebih dahulu akan mengajukan surat permohonan studi pendahuluan dan izin penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten kepada secretariat jurusan Diploma III Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.
- 2 Penulis akan mengajukan surat permohonan studi pendahuluan dan izin penelitian diajukan kepada direktur Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.
- 3 Mendapatkan balasan surat dari bidang Akademik / Diklat Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten berupa perizinan studi kasus dengan pengambilan prevelensi.
- 4 Penulis akan mengajukan surat izin studi pendahuluan yang diserahkan kepada Rekam Medis untuk memperoleh data jumlah pasien Gagal

Ginjal Kronik di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten selama 2 tahun terakhir.

- 5 Penulis akan mengajukan izin kepada ketua ruang IGD Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten untuk pengambilan kasus dengan masalah keperawatan Hipervolemia pada pasien Gagal Ginjal Kronik.
- 6 Penulis akan melakukan observasi terhadap pasien yang telah diberikan saran ketua ruang dan mengontrak waktu untuk menjelaskan serta memberikan informed consent jika berkenan menjadi subjek penelitian.
- 7 Penulis akan melakukan Pendokumentasian Keperawatan Gawat Darurat dengan Hipervolemia pada pasien Gagal Ginjal Kronik.

### **3.10 Metode Analisa Data**

Analisa data dalam laporan karya tulis ilmiah ini akan membandingkan dua pasien yang telah mendapatkan asuhan keperawatan dan didukung dengan teori dalam tinjauan pustaka untuk menetapkan intervensi pada pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hipervolemia. Analisa data yang akan dilakukan oleh penulis antara lain :

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data yang dilakukan dalam pengkajian pasien gagal ginjal kronik dengan hipervolemia.

2. Mereduksi data

Data yang didapatkan selanjutnya dikelompokkan menjadi data subyektif dan data obyektif kemudian akan dilakukan identifikasi, memfokuskan, dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah untuk dibandingkan dengan nilai normal antar kasus.

3. Kesimpulan

Penulis memberikan kesimpulan setelah data terkumpul dan dapat dipertanggung jawabkan. Kesimpulan melalui metode induksi berupa data hasil pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penetapan intervensi keperawatan, pelaksanaan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil Penelitian

Pada bab ini menguraikan Hasil studi kasus beserta pembahasan yang meliputi penjabaran data umum dan data khusus serta analisis mengenai diagnosis hipervolemia pada pasien gagal ginjal kronik di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten tahun 2023.

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten yang terletak di Jalan Syekh Nawawi Al Bantani, Kelurahan Banjarsari, Kecamatan Cipocok Jaya, Kota Serang, Banten yang berdiri sejak 4 oktober 2013. Adapun fasilitas yang tersedia di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten antara lain pelayanan gawat darurat (IGD), ruang rawat jalan (Poli), ruang rawat inap (ruang garuda, ruang rajawali dan ruang cendrawasih), ICU, HCU, ruang operasi, instalasi gizi dan kamar isolasi. Pelayanan penunjang medis (laboratoriu/m, radiologi, farmasi, hemodialisa dan rontgen) dan pelayanan administrasi (rekam medis, asuransi dan lain-lain). Studi kasus ini penulis menggunakan ruang Instalasi Gawat Darurat yaitu ruang kegawatdaruratan bagi pasien yang menderita semua penyakit seperti gagal ginjal kronik yang kemudian pemberian terapi lanjutan ke ruang rawat inap dan icu. Jumlah pasien yang ada di ruang IGD berubah setiap harinya.

##### 4.1.2 Pengkajian Keperawatan

###### 1. Identitas Pasien

Tabel 4.1

Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama Pasien	Ny M	Ny S

Usia	45 Tahun	60 Tahun
No Medrek	138061	133957
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Alamat	Kp Sangiang Rt 004/001, Kel Periuk Jaya, Kec Periuk, Kota Tangerang	Kp Kebon Jati Rt 001/001, Kel Kamanisan, Kec Curug, Kota Serang
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	Smp	Smp
Pekerjaan	IRT	IRT
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Diagnosa Medis	CKD	CKD
Tanggal Masuk RS	16 Februari 2023	14 Maret 2023

**Tabel 4.2**  
**Identitas Penanggung Jawab**

<b>Identitas Pasien</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Nama	Tn. I	Ny. T
Usia	28 Tahun	30 Tahun
Pekerjaan	Karyawan Swasta	IRT
Hubungan dengan px	Anak	Anak

## 2. Riwayat Penyakit

**Tabel 4.3**  
**Riwayat Penyakit**

<b>Riwayat Penyakit</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Keluhan Utama	Pasien mengatakan sesak napas sejak 2 hari yang lalu dan edema pada kedua ekstremitas bawah	Pasien mengatakan edema di seluruh tubuh
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang ke IGD RSUD Provinsi Banten dengan keluhan sesak napas sejak 2 hari yang lalu dan edema pada kedua ekstremitas bawah. Edema pada kedua ekstremitas bawah mengakibatkan pergerakan pasien terhambat.	Pasien datang ke IGD RSUD Provinsi Banten dengan keluhan edema di seluruh tubuh. Edema mengakibatkan pergerakan pasien terhambat dan pada bagian ekstremitas keluar cairan.
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengatakan sebelumnya mengalami penyakit batu ginjal sejak 2 bulan yang lalu.	Pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RSUD provinsi banten 3 bulan yang lalu

		dengan penyakit hipertensi disertai dengan penyakit gagal ginjal kronik.
--	--	--

### 3. Pengkajian Primer

**Tabel 4.4**  
**Pengkajian Primer**

Pengkajian Primer	Masalah Keperawatan	Tindakan
<b>PASIEN 1</b>		
<b>AIRWAY</b>	Tidak ada sumbatan jalan napas dan lidah tidak jatuh kebelakang	-
<b>BREATHING</b>	Pasien tampak sesak, suara napas vesikuler, tidak ada penggunaan otot bantu napas RR : 27 x/menit Spo2 : 97 %	Terpasang nasal kanul 3 lpm
<b>CIRCULATION</b>	Tekanan darah 164/98 mmhg Nadi 115 x/menit Suhu 36,7 C Akral hangat Terdapat pitting edema CRT > 3 detik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda-tanda vital</li> <li>• Terpasang venflon</li> <li>• Memberikan terapi obat Furosemid 2x40 mg/IV Amlodipine 1x10 mg/oral</li> <li>• Terpasang kateter urine</li> </ul>
<b>DISABILITY</b>	Keadaan umum lemah Kesadaran Compos mentis Pupil isokor GCS : E4V5M6	-
<b>EXPOSURE</b>	Tidak terdapat luka dan tidak ada nyeri tekan	-
<b>Evaluasi IGD</b>	Keadaan Umum lemah Kesadaran Compos mentis Pasien tampak sesak Pupil Isokor GCS : E4V5M6 Tekanan Darah : 159/91 mmhg Nadi : 111 x/menit RR : 25 x/menit Suhu : 36,5 C Spo2 : 98 % Terdapat pitting edema CRT > 3 detik BAK : 100 cc	

<b>PASIEN 2</b>		
<b>AIRWAY</b>	Tidak ada sumbatan jalan napas, lidah tidak jatuh kebelakang, suara napas vesikuler	-
<b>BREATHING</b>	Pasien tampak tidak sesak, suara napas vesikuler, tidak ada penggunaan otot bantu napas RR : 23 x/menit Spo2 : 99 %	-
<b>CIRCULATION</b>	Tekanan Darah 180/101 mmhg Nadi 95 x/menit Suhu 37,3C Akral hangat Terdapat pitting edema CRT > 3 detik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda-tanda vital</li> <li>• Terpasang venflon</li> <li>• Memberikan terapi obat Furosemid 3x40 mg/IV Nicardipine drip 2,5 mg/jam</li> <li>• Terpasang kateter urine</li> </ul>
<b>DISABILITY</b>	Keadaan umum lemah Kesadaran Compos mentis Pupil Isokor GCS : E4V5M6	-
<b>EXPOSURE</b>	Tidak terdapat luka dan tidak ada nyeri tekan	-
<b>Evaluasi IGD</b>	Keadaan umum lemah Kesadaran Compos mentis Pupil Isokor GCS : E4V5M6 Tekanan Darah : 176/101mmhg Nadi : 85 x/menit RR : 22 x/menit Suhu : 37,2 C Spo2 : 99 % Terdapat pitting edema CRT > 3 detik BAK : 200 cc	

