BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi Penelitian dilakukan di Ruang Adenium RSD dr. Soebandi Jember. Karakteristik Ruangan, Luas Ruangan : 10x5 $m^{2,}$ Type Ruangan : Permanen, Jumlah dan ratio kamar/ruangan : 20 bed, ruangan perawat, kepala ruangan dan 3 kamar mandi, Ventilasi/cendela : selalu dibuka setiap harinya, Pemanfaatan ruangan : Setiap ruangan dimanfaatkan sebagaimana fungsinya, Sampah : di tempat pembuangan sampah, Kebersihan lingkungan : Lingkungan ruangan sekitar ruangan bersih setiap hari di sapu

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	Klien 1
Nama	Ny. S
Umur	54 tahun
Jenis Kelamin	Perempuan
Agama	Islam
Pendidikan	SMP
Pekerjaan	IRT
Status Perkawinan	Menikah

2) Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1
Keluhan utama	Sesak Nafas, Mual
Riwayat penyakit sekarang	Ny. S datang ke IGD pada tanggal 28.03.2022 dengan keluhan lemas sejak 5 hari disertai mual, BAB hitam kecoklatan sejak 3 hari dan bengkak pada kaki sejak 5 hari
Riwayat penyakit dahulu	Ny. S mengatakan mempunyai riwayat hipertensi
Riwayat keluarga	Ny. S mengatakan didalam keluarga ada yang mempunyai Riwayat hipertensi

	Tidur siang 1 jam, malam 3-4 jam
Pola istirahat dan tidur	Sesak
Gangguan	
Psiko	Pasien mengatakan cemas
Sosial	Pasien selalu berkomunikasi dengan keluarga
Spiritual	Pasien mengatakan percaya bahwa penyakit yang diderita saat ini merupakan cobaan dari Allah
BAK	100cc/ 6 jam, kuning pekat
BAB	BAB berwarna hitam 1x/hari

3) Pemeriksaan Fisik (Pendekatan *Head to Toe* / Pendekatan Sistem)

Pemeriksaan	Klien
Rambut	Berwarna hitam dan putih terdapat ketombe, rambut tampak kering
Mata	Konjungtiva anemis
Hidung	Terpasang
Mulut	Mukosa bibir kering, nafas sedikit bau
Muka	Meringis kesakitan, wajah tampak lesu, gelisah
Leher	Tidak terdapat pembasaran tiroid
Pemeriksaan paru	Inspeksi : bentuk simetris, luka (-), warna kulit sawo matang Palpasi : nyeri tekan (-), vokal fregmitus bergetar Perkusi : ronchi Auskultasi : vesikuler
Pemeriksaan jantung	Inspeksi : bentuk normal, luka (-), warna kulit sawo matang Palpasi : nyeri tekan (-) Perkusi : terdengar suara pekak Auskultasi : s1/s2 tunggal
Abdomen	Inspeksi : terdapat asites, luka (-), warna kulit sawo matang Auskultasi : terdengar bising usus 16x/menit Perkusi : timpani Palpasi : nyeri tekan (-)
Tulang belakang	Tidak terdapat kelainan pada tulang belakang seperti lordosis, kifosis dan skoilosis
Ekstermitas	Terpasang infus di tangan sebelah kanan, edema pada ektermitas bawah 5555 | 5555 5555 | 5555
Integumen	Luka (-), tampak kering, akral hangat, CRT <3 detik
Genetalia dan anus	Pasien menggunakan kateter
Pemeriksaan neurologis	GCS 456

4.1.3 Terapi

1. Infus NACl 0.9% 7Tpm
2. Inj Cefoperazone 2x1 mg
3. Inj Pentoxifyline 2x1 mg
4. Inj Ondansentron 3x8 mg
5. Inj Kalnex 3x1 mg
6. Vitamin K 3x1 mg

