

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Gagal ginjal kronik (GGK) atau penyakit ginjal tahap akhir (*end stage renal disease/ESRD*) merupakan penyimpangan progresif, irreversibel dengan penurunan fungsi ginjal yang mengakibatkan terjadinya kegagalan tubuh dalam mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (Astuti *et al.*, 2018). Perkembangan GGK ini progresif dan lambat, biasanya berlangsung beberapa tahun.

Penurunan progresif GFR (*Glomerulo Filtration Rate*) berkaitan dengan gagal ginjal kronis karena adanya penurunan jumlah nefron. Selain itu menjadi salah satu tanda tingkat keparahan penyakit GGK. Tingkat keparahan/stadium pada gagal ginjal terdiri dari 5 stadium yaitu GFR < 50% dari normal terjadi penurunan cadangan ginjal; GFR < 20 – 35% dari normal terjadi insufisiensi ginjal; gagal ginjal terjadi apabila GFR < 20% dari normal dan GFR < 5% merupakan penyakit ginjal kronis tahap akhir (Crisanto *et al.*, 2022).

Gagal ginjal kronik atau ESRD telah menjadi masalah besar di dunia karena sulit disembuhkan, biaya perawatan dan pengobatan yang mahal. Angka penderita gangguan ginjal tergolong cukup tinggi dan menjadi masalah kesehatan bukan hanya di Indonesia bahkan di negara maju (Astuti *et al.*, 2018).

Prevalensi GGK di dunia terutama di Amerika menurut *United States Renal Data System* (USRDS) pada tahun 2013 yaitu sekitar 650.000 kasus, dan pada tahun 2014 sekitar 651.000 kasus. Menurut *Indonesian Renal Registry* (IRR) prevalensi gagal ginjal di Indonesia pada tahun 2010 sebanyak 14.833 orang, pada tahun 2011 sebanyak 22.304 orang, dan meningkat pada tahun 2012 sebanyak 28.782 orang (Wakhid *et al.*, 2019).

Jumlah pasien GGK di Jawa Barat berdasarkan data registrasi Ginjal Indonesia pada tahun 2011 adalah 3.038 pasien. Jumlah tersebut mengalami peningkatan pada tahun 2012 menjadi 13.213 pasien (Santoso, 2012 dalam Barus *et al.*, n.d.). Menurut *Report of Indonesian renal Registry* menyatakan bahwa pada tahun 2015 penderita GGK di Jawa Barat mengalami peningkatan menjadi 16.847 orang yang terdiri dari 9.384 orang pasien lama dan 7.465 pasien baru (Barus *et al.*, n.d.).

Gagal ginjal kronik (GGK) di negara berkembang umumnya disebabkan oleh glomerulonefritis kronik dan nefritis interstisial (Fauci *et al.*, 2008 dalam Harahap, 2018). Perhimpunan Nefrologi Indonesia (Pernefri) tahun 2014 menyebutkan bahwa penyebab gagal ginjal di Indonesia diantaranya adalah glomerulonefritis 46.39%, DM 18.65% sedangkan obstruksi dan infeksi sebesar 12.85% dan hipertensi 8.46% sedangkan penyebab lainnya 13,65% (Drakbar, 2008 dalam Crisanto *et al.*, 2022). Dikelompokkan pada sebab lain diantaranya, nefritis lupus, nefropati urat, intoksikasi obat, penyakit ginjal bawaan, tumor ginjal, dan penyebab yang tidak diketahui. Etiologi GGK dapat disebabkan oleh penyakit sistemik seperti diabetes mellitus, glomerulonefritis

kronis, pielonefritis, hipertensi yang tidak dapat dikontrol, obstruksi traktus urinarius, lesi herediter seperti penyakit ginjal polikistik (Brunner & Suddarth, 2008 dalam Crisanto *et al.*, 2022). Selain itu, penyebab lain GGK adalah gaya hidup yang bersifat negatif seperti merokok, mengkonsumsi alkohol, dan tidak beraktifitas (Harahap, 2018).

Upaya yang dapat dilakukan oleh penderita GGK dalam mempertahankan fungsi dalam tubuh adalah dengan melakukan hemodialisa (terapi pengganti ginjal) atau cangkok ginjal. Namun, transplantasi ginjal masih jarang dilakukan karena jumlah pendonor ginjal masih sedikit. Maka dari itu, banyak pasien gagal ginjal melakukan terapi dialisis/hemodialisis sebagai pengganti transplantasi ginjal (Astuti *et al.*, 2018).

