**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI *HYPERVOLEMIA* PADA PASIEN An. R DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD)**

****

**Oleh:**

**DIFANI AYU SUNDARI**

**NIM: 2317047**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI *HYPERVOLEMIA* PADA PASIEN An. R DENGAN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD)**

Tugas Akhir Ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

DIFANI AYU SUNDARI

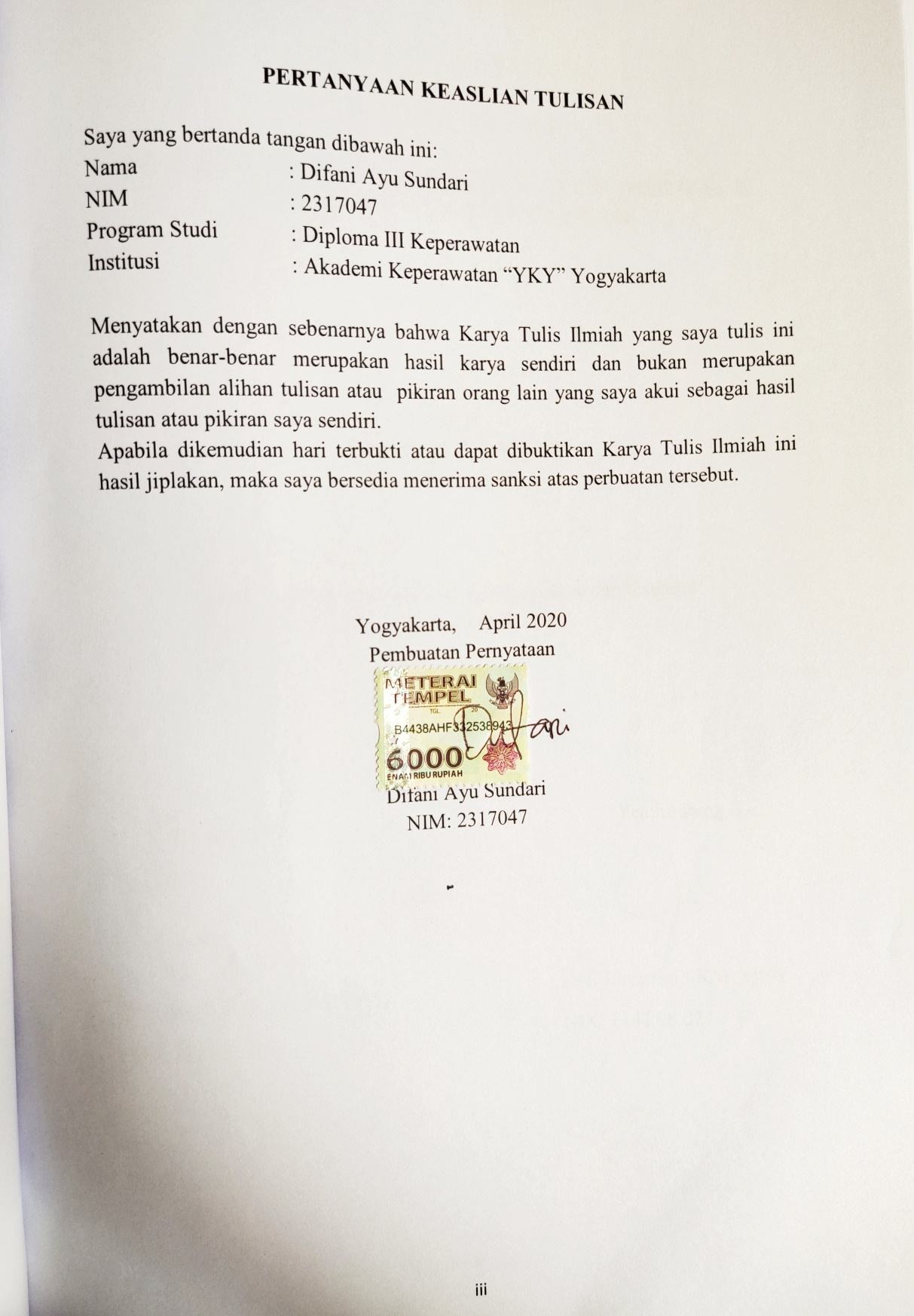
NIM : 2317047

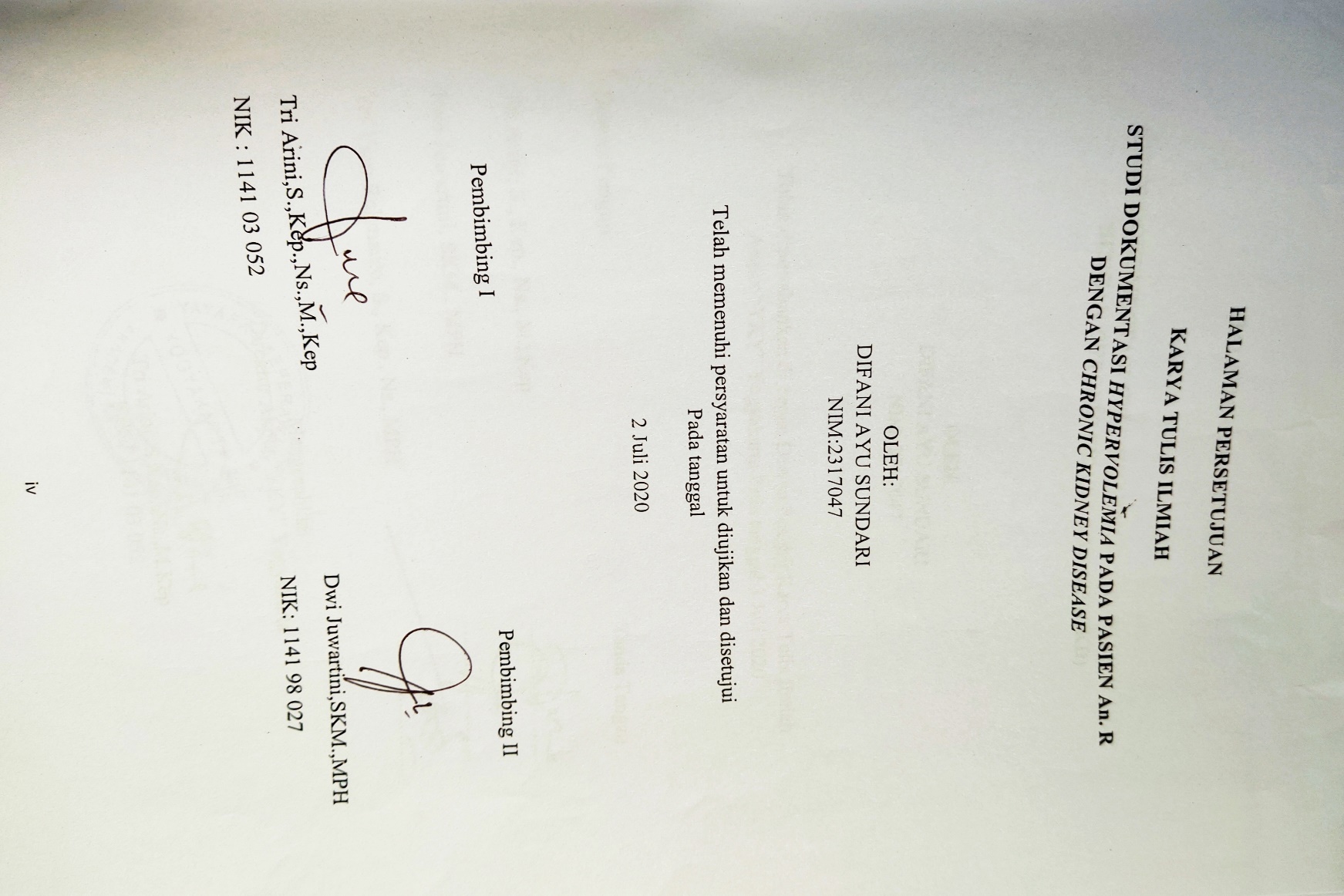
**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

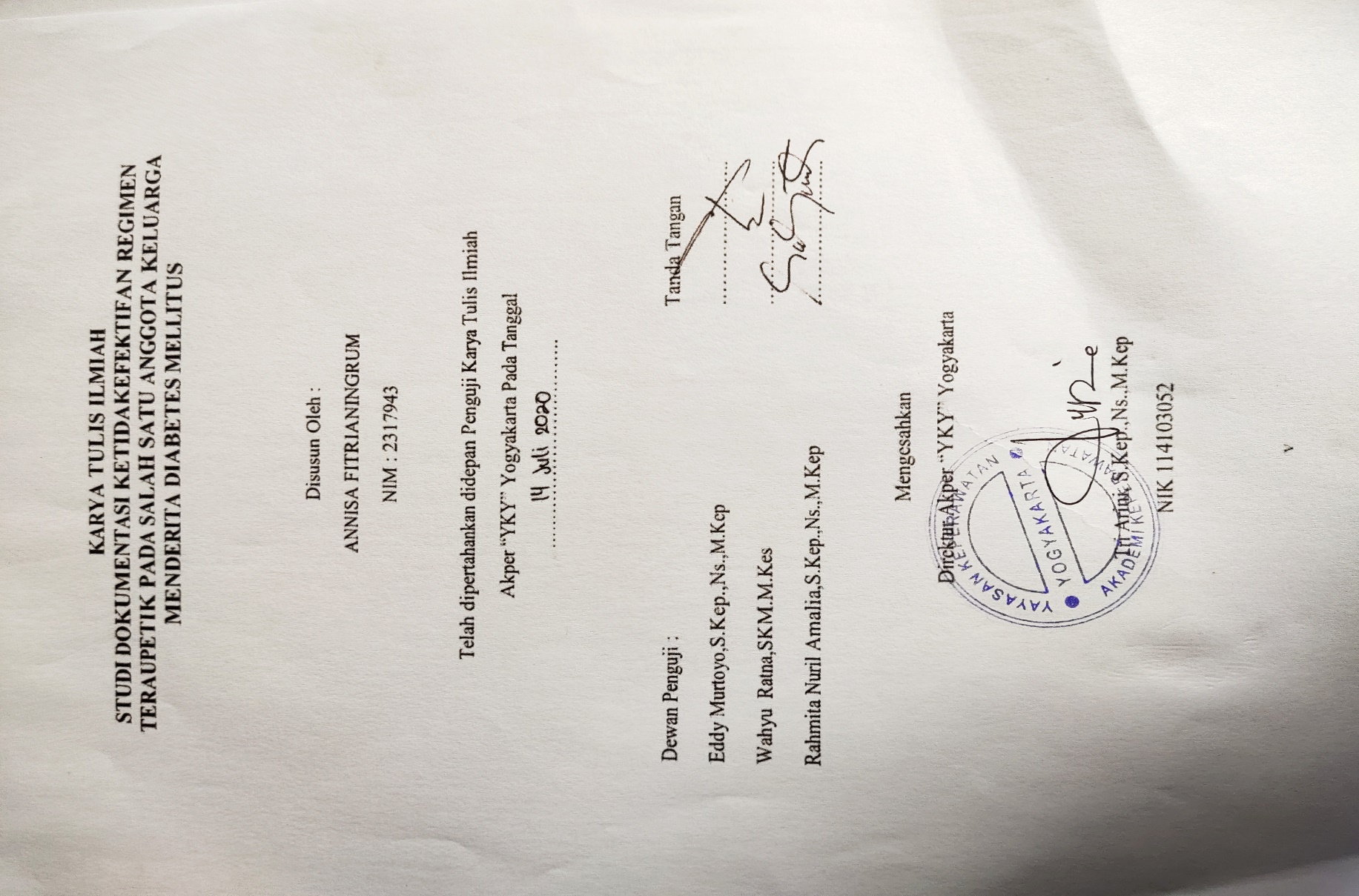
**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2020**







**MOTTO**

“Ketika hatimu terlalu berharap kepada seseorang maka Allah timpakan ke atas kamu pedihnya sebuah pengharapan, supaya kamu tahu bahwa Allah sangat mencemburui hati yang berharap selain kepada Nya. Maka Allah menghalangimu dari perkara tersebut agar kamu kembali berharap hanya kepada Nya. **“**

“Imam Syafi’i”

“Teruslah melangkah, selama engkau dijalan yang baik. Meski terkadang kebaikan tidak dihargai”

“Setiap manusia pasti pernah gagal. Tapi disaat kita gagal yakinlah bahwa kesuksesan menyambut kita dengan baik, karena tidak ada kata gagal didunia ini. Yang ada hanyalah coba lagi.”

“Ketika kau mulai merasa lelah dan seakan ingin menyerah. Ketahuilah bahwa sesungguhnya pertolongan Allah hanya berjarak antara kening dan sajadah”

**PERSEMBAHAN**

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada:

1. Untuk Allah Swt. Yang selalu memberikan saya ketabahan dan kesabaran dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Untuk kedua orang tua saya Alm. Bapak Sobur dan Ibu Hj. Rosnani yang telah memberikan kasih sayang kepada saya, dukungannya dan bekerja sama untuk membiayai pendidikan saya.
3. Untuk kakak saya yang telah memberikan dukungan atas pendidikan saya.
4. Untuk keluarga saya yang telah memberi semangat, memotivasi dan dukungan serta perhatian kepada saya.
5. Untuk sahabat – sahabat saya yang telah memberi semangat, dan mendukung saya.
6. Untuk teman satu kelompok saya yang telah berjuang bersama dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah.
7. Untuk teman – teman satu kelas saya yang telah berjuang bersama, memberikan dukungan dan semangat.

**KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur, penulis panjatkan kepada Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya lah penulis mampu menyusun Karya Tulis Ilmiah Studi Dokumentasi *Hipervolemia* Pada Pasien An. R Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD). Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapat bimbingan, dorongan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Tri Arini, S., Kep., Ns., M., Kep selaku Direktur Akademik Keperawatan “YKY” Yogyakarta sekaligus Pembimbing 1 dan Penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah memberi kesempatan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini memberi saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sampai akhir.
2. Dwi Juwartini, SKM., MPH selaku Pembimbing 2 dan Penguji akhir program yang telah memberi saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sampai akhir.
3. Tri Yuni Rahmanto, S., Kep., Ns., MPH selaku penguji akhir program.

Penulis menyadari bahwa dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan atau belum sempurna. Oleh karena itu penulis berharap saran dan kritik dari pembaca sangat diperlukan demi kemajuan proposal ini berikutnya. Akhir kata, penulis mohon maaf yang sebesar besarnya apabila dalam penulisan ini banyak kesalahan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis dan juga untuk yang membacanya.

Yogyakarta, 2020

Difani Ayu S

**DAFTAR ISI**

Halaman Sampul Depani

Halaman Sampul Dalam ii

Halaman Pernyataan Keaslian Tulisan iii

Halaman Persetujuan iv

Halaman Pengesahan v

Halaman Motto vi

Halaman Persembahan vii

Kata Pengantar viii

Daftar Isi x

Daftar Tabelxii

Daftar Gambarxiii

Daftar Lampiranxiv

Abstrak xv

BAB I PENDAHULUAN 1

1. Latar Belakang 1
2. Rumusan Masalah Penelitian3
3. Tujuan Penelitian4
4. Tujuan Umum4
5. Tujuan Khusus4
6. Ruang Lingkup Penelitian5
7. Manfaat Penelitian5
8. Teoritis5
9. Praktis5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA6

1. Landasan Teori6
2. Konsep Gagal Ginjal6
3. Pengertian 6
4. Klasifikasi6
5. Etiologi 7
6. Manifestasi Klinis8
7. Patofisiologi9
8. Pemeriksaan Penunjang10
9. Konsep *Hypervolemia*12
10. Pengertian 12
11. Etiologi 13
12. Tanda dan Gejala 13
13. Kondisi Klinis Terkait 14
14. Faktor Yang Mempengaruhi *hypervolemia* 14
15. Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipervolemi16
16. Pengkajian16
17. Diagnosa Keperawatan20
18. Perencanaan20
19. Implementasi 22
20. Evaluasi 23
21. Pendokumentasian 23
22. Kerangka Teori30

BAB III METODE STUDI KASUS31

1. Rancangan Penelitian31
2. Objek Penelitian31
3. Lokasi dan Waktu Penelitian31
4. Definisi Operasional31
5. Instrumen Studi Kasus32
6. Teknik Pengumpulan Data32
7. Analisa Data33
8. Etika Penulisan33
9. Kerangka Alur34

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN35

1. Hasil35
2. Pembahasan37

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN46

1. Kesimpulan 46
2. Saran 47

DAFTAR PUSTAKA49

LAMPIRAN

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Definisi Operasional33

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kerangka Teori30

Gambar 2.2 Kerangka Alur34

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Jadwal Pelaksanaan Penelitian

Lampiran 2. RAP Pelaksanaan Bimbingan KTI

Lampiran 3. Data dokumentasi asuhan keperawatan KTI

Difani Ayu Sundari. (2020). Studi Dokumentasi *Hypervolemia* Pada Pasien An. R Dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

Pembimbing : Tri Arini, Dwi Juwartini

ABSTRAK

*Hypervolemia* adalah peningkatan cairan pada intravaskular, interstisial dan intraselular. Kondisi *hypervolemia* memicu terjadinya gangguan kardiovaskuler bahkan kematian pada pasien. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran hypervolemia pada An. R dengan CKD. Metode penelitian ini menggunakan studi dokumentasi pada salah satu data asuhan keperawatan di perpustakaan Akper YKY KTI tahun 2016. Dengan teknik pengumpulan data sekunder, menganalisa data dengan mencermati data, menginterpretasi data dan membandingkan data dengan teori. Dari hasil studi dokumentasi didapat bahwa masalah *hypervolemia* yang ditegakkan pada kasus An. R sudah mendukung dengan batasan karakteristik walaupun ada satu yang tidak sesuai untuk masalah tersebut dan telah direncanakan sesuai perencanaan dan dilakukan pelaksanaan sesuai teori bahwa masalah *hypervolemia* belum teratasi sesuai dengan teori. Kesimpulan dari penelitian ini adalah mendapatkan gambaran masalah keperawatan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD.

**Kata Kunci:** *Chronic Kidney Disease* (CKD), *Hypervolemia*, Studi Dokumentasi

Difani Ayu Sundari. (2020). Documentation Study Of *Hypervolemia* In Patients An. R With *Chronic Kidney Disease* (Ckd)

Mentor : Tri Arini, Dwi Juwartini

**Abstract**

*Hypervolemia is increased fluid in intravascular, interstitial dan intracelluler. Hypervolemia condition triggers cardiovascular disorders even death in patients. Prevalence of CKD in Yogyakarta from November until February is 9,6%.**The purpose of research is to know the picture of hypervolemia in patients An. R with CKD.**Method of this research use documentation study in one of the nursing care in Akper YKY library KTI in 2016. With secondary data collection technique, analyze data with evaluate and look at the data, interpret data and compare data with theory.**Result documentation study found that hypervolemia problem enforced in case An. R already support with characteristic limits although there is one whict isn’t appropriate for the problem and has been planned according the planning and implemented in accordance with the intervention that a problem hypervolemia hasn’t been resolved in accordance with theory. The conclusion of this research is get a picture of nursing problem hypervolemia in patients An. R with CKD*.

**Keyword:** *Chronic Kidney Disease* (CKD), *Hypervolemia*, Documentation Study

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

*Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah masalah kesehatan yang serius pada anak dengan morbiditas dan mortalitas yang semakin meningkat serta menimbulkan masalah sosial ekonomi yang signifikan. CKD akan berdampak pada kualitas hidup penderitanya dan orangtua memiliki peran penting dalam mengantisipasi dampak terhadap kualitas hidup pasien dengan gagal ginjal (Zurmeli, dkk, 2015).

Kualitas hidup anak dengan CKD lebih rendah dibandingkan anak sehat, baik secara fisik, emosional, sosial, maupun prestasi belajar. Mereka sering merasa cemas, takut dan tertekan sehingga mempengaruhi fungsi akademis di sekolah. Orangtua anak yang mengalami CKD juga hidup dalam kecemasan, kelelahan fisik dan masalah finansial (Sudung O, dkk, 2016).

CKD pada anak dapat disebabkan oleh kondisi yang di wariskan seperti *nefritis familial* atau dapat terjadi akibat masalah yang di dapat, seperti *glomerulonefritis*. CKD pada anak dapat terjadi setelah proses infeksi seperti *sindrom hemolitik uremik* atau *pielonefritis*. Komplikasi gangguan kesehatan lainnya, salah satunya adalah kondisi *hypervolemia* (Angelantonio, dkk, 2014).

*Hypervolemia* ditunjukkan dengan adanya data seperti penurunan volume BAK (2-3x/ hari) dengan jumlah urine sedikit, data observasi berupa adanya edema pada kedua tungkai bawah klien serta asites, jumlah urine dalam 24 jam (400 cc) dan tekanan darah 130/90 mmHg. Kondisi *hypervolemia* yaitu faktor pemicu terjadinya gangguan kardiovaskuler bahkan kematian yang terjadi pada pasien CKD (Wilson, 2012).

Dari hasil studi kasus yang dilakukan oleh Anggraini, & Arcellia Farosyah Putri tahun 2016 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien gagal ginjal kronik adalah gangguan perfusi jaringan, kelebihan volume cairan, risiko gangguan keseimbangan nutrisi, risiko infeksi, intoleransi aktivitas dan kerusakan integritas kulit. Berdasarkan angka insiden CKD di Yogyakarta bulan November sampai Februari 2020 sebanyak 14 kasus (9,6%) dari 146 pasien. Dari hasil pencatatan tersebut CKD menduduki urutan ketiga setelah SLE dan SN. Pasien CKD dapat menimbulkan bahaya jika tidak ditangani dan peran perawat sangat penting dalam mencegah timbulnya permasalahan baru pada pasien gagal ginjal kronik (Zurmeli, dkk, 2015).

Dalam menangani pasien CKD perawat memiliki upaya promotif, dengan penyuluhan kepada keluarga tentang penyakit CKD seperti cara memanajemen cairan dan memberi pendidikan kesehatan tentang cara pencegahan sampai komplikasi yang terjadi dengan membiasakan pola hidup sehat. Upaya preventif perawat yaitu memberikan perawatan manajemen cairan dan pemberian nutrisi pasien. Sehingga penting sekali untuk dilakukan pencegahan dan pertahanan fungsi ginjal supaya tidak terjadi penurunan atau gangguan. Upaya kuratif perawat pada pasien CKD dengan melakukan kolaborasi dalam menyiapkan tindakan hemodialisa, dan mengelola pengobatan pasien *hipervoolemia* dengan CKD. Upaya rehabilitatif dengan mempertahankan keadaan pasien agar tidak bertambah berat dan mencegah terjadinya komplikasi pada pasien yaitu dengan selalu kontrol ke dokter, melaksanakan terapi yang dibutuhkan dan pembatasan aktivitas. Bila tidak melakukan manajemen cairan pada pasien akan mengakibatkan edema, hipertensi, edema paru, gagal jantung, dan *distensi vena jugularis* (Setyohadi, dkk, 2016).

Berdasarkan latar belakang di atas saya tertarik untuk mengambil judul “Studi Dokumentasi *Hypervolemia* Pada Pasien An. R Dengan CKD” karena CKD pada anak dengan *hypervolemia* bisa menyebabkan gangguan kardiovaskuler bahkan kematian.

1. **Rumusan Masalah Penelitian**

Berdasarkan latar belakang diatas maka dirumuskan perumusan masalah dari Karya Tulis Ilmiah **“**Bagaimana studi dokumentasi *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD”. Dengan sub masalah:

1. Bagaimana studi dokumentasi mengenai pengkajian *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD?
2. Bagaimana studi dokumentasi mengenai diagnose keperawatan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD?
3. Bagaimana studi dokumentasi mengenai perencanaan keperawatan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD?
4. Bagaimana studi dokumentasi mengenai pelaksanaan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD?
5. Bagaimana studi dokumentasi mengenai evaluasi keperawatan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD?
6. Bagaimana studi dokumentasi mengenai pendokumentasian asuhan keperawatan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD?
7. **Tujuan Penelitian**
8. Tujuan Umum

Diketahui gambaran *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD.

1. Tujuan Khusus

Diketahui gambaran tentang:

1. Hasil studi dokumentasi mengenai Pengkajian *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD.
2. Hasil studi dokumentasi mengenai Diagnosa keperawatan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD.
3. Hasil studi dokumentasi mengenai Perencanaan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD.
4. Hasil studi dokumentasi mengenai Pelaksanaan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD.
5. Hasil studi dokumentasi mengenai Evaluasi dan pendokumentasian *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD.
6. **Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Anak. Materi yang dibahas adalah Gambaran *Hypervolemia* An. R dengan CKD dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI tahun 2016.

1. **Manfaat Penelitian**
2. Teoritis

Mengetahui lebih dalam dan spesifik mengenai gambaran *hypervolemia* pada pasien anak dengan CKD.

1. Praktis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien anak dengan CKD.

1. Bagi Peneliti selanjutnya

Dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang gambaran *hypervolemia* pada pasien anak dengan CKD.

1. Bagi Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Dapat menjadi referensi bagi pembaca dan mahasiswa/ mahasiswi di Akper YKY tentang gambaran *hypervolemia* pada pasien anak dengan CKD.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Landasan Teori**
2. Konsep *Chronic Kidney Disease* (CKD)
3. Pengertian

*Chronic Kidney Disease* (CKD) yaitu masalah kesehatan utama di seluruh dunia dengan meningkatnya insiden dan prevalensi yang mengancam untuk memicu timbulnya epidemi nyata. Tidak tergantung pada penyebab awal. CKD adalah suatu kerusakan ginjal yang ditandai dengan laju *filtrasi glomerulus* (LFG) < 60 ml/menit/1, 73 m2 dalam waktu 3 bulan atau lebih (Sudung, O, 2016).

1. Klasifikasi

Menurut Chronic Kidney Disease Improving Global Outcomes (CKD KDIGO) proposed classification, dapat dibagi menjadi (Kementerian kesehatan Repubik Indonesia, 2017) :

1. Stadium 1: LFG ≥90 ml/min/1,73m² dengan terminology normal atau meningkat.
2. Stadium 2: LFG 60 - 89 ml/min/1,73m² dengan terminology ringan.
3. Stadium 3a: LFG 45 - 59 ml/min/1,73m² dengan terminology ringan sampai sedang.
4. Stadium 3b: LFG 30 - 44 ml/min/1,73m² dengan terminology sedang sampai berat.
5. Stadium 4: LFG 15 - 29 ml/min/1,73m² dengan terminology berat.
6. Stadium 5: LFG < 15 ml/min/1,73m² dengan terminology terminal.
7. Etiologi

Penyebab CKD pada balita adalah kelainan bawaan, misalnya kelainan atau kekurangan dalam pembentukan jaringan ginjal, disertai adanya sumbatan atau tanpa sumbatan. Sedangkan pada usia 5 tahun kebawah sering disebabkan oleh kelainan kongenital (ginjal polikistik atau obstruksi saluran kemih) dan usia 5 tahun ke atas sering disebabkan oleh penyakit yang diturunkan (misalnya penyakit ginjal polikistik) atau penyakit yang didapat (misalnya glomerulonefritis kronis). Beberapa kondisi yang meningkatkan risiko terjadinya CKD adalah riwayat keluarga dengan penyakit ginjal polikistik atau penyakit ginjal genetik, bayi dengan berat lahir rendah atau prematur, anak dengan riwayat gagal ginjal akut, kelainan bawaan ginjal, infeksi saluran kemih, riwayat menderita sindrom nefrotik atau sindrom nefritis akut atau sindrom hemolitik uremik, riwayat menderita penyakit sistemik (kencing manis, lupus, Henoch Schoenlein purpura), dan riwayat menderita tekanan darah tinggi (Rachmadi, Dedi, 2016).

1. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik menurut Nahas & Levin (2010) adalah sebagai berikut:

1. Gangguan kardiovaskuler: Hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, efusi perikardiak dan gagal jantung akibat penumpukan cairan, gangguan irama jantung dan edema. Kondisi bengkak bisa terjadi pada bagian pergelangan kaki, tangan, wajah, dan betis yang terjadi ketika tubuh tidak bisa mengeluarkan semua cairan yang menumpuk dalam tubuh. Gejala ini sering ditandai dengan beberapa tanda seperti rambut yang rontok terus menerus, berat badan yang turun meskipun terlihat lebih gemuk.
2. Gangguan Pulmoner: Nafas dangkal, batuk dengan sputum kental dan riak dan suara krekels.
3. Gangguan gastrointestinal: Anoreksia, nausea, dan fomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut serta nafas bau ammonia.
4. Gangguan muskuloskeletal: pegal pada kakinya sehingga selalu digerakan, rasa kesemutan dan terbakar terutama ditelapak kaki, tremor, kelemahan dan hipertropi otot – otot ekstremitas.
5. Gangguan Integumen: kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning – kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal – gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.
6. Gangguan endokrin: libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan aminore. Gangguan metabolik glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D.
7. Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam dan basa: retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, *hyperkalemia*, *hypomagnesemia*, *hypokalsemia*.
8. Sistem hematologi: anemia yang disebabkan karena berkurangnya produksi *eritopoetin*, sehingga rangsangan *eritoposis* pada sum – sum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan *trombositopeni*.
9. Patofisiologis

Ginjal yang normal mempunyai kemampuan untuk mempertahankan nilai *Glomerulus Filtration Rate* (GFR). Namun, karena beberapa faktor, ginjal mengalami penurunan jumlah nefron. Karena penurunan jumlah nefron, glomerulus mengalami *hiperfiltrasi* yaitu peningkatan tekanan glomerular yang dapat menyebabkan hipertensi sistemik di dalam *glomerulus*. Peningkatan tekanan *glomerulus* akan menyebabkan *hipertrofi* pada nefron yang sehat sebagai mekanisme kompensasi. Pada tahap ini akan terjadi poliuria, yang bisa menyebabkan dehidrasi dan *hyponatremia* akibat eksresi natrium melalui urin meningkat. Peningkatan tekanan *glomerulus* akan menyebabkan *proteinuria*. Derajat *proteinuria* sebanding dengan tingkat perkembangan dari gagal ginjal kronik (Derebail, *et al*., 2011).

1. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik menurut Kyle, T, 2014, yaitu:

1. Pemeriksaan hitung darah lengkap: evaluasi Hb dan hematokrit, hitung sel darah putih dan hitung trombosit.
2. Pemeriksaan nitogen urea darah BUN: pengukuran tidak langsung terhadap fungsi ginjal dan *filtrasi glomerulus* jika fungsi hati adekuat.
3. Pemeriksaan kreatinin: pengukuran yang lebih langsung terhadap fungsi ginjal hanya sedikit terpengaruh oleh fungsi hati. Secara umum, peningkatan kadar kreatinin menjadi dua kali lipat menunjukan penurunan laju filtrasi glomerulus sebesar 50%.
4. Pemeriksaan Kliens/ bersihan kreatinin (urine dan serum): digunakan untuk mendiagnosis kerusakan fungsi ginjal.
5. Pemeriksaan kalium (serum): mengukur konsentrasi kalium di dalam darah.
6. Pemeriksaan protein, globulin, albumin total (serum): digunakan untuk mendiagnosis, mengevaluasi, dan memantau gagal ginjal kronik.
7. Pemeriksaan Kalsium (serum): pengukuran kadar kalsium di dalam darah, separuh dari semua kalsium berikatan dengan protein. Oleh sebab itu, kadar kalsium menjadi rendah jika terjadi *hipoalbuminemia*.
8. Pemeriksaan Fosfor (serum): pengukuran kadar fosfat di dalam darah. Kadar fosfat berbanding terbalik dengan kadar kalsium (kadar fosfat meningkat ketika kadar kalsium menurun).
9. Pemeriksaan Urinalisis: mengevalusi warna, pH, berat jenis, dan bau urine. Mengkaji adanya protein, glukosa, keton, darah, leukosit esterase, seldarah merah dan sel darah putih, bakteri, kristal dan *cilinder*.
10. Pemeriksaan Sistoskopi: mengevaluasi hematuria, infeksi saluran kemih berulang, menentukan refluks ureter, mengukur kapasitas kandung kemih.
11. Pemeriksaan Kultur dan sensivitas urine: uji sensitivitas dilakukan untuk menentukan pilihan antibiotik terbaik. Digunakan untuk menegakkan diagnosis Infeksi Saluran Kemih (ISK).
12. Pemeriksaan urodinamika: mengukur aliran urine selama berkemih melalui alat ukur aliran urine.
13. Pemeriksaan *Sistouretrogram* berkemih: *fluoroskopi* dilakukan untuk memperlihatkan pengisisan kandung kemih dan pengempesan setelah pengosongan kandung kemih.
14. Pemeriksaan *Pielogram intravena* (IVP): media kontras radiopak diinjeksikan melalui intravena dan difiltrasi oleh ginjal. Film sinar x diperoleh pada interval yang ditentukan untuk menunjukan perjalanan media kontras tersebut melewati ginjal, ureter dan kandung kemih.
15. Biopsi ginjal : spesimen perkutan diperoleh dengan memasukkan jarum menembus kulit dan ke dalam ginjal. Sampel jaringan ginjal yang diambil kemudian diperiksa secara mikroskopik.
16. Ultrasonografi ginjal : berguna dalam menentukan ukuran ginjal (seperti pada *hidronefrosis* dan ginjal polikistik), keberadaaan kista atau tumor penolakan transplantasi ginjal.
17. Masalah Keperawatan *Hypervolemia*
18. Definisi

*Hypervolemia* adalah peningkatan volume cairan intavaskular, interstisial dan intraselular (Tim Pokja PPNI SDKI, 2017).

1. Etiologi

Penyebab *hypervolemia* (Tim Pokja PPNI SDKI, 2017):

1. Gangguan mekanisme regulasi
2. Kelebihan asupan cairan
3. Kelebihan asupan natrium
4. Gangguan aliran balik vena
5. Efek agen farmakologi (*Kortikosteroid*, *chlorpopamide*, *tolbutamide*, *vincristine* dan *tryptilinescarbamazepine*)
6. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala mayor (Tim Pokja PPNI SDKI, 2017):

1. Tanda dan gejala mayor:
2. Subjektif :
3. Ortopnea
4. Dispnea
5. *Paroxysmal noctumal dyspnea* (PND)
6. Objektif :
7. Edema anasarka atau edema perifer
8. Peningkatan berat badan dalam waktu singkat
9. *Jugular Venous Pressure* (JVP) dan *Central Venous Pressure* (CVP) meningkat
10. Refleks *hepatojugular* positif
11. Tanda dan gejala minor, objektif :
12. *Distensi vena jugularis*
13. Terdengar suara napas tambahan
14. Hepatomegali
15. Kadar Hb/ Ht turun
16. Oliguria
17. Intake lebih banyak dari output (balance cairan positif)
18. Kongesti paru
19. Kondisi Klinis Terkait
20. Penyakit ginjal: gagal ginjal akut/ kronis, *sindrom nefrotik*
21. *Hypoalbuminemia*
22. Gagal jantung kongesti
23. Kelainan hormon
24. Penyakit hati (Sirosis, asites, kanker hati)
25. Penyakit vena perifer (Varises vena, trombus vena, plebitis)
26. Factor yang mempengaruhi *hypervolemia*
27. Usia

Bayi dan anak yang tumbuh memiliki perpindahan cairan yang jauh lebih besar dibandingkan orang dewasa karena laju metabolisme mereka lebih tinggi meningkatkan kehilangan cairan. Bayi kehilangan banyak cairan melalui ginjal yang belum matang dan kurang mampu menyimpan air dibandingkan ginjal orang dewasa. Kebutuhan cairan yang dibutuhkan pada anak usia 1-3 tahun adalah 1,3 liter atau 4 gelas dalam 24 jam (Kozier & Erb, 2010).

1. Jenis kelamin dan ukuran tubuh

Air tubuh total di pengaruhi oleh jenis kelamin dan ukuran tubuh. Karna sel lemak mengandung lebih sedikit atau sama sekali tidak mengandung air dan jaringan tanpa lemak memiliki kandungan air yang tinggi. Individu yang memiliki persentase lemak tubuh lebih tinggi memiliki cairan tubuh yang lebih sedikit. Wanita secara proporsional memiliki lemak tubuh yang lebih banyak dan lebih sedikit cairan tubuh dibandingkan pria. Air merupakan 75% dari total berat badan bayiAir menyusun sekitar 60% berat badan pria dewasa, tetapi hanya 52% untuk wanita dewasa. Pada seseorang yang gemuk kandungan air tubuh mungkin lebih sedikit dengan hanya 30% sampai 40% dari berat badan tersebut (Kozier & Erb, 2010).

1. Suhu lingkungan

Individu yang sakit dan yang berpartisipasi dalam aktivitas berat berisiko mengalami ketidakseimbangan cairan dan elektrolit apabilasuhu lingkungan tinggi. Kehilangan cairan melalui keringat meningkat di lingkungan yang panas karena tubuh berupaya untuk menghilangkan panas (Kozier & Erb, 2010).

1. Gaya hidup

Individu yang mengalami diet, latihan dan stress mempengaruhi cairan elektrolit dan asam basa. Stress dapat meningkatkan metabolisme selular, kadar konsentrasi glukosa darah dan kadar katekolamin. Stess dapat meningkatkan produksi ADL yang pada gilirannya menurunkan produksi urine(Kozier & Erb, 2010).

1. Gambaran Asuhan Keperawatan *Hypervolemia* dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD)
   1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan. Pengkajian pada gagal ginjal kronik terdiri dari riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium dan diagnostik (Kyle, T, 2014).

1. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan meliputi riwayat medis sebelumnya, termasuk riwayat kehamilan ibu, riwayat keluarga, dan riwayat penyakit saat ini (bagaimana gejala mulai muncul dan perkembangan gejala tersebut), serta obat dan terapi yang digunakan di rumah.

Riwayat medis sebelumnya dapat signifikan untuk *polihidramnion*, *oligohidramnion*, diabetes, hipertensi, atau meminum alkohol atau kokain pada ibu. Riwayat neonatus meliputi adanya arteri umbilikus tunggal atau masa abdomen, abnormalitas kromosom atau malformasi kongestinal. Dokumentasikan riwayat infeksi saluran kemih di masa lalu atau masalah lain pada saluran genitourinarius.

Riwayat keluarga mungkin signifikan untuk penyakit ginjal atau uropatologi. *Urinary Tract Infection* (UTI) kronik, batu ginjal atau riwayat enuresis pada orangtua. Perhatikan adanya gangguan spinal lain yang dapat memengaruhi kemampuan anak untuk berkemih dan pembedahan urologi sebelumnya atau intervensi ginjal yang berkelanjutan.

Untuk menentukan riwayat saat ini, dapat menanyakan pertanyaan seperti sensasi terbakar saat berkemih, perubahan pola berkemih, urine berbau menyengat, rabas vagina atau uretra, nyeri, iritasi atau ketidaknyamanan genital, darah di dalam urine, edema, massa pada area selangkangan , skrotum, atau abdomen, nyeri abdomen atau pinggang, kram, mual dan muntah, pertumbuhan buruk, kenaikan berat badan, demam, pajanan penyakit terhadap infeksi dan trauma

1. Pemeriksaan fisik
   * + - 1. Inspeksi

Observasi penampilan umum anak, perhatikan adanya retardasi pertumbuhan atau kenaikan berat badan yang tidak lazim. Inspeksi kulit terhadap adanya pluritis, edema, atau memar dan perhatikan adanya pucat pada kulit atau manifestasi dismorfik (dengan masalah genetik). Dokumentasikan adanya letargi, keletihan, pernafasan cepat, konfusi, atau keterlambatan perkembangan. Observasi bagian genetalia eksternal terhadap ruam popok pada bayi, urine menetes konstan, disposisi lubang uretra, lubang uretra kemerahan, atau rabas uretra. Pada anak perempuan, perhatikan iritasi vagina atau penyatuan labia. Pada anak laki-laki observasi kantong skrotum untuk menemukan pembesaran atau perubahan warna. Dengan anak berbaring datar observasi abdomen unntuk melihat adanya diuresis, asites, atau kekenduran susunan otot abdomen.

* + - * 1. Auskultasi

Dengarkan secara jelas bunyi jantung karena bising aliran dapat muncul pada anak yang anemis, yang mengalami gangguan ginjal. Perhatikan peningkatan frekuensi jantung, ukur tekanan darah menggunakan metode auskultasi dengan manset berukuran sesuai dan *stetoskop* dan peningkatan atau penurunan tekanan darah. Pada anak yang mengalami edema, auskultasi paru secara cermat, perhatikan adanya suara tambahan. Perhatikan ketiadaan bising usus karena dapat menandakan *peritonitis*.

* + - * 1. Perkusi

Perkusi abdomen perhatikan suara redup (suara redup biasanya terdengar pada limpa di margin kosta kanan, pada ginjal, dan pada 1 sam 3 cm dibawah margin kosta kiri). Kandung kemih yang penuh dapat terdengar redup saat perkusi diatas simfisis pubis.

* + - * 1. Palpasi

Perhatikan massa ginjal yang teraba (mengindikasikan pembesaran atau massa karena biasanya ginjal sulit di palpasi pada bayi yang lebih besar atau pada anak). Perhatikan adanya massa abdomen atau kandung kemih yang terdistensi. Dokumentasikan nyeri tekan saat palpasi atau di sepanjang sudut kostavertebra. Palpasi skrotum untuk mengidentifikasikan penurunan testis, massa, atau abnormalits lain.

1. Pemeriksaan Diagnostik dan Laboratorium
2. Pemeriksaan hitung darah lengkap: evaluasi Hb dan hematokrit, hitung sel darah putih dan hitung trombosit.
3. Pemeriksaan nitogen urea darah BUN: pengukuran tidak langsung terhadap fungsi ginjal dan *filtrasi glomerulus* jika fungsi hati adekuat.
4. Pemeriksaan Fosfor (serum): pengukuran kadar fosfat di dalam darah. Kadar fosfat berbanding terbalik dengan kadar kalsium (kadar fosfat meningkat ketika kadar kalsium menurun).
5. Pemeriksaan Urinalisis: mengevalusi warna, pH, berat jenis, dan bau urine. Mengkaji adanya protein, glukosa, keton, darah, leukosit esterase, seldarah merah dan sel darah putih, bakteri, kristal dan *cilinder*.
   1. Diagnosa Keperawatan

Setelah menyelesaikan seluruh pengkajian dapat mengidentifikasi beberapa diagnosa keperawatan. Diagnosa yang sering muncul pada pasien dengan CKD salah satunya adalah *Hypervolemia* berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi(Tim Pokja SDKI, 2017).

* 1. Perencanaan Keperawatan

1. Intervensi (Tim Pokja PPNI SIKI, 2018), yaitu: Manajemen *hipervolemia*
2. Observasi:
3. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)
4. Identifikasi penyebab hipervolemia
5. Monitor status hemodinamik (mis. Frekuansi jantung, tekanan darah, *Mean Arterial Pressure* (MAP), *Central Venous Pressure* (CVP), *Pulmonary Arterial Pressure* (PAP), *Pulmonary Capillary Wedge Pressure* (PCWP), *Cardiac Output* (CO), *Cardiac Index* (CI))
6. Monitor intake dan output cairan
7. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)
8. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat)
9. Monitor kecepatan infus secara ketat
10. Monitor efek samping (mis. *Hipotensi ortotostatik*, *hipovolemia*, *hipokalemia*, *hiponatremia*)
11. Terapeutik :
12. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
13. Batasi asupan cairan dan garam
14. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°
15. Edukasi
16. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/ jam dalam 6 jam
17. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari
18. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
19. Ajarkan cara membatasi cairan
20. Kolaborasi :
21. Kolaborasi pemberian diuretik
22. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik
23. Kolaborasi pemberian *Continuous Renal Replacement Therapy* (CRRT)
    1. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada pasien CKD dengan *hypervolemia* implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi adalah memanajemen *hypervolemia* (Tim Pokja PPNI SIKI, 2018) yaitu

1. Memonitor tanda-tanda *hypervolemia*
2. Memonitor intake dan output
3. Memonitor tanda-tanda vital
4. Membatasi asupan cairan dan garam
5. Menimbang berat badan
6. Mengajarkan cara membatasi cairan
7. Mengkolaborasikan pemberian diuretik.
   1. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah fase kelima atau terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang pasien hadapi yang telah di buat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil. Identifikasi hasil dan evaluasi dari *hypervolemia* (Tim Pokja SLKI, 2019):

1. Asupan meningkat
2. Edema menurun
3. Asites menurun
4. Tekanan darah membaik dalam rentang (120/80 – 139/89) mmHg
5. Denyut nadi radial membaik dalam rentang (60 – 100x/ menit)
   1. Pendokumentasian
6. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, *assesment*, *planing*). Adapun komponen SOAP yaitu S (Subjektif) yaitu keluhan pasien yang dirasakan setelah diakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi langsung pada pasien yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) adalah interprestsi dari data subjektif dan objektif, P (*Planing*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Nikmatur & Saiful, 2012).
7. Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan memiliki 3 prinsip yaitu: Brevity, Legidibility, dan Accuracy (Sitanggang Rahmatia, 2019) dijelaskan sebagai berikut:

1. Brevity

Dalam melakukan pendokumentasian setiap petugas/ perawat harus brevity, yaitu ringkas. Oleh karena itu, dalam mencatat isi dokumentasi keperawatan harus ringkas dan tidak perlu memasukan kata-kata atau kalimat yang tidak penting dan mempunyai makna yang tidak sesuai.

1. Legidibility

Legidibility adalah pendokumentasian keperawatan yang harus mudah dibaca dan dipahami oleh perawat lain atau profesi lain yang ikut dalam proses pendokumentasian.

1. Accuracy

Accuracy adalah sesuai dengan data yang ada pada pasien. Pendokementasian keperawatan dengan memasukan data yang benar dan sesuai dengan data pasien baik identitas, laboratorium dan radiologi. Ini adalah aspek yang sangat vital dan tidak boleh salah atau tertukar dengan pasien lain.

1. Adapun prisip-prinsip dalam melakukan dokumentasi:
2. Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan.
3. Praktik dokumentasi bersifat konsisten.
4. Tersedianya format dalam praktik dokumentasi.
5. Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien.
6. Dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin.
7. Catatan harus dibuat secara kronologis.
8. Penulisan singkatan harus menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam.
9. Tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis.
10. Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.
11. Dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar
12. Prinsip dokmentasi penulisan pengkajian :
13. Sistematis: pengkajian dari saat masuk rumah sakit sampai pulang.
14. Format tersusun dan berkesinambungan.
15. Terdiri dari pencapatan pengumpulan data, terkelompok dan analisa data yang mendukung klien.
16. Ditulis secara jelas dan singkat.
17. Menuliskan identitas waktu tanggal, nama dan tanda tangan pelaksana pengkajian.
18. Ikut aturan atau prosedur yang dipakai dan disepakati instansi.
19. Prinsip dokmentasi penulisan diagnosis keperawatan:
20. Gunakan format PES untuk semua masalah aktual dan PE untuk masalah resiko.
21. Catat diagnosa keperawatan resiko dalam format keperawatan.
22. Mulai pernyataan diagnosis keperawatan dengan mengidentifikasi informasi tentang data untuk diagnosis keperawatan.
23. Masukkan diagnosis keperawatan ke dalam daftar masalah.
24. Hubungkan pada tiap-tiap diagnosa keperawatan ketika menemui masalah keperawatan.
25. Setiap pergantian jaga perawat, gunakan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, tindakan dan evaluasi.
26. Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana perumusan.
27. Prinsip dokmentasi penulisan intervensi :
28. Sebelum menuliskan rencana tindakan, kaji ulang semua data yang ada.
29. Daftar dan jenis masalah aktual resiko dan kemungkinan. Berikan prioritas utama pada masalah aktual yang mengancam kesehatan.
30. Tulis dengan jelas khusus, terukur, kriteria hasil yang diharapkan untuk menetapkan masalah bersama dengan klien tentukan ketrampilan kognitif, afektif dan psikomotor yang merupakan perhatian.
31. Alasan prinsip specivity untuk menuliskan diagnosa keperawatan.
32. Mulai rencana tindakan dengan menggunakan action verb. Catat tanda-tanda vital setiap pergantian dinas.
33. Tulis rasional dari rencana tindakan.
34. Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana.
35. Rencana tindakan harus dicatat sebagai hal yang permanen.
36. Klien dan keluarga jika memungkinkan diikutkan dalam perencanaan.
37. Rencana tindakan harus sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan diusahakan untuk selalu diperbaharui.
38. Prinsip dokmentasi penulisan implementasi : Merupakan dokumentasi dalam penerapan intervensi.
39. Gunakan bulpoint tertulis jelas, tulis dengan huruf cetak bila tulisan tidak jelas. Bila salah tidak boleh di tip x tetapi dicoret saja, dan ditulis kembali diatas atau di samping.
40. Jangan lupa selalu menuliskan waktu, jam pelaksanaan dan tanda tangan pelaksana.
41. Jangan membiarkan baris kosong, tetapi buatlah garis ke samping untuk mengisi tempat yang tidak digunakan.
42. Dokumentasikan sesegera mungkin setelah tindakan dilaksanakan guna menghindari kesalahan (lupa).
43. Gunakan kata kerja aktif untuk menjelaskan apa yang dikerjakan.
44. Dokumentasikan bagaimana respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan.
45. Dokumentasikan aspek keamanan, kenyamanan dan pengawasan infeksi dan lingkungan terhadap klien.
46. Dokumentasikan persetujuan keluarga untuk prosedur khusus dan tindakan invasif yang mempunyai resiko tambahan.
47. Dokumentasikan dengan jelas, lengkap dan bila perlu tuliskan ungkapan klien untuk memperjelas maksud.
48. Rujuk ke petunjuk, kebijakan dan prosedur rumah sakit untuk penggunaan format.
49. Prinsip dokmentasi penulisan evaluasi :
50. Awali atau ikuti evaluasi dengan data pendukung.
51. Ikuti dokumentasi intervensi keperawatan dengan evaluasi formatif.
52. Gunakan evaluasi sumatif ketika pasien di pulangkan atau di pindahkan.
53. Catat evaluasi sumatif melalui pengkajian dan intervensi. Catat juga respon pasien.
54. Pernyataan evaluasi formatif dan sumatif di masukkan ke dalam catatan kesehatan.
55. Korelasikan data khusus yang di tampilkan dengan kesimpulan yang dicapai perawat.
56. Data pengkajian dan hasil yang diharapkan digunakan untuk mengukur perkembangan pasien.
57. **Kerangka Teori**

Fakor yang Mempengaruhi *hipervolemia* :

1. Usia
2. Jenis kelamin dan ukuran tubuh
3. Suhu lingkungan
4. Gaya hidup
5. ***Hypervolemia***
6. Gangguan eliminasi urine
7. Ketidak seimbangan nuttrisi kurang dari kebutuhan tubuh
8. Resiko infeksi
9. Defisiensi pengetahuan anak dan keluarga
10. Intoleransi aktivitas
11. Gangguan citra tubuh

*Chronic Kidney Disease* (CKD) yang disebabkan oleh:

1. Riwayat keluarga dengan penyakit ginjal polikistik/ penyakit ginjal genetic
2. Bayi dengan berat lahir rendah/ prematur
3. Riwayat gagal ginjal akut
4. Kelainan bawaan ginjal
5. **Infeksi saluran kemih**
6. Riwayat tekanan darah tinggi

Penatalaksanaan:

1. Pengkajian
2. Diagnosa Keperawatan
3. Rencana Tindakan
4. Pelaksanaan
5. Evaluasi

Dampak yang ditimbulkan dari *hypervolemia* adalah terjadinya gangguan kardiovaskuler bahkan kematian yang terjadi pada pasien

Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Tim Pokja PPNI SDKI (2017), Sudung, O, dkk (2016), Kyle, T (2016)

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

1. **Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/ kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan *hypervolemia* dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada pasien anak.

1. **Objek Penelitian**

Objek penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa Akper YKY tahun 2016.

1. **Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2020.

1. **Definisi Operasional**

Adapun definisi operasional dari studi kasus, *hypervolemia* pada pasien CKD dijelaskan pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | Variable | Definisi Operasional |
| 1. | *Hypervolemia* pada pasien anak dengan CKD | Keadaan dimana terjadi peningkatan asupan cairan pada tubuh anak dan tubuh anak tidak bisa mengeluarkan cairan yang ada dalam tubuh karena terjadi penurunan fungsi ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit pada tubuh anak. |

Sumber: Studi Dokumentasi

1. **Instrumen Penelitian**

Pada penelitian ini, instrumen penelitian yang digunakan adalah peneliti itu sendiri (Sugiono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

1. **Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa kasus asuhan keperawatan yang terdapat di Perpustakaan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI tahun 2016. Dengan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

1. Memilih data kasus KTI tahun 2016 di perpustakaan kampus Akper YKY sesuai kriteria yaitu *hypervolemia* pada pasien anak dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).
2. Mengambil salah satu kasus yang sesuai dengan kasus anak *hypervolemia* dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD).
3. Menetapkan bahwa kasus An. R dengan *hypervolemia* pada pasien anak dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) menjadi data kasus yang diteliti.
4. **Analisa Data**

Analisan data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan dengan tujuan supaya mudah dideteksi. Teknik analisa data menggunakan analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara ;

* + - 1. Mengevaluasi dan mencermati kasus asuhan keperawatan pada *hypervolemia* dengan CKD untuk memperoleh data/ informasi yang menunjang pada *hypervolemia.*
      2. Menginterpretasikan kasus asuhan keperawatan terutama masalah *hypervolemia.*
      3. Membandingkan kasus dengan teori atau artikel penelitian yang ada terkait dengan asuhan keperawatan *hypervolemia.*
      4. Memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

1. **Etika Penelitian**

*Anonimity* (tanpa nama atau inisial saja yang dicantumkan)

Pada saat penulis mencantumkan nama pasien pada Proposal Penelitian/ Karya Tulis Ilmiah yang dibuat, penulis hanya mencantumkan inisial dan bukan nama terang yang bertujuan untuk menjaga kerahasiaan pasien.

1. *Confidentality* (kerahasiaan)

Saat penulis melakuan peneitian, data yang penulis dapatkan hanya boleh dilihat atau dibaca dalam rangka pegobatan klien. Perawat maupun penulis tidak boleh menyebarluaskan.

1. **Kerangka Alur Penelitian**

Membandingkan dengan teori dan hasil

Analisis Data

Pemilihan data berupa data asuhan keperawatan

Surat Izin

(Administrasi)

Gambar 3.1 Kerangka Alur

**BAB IV**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

1. **Hasil**

Didapatkan satu KTI dengan diagnosis hipervolemi pada anak dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) bernama An. R berumur 3 tahun, 4 bulan 4 hari, berjenis kelamin laki-laki. Sejak awal bulan Juni 2016 pasien mengalami demam, bengkak kaki dan kencing sedikit. Saat dilakukan pemeriksaan pasien mengalami pembengkakan ginjal dan terdiagnosis *Chronic Kidney Disease* (CKD) Grade V. Kemudian tanggal 18 Juli 2016 pasien di bawa kontrol ke 3 dan di rawat inap kembali karena anak mengeluh kencing sedikit, bengkak kaki dan demam. Keluhan utama saat pengkajian adalah orang tua pasien mengatakan sejak tanggal 19 Juli 2016 pasien demam naik turun, gatal-gatal, kulit berkelupas dan kering.

Saat pengkajian tanggal 21 Juli 2016 didapat data ibu pasien mengatakan selama sakit anak makan dengan baik, diet dari rumah sakit habis ½ porsi lebih. Ibu pasien mengatakan anaknya terpasang DC (*Dower Cateter*) untuk Buang Air Kecil (BAK) sejak tanggal 18 Juli 2016 dengan volume urine 100 cc dari jam 05.00 WIB sampai dengan 07.30 WIB dengan warna kuning jernih. Konsep diri anak tidak terkaji.

Data pemeriksaan pasien yaitu Tinggi Badan 78 cm, Berat Badan 9 kg, Z-skor: >-2 SD dan <-1 SD (gizi dalam kategori baik). Tanda vital pasien Tekanan Darah 110/60, jam 07.40 WIB Suhu 36,9˚C dan jam 10.00 WIB Suhu 38,0˚C, Nadi 128x/menit, Respirasi 21x/ menit. Dari pemeriksaan

fisik yang dilakukan di dapat data kulit anak kering, terkelupas dan kasar. Kulit di sekitar tangan dan hampir sebagian besar di tubuh pasien terkelupas dan pecah- pecah bekas luka garuk. Dari pemeriksaan laboratorium pasien di dapat hasil Hematokrit rendah 25.7% (3,0- 48,0), Angka Trombosit tinggi 453 10^3/µL (150- 450), BUN 171.3 (6.00- 20,00), Creatinin 5,43 (0,70-1,20), Blood/ Darah 1+, Lekosit esterase 3+, Eritrosit 105//µL, Leukosit 800//µL, Bacteria 620.9µL, Bilirubin Normal, Urobilinogen 6.0, dan pH negative. Hasil pemeriksaan radiologi pasien saat melakukan USG Abdomen Lower adalah hydronefrosis bilateral dan dystitis.

Berdasarkan hasil pengkajian di dapat diagnosis hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan ibu pasien mengatakan kaki anaknya bengkak pada tanggal 18 Juli 2016, anak terdiagnosa CKD grade V, anak mendapat terapi furosemide 10 mg sejak 18 Juli 2016, Balance cairan pada tanggal 20 Juli 2016 adalah – 50 cc, Angka BUN: 171,3 % dan Creatinin 5,43.

