

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN GAGAL
GINJAL KRONIK YANG MENGALAMI HIPOGLIKEMIA
DI RUANG HEMODIALISA RSUD Dr. MOEWARDI
SURAKARTA**



Oleh :

TRI HANDAYANI
J 230 113 036

**PROGRAM PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2012**

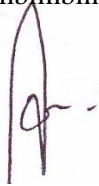
LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN GAGAL
GINJAL KRONIK YANG MENGALAMI HIPOGLIKEMIA
DI RUANG HEMODIALISA RSUD Dr. MOEWARDI
SURAKARTA**

Disusun oleh :

TRI HANDAYANI
J 230 113 036

Pembimbing I



Siti Arifah, S.kp., M. Kes

NIK: 902

Pembimbing II



Bagyo Rachmanto, S.Kep., Ners

NIP : 19720621992031004

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan



Winarsih Nur A, S.Kep., Ns., ETN., M.Kep.,

NIK: 100 1012

PENELITIAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENGALAMI HIPOGLIKEMIA DI RUANG HEMODIALISA RSUD Dr. MOEWARDI SURAKARTA

Tri Handayani*
Siti Arifah, S.Kp., M.Kes. **
Bagyo Rachmanto, S.Kep., Ns.***

ABSTRAK

Gagal Ginjal Kronik adalah suatu penurunan fungsi ginjal yang cukup berat dan terjadi secara perlahan dalam waktu yang lama (menahun) yang disebabkan oleh berbagai penyakit ginjal, bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih. salah satu penatalaksanaan pada penderita gagal ginjal kronik adalah hemodialisa. Hal ini karena hemodialisa merupakan terapi pengganti ginjal yang bertujuan untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme protein atau mengoreksi gangguan keseimbangan air dan elektrolit. Komplikasi atau dampak dilakukan hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik adalah hipoglikemia. Tujuan umum dari karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik yang mengalami hipoglikemia di ruang hemodialisa. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Kesimpulan dari karya ilmiah ini adalah pada pasien tn. s mengalami masalah hipoglikemia saat menjalani hemodialisa sehingga perlu tindakan yang diperlukan agar kadar gula darah tubuh tetap stabil, meskipun dilakukan hemodialisa yaitu dengan memberikan minuman yang mengandung glukosa, seperti teh manis atau makan makanan yang mengandung karbohidrat dan dektrosa 40% apabila kadar gula darah belum naik.

Kata Kunci : Gagal Ginjal Kronik, Hipoglikemia, Hemodialisa

NURSE CARE OF Mr. S WITH CHRONICAL KIDNEY DISEASE WHO EXPERIENCED HYPOGLICEMIA IN THE HEMODIALYSIS ROOM AT RSUD Dr. MOEWARDI OF SURAKARTA

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is a severe destruction of kidney's function and occurs slowly (yearly) caused by some kidney's diseases, progressive and commonly couldn't be completely recovered. One of management in chronic kidney failure patient is hemodialysis. This is caused by hemodialysis is kidney replacing therapy by the purpose of removing protein metabolism remains or correcting the balance of water and electrolyte disease. Complication or impact of hemodialysis in chronic kidney disease (CKD) patients is hypoglycemic. The general purpose of this paper is to study about caring management in patient with chronic kidney failure experienced hypoglycemic in hemodialysis room. methods used in this research are descriptive with case study approach. As conclusion in this paper is Mr. S patient has experienced hypoglycemic when carried on hemodialysis, therefore, it need the necessary action in order to make stable about blood sugar in the body, although carried out applied hemodialysis, that is by giving drink water containing glucose, as sweet tea, or even snacks containing carbohydrate and dextrose 40% if blood sugar levels do not rise.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Hypoglycemic, Hemodialysis

PENDAHULUAN

Gagal Ginjal Kronik (GGK) atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah suatu penurunan fungsi ginjal yang cukup berat dan terjadi secara perlahan dalam waktu yang lama (menahun) yang di sebabkan oleh berbagai penyakit ginjal, bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih (Smeltzer, 2008).

