

Application of nursing care in patients with fluid and electrolyte needs in hemodialisa room, labuang baji makassar's hospital

St. Suarniati

Akademi Keperawatan Muhammadiyah Makassar

Keywords :

Nursing Care, fluid and electrolyte needs

Kontak :

St. Suarniati

Email : sittisuarniati@yahoo.com

Akademi Keperawatan Muhammadiyah Makassar

Vol 2 No 1 September 2019

DOI: <https://doi.org/10.31605/j-healt.v2i1>

©2019J-Healt

ini adalah artikel dengan akses terbuka dibawah licenci CC BY-NC-4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



Abstrak

Gagal Ginjal Kronik (GGK) merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk menjalankan fungsinya dengan baik yang menyebabkan menurunnya filtrasi glomerulus secara bertahap sehingga harus menjalani terapi hemodialisa. Penyakit GGK menduduki peringkat ke 12 tertinggi angka kematian. Tahun 2013, Sulawesi Selatan berada pada peringkat ke tiga dengan prevalensi 0,3%. Penanganan upaya penurunan volume cairan dengan cara pembatasan cairan mempengaruhi kelangsungan hidup pasien. Penelitian ini bertujuan menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Tn. N dengan GGK dalam pemenuhan kebutuhan cairan di Ruang Hemodilisa RSUD Labuang Baji Makassar, menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Hasil penelitian menunjukkan kelebihan volume cairan ditandai dengan edema grade 2 pada ekstremitas, merasa sesak ketika tidak mengikuti terapi HD, haus, oliguria, anemia dan azotemia. Penerapan asuhan keperawatan dilakukan untuk memantau intake output dan pembatasan cairan sehingga tidak terjadi kelebihan volume cairan, sehingga disimpulkan bahwa pemantauan intake output dan pembatasan cairan pada pasien GGK yang menjalani HD efektif dapat menurunkan derajat edema dan berat badan. Disarankan kepada perawat untuk memantau intake output selama 24 jam dan memberikan edukasi untuk pelaksanaan perawatan di rumah dalam mencegah kelebihan volume cairan.

Abstract

Chronic Kidney Disease (CKD) is a failure of kidney function so that it is unable to run its function properly, causing decreased glomerular filtration gradually, thus undergoing hemodialysis therapy. According to the WHO in 2017 which states that GGK disease ranked 12th highest mortality rate. And according to the results of riskesdas in 2013, South Sulawesi is ranked third with a prevalence of 0.3%. Handling efforts to decrease the volume of fluid by means of fluid restriction affects the patient's survival. This study aims to describe nursing care in patients. N with GGK in fulfillment of fluid requirement in Hemodilisa Room of RSU Labuang Baji Makassar, using descriptive method with case study approach. The results of this study indicate excess fluid volume characterized by grade 2 edema in the extremities, abdominal bloating and frequent burping, thirst, oliguria, anemia and azotemia. The application of nursing care is done to monitor the intake output and fluid restriction so that no excess fluid volume can be concluded that monitoring of intake output and fluid restriction in GGK patients undergoing HD can effectively decrease the density of edema and weight. It is advisable to the nurse to monitor the patient's intake output for 24 hours and provide education for the implementation of home care in preventing excess fluid volume.

PENDAHULUAN

Ginjal merupakan organ utama dalam menjaga keseimbangan cairan (Pranata, 2013). Terganggunya fungsi ginjal akan menyebabkan penurunan fungsi ginjal yang dapat mengakibatkan komplikasi seperti perikarditis, hipertensi, anemia, osteodistrofi ginjal, gagal jantung dan impotensi (Muhammad, 2010).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2017), penyakit Gagal ginjal kronik menduduki peringkat ke 12 tertinggi, dan diperkirakan sebanyak 36 juta orang di dunia meninggal akibat GJK. Di Indonesia diperkirakan ada 70 ribu penderita gagal ginjal kronik.

