

LAMPIRAN – LAMPIRAN

PENJELASAN PERSETUJUAN
(Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

Nim:

Assalamualaikum Wr.Wb

Dengan surat penjelasan persetujuan ini diharapkan agar saudara berkenan untuk bersedia menjadi pasien penelitian yang saya ajukan. Saya mahasiswa Universitas Muhammadiyah Pringsewu Program Studi DIII Keperawatan akan melakukan penelitian/Asuhan Keperawatan yang berjudul “Asuhan keperawatan klien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan di RSUD Pringsewu tahun 2021”. Tujuan penelitian ini adalah melaksanakan Asuhan keperawatan klien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan. Yang akan di lakukan selama 3 hari berturut-turut. Sehubungan dengan hal tersebut, maka saya berharap Saudara berkenan/bersedia menjadi pasien penelitian yang saya ajukan, dengan ini saya akan menjaga kerahasiaan nama dan informasi yang saudara berikan, atas partisipasi Saudara saya ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum Wr.Wb.

Pringsewu, 2021
Peneliti

Hasna nuryanti

PERSETUJUAN
(*Informed Consent*) MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Jenis kelamin :

Setelah mendapat penjelasan oleh peneliti tentang penelitian “Asuhan keperawatan klien yang mengalami gagal ginjal kronik dengan kelebihan volume cairan di RSUD Pringsewu Tahun 2021”, Maka dengan ini menyatakan **bersedia** atau **tidak bersedia** untuk menjadi responden dalam penelitian ini, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Saya akan menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan oleh peneliti dengan jujur dan apa adanya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebaik-baiknya.

Pringsewu, 2021

(.....)

SOP MENGHITUNG DAN MEMANTAU BALANCE CAIRAN

TUJUAN	Mengetahui jumlah masuk cairan Mengetahui keluaran cairan Mengetahui balance cairan Menentukan kebutuhan cairan
KEBIJAKAN	Pasien dengan kecenderungan gangguan regulasi cairan
PERALATAN	Alat tulis Gelas ukur urine/ urine bag
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>Tahap Pra Interaksi Melakukan pengecekan program terapi Mencuci tangan Tahap orientasi Memberikan salam teraupetik Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan</p> <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung intake oral (minum) 2. Menghitung intake oral (makan) 3. Menghitung intake perinatal 4. Menghitung cairan metabolisme 5. Menghitung output urine 6. Menghitung output feses 7. Menghitung output abnormal (muntah, drain, perdarahan dll.) 8. Menghitung output IWL 9. Menghitung balance cairan 10. Mendokumentasi tindakan yang telah dilakukan <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi respon pasien 2. Merencanakan tindak lanjut 3. Melakukan kontrak yang akan datang

STANDART OPRASIONAL INJEKSI INTRAVENA

NO	Aspek Yang Dikerjakan	Keterangan
1.	<p>Fase Pre interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek program terapi 2. Mempersiapkan alat <ul style="list-style-type: none"> • Buku catatan pemberian obat atau kartu obat • Kapas alkohol • Sarung tangan • Obat yang sesuai • Sduit 2 ml – 5 ml • Bak sduit • Baki obat • Plester • Perlak pengalas • Pembendung vena (torniquet) • Kassa steril (bila perlu) • Bengkok 	
2.	<p>Fase Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam teraupetik 2. Melakukan validasi 3. Melakukan kontrak 4. Menjelaskan tujuan & langkah tindakan 5. Jaga privasi klien 	
3.	<p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Siapkan obat dengan prinsip 6 benar 3. Salam terapeutik 4. Identifikasi klien 5. Beritahu klien dan jelaskan prosedur yang akan diberikan 6. Atur klien pada posisi yang nyaman 7. Pasang perlak pengalas 8. Bebaskan lengan klien dari baju atau kemeja 	

