

Gambaran Pasien Yang Mengalami Hipervolemia dengan Gagal Ginjal Kronik: Studi Kasus di RSUD dr. Chasbullah Abdul Majid Kota Bekasi

Evi Vestabilivy¹, Bunga Siska²

Description of Patients Experiencing Hypervolemia with Chronic Kidney Failure at RSUD dr. Chasbullah Abdul Majid, Bekasi City

Korespondensi: ¹vestabilivy@yahoo.co.id, ²jurnal@stikesphi.ac.id

Abstrak

Gagal Ginjal Kronik yaitu penyakit ginjal tahap akhir bersifat progresif dan *irreversible*. Data yang diperoleh dari *medical record* jumlah pasien dengan GJK di RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi pada bulan Januari sampai Maret 2023 mencapai 122 pasien. Tujuan penelitian adalah untuk memperoleh gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami hipervolemia dengan GJK di RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi. Desain penelitian yang digunakan kualitatif deskriptif. Partisipan dalam kasus ini 2 pasien dengan diagnosa medis dan jenis kelamin yang sama. Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari. Setelah dilakukan pengkajian didapatkan hasil edema pada ekstremitas, respirasi abnormal, gatal bintik merah, pemeriksaan laboratorium hemoglobin hematokrit menurun, ureum kreatinin meningkat serta USG abdomen. Berdasarkan pengkajian diperoleh 5 diagnosa keperawatan dengan 4 diagnosa yang sama, yaitu hipervolemia berhubungan dengan penurunan filtrasi ginjal, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan uremia dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi terkait pengobatan hemodialisa. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam yaitu monitoring intake output, maka diagnosa pada Tn. R dan Tn.C belum teratasi. Adapun kesenjangan dari kedua pasien, pada Tn. R adanya masalah keperawatan pola nafas tidak efektif dibuktikan dengan respirasi meningkat. Pada Tn. C nyeri akut dibuktikan dengan skala nyeri 6. Saran untuk peneliti selanjutnya diharapkan mengumpulkan dan memvalidasi data yang lengkap sehingga mendapatkan hasil yang lebih maksimal.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik, Hipervolemia

Abstract

Chronic Kidney Failure is a progressive and irreversible end-stage kidney disease. Data obtained from medical records on the number of patients with CRF at dr. Chasbullah Abdulmajid Bekasi City from January to March 2023 reached 122 patients. The aim of the study was to obtain an overview of the implementation of nursing care in patients who experience hypervolemia with CRF at dr. Chasbullah Abdulmajid, Bekasi City. The research design used is descriptive qualitative. Participants in this case were 2 patients with the same medical diagnosis and sex. Nursing care was carried out for 3 days. After the assessment was carried out, the results showed edema in the extremities, abnormal respiration, red itchy spots, decreased hematocrit hemoglobin in laboratory tests, increased creatinine urea, and abdominal ultrasound. Based on the study, 5 nursing diagnoses were obtained with the same 4 diagnoses, namely hypervolemia associated with decreased renal filtration, ineffective peripheral perfusion associated with decreased hemoglobin concentration, risk of impaired skin integrity associated with uremia and anxiety associated with less exposure to information related to hemodialysis treatment. After carrying out 3x24-hour nursing actions, namely monitoring intake output, the diagnoses of Mr. R and Mr. C have not been resolved. There was a gap between the two patients, in Tn. R there were problems with nursing ineffective breathing patterns as evidenced by increased respiration. At Mr. C, acute pain is evidenced by a pain scale of 6. Suggestions for further researchers are to collect and validate complete data so as to get maximum results.

Keywords: Nursing Care Chronic Renal Failure, Hypervolemia

¹ Dose pada Program Studi Keperawatan STIKes PHI

²Alumni pada Program Studi Keperawatan STIKes PHI

Pendahuluan

Ginjal merupakan organ tubuh yang berperan penting dalam mempertahankan kestabilan lingkungan dalam tubuh, kelangsungan hidup dan fungsi sel secara normal bergantung pada pemeliharaan konsentrasi garam, asam dan elektrolit lain pada bagian cairan internal. Apabila kerusakan ginjal terjadi secara menahun dapat menyebabkan terjadi gagal ginjal kronik (Rahayu, 2019).

Edema merupakan tanda dan gejala pada klien kelebihan volume cairan (hipervolemia). Edema merujuk kepada penimbunan cairan di jaringan subkutis dan menandakan ketidakseimbangan gaya-gaya starling (kenaikan tekanan intravaskuler atau penurunan tekanan intravaskuler) yang mengakibatkan cairan merembes ke dalam ruang interstisial. Edema akan terjadi pada keadaan hipoproteinemia dan gagal ginjal yang parah seperti gagal ginjal kronis (Sahang & Rahmawati, 2018).