#### 4. Pengkajian Sekunder

**Tabel 4.5**

#### **Pengkajian Sekunder**

<b>Pengkajian Sekunder</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
<b>Keadaan Umum</b>	Lemah	Lemah
<b>Kesadaran</b>	Compos mentis	Compos mentis

<b>Tanda – tanda vital</b>	TD : 159/91 mmhg N : 111 x/menit RR : 25 x/menit S : 36,5 C Spo2 : 98 %	TD : 176/101mmhg N : 85 x/menit RR : 22 x/menit S : 37,2 C Spo2 : 99 %
<b>Kepala dan Leher</b>	Bentuk kepala simetris, distribusi rambut merata berwarna hitam, terdapat uban, tidak terdapat edema. Mata simetris, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, hidung simetris, bersih tidak terdapat secret, mukosa bibir lembab, gigi utuh dan tampak bersih, telinga berfungsi dengan normal dan tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada distensi vena jugularis	Bentuk kepala simetris, distribusi rambut merata berwarna hitam, terdapat uban, tidak terdapat edema. Mata simetris, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, hidung simetris, bersih tidak terdapat secret, mukosa bibir lembab, gigi utuh dan tampak bersih, telinga berfungsi dengan normal dan tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada distensi vena jugularis
<b>Dada</b>	Inspeksi : Bentuk simetris Palpasi : Tidak ada massa dan lesi, vocal premitus normal Perkusi : Sonor Auskultasi : Suara napas vesikuler dan tidak ada suara napas tambahan RR : 28 x/menit	Inspeksi : Bentuk simetris Palpasi : Tidak ada massa dan lesi, vocal premitus normal Perkusi : Sonor Auskultasi : Suara napas vesikuler dan tidak ada suara napas tambahan RR : 22 x/menit
<b>Abdomen</b>	Inspeksi : Bentuk datar Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Auskultasi : Bising usus 8 x/menit Perkusi : Timpani di kuadran atas dan pekak di kuadran bawah	Inspeksi : Bentuk datar Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Auskultasi : Bising usus 9 x/menit Perkusi : Timpani di kuadran atas dan pekak di kuadran bawah
<b>Punggung</b>	Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada luka Palpasi : Tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada luka Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
<b>Pelvis dan Ekstremitas</b>	Pelvis : Tidak ada luka Ekstremitas atas : Tidak ada kelemahan otot	Pelvis : Tidak ada luka Ekstremitas atas : Terdapat edema pada

	dan terpasang venflon Ekstremitas bawah : Terdapat edema pada kedua ektremitas dan kelemahan otot	kedua punggung tangan dan terpasang venflon Ekstremitas bawah : Terdapat edema pada kedua ektremitas dan kelemahan otot
--	---	---

## 5. Anamnesis (KOMPAK)

**Tabel 4.6**

### **Anamnesis (Kompak)**

<b>Anamnesis</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
<b>Keluhan</b>	Pasien mengatakan setelah dilakukan tindakan keperawatan sesak napas berkurang dan edema pada kedua ekstremitas bawah berkurang. Keluar urine dengan bantuan furosemide 100 cc	Pasien mengatakan setelah dilakukan tindakan keperawatan bengkak pada bagian ekstremitas atas berkurang sedangkan pada ekstremitas bawah masih bengkak. Keluar Urine dengan bantuan furosemide 200 cc
<b>Obat</b>	Pasien mengatakan lupa sebelumnya mengkonsumsi obat apa saja.	Pasien mengatakan sebelumnya hanya mengkonsumsi amlodipine saat tekanan darah tinggi.
<b>Penyakit</b>	Tidak ada	Hipertensi dan Diabetes Melitus
<b>Alergi</b>	Pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obat maupun makanan	Pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obat maupun makanan
<b>Kejadian</b>	Pasien mengatakan berawal dari sesak sejak 2 SMRS dan penyakit batu ginjal yang diderita sejak 2 bulan yang lalu pasien tidak pernah mengontrol dan melakukan pengobatan sehingga tidak dilakukan pemantauan cairan yang masuk ke dalam tubuh dan muncul edema pada kedua ektremitas bawah yang menyebabkan pasien sulit bergerak.	Pasien mengatakan berawal dari 3 bulan yang lalu dirawat dengan penyakit hipertensi dan didiagnosis penyakit gagal ginjal kronik. Pasien tidak melakukan kontrol dan pengobatan lanjutan untuk penyakit gagal ginjal kronik yang dideritanya sehingga pasien tidak dilakukan pemantauan cairan yang masuk ke dalam tubuh sehingga muncul edema pada seluruh tubuh yang menyebabkan pasien sulit bergerak



## 6. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.7

### Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Pasien 1			
Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>Hematologi</b>			
Hemoglobin	6.0	12 – 14	g/dl
Leukosit	23.8	3.8 – 10.6	10 <sup>3</sup> /uL
Hematokrit	18	35 – 47	%
Trombosit	631	150 – 440	10 <sup>3</sup> /uL
<b>Fungsi Ginjal</b>			
Kreatinin	24.9	0.62 – 1.10	mg/dl
Ureum	413	15 – 40	mg/dl
<b>Elektrolit</b>			
Natrium	132	135 – 147	mmol/l
Kalium	6.1	3.5 – 5.0	mmol/l
<b>Karbohidrat</b>			
Glukosa Darah	172	< 200	mg/dl
Pasien 2			
Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>Hematologi</b>			
Hemoglobin	7,9	12 – 14	g/dl
Leukosit	5.9	3.8 – 10.6	10 <sup>3</sup> /uL
Hematokrit	24	35 – 47	%
Trombosit	193	150 – 440	10 <sup>3</sup> /uL
<b>Fungsi Ginjal</b>			
Kreatinin	2.19	0.62 – 1.10	mg/dl
Ureum	113	15 – 40	mg/dl
<b>Elektrolit</b>			
Natrium	134	135 – 147	mmol/l
Kalium	4.9	3.5 – 5.0	mmol/l
<b>Karbohidrat</b>			
Glukosa Darah	144	< 200	mg/dl

## 7. Terapi Obat

Tabel 4.8

### Terapi Obat

Pasien 1		Pasien 2	
Nama Obat	Dosis	Nama Obat	Dosis
Furosemide	2 x 40 mg/IV	Furosemide	3 x 40 mg/IV
Amlodipine	1 x 10 mg/Oral	Nicardipin drip	2,5 mg/jam
Omeprazole	3 x 40 mg/IV	Candesartan	1 x 16 mg/Oral

Ondansentron	3 x 4 mg/IV	Asam Folat	2 x 5 mg/Oral
Asam Folat	2 x 5 mg/Oral	CaCO <sub>3</sub>	3 x 500 mg/Oral
Bicarbonate	3 x 500 mg/Oral		
CaCO <sub>3</sub>	3 x 500 mg/Oral		