4.1.4 Laboratoriun (28-03-2022)

Nama: Ny. S No RM: 164720

Alamat: Bangsalsari Tgl lahir: 24-02-1970

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL PEMERIKSAAN	NORMAL	SATUAN	METODE
HEMATOLOGI				
HEMATOLOGI LENGKAP (DL)				
Hemoglobin	5.7	12,0 – 16,0	gr/dl	Oto/man*drabkins
Lekosit	9.4	4,5 – 11,0	10^9/L	Oto/man*Turk
Hitung Jenis	1/-/-/78/19/2	Eos/Bas /Stab/Seg /Lim/Mono 0-4/0-1 /3-5/54-62 /25-33/2-6		
Hematokrit	17.9	36-46	%	Oto/mikro
Trombosit	101	150 - 450	10^9/L	Oto/man*indirect
FAAL HATI				
SGOT	30	10-31	U/L(37°C)	IFCC Oto
SGPT	36	9-36	U/L(37°C)	IFCC Oto
GULA DARAH				
Glukosa Sewaktu	86	<200	mg/dL	GOD_PAP Oto/man*stic
ELEKTROLIT				
Natrium	121.8	135-155	mmol/L	ISE
Kalium	6.51	3,5-5,0	mmol/L	ISE
Chlorida	94.0	90-110	mmol/L	ISE
Calsium	2,10	2,15-2,57	mmol/L	Arsena III

4.1.4 Analisis Data

ANALISIS DATA	ETIOLOGI Klien 1	MASALAH
DS : 1. Ny. S mengatakan sesak nafas, mual, dan pusing DO : 1. Terdapat edema pada kaki kanan dan kiri 2. Menggunakan simple mask 10 lpm 3. Hb : 5.7 gr/dl 4. Asites lingkar perut	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia
DS : 1. Ny. S mengatakan pusing DO : 1. TD : 165/100 mmHg 2. RR : 27x/menit 3. CRT <3 Detik 4. Hb : 5.7 gr/dl 5. Konjungtiva anemis	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif
DS : 1. Ny. S mengatakan adanya lendir dan batuk berdahak DO : 1. TD: 165/100 mmHg 2. RR: 27x/menit 3. Nadi : 90x/menit 4. Terdapat suara tambahan ronchi	Adanya penumpukan secret	Bersihan jalan napas tidak efektif

4.1.5 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan Sesuai Prioritas
Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi d.d terdapat edema pada kaki
Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d Hb : 5.7 gr/dl
Bersihan jalan napas tidak efektif b.d adanya penumpukan secret d.d terdapat suara tambahan ronchi

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JEMBER

4.1.6 Perencanaan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
Hipervolemia	Keseimbangan cairan meningkat setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil : 1. Haluaran urine meningkat 2. Edema menurun 3. Asites menurun	**Manajemen Hipervolemia (I.03114)** Observasi : 1. Periksa dan tanda gejala hipervolemia 2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40^0 Edukasi : 1. Ajarkan keluarga untuk membatasi cairan	**Manajemen Hipervolemia (I.03114)** Observasi : 1. Mengidentifikasi edema 2. Mengetahui jumlah kelebihan cairan Terapeutik : 1. Mengetahui kenaikan dan penurunan berat badan 2. Menjaga agar kelebihan cairan tidak tambah parah 3. Untuk memberikan posisi nyaman Edukasi : 1. Pembatasan cairan membutuhkan

		Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian diuretik	kerjasama dengan keluarga Kolaborasi : 1. Diuretik dapat meningkatkan laju aliran urine
Perfusi perifer tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam perfusi perifer tidak efektif membaik ditandai dengan : 1. Hb : 13.7 – 18.5 gr/dl 2. Tidak lemas 3. Akral hangat 4. CRT <3 detik	**Tranfusi darah (I.02089)** Observasi : 1. Identifikasi rencana tranfusi 2. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah tranfusi 3. Monitor tanda kelebihan cairan 4. Monitor reaksi tranfusi Terapeutik : 1. Lakukan pengecekan ganda pada label darah 2. Periksa kecepatan akses intravena flebitis dan tanda infeksi lokal	**Tranfusi darah (I.02089)** Observasi : 1. Untuk meningkatkan kadar hemoglobin 2. Untuk memonitor apakah ada perkembangan setelah dan sebelum dilakukan tranfusi darah 3. Mengidentifikasi apakah ada kelebihan cairan dalam tubuh 4. Untuk melihat kondisi setelah dilakukan tranfusi Terapeutik : 1. Untuk memastikan bahwa darah