Menurut WHO tahun 2018 salah satu penyakit tidak menular adalah Gagal Ginjal Kronik, secara global mencapai 10%. GGK menduduki penyakit kronik dengan angka kematian tertinggi ke-20 di dunia. (Nunung Liawati, 2022). Prevalensi penyakit Ginjal Kronik adalah 0,38%. Menurut Riskesdas tahun 2018 prevalensi GGK di Indonesia terus meningkat sebelumnya yaitu sekitar 450.500 orang (1,89%) menjadi 499.800 orang (2%). Jawa barat menjadi salah satu provinsi penyumbang tertinggi pada tahun 2013-2018 yaitu sebanyak 33.828 (5,3%) (Kemenkes, 2020). Pada tahun 2017 terdapat 94 orang (8,53%). Adapula usia 45-57 tahun pasien CKD

berjumlah 92 orang (16,25%) (Dinas Kesehatan Kota Bekasi, 2019).

Berdasarkan (Dila et al., 2019) diperoleh data selama 3 bulan mulai dari Desember 2018 sampai Februari 2019 yang mana pasien pengidap GGK berjumlah 94 dari 172 pasien atau (13%). Menurut penelitian ditemukan data pada bulan Januari - Maret 2023 pasien yang mengidap Gagal Ginjal Kronik di RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi sebanyak 122 Pasien.

Chronic Kidney Disease (CKD) atau GGK disebabkan oleh diabetes melitus, glomerulonefritis kronis, piolenofritis, hipertensi tak terkontrol, obstruksi saluran kemih, penyakit ginjal polikistik, gangguan vaskuler, lesi herediter, agen toksik (Padila, 2019). Pada penderita gagal ginjal terdapat tanda gejala yang dialami yaitu pada gejala dini akan merasakan sakit kepala, lethargi, kelelahan fisik dan mental, berat badan berkurang, mudah tersinggung, depresi. Gejala lebih lanjut penderita GGK akan merasa mual dan muntah, anoreksia, nafas dangkal atau sesak nafas baik waktu ada kegiatan atau tidak, odema yang disertai lekukan, pruritis mungkin tidak ada tapi mungkin juga sangat parah (Rendi & TH, 2019).

Salah satu masalah keperawatan pada pasien dengan GGK adalah kelebihan volume cairan yang disebabkan oleh gangguan fungsi ginjal yang ditandai dengan adanya peningkatan volume darah serta edema (Mubarak, 2015).

Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

Menurut Cholina. T.S, 2020, penyakit ginjal kronik dibagi ke dalam 5 derajat yaitu:

1. Derajat 1 suatu keadaan bila terjadi kerusakan struktur ginjal tetapi ginjal masih memiliki fungsi secara normal. (GFR >90 ml/min).
2. Derajat 2 suatu keadaan terjadinya kerusakan ginjal dengan diikuti penurunan fungsi ginjal yang ringan (GFR 60-89ml/min).
3. Derajat 3 suatu keadaan terjadi kerusakan ginjal diikuti dengan penurunan fungsi ginjal yang sedang (GFR 30-59 ml/min).
4. Derajat 4 suatu keadaan terjadinya kerusakan ginjal diikuti dengan penurunan fungsi ginjal yang berat (GFR 15-29 ml/min).
5. Derajat 5 suatu kondisi ginjal yang disebut penyakit ginjal kronik (GFR < 15 ml/min).

Etiologi

Menurut (Arif & Kumala, 2014) kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan gagal ginjal kronis (GGK) bisa disebabkan dari ginjal sendiri maupun dari luar ginjal.

a. Penyakit dari ginjal

Penyakit pada saringan (glomerulus) glomerulonephritis, infeksi kuman, pielonefritis, batu ginjal (polycystis kidney), kista di ginjal, trauma langsung pada ginjal, keganasan pada ginjal, sumbatan (batu, tumor, penyempitan/struktur).

b. Penyakit umum di luar ginjal

Penyakit sistemik: diabetes melitus, hipertensi, kolestrol tinggi, dyslipidemia, SLE, infeksi dibadan (TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis), Preeklamsia, obat-obatan, kehilangan banyak cairan (luka bakar).

Adapun menurut (Sugino et al., 2015)

Faktor risiko yang dianggap berperan pada kejadian Penyakit Ginjal Kronik yaitu: usia tua (46-55 tahun), jenis kelamin berkaitan dengan peran kehidupan dan perilaku yang berbeda antara laki-laki dan perempuan, suka mengkonsumsi minuman beralkohol serta memiliki kadar kreatinin lebih tinggi dari perempuan. faktor genetik/ riwayat keluarga, Berkurangnya massa ginjal.