## 8. Analisis Data

**Tabel 4.9**  
**Analisis Data**

<b>Pasien 1</b>		
<b>Data</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Masalah Keperawatan</b>
DS : Pasien mengatakan sesak napas dan edema pada kedua ekstremitas bawah DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah</li> <li>• Tanda – tanda vital                TD : 159/91 mmhg                RR : 25 x/menit                N : 111 x/menit                S : 36,5 C                Spo2 : 97 %</li> <li>• BB sebelum sakit : 53 kg                BB sesudah sakit : 55 kg</li> <li>• Hemoglobin : 6,0 g/dl                Hematokrit : 18 %</li> <li>• Kreatinin : 24,9 mg/dl</li> <li>• Ureum : 413 mg/dl</li> <li>• BAK 200 cc/hari</li> </ul>	Gagal Ginjal Kronik ↓ Retensi Natrium ↓ Total CES Meningkat ↓ Tekanan Kapiler Meningkat ↓ Volume Intrasisial meningkat ↓ Edema ↓ Hipervolemia	Hipervolemia
<b>Pasien 2</b>		
DS : Pasien mengatakan edema pada seluruh tubuh DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah dan ekstremitas atas</li> <li>• Tanda-tanda vital</li> </ul>	Gagal Ginjal Kronik ↓ Retensi Natrium ↓ Total CES Meningkat	Hipervolemia

<p>TD : 176/101 mmhg  RR : 22 x/menit  N : 85 x/menit  S : 37,2 C  Spo2 : 99 %</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BB sebelum sakit : 63 kg</li> <li>BB sesudah sakit : 65 kg</li> <li>• Hemoglobin : 7,9 g/dl</li> <li>• Hematokrit : 24 %</li> <li>• Kreatinin : 2,19 mg/dl</li> <li>• Ureum : 113 mg/dl</li> <li>• BAK 300 cc/hari</li> </ul>	↓ Tekanan Kapiler Meningkat ↓ Volume Intrasisial meningkat ↓ Edema ↓ Hipervolemia	
---	--	--

### 4.1.3 Diagnosa Keperawatan

**Tabel 4.9**

#### Diagnosa Keperawatan

Pasien 1	Pasien 2
Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit Gagal Ginjal Kronik	Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit Gagal Ginjal Kronik

### 4.1.4 Perencanaan Keperawatan

**Tabel 4.10**

#### Perencanaan Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Pasien 1</b>		
Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit Gagal Ginjal Kronik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di keseimbangan cairan dapat meningkat. Dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluaran Urin Meningkat (5)</li> <li>• Edema Menurun (5)</li> <li>• Tekanan Darah Membaik (5)</li> <li>• Turgor Kulit Membaik (5)</li> <li>• Membran Mukosa Membaik (5)</li> <li>• Berat Badan Membaik (5)</li> </ul>	Manajemen Hipervolemia  Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>• Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Monitor status hemodinamik</li> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> <li>• Monitor tanda</li> </ul>

		<p>hemokonsentrasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma</li> <li>• Monitor kecepatan infus secara ketat</li> <li>• Monitor efek samping diuretik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>• Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Tinggikan kepala tempat tidur 30-40</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan melapor jika haluaran urin &lt; 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>• Anjurkan melapor jika BB bertambah &gt; 1 kg dalam sehari</li> <li>• Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</li> <li>• Ajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>• Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> <li>• Kolaborasi pemberian <i>continuous renal</i></li> </ul>
--	--	---


		<i>replacement therapy (CRRT)</i>
<b>Pasien 2</b>		
Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit Gagal Ginjal Kronik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di keseimbangan cairan dapat meningkat. Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluaran Urin Meningkat (5)</li> <li>• Edema Menurun (5)</li> <li>• Tekanan Darah Membaik (5)</li> <li>• Turgor Kulit Membaik (5)</li> <li>• Membran Mukosa Membaik (5)</li> <li>• Berat Badan Membaik (5)</li> </ul>	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>• Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>• Monitor status hemodinamik</li> <li>• Monitor intake dan output cairan</li> <li>• Monitor tanda hemokonsentrasi</li> <li>• Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma</li> <li>• Monitor kecepatan infus secara ketat</li> <li>• Monitor efek samping diuretik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>• Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>• Tinggikan kepala tempat tidur 30-40</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan melapor jika haluaran urin &lt; 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>• Anjurkan melapor jika BB bertambah &gt; 1 kg dalam sehari</li> </ul>


		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</li> <li>• Ajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>• Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> <li>• Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT)</li> </ul>
--	--	---



#### 4.1.5 Implementasi

**Tabel 4.11**

**Implementasi Keperawatan**


Pasien 1			
Diagnosis Keperawatan	Jam (WIB)	Implementasi Hari Ke 1 16 – 02 – 2023	Paraf / Nama
Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit pada Gagal Ginjal Kronik	09.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>- R/ Pasien mengatakan sesak</li> <li>- R/ Tampak edema pada ekstremitas bawah</li> </ul>	 Tasya Artyasvati
	09.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda hemokonsentrasi</li> <li>Hemoglobin : 6,0 g/dl</li> <li>Hematokrit : 18 %</li> <li>Kreatinin : 24,9 mg/dl</li> <li>Ureum : 413 mg/dl</li> </ul>	
	09.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memasangkan kateter urine</li> </ul>	
	09.50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor intake output cairan</li> <li>- Intake cairan :</li> <li>Minum : 400 cc/hari</li> </ul>	


	10.10 10.30  10.50  11.00	<p>Obat Injeksi : 84 cc/hari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Output cairan : BAK : 200 cc/hari BAB : - Balans cairan : 484 – 200 = 284</li> <li>• Memasang Venflon</li> <li>• Menimbang berat badan BB : 55 kg</li> <li>• Mengkolaborasikan pemberian diuretic R/ Furosemide 2 x 40 mg/IV</li> <li>• Mengkolaborasikan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik R/ CaCO<sub>3</sub> 3 x 500 mg/Oral</li> </ul>	
<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Jam (WIB)</b>	<b>Implementasi Hari Ke 2 17 – 02 – 2023</b>	<b>Paraf / Nama</b>
Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit pada Gagal Ginjal Kronik	10.00      10.20   10.40  10.50  11.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>- R/ Pasien mengatakan pola napas cukup membaik</li> <li>- R/ Tampak edema pada salah satu ekstremitas bawah menurun</li> <li>• Memonitor intake output cairan</li> <li>- Intake cairan : Minum : 400 cc/hari Obat Injeksi : 84 cc/hari</li> <li>- Output cairan : BAK : 200 cc/hari BAB : - Balans cairan : 484 – 200 = 284</li> <li>• Menimbang berat badan BB : 54,7 kg</li> <li>• Mengkolaborasikan pemberian diuretic R/ Furosemide 2 x 40 mg/IV</li> <li>• Mengkolaborasikan penggantian kehilangan kalium</li> </ul>	 Tasya Artyasvati

		akibat diuretik R/ CaCO <sub>3</sub> 2 x 500 mg/Oral	
<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Jam (WIB)</b>	<b>Implementasi Hari Ke 3 18-02-2023</b>	<b>Paraf / Nama</b>
Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit pada Gagal Ginjal Kronik	13.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia <ul style="list-style-type: none"> <li>- R/ Pasien mengatakan pola napas membaik</li> <li>- R/ Tampak edema pada ekstremitas bawah menurun</li> </ul> </li> </ul>	 Tasya Artyasvati
	13.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor intake output cairan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intake cairan : Minum : 400 cc/hari Obat Injeksi : 84 cc/hari</li> <li>- Output cairan : BAK : 200 cc/hari BAB : - Balans cairan : 484 – 200 = 284</li> </ul> </li> </ul>	
	13.40	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menimbang berat badan</li> </ul>	
	13.50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkolaborasi pemberian diuretic R/ Furosemide 1 x 40 mg/IV</li> </ul>	
	14.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik R/ CaCO<sub>3</sub> 2 x 500 mg/Oral</li> </ul>	
<b>Pasien 2</b>			
<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Jam (WIB)</b>	<b>Implementasi Hari Ke 1 14-03-2023</b>	<b>Paraf / Nama</b>
Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit pada Gagal Ginjal Kronik	10.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia <ul style="list-style-type: none"> <li>- R/ Tampak edema pada seluruh tubuh</li> </ul> </li> </ul>	 Tasya Artyasvati
	10.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda hemokonsentrasi Hemoglobin : 7,9 g/dl Hematokrit : 24 % Kreatinin : 2,19 mg/dl Ureum : 113 mg/dl</li> </ul>	
	10.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memasang kateter urine</li> </ul>	
	10.50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor intake</li> </ul>	



