

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP MEDIS**

##### **1. Pengertian Gagal Ginjal Kronis**

Gagal ginjal kronis adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) di dalam darah (Muttaqin dan Sari, 2011). Chronic kidney disease (CKD) atau penyakit ginjal kronis didefinisikan sebagai kerusakan ginjal untuk sedikitnya 3 bulan dengan atau tanpa penurunan glomerulus filtration rate (GFR) (Nahas & Levin, 2010). CKD atau gagal ginjal kronis (GGK) didefinisikan sebagai kondisi dimana ginjal mengalami penurunan fungsi secara lambat, progresif, irreversibel, dan samar (insidius) dimana kemampuan tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme, cairan, dan keseimbangan elektrolit, sehingga terjadi uremia atau azotemia (Smeltzer, 2009).

##### **2. Etiologi**

Menurut Muttaqin dan Sari (2011) kondisi klinis yang memungkinkan dapat mengakibatkan GGK bisa disebabkan dari ginjal sendiri dan di luar ginjal.

###### **a. Penyakit dari ginjal**

- 1) Penyakit pada saringan (glomerulus): glomerulusnephritis.
- 2) Infeksi kuman: pyelonefritis, ureteritis.
- 3) Batu ginjal: nefrolitiasis.
- 4) Kista di ginjal: polycstis kidney.
- 5) Trauma langsung pada ginjal.
- 6) Keganasan pada ginjal.
- 7) Sumbatan: batu, tumor, penyempitan/striktur.

- b. Penyakit umum di luar ginjal
  - 1) Penyakit sistemik: diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi.
  - 2) Dyslipidemia.
  - 3) Infeksi di badan: TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis.
  - 4) Preeklamsi.
  - 5) Obat-obatan.

### **3. Manifestasi Klinis**

Menurut perjalanan klinis gagal ginjal kronik :

- a. Menurunnya cadangan ginjal pasien asimtomatik, namun GFR dapat menurun hingga 25% dari normal.
- b. Insufisiensi ginjal, selama keadaan ini pasien mengalami poliuria dan nokturia, GFR 10% hingga 25% dari normal, kadar kreatinin serum dan BUN sedikit meningkat diatas normal.
- c. Penyakit ginjal stadium akhir ( ESRD) atau sindrom uremik (lemah, latergi, anoreksia, mual, muntah, nokturia, kelebihan volume cairan (volume overload), neuropati perifer, pruritus, uremic frost, perikarditis, kejang-kejang sampai koma), yang ditandai dengan GFR kurang dari 5-10 ml/menit, kadar serum kreatinin dan BUN meningkat tajam, dan terjadi perubahan biokimia dan gejala yang komplek. Gejala komplikasinya antara lain, hipertensi, anemia, osteodistrofi renal, payah jantung, asidosis metabolik, gangguan keseimbangan elektrolit (sodium, kalium, khlorida) (Nurarif dan Kusuma, 2015)

### **4. Patofisiologi**

Gagal ginjal merupakan sebuah fenomena kehilangan secara bertahap fungsi dari nefron. Kerusakan nefron merangsang kompensasi nefron yang masih utuh untuk mempertahankan homeostasis cairan dan elektrolit. Mekanisme adaptasi pertama adalah dengan cara hipertrofi dari nefron yang masih utuh untuk meningkatkan kecepatan filtrasi, beban solut dan reabsorpsi tubulus. Apabila 75 % massa nefron sudah hancur maka kecepatan filtrasi dan

beban solute untuk tiap nefron sangat tinggi sehingga keseimbangan glomerulus dan tubulus tidak dapat dipertahankan.