Patofisiologi

CKD diawali dengan fungsi ginjal menurun, sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) ada yang utuh dan ada yang lain rusak. Hal ini mengakibatkan nefron yang utuh atau sehat akhirnya meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi dan ekresi meski GFR mengalami penurunan, sera mengalami hipertropi. Semakin banyak nefron yang rusak maka beban kerja pada nefron yang sehat semakin berat yang ada pada akhirnya akan mati. Fungsi renal menurun dan berakibat produk akhir metabolisme dari protein yang harusnya diekresikan ke dalam urin menjadi tertimbun dalam darah dan terjadi uremia yang mempengaruhi semua sistem tubuh (Rudi Haryono, 2013).

Manifestasi Klinis

Menurunnya cadangan ginjal pasien asimtomatik, namun GFR dapat menurun hingga 25% dari normal, Infusiensi ginjal, lebih sering ingin buang air kecil, terutama di malam hari, kulit terasa gatal, adanya darah atau protein dalam urine yang dideteksi saat tes urine, berat badan turun atau kehilangan berat badan

kehilangan nafsu makan, penumpukan cairan yang mengakibatkan pembengkakan pada pergelangan kaki, dan tangan, nyeri pada dada akibat cairan menumpuk di sekitar jantung, mengalami kejang otot, kram otot, mengalami gangguan pernapasan atau sesak nafas, mengalami mual muntah, mengalami gangguan tidur atau susah tidur, terjadinya disfungsi ereksi pada pria.

Komplikasi

Menurut (Dewi 2021) komplikasi yang akan terjadi akibat penyakit Gagal Ginjal Kronik yaitu: menimbulkan penumpukan cairan yang dapat menyebabkan pembengkakan pada lengan, kaki, dan paru-paru (edema paru), hiperkalemia, anemia dan penyakit jantung Menurut (Nuari & Widayati, 2017). Hipertensi, penyakit Tulang, perikarditis, efusi pericardial dan tamponade jantung, tamponade jantung terjadi akibat retensi produk sampah uremik dan dialisi yang tidak kuat.

Penatalaksanaan

1. Terapi

Tujuannya untuk melindungi fungsi ginjal dari factor yang mengakibatkan terjadinya GJK. Manajemen dapat dilaksanakan dengan menggunakan obat-obatan serta terapi diet yang diperlukan untuk mengurangi jumlah limbah uremik yang terdapat dalam darah (Musyahida, 2016).

1) Non Farmakologis

- a. Pengaturan asupan protein.

- b. Pasien nondialisis 0,6-0,7 gram/kgBB ideal/hari (sesuai dengan CCT/toleransi pasien).
- c. Pasien hemodialisis 1-1,2 gram/kgBB/hari.
- d. Pasien peritoneal dialysis 1,3 gram/kgBB/ideal/hari.
- e. Pengaturan asupan energi/kalori: 35 kal/kgBB ideal/hari.
- f. Pengaturan asupan lemak: 30-40% dari kalori total dan mengandung jumlah yang sama antara asam lemak yang sama antara asam lemak bebas jenuh dan tidak jenuh.
- g. Garam (NaCl): 2-3 gram/hari, kalium: 40-70 mEq/kgBB/hari, besi: 10-18 mg/hari, magnesium: 200-300 mg/hari, asam folat pasien HD: 5 mg.
- h. Air: jumlah urine 24 jam + 500 ml (insensible water loss). Pada pasien CAPD air disesuaikan dengan jumlah dialisat yang keluar. Kenaikan BB di antara waktu HD <5% BB kering.

2) Farmakologis

- a. Kontrol tekanan darah.
- b. penghambat antagonis reseptor angiotensin II kemudian evaluasi kreatinin dan kalium serum, bila terdapat peningkatan kreatinin >35% atau timbul hiperkalemia harus dihentikan.
- c. koreksi anemia dengan target hb 10-12gr/dl.

2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan

- a. Dialysis
 - 1) Peritoneal dialysis

Biasanya dilakukan pada kasus-kasus emergency. Sedangkan dialysis yang biasa dilakukan dimana saja yang tidak bersifat akut adalah CAPD (*Continues Ambulatori Peritoneal Dyalisis*).

2) Hemodialisa

Merupakan dialysis yang dilakukan melalui tindakan infasif di vena dengan menggunakan mesin. Pada awalnya hemodialisis dilakukan melalui daerah femoralis namun untuk mempermudah maka dilakukan: AV fistule, yaitu: menggabungkan vena dan arteri, double lumen yaitu: langsung pada daerah jantung (vaskularisasi ke jantung).