Hemodialisa merupakan metode terapi yang digunakan untuk menghilangkan produk limbah dan racun metabolisme dari dalam tubuh yang terakumulasi pada pasien dengan GGK tahap akhir. Zat terlarut dan cairan dibersihkan melalui membrane semipermeable dengan pemisahan massa yang berbeda melalui mekanisme difusi, konveksi dan adsorpsi (Ronco & Clark, 2018 dalam Lolowang *et al.*, 2020). Terapi ini dilakukan dengan menggunakan mesin yang dilengkapi dengan membran penyaring semipermeabel (ginjal buatan) (Muttaqin & Sari, 2011 dalam Hikmawati, 2019).

Umumnya terapi hemodialisis diprogramkan dua sampai tiga kali dalam seminggu. Hemodialisis merupakan terapi yang tepat bagi pasien dengan hemodinamis yang stabil serta dapat menoleransi perpindahan cairan yang

lebih agresif dalam 3-4 jam dengan sekitar 300 ml darah dalam filter pada waktu tertentu (Marlene, 2015 dalam Pratama *et al.*, 2020).

Keberhasilan terapi hemodialisa tergantung pada tingkat kepatuhan pasien terhadap program diet, pengobatan, waktu dialisis yang terhambat dan pembatasan asupan cairan (Melianna & Wiarsih, 2019). Sedangkan keberhasilan dalam manajemen diet dan cairan pada hemodialisa dievaluasi menggunakan IDWG. IDWG yang dapat ditoleransi tubuh sebaiknya 2,5 % - 5% dari berat badan setelah melakukan hemodialisis. Dengan begitu, intake cairan yang dianjurkan untuk pasien hemodialisa adalah 500 ml – 600 ml dalam satu hari (Priska & Herlina, 2019).

Masalah yang biasa muncul pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa adalah ketidakpatuhan dalam melakukan program pengobatan sehingga menyebabkan kelebihan cairan dalam tubuh (*overload*). Dampak akibat kelebihan cairan adalah terjadinya penumpukan cairan (edema) di sekitar tubuh yang dapat meningkatkan tekanan darah dan memperberat kerja jantung. Selanjutnya, hipervolemia dalam tubuh dapat menyebabkan pasien kesulitan bernafas/sesak nafas. Selain itu, pasien GGK yang tidak melakukan pembatasan asupan cairan akan menyebabkan kenaikan berat badan melebihi batas normal berat badan (0,5 kg/24 jam) (Priska & Herlina, 2019).

Kepatuhan pasien GGK/ESRD dalam mengikuti terapi hemodialisa merupakan hal penting yang harus diperhatikan. Jika penderita GGK tidak patuh dan mengikuti program pengobatan sebagaimana mestinya dapat terjadi penumpukan zat-zat berbahaya dalam tubuh hasil metabolisme sehingga akan

menimbulkan rasa sakit pada seluruh tubuh dan jika terus dibiarkan dapat menyebabkan kematian (Astuti *et al.*, 2018).

Oleh karena itu, peran perawat sangat penting dalam upaya meningkatkan kepatuhan pada pasien GGK dalam pembatasan asupan cairan yaitu dengan pemberian pendidikan kesehatan, memberikan motivasi serta dukungan sosial agar pasien patuh dalam pembatasan cairan. Selain itu, Kamerrer, et al. (2007) mengemukakan bahwa dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain, teman, waktu dan uang merupakan faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis (Astuti *et al.*, 2018).

Dengan demikian, berdasarkan data dan informasi di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus pada penderita GGK dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan Gagal Ginjal Kronik On Hemodialisa Telaah Pembatasan Cairan Di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung”.

B. Tujuan

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada kasus GGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.
2. Mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada kasus GGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.
3. Mampu membuat perencanaan pada kasus GGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.

4. Mampu melakukan implementasi pada kasus GGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.
5. Mampu mengevaluasi proses keperawatan pada kasus GGK di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.

C. Sistematika Penulisan

Sistematika pembahasan KIAK ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan Gagal Ginjal Kronik On Hemodialisa Telaah Pembatasan Cairan Di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung”, peneliti membagi dalam IV BAB, yaitu:

BAB I. PENDAHULUAN

Pada bab ini menjelaskan tentang latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, sistematika pembahasan.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini berisi tinjauan teoritis mengenai anatomi fisiologi sistem perkemihan, GGK, hemodialisa, pembatasan cairan dan konsep asuhan keperawatan.

BAB III. METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan membahas mengenai dokumentasi laporan kasus mulai dari pengkajianm penegakan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan serta menjelaskan kesenjangan dan kesamaan antara teori yang ada dengan kasus lapangan.

BAB IV. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Menguraikan kesimpulan dan rekomendasi seluruh kegiatan asuhan keperawatan.