Salah satu terapi yang bisa diberikan untuk penderita gagal ginjal kronik adalah terapi hemodialisis (Bare & Smeltzer 2002 dalam Hutagaol, 2017). Faruq (2017) dalam tulisannya menjelaskan perlunya upaya penurunan kelebihan volume cairan dengan cara pembatasan cairan. Angraini dan Putri (2016) menambahkan bahwa penderita GJK Stadium V memerlukan juga pemantauan intake output cairan dengan cara mencatat jumlah cairan yang diminum dan jumlah urine setiap harinya pada chart/tabel serta memberikan intervensi observasi tekanan darah, status mental, observasi adanya distensi vena jugularis, auskultasi paru, observasi berat badan. Karena berdasarkan hasil penelitiannya bahwa dengan melakukan hal tersebut maka terjadi penurunan derajat edema dari grade 3 menjadi edema grade 1, asites berkurang, balance cairan negatif dan tidak terjadi penambahan berat badan dari hari sebelumnya.

Tujuan penelitian ini untuk membantu penderita Gagal Ginjal Kronik dalam pemenuhan kebutuhan cairan

METODE

Desain Penelitian ini merupakan studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang berfokus pada gangguan kebutuhan cairan pada pasien GJK stadium V. Penelitian dilakukan di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar pada Tanggal 8 s/d 15 Mei 2018. Subjek studi kasus adalah satu orang pasien dengan gangguan kebutuhan cairan pada GJK stadium V, dengan kriteria inklusiyang menjalani terapi hemodialisa dengan frekuensi 3 kali seminggu. Sementara Pasien yang mengalami clothing pada saat hemodialisa berlangsung di eksklusi.

HASIL

Hasil penelitian diuraikan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 8 Mei 2018 pada jam 07.35 WITA, pada pasien Tn. N , usia 54 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku bugis Makassar, pekerjaan karyawan swasta, pendidikan terakhir SMA, beralamat di Jalan Muh. Jufri Lr. 1, No. 1 Makassar. Nomor Rekam Medik 29.36.47, dengan diagnosa medis GJK stadium V.

Hasil pengkajian diperoleh data: keluhan utama bengkak pada kaki, mengeluh sering haus dan merasa sesak ketika tidak melakukan cuci darah. bengkak pada kaki bawah. Berat Badan post HD yang lalu adalah 59 kg, klien menjalani terapi Hemodialisa 3 kali/minggu dengan durasi 4 jam. Edukasi yang sering diberikan oleh dokter dan perawat mengenai pembatasan cairan, natrium dan kalium.

Klien menderita hipertensi sejak berusia 23 tahun dan mengkonsumsi obat anti hipertensi secara teratur. Klien pernah di rawat karena penyakit jantung dan

mengonsumsi obat jantung sebanyak 16 macam secara teratur. Setelah beberapa bulan tepatnya pada awal bulan oktober 2016, komplikasi dari penyakitnya itu berujung ke penyakit gagal ginjal kronik sehingga mengharuskan klien menjalani terapi hemodialisa seumur hidup.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik diperoleh data, keadaan umum baik, tingkat kesadaran composmentis, TTV : TD : 140/90 mmHg, N : 72 x/mnt, S : 36,5 °C, P : 22 x/mnt. Berat badan 62 kg, Dengan berat badan kering 59 kg. tidak terjadi peningkatan vena jugularis, tidak terdapat sesak dan sputum, tidak terjadi orthopnea, terdapat edema derajat 2 pada ekstremitas bawah, CRT < 3 detik. Haluaranurin selama 24 jam sebanyak ± 600 cc.