3) Operasi

- a. Pengambilan batu.
- b. Transplantasi ginjal.

Pemeriksaan Diagnostik

1. Urine: Volume biasanya kurang dari 400 ml/24 jam atau tak ada (anuria), secara abnormal urin keruh kemungkinan disebabkan oleh pus, bakteri, lemak, fosfat atau urat sedimen kotor, kecoklatan menunjukkan adanya darah, Hb, myoglobin, porifin. Klirens kreatinin mungkin akan menurun, natrium: lebih besar dari 40 mEq/L karena ginjal tidak mampu mengabsorpsi natrium protein derajat tinggi proteinuria (3-4+) secara kuat. Darah BUN/ Kreatinin: meningkat, kadar kreatinin 10 mg/dl diduga tahap akhir. Hematokrit: menurun pada penderita dengan anemia. Hb biasanya kurang dari 7-8gr/dl

SDM: menurun, defisiensi eritropoitin, GDA: asidosis metabolik, Ph kurang dari 7,2, natrium serum: rendah kalium: meningkat, magnesium: meningkat, kalsium: menurun, protein (albumin): menurun

2. Ultrasonografi Ginjal: menentukan ukuran ginjal dan adanya masa, kista, obstruksi pada saluran kemih bagian atas.
3. Endoskopi ginjal, nefroskopi: untuk menentukan pelvis ginjal, keluar batu, hematuria, dan pengangkatan tumor selektif.

Metode

Desain yang digunakan adalah desain studi kasus yang mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai informasi, studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat serta yang dipelajari berupa peristiwa aktivitas atau individu. Fokus penelitian pada Asuhan Keperawatan ini yaitu, pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Partisipan yang diteliti dalam penelitian ini adalah dua kasus dengan Jenis kelamin dan diagnosa medis yang sama yaitu CKD on HD, Keluarga dan perawat ruangan. Waktu pengambilan kasus dilakukan selama 3 hari dari tanggal 10 April s.d 13 April 2023 dan data diambil dengan wawancara secara langsung dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan. Untuk memvalidasi keluhan serta permasalahan pasien. Komunikasi berisikan tanya jawab tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, sekarang serta riwayat penyakit keluarga. Selain itu metode yang digunakan dalam pemeriksaan fisik yaitu,

inspeksi yang merupakan teknik dengan proses observasi yang berlangsung sistematis. Dalam teknik ini, penulis melihat masalah kesehatan pasien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada masalah pada kesehatan pasien. Palpasi merupakan teknik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan dengan menggunakan indera peraba. Perkusi merupakan Teknik yang dapat dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuannya adalah membandingkan kiri dan kanan setiap area permukaan dengan menghasilkan suara. Auskultasi merupakan teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Selain itu dilakukan pula uji keabsahan data dengan menggunakan metode triangulasi.

Hasil dan Pembahasan

Pengkajian Karakteristik Partisipan

Hasil penelitian pada kasus pertama adalah pada seorang pasien laki-laki (Tn. R) dengan usia 51 tahun, suku Jawa sudah menikah dan di diagnosa CKD on HD sudah 3,5 tahun. Kasus kedua adalah seorang laki-laki (Tn. C) dengan usia 38 tahun, suku Betawi belum menikah dan di diagnosa CKD on HD sudah 4 tahun. Pada pengkajian menurut penulis antara fakta dan teori terdapat kesenjangan, dari teori yang didapat usia tua atau usia yang lebih banyak mengidap penyakit ginjal yaitu 46-55 tahun, namun Tn. C masih berumur 38 tahun udah mengidap gagal ginjal, maka menurut penulis bukan hanya usia tua yang bisa mengidap penyakit gagal ginjal, lalu pekerjaan Tn. R sebagai wiraswasta menurut penulis

karna sibuk, maka Tn. R jarang mengonsumsi air jernih, pada Tn. C dikarenakan sebagai satpam maka lebih sering menahan buang air kecil dan juga jarang mengonsumsi air putih.