Rencana Keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan hipervolemi selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu menunjukan *Elektrolit & Base Balance* dengan kriteria hasil pasien terbebas dari edema, efusi dan anasarka, bunyi nafas bersih (tidak ada dyspnea/ ortopnea), tanda tanda vital pasien dalam batas normal (Tekanan Darah: 100/65 mmHg, Nadi: 80x/menit, Respirasi: 20-30x/ menit dan Suhu: 36,5- 37,5˚C). Dengan intervensi monitor kelebihan cairan (edema, asites), monitor tanda-tanda vital, berikan pasien minum sedikit- sedikit, monitor balance cairan pasien per 24 jam, anjurkan keluarga untuk mencatat intake dan output pasien pada lembar pemantauan yang sudah di berikan dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat furosemide 10 mg/ 8 jam.

Implementasi yang dilakukan adalah memonitor kelebihan cairan pasien, memonitor tanda-tanda vital, menganjurkan keluarga untuk mencatat intake dan output pasien dan berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan memonitor *balance* cairan pasien/ 24 jam.

Evaluasi dari masalah keperawatan hipervolemi pada adalah subjektif ibu pasien mengatakan anak bengkak di daerah tangan dan wajahnya, dan lemas, objektif tampak edema +1 di tangan dan wajah pasien, tampak lemas, tekanan darah 140/70 mmHg, nadi 121x/ menit, respirasi 24x/ menit, haluaran urin dari jam 05.00 WIB adalah 70 cc dan pasien sudah diberikan obat furosemide 10 mg per oral jam 06.00 WIB pagi. assessment masalah hipervolemi belum teratasi, planning monitor balance cairan/ 24 jam, monitor tanda vital pasien, monitor kelebihan cairan pasien dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

1. **Pembahasan**

Berdasarkan hasil studi dokumentasi adalah kasus An. R menderita CKD *Grade V* berusia 3 tahun 4 bulan 4 hari dan berjenis kelamin laki-laki dan orangtua mengatakan anak mengalami pembengkakan ginjal dan kencing sedikit. Pembengkakan ginjal yang terjadi pada An. R sesuai dengan USG Abdomen Lower pasien yang menunjukan hasil *hydronefrosis*. Pada saat dilakukan pengkajian pada An. R didapat data dari hasil studi dokumentasi yaitu sebelum dipasang *Dower Cateter* (DC) data yang didapat An. R mengalami kencing sedikit dan setelah masuk rumah sakit An. R terpasang DC dengan volume urine 100 cc dari jam 05.00 WIB sampai dengan jam 07.30 WIB. Ibu mengatakan An. R bengkak pada kaki kemudian dilakukan pemeriksaan fisik pada An. R dengan inspeksi pada bagian ekstremitas bawah penulis sebelumnya tidak menunjukan adanya tanda edema atau bengkak pada kaki. Hal ini tidak sesuai dengan Kyle T (2014) dalam melakukan pemeriksaan fisik yang mungkin muncul pada kondisi anak adalah secara inspeksi penampilan anak terlihat adanya kenaikan berat badan, edema, keterlambatan perkembangan, abdomen terlihat adanya diuresis, asites. Secara auskultasi pada An. R yaitu tekanan darah 110/60 mmHg, secara perkusi abdomen terdengar suara timpani padahal menurut Kyle T (2014) kandung kemih yang penuh dapat terdengar suara redup pada saat perkusi dikarenakan anak mengalami oliguria dan dan pada saat palpasi An. R teraba massa pada perut atau kandung kemih yang terdistensi padahal Kyle T (2014) mengatakan bahwa pasien yang mengalami *hypervolemia* teraba distensi pada kandung kemih yang disebabkan karena oliguria.

Dari pemeriksaan laboratorium pasien di dapat hasil Hematokrit rendah 25.7% (3,0- 48,0), Menurut penulis pada kasus An. R hematocrit yang rendah menunjukan adanya anemia dan gagal ginjal. Hal ini sesuai dengan Adrian Kevin (2020) yang menjelaskan bahwa hematocrit yang rendah dapat menunjukan anemia dan gagal ginjal yang disebabkan oleh berkurangnya jumlah hormone pembentuk sel darah merah eritropoietin yang di hasilkan di ginjal. Angka Trombosit tinggi 453 10^3/µL (150- 450), BUN 171.3 (6.00- 20,00) menurut penulis BUN dapat digunakan untuk mengetahui fungsi ginjal sesuai menurut Kyle T (2014) bahwa BUN digunakan untuk mengukur tidak langsung terhadap fungsi ginjal dan filtrasi glomerulus. Kadar BUN yang tinggi biasa menandakan adanya gangguan pada ginjal. Urea nitrogen adalah produk sisa tubuh yang dihasilkan setelah makan, hati memecah protein yang terkandung dalam makanan dan mengandung urea nitrogen darah yang dikenal dengan BUN. BUN akan dikeluarkan dari hati ke dalam darah dan masuk ke ginjal. Ketika ginjal baik BUN akan keluar melalui urine namun jika terjadi kelainan ginjal BUN tidak bisa dibuang melalui urine dan menyebabkan kadar urea dalam darah meningkat, Creatinin 5,43 (0,70-1,20) menurut Kyle T (2014) Cretinin digunakan untuk mendiagnosis kerusakan fungsi ginjal. **Jika ginjal bermasalah atau fungsinya terganggu kreatinin tidak dapat disaring dengan baik dan menyebabkan kadar kreatinin meningkat**, Blood/ Darah 1+, Lekosit esterase 3+, Eritrosit 105//µL, Leukosit 800//µL, Bacteria 620.9µL, Bilirubin Normal, Urobilinogen 6.0, dan pH negative.

Berdasarkan kasus An. R ditegakkan diagnosis keperawatan *hypervolemia* berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi di tandai dengan ibu pasien mengatakan kaki anaknya bengkak pada tanggal 18 Juli 2016, anak terdiagnosa CKD grade V, anak mendapat terapi furosemide 10 mg sejak 18 Juli 2016, *Balance* cairan pada tanggal 20 Juli 2016 adalah – 50 cc, Angka BUN: 171,3 % dan Creatinin 5,43. Batasan karakteristik hipervolemi pada An. R ada yang belum sesuai yaitu balance cairan -50 cc padahal menurut Tim Pokja SDKI (2017) tanda dan gejala objektif hipervolemi adalah edema anasarka atau edema perifer, peningkatan berat badan dalam waktu singkat, *Jugularis Venous Pressure* (JVP) dan Central Venous Pressure (CVP) meningkat, terdengar suara napas tambahan, hepatomegaly, kadar Hb/ Ht rendah, oliguria dan intake lebih banyak dari output (balance cairan positif). Namun dalam data yang membuktikan terjadinya hipervolemi tidak disebutkan derajat edema pada kaki An. R menurut Willy Tjin (2019) edema adalah penumpukan cairan dalam ruang diantara sel tubuh. Edema terjadi saat cairan di pembuluh darah keluar ke jaringan sekelilingnya. Cairan kemudian menumpuk sehingga membuat jaringan tubuh menjadi bengkak. Edema yang terjadi pada penyakit ginjal karena cairan tidak dapat di buang melalui ginjal dan dapat ditemukan pada pergelangan kaki, sacrum, skrotum, atau daerah periorbial di wajah. Derajat terjadinya edema adalah 1+ menekan sedalam 2 mm akan kembali dengan cepat, 2+ menekan lebih dalam 4 mm akan kembali dalam waktu 10-15 detik, 3+ menekan sedalam 6 mm akan kembali dalam waktu lebih dari 1 menit dan tampak bengkak, 4+ menekan lebih dalam lagi 8 mm akan kembali dalam waktu 2-5 menit tampak sangat bengkak dan nyata.

Adapun perencanaan keperawatan pada An. R yang telah dilakukan oleh penulis sebelumnya adalah diharapkan pasien mampu menunjukan *Electrolit & Base Balance* dengan kriteria hasil pasien terbebas dari edema, efusi dan anasarka, bunyi nafas bersih (tidak ada dyspnea/ ortopnea), Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal (Tekanan Darah: 100/65 mmhg Nadi: 80x/ menit, Respirasi: 20-30 x/ menit, Suhu: 36,5- 37,5˚C). Menurut penulis kriteria hasil yang dibuat oleh penulis sebelumnya pada kasus An.R sudah sesuai dengan teori namun bisa juga ditambahkan seperti yang dijelaskan Tim Pokja PPNI SLKI (2019) seperti menambahkan asupan meningkat. Tim Pokja PPNI SLKI (2019) menjelaskan keseimbangan cairan adalah ekuilibrium antara volume cairan di ruang intraseluler dan ekstraseluler di tubuh, dengan kriteria hasil asupan meningkat, edema menurun, asites menurun, Tekanan darah membaik dalam rentang 120/80 – 139/89 mmHg dan denyut nadi radial membaik dalam rentang 60 – 100 x/ menit. Menurut penulis pada kasus An. R kriteria hasil yang dibuat sudah sesuai dengan realistic pada keadaan pasien, dapat dicapai hubungannya dengan sumber yang tersedia untuk pasien seperti perawat dan keluarga, hasil belum mencakup prediksi waktu untuk mencapai tujuan karena hanya 3 x 24 jam, dan sudah didokumentasikan sesuai tujuan yang terukur. Seperti yang dituliskan Olfah Yustiana (2016) dalam penulisan kriteria hasil adalah hasil berasal dari diagnosis, hasil secara kultural sesuai dengan realistic dalam hubungannya dengan keadaan pasien dan kemampuan pasien, hasil dapat dicapai dalam hubungannya dengan sumber yang tersedia untuk pasien, hasil mencakup prediksi waktu untuk mencapai tujuan, hasil memberi arahan untuk kontinuitas perawatan dan hasil didokumentasikan sesuai tujuan yang dapat diukur.

Intervensi yang diberikan pada An. R adalah *Fluid Management* dengan monitor kelebihan cairan (edema, asites), monitor tanda-tanda vital pasien, berikan pasien minum sedikit sedikit, monitor *Balance* Cairan pasien/ 24 jam, anjurkan keluarga untuk mencatat intake dan output pasien pada lembar pemantauan yang sudah di berikan, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat furosemid 10 mg/8 jam. Menurut **Dame Marry (2020) furosemide adalah obat golongan diuretik yang bermanfaat untuk mengeluarkan kelebihan cairan dari dalam tubuh melalui urine. Obat ini sering digunakan untuk mengatasi edema (penumpukan cairan di dalam tubuh) atau hipertensi (tekanan darah tinggi).** Pada kasus An. R tidak semua intervensi yang ada di teori dilakukan menurut Tim Pokja SIKI (2017) intervensi yang dilakukan pada hipervolemi adalah identifikasi penyebab hipervolemi menurut Tania Savitri (2020) penyebab *hypervolemia* adalah kondisi yang mendasari terjadinya hipervolemi, beberapa kondisi penyebab hipervolemi adalah gagal jantung kongesti, gagal ginjal, sirosis hati, penggunaan intravena (infus), faktor hormon, obat dan makanan tinggi garam, monitor kecepatan infus secara ketat menurut Tania Savitri (2020) cairan infus digunakan untuk mencegah dehidrasi namun jika terjadinya intake cairan berlebihan dapat menyebabkan hipervolemi, monitor efek samping menurut Merry Dame (2020) efek samping yang mungkin terjadi adalah peningkatan kadar gula darah, peningkatan kadar kolestrol dalam darah, perubahan dan ketidakseimbangan elektrolit termasuk kalium, natrium, klorida atau magnesium, tinggikan kepala tempat tidur 30-40° menurut Khandelwal, dkk (2016) elevasi kepala 30 derajat bertujuan untuk keamanan pasien dalam kelancaran pemenuhan oksigenasi. Pada kasus An. R tidak lakukan karena anak tidak mengalami sesak nafas, kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik . Peran keluarga memiliki peran penting dalam masa perkembangan anak dan pencegahan terhadap penyakit. Peran keluarga itu sendiri yaitu sebagai perawatan anak, sebagai pendidik dan sosialisasi anak. Oleh karena itu, peran keluarga sangat penting dalam kesehatan anak (Dary, dkk, 2018).

Adapun pelaksanaan yang dilakukan pada An. R dari tanggal 21 juli sampai dengan 23 juli 2016 adalah memonitor kelebihan cairan (edema, asites), monitor tanda-tanda vital pasien, memberikan pasien minum sedikit sedikit, memonitor *Balance* Cairan pasien/ 24 jam, menganjurkan keluarga untuk mencatat intake dan output pasien pada lembar pemantauan yang sudah di berikan, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Pada kasus An. R pelaksanaan sudah semua dilakukan sesuai teori. Pernyataan tersebut sesuai dengan intervensi yang disusun pada tahap perencanaan Tim Pokja SIKI (2018). Menurut penulis pada kasus An. R implementasi keperawatan menggunakan jenis interdependent karena perawatan melakukan dengan berkolaborasu dengan dokter atas pemberian obat. Dalam melakukan implementasi keperawatan ada 3 jenis implementasi keperawatan yaitu independent (tindakan yang dilakukan sendiri oleh perawat tanpa petunjuk dari tenaga kesehatan lainnya), interdependent (tindakan kerjasama yang dilakukan perawat dengan tim kesehatan lainnya) dan dependent (tindakan yang dilakukan atas rujukan atau instruksi dari tenaga medis).

Evaluasi dari masalah keperawatan hipervolemi pada tanggal 24 Juli 2016 jam 08.10 WIB adalah ibu pasien mengatakan anak bengkak di daerah tangan dan wajahnya, dan lemas, tampak edema +1 di tangan dan wajah pasien, tampak lemas, tekanan darah 140/70 mmHg, nadi 121x/ menit, respirasi 24x/ menit, haluaran urin dari jam 05.00 WIB adalah 70 cc dan pasien sudah diberikan obat furosemide 10 mg per oral jam 06.00 WIB pagi, masalah hipervolemi belum teratasi, lanjutkan intervensi monitor balance cairan/ 24 jam, monitor tanda vital pasien, monitor kelebihan cairan pasien dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Pada kasus An. R masalah belum teratasi ditandai dengan masih tampak edema +1 di tangan dan wajah pasien sedangkan menurut Tim Pokja SLKI (2019) masalah teratasi jika anak mencapai keseimbangan cairan yang tepat, mengalami penurunan edema, mengalami penurunan asites, tekanan darah dan denyut nadi normal dan asupan anak meningkat. Pada kasus An. R evaluasi sudah ada waktu, tanggal dan jam, disetiap evaluasi juga sudah terdapat SOAP, namun dalam planning yang kolaborasi pemberian obat kurang jelas karena belum ada benar pasien, benar obat, benar waktu, benar rute, benar dosis, benar dokumentasi dan benar informasi karena bisa saja perawat yang jaga selanjutnya bingung karena tidak ada nama obat, dosisnya berapa, diberikan kapan, dan lewat mana obat diberikan. Jika mendokumentasikan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat berarti evaluasi tidak dilakukan secara sistematis dan terus menerus karena harus kolaborasi terus dengan dokter. Menurut Sitanggang Rahmatia (2019) prinsip dokumentasi yaitu *brevity* atau ringkas, *legidibility* atau jelas dan dapat dipahami, dan *accuracy* atau akurat sesuai dengan data pasien. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, *assesment*, *planing*) (Nikmatur & Saiful, 2012).

Dalam melakukan penelitian ini sudah dilakukan sesuai dengan prosedur pembuatan karya tulis ilmiah, penelitian ini juga memiliki faktor penghambat yaitu sumber data yang digunakan berupa data sekunder sehingga penulis tidak bisa mengkonfirmasi data yang sudah ada dan tidak bisa melengkapi data yang kurang, berdasarkan analisis data ditemukan banyak penulisan yang tidak jelas dan data yang didapat masih kurang lengkap. Hal lain berupa keterbatasan kondisi pandemi corona sehingga penulis tidak memungkinkan memperoleh data secara primer. Adapun faktor pendukung pada penelitian ini yaitu waktu penelitian yang diberikan sudah lebih dari cukup dan jumlah sample yang diteliti hanya satu sehingga lebih fokus untuk diteliti.

**BAB V**

**PENUTUP**

1. **Kesimpulan**

Setelah melakukan studi dokumentasi yang dilakukan mulai April – Juni 2020 bahwa gambaran *hypervolemia* pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) sebagai berikut:

* + - 1. Data pengkajian *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD adalah An. R mengalami bengkak kaki, gatal-gatal, kulit kering dan terkelupas, data yang didapat dari hipervolemi adalah pasien mengalami bengkak kaki, tekanan darah, hematokrit, BUN, intake dan output, berat badan, dan tidak semua data yang ada di konsep dilakukan oleh penulis sebelumnya.
      2. Data diagnosa keperawatan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD adalah *hypervolemia* pada kasus An. R sudah tepat ditegakkan diagnosis tersebut dikarenakan definisi sudah tepat walaupun ada satu batasan karekteristik An. R yang tidak sesuai dengan batasan karakteristik yang ada SDKI (2017).
      3. Data perencanaan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD adalah perencanaan untuk hipervolemi sudah tepat untuk mengatasi hipervolemi yaitu dengan monitor kelebihan cairan (edema, asites), monitor tanda-tanda vital pasien, berikan pasien minum sedikit sedikit, monitor *Balance* Cairan pasien/ 24 jam, anjurkan keluarga untuk mencatat intake dan output pasien pada lembar pemantauan

yang sudah di berikan, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat furosemid 10 mg/8 jam namun tidak semua intervensi yang ada di konsep dilakukan oleh penulis sebelumnya.

* + - 1. Data pelaksanaan *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD adalah memonitor kelebihan cairan (edema, asites), monitor tanda-tanda vital pasien, memberikan pasien minum sedikit sedikit, memonitor *Balance* Cairan pasien/ 24 jam, menganjurkan keluarga untuk mencatat intake dan output pasien pada lembar pemantauan yang sudah di berikan, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Pelaksanaan sudah sesuai dengan yang dilakukan.
      2. Data evaluasi dan pendukumentasian *hypervolemia* pada pasien An. R dengan CKD adalah hasil evaluasi keperawatan *hypervolemia* dari kasus An. R selama 3 x 24 jam belum teratasi karena pasien masih mengalami edema derajat +1 ditangan dan wajah, TD 140/ 70 mmHg. Penulisan evaluasi sudah ada hari, tanggal dan jam dan sudah menggunakan SOAP.

1. **Saran**

Adapun saran yang sampaikan pada penelitian ini antara lain:

1. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat menggunakan metode lain dan menggunakan sample yang lebih banyak dalam melakukan penelitian. Jika peneliti selanjutnya ingin melakukan penelitian akan lebih baik menggunakan data primer.

1. Bagi institusi Akper YKY Yogyakarta

Diharapkan tulisan ini bisa menjadi bahan bacaan dan referensi di Perpustakaan Akper YKY bagi mahasiswa dalam penelitian selanjutnya yang terkait dengan masalah hipervolemi pada pasien anak *Chronic Kidney Disease* (CKD).

**DAFTAR PUSTAKA**

Adrian Kevin. 2020. *Level Hemotokrit Rendah*. Website: <https://www.alodokter.com/level-hematokrit-rendah-ini-penyebabnya>

Anggraini. F, & Arcellia Farosyah Putri. 2016. *Pemantauan Intake Output Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dapat Mencegah Overload Cairan*. Jurnal Keperawatan Indonesia. Vol. 19 No. 3 November 2016. Hal 152-1160

Becherucci, Franchesca, dkk. 2016. *Chronic Kidney Disease in Children*. Clin Kidney Journal. Website: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4957724/>

Dame Merry Cristy Pane. 2020. *Diuretic – Manfaat, Dosis dan Edek Samping*. Website: <https://www.alodokter.com/diuretik>

Dame Merry Cristy Pane. 2020. *Manfaat, Dosis dan Efek Samping Obat Furosemide*. Website: <https://www.alodokter.com/furosemide>

Darebail, Vimal K., Abhijit V. Kshirsagar, Melanie S. Joy., Joseph T DiPiro, Robert L. Talbert, Gary C. Yee, Gary R. Matzhe, Barbara G. Wells, L. Michael Posey. 2011. *Chrinic Kidney Disease: Progression- Modifying Therapies In Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach*. Edition 8. The McGraw Hill Companies, Inc

Dary, Puspita Dhanang & Luhukay Jolanda. 2018. *Peran Keluarga Dalam Penanganan Anak Dengan Penyakit*. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah 3 (1)

Hidayat Eka Laksmi. 2018. *Gangguan Ginjal Pada Anak*. Jakarta: Kemenkes RI

Januardi. 2016. *Askep Pada Pasien An. R dengan Chronic Kidney Disease (CKD) Grade V di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*.

Kemenkes RI. 2017. *Diagnosis, Klasifikasi, Pencegahan, Terapi Penyakit Ginjal Kronis*. Website: <http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/pusat-/diagnosis-klasifikasi-pencegahan-terapi-penyakit-ginjal-kronis>

Kozier, B., Glenora Erb, Audrey Berman dan Shirlee J. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Alih bahasa: Esty Wahyu Ningsij, Devi Yulianti, Yuyun Yuningsih dan Ana Iusyana. Jakarta: EGC

Kyle T & Susan Carman. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Pediatri*. Edisi 2. Vol. 3. Jakarta : EGC

Nahas & Levin. 2010. *Chronic Kidney Disease*. Jakarta: EGC

Olfah Yustiana. 2016. *Buku Ajar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: PSDM Kesehatan

Price Sylvia, Wilson Lorraine M. 2012. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC

Rachmadi, Dedi. 2016. *Mengenal Penyakit Ginjal Kronis Pada Anak*. IDAI. Jakarta: Kompas

Rohmah, Nikmatur & Saiful Walid. 2012. *Proses Keperawatan Rteori & Aplikasi*. Yogyakarta: AR-RUZZ MEDIA

Savitri Tania. 2020. *Kondisi Yang Rentan Mengalami Hipervolemi, Gangguan Saat Tubuh Kelebihan Cairan*. Website: <https://www.hellosehat.com/hidup-sehat/fakta-unik/hipervolemia-adalah-kelebihan-volume-cairan>

Sitanggang Rahmatia. 2019. *Prinsip-Prinsip Pendokumentasian Asuhan Keperawatan*. Website: https:// osf.io/w6r2t/download/? Format=pdf

Sudoyo A W, Setyohadi B, Alwi I, dkk. 2016. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid III. Edisi V. Jakarta: Interna Publishing Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam

Sudung O, Pardede, Suwanty C. *Penyakit Ginjal Pada Anak*. Sari Pediatri, Vol. 11, No. 3, Oktober 2009

Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods)*. Bandung: Alfabeta.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakaan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: PPNI

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

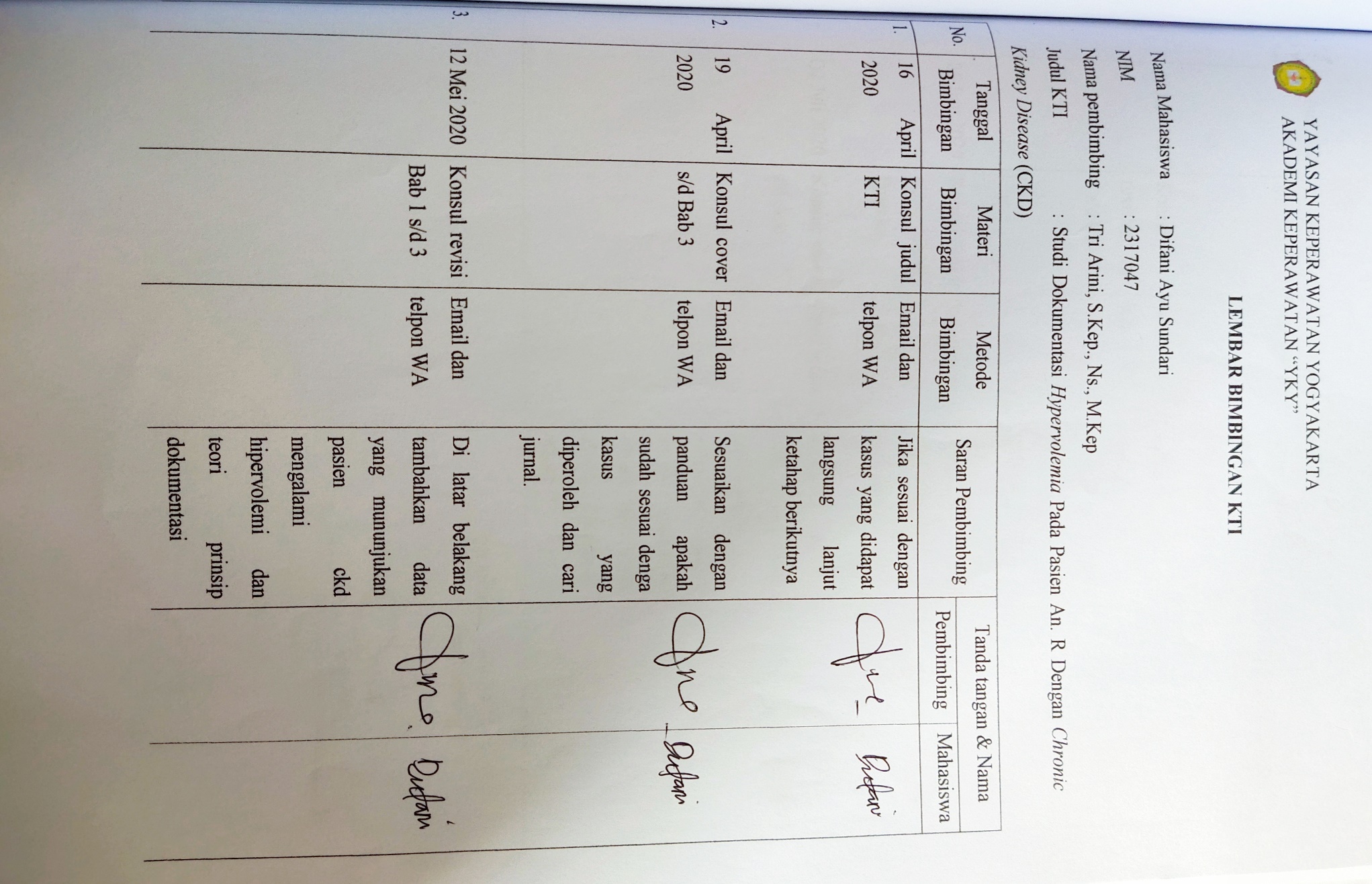
Willy Tjin, 2016. *Hidronefrosis.* Website: <https://www.alodokter.com/hidronefrosis>

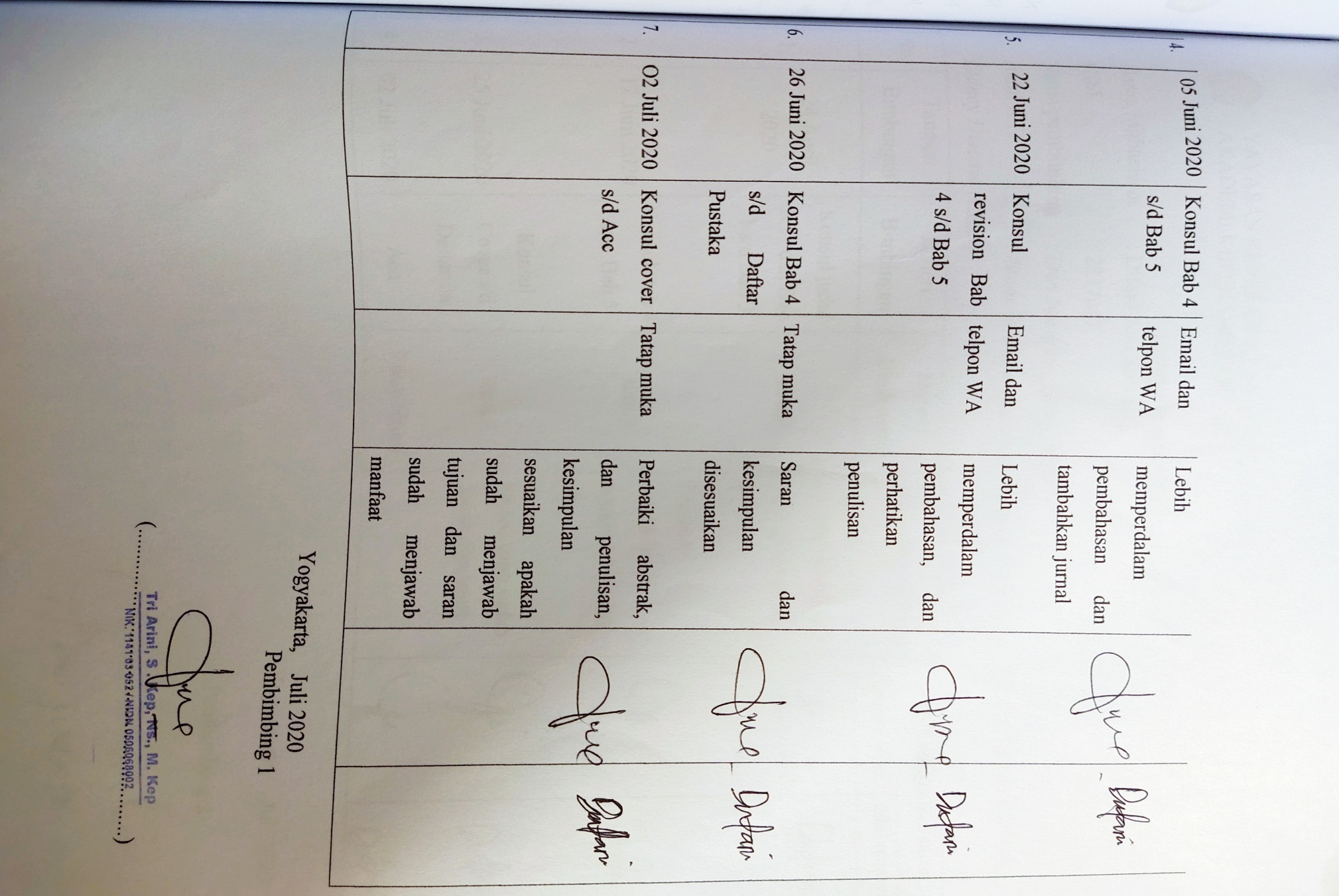
Willy Tjin. 2019. *Gejala, Penyebab dan Mengobati Edema*. Website: <https://www.alodokter.com/edema#:~:text=Edema%20terjadi%20saat%20cairan%20di,membuat%20jaringan%20tubuh%20menjadi%20bengkak.>

