

**PENGARUH QB TERHADAP ADEKUASI HD DAN STATUS GIZI PASIEN GAGAL
GINJAL KRONIK DENGAN HIPERVOLEMIA DI RUANG HEMODIALISA RS
UNS SURAKARTA**

Mahendra Adi Wibowo¹⁾, Nikma Alfi Rosida²⁾, Wara Gati Murwani³⁾

¹⁾Mahasiswa Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas
Kusuma Husada Surakarta

²⁾Dosen Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas
Kusuma Husada Surakarta

³⁾Perawat Ruang Hemodialisa RS UNS Surakarta
mahendrawibowo09@gmail.com

ABSTRAK

Gagal ginjal merupakan suatu kondisi terjadinya gangguan pada sistem renal yang bersifat progresif dan irreversible sehingga menyebabkan kegagalan dalam mempertahankan metabolisme lainnya dalam darah atau sindroma uremia. Gagal ginjal atau *End State Renal Disease* (ESRD) didefinisikan juga sebagai penurunan laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 ml/menit dengan manifestasi berupa sesak nafas yang berat, ketidak mampuan mengatur cairan dan elektrolit, pengaturan tekanan darah, biogenesis eritropoitin, sinproposal penelitian 1,2 dihidroksikalsiferol dan kegagalan sinproposal penelitian prostaglandin sehingga membutuhkan penanganan dialisis.

Pengumpulan data yang diperoleh tanggal 3 Agustus 2023 dengan metode studi kasus pada 2 subjek dengan pengaturan QB dan pemberian kuisioner gizi *Dialysis Malnutrition Score* untuk mengetahui pengaruh Adekuasi. Subyek dalam karya ilmiah ini adalah pasien dengan diagnosis Gagal Ginjal Kronik sesuai dengan kriteria inklusi.

Penerapan QB yang tepat dan pemberian kuisioner DMS dapat membuat pasien mengetahui akan kebutuhan QB dan gizi bagi penderita Gagal Ginjal Kronik.

Hasil pengkajian didapatkan data responden mengeluhkan perut kembung dan kaki bengkak, pusing, cengeng. Diagnosis hypervolemia ,perfusi perifer tidak efektif. Intervensi pengaturan QB dan pemberian kuisioner DMS. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang dilakukan. Evaluasi perut kembung, kaki bengkak, kepala pusing, cengeng lebih baik.

Kata Kunci : GGK, *Quick of Blood* (QB), Status Gizi, Adekuasi, Hemodialisis.

Daftar pustaka : 37 (2015-2023)

THE EFFECT OF QB ON HD ADEQUACY AND NUTRITIONAL STATUS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS WITH HYPERVOLEMIA IN THE HEMODIALYSIS ROOM OF UNS SURAKARTA HOSPITAL

Mahendra Adi Wibowo¹⁾, Nikma Alfi Rosida²⁾, Wara Gati Murwani³⁾

¹⁾ Student of Nursing Professional Program Faculty of Health Science University of Kusuma Husada Surakarta

²⁾ Lecturer Nursing Study Profession Ners Faculty of Health Science University of Kusuma Husada Surakarta

*³⁾ Hemodialysis Room Nurse of UNS Surakarta Hospital
mahendrawibowo09@gmail.com*

ABSTRACT

Kidney disease is a condition where there is a progressive and irreversible disturbance of the renal system which causes failure to maintain other metabolisms in the blood or uremia syndrome. Kidney disease or End State Renal Disease (ESRD) is also defined as a decrease in the glomerular filtration rate of less than 15 ml/minute with manifestations in the form of severe shortness of breath, inability to regulate fluids and electrolytes, control of blood pressure, erythropoietin biogenesis, research proposal 1,2 dihydroxycalciferol and the failure of prostaglandin research proposal synopsis failure so that it requires dialysis treatment.

Data collection was obtained on 3rd August 2023 using the case study method on 2 patients with QB settings and providing a nutritional questionnaire Dialysis Malnutrition Score to determine the effect adequacy. Subjects in this scientific work were patients with a diagnosis of Chronic Kidney Disease according to the inclusion criteria.