Dari pemeriksaan penunjang dan laboratorium terakhir tanggal 12 Maret 2018 untuk didapatkan data : HBG : 10,0 g/dL, HCT : 30,7 %, RBC : $3,37 \cdot 10^6 / \mu\text{L}$ dengan kesan anemia. ureum kreatinin diperiksa pada tanggal 12 Maret 2018, didapatkan ureum : pre HD 95 mg/dL dan post HD 43 mg/dL, kreatinin : pre HD 8,96 mg/dL dan post HD 4,53 mg/dL dengan kesan azotemia.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul adalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan disfungsi ginjal yang ditandai dengan : edema derajat 2 pada ekstremitas bawah, terjadi peningkatan berat badan dari post HD sebelumnya yaitu 59 kg menjadi 62 kg. Klien mengeluh sering merasakan haus. merasa sesak ketika tidak melakukan cuci darah. Dari pemeriksaan laboratorium ditemukan data, HBG : 10,0 g/dL, HCT : 30,7 %, RBC : $3,37 \cdot 10^6 / \mu\text{L}$ kesan klien mengalami anemia. Ureum : pre HD 95 mg/dL dan post HD 43 mg/dL, kreatinin : pre HD 8,96 mg/dL dan post HD 4,53 mg/dL dengan kesan klien mengalami azotemia.

3. Intervensi

Intervensi yang akan dilakukan adalah untuk mengatasi kelebihan volume cairan yang berhubungan dengan disfungsi ginjal, bertujuan selama 3x4 jam, Kelebihan volume cairan dapat dikurangi, yang dibuktikan oleh keseimbangan cairan, keparahan overload cairan minimal dan indikator fungsi ginjal yang adekuat.

Intervensi yang disusun adalah : (1) Pemantauan elektrolit : observasi hasil lab, observasi hasil EKG, Observasi tanda-tanda terjadinya kelebihan atau kekurangan elektrolit meliputi kalium dan natrium, pantau makanan yang dikonsumsi klien. (2) Manajemen elektrolit : berikan edukasi tentang pembatasan kalium dan natrium. (3) Pemantauan cairan : tentukan lokasi dan derajat edema, kaji komplikasi pulmonal atau kardiovaskuler, pantau lingkaran abdomen dan atau ekstremitas, observasi adanya tanda-tanda perdarahan selama HD. (4) Manajemen cairan : timbang berat badan setiap hari, kaji turgor kulit dan derajat edema, kaji adanya distensi vena leher, CVP atau tekanan kapiler paru, pantau TD, denyut nadi dan irama, hitung keseimbangan cairan, pantau kecepatan QB pada saat HD, antau lama HD, batasi masukan cairan, identifikasi sumber potensial cairan seperti medikasi dan cairan yang digunakan untuk pengobatan oral dan intravena serta makanan. (5) Manajemen hipervolemia : jelaskan pada pasien dan keluarga alasan pembatasan cairan. (6) Manajemen eliminasi urine.

4. Implementasi

Pada hari Selasa, tanggal 8 Mei 2018 pukul 07.30 WITA, hasil dari tindakan keperawatan yang dilakukan BB pre HD 62 kg, terdapat edema derajat 2 pada ekstremitas bawah. Tidak ada komplikasi pulmonal atau kardiovaskuler yang dialami oleh klien seperti sesak. turgor kulit tampak kering. TTV pre HD : TD 140/90 mmHg, N 72 x/mnt, S 36,5 °C, P

22 x/mnt. TTV Intra HD : Pukul 08.30 WITA, TD 130/90 mmHg, N 72 x/mnt, S 36,5 °C, P 24 x/mnt dengan Heparin 1 cc. Pukul 09.30 WITA : TD 130/90 mmHg, N 82 x/mnt, S 36,5 °C, P 20 x/mnt . Intake – Output (urine + IWL + Feses) = 1767 – 838,75 = 928,25 cc. selama proses HD berlangsung, cairan yang masuk ke dalam tubuh pasien sebanyak 100 cc ditambah pada saat priming volume dan aff HD masing-masing sebanyak 40 cc, total 180 cc. jumlah urine dalam 24 jam sebanyak 500-600 cc.