Riwayat Kesehatan sekarang pada kasus 1, (Tn. R) mengatakan bengkak pada bagian ekstremitas atas, sudah menderita gagal ginjal kronik dan menjalani hemodialisa sejak 3,5 tahun yang lalu. Riwayat Kesehatan sekarang, Tn. C mengatakan bengkak pada bagian kaki dan juga demam, sudah menderita gagal ginjal kronik sejak 4 tahun yang lalu dan sedang menjalani hemodialisa. Tn. R Riwayat Kesehatan masa lalu pasien memiliki Riwayat hipertensi. Tn. C mengatakan tidak memiliki Riwayat penyakit. Riwayat kesehatan keluarga Tn. R mengatakan orang tua atau keluarga tidak ada yang memiliki penyakit gagal ginjal kronik. pada Tn. C, pasien mengatakan ayahnya menderita gagal ginjal tetapi tidak menderita penyakit tidak menular. Riwayat psikososial dan spiritual Tn. R tidak mengalami masalah, sedangkan pada Tn. C memiliki sifat tertutup dan juga belum menikah. Menurut penulis antara fakta dan teori tidak terdapat kesenjangan, hanya saja penulis melihat ada perbedaan lokasi pembengkakan pada pasien yaitu, Tn. R mengalami penumpukan cairan pada pergelangan tangan, sedangkan pada Tn. C pada bagian ekstremitas bawah yang disebabkan adanya retensi volume cairan dan natrium sehingga terjadi penumpukan-penumpukan pada bagian-bagian tertentu. Pada Riwayat psikososial terdapat kesenjangan, Tn. R tidak mengalami masalah namun Tn. C mengalami masalah karena kehadiran keluarga kurang menemani dan menjenguk pasien di rumah sakit

dan juga karena pasien belum menikah. Maka menurut penulis tidak selalu pada pasien dengan gagal ginjal mengalami masalah pada psikososial.

Pola nutrisi pada Tn. R makan 3x sehari dan tidak ada keluhan hasil IMT dalam batas normal. Pada Tn. C Pola nutrisi tidak ada keluhan dengan hasil IMT dalam batas normal. Pada Tn. R Pada pola eliminasi pasien mengalami masalah dimana pasien saat sakit mengatakan buang air kecil sedikit dan berwarna kuning keruh namun tidak nyeri, pada Tn. C mengalami masalah buang air kecil sedikit berwarna kuning keruh namun tidak sakit. Pola personal hygiene pada Tn. R dalam keadaan normal mandi 2x sehari. Pada Tn. C Pola personal hygiene dalam keadaan normal mandi 2x sehari. Pada Tn. R Pola istirahat normal tidak ada keluhan, begitupun pada Tn. C istirahat normal, pola aktivitas pada Tn. R ada keluhan nyeri di bagian yang bengkak tapi tidak mengganggu, begitupun pada Tn. C pola aktivitas ada keluhan nyeri di bagian yang bengkak tapi tidak mengganggu. Pola kebiasaan Kesehatan Pada Tn. C pasien mengatakan sebelumnya jarang minum air putih. Begitupun pada Tn. C pasien mengatakan sebelumnya jarang minum air putih. Menurut penulis pada fakta dan teori tidak terdapat kesenjangan karena pada teori dijelaskan jika pasien terbiasa meminum teh dan kopi dengan jumlah air putih yang kurang akan mempengaruhi kesehatan. Maka fakta sudah sesuai dengan teori yang ada.

Pada pemeriksaan fisik Tn. R mengalami masalah pada sistem urogenital, buang air kecil berwarna kuning pekat, dengan output yang lebih banyak sekitar 940 cc. Pada

Tn. C pasien mengalami masalah pada sistem urogenital dimana buang air kecil berwarna kuning pekat, dengan output yang lebih banyak sekitar 560cc. Pada Tn. R mengalami masalah pada sistem kardiovaskuler dimana tekanan darah tinggi di 160/100mmHg, dan sistem pernapasan dengan Respirasi 28x/menit, sedangkan pada Tn. C tidak ada masalah pada sistem lainnya. Menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori karena fakta yang terdapat pada pasien sudah dijelaskan pada teori dan sudah sesuai. Dengan fakta Tn. R mengalami sesak dengan respirasi 28x/menit dan tekanan darah pada Tn. R yang masih tinggi.

Pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil pada Tn. R hemoglobin 8,3 mg/dl dan hematokrit 25,8. Hasil USG menunjukan kesan CKD bilateral contracted kidney kanan. Tn. C pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil hemoglobin 9,5 mg/dl dan hematokrit 28,4. Hasil USG menunjukan kesan CKD bilateral multiple lesi kistik di kedua ginjal. Menurut penulis antara fakta dan teori ada kesenjangan dimana pada teori dikatakan natrium lebih besar namun pada Tn. R kadar natrium masih dalam batas normal, maka menurut penulis tidak semua pasien dengan gagal ginjal mengalami penurunan pada nilai natrium. Pada pemeriksaan hemoglobin menurut teori nilainya kurang dari 7-8 namun pada Tn.C Hb 9,5mg/dl dikarenakan Tn.C sebelumnya sudah mendapat terapi transfusi darah 2 packed.