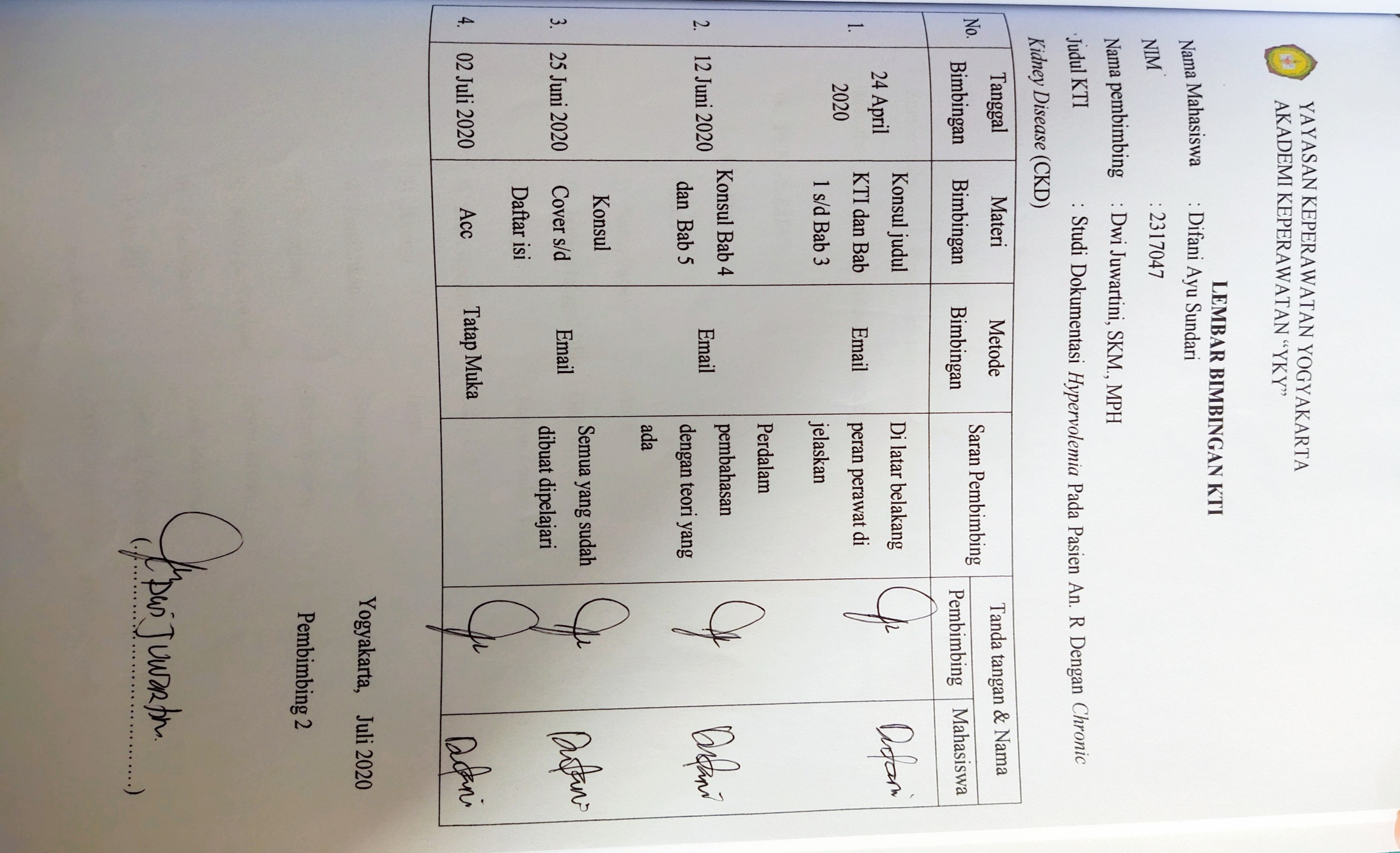
Zurmeli, Bayhakki, Utami T. G. 2015. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru*. JOM Vol. 2 No. 1 Oktober 2015

**JADWAL KEGIATAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Jenis Kegiatan | Februari | | | | Maret | | | | April | | | | Mei | | | | Juni | | | | Juli | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| 1 | Studi Pendahuluan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Mengajukan Judul Proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Penyusunan Proposal KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Seminar Proposal KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Pengambilan Data KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Penyusunan Laporan KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Uji Sidang Hasil KTI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |







**BAB III TINJAUAN**

**KASUS**

Hari/tanggal

Jam

: Senin, 21 Juli 2016

: 07.30 WIB

Tempat

Oleh

: Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta

: Januardi

Sumber data

Metode

: Pasien, keluarga pasien, rekam medik, tim kesehatan lain

: Wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, studi dokumentasi

**A. PENGKAJIAN**

**1. Identitas**

a. Pasien

1) Nama Pasien

: An”R”

2) Tempat tanggal lahir : Gembor, 17 Maret 2013

3) Umur

: 3 tahun 4 bulan 4 hari

: Laki- Laki

4) Jenis Kelamin

5) Agama

: Islam

6) Pendidikan

7) Pekerjaan

: Belum sekolah

: Belum bekerja

8) Status perkawinan

9) Suku/Bangsa

10) Alamat

: Belum kawin

: Jawa/ Indonesia

: Gembol, Pejawara Banjar Jawa Tengah

: *CKD (Chronic Kidney Disease) Grade V*

11) Diagnosa Medis

12) No.RM

: 01.77.45.03

: 18 Juli 2016

13) Tgl Masuk RS

b. Penanggung Jawab/Keluarga

1) Nama

: Tn.”P”

2) Umur

: 31 tahun

3) Pendidikan

4) Pekerjaan

14) Alamat

: SMP

: Tani

: Gembol, Pejawaran Banjar Jawa Tengah

: Ayah pasien

5) Hubungan

6) Status perkawinan : Menikah

**2. Riwayat Kesehatan**

a. Kesehatan Pasien

1) Keluhan Utama Saat Pengkajian

Ibu pasien mengatakan anaknya demam naik turun sejak tanggal

19 Juli 2016, Ibu pasien mengatakan anaknya gatal gatal, kulit

berkelupas dan kering. Ibu pasien juga mengatakan anak sering

takut jika melihat perawat yang berbaju putih.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Alasan masuk RS

Ibu mengatakan alasan datang membawa anaknya ke rumah

sakit adalah untuk kontrol ke 3 setelah sempat dirawat di

RSUP Dr.Sardjito di bangsal Melati 4 pada awal bulan Juni

2016 kemarin, kemudian saat kontrol anak dirawat inap

kembali karena anak demam dan memiliki penyakit *CKD*

*Grade V.*

b) Riwayat Kesehatan Pasien

Ibu pasien mengatakan 1 bulan yang lalu anaknya mengalami

demam, kaki bengkak dan kencing sedikit, kemudian oleh

keluarga dibawa ke RSUD Wonosobo dan sempat dirawat inap

selama 2 hari dan terdiagnosa pembengkakan ginjal, kemudian

anak dirujuk ke RSUP Dr.Sardjito dan dirawat di bangsal

Melati 4 selama 15 hari dengan diagnosa *CKD Grade V* dan

sempat dinyatakan boleh pulang dan dianjurkan untuk kontrol

rutin, kemudian selang beberapa minggu anak mengeluh

kencing sedikit, bengkak di kaki dan demam. Kemudian oleh

keluarga dibawa kontrol yang ke 3 pada hari senin 18 Juli dan

anak dianjurkan untuk kembali dirawat inap di bangsal Melati

4 sampai dengan sekarang tanggal 21 Juli 2016.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

a) *Prenatal*

Ibu pasien mengatakan rutin memeriksakan kandungannya 1

bulan sekali ke bidan praktek dekat rumah, selama hamil tidak

ada keluhan, tidak ada mual muntah berlebih dan tidak ada

flek darah.

b) *Perinatal*

Ibu pasien mengatakan umur kandungan cukup bulan saat

melahirkan anaknya dengan normal di RSUD Wonosobo.

berat badan lahir: 3400 gr dan panjang badan: 48 cm.

c) *Postnatal*

Ibu pasien mengatakan setelah melahirkan Ibu tidak

mengalami perdarahan hebat tidak ada keluhan apapun, dan

anak sehat tidak ada masalah.

d) Penyakit yang pernah diderita

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah menderita

penyakit yang serius sebelumnya yang mengharuskan untuk

dirawat di rumah sakit, kadang hanya flu kemudian dibawa ke

puskesmas dan sembuh setelah minum obat.

e) Riwayat Hospitalisasi

Ibu pasien mengatakan anaknya 2x pernah dirawat di RS, yang

pertama di RSUD Wonosobo 1 bulan yang lalu selama 2 hari

dan terakhir di RSUP Dr.Sardjito 15 hari, sehingga Ibu

mengatakan anaknya merasa takut dan tidak nyaman ketika

melihat perawat ataupun dokter yang berbaju putih, itu

terbukti ketika anak didekati saat pengkajian kontak mata anak

kurang, diam dan berusaha untuk menghindar.

f) Riwayat injury

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah jatuh ataupun

mengalami luka akibat jatuh.

g) Riwayat Imunisasi

Ibu pasien mengatakan anaknya sudah diberikan imunisasi

dasar lengkap.

h) Riwayat Tumbuh Kembang

Ibu mengatakan tidak ada masalah pada perkembangan

tumbuh kembang anak, Ibu mengatakan anak mulai bisa

duduk pada usia 6 bulan, anak mulai bisa bicara umur 1 tahun

dan anak mulai bisa berjalan mandiri usia 1 tahun 7 bulan.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Genogram

usia 5 tahun

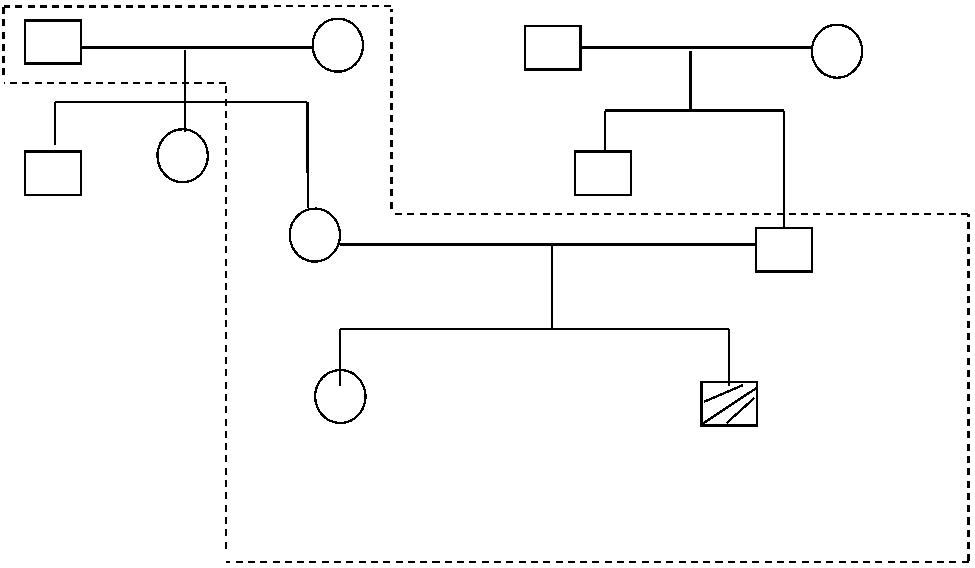
An.”R” usia 3 tahun 4 bulan

4 hari

Gambar 3.1 Genogram

keterangan Gambar:

: perempuan normal



: laki-laki normal

: pasien An.”R” umur 3 Tahun 4 bulan 4 hari

: garis perkawinan

: garis keturunan

: garis tinggal serumah

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengatakan sepengetahuannya di dalam keluarganya

tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan anaknya

yaitu gagal ginjal dan tidak ada keluarga yang menderita penyakit

menular maupun keturunan seperti DM, Hipertensi, TBC,

Hepatiitis dan lain- lain.

**3. Kesehatan Fungsional**

a. Aspek Fisik- Biologis

1) Nutrisi

Sebelum Sakit:

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit nutrisi anak terpenuhi

dengan baik, anak makan makanan lengkap 3 x sehari dengan lauk

sayur, tahu tempe dan anak rutin minum susu.

Selama Sakit:

ibu pasien mengatakan anak makannya baik, diet dari rumah sakit

habis ½ porsi lebih, dengan lauk sayur, tahu tempe dan ayam.



2) Pola eliminasi

Sebelum Sakit:

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada masalah pada pola

eliminasi anak. BAB lancar 1x sehari warna kuning, bau khas dan

konsistensi lembek, BAK kuning jernih sekitar 6 sampai dengan 7

kali sehari bau khas.

Selama Sakit:

Ibu pasien mengatakan anaknya terpasang *DC (dower Ceteter)*

untuk BAK sejak tanggal 18 juli 2016, frekuensi ketika pengkajian

volume urin 100 cc dari jam 05.00 WIB sampai dengan jam 07.30

WIB dengan warna kuning jernih. BAB 1 kali sehari lancar

dengan konsistensi lembek dan warna kuning.

3) Pola Aktivitas

a) Keadaan Aktifitas sehari-hari

Sebelum Sakit:

Ibu pasien mengatakan anak sering bermain deangan kakaknya

sesekali ayah pasien mengajak bermain ke tetangga sebelah

rumahnya, kadang diajak bercanda dengan kakaknya.

Selama Sakit:

Ibu pasien mengatakan, anak selama sakit hanya tiduran saja

dan digendong, pasien hanya bermain dengan mainannya di

tempat tidurnya.

b) Keadaan Pernafasan

Sebelum Sakit:

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah sesak nafas.

Selama Sakit:

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak memiliki gangguan

pernafasan seperti sesak nafas dan batuk.

c) Keadaan Kardiovaskuler

Sebelum Sakit:

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit anaknya tidak memiliki

gangguan dengan jantungnya.

Selama Sakit:

Ibu pasien mengatakan selama di rumah sakit anaknya tidak

memiliki penyakit jantung, jantung anak juga tidak berdebar-

debar kencang.

Tabel 3.1 Skala Ketergantungan

Aktivitas

Keterangan

2

0

1

3

4

*Bathing*

*Toileting*

*Eating*

√

√

√

*Moving*

*Ambulasi*

*Walking*

√

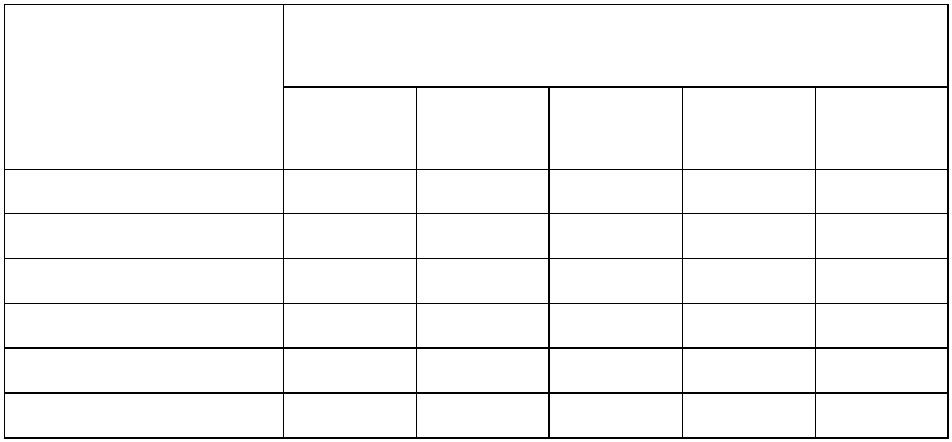
√

√

Keterangan:

0= Mandiri/ tidak tergantung apapun

1= Dibantu dengan alat



2= Dibantu orang lain

3= Di bantu alat dan orang lain

4= Tergantung total

4) Kebutuhan istirahat- tidur

Sebelum Sakit:

Ibu pasien mengatakan anaknya biasanya tidur dari jam 20.00

WIB sampai jam 08.30 WIB, terbangun jika ingin pipis dan haus

dan kebutuhan tidur anaknya terpenuhi.

Selama Sakit:

Ibu pasien mengatakan anaknya tidur dari jam 19.00 WIB sering

terbangun kalau dengar tetangga di dalam satu kamar menangis

tetapi sejauh ini kebutuhan tidur anak terpenuhi, tidur siang tidak

tentu kadang 2-3 jam.

b. Aspek Psiko- Sosial- Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Ibu pasien mengatakan jika anak sakit, anak langsung dibawa ke

Puskesmas yang dekat dengan rumah dan jika tidak sembuh

barulah pasien dibawa ke rumah sakit.

2) Pola Hubungan

Ibu paisen mengatakan hubungan anaknya dengan saudara-

saudaranya baik dibuktikan dengan saudara sering mengajak

bercanda/bermain pasien. Selain itu ibu mengatakan hubungan

dengan keluarga semuanya juga baik tidak ada masalah.

3) Koping atau toleransi stress

Ibu pasien mengatakan kalau anaknya menginginkan sesuatu

anaknya meminta dan jika tidak terpenuhi anak biasanya menangis

meronta ronta.

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Ibu pasien mengatakan sudah faham terkait dengan penyakit

anaknya, karena sebelumnya sudah pernah dijelaskan tentang

penyakit anaknya oleh dokter dan perawat.

5) Konsep diri

a) Gambaran Diri

Tidak terkaji

b) Harga Diri

Tidak terkaji

c) Peran Diri

Tidak terkaji

d) Ideal Diri

Tidak terkaji

e) Identitas Diri

Tidak terkaji

6) Seksual dan Menstruasi

Pasien laki- laki berumur 3 tahun 4 bulan 4 hari.

7) Nilai

Ibu pasien mengatakan pasien dan keluarga beragama Islam,

selalu sholat tepat waktu, nenek pasien selalu membacakan Al-

Quran di samping pasien.

c. Aspek Lingkungan Fisik

Ibu pasien mengatakan anaknya tinggal di rumah yang sederhana

bersama kedua orang tua, kakak, kakek dan neneknya, tinggal di

lingkungan yang masih nyaman tidak ada polusi ataupun limbah yang

berbahaya yang dapat mengancam kesehatan.

**4. Pemeriksaan Fisik**

a. Keadaan Umum:

1) Kesadaran: Composmentis (sadar penuh)

2) Status Gizi: TB: 78 cm, BB: 9 kg,

Z-score: > -2 SD dan < -1 SD ( gizi masih dalam kategori baik)

3) Tanda Vital: TD:110/60, jam 07.40 WIB S: 36,9°C dan Jam

10.00 WIB S: 38,00C Nadi: 128x/menit, Respirasi: 21x/menit

4) Skala nyeri

Tidak nyeri: 0

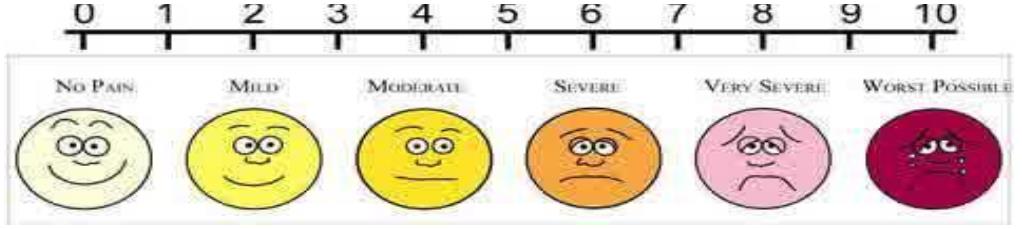
Ringan : (1-3)

Sedang : (4-6)

Berat : (7-10)

Skala nyeri: 0 (Tidak ada nyeri)

Gambar 3.2 Skala Nyeri



b. Pemeriksaan secara sistemik (*Cephalo- Caudal*)

1) Kulit

Kulit pasien tampak kering, terkelupas dan kasar, kulit di sekitar

tangan dan hampir sebagian besar di tubuh pasien berkelupas dan

pecah-pecah bekas luka garuk.

2) Kepala

Bentuk kepala: mesocepal, kulit kepala bersih, tidak ada luka di

daerah kepala, warna rambut hitam.

Mata

: Simetris kanan kiri, tidak ada kelainan

: Simetris, bersih, tidak ada polif dan tidak ada

pernafasan cuping hidung.

Hidung

Mulut

: Bersih tidak ada kelainan, tidak ada stomatitis,

membran mukosa lembab.

Bibir

Telinga

Gigi

: Bibir lembab, tidak ada luka

: Simetris kanan kiri, fungsi pendengaran baik.

: Tidak ada karies gigi, gigi lengkap.

3) Leher

Bersih tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada distensi

vena jugolaris.

4) Tengkuk

Tidak ada kaku kuduk, dibuktikan dengan pasien sering

menggerak- gerakkan kepala kekanan dan kekiri.

5) Dada

a) Inspeksi

Normal, tidak ada kelainan bentuk dada, simetris saat inspirasi

dan ekspirasi.

b) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan, dilihat dari ekspresi wajah anak saat

dipalpasi tidak menangis.

c) Perkusi

Terdengar sonor pada paru dan terdengar redup pada jantung

d) Auskultasi

Pada paru: terdengar vesikuler irama teratur

Pada jantung: terdengar lub dub pada S1 dan S2 irama teratur

6) Payudara

a) Inspeksi

Payudara simetris kanan kiri, tidak ada luka,bersih tidak ada

kelainan.

b) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal dilihat dari

ekspresi wajah anak saat dipalpasi tidak meringis ataupun

menangis.

7) Punggung

Simetris, tidak ada kelainan bentuk *Lordosis*, *Kifosis* dan

*Skoliosis*.

8) Abdomen

a) Inspeksi

Normal, tidak ada kelainan bentuk, simetris di setiap kuadran,

tidak ada asites.

b) Auskultasi

Terdengar peristaltik usus 16x permenit

c) Perkusi

Terdengar suara tympani

d) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan, dibuktikan dengan ekspresi wajah anak

tidak menangis

9) Anus dan rektum

Terlihat anus bersih, tidak ada kelainan, tidak ada hemoroid, tidak

ada atresia ani.

10) Genetalia

Pasien laki- laki terdapat skrotum, testis lengkap, simetris, tidak

ada luka ataupun kelainan, terlihat penis bersih terpasang DC

*(dower cateter)* ukuran 6 sejak tanggal 18-7-2016.

11) Ekstremitas

a) Atas:

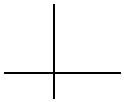
Lengkap dapat digerakan, tidak ada kelainan,terpasang *IV line*

di tangan kanan sejak tanggal 18-07-2016., baluatan *IV line*

tampak kotor. Skala otot : 5

5

5



b) Bawah

Lengkap tidak ada kelainan, dapat digerakkan, tidak ada luka

kekuatan otot 5.

5 5

c. *VIP score (Visual Infusion Phlebithis)*

Tabel 3.2 Skor *Visual Flebitis*

Tempat suntikan tampak

sehat

0

1

Tidak ada tanda flebitis

✓ Observasi kanula

Mungkin tanda dini flebitis

✓ Observasi kanula

Salah satu dari berikut jelas:

✓ Nyeri tempat suntikan

✓ Eritema tempat suntikan

Dua dari berikut jelas :

✓ Nyeri sepanjang kanula

✓ Eritema

✓ Pembengkakan

Semua dari berikut jelas:

✓ Nyeri sepanjang kanula

✓ Eritema

2

3

4

Stadium dini flebitis

✓ Ganti tempat kanula

Stadium moderat flebitis

✓ Ganti kanula

✓ Pikirkan terapi

✓ Indurasi

Semua dari berikut jelas:

✓ Nyeri sepanjang kanula

✓ Eritema

Stadium lanjut atau awal

tromboflebitis

✓ Ganti kanula

✓ Indurasi

✓ Pikirkan terapi

✓ Venous cord teraba

Semua dari berikut jelas:

✓ Nyeri sepanjang kanula

✓ Eritema

5

Stadium lanjut tromboflebitis

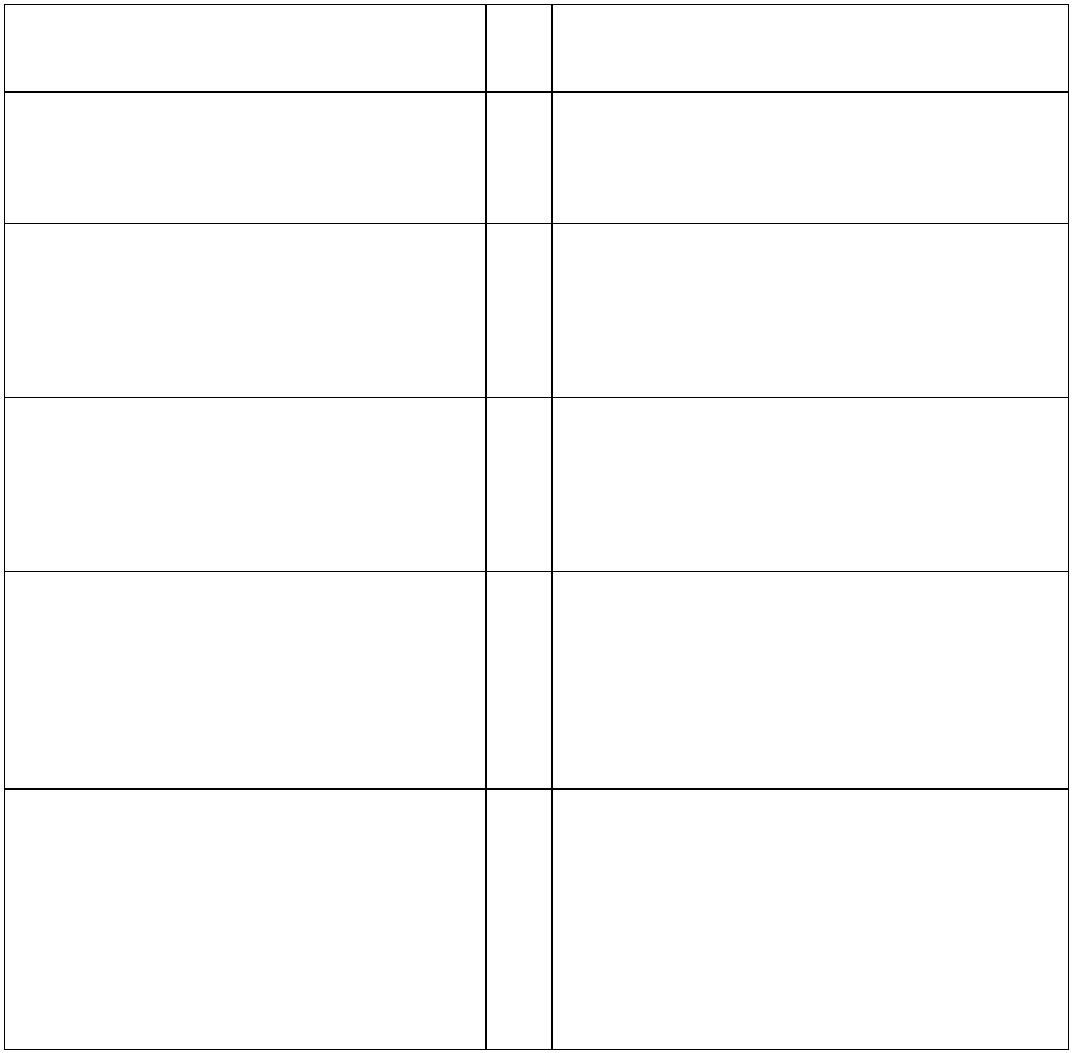
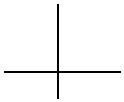
✓ Ganti kanula

✓ Lakukan terapi

✓ Indurasi

✓ Venous cord teraba

✓ Demam



d. Pengkajian risiko jatuh *(Humpty Dumpty)*

Tabel 3.3 Risiko Jatuh

Para

Meter

Kriteria

Tgl.