	<p>11.10</p> <p>11.30</p> <p>11.50</p> <p>12.00</p>	<p>output cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intake cairan : Minum : 500 cc/hari Obat Injeksi : 42,5 cc/hari</li> <li>- Output cairan : BAK : 300 cc/hari BAB : -</li> </ul> <p>Balans cairan : 542,5 - 300 = 242,5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memasang Venflon</li> <li>• Menimbang berat badan BB : 65 kg</li> <li>• Mengkolaborasikan pemberian diuretic R/ Furosemide 3 x 40 mg/IV</li> <li>• Mengkolaborasikan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik R/ CaCO<sub>3</sub> 3 x 500 mg/Oral</li> </ul>	
<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Jam (WIB)</b>	<b>Implementasi Hari 2 15 – 03 – 2023</b>	<b>Paraf / Nama</b>

Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit pada Gagal Ginjal Kronik	<p>09.00</p> <p>09.20</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>- R/ Tampak edema pada ekstremitas atas menurun dan ekstremitas bawah meningkat</li> <li>• Memonitor intake output cairan</li> <li>- Intake cairan : Minum : 500 cc/hari Obat Injeksi : 42,5 cc/hari</li> <li>- Output cairan : BAK : 300 cc/hari BAB : -</li> </ul> <p>Balans cairan : 542,5</p>	 <p>Tasya Artyasvati</p>
--	---------------------------	---	--

	09.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 300 = 242,5</li> <li>• Menimbang berat badan BB : 64,7 kg</li> </ul>	
	09.50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkolaborasikan pemberian diuretic R/ Furosemide 2 x 40 mg/IV</li> </ul>	
	10.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkolaborasikan penggantian kehilangan kalium akibat diuretik R/ CaCO<sub>3</sub> 3 x 500 mg/Oral</li> </ul>	
<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Jam (WIB)</b>	<b>Implementasi Hari 3 16 – 03 – 2023</b>	<b>Paraf / Nama</b>
Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit pada Gagal Ginjal Kronik	13.00  13.20  13.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia <ul style="list-style-type: none"> <li>- R/ Tampak edema pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah menurun</li> </ul> </li> <li>• Memonitor intake output cairan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intake cairan : Minum : 500 cc/hari Obat Injeksi : 42,5 cc/hari</li> <li>- Output cairan : BAK : 300 cc/hari BAB : - Balans cairan : 542,5 - 300 = 242,5</li> </ul> </li> <li>• Menimbang berat</li> </ul>	 Tasya Artyasvati

	13.50	<p>badan</p> <p>BB : 64, 4 kg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengkolaborasi pemberian diuretic</li> </ul> <p>R/ Furosemide 1 x 40 mg/IV</p>	
	14.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengkolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> </ul> <p>R/ CaCO<sub>3</sub> 2 x 500 mg/Oral</p>	

#### 4.1.6 Evaluasi Keperawatan

**Tabel 4.12**

#### **Evaluasi Keperawatan**

<b>Pasien 1</b>		
<b>Evaluasi Hari Ke 1</b>	<b>Evaluasi Hari Ke 2</b>	<b>Evaluasi Hari Ke 3</b>
<p><b>S :</b> Pasien mengatakan sesak dan bengkak pada kedua ekstremitas bawah</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah</li> <li>Tanda – tanda vital TD : 159/91 mmhg RR : 25 x/menit N : 111 x/menit S : 36,5 C Spo<sub>2</sub> : 97 %</li> <li>BB sebelum sakit : 53 kg BB sesudah sakit : 55 kg</li> <li>Hemoglobin : 6,0 g/dl Hematokrit : 18 %</li> <li>Kreatinin : 24,9 mg/dl Ureum : 413 mg/dl</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah Hipervolemia belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	<p><b>S :</b> Pasien mengatakan sesak dan bengkak pada kedua ekstremitas bawah berkurang</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Edema pada kedua ekstremitas bawah berkurang</li> <li>Tanda – tanda vital TD : 116/72 mmhg RR : 26 x/menit N : 105 x/menit S : 36,4 Spo<sub>2</sub> : 98 %</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah Hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan dengan memonitor tanda-tanda vital dan memonitor intake output cairan</p>	<p><b>S :</b> Pasien mengatakan sudah tidak sesak dan bengkak pada kedua ekstremitas bawah berkurang</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Edema pada kedua ekstremitas bawah berkurang</li> <li>Tanda – tanda vital TD : 110/58 RR : 24 x/menit N : 99 x/menit S : 36 Spo<sub>2</sub> : 99 %</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah Hipervolemia teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dihentikan</p>

dengan memonitor tanda-tanda vital dan memonitor intake output cairan		
<b>Pasien 2</b>		
<p><b>S :</b> Pasien mengatakan bengkak pada seluruh tubuh</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah dan ekstremitas atas</li> <li>• Tanda-tanda vital TD : 176/101 mmhg RR : 22 x/menit N : 85 x/menit S : 37,2 C Spo2 : 99 %</li> <li>• BB sebelum sakit : 63 kg BB sesudah sakit : 65 kg</li> <li>• Hemoglobin : 7,9 g/dl Hematokrit : 24 %</li> <li>• Kreatinin : 2,19 mg/dl Ureum : 113 mg/dl</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah Hipervolemia belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan dengan memonitor tanda-tanda vital dan memonitor intake output cairan</p>	<p><b>S :</b> Pasien mengatakan bengkak pada seluruh tubuh berkurang</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema pada ekstremitas atas berkurang</li> <li>• Terdapat edema pada ekstremitas bawah</li> <li>• Tanda-tanda vital TD : 150/90 mmhg RR : 20 x/menit N : 90 x/menit S : 37 Spo2 : 99%</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah Hipervolemia teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan dengan memonitor tanda-tanda vital dan memonitor intake output cairan</p>	<p><b>S :</b> Pasien mengatakan bengkak pada seluruh tubuh berkurang</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah berkurang</li> <li>• Tanda-tanda vital TD : 124/62 mmhg RR : 22 x/menit N : 95 x/menit S : 36,6 Spo2 : 99 %</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah Hipervolemia teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dihentikan</p>

## 4.2 Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan gawatdarurat di ruang Instalansi Gawat Darurat RSUD Provinsi Banten pada dua orang pasien gagal ginjal kronik dengan masalah keperawatan hipervolemia yang dilaksanakan pada pasien 1 tanggal 16-02-2023 dan pasien 2 tanggal 14-03-2023. Pembahasan bab ini berisi perbandingan antara tinjauan kasus yang disajikan pada pasien 1 dan pasien 2. Isi pembahasan sesuai dengan tujuan khusus yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pembahasan ini akan dijelaskan tentang kesenjangan yang

terjadi antara teori dan praktik yang ditemukan oleh penulis selama penelitian dapat diuraikan sebagai berikut :

#### **4.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 16-02-2023 data yang ditemukan pada pasien 1 (Ny. M) dengan keluhan utama pasien mengatakan sesak dan edema pada kedua ekstremitas bawah. Data Objektif yang didapatkan setelah pemeriksaan yaitu keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, penurunan jumlah urin, tekanan darah 159/91 mmhg, nadi 111 x/menit, respirasi 25 x/menit, suhu 36,5 C, BB : 55 kg, terdapat edema pada kedua kaki, hemoglobin 6,0 g/dl, hematokrit 18 %, ureum 413 mg/dl, kreatinin 24,9 mg/dl, natrium 132 mmol/l dan kalium 6,1 mmol/l.