Ginjal adalah salah satu organ utama sistem kemih atau uriner (*tractus urinarius*) yang berfungsi menyaring dan membuang cairan sampah metabolisme dari dalam tubuh. Fungsi ginjal secara umum antara lain yaitu sebagai ultrafiltrasi yaitu proses ginjal dalam menghasilkan urine, keseimbangan elektrolit, pemeliharaan keseimbangan asam basa, eritropoiesis yaitu fungsi ginjal dalam produksi eritrosit, regulasi kalsium dan fosfor atau mengatur kalsium serum dan fosfor, regulasi tekanan darah, ekresi sisa metabolik dan toksin (Baradewo, Wilfriad & Yakobus, 2009).

Sedangkan salah satu penatalaksanaan pada penderita gagal ginjal kronik adalah hemodialisa. Hal ini karena hemodialisa merupakan terapi pengganti ginjal yang bertujuan untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme protein atau mengoreksi gangguan keseimbangan air dan elektrolit. Terapi hemodialisa yang dijalani penderita gagal ginjal tidak mampu mengimbangi hilangnya aktivitas

metabolik atau endokrin yang dilaksanakan ginjal akan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien (Raharjo, 2006).

Komplikasi atau dampak dilakukan hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik (GGK) adalah hipoglikemia. Hal ini karena terlalu banyak darah yang terbuang saat sirkulasi hemodialisa, termasuk glukosa (gula darah) yang terkandung dalam darah juga terbuang bersama sisa – sisa metabolisme lainnya. Sehingga kadar gula darah dalam tubuh mengalami penurunan, yang mengakibatkan pasien mengalami kelelahan atau lemas setelah dilakukan hemodialisa (NKDEP, 2011).

Saat ini jumlah CKD sudah bertambah banyak dari tahun ke tahun. Di Indonesia tahun 2010 prevalensinya 12,5% atau 18 juta orang dewasa yang terkena PGK (Thata, Mohani, Widodo, 2010). Menurut data Dinas Kesehatan Jawa Tengah jumlah penderita CKD di Jawa Tengah tahun 2004 sekitar 169 kasus (Firmansyah, 2010).

Berdasarkan survei di ruang hemodialisa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta bulan Oktober 2012. Penulis memperoleh data bahwa RSUD Dr. Moewardi Surakarta memiliki pelayanan kesehatan hemodialisa dan memiliki mesin hemodialisa sebanyak 25 unit yaitu mesin prezenius ada 3 unit, mesin brown ada 4 unit, dan mesin nipro ada 18 unit, 2 dari 18 mesin nipro

digunakan untuk pasien HBSag + (ruang isolasi), dengan jumlah tenaga perawat sebanyak 15 orang dan jumlah pasien sebanyak ± 300 orang, sedangkan pasien yang dilakukan hemodialisa karena gagal ginjal kronik yang mengalami hipoglikemia sebanyak 30%. Pelayanan Hemodialisa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta diselenggarakan selama 6 hari kerja, tiap hari terbagi dalam 2 shift yaitu shift pagi dan shift siang, dan apabila ada program cito atau pasien yang perlu hemodialisa diluar jam kerja maka ada shift tambahan. Pasien menjalani hemodialisa antara 1-2 kali dalam 1 minggu, adapun lama setiap hemodialisis adalah 4-5 jam dalam setiap dilakukan hemodialisa. Oleh karena itu penulis berminat untuk membuat sebuah karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Gagal Ginjal Kronik yang mengalami Hipoglikemia di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Moewardi Surakarta"

LANDASAN TEORI

Chronic Kidney Disease (CKD)

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah kasus penurunan fungsi ginjal yang terjadi secara akut (kambuhan) maupun kronis (menahun) (Syamsir, 2007). Penyakit ginjal kronik (*Chronic Kidney Disease*) terjadi apabila kedua ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam yang cocok untuk kelangsungan hidup. Kerusakan pada kedua ginjal

bersifat ireversibel. Sementara *National Kidney Foundation* (NKF) menyatakan gagal ginjal kronik terjadi apabila berlaku kerusakan jaringan ginjal atau menurunnya *glomerulus filtration rate* (GFR) kurang dari 60 mL/min/1.73 m² selama 3 bulan atau lebih. Berikut adalah tahap yang telah ditetapkan menerusi (K/DOQI) pada tahun 2004 (Black and Hawks, 2005) :

- 1) Stage 1: Kidney damage with normal or increased GFR (>90 mL/min/1.73 m²)
- 2) Stage 2: Mild reduction in GFR (60-89 mL/min/1.73 m²)
- 3) Stage 3: Moderate reduction in GFR (30-59 mL/min/1.73 m²)
- 4) Stage 4: Severe reduction in GFR (15-29 mL/min/1.73 m²)
- 5) Stage 5: Kidney failure (GFR <15 mL/min/1.73 m² or dialysis)

Gagal Ginjal Kronik (GGK) atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah suatu penurunan fungsi ginjal yang cukup berat dan terjadi secara perlahan dalam waktu yang lama (menahun) yang di sebabkan oleh berbagai penyakit ginjal, bersifat progresif dan umumnya tidak dapat pulih (Smeltzer, 2008).