			sesuai dengan darah pasien 2. Untuk mengetahui pasien tidak kelebihan cairan
Bersihan jalan nafas tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam bersihan jalan nafas tidak efektif meningkat dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Tidak ada suara tambahan ronchi	**Latihan batuk efektif (I.01006)** Observasi : 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Pantau kecepatan irama, kedalaman Terapeutik : 1. Atur posisi semi fowler/ fowler 2. Buang sekret pada tempat sputum Edukasi : 1. Anjurkan minum air hangat Kolaborasi pemberian nebulizer 1. Fisioterapi dada 2. Batuk efektif	**Latihan batuk efektif (I.01006)** Observasi : 1. Mengetahui kemampuan batuk keluar 2. Menganalisis data pasien untuk memastikan kecepatan pola napas Terapeutik : 1. Mengoptimalkan suplai O_2 2. Agar memudahkan sekret keluar Edukasi : 1. Agar dahak yang ada di tenggorokan akan encer Kolaborasi : 1. Mengetahui perkembangan

		untuk melakukan intervensi melebarkan saluran pernafasan

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JEMBER

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan pasien yang mengalami gagal ginjal kronis dengan hipervolemia di Ruang Adenium RSD dr. Soebandi Jember pada tanggal 28 Maret – 02 April 2022. Maka dalam hal ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan. Dalam membahas asuhan keperawatan ini, penulis menggunakan lima tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.2.5 Pengkajian

Hasil pengkajian ini diperoleh hasil bahwa klien bernama Ny. S adalah perempuan berusia 54 tahun berstatus menikah dan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi, dan terdapat asites abdomen.

Keluhan yang sampaikan oleh Ny. S tersebut sesuai dengan teori, Menurut penelitian (Angraini & Putri, 2017) keefektifan pembatasan jumlah cairan pada pasien Gagal Ginjal Kronis bergantung kepada beberapa hal, antara lain pengetahuan pasien terhadap jumlah cairan yang boleh diminum. Upaya untuk mencipta-kan pembatasan asupan cairan pada pasien Gagal ginjal Kronis diantaranya dapat dilakukan melalui pemantauan intake output cairan per harinya, sehubungan dengan intake cairan pasien Gagal Ginjal Kronis bergantung pada jumlah urin 24 jam. Pemantauan dilakukan dengan cara mencatat

jumlah cairan yang diminum dan jumlah urin setiap harinya Sehubungan dengan pentingnya program pembatasan cairan pada pasien dalam rangka mencegah komplikasi serta mempertahankan kualitas hidup, maka perlu dilakukan analisis praktek terkait intervensi dalam mengontrol jumlah asupan cairan melalui pencatatan jumlah cairan yang diminum serta urin yang dikeluarkan setiap harinya.

Menurut penelitian (Priska & Herlina, 2019) 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). Keberhasilan manajemen cairan dan diet pada terapi hemodialisa dianalisa digunakan untuk mengevaluasi bagaimana pasien mengatur intake cairan, yang di kalkulasi dalam kilogram atau sebagai presentasi berat badan pasien.

Menurut peneliti pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis sering mengalami kelebihan volume cairan dalam tubuh, karena terjadi penurunan fungsi ginjal dalam mengeksresikan cairan dan kurang mampunya mengontrol pembatasan asupan cairan sehingga mengakibatkan edema di kelopak mata, kaki, ancietas dan sesak nafas.

4.2.6 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. S diperoleh diagnosa berupa klien mengalami hipervolemia karena jantung tidak dapat memompa darah ke seluruh tubuh, sehingga mengakibatkan penurunan fungsi ginjal untuk mengeluarkan kelebihan cairan.

Menurut penelitian (Suci et al., 2021) Gagal ginjal kronik juga menyebabkan terjadinya kelebihan cairan pada tubuh pasien sehingga dampak yang akan muncul adalah komplikasi lanjut seperti hipertensi, gagal jantung, edema pulmonal, nyeri pleura, dan sesak napas. Kondisi tersebut menyebabkan timbul masalah keperawatan gangguan pertukaran gas, nyeri akut, hipervolemia atau kelebihan volume cairan,ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, ketidakefektifan perfusi jaringan, intoleransi aktivitas, kerusakan integritas kulit, risiko perdarahan, dan risiko infeksi.