Applying the right QB and administering the DMS questionnaire can make the patient aware of the QB and nutritional needs of patients with Chronic Kidney Disease.

The results of the study obtained data from patients complaining of flatulence and swollen feet, dizziness, whiny. Diagnosis of hypervolemia and ineffective peripheral perfusion. Intervention of QB settings and DMS questionnaire administration. Implementation is carried out based on the interventions. Better evaluation of flatulence, swollen feet, headache, whiny.

***Keywords: CKD, Quick of Blood (QB), Nutritional Status, Adequacy, Hemodialysis.
Bibliography : 37 (2015-2023)***

PENDAHULUAN

Gagal ginjal merupakan suatu kondisi terjadinya gangguan pada sistem renal yang bersifat progresif dan irreversible sehingga menyebabkan kegagalan dalam mempertahankan metabolisme lainnya dalam darah atau sindroma uremia (Wein, Kavousi, Partin & Peters, 2017). Gagal ginjal atau *End State Renal Disease* (ESRD) didefinisikan juga sebagai penurunan laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 ml/menit dengan manifestasi berupa sesak nafas yang berat, ketidakmampuan mengatur cairan dan elektrolit, pengaturan tekanan darah, biogenesis eritropoitin, sinproposol penelitian 1,2 dihidroksikalsiferol dan kegagalan sinproposol penelitian prostaglandin sehingga membutuhkan penanganan dialysis (Black & Hawk, 2016).

Jumlah pasien yang menderita gagal ginjal kronik terus meningkat. Peningkatan ini sebanding dengan penambahan jumlah populasi, peningkatan populasi usia lanjut, dan peningkatan jumlah pasien dengan hipertensi dan diabetes mellitus (Johnson, et al, 2018). Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan prevalensi penderita Gagal Ginjal tahun 2013 sebesar 2% atau 2 per 100 penduduk meningkat menjadi 3,8% pada tahun 2018, dan proporsi pernah/sedang cuci darah pada penduduk berumur lebih dari 15 tahun yang pernah didiagnosa penyakit gagal ginjal kronik sebesar 19,3%.

World Health Organization (WHO) menyatakan penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK) di dunia setiap tahunnya meningkat lebih dari 30%. Sedangkan di Indonesia, tercatat 595.358 pasien penderita gagal ginjal kronik. Provinsi Jawa Tengah menempati urutan ke enam dari 34

provinsi, yaitu dengan jumlah penderita sebanyak 65.755 (Risikesdas, 2018). Prevalensi CKD meningkat seiring dengan bertambahnya usia, meningkat tajam pada kelompok usia 25-34 tahun (6,93%), diikuti usia 35-44 tahun (16,54%), usia 45-54 tahun (30,31%), usia 55-64 tahun (28,84%) dan pada kelompok usia >75 tahun (14,40%). Prevalensi pada laki-laki (57%) lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (43%) (PERNEFRI, 2018).

Hilangnya fungsi ginjal membuat seseorang memerlukan terapi penggantian ginjal (*renal replacement therapy*) yang merupakan salah satu terapi yang dipertimbangkan pada pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir untuk tetap bertahan hidup yaitu berupa hemodialisis. *Data Center for Disease Control and Prevention* (2017) terdapat 30 juta orang dengan CKD di Amerika Serikat dan diantaranya 118.000 orang memulai pengobatan ESRD dan 662.000 orang dapat hidup dengan terapi dialisis dan transplantasi ginjal.

Terapi hemodialisis ini bekerja dengan cara mengeluarkan sisa metabolisme ataupun racun didalam peredaran darah manusia misalnya natrium, asam urat, urea air dan zat lainnya. Proses ini berada di membran semi permeabel yaitu dengan memisahkan darah dengan cairan dialisat di ginjal dengan cara difusi, osmosis, dan juga ultrafiltrasi. Terapi ini dilakukan sebanyak 2-3 kali tiap minggunya dengan durasi terapi selama 4-5 jam (Hagita, 2017).

Quick of Blood (QB) merupakan jumlah darah yang dapat dialirkan dalam satuan menit (ml/menit). Menurut Daugirds, Blake, & Ing (2017), QB

merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pencapaian bersihan ureum.

