

**MANUSKRIP**

**STUDI KASUS KELEBIHAN VOLUME CAIRAN  
PADA KLIEN GAGAL GINJAL KRONIS  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDOARJO**



**Oleh :**

**NANDIKA NOVIA NURCLARISA  
NIM : P27820418089**

**POLTEKKES KEMENKES SURABAYA  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D3 KEPERAWATAN SIDOARJO  
2021**

## **KATA PENGANTAR**

Penulis memanjatkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi tugas akhir sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan keperawatan di program studi D-III Keperawatan Sidoarjo. Adapun Karya tulis ilmiah ini adalah berbentuk studi kasus yang berjudul "Studi kasus pada klien gagal ginjal kronik dengan masalah kelebihan volume cairan di rumah sakit umum sidoarjo" walaupun mengalami berbagai kendala dan keterbatasan, Penulis berusaha semaksimal mungkin untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini dengan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka tidak berlebihan kiranya bila penulis menyampaikan rasa hormat dan terimakasih dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Sidoarjo, 18 Juni 2021

Penulis

## ABSTRAK

### “STUDI KASUS KELEBIHAN VOLUME CAIRAN PADA KLIEN GAGAL GINJAL KRONIS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDOARJO”

Oleh:

Nandika Novia Nurclarisa

Gagal ginjal kronik adalah kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolik (toksik uremic) didalam darah (Arif Muttaqin, 2012). Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan pada klien gagal ginjal kronik. Studi kasus ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dengan mengambil kasus kdm sebagai sampel. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Instrumen pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi Keperawatan Sidoarjo. Diharapkan perawat mampu meningkatkan pengetahuan dengan mengikuti pelatihan terkait penyakit gagal ginjal, memberikan *health education* tentang pencegahan gagal ginjal berulang dan menganjurkan klien kontrol rutin.

---

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Gagal Ginjal Kronik, Kelebihan Volume Cairan

## PENDAHULUAN

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 metabolik (toksik uremik) didalam darah (Arif Muttaqin, 2012).

Penyakit gagal ginjal kronik merupakan masalah kesehatan masyarakat Global dengan prevalensi dan insidensi gagal ginjal yang

meningkat, prognosis yang buruk dan biaya yang tinggi. Prevalensi penyakit gagal ginjal kronik meningkat seiring meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut dan kejadian penyakit diabetes mellitus serta hipertensi. Sekitar 1 dari 10 populasi Global mengalami penyakit gagal ginjal kronik pada stadium tertentu ([worldkidneyday.org](http://worldkidneyday.org)). Hasil systematic review dan metaanalysis yang dilakukan oleh Hill et al, 2016, mendapatkan prevalensi Global Penyakit gagal ginjal kronik sebesar

13,4% (pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Di Indonesia penderita gagal ginjal kronik mencapai 84% sebanyak 13.758 jiwa dan di Jawa Timur sebanyak 3038 jiwa, sedangkan prevalensi pasien yang menjalani terapi hemodialisa yaitu sebanyak 17.193 jiwa di Indonesia dan di Jawa Timur sebanyak 852 jiwa (Syafitri & Mailani, 2018).

Berdasarkan data BPJS 2018, penyakit gagal ginjal menghabiskan biaya sebesar Rp 2,4 triliun. Bahkan, gagal ginjal merupakan penyakit katastropik nomor dua setelah penyakit jantung.

Sedangkan, insidens penyakit ginjal kronik terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2000 insidens penyakit ginjal kronik sebesar 346.641, pada tahun 2010 insidens mencapai 440.750 dan pada tahun 2017 sebesar 520.207.

Data penelitian ini menunjukkan bahwa prevalensi gagal ginjal kronik berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk usia lebih dari 15 tahun di Indonesia 0,38 persen atau sekitar 739.208 jiwa. Jumlah tertinggi ditunjukkan di Provinsi Kalimantan Utara (0,64 persen), Sedangkan

Terendah di Provinsi Sulawesi Barat (0,18 persen). (RISKESDAS, 2018).