Penatalaksanaan pemberian terapi pada Tn. R yaitu, bicnat, asam folat, ISDN untuk melebarkan pembuluh darah, cadesartan untuk tekanan darah tinggi, dan salbutamol untuk sesak nafas. Sedangkan pada Tn. C mendapat

terapi yaitu lansoprazole ampul 2x1 untuk lambung, paracetamol 500 mg untuk pusing atau nyeri kepala, ceftriaxone 2x1 sebagai antibiotic, dan fortison 2x1 yang berfungsi sebagai pengobatan edema. Menurut penulis antara teori dan fakta terdapat persamaan yaitu pemberian obat anti diuretic yang bertujuan untuk membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urin. namun pada penatalaksanaan farmakologi dimana Tn. R diberikan salbutamol karna adanya penyakit penyerta yaitu sesak, lalu ada pemberian candesartan sebagai obat antihipertensi dimana golongan penghambat reseptor angiotensin. Pada Tn. C diberikan paracetamol karena pasien merasa demam dan pusing dimana berfungsi sebagai analgesic dan antipiretik.

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan berdasarkan (DPP SDKI PPNI, 2016) yang ditemukan pada Tn. R dan Tn. C yaitu:

1. Hipervolemia berhubungan dengan penurunan filtrasi ginjal.
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin.
3. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan uremia.
4. Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi terkait terapi pengobatan hemodialisa.

Diagnosa yang ada pada Tn. R tetapi tidak ada pada Tn. C yaitu, Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan transportasi oksigen. Adapun diagnosa yang terdapat pada Tn. C tetapi tidak pada Tn. R yaitu,

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, penusukan jarum HD.

Pada Diagnosa Keperawatan terdapat 4 diagnosa yang sama antara kedua pasien, hanya saja ada perbedaan pada salah satu diagnosa diatas, yaitu pada Tn. R terdapat diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Penurunan transportasi oksigen, sedangkan pada Tn. C yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur tindakan penusukan jarum Hd).

Perencanaan

Rencana tindakan keperawatan adalah desain spesifik untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil. Menurut PPNI, 2017. Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan.

Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik karena semua perencanaan dalam tinjauan pustaka atau menurut sumber yang didapat penulis masukan ke dalam perencanaan studi kasus. Namun pada penelitian ini penulis mengamati keefektifan suatu tindakan keperawatan sesuai dengan judul yang diangkat oleh penulis yaitu mengenai diagnosa keperawatan hipervolemia dimana penulis akan melakukan pemantauan intake dan output pasien pada Tn. R dan Tn. C, lalu mengobservasi *balance* cairan dari kedua pasien tersebut. Dalam menentukan rencana keperawatan, penulis tidak mengalami atau mendapat hambatan karena pasien kooperatif dalam memberikan informasi dan

menyampaikan keluhan yang dirasakan sehingga dapat membandingkan atau memvalidasi keluhan dengan sumber yang tersedia.

Pelaksanaan

Menurut Budiono dan Sumirah (2015). Pelaksanaan keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Adapun pelaksanaan dari masing-masing diagnosa yang telah penulis lakukan yaitu pelaksanaan pada diagnosa pertama Tn. R dan Tn. C. Hipervolemia berhubungan dengan penurunan filtrasi ginjal telah dilakukan tindakan: memonitoring kelebihan cairan (edema), memantau tanda-tanda vital pasien, memonitor balance cairan pasien/24 jam, mengajarkan keluarga untuk mencatat intake dan output pasien, mengkolaborasikan dengan dokter pemberian obat diuretic. Namun terdapat satu rencana keperawatan yang tidak dilakukan yaitu memberikan sedikit minum.

Pelaksanaan pada diagnosa kedua Tn. R dan Tn. C. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin telah dilakukan tindakan: memonitoring tekanan darah, memonitoring frekuensi nadi, memonitoring pernafasan. Namun ada dua rencana keperawatan yang tidak dilakukan yaitu, mengidentifikasi penyebab perubahan tanda-tanda vital, menjelaskan tujuan dan prosedur.

Pelaksanaan diagnosa ketiga pada Tn. R. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan transportasi oksigen telah dilakukan tindakan: memonitoring pola nafas,

memonitoring bunyi nafas, memposisikan pasien semi fowler, memberikan oksigen jika pasien sesak, mengajarkan batuk efektif. Namun ada dua rencana keperawatan yang tidak dilakukan yaitu, memberikan minum hangat, mengkolaborasikan pemberian bronkodilator.