Status gizi mempunyai peranan penting pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di mana pasien ini akan rentan terkena malnutrisi yang mana hal ini merupakan salah satu faktor utama terjadinya morbiditas dan mortalitas pada pasien Gagal Ginjal Kronik(GGK) (Supariasa *et.al.*, 2019).

Adekuasi hemodialisa adalah kecakupan jumlah proses hemodialisis untuk menjaga kondisi optimal terbaik. Adekuasi hemodialisa bisa dinilai dari pernyataan subyektif maupun obyektif responden. Secara klinis dikatakan adekuat jika keadaan umum responden dan nutrisi responden dalam keadaan baik, tekanan darah normal, tidak ada gejala anemia dan uremia, keseimbangan cairan dan elektrolit dan keseimbangan basa normal serta aktivitas responden normal seperti sebelum menjalani hemodialisis (Tayyebi, et al., 2017).

Berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan di instalasi hemodialisa Rumah Sakit UNS terdapat 42 pasien yang menjalani hemodialisa rutin 2x/minggu. Berdasarkan hasil wawancara dari dengan 8 responden didapatkan 5 diantaranya masih memakan buah seperti jeruk, jambu maupun pisang dan tidak terlalu memperdulikan intake cairan yang masuk. Dari 5 orang yang mengkonsumsi buah-buahan dan tidak memperdulikan intake cairan 3 diantaranya mengalami sesak nafas, odema ekstremitas, mengalami gangguan kesemutan pada kaki serta kram otot. Sedangkan dari fenomena yang ada 3 pasien mengatakan kesemutan, kram dan pusing setelah menjalani hemodialysis.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk mengetahui Pengaruh QB Terhadap Adekuasi HD dan Status Gizi Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hipervolemia di Ruang Hemodialisa RS UNS Surakarta.

METODE PENELITIAN

Metode penerapan ini menggunakan studi kasus yang bertujuan untuk melihat hasil penerapan atau fenomena yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu dengan membandingkan respon kedua pasien dengan kasus yang sama dan diberi tindakan yang sama.

Tempat dan Pengambilan Studi Kasus

Penerapan pemberian kuisioner gizi dan pengaturan QB dilakukan di ruang Hemodialisa RS UNS Surakarta. Waktu penerapan dimulai bulan Juli-Agustus 2023 yang terdiri dari tahap penyusunan proposal, pengumpulan data, serta laporan hasil penerapan.

Subjek Studi Kasus

Subjek dalam penerapan ini yaitu 2 pasien yang sedang menjalani hemodialisis di ruang hemodialisa Rumah Sakit UNS Surakarta.

Fokus Studi Kasus

Pasien S, berumur 76 tahun berasal dari Jawa dan beragama Islam. Pasien S sudah menjalani hemodialisis selama \pm 3 tahun lamanya. Pada saat pengkajian pada pasien dan pasien mengatakan tidak ada keluhan dan hasil vital sign yaitu TD: 200/102 mmHg, S: 36,6 celcius, RR: 20x/menit, N: 87x/menit, SPO2:99%. Pada saat menjalani Hemodialisis pasien mengeluhkan pusing dengan QB 300 ml/menit. Setelah dilakukan vital sign ulang TD :248/109 mmHg dilakukan loading NaCl 50ml dan hasil TD : 186/91 mmHg, N: 56x/menit.

Hasil dan Pembahasan

Hasil

1. Pasien 1

Pasien S, berumur 76 tahun berasal dari Jawa dan beragama Islam. Pasien S sudah menjalani hemodialisis selama \pm 3 tahun lamanya. Pada saat pengkajian pada pasien dan pasien mengatakan perut kembung, kaki kiri bengkak dan hasil vital sign yaitu TD:

200/102 mmHg, S: 36,6 celcius, RR: 20x/menit, N: 87x/menit, SPO2:99%. Pada saat menjalani Hemodialisis pasien tidak ada keluhan dengan QB 275 ml/menit. Setelah dilakukan vital sign ulang hasil TD : 186/91 mmHg, N: 56x/menit.