Etiologi

Penyebab dari gagal ginjal kronik (GGK) yaitu Infeksi saluran kemih (pielonefritis kronis), Penyakit peradangan (glomerulonefritis), Penyakit vaskuler hipertensif (nefrosklerosis, stenosis arteri renalis), Gangguan jaringan penyambung (SLE, poliarteritis nodosa, sklerosis sitemik), Penyakit

kongenital dan herediter (penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal), Penyakit metabolik (DM, gout, hiperparatiroidisme), Nefropati toksik, Nefropati obstruktif (batu saluran kemih), (National Kidney Disease Education Program, 2011)

Hipoglikemia adalah kadar glukosa darah yang abnormal atau rendah, terjadi kalau kadar glukosa darah turun dibawah 50 hingga 60 mg/dl (2,7 hingga 3,3 mmol/L), (Smeltzer, 2008). Sedangkan hipoglikemi merupakan salah satu dari komplikasi atau efek dari proses hemodialisa, (Sukandar, 2006).

Teori Tentang Hemodialisa

a. Pengertian

Hemodialisa merupakan proses eliminasi sisa-sisa produk metabolisme (protein) dan koreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit antara kompartemen darah dan dialisat melalui selaput membran semipermeabel yang berperan sebagai ginjal buatan (Sukandar, 2006).

b. Fungsi hemodialisa

Fungsi hemodialisa menurut Hudak & Gallo (2005), adalah :

- 1) Membuang produk metabolisme protein seperti urea, kreatinin dan asam urat.
- 2) Membuang kelebihan air yang mempengaruhi tekanan banding antara darah dan bagian cairan, biasanya terdiri atas tekanan positif dalam arus darah dan tekanan negatif (penghisap)

dalam kompartemen dialisat (proses ultrafiltrasi).

- 3) Mempertahankan atau mengembalikan sistem buffer tubuh.
- 4) Mempertahankan atau mengembalikan kadar elektrolit tubuh

c. Cara Kerja Hemodialisa

Darah dikeluarkan dari tubuh melalui pipa-pipa plastik menuju mesin ginjal buatan (mesin hemodialisis). Setelah darah bersih dari sisa metabolisme dan racun tubuh, darah akan kembali ke tubuh. Pada gagal ginjal akut dilakukan hemodilisis sampai fungsi ginjal membaik, sedangkan pada gagal ginjal kronik berat dilakukan hemodilisis 2-3 kali seminggu, diulang seumur hidup atau sampai dilakukan cangkok ginjal. Menurut Patricia (2006) proses hemodialisis dilakukan dengan menggunakan sebuah mesin yang dilengkapi dengan membran penyaring semipermeabel (ginjal buatan) yang memindahkan produk limbah yang terakumulasi dari darah ke dalam mesin dialisis. Pada mesin tersebut, cairan dialisat dipompa melalui salah satu sisi membran filter, sementara darah klien keluar dari sisi yang lain.

d. Prosedur Hemodialisa

Prosedur hemodialisis yaitu racun dalam darah klien dialihkan ke dialyzer, dibersihkan, dan kemudian kembali ke klien. sementara darah berada dalam dialyzer, mesin pemompa menyebabkan cairan dialisis mengalir dari membran darah ke dialyzer. Asepsis yang ketat

harus dipertahankan selama prosedur. Salah satu aspek terpenting dari hemodialisis adalah pembentukan dan pemeliharaan akses darah yang adekuat. Tanpa itu, hemodialisis tidak dapat dilakukan. Rute utama adalah akses kateter vena sentral untuk akses jangka pendek dan fistula arteriovenosa internal dan cangkakan untuk dialisis kronis, (Black and Hawks, 2005).