Terjadi ketidakseimbangan antara filtrasi dan reabsorpsi disertai dengan hilangnya kemampuan pemekatan urin. Perjalanan gagal ginjal kronik dibagi menjadi 3 stadium, yaitu :

a. Stadium I

Stadium pertama merupakan sebuah proses penurunan cadangan ginjal. Selama stadium ini kreatinin serum dan kadar BUN normal dan pasien asimtomatik.

b. Stadium II

Tahap ini merupakan insufisiensi ginjal dimana lebih dari 75% jaringan yang berfungsi telah rusak dan GFR (Glomerulus Filtration Rate) besarnya hanya 25% dari normal. Kadar BUN mulai meningkat tergantung dari kadar protein dalam diet. Kadar kreatinin serum juga mulai meningkat disertai dengan nokturia dan poliuria sebagai akibat dari kegagalan pemekatan urin.

c. Stadium III

Stadium ini merupakan stadium akhir dimana 90 % dari massa nefron telah hancur atau hanya tinggal 200.000 nefron saja yang masih utuh. GFR (Glomerulus Filtration Rate) hanya 10 % dari keadaan normal. Kreatinin serum dan BUN akan meningkat. Klien akan mulai merasakan gejala yang lebih parah karena ginjal tidak lagi dapat mempertahankan homeostasis cairan dan elektrolit dalam tubuh. Urin menjadi isoosmotik dengan plasma dan pasien menjadi oligurik dengan haluaran urin kurang dari 500 cc/hari.

## 5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan CKD dibagi tiga yaitu

a. Konservatif

1) Dilakukan pemeriksaan lab.darah dan urin

- 2) Observasi balance cairan
- 3) Observasi adanya odema
- 4) Batasi cairan yang masuk

b. Dialysis

- 1) Peritoneal dialysis biasanya dilakukan pada kasus – kasus emergency. Sedangkan dialysis yang bisa dilakukan dimana saja yang tidak bersifat akut adalah CAPD ( Continues Ambulatori Peritonial Dialysis )

2) Hemodialisa

Yaitu dialisis yang dilakukan melalui tindakan infasif di vena dengan menggunakan mesin. Pada awalnya hemodialisa dilakukan melalui daerah femoralis namun untuk mempermudah maka dilakukan :

- a) AV fistule : menggabungkan vena dan arteri
- b) Double lumen : langsung pada daerah jantung ( vaskularisasi ke jantung)

3) Operasi

- a) Pengambilan batu
- b) Transplantasi ginjal

## 6. Kompres dingin

Jenis kompres dingin yang bisa digunakan kompres dingin dapat dilakukan dengan beberapa metode, yaitu:

a. Handuk es

- Basahi handuk dengan air dingin dan peras sampai menjadi lembap.
- Lipat handuk, masukkan ke dalam kantong plastik bersih.
- Bekukan selama 15 menit.
- Lepaskan dari kantong palstik dan letakkan di area yang cedera.

b. Es batu (*ice pack*)