Pada hari kamis, tanggal 10 Mei 2018, hasil dari implementasi keperawatan adalah BB pre HD 63 kg. turgor kulit kering, tidak ada peningkatan vena jugularis, terdapat edema derajat 1. tidak sesak, tidak ada suara bunyi napas tambahan. TD dalam batas tidak normal yaitu 150/80 mmHg, Nampak gelisah., klien sering tidak patuh pada makanan yang mengandung natrium dan kalium seperti sayuran buah dan garam. TTV pre HD : TD 120/80 mmHg, N 94 x/mnt, S 37,5 °C, P 24 x/mnt. TTV Intra HD : Pukul 08.33 WITA, TD 120/80 mmHg, N 90 x/mnt, S 37,5 °C, P 2 x/mnt dengan Heparin 1 cc. Pukul 09.33 WITA : TD 140/70 mmHg, N 78 x/mnt, S 37,5 °C, P 24 x/mnt dengan heparin 1 cc. Pukul 10.33 WITA : TD 140/80 mmHg, N 80 x/mnt, S 37,5 °C, P 24 x/mnt. Pukul 11.33 WITA : TD 160/90 mmHg, N 84 x/mnt, S 37,5 °C, P 24 x/mnt dengan heparin 1 cc. Pukul 12.33 WITA, TTV post HD : 140/80, N 84 x/mnt, 37,5 °C, P 24 x/mnt. Pukul 11.20 WITA, menghitung keseimbangan cairan. Hasil : Intake – Output (urine + IWL + Feses) = 1709 – 739,38 = 969,62 cc. jumlah cairan yang diminum oleh pasien sebanyak 50 cc ditambah dengan cairan yang masuk pada saat priming volume dan aff HD masing-masing 40 cc, total cairan yang masuk ke dalam tubuh pasien adalah 130 cc. klien mengatakan jumlah cairan yang diminum selama 24 jam sebanyak ± 600-700 cc. klien mengatakan, volume urine sebanyak 500-600 cc/hari.

Pada hari sabtu, tanggal 12 Mei 2018, tindakan keperawatan yang diberikan adalah : pukul 07.35 WITA, manajemen cairan : menimbang berat badan. Hasil : BB post HD yang lalu 59,5 kg sedangkan BB pre HD saat ini 62 kg. Pukul 07.36 WITA, mengkaji turgot kulit. Hasil : terjadi penurunan turgor kulit. Pukul 07.37 WITA, mengkaji adanya distensi vena leher, CVP atau tekanan kapiler paru. Hasil : Tdak terjadi peningkatan vena jugularis. Pukul 07.20 WITA, pemantauan cairan : memantau derajat edema. Hasil : tidak terjadi edema. tidak sesak tidak ada suara bunyi napas tambahan. Klien sudah mulai mengurangi asupan garam yang dikonsumsi akan tetapi tidak bisa menghilangkan sayur dari daftar makanannya sehari-hari karena menganggap itu adalah kebutuhan tubuhnya. klien mengatakan, sayur yang dikonsumsi bisa dibatasi akan tetapi tidak bisa dihilangkan karena dia merasa lemas ketika tidak mengkonsumsi sayur selama satu hari. jumlah cairan yang diminum oleh pasien sebanyak 100 cc ditambah dengan cairan yang masuk pada saat priming volume dan aff HD masing-masing 30 cc, total cairan yang masuk ke dalam tubuh pasien adalah 160 cc. klien mengatakan jumlah cairan yang diminum selama 24 jam sebanyak ± 600-700 cc. volume urine sebanyak 500-600 cc/hari.