e. Indikasi Hemodialisa

Adapun indikasi dari hemodialisis yaitu gagal ginjal yang tidak lagi dapat dikontrol melalui penatalaksanaan konservatif, pemburukan sindrom uremia yang berhubungan dengan EDRS (mual, muntah, perubahan neurologis, kondisi neuropatik, perikarditis), gangguan cairan atau elektrolit berat yang tidak dapat dikontrol oleh tindakan yang lebih sederhana (Patricia, 2006).

f. Komplikasi Hemodialisa

Komplikasi pada tindakan hemodialisis adalah

- 1) Pada gagal ginjal dilakukan HD dapat berakibat dialyisis disequilibrium syndrom dengan gejala klinis diantaranya terjadi hipoglikemia (kadar glukosa darah turun dibawah 50 hingga 60 mg/dl (2,7 hingga 3,3 mmol/L))
- 2) Hipervolemia
- 3) Ultrafiltrasi
- 4) Rangkaian Ultrafiltrasi (Diafiltrasi)
- 5) Hipovolemia
- 6) Hipotensi
- 7) Hipertensi

- 8) Ketidakseimbangan cairan (Smeltzer, 2008)

METODOLOGI PENELITIAN

Pendekatan

Karya tulis ilmiah ini penulis susun dengan menggunakan metode penulisan deskriptif yaitu menggambarkan suatu keadaan yang sedang terjadi. Penulis menggambarkan suatu proses keperawatan pada klien Tn. S dengan Gagal Ginjal Kronik yang mengalami Hipoglikemia di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Moewardi Surakarta mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data.

Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan di ruang Hemodialisa RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 12 Oktober 2012

Teknik Pengambilan Data

Penulisan karya tulis ilmiah ini mengambil sumber data dengan cara:

1. Wawancara yaitu dengan mengajukan pertanyaan langsung pada klien dan keluarga untuk menggali permasalahan klien.
2. Observasi dengan cara pengumpulan data melalui hasil pengamatan.
3. Pemeriksaan fisik yaitu cara

pengumpulan data melalui inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, dan dan pemeriksaan fisik lainnya.

4. Studi dokumentasi keperawatan dengan mempelajari dokumentasi klien yang terdapat dalam status yang berisikan catatan keperawatan klien.
5. Studi kepustakaan yaitu mempelajari literatur-literatur yang berkaitan atau relevan dengan isi karya tulis.

Analisa Data

Dalam penelitian ini peneliti menganalisa data dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, yaitu wawancara, dan pengamatan, maka langkah berikutnya adalah mengadakan reduksi data dari hasil pengkajian selama diruang Hemodialisa yang kemudian akan dibandingkan antara teori dengan kenyataan yang ada pada asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Gagal Ginjal Kronik yang mengalami Hipoglikemia di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam BAB ini penulis akan membahas tentang diagnosa keperawatan pada Tn. S dengan gagal ginjal kronik yang mengalami hipoglikemia. Berikut ini akan dibahas diagnosa yang muncul dikasus dan teori yaitu :

A. Pengkajian

Pengkajian yang didapat pada Tn. S yaitu mengatakan berat badannya meningkat, ureum 98Mg/dl, kreatinin 72Mg/dl hasil pemeriksaan lab 3 hari yang lalu, kepala pusing, badan lemas, data laboratorium GDS 70Mg/dl hasil pemeriksaan 3 hari yang lalu. Hal ini sesuai dengan teori Nanda (2009) yang menyatakan kelebihan volume cairan ditandai salah satunya dengan : berat badan meningkat pada waktu yang singkat. Pengkajian ini juga sesuai dengan teori Black & Hawks (2005) yang menyatakan hipoglikemia atau kadar gula darah dalam tubuh berkurang atau turun, ditandai dengan pasien mengalami kelelahan atau lemas terkadang disertai pusing.

B. Diagnosa

Setelah dilakukan pengkajian kemudian penulis membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn. S dengan gagal ginjal kronik yang mengalami hipoglikemia adalah :

1. Kelebihan Volume cairan berhubungan dengan Kerusakan fungsi GFR (Glomerulus Filtration Rate)

Diagnosa ini penulis tegakkan karena diperoleh data obyektif dan obyektif dari klien sebagai berikut :

- a. Data subyektif : klien mengatakan buang air kecil sedikit, bahkan kadang dalam sehari klien tidak bak, kira – kira selama 3hari klien bak \pm 200cc.