Sedangkan hasil pengkajian pada tanggal 14-03-2023 data yang ditemukan pada pasien 2 (Ny. S) dengan keluhan utama pasien mengatakan edema di seluruh tubuh. Data objektif yang didapatkan setelah pemeriksaan yaitu keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, penurunan jumlah urin, tekanan darah 176/101 mmhg, nadi 85 x/menit, respirasi 22 x/menit, suhu 37,2 C, BB 65 kg, terdapat edema pada seluruh tubuh, hemoglobin 7,9 g/dl, hematokrit 24 %, Ureum 113 mg/dl, kreatinin 2.19 mg/dl, natrium 134 mmol/l.

Berdasarkan data pengkajian pada pasien 1 (Ny. M) dan pasien 2 (Ny. S) antara fakta dan teori yaitu hipervolemia ditunjukkan dengan adanya data perubahan pola napas, penurunan produksi urine (oliguria), terdapat edema perifer atau anasarka, kadar hb/ht menurun, peningkatan kadar ureum dan kreatinin akan tetapi tidak terjadi terdapat peningkatan jugular Venous Pressure (JVP) pada kedua pasien.

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Penulis mengambil diagnosa keperawatan hipervolemia mengacu pada tanda dan gejala pada SDKI 2017. Pada Pasien 1 (Ny. M) didapatkan data subjektif pasien mengatakan sesak, edema pada kedua ekstremitas bawah dan data objektif terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah, BB sebelum sakit 53 kg BB setelah sakit 55 kg, oliguria, TD 159/91 mmhg, N 111 x/menit, RR 25 x/menit, S 36,5 C, hasil pemeriksaan hemoglobin 6,0 g/dl (Nilai normal 12 - 14 g/dl), hematokrit 18% (Nilai normal 35 - 47%), ureum 413 mg/dl (Nilai normal 6,0 - 46,0 mg/dl), kreatinin 24,9 mg/dl (Nilai normal 0,6 - 1,5 mg/dl). Didapatkan juga masalah keperawatan lain yang muncul pada pasien 1 (Ny. M) yaitu pola napas tidak efektif mengacu pada tanda dan gejala pada SDKI 2017. Data subjektif pasien dispnea dan data objektif pola napas takipnea, RR : 28 x/menit, Spo2 : 97 % dan terpasang nasal kanul 3 tpm

Sedangkan pada pasien 2 (Ny. S) didapatkan data subjektif pasien mengatakan pusing, bengkak di seluruh tubuh dan data objektif terdapat bengkak pada seluruh tubuh, BB sebelum sakit 63 kg BB setelah sakit 65 kg, oliguria, TD 176/101 mmhg, N 85 x/menit, RR 22 x/menit, S 37,2 C, hasil pemeriksaan hemoglobin 7,9 g/dl (Nilai normal 12 - 14 g/dl), hematokrit 24 % (Nilai normal 35 - 47%), Ureum 113 mg/dl (Nilai normal 6,0 - 46,0 mg/dl), kreatinin 2.19 mg/dl (Nilai normal 0,6 - 1,5 mg/dl).

Diagnosa keperawatan hipervolemia pada pasien 1 (Ny. M) dan 2 (Ny. S) sesuai antara fakta dan teori hal ini ditunjukkan dengan adanya edema, berat badan meningkat dalam waktu singkat, kadar hb/ht menurun, oliguria, kadar ureum dan kreatinin meningkat akan tetapi tidak terjadi terdapat peningkatan jugular Venous Pressure (JVP) pada kedua pasien. Pada pasien 1 (Ny. M) terdapat diagnosa

tambahan yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dilakukan tindakan pemasangan nasal kanul 3 lpm.

#### **4.2.3 Perencanaan Keperawatan**

Berdasarkan hasil penelitian diagnosa yang ditegakkan pada pasien 1 (Ny. M) dan pasien 2 (Ny.S) yaitu hipervolemia maka penulis memfokuskan rencana keperawatan yang diberikan selama 3 hari dalam menangani hipervolemia dengan manajemen hipervolemia :

1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. ortopnea, dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara nafas tambahan)
2. Identifikasi penyebab hypervolemia
3. Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika perlu
4. Monitor intake output cairan
5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematocrit)
6. Monitor kecepatan infus
7. Timbang berat badan setaip hari diwaktu yang sama
8. Batasi asupan cairan dan garam
9. Tinggikan kepala tempat tidur

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan**

Berdasarkan penegakan rencana keperawatan yang telah dikemukakan maka pengimplementasian hipervolemia pada pasien 1 (Ny. M) yaitu memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, memonitor intake output cairan dan memantau tanda-tanda vital didapatkan data objektif TD 159/91 mmhg, Nadi 111 x/menit, Respirasi 25 x/menit, Suhu 36,5 C, BB : 55 kg, terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah, oliguria dan tampak sesak.

Sedangkan pengimplementasian hipervolemia pada pasien 2 (Ny. S) yaitu memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, memonitor intake output cairan dan memantau tanda-tanda vital didapatkan data objektif TD 176/101 mmhg, Nadi 85 x/menit, Respirasi 22 x/menit, Suhu 37,2 C, BB 65 kg, terdapat edema pada seluruh tubuh dan oliguria.

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Berdasarkan hasil implementasi yang telah dilakukan, evaluasi masalah hipervolemia teratasi hal ini ditandai dengan keseimbangan cairan meningkat. Pada kasus pasien 1 (Ny. M) dibuktikan dengan hasil pengkajian dihari ketiga didapatkan data asupan cairan meningkat, edema menurun, asites menurun, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik, turgor kulit membaik dan berat badan membaik.

Sedangkan evaluasi masalah hipervolemia teratasi hal ini ditandai dengan keseimbangan cairan meningkat. Pada kasus pasien 2 (Ny. S) dibuktikan dengan hasil pengkajian dihari ketiga didapatkan data asupan cairan meningkat, edema menurun, asites menurun, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik, turgor kulit membaik dan berat badan membaik.

Secara keseluruhan hasil evaluasi yang diterapkan selama 3 hari data dari kedua pasien yaitu Ny. M dan Ny. S sudah mengalami penurunan derajat edema hal ini disebabkan kebutuhan cairan kedua pasien seimbang dengan pemenuhan cairan yang dianjurkan dokter. Dan berdasarkan hasil data dari kedua pasien sudah patuh terhadap segala sesuatu yang telah dianjurkan.



### **4.3 Implikasi Dalam Keperawatan**

Dalam studi kasus ini peneliti menemui hambatan sehingga menjadi keterbatasan dalam penyusunan studi kasus ini. Beberapa keterbatasan yang muncul pada studi kasus ini antara lain :

1. Peneliti lama dalam menunggu balasan surat izin peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten.
2. Peneliti kesulitan melakukan penyusunan studi kasus ini karena keterbatasan buku teori terbaru tentang penyakit Gagal Ginjal Kronik di Perpustakaan.
3. Peneliti kesulitan melakukan penelitian studi kasus ini karena jadwal penelitian yang bersamaan dengan jadwal perkuliahan di Kampus.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. M dan Ny. S dengan masalah hipervolemia di Instalansi Gawat Darurat di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten selama tiga hari meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi dengan metode studi kasus maka dapat ditarik kesimpulan :

##### **1. Pengkajian**

pada pasien 1 (Ny. M) dapat disimpulkan pasien mengeluh sesak dan bengkak pada kedua ekstremitas bawah. Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, penurunan jumlah urin, tekanan darah 159/91 mmhg, nadi 111 x/menit, respirasi 28 x/menit, suhu 36,5 C, BB : 55 kg, terdapat edema pada kedua kaki, hemoglobin 6,0 g/dl, hematokrit 18 %, ureum 413 mg/dl, kreatinin 24,9 mg/dl, natrium 132 mmol/l dan kalium 6,1 mmol/l.