Wak

Tu

4

21

Juli

2016

22

Juli

2016 2016

23

Juli

Umur

Di bawah 3 tahun

3- 7 tahun

8- 13 tahun

>13 tahun

Laki- laki

3

2

1

2

✓

✓

✓

✓

✓

✓

Jenis

Kelamin

Perempuan

1

Diag

nosis

Kelainan neurologis

Perubahan dalam oksigennasi

Kelainan psikis/ prilaku

Diagnosis lain

3

2

1

3

✓

✓

✓

✓

✓

✓

Gangguan Tidak

sadar

terhadap

kognitif

keterbatasan

Lupa keterbatasan

Mengetahui kemampuan diri

Riwayat jatuh dari tempat tidur

2

1

4

Faktor

lingkunga saat bayi- anak

n

Pasien menggunakan alat bantu

3

2

1

3

2

1

Pasien berada ditempat tidur

Di luar ruang perawat

Dalam 24 jam

Dalam 48 jam riwayat jatuh

>48 jam

✓

✓

✓

Respon

terhadap

operasi/

obat

-

-

-

penenang/

efek

anastesi

Pengguna Bermacam- macam obat yang

3

an obat

digunakan: obat sedatif (kecuali

pasien ICU yang menggunakan

sedasi dan paralisis) hipnotik,

barbiturate, fenotiazin,

antidepresan, laksansia/

deuretika, narkotik.

Salah satu dari pengobatan

diatas

Pengobatan lain

2

1

✓

✓

✓

**TOTAL SKOR**

13

13

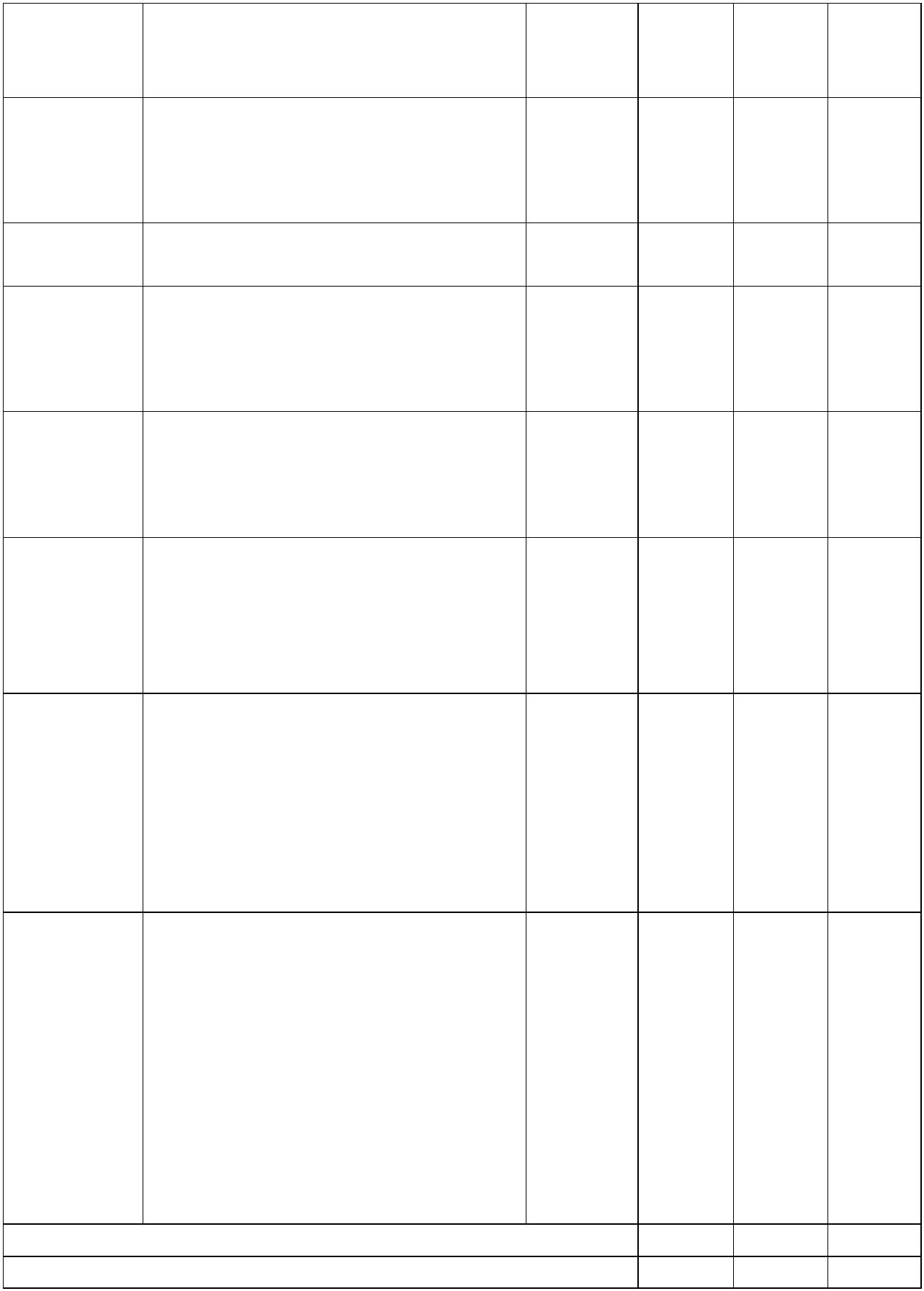
13

RR : Risiko rendah (7-11), RT: (Risiko tinggi (>12)

RT

RT

RT



**5. Pemeriksaan penunjang**

a. Pemeriksaan patologi klinik

Tabel 3.4 Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan Hasil (satuan)

Tgl.

Pemerik

saan

Normal

21 Juli

2016

**Darah**

Angka Leokosit

Hemoglobin

Hematokrit

Angka Trombosit

BUN

15.28 10^3/µL 6.00-17.50

9.6 g/dl

25.7%

453 10^3/µL

171.3

9.6-15.6

31.0- 48.0

150-450

6.00-20.00

0.70-1.20

Cretinin

5,43

**URIN**

Kimiawi

Glukosa

Negatif

1.010

1+

Negatif

3+

Negatif

1000-1.030

Negatif

Negatif

Negatif

Berat Jenis

Blood/Darah

Nitrit

Lekosit esterase

Color/warna

Sedimen

Colorless

Colorless

Eritrosit

Leukosit

Sel Ephitel

Silinder

Bacteria

105//µL

800//µL

0.8/µL

0.3/µL

620.9/µL

0.1/µL

10.6/µL

0.2/µL

0.0/µL

0.0/µL

0.0/µL

0-25

0 – 20

0.0-0.40

0.0-1.2

0.0-100.0

0.0-10.0

0.0-25.0

0.0-6.0

0.0-0.5

0.0-0.5

0.0-3.0

3.1-27.0

Negatif

Negatif

NORMAL

4.5-8.0

Negatif

Kristal

Yeast Like Cell

Small Round Cell

Silinder Patologis

Mucus

Sperma

Konduktivitas

Protein

Bilirubin

Urobilinogen

pH

7.2mS/cm

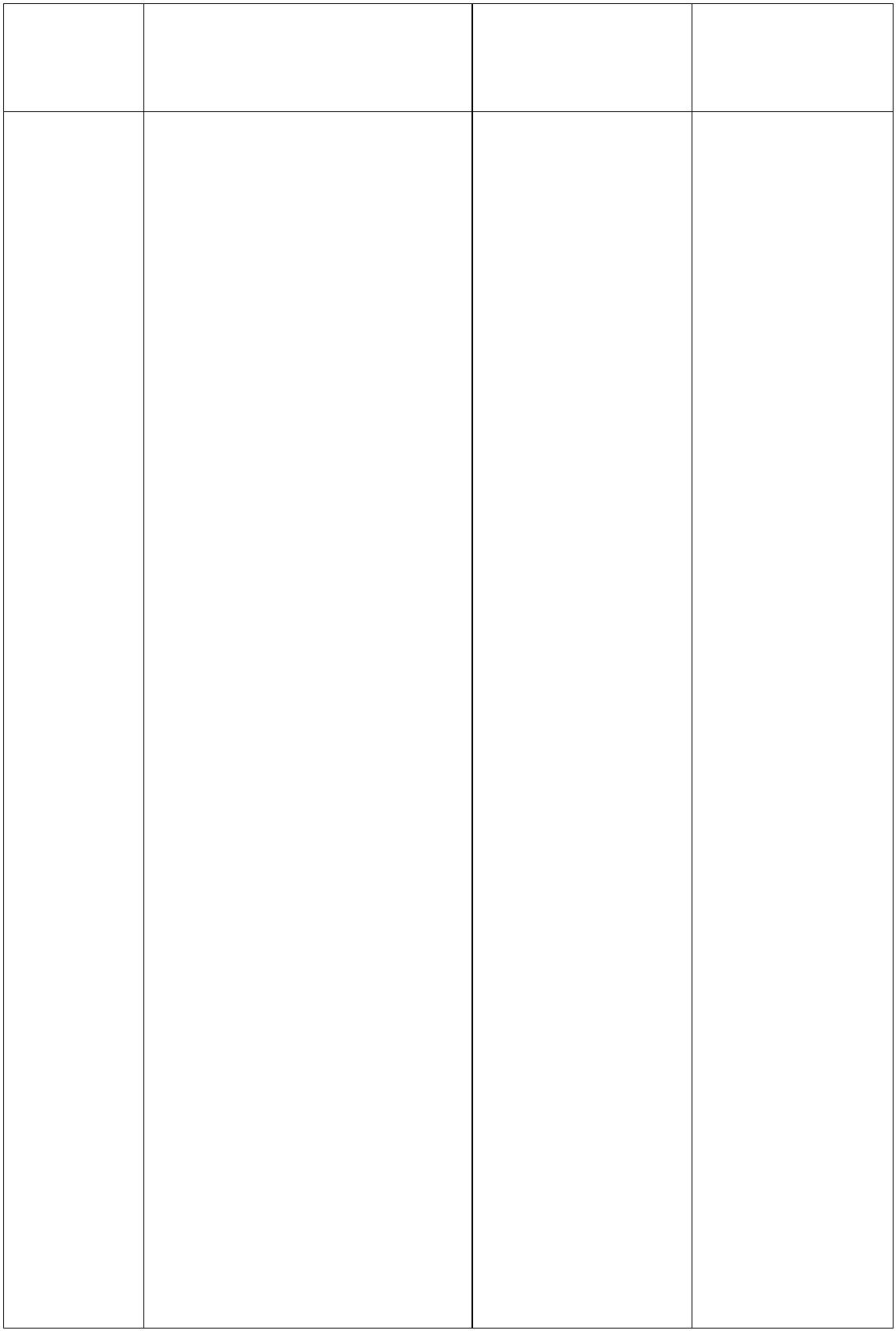
2+ Negatif

NORMAL

6.0

Negatif

Keton



22 Juli

2016

**URIN**

Kimiawi

Glukosa

Negatif

<1.005

1+

Negatif

3+

Negatif

1000-1.030

Negatif

Negatif

Negatif

Berat Jenis

Blood/Darah

Nitrit

Lekosit esterase

Color/warna

Sedimen

Colorless

Colorless

Eritrosit

8/µL

0-25

Leukosit

72/µL

0 – 20

Sel Ephitel

Silinder

Bacteria

8.7/µL

0.0/µL

79.9/µL

0.1/µL

3.5/µL

0.2/µL

0.0/µL

0.3/µL

0.0/µL

5.5mS/cm

1+ Negatif

NORMAL

6.5

0.0-0.40

0.0-1.2

0.0-100.0

0.0-10.0

0.0-25.0

0.0-6.0

0.0-0.5

0.0-0.5

0.0-3.0

3.1-27.0

Negatif

Negatif

NORMAL

4.5-8.0

Negatif

Kristal

Yeast Like Cell

Small Round Cell

Silinder Patologis

Mucus

Sperma

Konduktivitas

Protein

Bilirubin

Urobilinogen

pH

Negatif

Keton

b. Pemeriksaan Radiologi

Tabel 3.5 Hasil Pemeriksaan Radiologi

Hari/tanggal Jenis Pemeriksaan

Kesan/Interpretasi

- Ren Dextra: Tampak

SPC melebar dengan

cortex menipis, tak

tampak massa/batu.

- Ren Sinistra: Tampak

SPC melebar dengan

cortex menipis, tak

tampak massa/batu

- Hydronefrosis bilateral

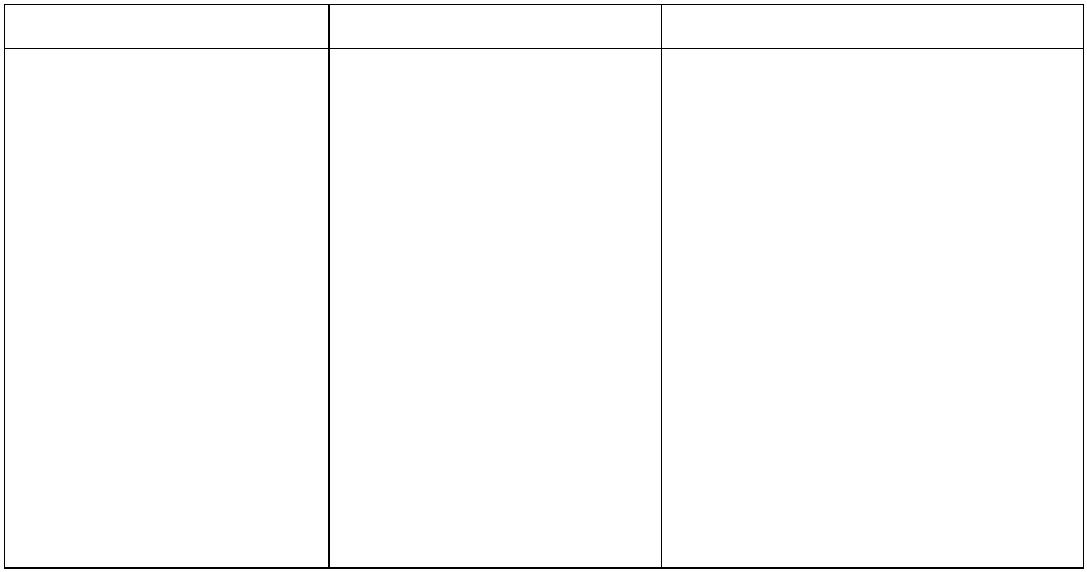
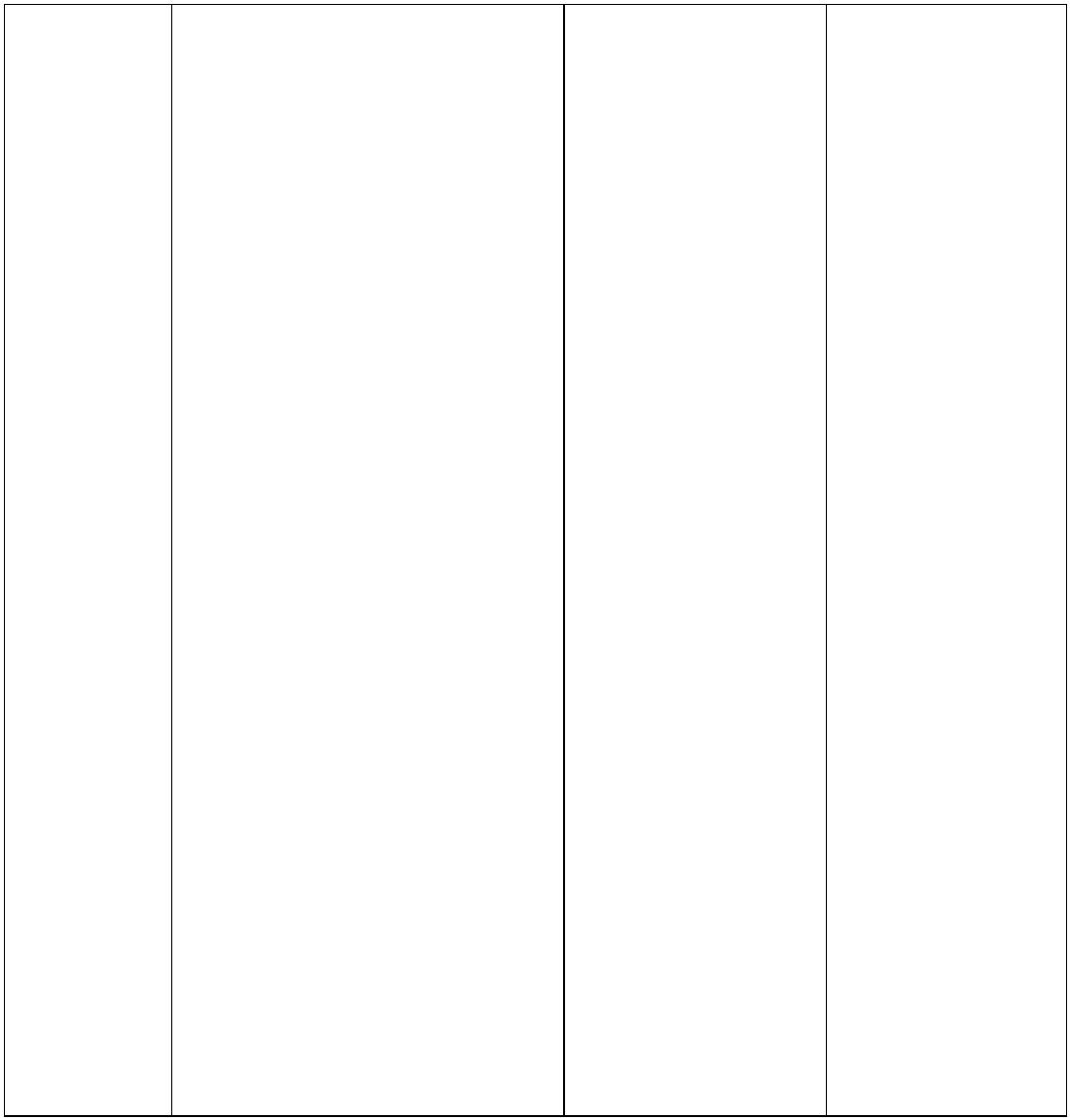
grade IV

Selasa 19 Juli 2016 USG Abdomen

Lower

- Dystitis

- Fungsi Voiding Normal



**6. Terapi**

Tabel 3.6 Terapi Obat

Dosis

Hari/

tanggal

Jenis Obat

Rute

Jam Pemberian

(wib)

Kamis, Amikasin

21 Juli CaCo3

10 mg/24 jam

250 mg/12 jam

Intravena 06.00

Per oral 06.00, 08.00

2016

Calcitriol

0,25 mg/24 jam Per oral 06.00

Allupurinol 100 mg/24 jam

Per oral 06.00

Furosemid

Cetirizine

10 mg/8 jam

2,5 mg/24 jam

Per oral 06.00,13.00,20.00

Per oral 13.00

Paracetamol 90 mg/kp

Per oral

Jika panas

Jumat, Amikasin

22 Juli CaCo3

10 mg/24 jam

250 mg/12 jam

Intravena 06.00

Per oral 06.00, 08.00

2016

Calcitriol

0,25 mg/24 jam Per oral 06.00

Allupurinol 100 mg/24 jam

Per oral 06.00

Furosemid

Cetirizine

10 mg/8 jam

2,5 mg/24 jam

Per oral 06.00,13.00,20.00

Per oral

13.00

Sabtu,

Amikasin

10 mg/24 jam

250 mg/12 jam

0,25 mg/24 jam Per oral 06.00

Intravena 06.00

Per oral 06.00, 08.00

23 Juli CaCo3

2016 Calcitriol

Allupurinol 100 mg/24 jam

Per oral 06.00

Furosemid

Cetirizine

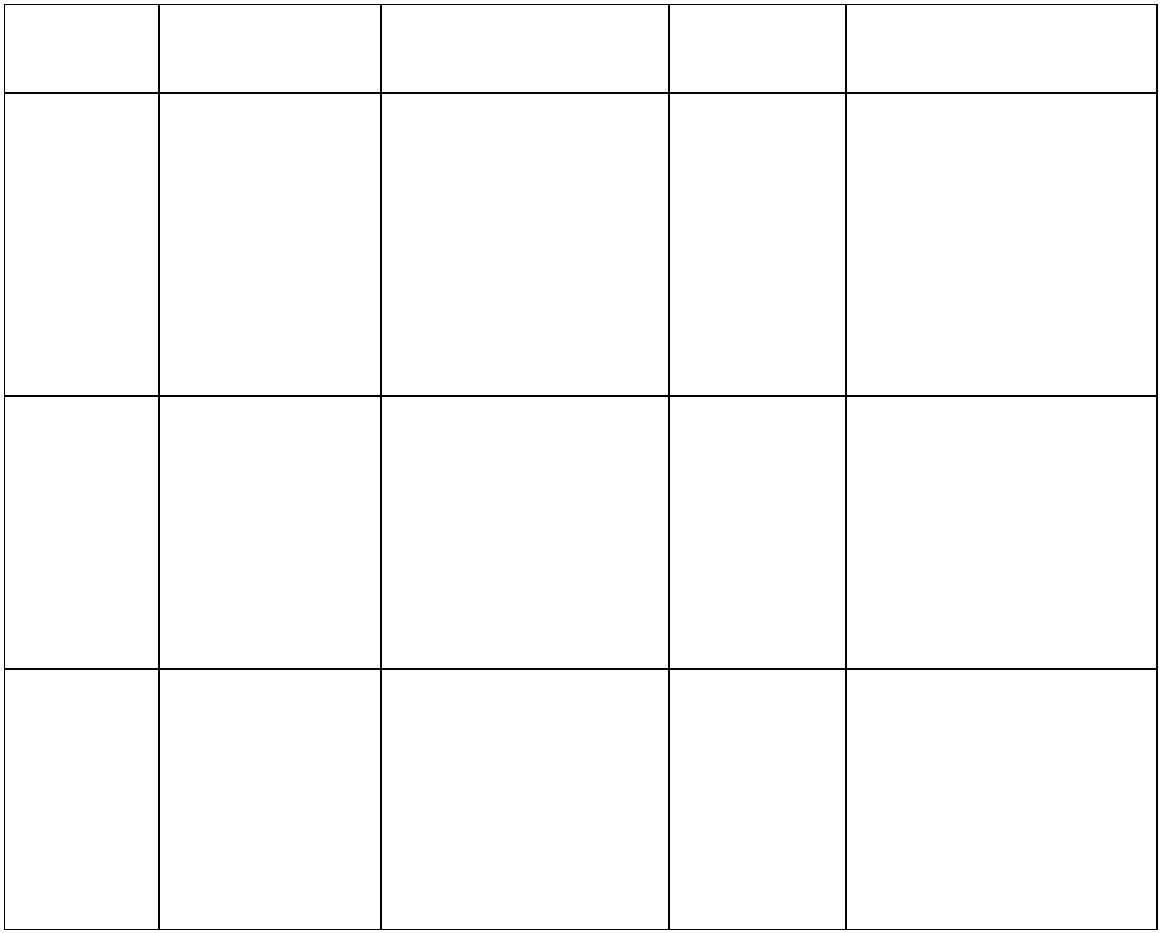
10 mg/8 jam

2,5 mg/24 jam

Per oral 06.00,13.00,20.00

Per oral

13.00



**7. ANALISA DATA**

Tabel 3.7 Analisa Data

**No**

**DATA**

**PENYEBAB**

**MASALAH**

1.

DS:

-

Gangguan

Mekanisme

Kelebihan

Volume Cairan

Ibu pasien

mengatakan kaki

anaknya bengkak

pada tanggal 18 Juli

2016 kemarin

Regulasi

DO:

-

Anak terdiagnosa

*CKD grade V*

-

Anak mendapatkan

terapi furosemid 10

mg/8 jam sejak

tanggal 18 Juli 2016

Balance cairan pada

tanggal 20 Juli 2016

: - 50 cc.

-

-

-

Angka BUN:

171,3%

Creatinin : 5,43

2.

DS:

-

Kondisi

Kerusakan

Integritas kulit

Ibu pasien

mengatakan

Gangguan

Metabolik

(Peningkatan

Kadar Ureum)

anaknya gatal-gatal

di kulit bagian

tangan dan di

sebagian besar

tubuhnya

-

Ibu pasien

mengatakan kulit

anak terkelupas dan

kering

DO:

-

Tampak anak

menggaruk

badannya.

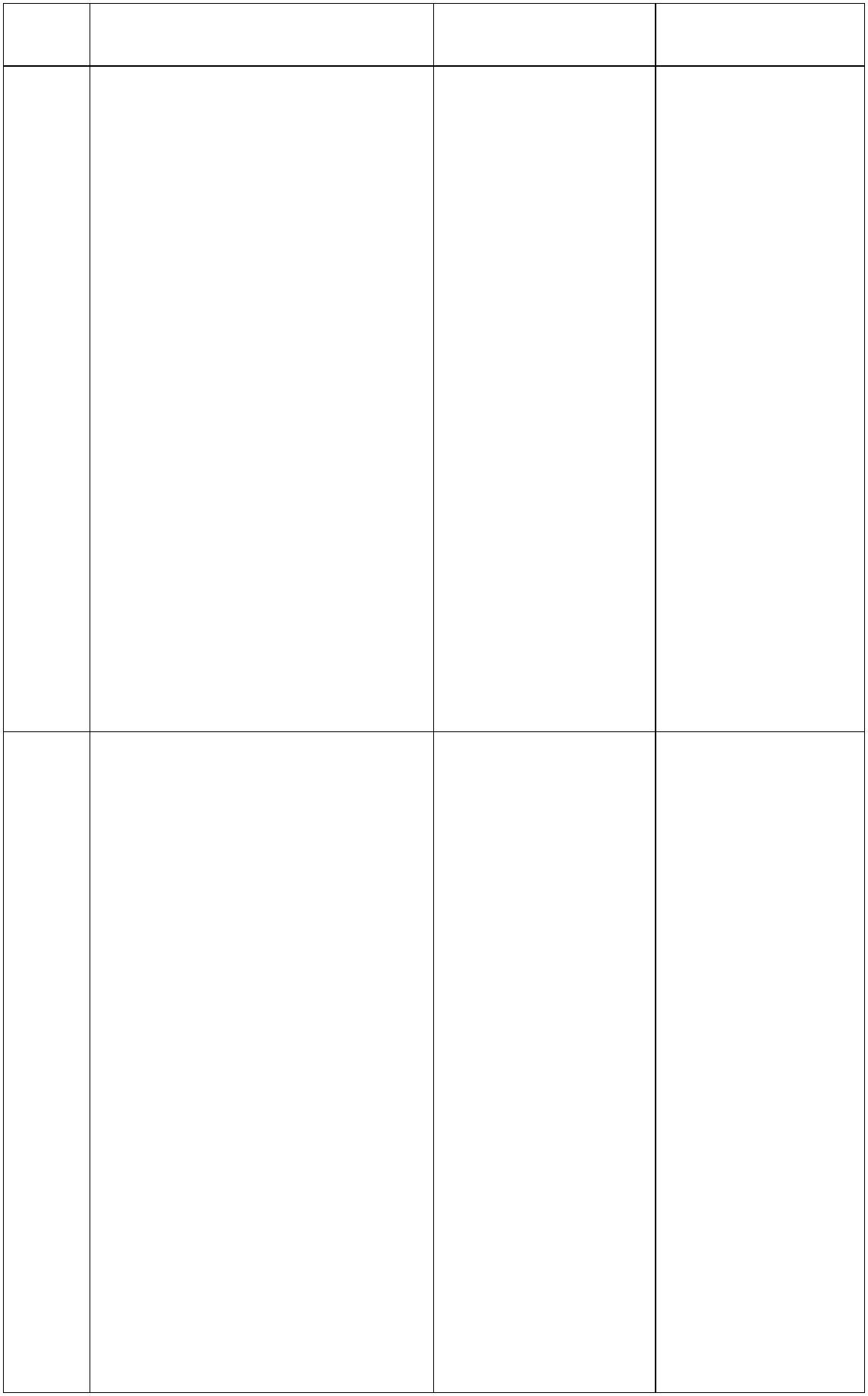
-

Kulit anak tampak

bintik bintik merah,

berkelupas dan

kering



-

-

Tampak bekas luka

gatal akibat digaruk

pada kulit pasien.

Angka BUN pasien

Tinggi: 171,3%

3.