Menurut peneliti berasumsi penurunan fungsi ginjal juga menyebabkan gangguan eksresi produk sisa (sampah dari tubuh) sehingga tetap bertahan didalam tubuh. Produk sampah ini berupa ureum dan kreatinin, dimana dalam jangka Panjang dapat menyebabkan intoksikasi oleh ureum dalam konsentrasi tinggi yang disebut dengan sindrom uremia. Kadar tingginya kreatinin juga berdampak pada laju filtrasi glomerulus (LFG) yang dapat menyebabkan oliguria yaitu kondisi produksi urin <400 ml/24jam bahkan anuria yaitu kondisi dimana ginjal tidak mampu memproduksi urin.

4.2.7 Perencanaan

Intervensi yang direncanakan pada klien adalah pengenalan dan role play terkait intervensi keperawatan yang dilakukan seperti monitoring tanda - tanda vital, monitor adanya distensi vena leher, edema perifer, penambahan berat badan, monitor tanda dan gejala adanya edema, monitor intake dan output cairan, mencatat intake dan output cairan jika terjadi penurunan output cairan dilakukan pembatasan asupan cairan, kolaborasi pemberian oksigen dan kolaborasi pemeriksaan laboratorium (Suci et al., 2021).

Perencanaan pasien Gagal Ginjal Kronis tahap akhir selain dilakukan tindakan hemodialisa, untuk jangka panjang juga diet dan pembatasan cairan. Untuk itu pasien perlu memahami tujuan dari tindakan tersebut agar tidak terjadi terapi percepatan perburukan fungsi ginjal. Diet rendah protein akan mengurangi penumpukan limbah nitrogen dengan demikian meminimalkan gejala diet hanya bersifat membantu memperlambat progresifitas gagal ginjal kronis. Pemberian suplemen seperti zat besi, asamfolat, kalsium, dan Vitamin D mungkin diperlukan. Pada pasien gagal ginjal kronis, focus terapi gizi bisa menghindari asupan elektrolit yang berlebihan dari makanan karena kadar elektrolit bisa meningkat akibat klirens renal yang menurun (Rahayu, 2019).

Menurut peneliti diet yang bersifat membatasi akan merubah gaya hidup dan dirasakan pasien sebagai gangguan serta tidak disukai bagi

banyak penderita gagal ginjal kronis. Pembatasan ini jika diabaikan (pelanggaran diet / tidak patuh), komplikasi yang dapat membawa kematian seperti hiperkalemia dan edema paru dapat terjadi. Pengaturan diet pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis sedemikian kompleks, pengaturan diet tersebut sangat sukar untuk dipatuhi oleh pasien sehingga memberikan dampak terhadap status gizi dan kualitas hidup pasien.

4.2.8 Tindakan

Implementasi yang dilakukan pada Ny. S adalah pembatasan cairan. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disiapkan dan dibuat oleh peneliti yang mengacu pada (PPNI, 2016), (PPNI, 2018b) dan (PPNI, 2018a) selama 3 kali yaitu dimulai pada tanggal 28 Maret – 02 April 2022. Dimana Tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan rencana yang telah di buat, sehingga implementasi tersusun secara sistematis dan mendapatan hasil atau veluasi sesuai dengan tujuan kriteria hasil. Implementasi pemantauan cairan dilakukan pada Ny. S adalah keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi. Tahap melaksanakn rencana tindakan keperawatan atau strategi-strategi keperawatan. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan serta sesuai dengan diagnose keperawatan yang telah diangkat berdasarkan masalah yang ada pada pasien.

Implementasi yang dilakukan pada keluarga Ny. S, menurut penelitian (Fitriana & Herlina, 2019) pembatasan cairan seringkali sulit dilakukan oleh klien, terutama jika mereka mengkonsumsi obat-obatan yang membuat membran mukosa kering seperti diuretik, sehingga menyebabkan rasa haus dan klien berusaha untuk minum. Hal ini karena dalam kondisi normal manusia tidak dapat bertahan lebih lama tanpa asupan cairan dibandingkan dengan makanan. Hemodialisa (HD) merupakan terapi pengganti ginjal yang dilakukan dengan mengalirkan darah ke dalam suatu tabung ginjal buatan (dialiser) yang bertujuan untuk mengeliminasi sisa-sisa metabolism protein dan koreksi gangguan keseimbangan eletrolit antara kompartemen dialisat melalui membrane semipermeabel. Penderita gagal ginjal kronik usia muda akan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik oleh karena biasnya kondisi fisiknya yang lebih baik dibandingkan yang berusia tua. Penderita yang dalam usia produktif merasa terpacu untuk sembuh mengingat dia masih muda mempunyai harapan hidup yang lebih tinggi, sebagai tulang punggung keluarga, sementara yang tua menyerahkan keputusan pada keluarga atau anak-anaknya. Tidak sedikit dari mereka merasa sudah tua, capek hanya menunggu waktu, akibatnya mereka kurang motivasi dalam menjalani terapi hemodialisa.