Pada pasien 2 (Ny. S) dapat disimpulkan pasien mengeluh bengkak di seluruh tubuh. Data objektif yang didapatkan setelah pemeriksaan yaitu keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, penurunan jumlah urin, tekanan darah 176/101 mmhg, nadi 85 x/menit, respirasi 22 x/menit, suhu 37,2 C, BB 65 kg, terdapat edema pada seluruh tubuh, hemoglobin 7,9 g/dl, hematokrit 24 %, Ureum 113 mg/dl, kreatinin 2.19 mg/dl, natrium 134 mmol/l.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan data pengkajian yang dilakukan pada pasien 1 (Ny. M) dan pasien 2 (Ny. S) maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit gagal ginjal kronik.

Terdapat diagnosa keperawatan tambahan pada pasien 1 (Ny. M) yaitu Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

### **3. Perencanaan Keperawatan**

Intervensi yang dilakukan pada pasien 1 (Ny. M) dan pasien 2 (Ny. S) dengan diagnosis keperawatan hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit gagal ginjal kronik yaitu manajemen hipervolemia dengan memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor tanda-tanda vital dan memonitor intake dan output cairan.

### **4. Implementasi Keperawatan**

Dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien 1 (Ny. M) dan pasien 2 (Ny. S) yang mengalami gagal ginjal kronik dengan diagnosis keperawatan hipervolemia di Instalasi Gawat Darurat telah sesuai dengan rencana keperawatan yang penulis rumuskan. Penulis menekankan pada monitor tanda-tanda vital dan pemantauan intake output cairan.

### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi masalah keperawatan hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi akibat penyakit gagal ginjal kronik pada pasien 1 (Ny. M) dan pasien 2 (Ny. S) teratasi sebagian karena pasien kooperatif dan mengikuti pengobatan dalam membatasi intake yang masuk kedalam tubuh.

## **5.2 Saran**

Setelah penulis melakukan studi kasus pada pasien gagal ginjal kronis dengan masalah hipervolemia. Penulis memberikan masukan yang dapat membangun khususnya dibidang Kesehatan antara lain :

### **5.2.1 Bagi Rumah Sakit**

Penulis berharap perawat dalam melaksanakan penanganan pasien gagal ginjal kronik dengan pemantauan cairan dan monitor tanda - tanda vital lebih terjadwal.

### **5.2.2 Bagi Institusi Keperawatan**

Penulis berharap agar D3 Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa dapat meningkatkan mutu pendidikan dengan melengkapi sarana dan prasarana dalam menambah referensi bacaan tentang sistem perkemihan dan penyakit gagal ginjal kronik.

### **5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat dijadikan informasi awal dalam penelitian mengenai Gagal Ginjal Kronik dengan masalah Hipervolemia.


## DAFTAR PUSTAKA

- Euis, C. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD Di Ruang C2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53, 7–17.
- Price, S.A., dan Wilson, L. M. (2019). Konsep Klinik Proses Penyakit. Jakarta: EGC. Hal : 43-51
- Prameswari, N. (2019). Asuhan Keperawatan Pasiem Penyakit Gagal Ginjal Kronis DiRuang Flamboyan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- World Health Organization. 2018. Diakses pada tanggal 4 Desember 2022. [http://who.int/ncds/governance/high-level-commission/Internasional/Society-of Nephrology.pdf](http://who.int/ncds/governance/high-level-commission/Internasional/Society-of-Nephrology.pdf)
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2018. Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS 2018 : Badan Litbangkes, Depkes RI 2018
- Parwati, I. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Chronic Kidney Disease dengan Masalah Resik Gangguan Integritas Kulit di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53, 7–17.
- Nursalam. (2017). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis. Jakarta: Salemba Medika
- Black , J.M. & Hawks, J.H. (2018). Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Singapore: Elsevier
- Tim Pokja SDKI PPNI (2017) Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI PPNI (2018) Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI

- Tim Pokja SIKI PPNI (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.  
Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja Pedoman SPO PPNI (2021) Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Haryanti, I, A. P., & Nisa, K. Terapi Konservatif dan Terapi Pengganti Ginjal sebagai Penatalaksanaan pada Gagal Ginjal Kronik. Majority . Volume 4. Nomor 7. Juni 2017
- Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. (2017). Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan. Jakarta: Salemba Medika
- Black & Hawk. (2018). Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik. Jakarta : Dwy Retno Sulystianingsih.
- Nurarif, A. H. (2015). Aplikasi: Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA & NIC-NOC Jilid 1. Yogyakarta: Media Action
- Smelzel, Suzanne, C. Bare Brenda, G. (2018). Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Brunner & Suddarth, Edisi VIII. Jakarta : EGC

# LAMPIRAN


Lampiran 1 SPO Pemasangan Kateter Urine

 <p><b>KOMP. KOMPREHENSIF</b></p>	<p><b>PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA</b></p>
	<p><b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN KATETER URINE</b></p>
	<p><b>PROSEDUR TINDAKAN / BUKTI</b></p>
<b>PENGERTIAN</b>	Pemasangan kateter urine merupakan memasukkan selang kateter urine ke dalam kandung kemih melalui uretra pada pasien yang mengalami gangguan berkemih.
<b>KEBIJAKAN</b>	Pasien yang mengalami kesulitan berkemih
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengumpulkan sampel urin steril</li> <li>2. Memberikan kenyamanan pada kondisi distensi kandung kemih</li> <li>3. Mengompresi kandung kemih</li> <li>4. Mengukur urin residu</li> </ol>
<b>MENYIAPKAN PERALATAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sarung tangan steril</li> <li>2. Kateter urine sesuai ukuran</li> <li>3. Urine bag dan penggantungnya</li> <li>4. Spuit yang berisi 20 mL aquades/NaCl</li> <li>5. Jeli Lidokain 2%</li> <li>6. Cairan antiseptik</li> <li>7. Sarung tangan bersih</li> <li>8. Kom bersih</li> <li>9. Wadah sample urine</li> <li>10. Kapas/kasa</li> <li>11. Pengalas</li> <li>12. Bengkok</li> <li>13. Sampiran</li> <li>14. Baki</li> <li>15. Alat tulis</li> </ol>
<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifikasi/validasi pasien yang akan dilakukan pemasangan kateter urine</li> </ol>
<b>TAHAP ORIENTASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam terapeutik</li> <li>2. Menjelaskan kepada klien beserta keluarga mengenai tujuan &amp; prosedur tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>3. Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan</li> </ol>
<b>TAHAP KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jaga privasi dengan memasang sampiran</li> <li>2. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</li> <li>3. Pasang sarung tangan bersih</li> <li>4. Melepaskan pakaian bagian bawah</li> <li>5. Letakkan pengalas dibawah bokong</li> <li>6. Atur posisi telentang dengan kaki abduksi</li> <li>7. Bersihkan area genitalia dengan kapas/kasa dan cairan antiseptik</li> <li>8. Bilas dan keringkan, kemudian lepas sarung tangan bersih</li> <li>9. Buka set kateter steril dan alat-alat steril lainnya, tempatkan di alat steril dengan tetap mempertahankan teknik aseptik</li> <li>10. Pasang sarung tangan steril</li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Sambungkan kateter dengan urine bag</li> <li>12. Lumasi ujung kateter 2,5-5 cm dengan jeli</li> <li>13. Masukkan kateter kedalam meatus uretra secara perlahan sambil menganjurkan tarik napas dalam</li> <li>14. Perhatikan adanya aliran urine dalam selang urine bag</li> <li>15. Lakukan fiksasi internal dengan memasukkan aquades/NaCl untuk mengembangkan balon kateter</li> <li>16. Tarik kateter perlahan sampai terasa ada tahanan untuk memastikan kateter terfiksasi dengan baik dalam kandung kemih</li> <li>17. Lepaskan sarung tangan steril</li> <li>18. Lakukan fiksasi eksternal dengan plester di area paha dalam</li> <li>19. Gantungkan urine bag dengan posisi lebih rendah dari pasien</li> <li>20. Pasang sarung tangan bersih dan ambil sample urine segera dari urine bag, jika perlu</li> <li>21. Lepaskan sarung tangan bersih</li> <li>22. Rapihkan pasien dan alat yang digunakan</li> <li>23. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</li> </ol>
<b>TAHAP TERMINASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi respon klien selama, &amp; sesudah prosedur.</li> </ol>
<b>DOKUMENTASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumentasi prosedur yang dilakukan (warna urine, jumlah urine yang keluar, jumlah aquades/NaCl untuk mengembangkan balon, tanggal/waktu dipasang)</li> </ol>