Pelaksanaan diagnosa ketiga pada Tn.C. Nyeri akut berhubungan dengan penusukan jarum HD, telah dilakukan tindakan: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri, mengidentifikasi respon nyeri nonverbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, memberikan obat paracetamol 500mg untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien

Pelaksanaan diagnosa keempat pada Tn. R dan Tn. C. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan uremia telah dilakukan tindakan: mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, telah dilakukan tindakan :memberikan dukungan perawatan mandi, manajemen reaksi alergi, mengedukasi pencegahan infeksi. 3 yang tidak dilakukan yaitu, mengedukasi edema, menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem dan promosi Kesehatan.

Pelaksanaan diagnosa kelima pada Tn. R dan Tn. C. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang terapi hemodialisa, telah dilakukan tindakan: memonitor tanda-tanda ansietas, mengidentifikasi mengambil keputusan, menciptakan suasana terapeutik, memahami situasi yang membuat ansietas. 2 yang tidak dilakukan yaitu, menginformasikan secara

factual mengenai diagnosis, menginformasikan pengobatan dan prognosis.

Terlaksananya intervensi keperawatan yang didukung pula dengan jumlah tenaga kesehatan yang memadai, dengan kompetensi yang sesuai, pasien yang kooperatif dan juga fasilitas sarana prasarana ruangan yang memudahkan penulis dalam melakukan tindakan.

Evaluasi

Menurut Huitzi – egilegor et al., (2014) dalam (Novi et al., 2021). Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Adapun evaluasi yang didapatkan dari diagnosa keperawatan yang tidak menjadi fokus pada studi kasus pada Tn. R dan Tn. C ada 3 masalah yang teratasi namun ada 1 diagnosa yang belum teratasi yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Untuk masalah yang belum teratasi yaitu, hipervolemia penulis mengedukasi dan mengajarkan kepada keluarga tentang menghitung intake dan output pasien untuk mengetahui balance cairan pasien di rumah.

Kesimpulan

Pengkajian yang didapat dari anamnesa pasien dengan kelebihan volume cairan yang dikelola dalam studi kasus ini menunjukkan ada kesesuaian antara teori yang telah dibuat, hasil pengkajian sesuai dengan tingkat keparahan penyakit pasien berupa data subyektif dan

obyektif. Keluhan utama pada kedua pasien yaitu kelebihan volume cairan yang dibuktikan dengan adanya edema pada bagian ektemitas. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara *head to toe* dan *fitting* edema ditemukan masalah pada sistem perkemihan. Sistem perkemihan ada Tn. R dan Tn. C yaitu adanya jumlah output yang tidak sesuai dengan jumlah intake pasien. Pada Tn.R edema pada bagian ekstremitas atas yaitu lengan kanan dan kiri akibat penumpukan cairan, sedangkan pada Tn. C adanya edema pada bagian ekstremitas bawah. Penatalaksanaan pada kedua pasien yaitu pemantauan intake dan output pasien (Balance Cairan), pemberian obat anti diuretic, pemeriksaan laboratorim, dan pemeriksaan radiologi USG ginjal.

Pada diagnosa keperawatan, ditemukan lima diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. R dan Tn. C. Penulis mengangkat diagnosa keperawatan prioritas yaitu, kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan filtrasi ginjal sebagai diagnosa keperawatan utama pada kedua pasien dan menjadi fokus/tujuan penyusunan KTI.

Pada tahap perencanaan tidak ditemukan kesenjangan antara fakta dan teori, semua rencana keperawatan yang dilakukan sudah sesuai dengan sumber yang ada pada tinjauan Pustaka, dimana perawat dapat menilai sejauh mana masalah hypervolemia sebagai masalah utama pada kedua pasien dapat teratasi.

Pada tahap pelaksanaan tindakan dilaksanakan selama kurang lebih 3x24 jam dan sesuai dengan intervensi yang dibuat sesuai dengan kebutuhan pasien. Masalah hypervolemia dilakukan pemantauan balance

cairan pasien, dilakukan evaluasi hasil dari pemantauan intake dan output pasien, lalu dilakukan mengedukasi cara menghitung intake dan output kepada keluarga pasien dengan evaluasi keluarga dapat memonitor *balance* cairan pasien di rumah. Pada tahap evaluasi ditemukan tiga diagnosa pada kedua pasien teratasi namun ada 2 diagnosa yang sama pada kedua pasien yaitu, hipervolemia berhubungan dengan penurunan filtrasi ginjal dan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Kedua diagnosa tersebut perlu tindak lanjut atau pemantauan secara terus menerus dengan bantuan dari keluarga pasien yang sudah di edukasi tentang pemantauan cairan pasien di rumah.

Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka penulis memberikan saran berdasarkan Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami kelebihan volume cairan (Kelebihan volume cairan). Adapun saran untuk keluarga dan pasien yaitu, diharapkan pasien dapat mengontrol pemasukan cairan yang telah ditetapkan, dan keluarga dapat merawat keluarga yang menderita Gagal Ginjal Kronik.