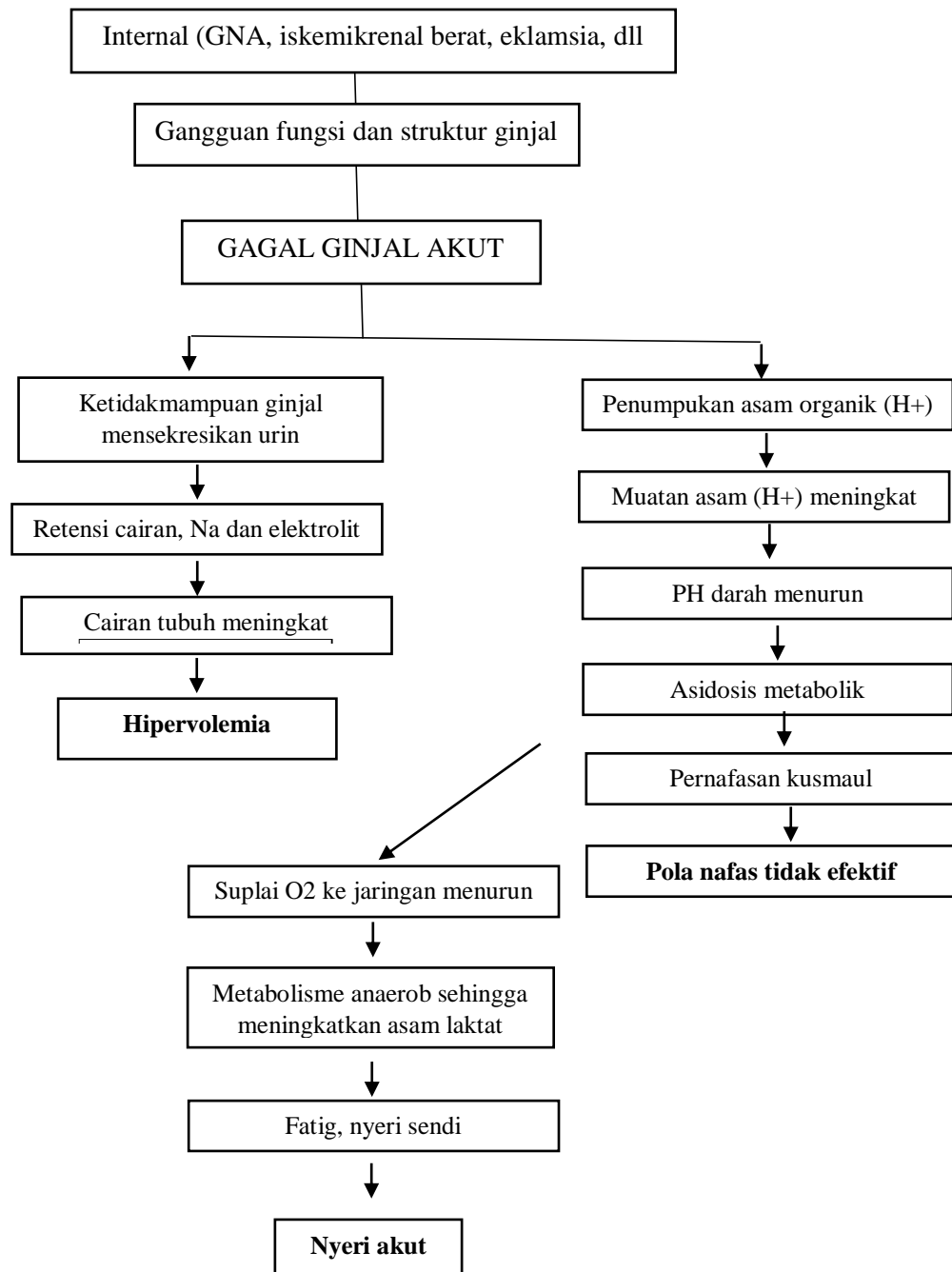
- Masukkan sekitar 0,5 kg es ke dalam kantong plastik.
- Tambahkan air secukupnya hingga tidak menutupi es.
- Keluarkan udara dalam kantong plastik tersebut, lalu tutup rapat kantongnya.

- Bungkus kantong plastik tersebut dengan handuk basah dan oleskan di daerah cedera.
- c. Air dingin (*cold pack*)
- Kantong beku yang memiliki ukuran seperti kacang polong atau jagung, dan bisa bertahan 10-20 menit.
  - Campur tiga gelas air (710 ml) dan satu gelas (235 ml) spiritus ke dalam kantong lemari es.
  - Tutup rapat dan letakkan di lemari es sampai bertekstur seperti lumpur.
  - Anda bisa juga membeli *cold pack* yang bisa dipakai ulang.
  - Simpan di lemari es Anda. Beberapa cold pack yang tersedia dirancang untuk membungkus daerah yang cedera, seperti lengan atau lutut.

## **B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah dan sistematis yang digunakan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terdiri dari lima tahapan yaitu; pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan ini digunakan sebagai kerangka kerja pemecahan masalah kesehatan yang ditemukan.

## 1. Pathways



Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

## 2. Pengkajian

Pengkajian fokus yang disusun berdasarkan pada Gordon dan mengacu pada Doenges (2001), serta Carpenito (2006) sebagai berikut :

### a. Demografi

Penderita CKD kebanyakan berusia diantara 30 tahun, namun ada juga yang mengalami CKD dibawah umur tersebut yang diakibatkan oleh berbagai hal seperti proses pengobatan, penggunaan obat-obatan dan sebagainya. CKD dapat terjadi pada siapapun, pekerjaan dan lingkungan juga mempunyai peranan penting sebagai pemicu kejadian CKD. Karena kebiasaan kerja dengan duduk / berdiri yang terlalu lama dan lingkungan yang tidak menyediakan cukup air minum / mengandung banyak senyawa/ zat logam dan pola makan yang tidaksehat.

### b. Riwayat penyakit yang diderita pasien sebelum CKD seperti DM, glomerulo nefritis, hipertensi, rematik, hiperparatiroidisme, obstruksi saluran kemih, dan traktus urinarius bagian bawah juga dapat memicu kemungkinan terjadinya CKD.