Lampiran 2 SPO Pengukuran Jugularis Venous Pressure

 <p><b>KOMP. KOMPREHENSIF</b></p>	<p><b>PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA</b></p>
	<p><b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGUKURAN JUGULARIS VENOUS PRESSURE</b></p>
	<p><b>PROSEDUR TINDAKAN / BUKTI</b></p>
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan yang dilakukan untuk mengukur tekanan vena jugularis
<b>KEBIJAKAN</b>	Pasien yang mengalami hypervolemia
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui adanya distensi vena jugularis</li> <li>2. Memperkirakan tekanan vena sentral</li> <li>3. Memberikan gambaran tentang volume darah dan efektifitas jantung sebagai pompa terutama ventrikel kanan</li> <li>4. Menilai status hidrasi</li> <li>5. Memantau status hemodinamik</li> <li>6. Memantau efektivitas terapi yang diberikan terhadap klien</li> </ol>
<b>MENYIAPKAN PERALATAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sarung tangan bersih</li> <li>2. 2 buah penggaris (skala centimeter) dan alat tulis</li> <li>3. Senter</li> <li>4. Bantal sesuai kebutuhan</li> </ol>
<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifikasi/validasi pasien yang akan dilakukan pengukuran jugularis venous pressure</li> </ol>
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam terapeutic</li> <li>2. Menjelaskan kepada klien beserta keluarga mengenai tujuan &amp; prosedur tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>3. Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan</li> <li>4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</li> <li>5. Pasang sarung tangan bersih</li> <li>6. Beri kesempatan klien bertanya sebelum tindakan dimulai</li> <li>7. Pertahankan privacy klien selama tindakan dilakukan</li> <li>8. Atur posisi klien. Minta klien berbaring telentang dengan kepala ditinggikan 30 – 45 derajat (posisi semi fowler)</li> <li>9. Gunakan bantal untuk menopang kepala klien dan hindari hiperekstensi atau fleksi leher untuk memastikan bahwa vena tidak teregang.</li> <li>10. Lepaskan pakaian yang sempit/menekan leher atau thorak bagian atas.</li> <li>11. Anjurkan kepala klien menengok menjauhi arah pemeriksa.</li> <li>12. Identifikasi vena jugularis. Gunakan lampu senter dari arah miring untuk melihat bayangan vena jugularis. Identifikasi pulsasi vena jugular interna (bedakan denyutan ini dengan denyutan dari arteri karotis interna di sebelahnya), jika tidak tampak gunakan vena jugularis eksterna.</li> <li>13. Tentukan titik tertinggi dimana pulsasi vena jugularis interna/eksterna dapat dilihat (Meniscus).</li> <li>14. Tentukan sudut sternum (sudut louis) sebagai tempat untuk mengukur tinggi pulsasi vena.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Gunakan penggaris. Penggaris ke-1 diletakan secara tegak (vertikal) dimana salah satu ujungnya menempel pada sudut sternum. Penggaris ke-2 diletakan mendatar (horizontal) dimana ujung yang satu tepat di titik tertinggi pulsasi vena (meniscus), sementara ujung lainnya ditempelkan pada penggaris ke-1.</li> <li>16. Ukurlah jarak vertical (tinggi) antara sudut sternum dan titik tertinggi pulsasi vena (meniscus).</li> <li>17. Catat hasilnya.</li> <li>18. Rapiakan peralatan</li> <li>19. Kembalikan klien ke posisi yang nyaman</li> <li>20. Lepas sarung tangan</li> <li>21. Cuci tangan</li> </ol>
<b>TAHAP TERMINASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi respon klien selama, &amp; sesudah prosedur.</li> <li>2. Berikan reinforcement positif</li> <li>3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</li> <li>4. Mengakhiri kegiatan dengan baik</li> </ol>
<b>DOKUMENTASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan</li> <li>2. Catat tanggal, jam, jenis tindakan di dalam catatan keperawatan</li> <li>3. Catat hasil tindakan, nilai JVP, kondisi klinis, respon klien.</li> <li>4. Nama dan paraf perawat</li> </ol>

Lampiran 3 SPO Pemantauan Intake dan Output Cairan

 <p><b>KOMP. KOMPREHENSIF</b></p>	<p><b>PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA</b></p>
	<p><b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMANTAUAN INTAKE DAN OUTPUT CAIRAN</b></p>
	<p><b>PROSEDUR TINDAKAN / BUKTI</b></p>
<b>PENGERTIAN</b>	Pemantauan intake dan output cairan merupakan mengumpulkan dan menganalisis data jumlah cairan yang masuk dan keluar dari tubuh
<b>KEBIJAKAN</b>	Pasien yang mengalami hypervolemia
<b>TUJUAN</b>	1. Untuk mengetahui keseimbangan cairan dalam tubuh
<b>MENYIAPKAN PERALATAN</b>	1. Sarung tangan bersih 2. Gelas ukur 3. Format pemantauan intake dan output cairan
<b>TAHAP PRA INTERAKSI</b>	1. Verifikasi/validasi pasien yang akan dilakukan pemantauan intake dan output cairan
<b>PROSEDUR</b>	1. Memberikan salam terapeutik 2. Menjelaskan kepada klien beserta keluarga mengenai tujuan & prosedur tindakan yang akan dilakukan. 3. Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Pasang sarung tangan bersih 6. Ukur volume output cairan (meliputi urine, defekasi, muntah, NGT dan drain) 7. Ukur volume intake cairan (meliputi minum dan cairan intravena) 8. Hitung balans cairan 9. Lepaskan sarung tangan 10. Rapihan alat 11. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 12. Hitung insensible water loss (IWL), jika perlu 13. Hitung balans cairan sesuai periode waktu yang dibutuhkan 14. Informasikan hasil pemantauan
<b>TAHAP TERMINASI</b>	1. Mengevaluasi respon klien selama, & sesudah prosedur.
<b>DOKUMENTASI</b>	1. Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan

Lampiran 4 Informed Consent

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN  
INFORMED CONSENT

Setelah menerima penjelasan dan memahami maksud dan tujuan dari studi kasus yang telah dijelaskan, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai klien dalam studi kasus yang dilakukan oleh mahasiswa DIII Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa

Nama : Tasya Artyasvati

NIM : 8801200029

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten

Klien : Ny M

Penanggung Jawab : Tn I

Saya memahami bahwa studi kasus ini tidak akan berakibat negative pada saya dan keluarga saya. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi pasien pada studi kasus ini

Disetujui

Serang, 16 Februari 2023

Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan  
Universitas Sultan Ageng Tirtayasa

Klien



Tasya Artyasvati  
8801200029



Ttd & Nama Jelas

Lembar 5 Informed Consent

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN  
INFORMED CONSENT

Setelah menerima penjelasan dan memahami maksud dan tujuan dari studi kasus yang telah dijelaskan, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai klien dalam studi kasus yang dilakukan oleh mahasiswa DIII Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa

Nama : Tasya Artyasvati

NIM : 8801200029

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten

Klien : Ny S

Penanggung Jawab : Ny T

Saya memahami bahwa studi kasus ini tidak akan berakibat negative pada saya dan keluarga saya. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi pasien pada studi kasus ini