## **TINJAUAN PUSTAKA**

### **Konsep Dasar Gagal Ginjal Kronik**

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 metabolik (toksik uremik) didalam darah (Arif Muttaqin, 2012).

Gagal ginjal kronis disebut juga dengan *Chronic Kidney Disease*. Gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat diubah lagi akibat kerusakan nefron dan glomerulus, penyebab potensial gagal ginjal kronis adalah penyakit ginjal polikistik, glomerulonefritis kronis, pielonefritis, obstruksi urine kronis, nefropati hipertensi, nefropati diabetik dan nefropati gout (Susan Martin At All).

### **Klasifikasi**

Gagal ginjal kronis disebut juga sebagai *Chronic Kidney Disease* (CKD). Perbedaan kata kronis dibandingkan dengan akut adalah kronologis waktu dan tingkat

fisiologis filtrasi. Berdasarkan Mc. Chellan (2006) dijelaskan bahwa gagal ginjal kronis merupakan kondisi penyakit pada ginjal yang persisten (keberlangsungan  $\geq 3$  bulan dengan) :

- a. Kerusakan ginjal
- b. Kerusakan glomerular filtration rate (GFR) dengan angka  $GFR \leq 60 \text{ ml/menit/1.732 m}^2$

Perlu diketahui klasifikasi derajat gagal ginjal kronis untuk mengetahui tingkat prognosanya.

Tabel 2.1 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik (Sumber : Mc. Chellan (2006), clinical management of chornic kidney disease)

STADIUM	DESKRIPSI	GFR (ML/MENIT/1.732 M <sup>2</sup> )
1	Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat	$\geq 90$

2	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan	60 – 89
3	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR sedang	30 – 59
4	Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR berat	15 – 29
5	Gagal ginjal	$\leq 15$ (atau dialysis)

Perjalanan umum gagal ginjal progresif dapat dibagi menjadi 3 stadium, yaitu :

- a. Stadium I : Penurunan cadangan ginjal  
Kehilangan fungsi nefron 40 – 75%. Pasien biasanya tidak mempunyai gejala, karena sisa nefron yang ada dapat membawa fungsi – fungsi normal ginjal
  - b. Stadium II : Insufisiensi ginjal  
Kehilangan fungsi ginjal 75 – 90%. Pada tingkat ini terjadi kreatinin serum dan nitrogen urea darah, ginjal kehilangan kemampuannya untuk mengembangkan urin pekat dan azotemia. Biasanya terjadi poliuria dan nokturia.
  - c. Stadium III : gagal ginjal stadium akhir atau uremia  
Tingkat renal dari gagal ginjal kronis yaitu sisa nefron yang berfungsi <10%. Pada keadaan ini kreatinin dan kadar BUN akan meningkat, respon terhadap GFR mengalami penurunan sehingga terjadi ketidakseimbangan kadar ureum nitrogen darah dan elektrolit.
- (secondary Illnes), penyebab yang sering adalah diabetes melitus dan hipertensi. Selain itu, ada beberapa penyebab lainnya dari gagal ginjal kronis, yaitu (Robinson, 2013) :
- a. Infeksi saluran kemih (pielonefritis kronis)
  - b. Penyakit peradangan (glomerulonephritis)
  - c. Penyakit vaskuler hipertensif (nefrosklerosis, stenosis arteri renalis)
  - d. Gangguan jaringan penyambung (SLE poliarterites nodosa, sklerosi sistemik)
  - e. Penyakit kongenital dan herediter (penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal)
  - f. Penyakit metabolik (DM, gocit, hiperparatiroidisme)
  - g. Netropati toksik
  - h. Nefropati obstruktif (batu saluran kemih)

### **Patofisiologi**

Patofisiologi gagal ginjal kronis dimulai pada awal fase gangguan keseimbangan cairan, penanganan garam, serta penimbunan zat – zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi ginjal turun kurang

### **Etiologi**

Gagal ginjal kronis sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder

dari 25% normal, manifestasi klinis gagal ginjal kronik mungkin minimal karena nefron – nefron sisa yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresinya, serta mengalami hipertrofi.