2. Pasien 2

Pasien E, berumur 28 tahun berasal dari Jawa dan beragama Islam. Pasien E sudah menjalani HD kurang lebih selama ± 4 tahun lamanya. Pada saat pengkajian pasien mengatakan kaki kanan bengkak. Hasil vital sign TD: 145/84 mmHg, N: 82x/menit, S: 6,6 derajat celcius, RR: 20x/menit. Pada saat menjalani Hemodialisis pasien mengeluhkan pusing dengan QB 300 ml/menit. Setelah dilakukan vital sign ulang TD :68/45 mmHg dan QB diturunkan 250 ml/menit serta dilakukan loading NaCl 50ml dan hasil TD : 106/91 mmHg, N: 56x/menit

Pada tahap identitas pasien ditinjau kasus yang didapatkan yaitu Pasien Ny.S adalah seorang perempuan yang berusia 76 tahun pasien beragama Islam, bahasa yang digunakan pasien adalah bahasa Jawa dan bahasa Indonesia. Pendidikan S1, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, tinggal di kartasura dan Ny.S merupakan seorang istri dari Tn.H yang bekerja sebagai TNI. Kini Ny.S tinggal bersama anak terakhir dan suaminya sudah meninggal. Ny.S mengalami GGK stadium V yang merupakan nilai LFG nya kurang dari 15 dibuktikan dengan perhitungan LFG sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \frac{LFG \text{ (ml/mnt/1,73 m}^2 \text{ (140 - umur) } \times \text{ berat badan } \times 0.85)}{72 \times \text{ kreatinin plasma } \left(\frac{\text{mg}}{\text{dl}}\right)} &= \frac{1.73(140 - 76) \times 40,2 \times 0.85}{72 \times 16,8 \left(\frac{\text{mg}}{\text{dl}}\right)} \\ &= \frac{110,72 \times 34,17}{1209} = 3,1 \end{aligned}$$

Pasien Nn.E yang berusia 28 tahun. Pasien beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Jawa dan Indonesia. Pendidikan Nn.E adalah

Sekolah Menengah Atas (SMA). Pekerjaan sebagai karyawan swasta. Nn. E tinggal di Sukoharjo merupakan anak dari Ny.T. Nn. E mengalami GGK stadium V yang merupakan nilai LFG nya kurang dari 15 dibuktikan dengan perhitungan LFG sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \frac{LFG \text{ (ml/mnt/1,73 m}^2 \text{ (140 - umur) } \times \text{ berat badan } \times 0.85)}{72 \times \text{ kreatinin plasma } \left(\frac{\text{mg}}{\text{dl}}\right)} &= \frac{1.73(140 - 28) \times 58 \times 0.85}{72 \times 15,8 \left(\frac{\text{mg}}{\text{dl}}\right)} \\ &= \frac{193,76 \times 49,3}{1,137} = 8,4 \frac{\text{mg}}{\text{dl}} \end{aligned}$$

a. Keluhan utama

Pasien Ny. S saat dilakukan pengkajian mengatakan perut kembung, dan pada kaki kiri bengkak, tarikan QB Ny.S 275 ml/menit. Tidak ada keluhan pada saat menjalani hemodialisis. Vital sign Ny.S TD: 200/102mmHg, N:86 x/menit, S: 36,5 derajat celcius, RR: 20x/menit dan SPO2:99% , QB: 270 ml/menit , QD:500 ml/menit, t: 5 jam.

Pasien Nn. E mengalami keluhan kaki bagian kanan bengkak dan keluhan pusing saat menjalani hemodialisis. Tarikan QB Nn.E yang awalnya 300ml/menit diturunkan menjadi 250 ml/menit dikarenakan pasien Nn.E mengeluhkan pusing. Terlihat dari vital sign Nn. E tekanan darahnya mengalami penurunan yaitu TD: 145/84 mmHg, N: 82x/menit, S: 6,6 derajat celcius, RR: 20x/menit. Pada saat menjalani Hemodialisis pasien mengeluhkan pusing dengan QB 300 ml/menit. Setelah dilakukan vital sign ulang TD :68/45 mmHg dan QB diturunkan 250 ml/menit serta dilakukan loading NaCl 50ml dan hasil TD : 106/91 mmHg, N: 56x/menit