DS:

Proses Penyakit Ketidak

efektifan

-

Ibu pasien

mengatakan

Termoregulasi

anaknya demam

naik turun sejak

tanggal 19 Juli 2016

kemarin.

DO:

-

Saat dilakukan

pengkajian jam

07.40 WIB suhu

anak 36,9oC

-

Saat dilakukan

pengukuran suhu

kembali jam 10.00

WIB suhu anak

38,0oC

-

-

Kulit tampak

kemerahan

Akral pasien teraba

hangat.

-

-

Nadi : 128x/m

Rr: 21x/m

4.

DS:

Dampak

Ketakutan

-

Ibu pasien

Hospitalisasi

mengatakan anak

sudah keluar masuk

rumah sakit sudah 1

bulan lebih sejak

bulan Juni 2016

Ibu pasien

-

mengatakan anak

agak takut jika

melihat orang yang

memakai baju putih

DO:

-

Kontak mata anak

kurang

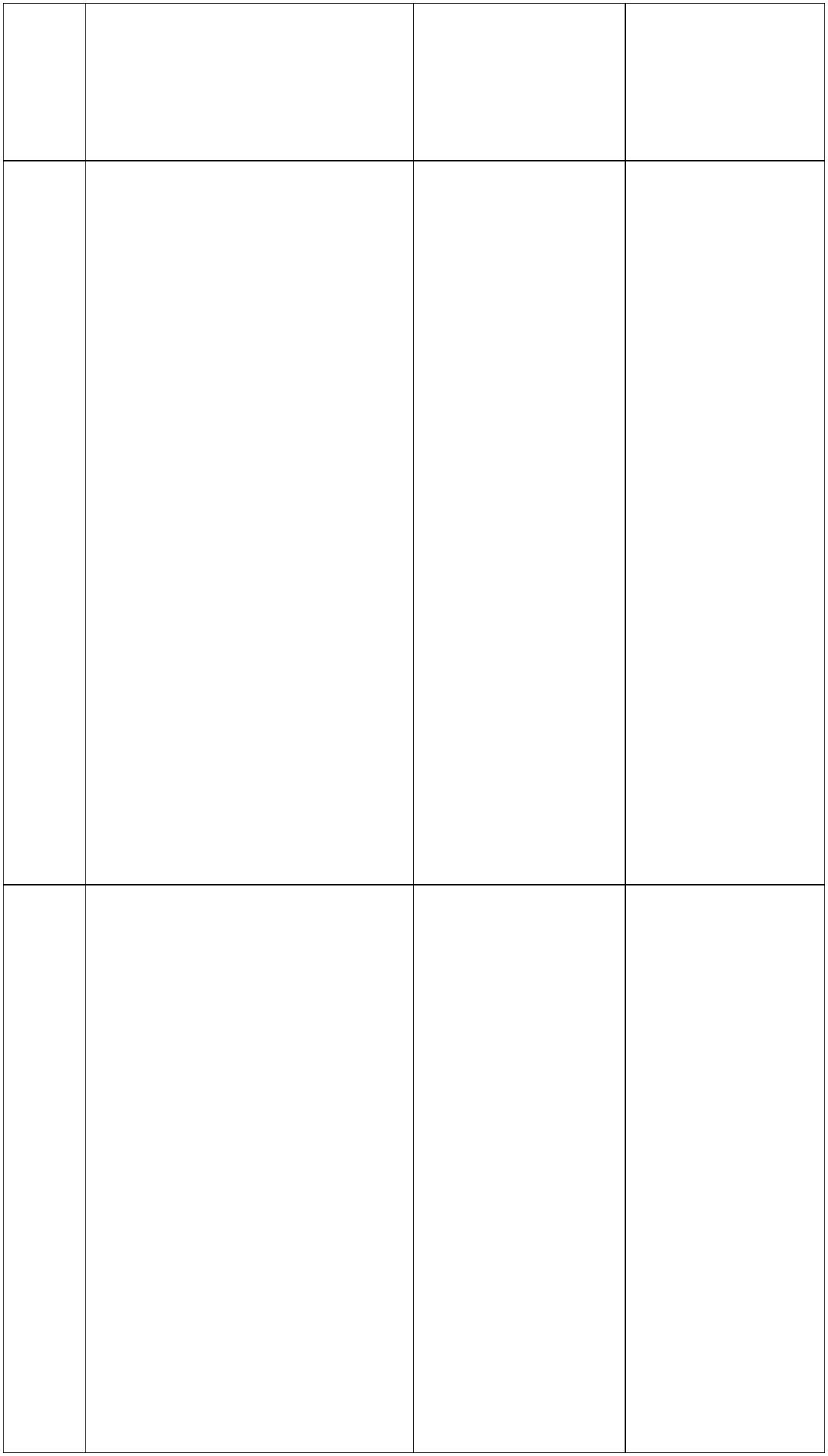
-

Anak tampak

berusaha

menghindar ketika

69



akan dilakukan

tindakan

-

Anak tampak diam

saja, cuek dan

menolak ketika

diajak bicara

5.

DS:

Prosedur

Risiko Infeksi

-

Ibu pasien

Infasive

mengatakan

(tusukan *IV line*,

pemasangan *DC*

*(dower cateter)*

anaknya terpasang

*DC* dan *IV line*

sejak tanggal 18 juli

2016.

DO:

-

Tampak terpasang

*IV lin*e dan *DC*

Balutan *IV line*

tampak kotor

-

6

DS:

-

Risiko Jatuh

-

Ibu pasien

mengatakan anak

hanya tiduran di

tempat tidur

DO:

-

-

Pasien usia 3 tahun

Skor pengkajian

risiko jatuh

*(Humpty Dumpty)*

tanggal 21/07/2016

skor 13 (resiko

tinggi jatuh)

**B. DIAGNOSA KEPERAWATAN PRIORITAS**

1. Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme

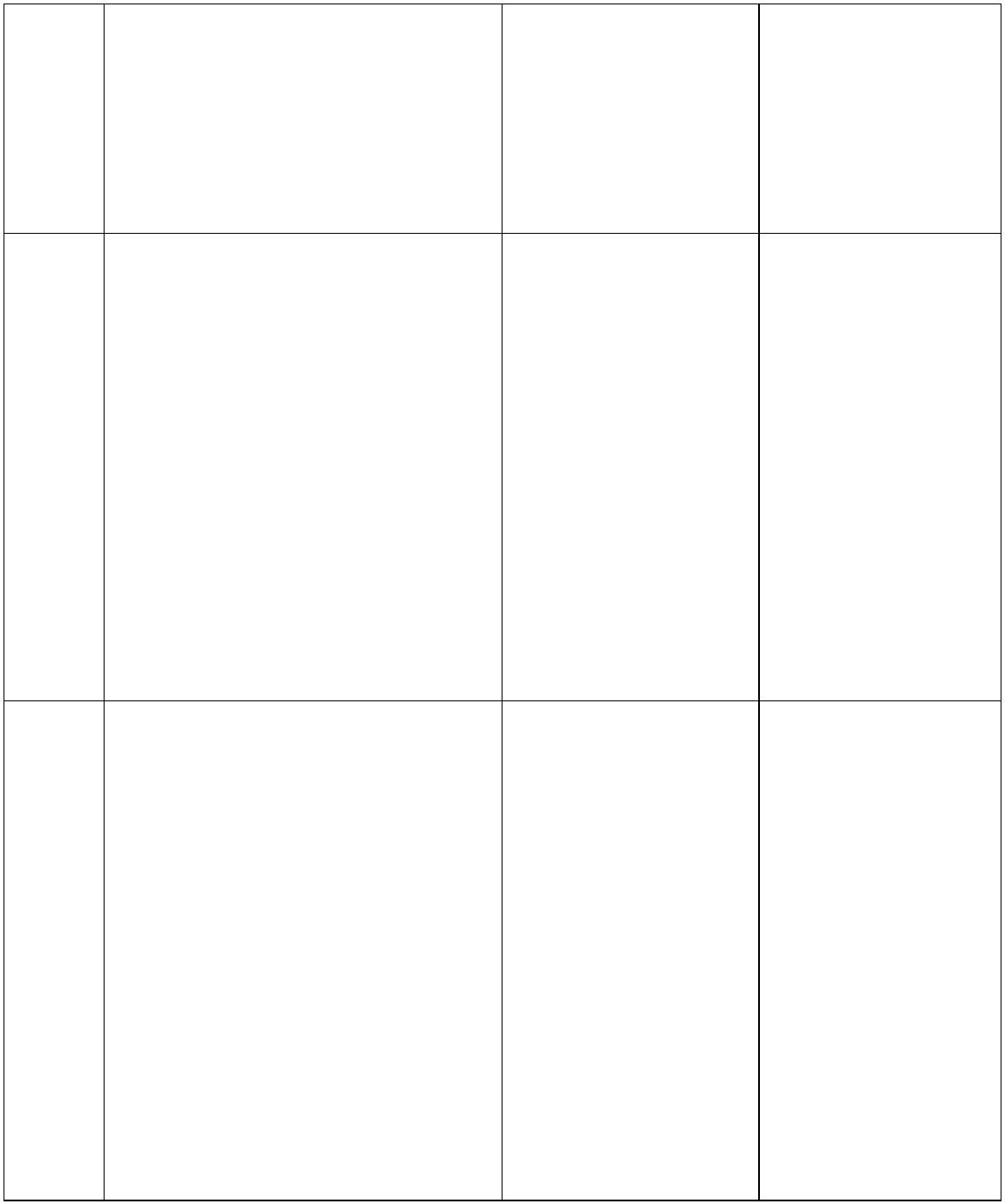
regulasi ditandai dengan:

DS:

- Ibu pasien mengatakan kaki anaknya bengkak pada tanggal 18 Juli

2016 kemarin.

70



DO:

- Anak terdiagnosa *CKD grade V.*

- Anak mendapatkan terapi furosemid 10 mg/8 jam sejak tanggal 18 Juli

2016

- Balance Cairan pada tanggal 20 Juli 2016 = - 50 cc.

- Angka BUN: 171,3%.

- Creatinin : 5,43.

2. Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan kondisi gangguan

metabolik (peningkatan kadar ureum) ditandai dengan:

DS:

- Ibu pasien mengatakan anaknya gatal-gatal di kulit bagian tangan dan

di sebagian besar tubuhnya.

- Ibu pasien mengatakan kulit anak terkelupas dan kering.

DO:

- Tampak anak menggaruk badannya.

- Kulit anak tampak bintik bintik merah, berkelupas dan kering

- Tampak bekas luka gatal akibat digaruk pada kulit pasien.

- Angka BUN pasien Tinggi: 171,3%.

3. Ketidakefektifan Termoregulasi berhubungan dengan proses penyakit

ditandai dengan:

DS:

- Ibu pasien mengatakan anaknya demam naik turun sejak tanggal 19 Juli

2016 kemarin.

71

DO:

- Saat dilakukan pengkajian jam 07.40 WIB suhu anak 36,9oC

- Saat dilakukan pengukuran suhu kembali jam 10.00 WIB suhu anak

38,0oC

- Kulit tampak kemerahan

- Akral pasien teraba hangat.

- Nadi : 128x/m

- Rr: 21x/m

4. Ketakutan berhubungan dengan dampak hospitalisasi ditandai dengan:

DS:

- Ibu pasien mengatakan anak sudah keluar masuk rumah sakit sudah 1

bulan lebih sejak bulan Juni 2016

- Ibu pasien mengatakan anak agak takut jika melihat orang yang

memakai baju putih.

DO:

- Kontak mata anak kurang

- Anak tampak berusaha menghindar ketika akan dilakukan tindakan

- Anak tampak diam saja, cuek dan menolak ketika diajak bicara

5. Risiko Infeksi berhubungan dengan Prosedur Infasive (tusukan *IV line*,

pemasangan *DC (dower cateter)* ditandai dengan:

DS:

- Ibu pasien mengatakan anaknya terpasang *DC* dan *IV line* sejak tanggal

18 Juli 2016.

72

DO:

- Tampak terpasang *IV lin*e dan *DC*

- Balutan *IV line* tampak kotor

6. Risiko Jatuh ditandai dengan:

DS:

- Ibu pasien mengatakan anak hanya tiduran di tempat tidur.

DO:

- Pasien usia 3 tahun

- Skor pengkajian risiko jatuh *(Humpty Dumpty)* tanggal 21/07/2016 skor

13 (resiko tinggi jatuh).

73

**C. PERENCANAAN KEPERAWATAN**

Nama Pasien: An. “R” No.CM: 01.77.45.03 Ruangan: Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito

Hari/tgl

jam

Kamis, Kelebihan volume

21 Juli cairan berhubungan

Diagnosa

Keperawatan

Perencanaan

Implementasi

Evaluasi

Tujuan

Setelah dilakukan

tindakan

Intervensi

*Fluid Management* Kamis, 21 Juli 2016

1. Monitor 08.10 WIB

Kamis, 21 Juli 2016

14.00 WIB

2016

07.40

WIB

dengan gangguan

mekanisme regulasi selama 3x24 jam

ditandai dengan:

DS:

- Ibu pasien

keperawatan

kelebihan cairan 1. Memonitor kelebihan S: -

(edema, asites)

2. Monitor TTV

pasien

3. Berikan pasien

minum sedikit

sedikit

4. Monitor

Balance Cairan

pasien/24 jam

5. Anjurkan

keluarga untuk

mencatat *intake*

dan *output*

cairan pasien

O:

diharapkan pasien

mampu

menunjukkan

- Tidak ada tanda-

tanda kelebihan

cairan edema dan

tidak ada asites

- Tidak tampak

tanda-tanda

edema, asites.

- Tidak ada sesak

nafas dan bunyi

nafas abnormal

- Td: 110/60

mmhg, N:

mengatakan kaki *Electrolit & Base*

anaknya bengkak *Balance* dengan

pada tanggal 18

Juli 2016

kriteria hasil:

- Pasien terbebas

dari edema,

(Januardi)

kemarin.

efusi dan

anasarka

120x/m,

Rr:21x/m

08.20 WIB

2. Memonitor TTV

pasien.

DO:

- Bunyi nafas

bersih (tidak

ada dyspnea/

ortopnea)

- TTV pasien

dalam batas

normal (Td:

100/65 mmhg,

- Diberikan obat

furosemid 10 mg

jam 13.00 WIB

-

Anak terdiagnosa

*CKD grade V*.

- Anak

mendapatkan

pasien pada

lembar

pemantauan

yang sudah di

berikan

- Td: 110/60 mmhg,

N: 128x/m,

A: Masalah kelebihan

volume cairan teratasi

sebagian.

Rr:22x/m

terapi furosemid

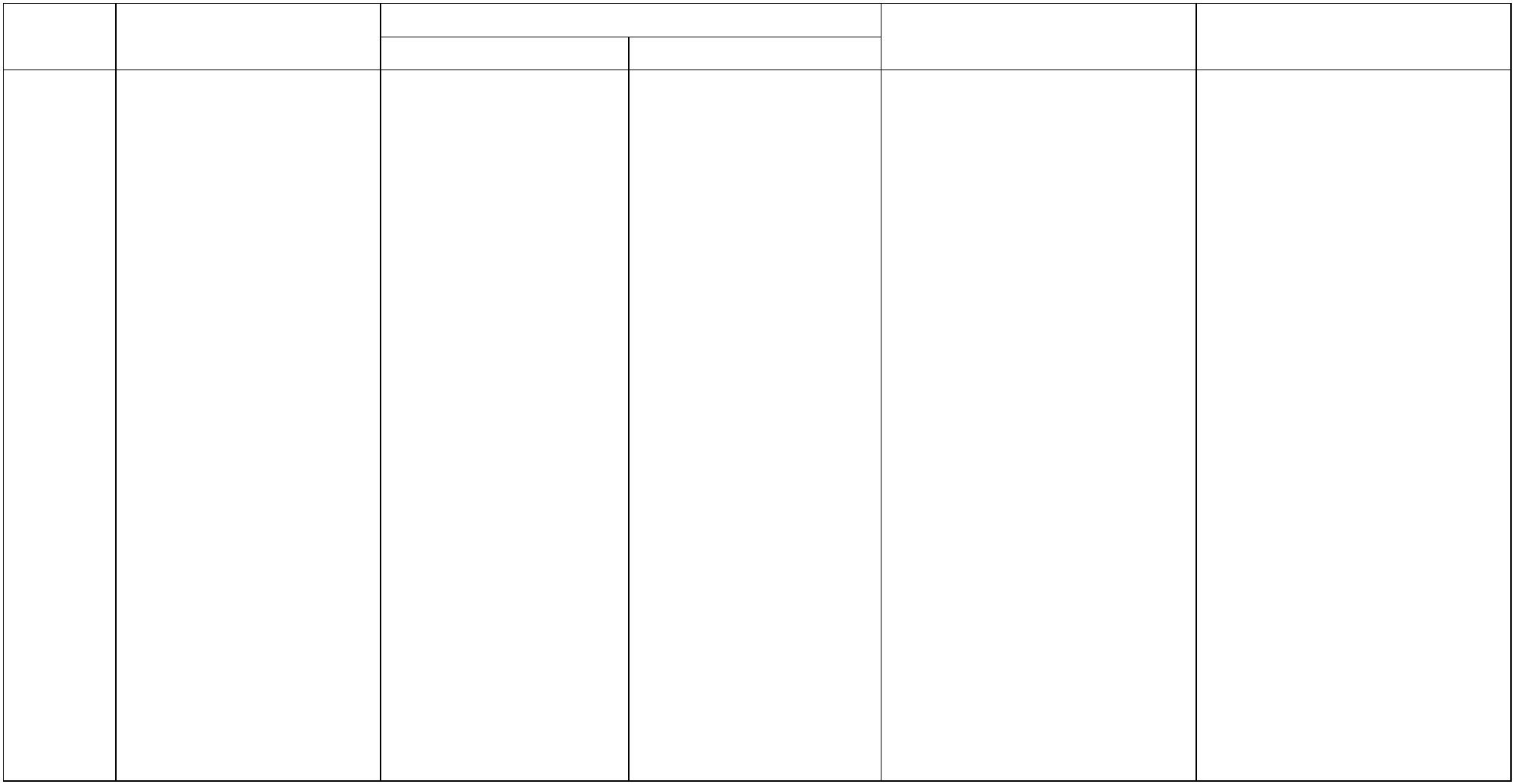
10 mg sejak

tanggal 18 Juli

P: Lanjutkan Intervensi

1. Monitor Balance

74



2016

N: 80x/m, Rr:

20-30 x/m, S:

36,5-37,5oC)

6. Kolaborasi

dengan dokter

dalam

cairan/24 jam.

2. Monitor TTV

pasien

3. Monitor kelebihan

cairan pada pasien

4. Kolaborasi

dengan dokter

dalam pemberian

obat.

-

Balance Cairan

pada tanggal 20

Juli 2016 = - 50

cc.

Angka BUN:

171,3%.

(Januardi)

09.40 WIB

pemberian obat

furosemid 10

mg/8 jam

3. Menganjurkan

keluarga untuk

mencatat *intake* dan

*output* pasien.

- Keluarga

-

-

(Januardi)

Creatinin : 5,43

mengatakan

bersedia

(Januardi)

(Januardi)

(Januardi)

(Januardi)

13.00 WIB

4. Berkolaborasi dengan

dokter dalam

pemberian obat.

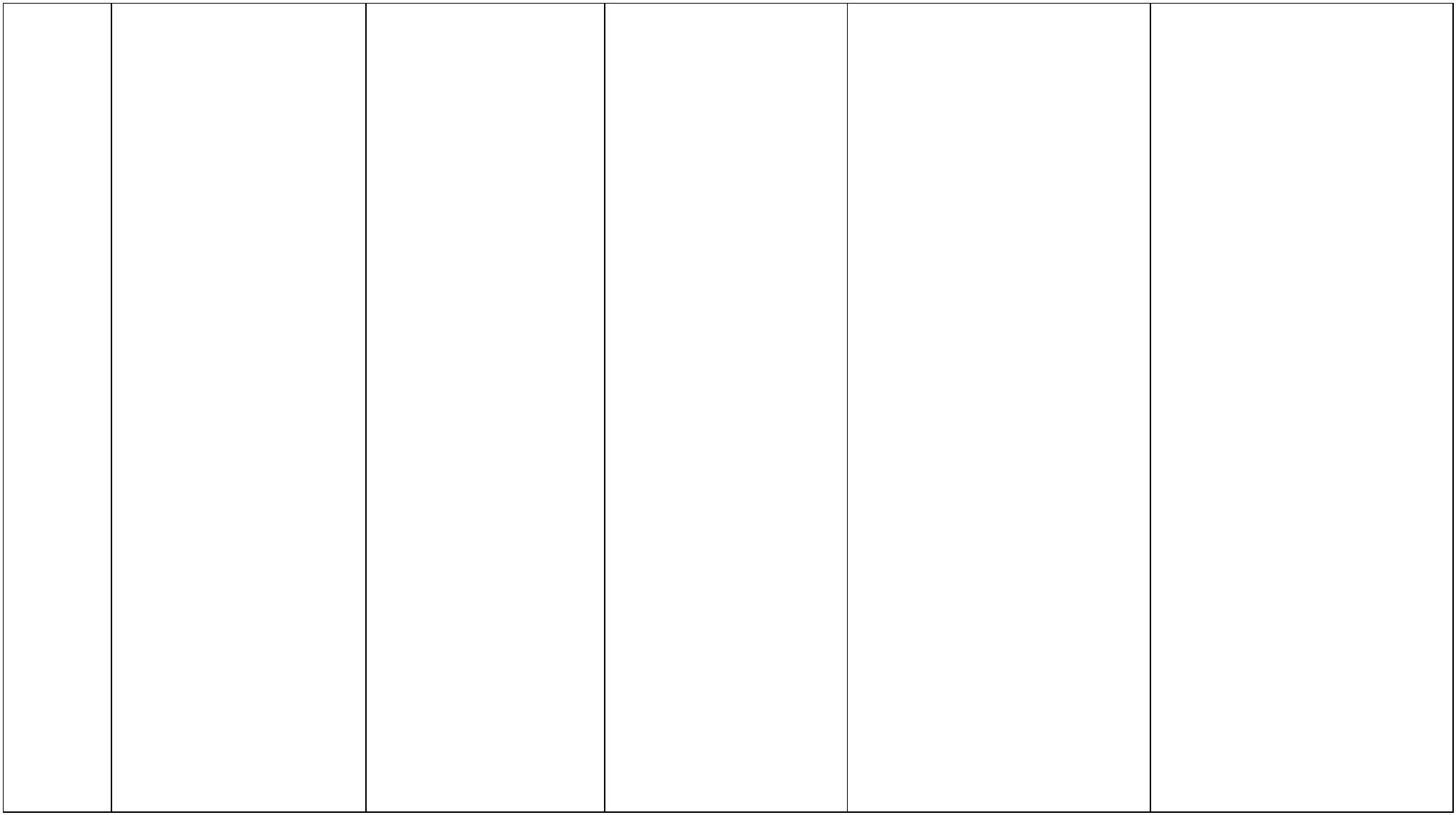
- Diberikan obat

furosemid 10 mg

per oral.

(Januardi)

75



**D. CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien: An.”R”/ No.CM: 01.77.45.03

Bangsal: Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito

**Hari/tgl**

**jam**

Kamis,

21 Juli

2016

14.00

WIB

(Shift

sore)

**Diagnosa**

**Keperawatan**

Kelebihan

volume cairan

berhubungan

dengan

gangguan

mekanisme

regulasi

**Jam**

**(WIB)**

14.10 1. Memonitor

tanda-tanda

**Pelaksanaan**

**Evaluasi**

Kamis, 21 Juli 2016

16.00 WIB.

kelebihan

cairan pasien

S:

-

Ibu pasien

-

Tidak ada

asites,

mengatakan

sudah mencatat

*intake* dan

tidak ada

edema

*output* pasien

O:

-

Tidak tampak

edema dan

asites

(Januardi)

14.20

-

Tidak ada

bunyi nfas

abnormal

Tidak ada

dyspne

Pasien masih

mendapatkan

terapi obat

furosemid 10

mg untuk

2. Memonitor

TTV pasien

-

Td: 100/60

-

-

mmhg, N:

109x/m,

Rr:22x/m

(Januardi)

memperlancar

kencing.

Td: 100/60

mmhg, N:

110x/m, rr:

22x/m.

3. Menganjurkan

keluarga untuk

mencatat

15.30

-

*intake* dan

*output* pasien.

-

Keluarga

A:

mengataka

n bersedia

Masalah kelebihan

volume cairan

teratasi sebagian.

P:

Lanjutkan Intervensi

(Januardi)

-

Monitor

Balance cairan

pasien/24 jam

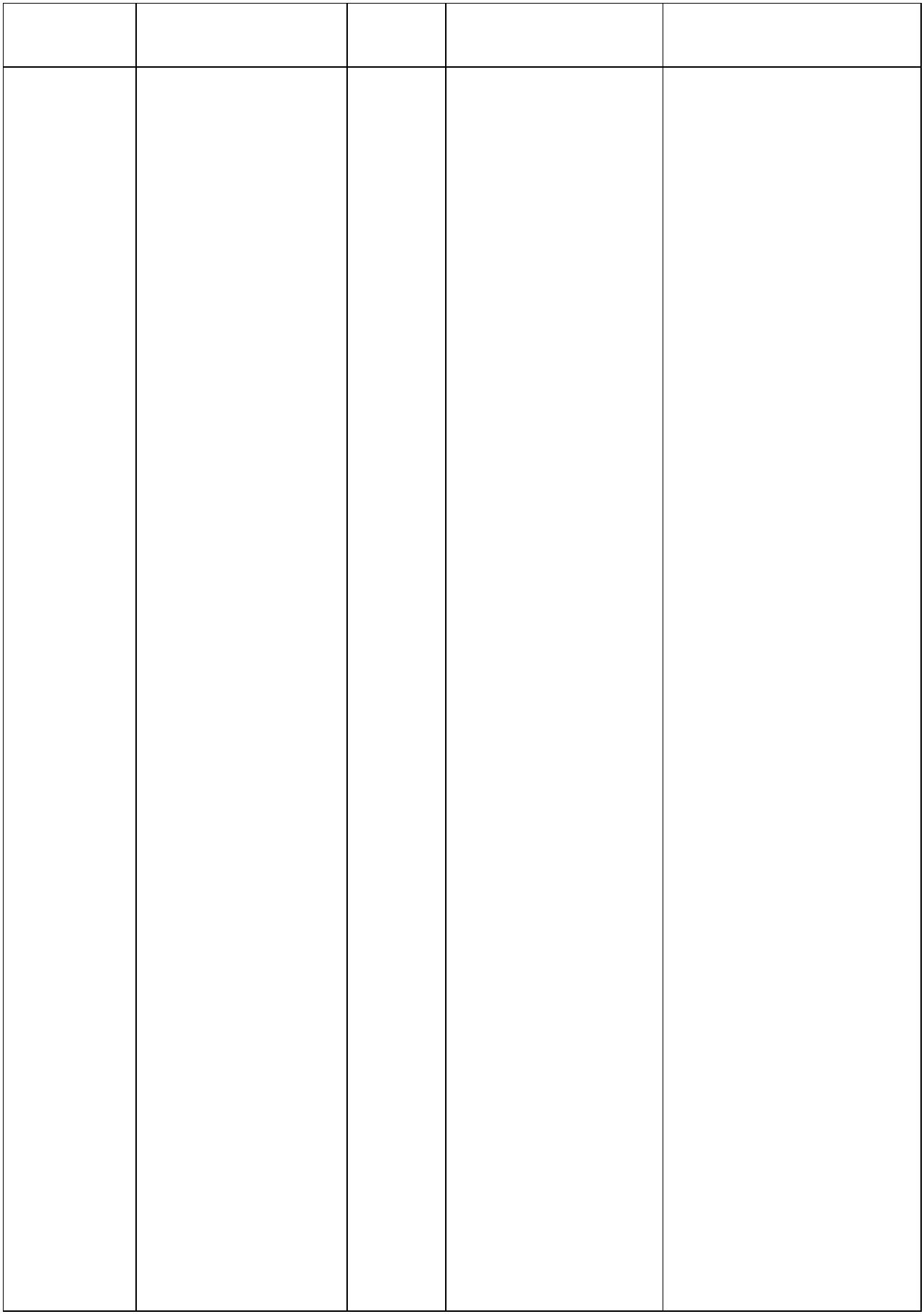
Monitor tanda-

tanda

-

kelebihan

76



cairan pada

pasien

-

-

Monitor TTV

pasien

Kolaborasi

dengan dokter

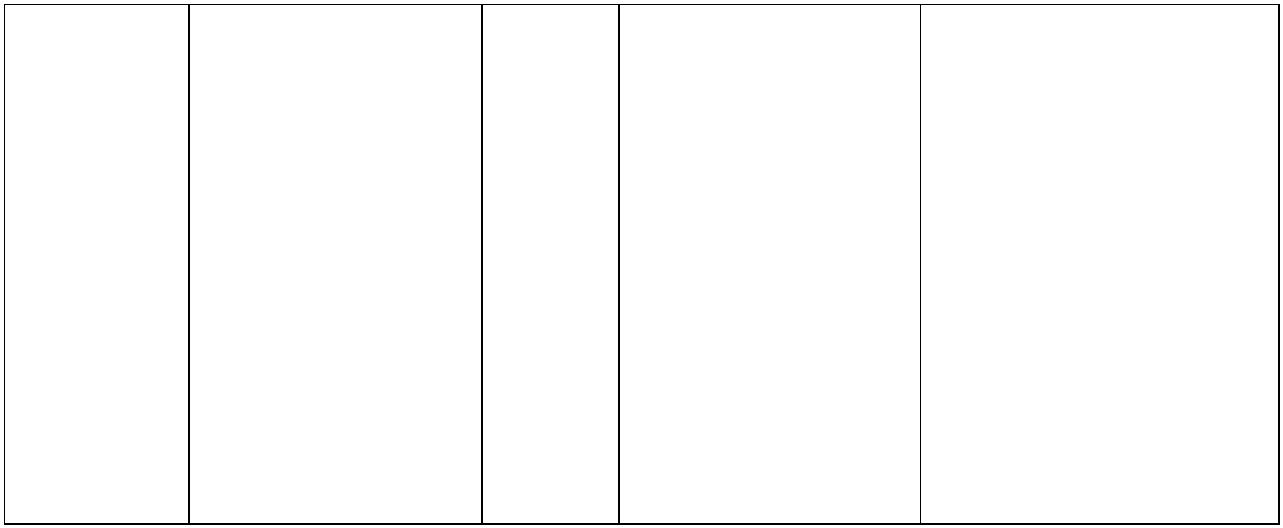
dalam

pemberian

obat.

