

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sistem endokrin adalah sistem kontrol kelenjar tanpa saluran (ductless) yang menghasilkan hormon yang tersirkulasi di tubuh melalui aliran darah untuk mempengaruhi organ-organ lain. Hormon bertindak sebagai "pembawa pesan" dan dibawa oleh aliran darah ke berbagai sel dalam tubuh, yang selanjutnya akan menerjemahkan "pesan" tersebut menjadi suatu tindakan. Sistem endokrin tidak memasukkan kelenjar eksokrin seperti kelenjar ludah, kelenjar keringat, dan kelenjar-kelenjar lain dalam saluran gastrointestinal (dr. H. Achmad Sofwan, M.Kes, PA, 2022).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2017), gagal ginjal kronis menduduki peringkat ke-12 dan diperkirakan 1,1 juta orang di dunia meninggal karena gagal ginjal kronis. Menurut Riskesdas (2018), penyakit ginjal kronik di Indonesia meningkat dari 0,2% menjadi 0,38% atau sebanyak 713.783 pasien didiagnosis oleh dokter sebagai gagal ginjal kronik. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2018), CKD telah menjadi masalah kesehatan yang serius di dunia. Penyakit ginjal menyebabkan kematian 850.000 orang setiap tahunnya. Gagal ginjal kronis di dunia saat ini mengalami peningkatan jumlah permasalahan kesehatan. Di dunia, dengan meningkatnya prevalensi, prevalensi dan tingkat kesakitan dan mortalitas, maka kejadian global setiap tahunnya meningkat menjadi beban penyakit dunia dengan angka kematian 850.000 setiap tahunnya. (bagian lapangan 2016).

Menurut Riskesdas 2018, prevalensi gagal ginjal kronik (Permil) berdasarkan diagnosis dokter pada usia ≥ 15 tahun tertinggi pada kelompok umur 65–74 tahun (8,23%), disusul oleh 1 kelompok umur ≥ 75 tahun (7,48%), kelompok umur 55–64 tahun (7,21%), kelompok umur 45-54 tahun (5,64%) dan terendah pada kelompok umur 15–24 tahun (1,33%). Angka kejadian (permil) pada laki-laki (4,17%) lebih tinggi dibandingkan perempuan (3,52%). Berdasarkan Riskesdas 2013, prevalensi (permil) pada masyarakat perkotaan (3,85%) lebih tinggi (0,01%) dibandingkan pada

masyarakat perdesaan (3,84%). Prevalensi gagal ginjal kronik di Indonesia mengalami peningkatan dari 2% menjadi 3,8% Provinsi di Indonesia angka kejadian tertinggi penyakit gagal ginjal kronik adalah DKI Jakarta (38,7%) diikuti Bali, DIY dan Banten (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Pasar Minggu Ruang ICU Non Bedah ditemukan kejadian gagal ginjal kronik dengan keluhan lemas, bengkak pada kaki, mual dan muntah. intervensi dengan menerapkan langkah-langkah untuk memantau intake output untuk mengatasi kelebihan volume cairan. Tindakan keperawatan untuk mengatasi kelebihan volume cairan pada pasien penyakit ginjal kronik (PGK) dapat dilakukan dengan menggunakan metode farmakologis dan nonfarmakologis. Upaya farmakologi dilakukan dengan memberikan terapi furosemid yang berperan sebagai diuretik (mempengaruhi produksi urin). Sedangkan upaya non farmakologis meliputi pemantauan dengan mencatat jumlah cairan yang tertelan dan jumlah urin yang dikeluarkan pasien setiap hari dengan menggunakan grafik atau tabel. Pemantauan terhadap asupan dan keluaran cairan pasien dilakukan dalam waktu 24 jam dan dapat dibagi dalam setiap shift (± 7 jam) kemudian dituangkan dalam grafik atau tabel sesuai dengan waktu dan jenis asupan pasien yaitu masukan makanan, minuman, atau infus dan output yaitu keluaran muntah, urin, buang air besar, atau IWL untuk kemudian dihitung keseimbangan cairan pasien (Angraini & Putri, 2016).

Berdasarkan survey penulis yang dilakukan pada tanggal 23 Mei 2024 di Ruang ICU Non Bedah RSUD Pasar Minggu dengan memeriksa catatan registrasi selama tiga bulan terakhir dari bulan Maret sampai Mei terdapat 34 pasien yang mengalami dislokasi CKD ON HD, pasien yang memiliki Hipervolemia.