Seiring dengan semakin banyaknya nefron yang mati, maka nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat sehingga nefron – nefron tersebut ikut rusak dan akhirnya mati. Sebagian dari siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan tuntutan pada nefron – nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Pada saat penyusutan progresif nefron – nefron, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal akan berkurang. Pelepasan renin akan meningkat bersamaan dengan kelebihan beban cairan sehingga dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi akan memperburuk kondisi gagal ginjal, dengan tujuan agar terjadi peningkatan filtrasi protein – protein plasma. Kondisi akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuk jaringan parut sebagai respon dari kerusakan

nefron dan secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit – metabolit yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak manifestasi pada setiap organ tubuh.

### **Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala klinis pada gagal ginjal kronis dikarenakan gangguan yang bersifat sistemik. Ginjal sebagai organ koordinasi dalam peran sirkulasi memiliki fungsi yang banyak (organs multifunction), sehingga kerusakan kronis secara fisiologis ginjal akan mengakibatkan gangguan keseimbangan sirkulasi dan vasomotor. Berikut ini adalah tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh gagal ginjal kronis ( Robinson,2013; Judith,2006) :

- a. Ginjal dan gastrointestinal
- b. Kardiovaskuler
- c. Respiratory
- d. Gastrointestinal
- e. Integument
- f. Neurologis
- g. Endokrin
- h. Hematopoitic
- i. Musculoskeletal

## Pemeriksaan Penunjang

### a. Pemeriksaan Laboratorium

Penilaian gagal ginjal kronik dengan gangguan yang serius dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium, seperti :

- 1) Kadar natrium serum (N : 135 – 145 mEq/L)
- 2) Kadar kalium serum (N : 3,5 – 5,5 mEq/L)
- 3) pH (N : 7,40)
- 4) Kadar serum fosfor (N : 2,5 – 4,5 mEq/L)
- 5) Hadar Hb (Hb Pria, N : 13,5 – 18,0 g/dl. Hb Wanita, N 12,0 – 16,0 g/dl)
- 6) Hematokrit (Pria, N : 40 – 5490, Wanita, N : 38 – 47%)
- 7) Kreatinin serum (N : 0,7 – 1,5 mg/dl)
- 8) Peningkatan kadar nitrogen urea darah (BUN), (N : 10 – 20 mg/dl)
- 9) Analisis urin mungkin memperlihatkan adanya proteinuria dan sedimen sel darah merah
- 10) Kimia serum memperlihatkan adanya peningkatan BUN dan kreatinin hiperkalemia,

hiperurisemia,

hipokalsemia,

hiperfosfatemia,

hiperglikemia dan penurunan kadar bikarbonat

11) Ukur ekskresi protein dalam urin, ditemukannya rasio protein terhadap kreatinin yang penyakit di glomerulus 1.000 mg/gram

12) Pemeriksaan lab CCT (Clirens Creatinin Test)

13) Pemeriksaan laboratorium CCT berfungsi untuk mengetahui laju filtrasi glomerulus ginjal

### b. Pemeriksaan Radiologi

Beberapa pemeriksaan radiologi yang biasa digunakan untuk mengetahui gangguan fungsi ginjal antara lain :

- 1) Flat – Plat radiology/radiographic keadaan ginjal, ureter dan vesika urinaria untuk mengidentifikasi bentuk, ukuran, posisi dan klasifikasi dari ginjal. Pada gambaran ini akan terlihat bahwa ginjal mengecil yang mungkin disebabkan karena adanya proses infeksi