- b. Data obyektif : BB pre hemodialisa 70 kg sedangkan berat badan post HD 3hari yang lalu 68 kg, ureum 98Mg/dl, kreatinin 72Mg/dl hasil pemeriksaan lab 3 hari yang lalu, terdapat oedema dikaki.

Data dalam diagnosa ini sudah sesuai dengan teori Nanda (2009) bahwa kelebihan volume cairan ditandai dengan salah satunya peningkatan berat badan dalam waktu yang singkat.

Implementasi yang dilakukan oleh perawat adalah sebagai berikut:

- a. Menimbang berat badan sebelum dan sesudah dilakukan hemodialisa
Penumpukan cairan yang mempengaruhi peningkatan berat badan dengan waktu cepat, (Nanda, 2009)
- b. Mencatat balance cairan
Memonitor status jumlah cairan dalam tubuh dan apabila terjadi oedema dapat diketahui, (Nanda, 2009)
- c. Memonitor status hidrasi
Mengetahui kondisi cairan dalam tubuh, (Nanda, 2009)
- d. Memonitor vital sign sebelum hemodialisa, selama hemodialisa, dan sesudah hemodialisa.
Bila terdapat oedema pada paru maka respiratori meningkat, bila terdapat oedema pada jantung akan terjadi peningkatan tekanan darah, (Nanda, 2009).

- e. Melakukan tindakan hemodialisa selama 5 jam, dengan UFG 4000ml, UFR 0,80
Sebagai salah satu penanganan pengeluaran sisa metabolisme, cairan dan elektrolit dalam tubuh yang tidak bisa keluar lewat ginjal, (Nanda, 2009)

Sedangkan menurut Levin (2008) dalam jurnalnya yang berjudul *Guidelines For Management of Chronic Kidney Disease* menyatakan bahwa penatalaksanaan terhadap pasien yang mengalami gagal ginjal kronik saat dilakukan hemodialisa adalah :

- a. Melakukan cek berat badan
Untuk mengetahui adanya kelebihan cairan setelah dialisis terakhir, (Nanda, 2009)
- b. Monitoring tanda – tanda vital dan balance cairan
Bila terdapat oedema pada paru maka respiratori meningkat, bila terdapat oedema pada jantung akan terjadi peningkatan tekanan darah, dan untuk mengetahui keseimbangan cairan didalam tubuh, (Nanda, 2009)
- c. Melakukan tindakan hemodialisa dengan melakukan kamulasi/fungsi untuk menghubungkan sirkulasi, biasanya mempergunakan satu jalan darah/blood akses, yakni
 - 1) Dengan interval A-V Shunt/fistula simino
 - 2) Dengan eksternal A-V Shunt/schungula.

3) Tanpa 1-2 (vena pulmonalis).

Sebagai salah satu penanganan pengeluaran sisa metabolisme, cairan dan elektrolit dalam tubuh yang tidak bisa keluar lewat ginjal, (Nanda, 2009)

- d. Cek laboratorium kadar ureum dan kreatinin sebelum dan sesudah hemodialisa
Kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui fungsi ginjal, (Nanda, 2009)

Berdasarkan analisis jurnal diatas, maka pada sebagian implementasi yang telah dilakukan pada Tn S yang mengalami hipoglikemia saat dilakukan hemodialisa di ruang hemodialisa RSUD Dr. Moewardi Surakarta sudah sesuai prosedur. Namun, ada beberapa implementasi yang belum dilakukan oleh perawat yakni :

- a. Perawat memonitor adanya udem pada pasien
Penumpukan cairan terjadi pada tingkat sel secara bertahap sesuai dengan masuknya cairan dan pengeluaran cairan, (Nanda, 2009)
- b. Perawat melakukan cek Laboratorium kadar ureum dan kreatinin sebelum dilakukan hemodialisa dan sesudah dilakukan hemodialisa.
Dengan adanya cek kadar ureum dan kreatinin, maka dapat membandingkan kadar ureum dan kreatinin sebelum dan sesudah tindakan hemodialisa. Menurut PERNEFRI (2005), dengan adanya cek kadar ureum

dan kreatinin merupakan salah satu indikator tentang derajat kesehatan pada ginjal, apabila keduanya meningkat, hal ini menunjukkan fungsi ginjal tidak baik.