Gagal ginjal kronik merupakan kerusakan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan ireversibel, dimana tubuh tidak mampu mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga mengakibatkan peningkatan ureum (Firmansyah, 2020). Kerusakan pada ginjal menyebab-

kan kegagalan fungsi ginjal yang dapat berupa Gagal Ginjal Kronis. Penyakit ginjal kronis merupakan penyakit ginjal stadium akhir yang bersifat progresif dan ireversibel dimana kemampuan tubuh gagal dalam menyeimbangkan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia yang dapat berujung pada kematian. Menurut Sari (2016), penderita penyakit ginjal kronik (PGK) memerlukan pengaturan cairan yang sangat hati-hati untuk mencegah kelebihan volume cairan, karena jika asupan cairan terlalu banyak dapat menyebabkan ginjal mengalami kelebihan sirkulasi, namun di sisi lain dapat menyebabkan ginjal mengalami kelebihan volume cairan. menyebabkan risiko defisit volume. Manifestasi klinis dari defisit cairan meliputi dehidrasi, hipotensi, dan memburuknya kondisi ginjal. Kehilangan ini dapat dicegah dengan memonitor intake output dan pembatasan cairan yang terbukti efektif dalam mengatasi kelebihan volume cairan pada pasien gagal ginjal kronik (Rahmawati, 2018).

Menurut hasil univariat dalam penelitian Meilianna dan Wiarsih tahun 2019, menunjukkan bahwa pembatasan cairan yang efektif dapat dilihat dengan adanya kepatuhan dari responden tersebut. Kemudian, telah tercatat pada akhir oktober 2003 terdapat 441.051 pasien GGK yang 66% diantaranya mengalami perawatan terapi hemodialisis dan beresiko terhadap overload cairan (US Renal Data System dalam Priska & Herlina, 2019).

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 8–10 Mei didapatkan hasil haluaran urin pada hari kedua sampai hari ketiga yaitu 0. Berat badan pasien dari hari pertama sampai hari ketiga tidak mengalami kenaikan yaitu Nn. K 80 kg dan Tn. W 61 tahun. Pasien secara rutin diukur berat badan untuk mengetahui kondisi cairan dalam tubuh pasien (Nurhanifah et al., 2020).

Memonitor intake dan output cairan pada hari pertama intake Nn. K 330 dan Tn. W 340, output Nn. K 0 dan Tn. W 0, balance cairan Nn. K +330 cc/kgBB dan Tn. W +340 cc/kgBB. Pada hari ke dua intake Nn. K 344 dan Tn. W 355, output Nn.K 100 ml dan Tn. W 0, balance cairan cairan : Nn. K +244 cc/kgBB dan Tn. W +355 cc/kgBB. Pada hari ke tiga intake Nn. K 420 dan Tn. W 734, output Nn.K 100 dan Tn. W 120, balance cairan Nn.

K +320 cc/kgBB dan Tn. W +614 cc/kgBB. Pembatasan intake cairan bertujuan untuk menyesuaikan asupan cairan dengan toleransi ginjal dalam regulasi (ekresi cairan), hal tersebut disebabkan penurunan laju ekresi ginjal dalam membuang kelebihan cairan tubuh sehubungan dengan penurunan LFG (Wirdiani et al., 2022).

Dan ditambahkan pula prevalensi 53,6% dari keseluruhan responden yang diteliti oleh Meilianna & Wirasih (2019) dimana penyakit gagal ginjal kronik tersebut masih mengalami overload cairan. Tak hanya itu, pada 15 Maret 2021, saat peneliti melakukan studi pendahuluan sekaligus praktik klinik keperawatan medikal bedah II di RSUD Bendan, Kota Pekalongan, didapatkan sebuah informasi berdasarkan wawancara sederhana, yakni terdapat 3 pasien gagal ginjal kronik yang dirawat dengan masalah kelebihan volume cairan. 1 pasien diantaranya cukup kooperatif dalam berkomunikasi, 1 pasien lainnya rawat jalan dan sisanya dalam kondisi buruk hingga dilarikan ke ruang ICU.

Keseimbangan cairan akan berimbang pada status hidrasi masing-masing individu. Keadaan cairan tubuh yang seimbang antara asupan dan kebutuhan menjadikan individu terhidrasi dengan baik. Semakin menurun tingkat keseimbangan cairan akan mengakibatkan dehidrasi tubuh, yaitu keadaan dimana jumlah asupan cairan jauh lebih rendah dibandingkan kebutuhan tubuh (Roumelioti M-E dkk, 2018).

Asuhan keperawatan dalam meningkatkan kinerja perawat sangat dipengaruhi oleh pimpinan atau kepala ruangan untuk mendorong atau memotivasi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan melalui kegiatan supervisi. Penelitian yang dilakukan oleh Jumali (2017) menunjukkan adanya hubungan pendidikan, masa kerja, pengetahuan, imbalan dan supervisi dengan pendokumentasian keperawatan.