- 2) Computer Tomograoghy (CT) scan yang digunakan untuk melihat secara jelas struktur anatomi ginjal yang penggunaannya dengan memakai kontras atau tanpa kontras
- 3) Intervenous Pyelography (IVP) digunakan untuk mnevaluasi keadaan fungsi ginjal dengan memakai kontras, IVP biasa digunakan pada kasus gangguan ginjal yang disebabkan oleh trauma, pembedahan anomaly congenital, kelainan prostat calculi ginjal, abses/batu ginjal, serta obstruksi saluran kencing
- 4) Aortorenal Angiography digunakan untuk mengetahui system arteri, vena dan kapiler pada ginjal dengan menggunakan kontras, pemeriksaan ini biasanya dilakukan pada kasus renal arteri stenosis, aneurisma
- 5) Magnetic Resonance Imaging (MRI) digunakan untuk mengevaluasi kasus yang disebabkan oleh obstruksi uropathi, Acute renal failure, proses infeksi pada ginjal serta post transplantasi ginjal
- c. Biopsi Ginjal
- Untuk mendiagnosa kelainan ginjal dengan mengambil jaringan ginjal lalu dianalisa. Biasanya biopsi dilakukan pada kasus golomerulonepritis, neprotik sindom, penyakit ginjal bawaan, ARF dan perencanaan transplantasi ginjal. Diagnosis penyakit gagal ginjal kronis dapat ditentukan berdasarkan :
1. Anamnesis
  2. Pemeriksaan fisik
  3. Pemeriksaan laboratorium
  4. Pemeriksaan penunjang lainnya, seperti :
    - a) BNO : untuk melihat besarnya batu, adanya obstruksi
    - b) IVP : untuk menilai sistem pelvioxalises – ureter
    - c) USG : untuk menilai besar, bentuk, tebal parenkim ginjal
    - d) Renogram : untuk menilai fungsi ginjal kanan dan kiri
    - e) Radiologi : jantung, paru dan tulang

- f) Pyelografi retrograde :  
bila dicurigai ada  
obstruksi reversible
- g) EKG : hiperventrikel,  
aritmia, hiperkalemia

### **Penatalaksanaan**

Mengingat fungsi ginjal yang rusak sangat sulit untuk dilakukan pengembalian, maka tujuan dari penatalaksanaan klien gagal ginjal kronik adalah untuk mengoptimalkan fungsi ginjal yang ada dan mempertahankan keseimbangan secara maksimal untuk memperpanjang harapan hidup klien. Sebagai penyakit yang kompleks, gagal ginjal akan meminimalisir komplikasi dan meningkatkan harapan hidup klien. Penatalaksanaan pada klien gagal ginjal kronis (Robinson, 2013 ; Baughman, 2000) :

- a. Perawatan kulit yang baik
- b. Jaga kebersihan oral
- c. Beri dukungan nutrisi
- d. Pantau adanya hiperkalemia
- e. Atasi hiperfosfatemia dan hipokalsemia
- f. Kaji status hidrasi
- g. Kontrol tekanan darah

### **Komplikasi**

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit gagal ginjal kronis adalah :

- a. Penyakit tulang
- b. Penyakit kardiovaskuler
- c. Anemi
- d. Disfungsi seksual

### **Konsep Kelebihan Volume Cairan**

Kelebihan volume cairan (FVE) mengacu pada perluasan isotonik dari CES yang disebabkan oleh retensi air dan natrium yang abnormal dalam proporsi yang kurang lebih sama diman mereka secara normal berda didalam CES. Hal ini selalu terjadi sesudah ada peningkatan kandungan natrium tubuh total, yang pada akhirnya menyebabkan peningkatan air tubuh total. Karena ada retensi isotonik dari substansi tubuh, konsentrasi natrium serum tetap normal.

### **Etiologi**

Penyebab kelebihan volume cairan mungkin berhubungan dengan kelebihan cairan atau penurunan fungsi dari mekanisme homeostatis yang bertanggung jawab untuk mengatur keseimbangan cairan. Factor – factor penyebab dapat termasuk gagal jantung kongestif, gagal ginjal dan sirosis hepar.