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien merupakan pasien rawat jalan yang sudah melakukan cuci darah selama 3 tahun untuk Ny.S sejak Februari 2020 dan 4 tahun untuk Nn.E sejak maret 2019. Pasien datang dari rumah ke ruang Hemodialisa RS UNS Surakarta pada tanggal 03 Agustus 2023 jam 06.00 WIB untuk melakukan

cuci darah rutin yang dilakukan tiap 2 kali dalam seminggu, keadaan umum pasien sedang.

Pembahasan

Kerusakan ginjal dapat menyebabkan terjadinya penurunan fungsi ginjal, produk akhir metabolisme yang seharusnya disekresikan ke dalam urin menjadi tertimbun di dalam darah. Kondisi ini menyebabkan gangguan keseimbangan cairan seperti hipovolemia atau hypervolemia, gangguan keseimbangan elektrolit seperti natrium dan kalium (Suharyanto dalam Hidayati, 2019).

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien Ny. S mengatakan memiliki riwayat Hipertensi sejak tahun 1975. Dijelaskan dalam teori bahwa gejala yang bisa timbul pada pasien dengan gagal ginjal kronis salah satunya yaitu gangguan kardiovaskuler seperti hipertensi, hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa Chronic Kidney Disease (CKD) selalu di ikuti dengan adanya riwayat penyakit seperti hipertensi (Mochtar dkk, 2019).

Pasien Nn.E mengatakan memiliki riwayat Hipertensi sejak pertama kali periksa pada tahun 2019 dan menjalani hemodialisis sampai sekarang. Dijelaskan dalam teori bahwa gejala yang bisa timbul pada pasien dengan gagal ginjal kronis salah satunya yaitu gangguan kardiovaskuler seperti hipertensi, hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa Chronic Kidney Disease (CKD) selalu di ikuti dengan adanya riwayat penyakit seperti hipertensi (Mochtar dkk, 2019).

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien Ny.S mengatakan tidak ada penyakit seperti yang sekarang dialami pasien Ny.S .

Pasien Nn.E megatakan ayahnya mempunyai Hipertensi. Pencetus sekunder seperti penyakit DM dan hipertensi memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit gagal ginjal kronis,

karena penyakit tersebut bersifat hereditas (Hidayat, 2018).

e. Riwayat Alergi

Pasien Ny.S saat di kaji ABCD ,Antropometrik dengan TB.150cm dan BB.40,2kg ,Biochemical Hb.13,5 g/dl ,limfosit 20,8%,Leukosit 3,31%,Trombosit 116ribu/ul, Clinical BB pasien kurang dibuktikan dengan IMT 17,8 cm/kg. Dietari History pasien mengatakan selalu jalan-jalan setiap pagi, pola makan pasien dijaga dan nafsu makan pasien baik.

Pasien Nn.E S saat di kaji ABCD ,Antropometrik dengan TB.157cm dan BB.58kg ,Biochemical Hb.12,5g/dl ,limfosit 19,8%,Leukosit 4,30%,Trombosit 250ribu/ul, Clinical BB pasien overweight dibuktikan dengan IMT 23,57 cm/kg. Dietari History pasien mengatakan selalu jalan-jalan setiap pagi, pola makan pasien dijaga dan nafsu makan pasien baik

Diagnosa Keperawatan

Hypervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 jam maka, diharapkan hypervolemia menurun dengan kriteria hasil :

- a. Edema menurun
 - b. Tekanan darah membaik
 - c. Tugor kulit membaik
 - d. Kelembapan membrane mukosa meningkat
- Manajemen Hipervolemia (I.03114)
- Observasi
Periksa tanda dan gejala hypervolemia
Identifikasi penyebab hypervolemia
Monitor status hemodinamik
 - Terapeutik
Batasi asupan cairan dan garam
 - Edukasi
Ajarkan cara membatasi cairan
 - Kolaborasi

Kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* HD, jika perlu.