Pada hari selasa, tanggal 15 Mei 2018, hasil implementasi keperawatan yang diberikan BB pre HD saat ini 62 kg, terjadi penurunan turgor kulit, Tdak terjadi peningkatan vena jugularis, tidak terjadi edema. tidak sesak tidak ada suara bunyi napas tambahan. Klien sudah mulai mengurangi asupan garam yang dikonsumsi akan tetapi tidak bisa menghilangkan sayur dari daftar makanannya sehari-hari karena menganggap itu adalah kebutuhan tubuhnya. jumlah cairan yang diminum oleh pasien sebanyak 100 cc ditambah dengan cairan yang masuk pada saat priming volume dan aff HD masing-

masing 30 cc, total cairan yang masuk ke dalam tubuh pasien adalah 160 cc. jumlah cairan yang diminum selama 24 jam sebanyak \pm 600-700 cc. volume urine sebanyak 500-600 cc/hari.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan metode SOAP yaitu S : *Subjektif* (Klien mengatakan) O : *Objektif* (klien terlihat/hasil pemeriksaan perawat) A : *Assesment* (masalah teratasi/belum teratasi) P : *Planning* (rencana tindak lanjut).

Pada hari Selasa, 15 Mei 2018. evaluasi yang dilakukan yaitu, data subjektif : klien mengatakan bengkak pada kaki sudah hilang, akan tetapi klien mengeluh kram dan gatal pada lengan yang terpasang cimino. Data objektif : edema hilang, TTV : TD : 140/80 mmHg, nadi : 86 x/menit, suhu : 36 °C, pernapasan : 20 x/menit. BB post HD saat ini : 59 kg. *Assesment* : Masalah belum teratasi. *Planning* : Lanjutkan intervensi,a,b,c,d.

PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil penelitian studi kasus yang terjadi pada Tn. N didapatkan data sebagai berikut :

- a. Terdapat edema derajat 2 (*grade 2*) pada ekstremitas bawah

Edema terjadi akibat penumpukan cairan karena berkurangnya tekanan osmotik plasma dan retensi natrium serta air. Akibat peranan dari gravitasi, cairan yang berlebih tersebut akan lebih mudah menumpuk di tubuh bagian perifer seperti kaki, sehingga edema perifer akan lebih cepat terjadi dibanding gejala kelebihan cairan lainnya pada kasus gagal ginjal kronik stadium v. Itu disebabkan karena terjadinya penurunan fungsi ginjal dimana ginjal tiak mampu mengekskresikan cairan yang berlebih (Aisara, Azmi, & Yanni, 2018). Hal ini

sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Hanif Faruq (2017)

- b. Terjadi peningkatan berat badan

Peningkatan berat badan pada pasien GGK stadium v dikarenakan terjadinya penumpukan cairan dalam tubuh secara berlebih. Peningkatan berat badan secara signifikan dalam rentang beberapa hari mengindikasikan adanya kelebihan cairan dalam tubuh pasien. Menurut Levea (2003, dalam Sepdianto, Suprajitno, & usmiati, 2017) mengatakan bahwa penyebab meningkatnya berat badan pada pasien GGK stadium v dipengaruhi oleh dua faktor yaitu internal dan eksternal, dimana internal seperti rasa haus yang berlebih sedangkan faktor eksternal seperti jumlah intake cairan yang berlebih, dimana garam dan intake cairan selama periode interdialisis adalah faktor penyebab penambahan berat badan antar dialysis. Natrium asupan makanan adalah faktor yang merangsang rasa haus yang paling banyak.

- c. Klien sering merasakan haus

Pada saat dilakukan penelitian, klien mengatakan rasa haus meningkat. Rasa haus muncul ketika mengkonsumsi natrium yang tinggi, semakin tinggi natrium yang dikonsumsi, semakin tinggi pula rasa haus yang dirasakan oleh klien. Menurut Septianingsih (2011 dalam Sepdianto, Suprajitno, & usmiati, 2017) mengatakan bahwa selain dari makanan yang memicu timbulnya rasa haus pada pasien GGK stadium v juga dikarenakan aktifitas yang berlebih dilakukan oleh pasien sehingga dapat memicu rasa haus. Rasa haus terjadi dimulai dari peningkatan osmolalitas cairan ekstra sel, kemudian ginjal melepas renin yang mengakibatkan produksi angiotensin II yang merangsang hipotalamus