### c. Pola nutrisi dan metabolic

Gejalanya adalah pasien tampak lemah, terdapat penurunan BB dalam kurun waktu 6 bulan. Tandanya adalah anoreksia, mual, muntah, asupan nutrisi dan air naik atau turun.

### d. Pola eliminasi

Gejalanya adalah terjadi ketidak seimbangan antara output dan input. Tandanya adalah penurunan BAK, pasien terjadi konstipasi, terjadi peningkatan suhu dan tekanan darah atau tidak sinkronnya antara tekanan darah dan suhu

### e. Pengkajian fisik

#### 1) Penampilan / keadaan umum.

Lemah, aktifitas dibantu, terjadi penurunan sensifitas nyeri. Kesadaran pasien dari compos mentis sampai coma.

2) Tanda-tanda vital.

Tekanan darah naik, respirasi riet naik, dan terjadi dispnea, nadi meningkat dan reguler.

3) Antropometri.

Penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir karena kekurangan nutrisi, atau terjadi peningkatan berat badan karena kelebihan cairan.

4) Kepala

Rambut kotor, mata kuning / kotor, telinga kotor dan terdapat kotoran telinga, hidung kotor dan terdapat kotoran hidung, mulut bau ureum, bibir kering dan pecah-pecah, mukosa mulut pucat dan lidah kotor.

5) Leher dan tenggorok.

Peningkatan kelenjar tiroid, terdapat pembesaran tiroid pada leher.

6) Dada

Dispnea sampai pada edema pulmonal, dada berdebar-debar. Terdapat otot bantu napas, pergerakan dada tidak simetris, terdengar suara tambahan pada paru (rongkhi basah), terdapat pembesaran jantung, terdapat suara tambahan pada jantung.

7) Abdomen

Terjadi peningkatan nyeri, penurunan peristaltik, turgor jelek, perut buncit.

8) Genital.

Kelemahan dalam libido, genitalia kotor, ejakulasi dini, impotensi, terdapat ulkus.

9) Ekstremitas.

Kelemahan fisik, aktifitas pasien dibantu, terjadi edema, pengeroposan tulang, dan Capillary Refill lebih dari 1 detik.

10) Kulit.

Turgor jelek, terjadi edema, kulit jadi hitam, kulit bersisik dan mengkilat/uremia, dan terjadi perikarditis.



## 11) Pemeriksaan Penunjang

### a) Radiologi

Ditujukan untuk menilai keadaan ginjal dan menilai derajat dari komplikasi yang terjadi.

- b) Foto polos abdomen untuk menilai bentuk dan besar ginjal (batu a/ obstruksi). Dehidrasi akan memperburuk keadaan ginjal oleh sebab itu penderita diharapkan tidak puasa.
- c) IVP (Intra Vena Pielografi) untuk menilai sistem pelviokalis dan ureter Pemeriksaan ini mempunyai resiko penurunan faal ginjal pada keadaan tertentu, misalnya : usia lanjut, DM, dan Nefropati Asam Urat.
- d) USG untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih serta prostat.
- e) Renogram untuk menilai fungsi ginjal kanan dan kiri, lokasi dari gangguan (vaskuler, parenkim, ekskresi ), serta sisa fungsi ginjal.
- f) Pemeriksaan radiologi jantung untuk mencari kardiomegali, efusi perikardial.
- g) Pemeriksaan Radiologi tulang untuk mencari osteodistrofi (terutama untuk falanks jari), kalsifikasi metastasik.
- h) Pemeriksaan radiologi paru untuk mencari uremik lung; yang terakhir ini dianggap sebagai bendungan.
- i) Pemeriksaan Pielografi Retrograd bila dicurigai obstruksi yang reversibel.
- j) EKG untuk melihat kemungkinan :hipertropi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, aritmia, gangguan elektrolit (hiperkalemia).
- k) Biopsi ginjal

### 3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Dinarti & Mulyanti, 2017)

#### a. Nyeri Akut (D.0077)

##### 1) Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan

##### 2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

##### 3) Manifestasi klinis

###### a) Gejala dan tanda mayor

Objektif

- (1) Tampak meringis
- (2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- (3) Gelisah
- (4) Frekuensi nadi meningkat
- (5) Sulit tidur