Pemberian cairan yang mengandung natrium secara berlebihan pada pasien dengan gangguan mekanisme pengaturan terutama meningkatkan kecenderungan pasien terhadap kelebihan volume cairan.

### **Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis dari FVE berasal dari perluasan kompartemen CES dan termasuk edema, distensi vena leher, dan krakels (bunyi paru yang abnormal) Manifestasi lain dari kelebihan volume cairan, yaitu :

- a. Takikardi
- b. Peningkatan tekanan darah
- c. Peningkatan tekanan nadi
- d. Peningkatan tekanan vena sentral
- e. Peningkatan berat badan
- f. Nafas pendek dan mengi

### **Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan FVE diarahkan pada factor penyebab, pengobatan edema termasuk cara – cara untuk memobilisasi cairan (memposisikan pasien pada posisi supinasi dan penggunaan supotive stockings). Bila kelebihan cairan berhubungan dengan pemberian berlebih cairan yang mengandung natrium. Pemberian diuretic dan membatasi cairan dan natrium.

Jika fungsi ginjal terganggu sangat berat sehingga agen – agen farmakologi tidak dapat bereaksi secara efisien, modalitas lain dipertimbangkan untuk membuang natrium dan cairan dari tubuh. Hemodialisis atau dialysis peritoneal dapat dilakukan untuk membuang sampah nitrogen dan mengendalikan keseimbangan kalium dan asam – basa, dan untuk membuang natrium dan cairan.

Diet pembatasan natrium, pengobatan FVE biasanya mencakup pembatasan natrium pada diet. Diet pembatasan natrium ringan memperbolehkan sedikit penggambaran makanan (sekitar setengah jumlah biasa) dalam memasak. Makanan yang tinggi natrium harus dihindari.

### **Keseimbangan Cairan**

Cairan yang diminum penderita gagal ginjal harus diawasi dengan sangat seksama. Asupan yang bebas dapat menyebabkan beban sirkulasi menjadi berlebihan dan edema, sedangkan asupan yang terlalu rendah dapat mengakibatkan dehidrasi, hipotensi dan gangguan fungsi ginjal.

Cairan tubuh dikatakan seimbang atau balance (antara cairan yang masuk dengan cairan yang keluar tubuh sama atau dengan toleransi kelebihan atau kekurangan + 50 ml.

### **Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Kelebihan Volume Cairan**

1. Pengkajian
2. Diagnosa keperawatan
3. Perencanaan Keperawatan
4. Pelaksanaan Keperawatan
5. Evaluasi Keperawatan

### **METODE STUDI KASUS**

#### **Subjek Penelitian**

Subjek penelitian yang digunakan adalah dua pasien dengan masalah keperawatan Kelebihan Volume Cairan dengan diagnose medis Gagal Ginjal Kronik

#### **Fokus Studi**

Dalam asuhan keperawatan ,penulis mengacu pada masalah yaitu kelebihan volume cairan.

#### **Lokasi dan waktu**

Penelitian dilakukan di rumah sakit umum sidoarjo dan Waktu : April 2021

#### **Teknik dan Instrumen**

### **Pengumpulan Data**

Teknik Pengumpulan data adalah Metode yang akan digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik Instrumen pengumpulan data adalah Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu metode wawancara, observasi berupa format asuhan keperawatan yang meliputi format pengkajian, pengumpulan diagnose, format intervensi keperawatan, format implementasi keperawatan, format evaluasi sesuai ketentuan yang berlaku dan instrument atau alat yang digunakan stetoskop, thermometer, jam tangan , tensimeter dan lain lain.

### **PEMBAHASAN**

#### **1. Pengkajian**

Pada Tabel 4.1 keluhan utama saat pengkajian didapatkan pada klien 1 dengan kedua kaki bengkak dari telapak sampai paha dan pada klien 2 dengan sesak napas. Hasil dari anamnesis pada kedua kasus juga didapatkan kedua klien pernah menjalani hemodialisa dan memiliki riwayat hipertensi.