kemudian menghasilkan rasa haus (Saputra, 2013 dalam Sari, 2016). Haus juga dapat disebabkan oleh nefron yang menerima kelebihan natrium yang menyebabkan GFR menurun dan dehidrasi, sehingga menimbulkan rasa haus (Muttaqin 2011 dalam Sari, 2016).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ambarwati (2014 dalam Faruq, 2017) mengatakan bahwa mekanisme haus itu terjadi karena penurunan perfusi ginjal merangsang pelepasan renin, yang akhirnya menghasilkan angiotensin II. Angiotensin II merangsang hipotalamus untuk melepaskan substraneuron yang bertanggung jawab meneruskan rasa haus.

- d. Klien merasa sesak ketika tidak melakukan cuci darah

Penyebab timbulnya sesak pada pasien GJK yang tidak menjalani HD, dapat dikarenakan oleh ketidakmampuan ginjal untuk mencuci darah dan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan dan akhirnya menumpuk di dalam tubuh. Ekspansi paru tidak maksimal sehingga oksigen yang dihirup menjadi sedikit. Sesak napas dapat juga terjadi peningkatan kreatinin dalam darah yang akan menyebabkan kemampuan darah dalam mengantarkan oksigen dengan baik. Kondisi gangguan pada darah ini akan menyebabkan tubuh menjadi kekurangan oksigen, sehingga tubuh akan mengkompensasi dengan cara bernapas dengan cepat seperti halnya orang yang sesak (Satrio, 2017).

- e. Terjadinya penurunan produksi urine (oliguria)

Pada pasien GJK, terjadi penurunan fungsi ginjal, jumlah nefron yang sudah tidak berfungsi menjadi meningkat, maka ginjal tidak akan mampu dalam

menyaring urine. Kemudian dalam hal ini, glomerulus akan kaku dan plasma tidak dapat di filter dengan mudahnya lewat tubulus sehingga terjadi retensi natrium dan cairan yang mengakibatkan ginjal tidak mampu dalam mengkonsentrasikan atau mengencerkan urine secara normal sehingga terjadi oliguria (Muttaqin, 2011 dalam Sari, 2016). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Hanif Faruq (2017) yang menyatakan bahwa pada pasien gagal ginjal kronik terjadi penurunan fungsi renal. Produksi akhir metabolisme protein tertimbun dalam darah dan terjadilah uremia yang mempengaruhi setiap sistem tubuh. Retensi natrium dan cairan mengakibatkan ginjal tidak mampu dalam mengkonsentrasikan atau mengencerkan urine secara normal sehingga terjadi penurunan produksi urine.

- f. Klien mengalami anemia

Ginjal pasien GJK tidak mampu menghasilkan eritropoietin. Anemia merupakan salah satu masalah utama pada pasien GJK, tinggi rendahnya LFG mempengaruhi kejadian anemia pada GJK. Anemia disebabkan oleh defisiensi *erythropoietic stimulin factors* (ESF). Dalam keadaan normal, 90% eritropoietin (EPO) dihasilkan di ginjal yang diproduksi oleh hati. Keadaan anemia terjadi karena defisiensi eritropoietin dan sebagai respon hipoksia lokal akibat pengurangan parenkim ginjal fungsional. Pada pasien GJK, produksi eritropoietin terganggu akibat penurunan fungsi ginjal, dimana salah satu fungsi ginjal adalah memproduksi EPO, dan EPO membantu membantu sumbu tulang untuk pembentukan sel darah merah sehingga apabila fungsi ginjal menurun maka produksi EPO juga menurun dan dapat mengakibatkan anemia. Faktor lain yang dapat menyebabkan anemia pada

GGK adalah defisiensi besi, defisiensi vitamin, penurunan masa hidup eritrosit yang mengalami hemolisis, dan akibat perparahan (Azmi, Hidayat, & Pertiwi, 2016).