Dalam evaluasi dan tindakan yang dilakukan selama 5jam hasilnya adalah masalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan kerusakan fungsi GFR teratasi sebagian BB klien turun setelah dilakukan hemodialisa, ditandai dengan data subyektif : klien mengatakan terasa lebih enak dengan berat badannya yang sekarang setelah dilakukan hemodialisa. Data obyektif : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD : 160/90 mmHg, N : 80x/mnt, RR: 22x/mnt, S: 36, 2 °C, BB post HD 67,5 kg, dan rencana tindakan tetap dilanjutkan yaitu catat perubahan BB, observasi TTV, lakukan hemodialisa 3 hari lagi, (Nanda, 2009)

2. Resiko komplikasi berhubungan dengan penurunan kadar gula darah plasma

Diagnosa kedua ini penulis tegakkan karena diperoleh data sobyektif dan obyektif dari klien sebagai berikut :

- a. Data sobyektif : klien mengatakan kepala pusing, badan lemas.
- b. Data obyektif : keadaan umum klien saat dilakukan hemodialisa tampak lemas, mempunyai riwayat penurunan gula darah pada waktu dilakukan hemodialisa ± 1 tahun yang lalu, TD : 120/60 mmHg, N : 100x/menit, RR : 28x/menit, S :

36,2 °C, GDS 70 Mg/dl hasil pemeriksaan 3 hari yang lalu dikarenakan untuk pemeriksaan gula darah sewaktu untuk hari pengkajian belum / tidak dilakukan.

Data dalam diagnosa kedua ini sudah sesuai dengan teori Black & Hawks (2005) yang menyatakan hipoglikemia atau kadar gula darah dalam tubuh berkurang atau turun, ditandai dengan pasien mengalami kelelahan atau lemas terkadang disertai pusing.

Implementasi yang dilakukan oleh perawat antara lain :

- a. Memantau tanda dan gejala hipoglikemia (kadar gula darah kurang dari 70 mg/dl, kulit dingin dan pucat, takikardi, peka terhadap rangsang, tidak sadar, tidak terkoordinasi, binggung, mudah mengantuk)
Mengetahui status klien terhadap respon penurunan status gula darah, (Nanda, 2009)
- b. Monitor vital sign
Perubahan - perubahan tanda - tanda vital dapat terpantau, (Nanda, 2009)
- c. Memberikan minuman teh manis hangat
Pemanis atau teh manis merupakan alternative dalam meningkatkan gula darah bila klien dalam kondisi sadar penuh, (Nanda, 2009)
- d. Kolaborasi pemberian Dekstrosa 40 % per IV 1 flat
Glukosa dalam Dekstrosa 40 % yang dimasukan lewat pembuluh darah akan cepat terabsorpsi oleh tubuh, (Nanda, 2009)

Pada implementasi yang telah di lakukan pada Tn S yang mengalami hipoglikemia saat dilakukan hemodialisa di ruang hemodialisa RSUD Dr. Moewardi Surakarta sudah sesuai prosedur atau teori. Namun ada beberapa implementasi yang belum dilakukan oleh perawat yaitu :

- a. Perawat melakukan cek gula darah sewaktu sebelum dan sesudah hemodialisa
Mengetahui peningkatan ataupun penurunan gula darah sewaktu sebelum dan sesudah dilakukan hemodialisa, (Nanda, 2009)
- b. Perawat melakukan cek Laboratorium darah lengkap sebelum dan setelah dilakukan hemodialisa.

Adanya perubahan hasil laboratorium untuk mengidentifikasi defisiensi dan kebutuhan pengobatan atau respon terhadap terapi yang sudah diberikan, (Nanda, 2009)

Dalam evaluasi dan tindakan yang dilakukan selama 5jam hasilnya adalah masalah resiko komplikasi berhubungan dengan penurunan kadar gula darah plasma teratasi sebagian, ditandai dengan data obyektif : klien mengatakan badan tidak lemas lagi dan pusing sudah berkurang. Data obyektif: TD : 160/90 mmHg, N : 80x/mnt, RR: 22x/mnt, S: 36, 2 °C, BB post HD 67,5 kg, klien tampak tidak lemas lagi dan memegangi kepalanya, dan rencana tindakan tetap dilanjutkan yaitu anjurkan klien untuk minum manis ataupun makan -makanan kecil sebelum dilakukan hemodialisa, minum obat yang

diberikan sesuai petunjuk dokter, istirahat yang cukup, konsumsi makanan yang mengandung glukosa/karbohidrat (Nanda, 2009).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