(Januardi)

77



**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien: An.”R”/ No.CM: 01.77.45.03

Bangsal: Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito

**Hari/tgl**

**jam**

**Diagnosa**

**Keperawatan (WIB)**

**Jam**

**Pelaksanaan**

**Evaluasi**

Kamis,

21 Juli

2016

Kelebihan

Volume Cairan

berhubungan

dengan

19.00 1. Memonitor

tanda-tanda

Jumat, 22 Juli 2016

08.10 WIB.

S:

-

kelebihan

cairan pasien

19.00

WIB

(Shift

Malam)

gangguan

mekanisme

regulasi

-

Tidak ada

asites, tidak

ada edema

O:

-

Tidak tampak

adanya edema

dan asites

-

Tidak ada

bunyi nfas

abnormal

(Januardi)

19.20

-

-

Tidak ada

sesak nafas

Sudah di

2. Memonitor

TTV pasien

-

Td: 90/55

mmhg, N:

120x/m,

Rr:28x/m,

S: 36,5oC

berikan terapi

obat furosemid

10 mg untuk

memperlancar

kencing jam

06.00 WIB.

Td: 100/60

mmhg, N:

110x/m, Rr:

22x/m.

Balance Cairan

tanggal 21 Juli

2016 = - 273

cc.

-

-

(Januardi)

20.00

3. Berkolaborasi

dengan dokter

dalam

pemberian

obat.

-

A:

Diberikan

obat

furosemid

10 mg per

oral.

Masalah kelebihan

volume cairan

teratasi sebagian.

P:

Lanjutkan Intervensi

-

Monitor

(Januardi)

Balance cairan

pasien/24 jam

Monitor tanda-

tanda

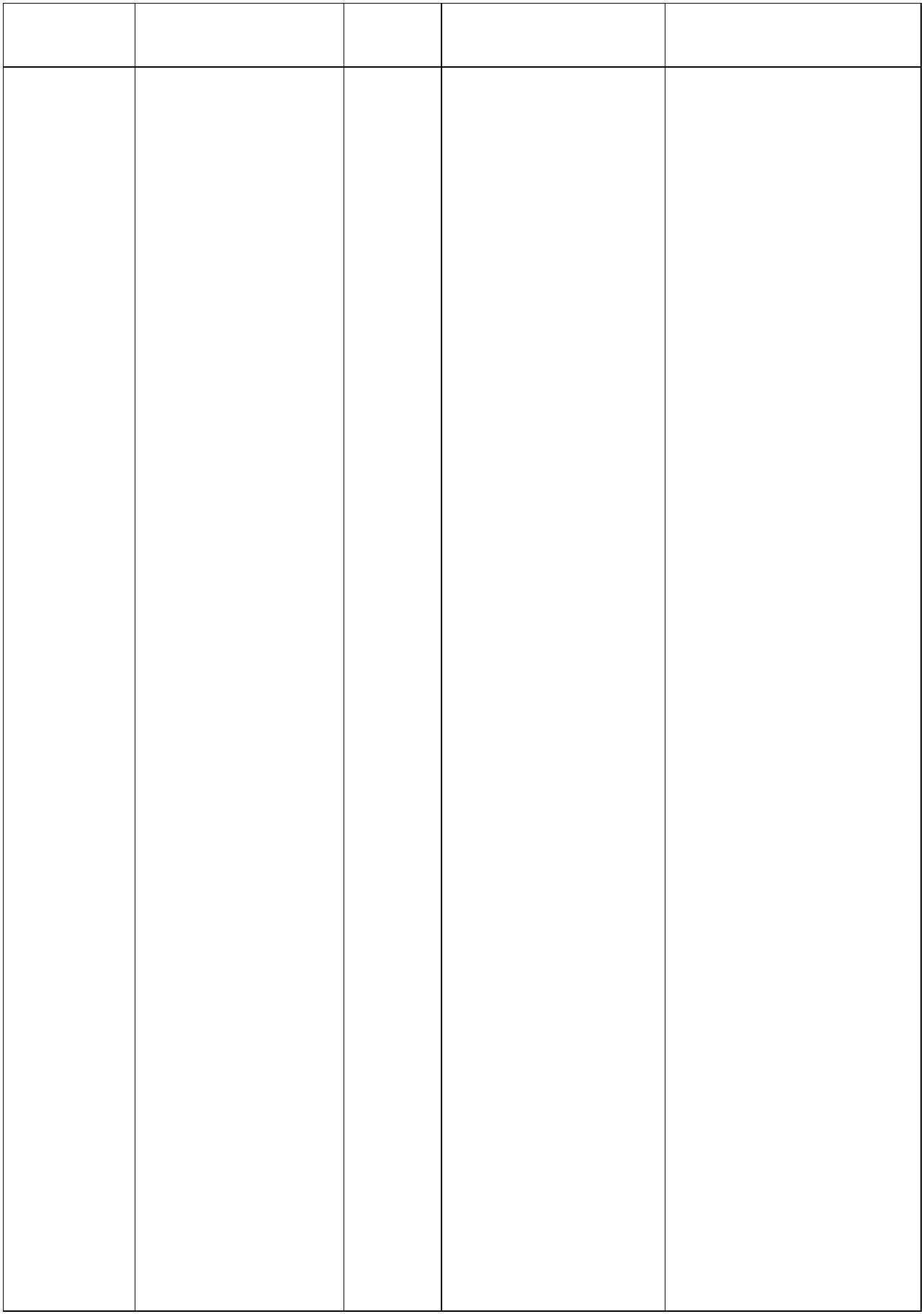
Jumat, 22 Juli

2016 jam 06.00

-

kelebihan

78



WIB

4. Berkolaborasi

cairan pada

pasien

-

-

Monitor TTV

pasien

Kolaborasi

dengan dokter

dalam

dengan dokter

dalam

pemberian

obat.

-

Diberikan

obat

pemberian

obat.

furosemid

10 mg per

oral.

(Januardi)

(Januardi)

07.30 Wib

5. Memonitor

Balance Cairan

Pasien/24 jam.

*input –*

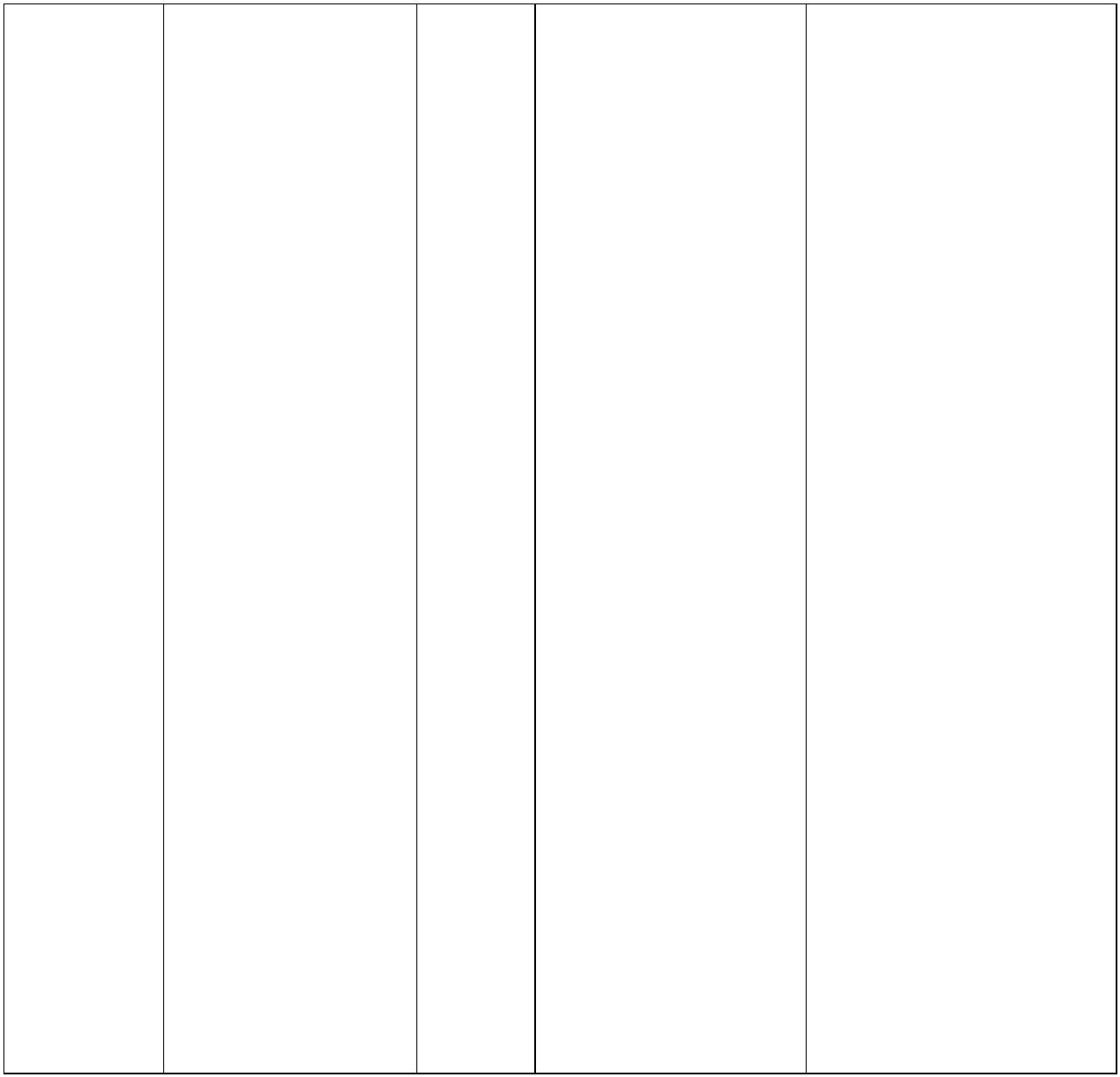
(*output*+*IWL*)

650 – (680 +

243) = - 273 cc.

(Januardi)

79



**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien: An.”R”/ No.CM: 01.77.45.03

Bangsal: Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito

**Hari/tgl**

**jam**

**Diagnosa**

**Keperawatan (WIB)**

**Jam**

**Pelaksanaan**

**Evaluasi**

Jumat, 22 Kelebihan

Juli 2016 volume cairan

09.40 1. Memonitor

tanda-tanda

Jumat, 22 Juli 2016

14.00 WIB.

08.10

WIB

(Shift

pagi)

berhubungan

dengan

gangguan

mekanisme

regulasi

kelebihan

cairan pasien

S:

-

O:

-

Tidak ada

asites, tidak

ada edema

-

Tidak tampak

edema dan

asites

-

Tidak ada

bunyi nfas

abnormal

(Januardi)

08.45

-

-

Tidak ada

sesak nafas

Sudah

2. Memonitor

TTV pasien

-

Td: 100/65

diberikan

mmhg, N:

117x/m,

Rr:22x/m,

S: 37,0oC

terapi obat

furosemid 10

mg untuk

memperlancar

kencing jam

12.30 WIB.

Td: 100/60

mmhg, N:

130x/m, Rr:

23x/m S:37,0

(Januardi)

-

09.00

3. Menganjurkan

keluarga untuk

mencatat *intake*

*dan output*

A:

Masalah kelebihan

volume cairan

teratasi sebagian.

P:

pasien.

-

Output

pasien 75

cc

Lanjutkan Intervensi

-

Monitor

Balance cairan

pasien/24 jam

Monitor tanda-

tanda

kelebihan

cairan pada

pasien

(Januardi)

12.35

-

4. Berkolaborasi

dengan dokter

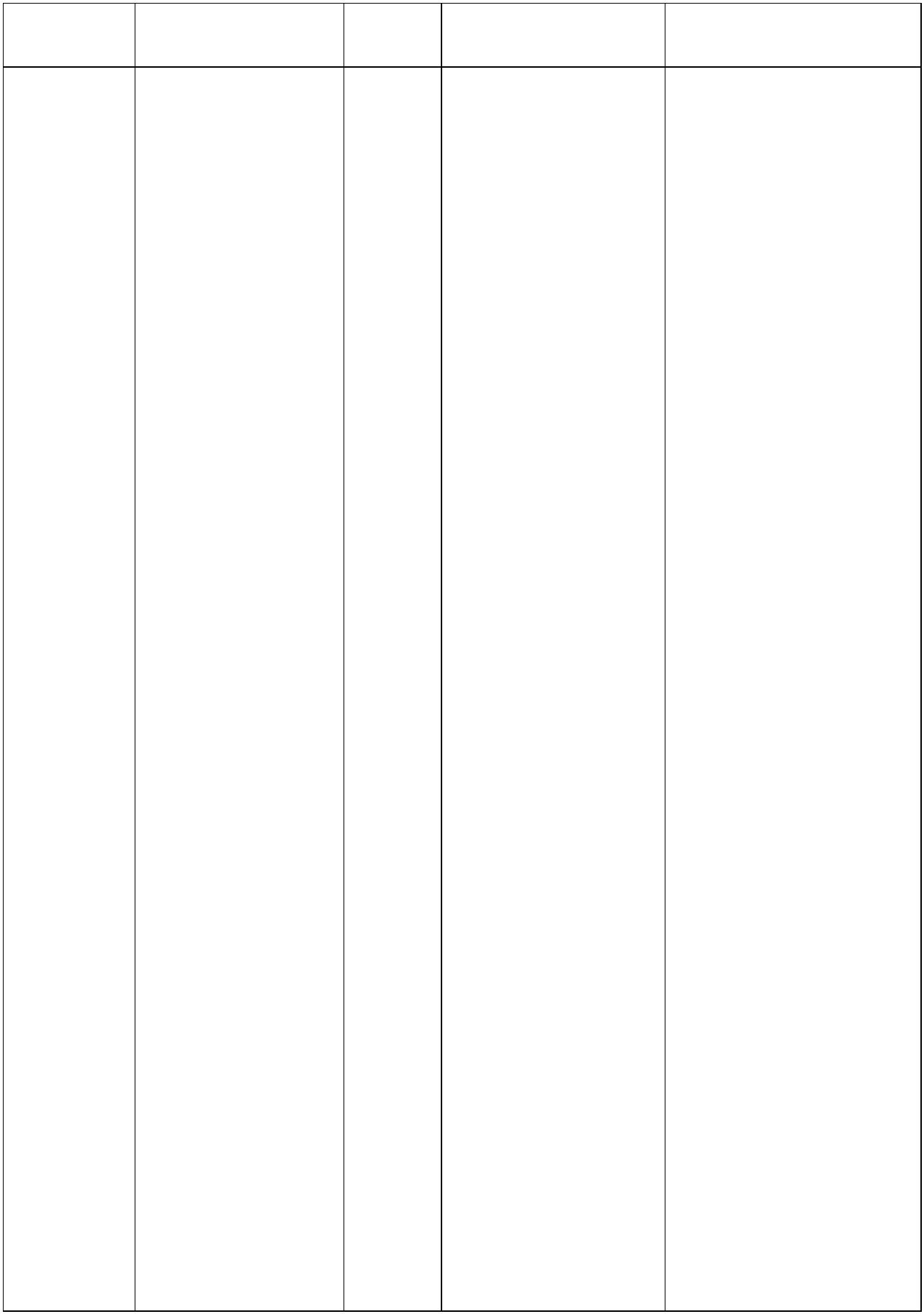
dalam

pemberian

-

Monitor TTV

80



obat.

Diberikan

pasien

-

-

Kolaborasi

dengan dokter

dalam

pemberian

obat.

obat

furosemid

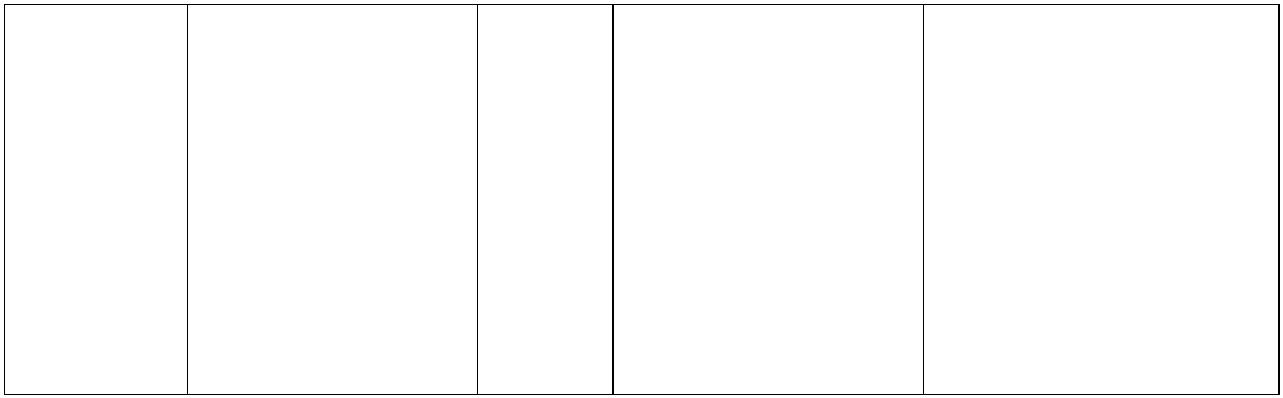
20 mg per

oral.

(Januardi)

(Januardi)

81



**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien: An.”R”/ No.CM: 01.77.45.03

Bangsal: Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito

**Hari/tgl**

**jam**

**Diagnosa**

**Keperawatan**

**Jam**

**(WIB)**

**Pelaksanaan**

**Evaluasi**

Jumat, 22 Kelebihan

Juli 2016 volume cairan

14.00 1. Mengingatkan Jumat, 22 Juli 2016

keluarga agar jam 16.02 WIB.

14.00

WIB

berhubungan

dengan

tidak lupa

mencatat

S:

-

(Shift

Sore)

gangguan

mekanisme

regulasi

*intake* dan

*output* pasien.

O:

-

Tidak tampak

edema dan

asites

Tidak ada

bunyi nfas

abnormal

-

Pasien

mengataka

n bersedia.

-

-

-

Tidak ada

(Januardi)

sesak nafas

Pasien masih

mendapatkan

terapi obat

furosemid 10

mg untuk

14.20

2. Memonitor

*Intake* dan

*output* pasien.

-

Output

urin pasien

jam 14.20:

150 cc

dengan

warna

memperlancar

kencing.

Td: 110/60

mmhg, N:

120x/m, Rr:

23x/m S:36,7

-

jernih

A:

Masalah kelebihan

volume cairan

teratasi sebagian.

P:

(Januardi)

15.30 3. Memonitor

TTV pasien

Lanjutkan Intervensi

-

Td: 100/60

-

Monitor

mmhg, N:

109x/m,

Rr:22x/m

Balance cairan

pasien/24 jam

Monitor tanda-

tanda

-

kelebihan

cairan pada

pasien

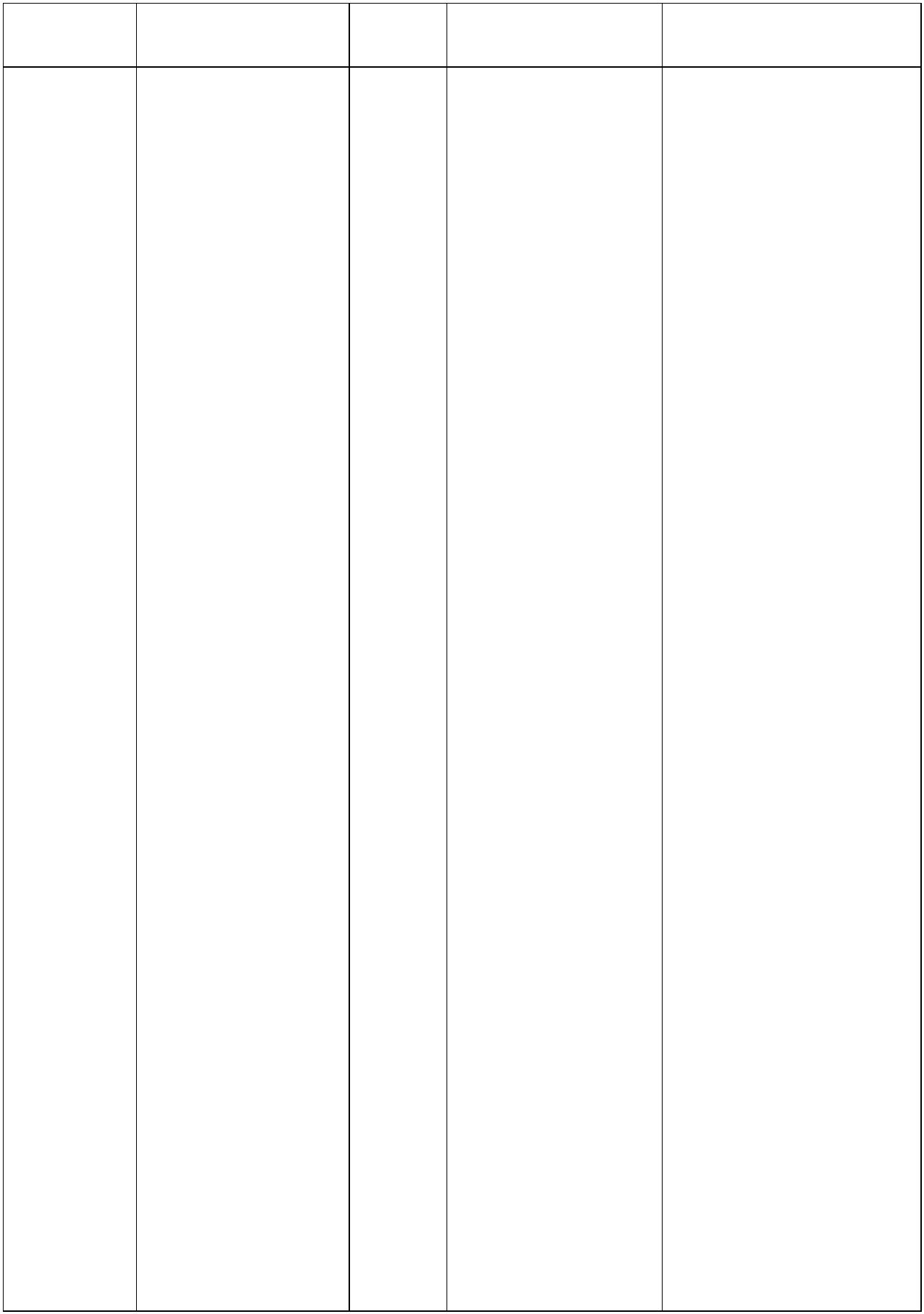
(Januardi)

-

Monitor TTV

pasien

82



15.55 4. Memonitor

tanda-tanda

-

Kolaborasi

dengan dokter

dalam

kelebihan

cairan pasien

pemberian

obat.

-

Tidak ada

asites,

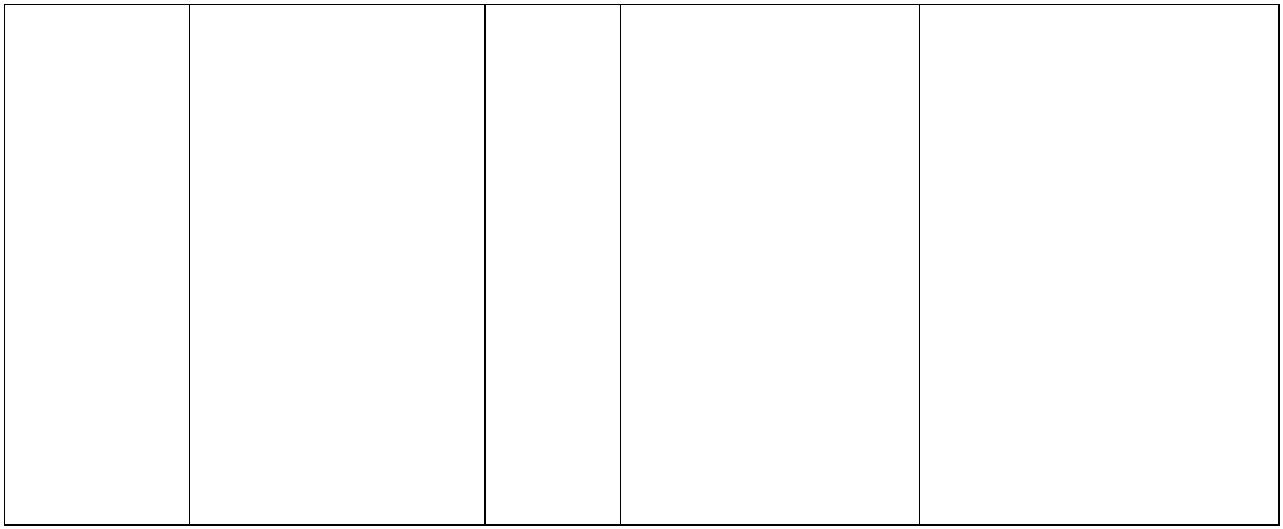
tidak ada

edema

(Januardi)

(Januardi)

83



**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien: An.”R”/ No.CM: 01.77.45.03

Bangsal: Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito

**Hari/tgl**

**jam**

**Diagnosa**

**Keperawatan (WIB)**

**Jam**

**Pelaksanaan**

**Evaluasi**

Jumat, 22 Kelebihan

Juli 2016 volume cairan

19.35 1. Memonitor

tanda-tanda

Sabtu, 23 Juli 2016

07.30 WIB.

19.30

WIB

berhubungan

dengan

kelebihan

cairan pasien

S:

-

(Shift

Malam)

gangguan

mekanisme

regulasi

-

Tidak ada

asites, tidak

ada edema

O:

-

-

Tidak tampak

adanya

kelebihan

cairan edema

dan asites

Tidak ada

bunyi nfas

abnormal

(Januardi)

19.40

2. Memonitor

TTV pasien

-

-

Tidak ada

sesak nafas

Sudah di

-

Td: 100/65

mmhg, N:

117x/m,

Rr:22x/m,

S: 37,2oC

berikan terapi

obat furosemid

10 mg untuk

memperlancar

kencing jam

06.00 WIB.

Td: 110/60

mmhg, N:

112x/m, Rr:

24x/m S:

(Januardi)

20.00

-

-

3. Berkolaborasi

dengan dokter

dalam

37,3oC

pemberian

obat.

Balance Cairan

tanggal 22 Juli

2016 = - 343

cc.

-

Diberikan

obat

furosemid

10 mg per

oral.

A:

Masalah kelebihan

volume cairan

teratasi sebagian.