Disetujui

Serang, 14 Maret 2023

Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan  
Universitas Sultan Ageng Tirtayasa

Klien



Tasya Artyasvati  
8801200029



*Ttd & Nama Jelas*

Lampiran 6 Format Asuhan Keperawatan Gawat Darurat

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

NAMA :	JENIS KELAMIN :
MAHASISWA :	AGAMA :
TANGGAL :	PENDIDIKAN :
JAM :	PEKERJAAN :
NAMA PASIEN :	STATUS :
UMUR :	PERKAWINAN :
NO MEDREK :	

KELUHAN UTAMA :

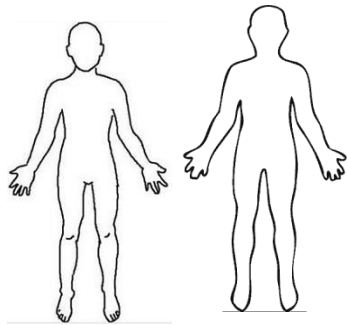
RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI :

TANDA-TANDA VITAL :

RR:           SATURASI:           NADI:           TD:

GCS:

<b>PENGKAJIAN PRIMER</b>	<b>MASALAH KEPERAWATAN</b>	<b>TINDAKAN</b>
AIRWAY		

BREATHING		
CIRCULATION		
DISABILITY		
<p data-bbox="240 1240 416 1279">EXPOSURE</p> <p data-bbox="240 1352 325 1391">Muka</p> <p data-bbox="576 1352 699 1391">Belakang</p> 		



--	--	--

EVALUASI HASIL PENGKAJIAN PRIMER	JAM: .....WIB
RR:                      SATURASI:                      RR:                      NADI:                      TD:	
Urin	
output:	
PENGKAJIAN SEKUNDER	JAM: .....WIB
Pemeriksaan Head to toe:	
Kepala dan leher :	
Dada :	
Abdomen :	
Punggung :	

Pelvis dan ekstermitas :

**ANAMNESIS (KOMPAK)**

Keluhan : ..... Alergi :

.....

Obat : ..... Kejadian :

.....

Penyakit : .....

**HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK**

Rontgen :

.....

USG :

.....

Laboratorium :

.....

.....

.....

.....
.....
CT Scan :
.....
Lainnya :
.....
<b>TERAPI YANG DIBERIKAN :</b>

**ANALISIS DATA HASIL PENGKAJIAN SEKUNDER**

<b>DATA</b>	<b>ETIOLOGI</b>	<b>MASALAH KEPERAWATAN</b>

**MASALAH KEPERAWATAN PRIMER DAN SEKUNDER**

- 1.
- 2.
- 3.

ASUHAN KEPERAWATAN

NO DX	TUJUAN DAN KRITERIA	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF/ NAMA

## CATATAN PASIEN KELUAR IGD

Keadaan umum:

Kesadaran:

GCS:

Tanda Vital :

RR:

SATURASI:

NADI:

TD:

GCS:

Terpasang alat:

Tindakan yang telah diberikan:

Obat-obatan yang telah diberikan:

Pasien keluar:

Rawat inap     Menolak     Di rujuk ke     Pulang      
Meninggal

dirawat

Di: .....

RS: .....

Lampiran 7 Surat Izin Penelitian



**PEMERINTAH PROVINSI BANTEN**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jl. Syech Nawawi Al-Bantani, Cipocok Jaya, Serang – Banten

Telp. (0254) 8490911 8491118

Serang, Maret 2023

Nomor : Sp /0498 /RSUB/ III/2023  
Lampiran : -  
Perihal : *Tanggapan Permohonan Izin Penelitian an. Taxya Artyasvat*

Kepada  
Yth. Wakil Dekan I Bidang Akademik Pengembangan Inovasi Pengabdian dan Hirilisasi Riset Universitas Sultan Ageng Tirtayasa  
di  
TEMPAT

Menindaklanjuti surat dari Wakil Dekan I Bidang Akademik Pengembangan Inovasi Pengabdian dan Hirilisasi Riset Universitas Sultan Ageng Tirtayasa Nomor 09/UN43.20/KM/2022 tentang Surat permohonan izin Penelitian Mahasiswa atas nama Rima Dwi Cahyani.

Bersama ini disampaikan, bahwa kami dapat menyetujui permohonan izin Penelitian tersebut dengan ketentuan:

1. Mematuhi protokol kesehatan dalam rangka pencegahan Covid 19 (Pernyataan terlampir)
2. Tidak menuntut kerugian dan tanggung jawab kepada pihak RSUD Banten bila terpapar Covid 19 (Pernyataan terlampir)
3. Sudah mendapatkan Rekomendasi dari Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit
4. Membayar biaya Magang sesuai Peraturan Gubernur Banten No.27 tahun 2018 tentang Tarif Layanan Kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah Povinsi Banten.

Untuk tindak lanjut teknis terkait hal tersebut, dapat menghubungi Bagian Diklat dan PEP RSUD Banten (Sdra. Mahdum, S.Kom, No.HP. 087804445287).  
Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



**DIREKTUR**  
**Dr. Danang Hamsah Nugroho M.Kes**  
NIP.19730702 200501 1 003

Lampiran 8 Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET,  
DAN TEKNOLOGI

UNIVERSITAS SULTAN AGENG TIRTAYASA  
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Raya Jakarta KM.4 Pakupatan Kota Serang Provinsi Banten  
Telepon (0254)280330Laman: fk.untirta.ac.id

Nomor : 89/UN43.20/KM/2022  
Lampiran : -  
Hal : Penelitian Tugas Akhir / Skripsi

26 Januari 2023

Kepada Yth,  
Direktur RSUD Provinsi Banten  
di  
Serang

Sehubungan dengan rencana Penyusunan Tugas Akhir / Skripsi bagi mahasiswa kami, dengan ini mengajukan permohonan tempat penelitian di Perusahaan/Lembaga yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun data mahasiswa yang bersangkutan adalah sebagai berikut.

Nama : Tasya Artyasvati  
NIM : 8801200029  
Fakultas : KEDOKTERAN  
Jurusan/Program Studi : Keperawatan  
Semester : Genap  
Telepon / HP : 0895619783818  
Durasi (Lama Penelitian) : 1 Bulan  
Rencana Topik : "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten"

Demikian permohonan kami sampaikan atas kerjasamanya dan perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimakasih.



Wakil Dekan I Bidang Akademik Pengembangan  
Inovasi Pengabdian dan Hirilisasi Riset

Dr. dr.Desdiani, M.K.K., Sp.P.  
NIP.197205062002122002

Tembusan:

- Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Lampiran 9 Lembar bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Tasya Artyasvati


NIM : 8801200029

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia Di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Banten

Dosen Pembimbing : Ella Nurlaela, S.Kep., Ners., M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	HASIL	PARAF PEMBIMBING
1	21 Oktober 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membahas pedomanan pembuatan KTI</li> <li>Pengajuan Judul</li> </ul>	Persetujuan judul KTI	
2	6 Desember 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengajuan Bab 1</li> </ul>	Revisi Latar Belakang dan penulisan	
3	16 Desember 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengajuan Bab 1, Bab 2 dan Bab 3</li> </ul>	Persetujuan Bab 1 dan Revisi	
4	22 Desember 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengajuan Bab 2 dan Bab 3</li> </ul>	Persetujuan Bab 2 dan Bab 3	
5	5 Januari 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengajuan Power Point Proposal KTI</li> </ul>	Persetujuan Seminar Proposal	

6	30 Maret 2023	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pengajuan Bab 4 dan Bab 5</li></ul>	Revisi Bab 4 dan Bab 5	
7	12 April 2023	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pengajuan Power Point Seminar Hasil</li></ul>	Revisi Power Point Persetujuan Seminar Hasil	