Implementasi Keperawatan

Pasien Ny.S

| Hari/Tgl/ jam | No Dx | Implementasi | Respon |
|--|----------|---|--|
| Kamis, 03 Agustus 2023 07.00 | 1 | Mencuci tangan, memakai APD Gown, masker, handscoon | S: Pasien datang menimbang dan mengukur suhu , SPO2 dan menuliskan keluhan O: BB:40,2kg S:36,2 ^o c SPO2:99% RR: 20x/mnt N:86 x/mnt |
| 07.30 | 1 | Memasang tensi, menyiapkan HD pack dan melakukan Pungsi Vena dan AV Shunt | S: pasien mengatakan siap O: Pasien tampak koopertif TD: 204/91 mmHg N: 59 x/menit RR: 20 x/menit |
| 07.35 | 1 | Menyeting QB (<i>Quick of Blood</i>) dan memulai <i>Hemodialisis</i> | S: - O : Pasien tampak menjawab pertanyaan perawat UFG : 1500ml QD :500ml/mnt QB:270ml/mnt T: 5 jam |
| 08.30 | 1 | Memonitor status hemodinamik | S: - O: Pasin tampak tidur , |
| 09.30 | 1 | Memonitor status hemodinamik | S: Pasien mengatakan suruh menensi ulang O :Hasil vital sign TD : 201/89 mmHg N: 76 x/menit RR: 20x/menit |
| 10.30 | 1 | Memonitor status hemodinamik | S:- O: Pasien tampak makan dan minum |
| 11.30 | 1 | Persiapan ending menurunkan QB 150 | S: Pasien tampak kooperatif O: memberikan Torniquet |
| 12.45 | 1 | Menimbang BB post HD | S: Pasien kooperatif O: BB ; 39,9 kg |

Pasien Nn.E

| Hari/Tgl/ jam | No Dx | Implementasi | Respon |
|-------------------------|----------|-------------------------|----------------------------|
| Kamis, 03 Agustus | 1 | Mencuci tangan, memakai | S: Pasien datang menimbang |

| | | | |
|---------------|---|---|--|
| 2023 07.00 | | APD Gown, masker, handscoon | dan mengukur suhu , SPO2 dan menuliskan keluhan O: BB:58 kg S:36 ^o c SPO2:99% RR: 20x/mnt N:82 x/mnt |
| 07.30 | 1 | Memasang tensi, menyiapkan HD pack dan melakukan Pungsi Vena dan AV Shunt | S: pasien mengatakan siap O: Pasien tampak koopertif TD: 172/86 mmHg N: 82 x/menit RR: 20 x/menit |
| 07.35 | 1 | Menyeting QB (<i>Quick of Blood</i>) dan memulai <i>Hemodialisis</i> | S: - O : Pasien tampak menjawab pertanyaan perawat UFG : 3000ml QD :500ml/mnt QB:350ml/mnt T: 5 jam |
| 08.30 | 1 | Memonitor status hemodinamik | S: - O: Pasin tampak tidur , |
| 09.30 | 1 | Memonitor status hemodinamik | S: Pasien mengatakan suruh menensi ulang O :Hasil vital sign TD : 145/84 mmHg N: 82 x/menit RR: 20x/menit |
| 10.30 | 1 | Memonitor status hemodinamik | S:- O: Pasien tampak lemes dan susah tidur |
| 10.35 | 1 | Memonitor status hemodinamik | S: Pasien mengatakan pusing O : melakukan cek TTV, menurunkan QB : 250 ml |
| 11.30 | 1 | Persiapan ending menurunkan QB 150 | S: Pasien tampak kooperatif O: memberikan Torniquet |
| 12.45 | 1 | Menimbang BB post HD | S: Pasien kooperatif O: BB ; 57,8 kg |