Masalah yang umum muncul yang dialami oleh pasien yang menjalani terapi hemodialisa berkaitan dengan ketidakpatuhan pembatasan cairan. Hal ini dapat memicu kelebihan cairan dalam tubuh (overload). Kelebihan volume cairan dapat menyebabkan edema di sekitar tubuh,. Kondisi ini akan membuat tekanan darah meningkat dan memperberat kerja jantung.

Kelebihan volume cairan juga dapat menyebabkan sesak nafas. Hal lain yang terjadi pada pasien gagal ginjal kronik yang tidak membatasi cairan adalah peningkatan berat badan melebihi berat badan normal (0,5 kg/24 jam) (Melianna R, Wiarsih W 2019).

Penatalaksanaan terapi hemodialisis, pasien hemodialisis kronis beresiko memiliki komplikasi, termasuk retensi garam dan air, retensi fosfat, hiperparatiroidisme sekunder, hipertensi, anemia kronik, hiperlipidemia dan penyakit jantung. Untuk mengatasi hal ini, pasien memerlukan pembatasan cairan, pengikat fosfat, vit. D, agen calcimimetik, obat antihipertensi, agen hipoglikemik, eritropoetin, suplemen zat besi, dan berbagai obat-obat lain serta pengaturan diet serta rutinitas mendatangi unit hemodialisis. Kepatuhan pasien terhadap perawatan penting untuk kesuksesan intervensi. Pada model perawatan akut, intervensi berfokus pada gejala dengan tujuan, menyembuhkan/mengobati, pada model perawatan kronis berfokus pada upaya pengendalian perkembangan kondisi, serta meningkatkan kualitas hidup. Penderita hemodialisa yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan sampai dengan 9 bulan (Melianna R, Wiarsih W 2019).

Berdasarkan latar belakang di atas, bahwa intervensi memonitoring intake output balance cairan merupakan salah satu tugas perawat professional, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis Asuhan Keperawatan melalui Intervensi Monitoring Intake Output Cairan Pada Pasien Nn. K dan Tn. W dengan Diagnosis CKD ON HD di Ruang ICU Non Bedah RSUD Pasar Minggu”.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan survey penulis yang dilakukan pada tanggal 23 Mei 2024 di Ruang ICU Non Bedah RSUD Pasar Minggu dengan memeriksa catatan registrasi selama tiga bulan terakhir dari bulan Maret sampai Mei terdapat 34 pasien yang mengalami dislokasi CKD ON HD, pasien yang memiliki Hipervolemia. Berdasarkan data tersebut, maka rumusan masalah yang dilakukan adalah “Analisis Asuhan Keperawatan melalui Intervensi

Monitoring Intake Output Cairan Pada Pasien Nn. K dan Tn. W dengan Diagnosis CKD ON HD di Ruang ICU Non Bedah RSUD Pasar Minggu”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Khusus

Menganalisis asuhan keperawatan melalui intervensi Monitoring Intake Output Cairan Pada Pasien Nn. K dan Tn. W dengan Diagnosis CKD ON HD di Ruang ICU Non Bedah RSUD Pasar Minggu”

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CKD ON HD

1.3.2.2 Menegakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CKD ON HD

1.3.2.3 Merencanakan intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosa CKD ON HD

1.3.2.4 Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CKD ON HD.

1.3.2.5 Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnose medis CKD ON HD

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Pasien

Sebagai bahan masukan bagi pasien maupun keluarga mengenai pentingnya memonitor intake output cairan secara mandiri pada pasien CKD ON HD

1.4.2 Bagi RSUD Pasar Minggu

Sebagai dasar mengembangkan model asuhan keperawatan pada klien serta memperoleh masukan mengenai pentingnya memontior intake output balance cairan pada klien khususnya mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan *CKD ON HD*

1.4.3 Bagi Fikes UNAS

Memberi rujukan bagi instusi pendidikan dalam mengimplementasikan proses pembelajaran mengenai pentingnya memonitor intake

output balance cairan pada pasien dengan *CKD ON HD*, serta mampu memberi rujukan dalam meng-implementasikan proses pembelajaran dengan mengimplementasikan intervensi berdasarkan riset-risetterkini.

1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penulisan ini mampu digunakan sebagai dasar penulisan lanjutan sebagai pemikiran bagi pengembangan pembelajaran guna melanjutkan penulisan dalam pelepasan Asuhan Keperawatan melalui intervensi monitoring intake output cairan pada pasien *CKD ON HD*.