1. Pengkajian pada Tn. S dengan gagal ginjal kronik yang mengalami hipoglikemia di ruang hemodialisa RSUD Dr. Moewardi Surakarta penulis melakukan pengkajian sesuai dengan teori Nanda (2009) dan Black and Hawks (2005) yang menyatakan kelebihan volume cairan ditandai salah satunya dengan : berat badan meningkat pada waktu yang singkat dan hipoglikemia atau kadar gula darah dalam tubuh berkurang atau turun, ditandai dengan pasien mengalami kelelahan atau lemas terkadang disertai pusing.
2. Diagnosa yang di dapat pada kasus Tn. S yaitu Kelebihan Volume cairan berhubungan dengan Kerusakan fungsi GFR (Glomerulous Filtration Rate) dan Resiko komplikasi berhubungan dengan penurunan kadar gula darah plasma.
3. Implementasi yang dilakukan oleh perawat selama memberikan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan gagal ginjal kronik yang mengalami hipoglikemia di ruang hemodialisa adalah melakukan tindakan hemodialisa selama 5 jam dengan UFG 4000 ml, UFR 0,80, QB : 200 ml/menit dan memberikan minuman yang

mengandung glukosa, seperti teh manis atau makan-makanan yang mengandung karbohidrat serta dektrosa 40% apabila kadar gula darah belum naik.

Saran

1. Bagi Rumah Sakit
Diharapkan mampu meningkatkan pelayanan kesehatan bagi penderita gagal ginjal kronik yang mengalami hipoglikemia di ruang Hemodialisa.
2. Bagi perawat
Semoga akan terus meningkatkan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik yang mengalami hipoglikemia di ruang hemodialisa sehingga meminimalkan masalah keperawatan setelah dilakukan intervensi dan sebagai bahan evaluasi dalam perawatan pasien gagal ginjal kronik yang mengalami hipoglikemia di ruang hemodialisa.
3. Bagi mahasiswa
Bagi mahasiswa keperawatan agar dapat terus meningkatkan wawasan tentang asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik yang mengalami hipoglikemi di ruang hemodialisa

DAFTAR PUSTAKA

- Black, MJ & Hawk. HJ. 2005. *Medical Surgical Nursing Clinical Management For Positive Outcomes*. 7th Edition. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Hudak & Gallo. 2005. *Medical Surgical Nursing*. Alih Bahasa: Arief. Jakarta: EGC.
- Meleong, L.J. 2004. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT Remaja Rosdakaya.
- Mc Laughlin, K. 2004. *Nephrology Nursing: Early Intervention In Chronic Kidney Disease*. Victoria University of Wellington
- Nanda. 2009. *Diagnosa Nanda (NIC dan NOC)*. Jakarta : Media Aesculapis.
- National Kidney Foundation. 2006. *Clinical practice guidelines clinical K/DOQI practice guidelines for cronic disease: evaluation, classification and stratification*. New York: NKF.
- Patricia, P. 2006. *Fundamental of Nursing*. Alih bahasa oleh Asih Y. Jakarta: EGC.
- PERNEFRI (Perhimpunan Nefrologi Indonesia). 2006. *Komnas Perhimpunan Nefrologi Indonesia*. Bandung.
- Price, S.A., dan Wilson, L.M.C. 2005. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. (Ed. 6 Vol 2). Alih bahasa oleh Brahm U. Pandit. Jakarta: EGC.
- Rahardjo, J.P. 2006. *Strategi Terapi Gagal Ginjal Kronik*. Jakarta:
- Fakultas Kedokteran
Universitas Indonesia.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L & Cheever, K.H. 2008. *Text Book of Surgical Medical Nursing*. Ed 12. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Sukandar, E. 2006. *Nefrologi Klinik. Edisi III*. Bandung : Pusat Informasi Ilmiah Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK. UNPAD/RS Hasan Sadikin.
-
- Tri Handayani***: Mahasiswa Program Profesi Ners FIK UMS. Jln A Yani Tromol Post 1 Kartasura
- Siti Arifah, S.Kp., M.Kes. ****: Dosen Keperawatan FIK UMS. Jln A Yani Tromol Post 1 Kartasura.
- Bagyo Rachmanto, S.Kep., Ns.*****: Dosen Keperawatan FIK UMS. Jln A Yani Tromol Post 1 Kartasura
-