Evaluasi

Pasien Ny.S

S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan

O : KU: Sedang , Composmentis

TD : 186/91mmHg UFG : 1700 ml

N : 72 QB : 270 ml/mnt

S : 36,2⁰c QD : 500 ml/mnt

SPO₂: 99% t : 5 jam

RR: 20 x/mnt Kt/V : 2,3

A : Masalah hypervolemia teratasi

P: Intervensi dihentikan

a. Batasi intake cairan

b. HD rutin sesuai jadwal

Pasien Nn.E

S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan

O : KU: Sedang , Composmentis

TD : 145/84 mmHg UFG : 3000 ml

N : 82 x/mnt t : 5 jam

S: 36,2⁰c RR : 20 x/mnt

SPO₂: 99% Kt/V: 1,9

QD : 500 ml/mnt

QB : 350 ml/mnt turun menjadi 250 ml/mnt

A : Masalah hypervolemia teratasi

P: Intervensi dihentikan

a. Batasi intake cairan

b. HD rutin sesuai jadwal

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Pasien Ny. S saat dilakukan pengkajian mengatakan perut kembung, dan pada kaki kiri bengkak, tarikan QB Ny.S 275 ml/menit. Tidak ada keluhan pada saat menjalani hemodialisis. Vital sign Ny.S TD: 200/102mmHg, N:86 x/menit, S: 36,5 derajat celcius, RR: 20x/menit dan SPO₂:99% , QB: 270 ml/menit ,QD:500 ml/menit, t: 5 jam. Diagnosa keperawatan yang muncul, hal ini disesuaikan dengan keadaan pasien yaitu :

Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dan natrium dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.S penulis menemukan masalah hypervolemia dengan data yang menunjang seperti adanya perut kembung, kaki bengkak, CRT >2detik BUN 107 (10-24 mg/dl),

Kreatin 16,8 (0,6-1,5 mg/dl) (SDKI, 2017).

Implementasi yang dilakukan pada pasien Ny.S selama 5 jam perawatan akan dijabarkan sebagai berikut :Implementasi pada diagnosa keperawatan pertama yaitu, memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema: kaki dan perut kembung), memonitor status hemodinamik, memonitor intake dan output cairan (BAK hanya 330cc/hari), memonitor tanda hemokonsentrasi (BUN: 107 (10-24 mg/dl), HCT: 25,9 (35-45%)), memonitor kecepatan infus secara ketat, memonitor frekuensi dan kekuatan nadi (nadi 80x/mnt), memonitor elastisitas atau turgor kulit (turgor kulit agak menurun), meninggikan kepala tempat tidur pasien 30-40° (SIKI, 2018).

Evaluasi untuk diagnosa hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan pada pada Ny.S setelah 5 jam pemberian tindakan intervensi didapatkan :

S: Pasien mengatakan perut kembung sudah terasa mendingan

O: Mukosa bibir masih sedikit kering, akral hangat, CRT <2detik, Turgor kulit sedikit elastis, TD 150/80mmHg

A: Masalah hipervolemia teratasi

P: Intervensi dihentikan (pasien pulang, rencana HD kamis)

2. Pasien Nn. E mengalami keluhan kaki bagian kanan bengkak dan keluhan pusing saat menjalani hemodialysis. Tarikan QB Nn.E yang awalnya 300ml/menit diturunkan menjadi 250 ml/menit dikarenakan pasien Nn.E mengeluhkan pusing. Terlihat dari vital sign Nn. E tekanan darahnya mengalami penurunan yaitu TD: 145/84 mmHg, N: 82x/menit, S: 36,6 derajat celcius, RR: 20x/menit Pada saat menjalani Hemodialisis pasien mengeluhkan pusing dengan QB 300 ml/menit. Setelah dilakukan vital sign ulang TD :68/45 mmHg dan QB diturunkan 250 ml/menit serta

dilakukan loading NaCl 50ml dan hasil TD : 106/91 mmHg, N: 56x/menit QB: 300 ml/menit menjadi 250 ml/menit, QD:500 ml/menit, t: 5 jam. Diagnosa keperawatan yang muncul, hal ini disesuaikan dengan keadaan pasien yaitu :

Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Nn.E, penulis menemukan masalah Hipervolemia dengan data yang menunjang seperti adanya kaki bengkak, berat badan mengalami kenaikan, CRT >2detik, BUN 105 (10-24 mg/dl), Kreatinin 15,8 (0,6-1,5 mg/dL), HCT 20,9 (35-45%) (SDKI, 2017).