- b) Gejala dan tanda minor
  - Objektif
    - (1) Tekanan darah meningkat
    - (2) pola napas berubah
    - (3) nafsu makan berubah
    - (4) proses berpikir terganggu
    - (5) Menarik diri
    - (6) Berfokus pada diri sendiri
    - (7) Diaphoresis

- 4) Kondisi klinis terkait
  - a) Kondisi pembedahan
  - b) Cedera traumatis
  - c) Infeksi
  - d) Sindrom koroner akut
  - e) Glaukoma

**b. Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005)**

1) Pengertian

Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

2) Etiologi

- a) Depresi pusat pernafasan
- b) Hambatan upaya nafas
- c) Deformitas dinding dada
- d) Deformitas tulang dada
- e) Gangguan neuromuscular
- f) Gangguan neurologis
- g) Imaturitas neurologis
- h) Penurunan energi
- i) Obesitas
- j) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru

- k) Sindron hipoventilasi
- l) Kerusakan inervasi diafragma
- m) Cedera pada medulla spinalis
- n) Efek agen farmakologis
- o) Kecemasan

3) Manifestasi klinis

- a) Gejala dan tanda mayor

Objektif

- (1) Penggunaan otot bantu pernafasan
- (2) Fase ekspirasi memanjang
- (3) Pola nafas abnormal

- b) Gejala dan tanda minor

Objektif

- (1) Pernafasan *pursed-lip*
- (2) Pernafasan cuping hidung
- (3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
- (4) Ventilasi semenit menurun
- (5) Kapasitas vital menurun
- (6) Tekanan ekspirasi menurun
- (7) Tekanan inspirasi menurun
- (8) Ekskursi dada berubah

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Depresi sistem saraf pusat
- b) Cedera kepala
- c) Trauma thoraks
- d) *Gullian barre syndrome*
- e) Multiple sclerosis
- f) Myasthenia gravis
- g) Stroke

h) Kuadriplegia

i) Intoksikasi alcohol

**c. Hipervolemia (D.0022)**

1) Pengertian

Peningkatan cairan intravascular, interstisial, dan /atau intraselular

2) Etiologi

a) Gangguan mekanisme regulasi

b) Kelebihan asupan cairan

c) Kelebihan asupan natrium

d) Gangguan aliran balik vena

e) Efek agen farmakologis

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Objektif

(1) Edema anasarca dan/atau edema perifer

(2) Berat badan meningkat dalam waktu singkat

(3) *Jugular venus pressure (JVP)* dan/atau *central venous pressure(CVP)*

(4) Refleks hepatojugular positif

b) Gejala dan tanda minor

Objektif

(1) Distensi vena jugularis

(2) Terdengar suara nafas tambahan

(3) Hepatomegaly

(4) Kadar Hb/Ht turun

(5) Oliguria

(6) Intake lebih banyak dari output

(7) Kongesti paru

- 4) Kondisi Klinis Terkait
  - a) Penyakit ginjal: gagal ginjal akut/kronis, sindrom nefrotik
  - b) Hypoalbuminemia
  - c) Gagal jantung kongesif
  - d) Kelainan hormone
  - e) Penyakit hati
  - f) Penyakit vena perifer

#### 4. Intervensi

Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

##### a. Nyeri Akut (D.0077)

##### SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066)

##### 1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

##### 2) Ekspektasi : Menurun

##### 3) Kriteria Hasil :

	Meningkat	Cukup meningkat	sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5

Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup memburuk	sedang	Cukup membaik	Membaik
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

### **SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)**

#### 1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

#### 2) Tindakan

##### a) Observasi

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- (6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

- (7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- (8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- (9) Monitor efek samping penggunaan analgetic

b) Terapeutik

- (1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosisakupresur, terapi musik, biofeedback, aromaterapi, terpai pijat, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)
- (2) Fasilitasi istirahat dan tidur
- (3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c) Edukasi

- (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- (5) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasikan dengan pemberian analgetik, jika perlu

**b. Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005)**

**SLKI: Pola Nafas (L. 01004)**

1) Definisi

Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

2) Ekspetasi : Membaik

3) Kriteria Hasil:

	Menurun	Cukup menurun	sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Ventilasi semenit	1	2	3	4	5



Kapasitas vital	1	2	3	4	5
Diameter thoraks anterior-posterior	1	2	3	4	5
Tekanan ekspirasi	1	2	3	4	5
Tekanan inspirasi	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup meningkat	sedang	Cukup menurun	Menurun
Dipsnea	1	2	3	4	5
Penggunaan otot bantu napa:					
Pemanjangan fase ekspirasi	1	2	3	4	5
Ortopnea	1	2	3	4	5
Pernafasan <i>pursed-tip</i>	1	2	3	4	5
Pernafasan cuping hidung	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup memburuk	sedang	Cukup menmbaik	Membaik
Frekuensi napas	1	2	3	4	5
Kedalaman napas	1	2	3	4	5
Ekskursi dada	1	2	3	4	5

### **SIKI : Manajemen Jalan Napas (I. 01011)**

#### 1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas

#### 2) Tindakan

##### a) Observasi

- (1) Monitor pola napas
- (2) Monitor bunyi napas tambahan
- (3) Monitor sputum

##### b) Terapeutik

- (1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift
- (2) Posisikan semi-fowler atau Fowler
- (3) Berikan minum hangat
- (4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- (5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- (6) Lakukan hiperoksigenisasi sebelum penghisapan endotracheal
- (7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forcep McGill
- (8) Berikan oksigen, jika perlu

##### c) Edukasi

- (1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi
- (2) Ajarkan Teknik batuk efektif

##### d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

### **c. Hipervolemia (D. 0022)**

#### **SLKI: Keseimbangan Cairan (L.05020)**

#### 1) Definisi

Ekulibrium antara volume cairan diruang intraselular dan ekstraselular tubuh

2) Ekspektasi : Meningkatkan

3) Kriteria Hasil:

	Menurun	Cukup menurun	sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Asupan cairan	1	2	3	4	5
Keluaran urin	1	2	3	4	5
Kelembapan membrane mukosa	1	2	3	4	5
Asupan makanan	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup meningkat	sedang	Cukup menurun	Menurun
Edema	1	2	3	4	5
Dehidrasi	1	2	3	4	5
Asites	1	2	3	4	5
Konfusi	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup memburuk	sedang	Cukup membaik	Membaik
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Denyut nadi radial	1	2	3	4	5
Tekanan arteri rata- rata	1	2	3	4	5
Membrane mukosa	1	2	3	4	5
Mata cekung	1	2	3	4	5
Turgor kulit	1	2	3	4	5
Berat badan	1	2	3	4	5

SIKI: Manajemen Hipervolemia (I.03114)

## 1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola kelebihan volume cairan intravaskuler dan ekstraseluler serta mencegah terjadinya komplikasi

## 2) Tindakan

### a) Observasi

- (1) Periksa tanda dan gejala hypervolemia
- (2) Identifikasi penyebab hypervolemia
- (3) Monitor status hemodinamik
- (4) Monitor intake dan output cairan
- (5) Monitor tanda hemokonsentrasi
- (6) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma
- (7) Monitor kecepatan infus secara ketat
- (8) Monitor efek samping diuretic

### b) Terapeutik

- (1) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- (2) Batasi asupan cairan dan garam
- (3) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat

### c) Edukasi

- (1) Anjurkan melapor jika haluaran urine  $<0,5$  mL/kg/jam dalam 6 jam
- (2) Anjurkan melapor jika BB bertambah  $>1$  kg dalam sehari
- (3) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
- (4) Ajarkan cara membatasi cairan

### d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian dieuretik
- (2) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic
- (3) Kolaborasi pemberian *continuous renal replacement therapy* (CRRT), jika perlu