	<ol style="list-style-type: none"> 9. Letakkan pembendung 10. Pilih area penusukan yang bebas dari tanda kekakuan, peradangan, atau rasa gatal. Menghindari gangguan absorpsi obat atau cedera dan nyeri yang berlebihan. 11. Pakai sarung tangan 12. Bersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alkohol, dengan gerakan sirkuler dari arah dalam keluar dengan diameter sekitar 5 cm. Tunggu sampai kering. Metode ini dilakukan untuk membuang sekresi dari kulit yang mengandung mikroorganisme. 13. Pegang kapas alkohol, dengan jari-jari tengah pada tangan non dominan. 14. Buka tutup jarum. Tarik kulit kebawah kurang lebih 2,5 cm dibawah area penusukan dengan tangan non dominan. Membuat kulit menjadi lebih kencang dan vena tidak bergeser, memudahkan penusukan. Sejajar vena yang akan ditusuk perlahan dan pasti. Pegang jarum pada posisi 30. 15. Rendahkan posisi jarum sejajar kulit dan teruskan jarum ke dalam vena 16. Lakukan aspirasi dengan tangan non dominan menahan barrel dari spuit dan tangan dominan menarik plunger. 17. Observasi adanya darah pada spuit 18. Jika ada darah, lepaskan terniquet dan masukkan obat perlahan-lahan. 19. Keluarkan jarum dengan sudut yang sama seperti saat dimasukkan, sambil melakukan penekanan dengan menggunakan kapas alkohol pada area penusukan 20. Tutup area penusukan dengan menggunakan kassa steril yang diberi betadin 21. Kembalikan posisi klien 22. Buang peralatan yang sudah tidak diperlukan ke dalam bengkok 23. Buka sarung tangan 24. Cuci tangan 25. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan 	
4.	<p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mengevaluasi respon pasien 5. Merencanakan tindak lanjut 	

	6. Melakukan kontrak yang akan datang	
--	---------------------------------------	--

Skala Penilaian Pitting Edema

Tingkat	Deskripsi
1+	Pitting ringan, tidak ada distorsi (perubahan) yang terlihat, cepat menghilang
2+	Lebih dalam dari 1+, tidak ada distorsi (perubahan) yang langsung terdeteksi, menghilang dalam 10-15 detik
3+	Cukup dalam, dapat berlangsung lebih dari 1 menit, ekstremitas yang terkena tampak lebih lebar dan membengkak
4+	Sangat dalam, berlangsung 2-5 menit, ekstremitas yang terkena terlihat sangat mengalami perubahan.

**FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Ruang :
No. *Medical Record* :
Tanggal Pengkajian :
Pukul :

A. DATA DASAR

1. DATA DEMOGRAFI

a. Sumber informasi

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat kesehatan masuk RS (UGD/Poliklinik)

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian/Riwayat Penyakit Sekarang

1). Keluhan Utama : (PQRST)

2). Keluhan penyerta

c. Riwayat Kesehatan Lalu

d. Riwayat Kesehatan Keluarga :

e. Riwayat Psikososial – spiritual:

f. Pengetahuan Pasien & Keluarga

g. Lingkungan

h. Kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit:

No	Pola Kebiasaan	Sebelum Sakit	Saat sakit
1)	Pola Nutrisi & Cairan	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

2)	Pola Eliminasi	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
3)	Pola Personal Hygiene	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
4)	Pola Istirahat & Tidur	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5)	Pola Aktivitas & Latihan	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
6)	Pola Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

		_____	_____
		_____	_____

3. PENGKAJIAN FISIK

a. Pemeriksaan umum

b. Pemeriksaan fisik per system

1). Sistem Penglihatan

2). Sistem Pendengaran

3). Sistem Wicara

4). Sistem Pernafasan

5). Sistem Kardiovaskuler

6). Sistem Neurologi

7). Sistem Pencernaan

8). Sistem Immunology

9).Sistem Endokrin

10). Sistem Urogenital

11).SistemIntegumen

12).SistemMuskuloskeletal

4. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Pemeriksaan Diagnostik

b. Pemeriksaan Laboratorium

5. PENATALAKSANAAN

a. Penatalaksanaan Medis (Therapi obat, Operatif dan lain-lain)

b. Penatalaksanaan Keperawatan (Saat pengkajian)

6. RESUME KONDISI KLIEN (Saat di IGD sampai saat pengkajian)

B. DATA FOKUS

• Data Subjektif

• DataObjektif

C. ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Etiologi
----	------	---------	----------

1.	DS : _____ _____		
	DO : _____ _____		
2.	DS : _____ _____		
	DO : _____ _____		
3.	DS : _____ _____		
	DO : _____ _____		
Dst..			

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN SESUAI DENGAN PRIORITAS

E. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NamaKlien :
Dx. Medis :
Ruang :
No. MR :

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan(SMART)	RencanaTindakan	Rasional

F. CATATAN PERKEMBANGAN

NamaKlien :
Dx. Medis :
Ruang :
No. MR :

No	Tanggal	Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Paraf	Evaluasi (SOAP)

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