P:

Lanjutkan Intervensi

(Januardi)

Sabtu, 23 Juli

2016 jam 06.00

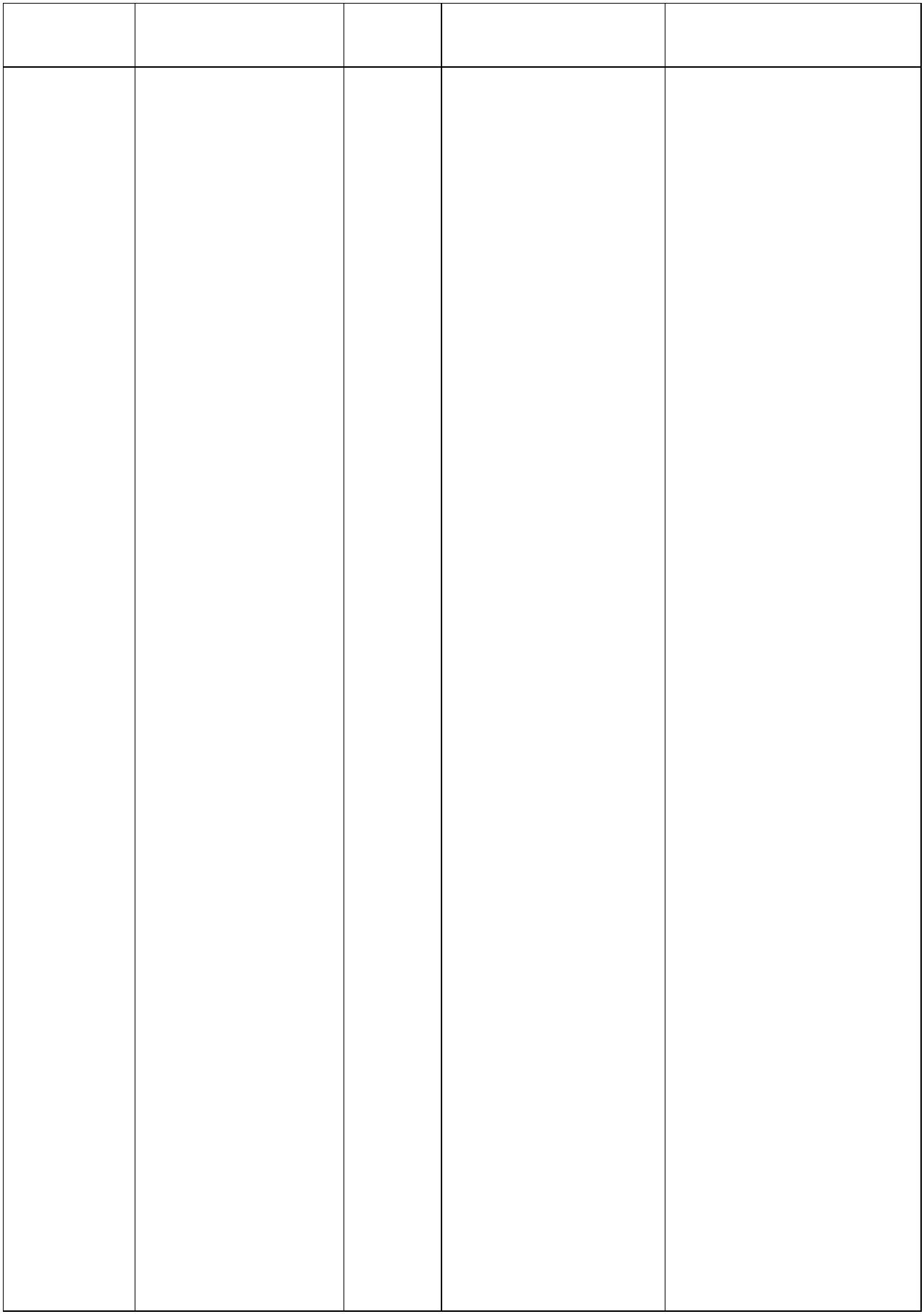
-

Monitor

Balance cairan

pasien/24 jam

84



WIB

4. Berkolaborasi

-

Monitor tanda-

tanda

kelebihan

cairan pada

pasien

Monitor TTV

pasien

Kolaborasi

dengan dokter

dalam

pemberian

obat.

dengan dokter

dalam

pemberian

obat.

-

-

-

Diberikan

obat

furosemid

10 mg per

oral.

(Januardi)

(Januardi)

07.30 Wib

5. Memonitor

Balance Cairan

Pasien/24 jam.

*input* –

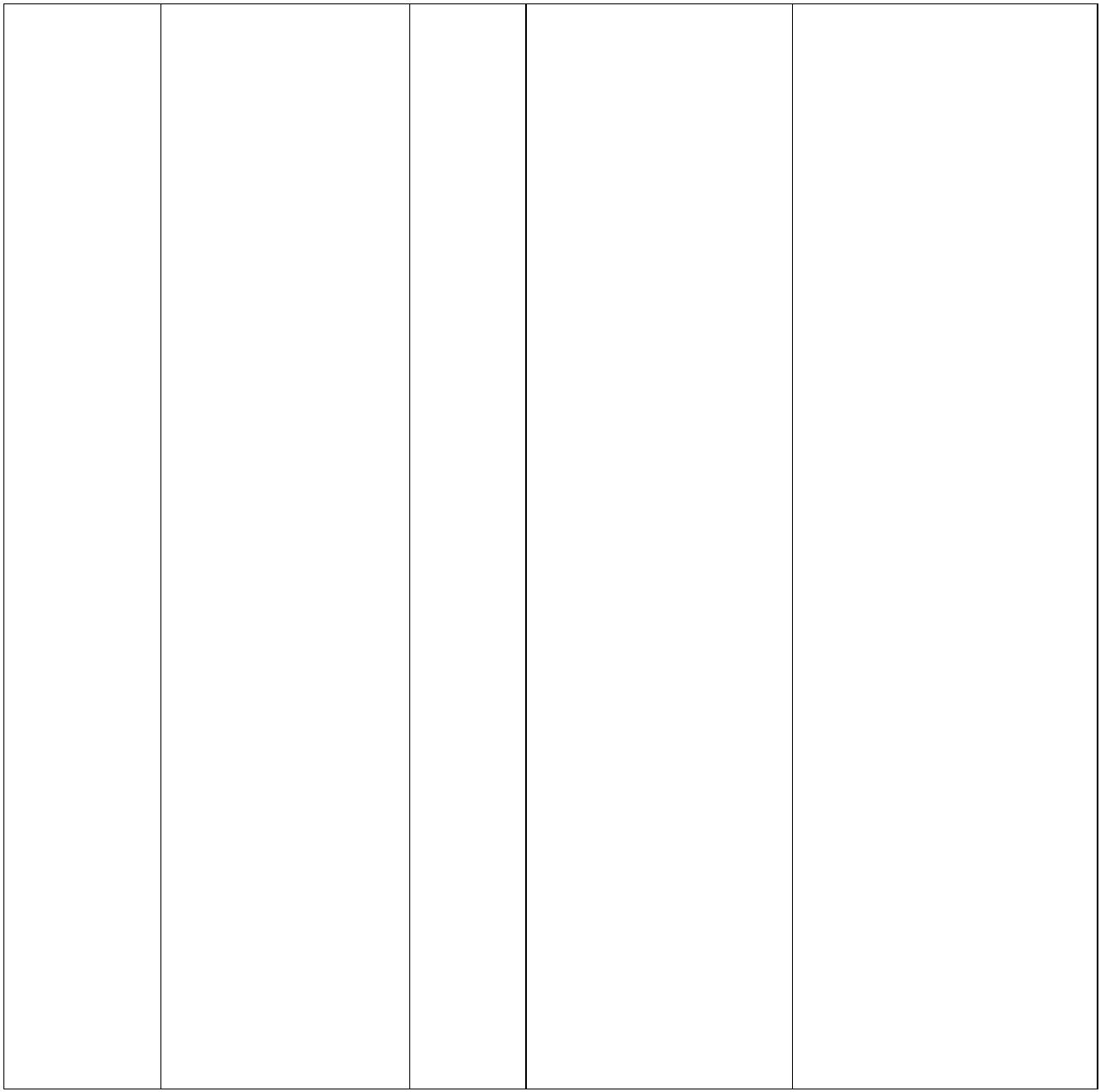
*(output+IWL)*

650– (750 +

243) = - 343 cc.

(Januardi)

85



**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien: An.”R”/ No.CM: 01.77.45.03

Bangsal: Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito

**Hari/tgl**

**jam**

**Diagnosa**

**Keperawatan (WIB)**

**Jam**

**Pelaksanaan**

**Evaluasi**

Sabtu, 23 Kelebihan

Juli 2016 volume cairan

08.30 1. Memonitor

tanda-tanda

Sabtu, 23 Juli 2016

14.00 WIB.

S:

08.30

WIB

berhubungan

dengan

kelebihan

cairan pasien

-

Ibu pasien

(Shift

Pagi)

gangguan

mekanisme

regulasi

-

Tidak ada

asites, tidak

ada edema

mengatakan

anaknya lemas

O:

-

Tidak tampak

adanya edema

dan asites

(Januardi)

-

Tidak ada

bunyi nfas

abnormal

Tidak ada

sesak nafas

Sudah di

09.00

2. Memonitor

TTV pasien

-

-

-

Td: 150/70

mmhg, N:

120x/m,

Rr:24x/m,

S: 36,5oC

berikan terapi

obat furosemid

10 mg jam

13.00 WIB.

Td: 150/70

mmhg, N:

-

(Januardi)

13.00

110x/m, Rr:

24x/m.

3. Berkolaborasi

dengan dokter

dalam

A:

Masalah kelebihan

volume cairan

teratasi sebagian.

P:

pemberian

obat.

-

Diberikan

obat

Lanjutkan Intervensi

-

Monitor

furosemid

10 mg per

oral.

Balance cairan

pasien/24 jam

Monitor tanda-

tanda

-

kelebihan

cairan pada

pasien

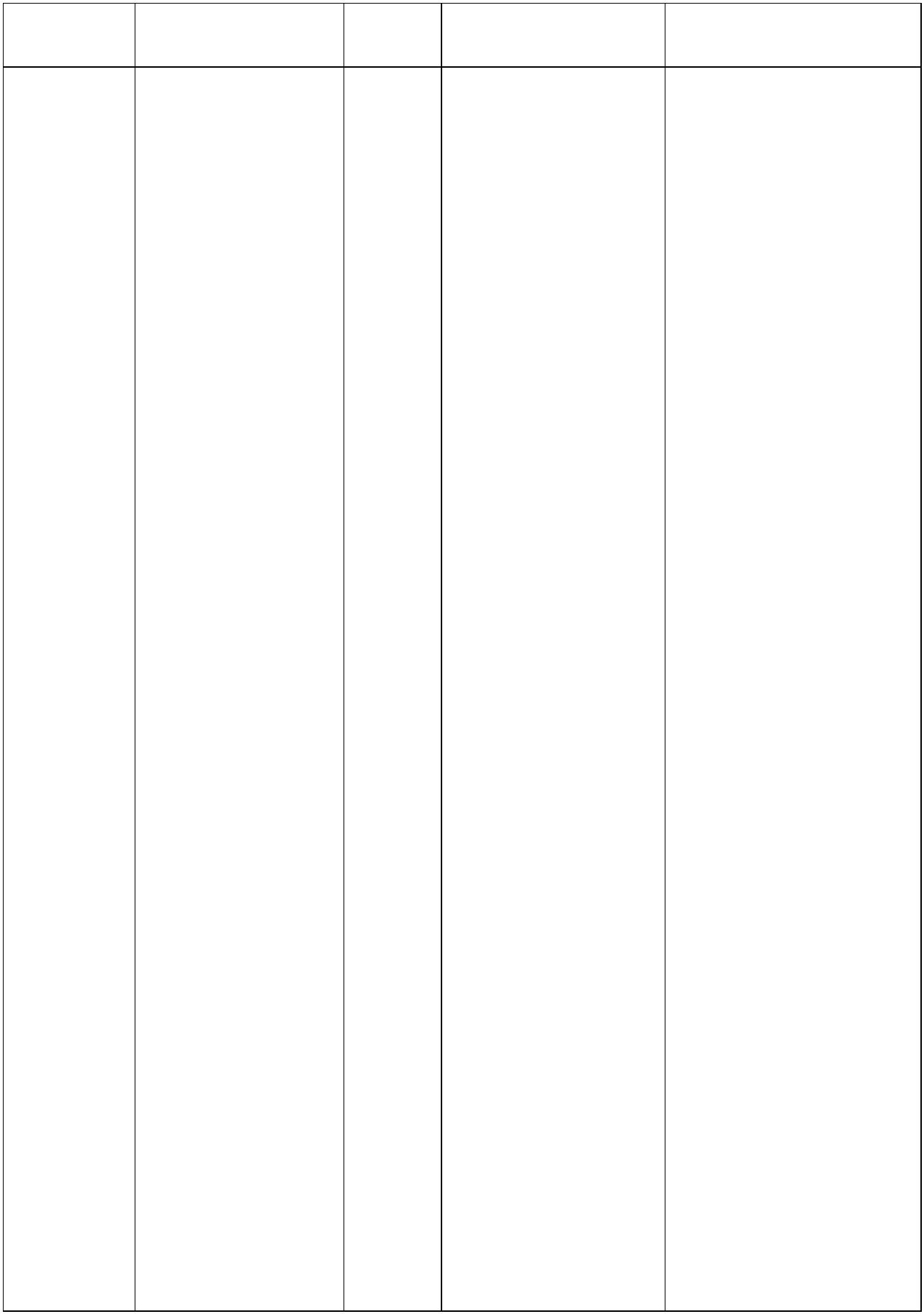
(Januardi)

-

Monitor TTV

pasien

86



-

Kolaborasi

dengan dokter

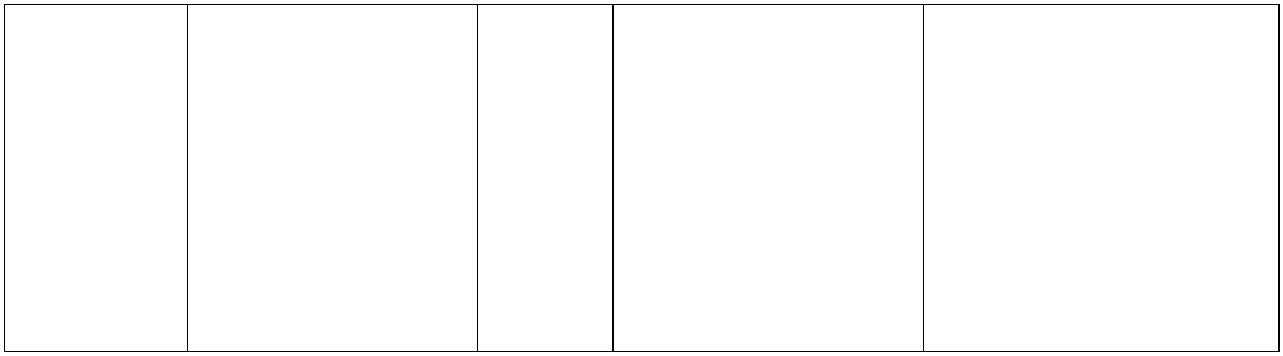
dalam

pemberian

obat.

(Januardi)

87



**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien: An.”R”/ No.CM: 01.77.45.03

Bangsal: Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito

**Hari/tgl**

**jam**

**Diagnosa**

**Keperawatan**

**Jam**

**(WIB)**

**Pelaksanaan**

**Evaluasi**

Sabtu, 23 Kelebihan

Juli 2016 volume cairan

14.00 1. Memonitor

TTV pasien

Sabtu, 23 Juli 2016

16.10 WIB.

14.00

WIB

(Shift

sore)

berhubungan

dengan

gangguan

mekanisme

regulasi

-

Td: 140/70 S:

mmhg, N:

124x/m,

Rr:24x/m,

S: 36,5oC

-

Ibu pasien

mengatakan

anak bengkak

di daerah

tangannya.

Ibu pasien

mengatakan

anaknya BB

bertambah ½

kg awalnya 9

Kg menjadi 9

½ kg

-

(Januardi)

14.20 2. Memonitor

*intake* dan

*output* pasien.

-

Haluaran

urin 50 cc. O:

-

Tampak edema

+1 di tangan

pasien.

(Januardi)

-

-

Pasien tampak

lemas

Td: 150/80

mmhg, N:

124x/m, Rr:

24x/m.

15.30

3. Memonitor

tanda-tanda

kelebihan

cairan pasien

-

Haluaran urin

sedikit

-

Tampak

edema di

tangan

A:

Masalah kelebihan

volume cairan belum

teratasi.

pasien +1

P:

Lanjutkan Intervensi

15.40

(Januardi)

-

-

Monitor

Balance cairan

pasien/24 jam

Monitor tanda-

tanda

4. Menganjurkan

keluarga untuk

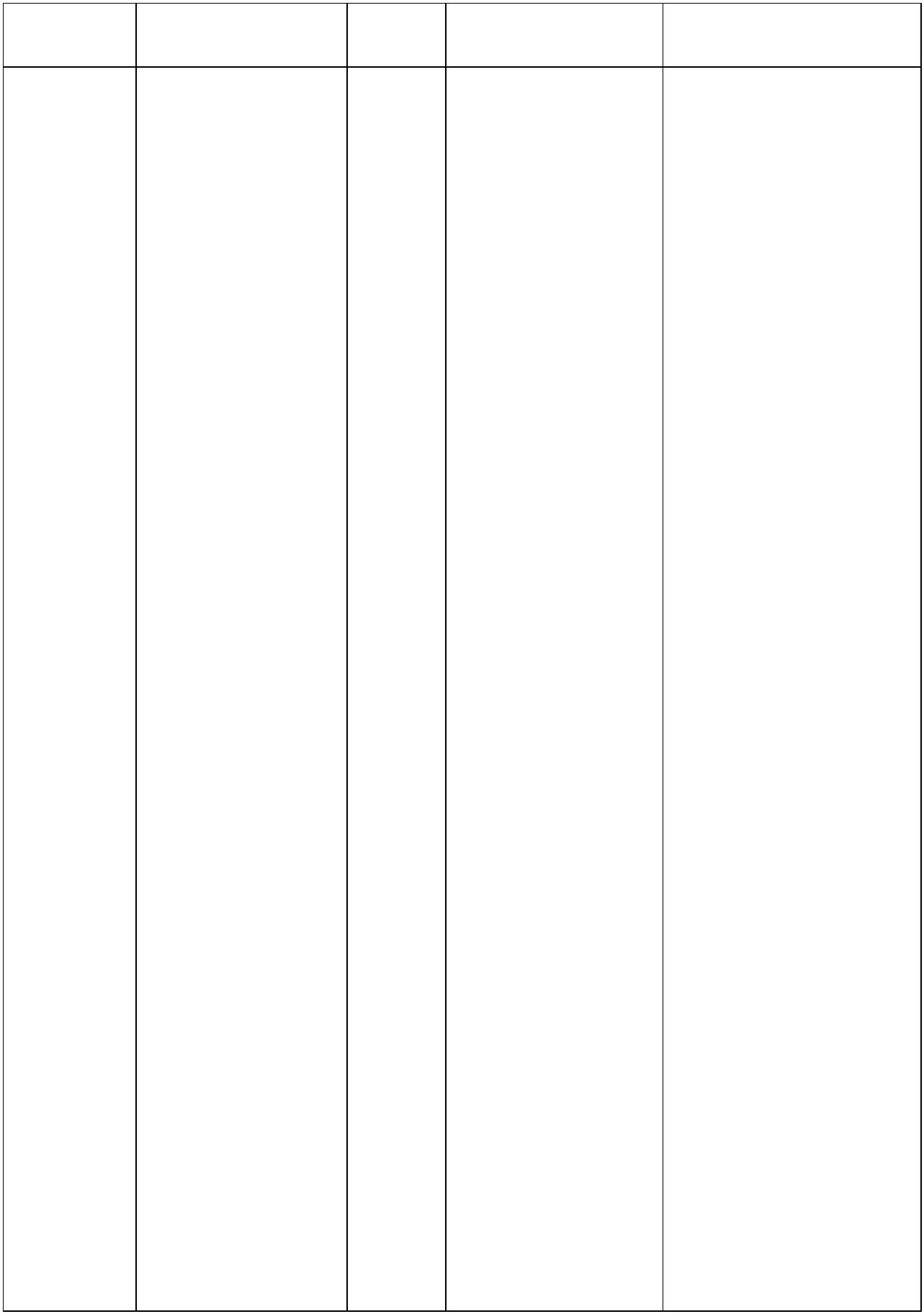
membatasi

asupan cairan

kelebihan

cairan pada

88



tidak lebih dari

kebutuhan

cairan pasien

yaitu 900 ml.

pasien

Monitor TTV

pasien

Kolaborasi

dengan dokter

dalam

pemberian

obat.

-

-

-

Ibu pasien

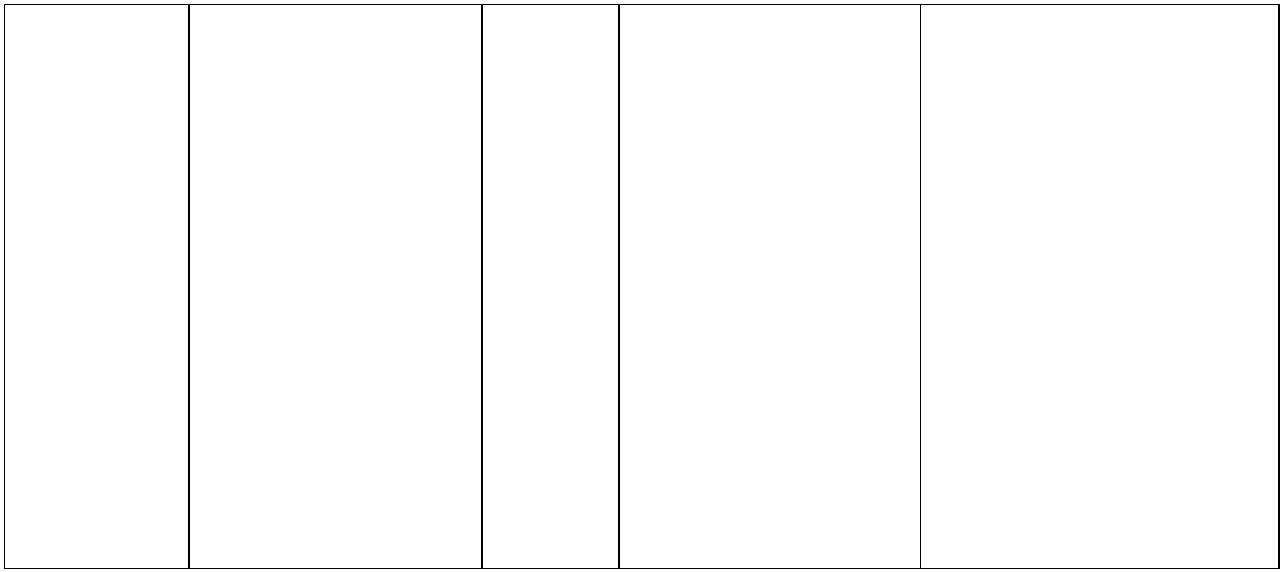
mengataka

n bersedia

(Januardi)

(Januardi)

89



**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien: An.”R”/ No.CM: 01.77.45.03

Bangsal: Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito

**Hari/tgl**

**jam**

**Diagnosa**

**Keperawatan (WIB)**

**Jam**

**Pelaksanaan**

**Evaluasi**

Sabtu, 23 Kelebihan

Juli 2016 volume cairan

19.00 1. Memonitor

TTV pasien

Minggu, 24 Juli 2016

08.10 WIB.

19.00

WIB

berhubungan

dengan

-

Td: 140/70 S:

mmhg, N:

-

Ibu pasien

(Shift

Malam)

gangguan

mekanisme

regulasi

130x/m,

Rr:23x/m,

S: 37,2oC

mengatakan

anak bengkak

di daerah

tangan dan

wajahnya.

(Januardi)

-

Ibu pasien

19.20 2. Memonitor

*intake output*

pasien.

mengatakan

anaknya lemas

O:

-

Haluaran

urin 100 cc.

-

Tampak edema

+1 di tangan

dan wajah

pasien.

(Januardi)

19.30 3. Memonitor

tanda-tanda

-

-

Pasien tampak

lemas

Td: 140/70

mmhg, N:

121x/m, Rr:

24x/m.

Haluaran urin

dari jam 05.00

WIB 70 cc.

Sudah di

kelebihan

cairan pasien

-

Tampak

edema di

tangan

-

-

pasien +1

berikan obat

furosemid 10

mg per oral

jam 06.00

pagi.

(Januardi)

20.20

4. Berkolaborasi

dengan dokter

dalam

A:

pemberian

obat.

Masalah kelebihan

volume cairan belum

teratasi.

-

Diberikan

obat

furosemid

10 mg per

oral.

P:

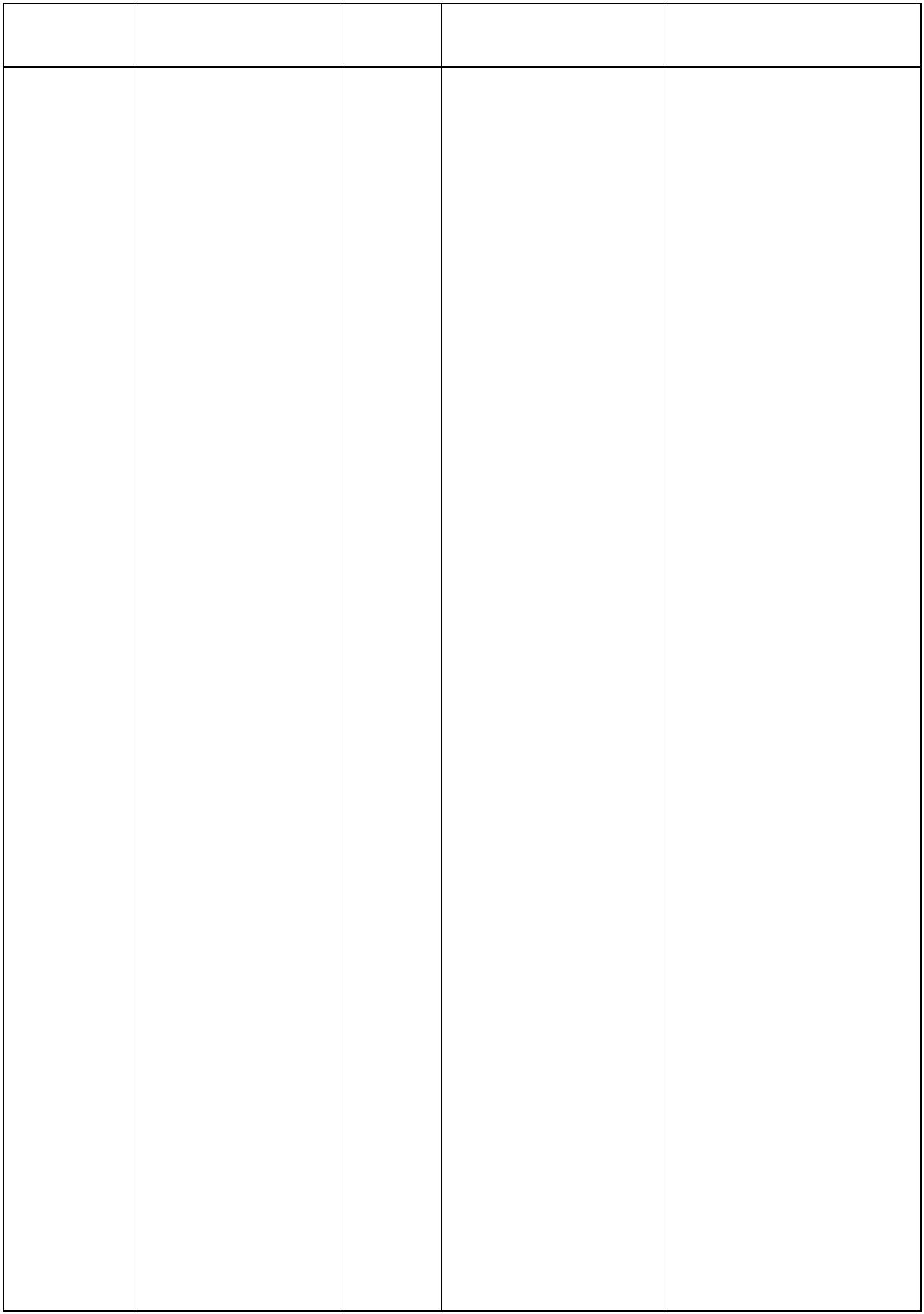
Lanjutkan Intervensi

-

Monitor

Balance cairan

90



pasien/24 jam

Monitor tanda-

tanda

kelebihan

cairan pada

pasien

Monitor TTV

pasien

Kolaborasi

dengan dokter

dalam

-

(Januardi)

5. Menganjurkan

keluarga untuk

membatasi

20.30

-

-

asupan cairan

tidak lebih dari

kebutuhan

cairan pasien

yaitu 900 ml

pemberian

obat.

-

Keluarga

mengatakan

bersedia

(Januardi)

(Januardi)

Minggu 24 Juli

2016 jam 06.00

WIB

6. Berkolaborasi

dengan dokter

dalam

pemberian

obat.

-

Diberikan

obat

furosemid

10 mg

(Januardi)

Jam 07.40 wib

7. Memonitor

Balance Cairan

pasien/24 jam

*input* –

*(output+IWL)*

825– (570 +

243) = + 12

cc.

(Januardi)

91