## 5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

## 6. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017). Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP.

### **C. EVIDENCE BASED PRACTICE (EBP)**

1. Menurut jurnal penelitian dari (Afifi & Pranowo, 2021) yang berjudul “Efektifitas Kompres Dingin Dan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Skala Nyeri Pasien Saat Kanulasi (Inlet Akses Femoral) Di Unit Hemodialisa RSUD Cilacap” Tindakan kanulasi hemodialisis akan memberikan respon ketidaknyamanan berupa nyeri akibat rangsang tusukan jarum. Tujuan penelitian yaitu mengetahui perbedaan efektifitas kompres dingin dan teknik relaksasi nafas dalam untuk penurunan nyeri pasien saat

kanulasi (inlet akses femoral) hemodialisis di RSUD Cilacap. Jenis penelitian *quasi eksperimen* dengan rancangan static group comparison terhadap 12 orang yang mendapat kompres dingin dan 12 orang mendapat teknik relaksasi nafas dalam yang diambil dengan metode *total sampling*. Analisis data menggunakan *uji t-test*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan skala nyeri pasien saat kanulasi hemodialisis sebelum dan sesudah diberikan kompres dingin ( $p = 0,001$ ,  $\alpha = 0,05$ ), terdapat perbedaan yang signifikan skala nyeri pasien saat kanulasi hemodialisis sebelum dan sesudah diberikan teknik relaksasi nafas dalam ( $p = 0,002$ ,  $\alpha = 0,05$ ), tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara skala nyeri pasien saat kanulasi hemodialisis sesudah diberikan kompres dingin teknik relaksasi nafas dalam ( $p = 0,081$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Pemberian kompres dingin dan teknik relaksasi nafas dalam sama efektifnya dalam menurunkan skala nyeri. Disarankan sebelum kanulasi dapat diberikan kompres dingin dan relaksasi nafas dalam pada pasien HD.

2. Menurut jurnal penelitian dari (Hastuti & Supratman, 2020) yang berjudul “Pengaruh Kompres Dingin Terhadap Rangsangan Nyeri Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Melakukan Hemodialisa” Metode yang digunakan pada penelitian ini yaitu dengan cara *study literatur*, yang merupakan penelitian dengan cara mencari literatur yang sesuai dengan topik maupun kriteria yang telah penulis tentukan, kemudian menganalisa literatur yang diperoleh dari beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, sehingga akan didapatkan ide, penemuan baru, dan kesimpulan yang nantinya bisa bermanfaat bagi orang lain. Untuk melakukan *study literatur* tentunya membutuhkan literatur yang sesuai dengan topik yang akan dibahas, dan tentunya literatur harus memenuhi kriteria seperti literatur yang terbit maksimal 5 tahun terakhir. Dan pada penelitian ini terdiri dari 5 artikel yang dipilih oleh penulis yang menurut penulis sesuai dengan topik yang akan dibahas. Berdasarkan hasil analisis dari 5 artikel tentang pengaruh kompres dingin terhadap rangsangan nyeri pasien yang melakukan hemodialisis,

dapat ditarik kesimpulan bahwa teknik kompres dingin yang diaplikasikan sebelum pasien dilakukan prosedur kanulasi AVF mampu memberikan sensasi kebas pada lapisan kulit sehingga skala nyeri yang timbul dari prosedur hemodialisis menurun dibandingkan dengan tanpa melakukan tindakan kompres dingin terlebih dahulu.

3. Menurut jurnal penelitian dari (Endiyono & Ramdani, 2018) yang berjudul “Pengaruh Kompres Dingin Terhadap Tingkat Persepsi Nyeri Insersi Arteriovenosa Fistula Pada Pasien Hemodialisis Di Rumah Sakit Umum Daerah Purbalingga” Tujuan umum penelitian adalah untuk mengetahui pengaruh kompres dingin terhadap tingkat persepsi nyeri saat dilakukan insersi arteriovenosa fistula pada pasien hemodialisis di Rumah Sakit Umum Daerah Purbalingga, Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan metoda quasi eksperimental dengan pendekatan *pre test – post test group design*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling* dengan jumlah responden 15 orang. Teknik pengambilan data menggunakan numeric rating scale (NRS). Uji stasistik dengan menggunakan *Paired T Test*. Berdasarkan hasil analisis menggunakan uji statistik *Paired T Test*. diperoleh nilai p value 0,00 dengan demikian  $p\ value < \alpha$  ( $0,001 < 0,05$ ). Terdapat perbedaan yang bermakna skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan kompres dingin pada insersi arteriovenosa fistula. Pemberian kompres dingin dapat menurunkan skala nyeri pada insersi arteriovenosa fistula pada pasien dengan hemodialisis.