Pada tabel 4.2 Dari data kedua kasus pada 2 klien tersebut melakukan diit rendah protein dan

rendah garam, pada klien 1 sebanyak 1900 kkal/hari sedangkan pada klien 2 sebanyak 2100 kkal/hari. Kedua klien tersebut sama – sama belum BAB selama dirawat, namun pada klien 2 memiliki ketergantungan obat yaitu obat catropil.

Pada table 4.3 Dari data kedua kasus menunjukkan adanya tekanan darah diatas normal, konjungtiva anemis, kulit kering, edema pada kedua ekstremitas bawah. Pada klien 1 tidak terdengar bising usus, sedangkan pada klien 2 mengalami nyeri tekan abdomen pada region 2 dan terdapat warna kulit kuning langsung, tampak varises pada kaki kanan dan kiri.

Pada table 4.4 Hasil pemeriksaan diagnostic didapatkan hasil nilai lab Hb, RBC, HCT, dan natrium dibawah rentang normal pada kedua klien. Klien 1 dengan Hb 5,2 g/dl, RBC  $2,0 \times 10^6/Ul$ , HCT 16,0%, dan natrium 138 mmol/l sedangkan pada klien 2 Hb 5,7 g/dl, RBC  $2,23 \times 10^6/Ul$ , HCT 19,8 %, dan natrium 135 mmol/l. Nilai BUN dan kreatinin pada kedua klien mengalami peningkatan yakni pada klien 1 dengan nilai BUN 56,9 mg/dl dan kreatinin 13,9 mg/dl, sedangkan pada klien 2 dengan nilai

BUN 116,5 mg/dl dan kreatinin 17,6 mg/dl. Namun pada klien 2 nilai gula darah sewaktu dalam batas normal. Pada klien 2 juga mengalami peningkatan kalium dan klorida.

Pada table 4.5 Pada terapi obat didapatkan data pada klien 1 mendapatkan terapi cairan infus Pz 7 tpm, sedangkan pada klien 2 tidak mendapatkan terapi cairan infus. Pada terapi diet didapatkan data pada kedua kasus mendapatkan diit rendah protein dan rendah garam (RRPRG) namun berbeda pada banyaknya jumlah kalori, pada klien 1 sebanyak 1900 kkal/hari sedangkan pada klien 2 sebanyak 2100 kkal/hari.

## ***2. Diagnosa Keperawatan***

Pada tabel 4.7 didapatkan diagnose keperawatan kelebihan volume cairan dikarenakan kedua klien dengan gagal ginjal kronik mengalami kelebihan volume cairan. Hal ini sesuai teori yang menyatakan gagal ginjal kronik adalah kelebihan volume cairan karena terjadi gangguan pengaturan keseimbangan cairan dan elektrolit akibat penurunan fungsi ginjal (Chang, 2010). Data ini dapat didukung dengan ditemukannya edema, penurunan output urine, penurunan Hb,

peningkatan BUN dan kreatinin. Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti menegakkan diagnose keperawatan kelebihan volume cairan pada kedua kasus.

### ***3. Rencana Tindakan Keperawatan***

Pada tabel 4.8 didapatkan dalam perencanaan kedua kasus ini hanya mencantumkan tindakan sesuai dengan diagnosis keperawatan yaitu kelebihan volume cairan. Semua perencanaan yang dilakukan disesuaikan dengan keadan klien saat dilakukan penelitian agar didapatkan hasil yang maksimal dan sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan serta tidak terjadi kesalahan dan kekurangan pada saat dilakukan asuhan keperawatan pada klien.

### ***4. Pelaksanaan Keperawatan***

Pada tabel 4.9 didapatkan faktor yang mendukung dilakukannya pelaksanaan keperawatan ini adalah klien mengalami perubahan tanda – tanda vital, balance cairan, status hidrasi dan hasil Lab klien yang terjadi masalah keperawatan kelebihan volume cairan.