Hal ini sejalan dengan penelitian Siraid dan Sari (2017) yang menyatakan bahwa gagal ginjal menyebabkan ginjal tidak dapat bekerja seperti biasanya. Dapat terjadi penurunan sintesis eritropoetin akibat bahan baku yang kurang atau ginjal yang rusak.. eritropoetin berfungsi sebagai salah satu bahan untuk memproduksi sel darah merah sehingga jumlah sel darah merah menjadi berkurang. Hal inilah yang mendasari terjadinya anemia pada pasien GGK.

g. Klien mengalami azotemia

Pasien mengalami azotemia karena penimbunan sampah dan cairan dalam tubuh klien yang berlebih akibat kegagalan ginjal untuk mengekskresikan zat toksin (ureum dan kreatinin) dalam tubuh. Pada pasien gagal ginjal kronik untuk pemeriksaan kadar ureum keratinin itu meningkat. Ureum meningkat disebabkan oleh ekskresi ureum yang terhambat oleh kegagalan fungsi ginjal. Sedangkan keratinin dalam darah meningkat apabila fungsi renal berkurang (Faruq, 2017).

KESIMPULAN

Masalah kelebihan volume cairan pada pasien GGK berhubungan dengan disfungsi ginjal. Tindakan hemodialysis membantudalammenurunkankelebihan volume cairan. Intervensi keperawatan berfokus pada : pemantauan elektrolit, manajemen elektrolit, pemantauan cairan, manajemen cairan, manajemen hypervolemia, manajemen eliminasi urine. Setelah pelaksanaan asuhan keperawatan lama 3x24 jam masalah belum teratasi karena

belum mampu melakukan pembatasan cairan secara optimal. Tetapi pada hari terakhir penelitian, edema hilang dan berat badan menurun. Dengan demikian, pemantauan intake dan output cairan serta kepatuhan dalam menjalani terapi hemodialisa terbukti efektif dalam menurunkan derajat edema dan berat badan. Adapun saran peneliti selanjutnya adalah menilai efektivitas tingkat kepatuhan serta pembatasan cairan terhadap derajat edema dan penurunan berat badan yang dialami pasien.

REFERENSI

- Aisara, S., Azmi, S., & Yanni, M. (2018). Gambaran Klinis penderita Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Kesehatan Andalas* , 46. Diakses dari <http://jurnal.fk.unand.ac.id>. Pada Tanggal 20 Mei 2018.
- Angraini, F., & Putri, A. F. (2016). Pemantauan Intake Output Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dapat Mencegah Overload Cairan *Jurnal Keperawatan Indonesia Vol. 19 No. 3*, 3. Diakses dari <https://media.neliti.com.pdf>. Pada Tanggal 21 Februari 2018.
- Anita, D. C., & Novitasari, D. (2015). Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan Terhadap Lama Menjalani Hemodialisa. Diakses dari <http://media.neliti.com>. Pada Tanggal 11 April 2018.
- Arifin, N. A. (2017). Berat Badan Pasien Dialisis. 1. Diakses dari <http://ipdijatim.org>. Pada Tanggal 24 Mei 2018
- Armiaati, Y., Chanif, & Yuwono, I. H. (2013). Pengaturan Kecepatan Aliran Darah (Quick Of Blood) Terhadap Rasio Reduksi Ureum Pada Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis RSUD Kota Semarang. *Prosiding Konferensi Nasional PPNI Jawa Tengah 2013*, 139-141. Diakses