Implementasi yang dilakukan pada pasien Nn.E selama 5 jam perawatan akan dijabarkan sebagai berikut :Implementasi pada diagnosa keperawatan pertama yaitu, memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema: kaki dan tanda-tanda vital), memonitor status hemodinamik, memonitor intake dan output cairan (BAK hanya 330cc/hari), memonitor tanda hemokonsentrasi (BUN: 105 (10-24 mg/dl), HCT: 20,9 (35-45%)), memonitor kecepatan infus secara ketat, memonitor frekuensi dan kekuatan nadi (nadi 80x/mnt), memonitor elastisitas atau turgor kulit (turgor kulit agak menurun), meninggikan kepala tempat tidur pasien 30-40° (SIKI, 2018).

Evaluasi untuk diagnosa hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi pada pada Nn.E setelah 5 jam pemberian tindakan intervensi didapatkan :

S: Pasien mengatakan kaki yang bengkak sudah terasa enteng

O: Mukosa bibir masih sedikit kering, akral hangat, CRT <2detik, Turgor kulit sedikit elastis, TD : 145/84 mmHg

A: Masalah hipervolemia teratasi

P: Intervensi dihentikan (pasien pulang, rencana HD Kamis)

SARAN

1. Bagi Rumah sakit
Tetap menjaga kualitas pelayanan hemodialisis dengan ketentuan URR 70% serta lama hemodialisis 4-5 jam.
2. Bagi institusi pendidikan
Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan referensi yang bermanfaat dalam pengembangan Karya Ilmiah Akhir selanjutnya.
3. Bagi penulis
Dengan adanya Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini penulis dapat mengembangkan pengetahuan serta wawasan khususnya di dalam hemodialisa. Dan dapat menjadi acuan bagi mahasiswa dalam mengembangkan penulisan sejenis dan Karya Ilmiah Akhir ini dapat dijadikan sebagai dasar penulisan lebih lanjut.
4. Bagi pasien
Diharapkan pasien tetap menjaga pola makan dan selalu rutin melakukan hemodialysis dan olahraga, serta memperhatikan intake cairan yang masuk.

DAFTAR PUSTAKA

- Black, JM, & Hawks, J.H. (2016). *Medical Surgical Nursing*; 8 edition, Canada Elsevier.
- Daugirdas, J. dkk. 2017. 'Update Of The KDOQI TM Clinical Practice Guideline For Hemodialysis Adequacy.' National Kidney Foundation ; KDOQI, Pp. 1-78.
- Hidayat, (2018). Blood pressure instability during hemodialysis. *Kid Int.* 69, 1710-11
- Johnson, et al (2018). A patient with CKD and poor nutritional status. *Clin J Am Socnephrol.*
- Kemendes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemendagri Kesehatan RI*, 53(9), 1689-1699.
- Mochtar dkk, (2019). *Hubungan Quick Of Blood (QB) Dengan Kejadian Hipertensi Intradialisis Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik*

- Stadium V di RS Dr. Soebandi
Jember. 68–74.*
- PERNEFRI. 2018. “10 Th Report of Indonesian Renal Registry 2017
10 Th Report Of Indonesian Renal Registry 2017.”
- PERNEFRI (2018) *Naskah Lengkap Simposium Nasional Peningkata Pelayanan Penyakit Ginjal Kronik dan Indonesia Renal Registry.* Yogyakarta:Pernefri.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), 2018. Riset Kesehatan Dasar
- RISKESDAS 2018 : Badan Litbangkes, Depkes RI 2018.
- Supriasa, *et al.* 2019. Buku Ajar Penyakit Dalam. FKUI, Jakarta.
- Tayyebi, Ali et al. 2017. –Study of the Effect of Hatha Yoga Excercises on Dialysis Adequacy. I Iranian Journal of Critical Care Nursing 4(4): 183-90.
- Wein, Kavoussi, Novick, Partin & Peters (2017). *Campbell-walsh Urology.*International Edition. Cambridge press:USA