Pada dasarnya prinsip pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien

dengan gagal ginjal kronik berfokus pada penghitungan balance cairan, sehingga dapat mengetahui intake dan output asupan cairan yg dibutuhkan.

### ***5. Evaluasi Keperawatan***

Pada tabel 4.10 tentang evaluasi didapatkan bahwa evaluasi tindakan sudah sesuai dengan tujuan, kriteria hasil, dan mencapai pada perbaikan klien. Faktor yang mendukung dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah adanya perkembangan pada kondisi yang semakin membaik.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

1. Tindakan keperawatan Tahap pengkajian didapatkan bahwa pendidikan terakhir juga sangat berpengaruh dengan berapa lama hari perawatan klien. Timbulnya masalah kelebihan volume cairan pada kasus pertama disebabkan karena kedua kaki bengkak sedangkan pada kasus kedua disebabkan karena adanya sesak napas dan kedua kaki bengkak. Kedua klien juga memiliki riwayat hipertensi yang hal tersebut dibuktikan dengan oleh hasil observasi tanda tanda vital yang berada diatas batas normal.

Hasil dari kedua kasus dapat disimpulkan bahwa faktor pencetus kelebihan volume cairan karena adanya kedua kaki bengkak dan sesak napas.

2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus gagal ginjal kronik yaitu diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema
3. Perencanaan keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan yang terdapat pada teori untuk diaplikasikan ke kasus nyata serta mendapatkan hasil yang mengarah ke keadaan yang lebih baik dan balance cairan normal dan kaki sudah tidak oedem.
4. Tindakan keperawatan dapat berjalan dengan maksimal dengan adanya pengetahuan yang cukup terhadap hal-hal yang berkaitan dengan edema.
5. Evaluasi selama 5 hari ditemukan bahwa diagnosa kelebihan volume cairan pada kasus pertama dapat teratasi, sedangkan pada kasus kedua teratasi setelah dilakukan perawatan di rumah sakit.

### **Saran**

#### 1. Bagi klien dan keluarga

Klien dan keluarga diharapkan untuk rutin memeriksakan kesehatannya agar dapat terkontrol masalah kesehatannya.

#### 2. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai media informasi tentang kesehatan dan sebagai bahan masukan bagi peneliti selanjutnya terutama untuk perawatan klien gagal ginjal kronik dengan masalah kelebihan volume cairan.

### **REFERENSI**

Angraini, Fany. (2016). *Pemantauan Intake Output Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dapat Mencegah Overload Cairan*. Jurnal Keperawatan Indonesia.19,152-160.

Ariana, Sofi. (2016). *Stop Gagal Ginjal dan Gangguan-Gangguan Ginjal Lainnya*. Yogyakarta: Istana Media.

Aspiani, Reny Yuli (2015). *Aplikasi Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Trans Info Media.

- Chang, Ester (2010). *Patofisiologi Aplikasi Pada Praktek Keperawatan*. Penerbit buku kedokteran EGC : Jakarta
- Guyton, A.C & J. E. Hall. (2014). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi Kedua Belas*. Singapura: Saunders Elsevier.
- Muttaqin, Arif (2012). *Gangguan sistem perkemihan: Aplikasi Asuhan Keperawatan medikal bedah*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nanda (2015) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan NANDA NIC- NOC*. Jakarta : Media Hardy
- NANDA Internasional. (2018). *NANDA Internasional Inc. Diagnose Keperawatan :Definisi dan Klasifikasi 2018-2022*. Jakarta : EGC.
- Prabowo , Eko (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Purwanto Hadi,2016. *Keperawatan Medical Bedah 2*. Modul bahan ajar keperawatan. Jakarta.
- Robinson JM (2013). *Profesional Guide To Disease Tenh Edition*. Philadelphia: lippincott Williams and Wilkins
- Smeltzer, Suzanne C. *Buku Ajar Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*. Edisi 8 vol 1 penerbit buku kedokteran EGC : Jakarta
- Yuni Aspiani, Reny (2015). *Buku Ajar keperawatan Pada Klien Dengan*