- dari <http://eriset.unimus.ac.id>. pada Tanggal 11 April 2018.
- Asmadi. (2009). *Tehnik prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Azmi, S., Hidayat, R., & Pertiwi, D. (2016). Hubungan Kejadian Anemia Dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronik. 547. Diakses dari <http://jurnal.fk.unand.ac.id> Pada Tanggal 23 Mei 2018.
- Aisara, S., Azmi, S., & Yanni, M. (2018). Gambaran Klinis penderita Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Kesehatan Andalas* , 46. Diakses dari <http://jurnal.fk.unand.ac.id>. Pada Tanggal 20 Mei 2018.
- Angraini, F., & Putri, A. F. (2016). Pemantauan Intake Output Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dapat Mencegah Overload Cairan *Jurnal Keperawatan Indonesia Vol. 19 No. 3*, 3. Diakses dari <https://media.neliti.com.pdf>. Pada Tanggal 21 Februari 2018.
- Bare, B. G., & Smeltzer, S. C. (2001). *Buku Ajar keperawatan Brunner & Suddarth Edisi 8 Volume 2*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Bauldoff, G., Burke, K. M., & Lemone, P. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal bedah Volume 2 Edisi 5*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Berman, A., Erb, G., Koziar, B., & Snyder, S. J. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi 7 Volume 2*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Black, J. M., & Hawk, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan Edisi 8 Buku 1*. Singapura: Elsevier.
- Colvy, J. (2010). *Gagal Ginjal Tips Cerdas Mengenali dan Mencegah Gagal Ginjal*. Yogyakarta: Dafa Publishing.
- Depkes. (2013). Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013. Di akses dari <http://www.depkes.go.id> pada tanggal 22 Februari 2018.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta Timur: CV. Trans Media.
- Faruq, M. H. (2017). Upaya Penurunan Volume Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis. Diakses dari <http://eprints.ums.ac.id.pdf>. Pada Tanggal 22 Februari 2018.
- Heriana, P. (2014). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang Selatan. Binarupa aksara.
- Hidayat, A. A. (2012). *Pengantar Kebutuhan dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Hutagaol, E. V. (2016). Peningkatan Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Melalui Psychological Intervention Di Unit Hemodialisa RS Royal Prima Medan Tahun 2016. *Jurnal Jumantik Volume 2 Nomor 1*. Diakses dari <http://jurnal.uinsu.ac.id>. Pada Tanggal 11 April 2018.
- Muhammad, A. (2010). *Serba-Serbi Gagal ginjal*. Jogjakarta: Diva Press.
- Prabowo, E., & Pranata, A. E. (2014). *Buku Ajar Asuhan keperawatan Sistem Perkemihan Pendanda, Nic dan Noc*. Yogyakarta Medika.
- Pranata, A. E. (2013). *Cairan dan elektrolit*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Putri, Y. M., & Wijaya, A. S.. (2013). *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Jogjakarta: Nuha Medika.

- Rendi, M. C., & TH, M. (2012). *Asuhan Keperawatan Medkal bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saputra, L. (2013). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara.
- Saputra, L. (2013). *Catatan Ringkas Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara.
- Sari, L. R. (2016). Upaya Mencegah Kelebihan Volume Cairan Pada Pasien Chronic Kidney Disease. 4. Diakses dari <http://jurnal.usu.ac.id> Pada Tanggal 20 mei 2018.
- Satrio. (2017). Cara Mengatasi Sesak Napas Pada Proses Hemodialisa. 1. Diakses dari <http://alodokter.com>. Pada Tanggal 23 Mei 2018.
- Septianto, T. C., Suprajitno, & Usmiati, E. (2017). Penambahan Berat Badan Antara Dua Waktu Hemodialisa Paada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. 68. Diakses dari <http://media.neliti.com> Pada Tanggal 24 Mei 2018.
- Madjid, A., & Suharyanto, T. (2009). *Asuhan keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- World Health Organization (WHO). (2017). Gagal Ginjal Kronik Menurut WHO. Diakses dari <http://obatpenyakit.id>. 1. Pada Tanggal 4 April 2018
- Wilkson, J. M. (2014). *Diagnosis Keperawatan Edisi 10*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.