Ucapan Terima kasih

Saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Seluruh Dosen dan Staf STIKes Persada Husada Indonesia yang telah mendukung dan membimbing dalam kegiatan belajar.
2. Pihak Institusi RSUD dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi yang telah

mengijinkan saya menjalani praktik dan memperoleh data untuk penelitian

3. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan bantuan dukungan, material dan moral;
4. Tn C dan Tn R yang telah bersedia menjadi subyek penelitian ini.

Daftar Pustaka

- Arif, M., & Kumala, S. (2014). *asuhan keperawatan gangguan sistem perkemihan*. Salemba Medika. Diakses tanggal 21 Februari 2023
- Carpenito, L. . (2013). *Diagnosa keperawatan : aplikasi pada praktek klinik (terjemahan edisi 6)*. EGC.
- Digiulio, M., & Jackson, D. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah DeMYSTiFieD* (khudazi aulawi (ed.)). Rapha Publishing.
- DPP SDKI PPNI, T. P. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional indonesia.
- Dr. Eny Winarti, M. P. (2019). *action research dalam pendidikan*.
- Dr.Sofi Ariani. (2016). *Stop gagal ginjal dan gangguan gangguan ginjal lainnya*. istana media.
- Harmilah. (2020). *asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan*.
- Hasbullah M, A. &D. S. . (2017). *Gambaran Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Thypoid Dalamn Pe,menuhan Nutrisi*.
- Lemone, & Burke, karen M. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal bedah* (A. Linda (ed.)). penerbit buku kedokteran EGC.
- M.Black, J., & Hawks, J. H. (2018). *Medical*

- Surgical Nursing clinical management for positive outcomes.* elsevier.
- Mekarisce, A. A. (2020). Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data pada Penelitian Kualitatif di Bidang Kesehatan Masyarakat. *Jurnal ilmiah kesehatan masyarakat : Media Komunikasi Komunitas Kesehatan Masyarakat*, 12(3), 145–151. <https://doi.org/10.52022/jikm.v12i3.102>
- Musyahida, R. A. (2016). Studi Penggunaan Terapi Furosemid pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) Stadium V. *Skripsi*.
- Narsa, A. C., Maulidya, V., Reggina, D., Andriani, W., & Rijai, H. R. (2022). Studi Kasus: Pasien Gagal Ginjal Kronis (Stage V) dengan Edema Paru dan Ketidakseimbangan Cairan Elektrolit. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 4(SE-1), 17–22. <https://doi.org/10.25026/jsk.v4ise-1.1685>. Di akses 24 Mei 2023.
- Novi, M., Dewi, D., Zulia, perdani putri, Heiwer, Y., & Suwanto, T. (2021). Proses Keperawatan Dan pemeriksaan fisik (R. Watrianthos (ed.)). yayaan kita menulis.
- Nuari, N. A., & Widayati, D. (2017). *Gangguan pada sistem perkemihan dan penatalaksanaan keperawatan dengan pendekatan SDKI 2016-NIC-NoC*.
- Nunung Liawati. (2022). Hubungan Self Efficacy dengan Kualitas Hidup Penderita Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Bhayangkara Setukpa Lemdikpol Kota Sukabumi. *Jurnal Lentera*, vol 5.
- Nurarif, amin huda, & Kusuma, H. (2015). aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda NIC NOC. *Medication*, 13–15.
- Padila. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- Prabowo, E., & Pranata, andi eka. (n.d.). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Nuha Medika.
- Rahayu, C. E. (2019). Pengaruh Kepatuhan Diet Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Sumber Waras. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 11(1), 12–19. <https://doi.org/10.37012/jik.v11i1.63>. Diakses pada tanggal 16 Februari 2023.
- Rohmah, N., & Walid, S. (2019). *proses keperawatan teori dan aplikasi*. ar-ruzz media.
- Rudi Haryono. (2013). *keperawatan medikal bedah* (1st ed.). Rapha Publishing.
- Sahang, S. W., & Rahmawati. (2018). 2622-0148, P-Issn : 2087-0035. *Jurnal Media Keperawatan : Politeknik Kesehatan Makasar*, 09(02), 113–123. Diakses tanggal 14 Februari 2023
- Sugino, M., Okuyama, M., Michishige, Y., & Kabutoya, A. (2015).
- Utami, I. A. A., Santhi, D. G. D. D., & Lestari, A. A. W. (2020). Prevalensi dan komplikasi pada penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar tahun 2018. *Intisari Sains Medis*, 11(3), 1216–1221. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i3.691>. Di akses 10 juni 2023. Diakses tanggal 11 Juni 2023.