Menurut penelitian (Samsudin et al., 2021) Pada pasien gagal ginjal biasanya dilengkapi dengan pemeriksaan darah sebagai penguat diagnosis dari penyakit pasien. Salah satu parameter yang biasanya diperiksakan adalah kadar kreatinin serum. kreatinin merupakan molekul

limbah kimia dari hasil sisa metabolisme otot serta konsumsi daging yang terbentuk dari kreatin, molekul penting untuk memproduksi energi otot. Zat-zat yang mengalir melalui pembuluh darah kemudian disaring pada ginjal untuk dibuang bersama urine, karena organ inilah yang menjaga agar kreatinin tetap berada pada kaadaan normal. Kreatinin merupakan hasil akhir metabolisme otot yang dilepaskan dari otot dengan kecepatan yang hampir konstan dan dieksresi dalam urine dengan kecepatan yang sama. Oleh karena itu, kadarnya dalam plasma (serum) hampir konstan dan berkisar antara 0,7 sampai 1,5 mg per 100 ml (nilai ini lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan karena otot laki-laki lebih besar).

Menurut asumsi peneliti penumpukan cairan dalam tubuh menyebabkan fungsi kerja jantung dan paru-paru semakin berat, yang berakibat pada respon fisik pasien yang cepat lelah dan sesak, aktifitas fisik juga mengalami gangguan baik pada saat beraktifitas ringan maupun sedang. Hemodialisa adalah suatu bentuk tindakan pertolongan dengan menggunakan alat yaitu dializer yang bertujuan untuk menyaring dan membuang sisa produk metabolisme toksik yang seharusnya dibuang oleh ginjal.

4.2.9 Evaluasi

Berdasarkan hasil Asuhan keperawatan yang mengalami gagal ginjal kronis dengan hipervolemia, hasil evaluasi yang diperoleh adalah klien Ny. S mampu memahami terkait pembatasan asupan cairan yang baik, dan mampu memahami bagaimana cara untuk meminimalisir

asupan cairan yang masuk dalam tubuh untuk mengurangi kelebihan asupan cairan. Masalah yang dialami oleh klien belum teratasi sehingga memerlukan intervensi lanjutan.

Menurut asumsi peneliti Keberhasilan manajemen cairan dan diet pada terapi hemodialisa dianalisa digunakan untuk mengevaluasi bagaimana pasien mengatur intake cairan, yang di kalkulasi dalam kilogram atau sebagai presentasi berat badan pasien. Menurut (Fitriana & Herlina, 2019) dukungan keluarga merupakan hubungan interpersonal yang didalamnya berisi pemberian bantuan yang melibatkan aspek-aspek yang terdiri dari informasi, perhatian emosi, penilaian dan bantuan instrumental yang diperoleh individu melalui interaksi dengan lingkungan, dimana hal itu memiliki manfaat emosional atau efek perilaku bagi penerima, sehingga dapat membantu individu dalam mengatasi masalahnya. Dukungan emosional, yaitu dukungan yang melibatkan ekspresi dari empati, kepedulian, dan perhatian kepada klien yang mengalami penyakit gagal ginjal kronis. Dukungan ini dapat memberikan perasaan aman dan nyaman, perasaan dimiliki dan dicintai dalam situasi-situasi stress yang dirasakan. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap klien. klien mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah yang dialaminya, terjadi melalui ekspresi pengaharapan positif klien, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang.

Menurut penelitian (Romiko, 2020) dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan. Keluarga dapat membantu menghilangkan godaan pada ketidakpatuhan dan keluarga sering kali menjadi kelompok pendukung untuk kepatuhan. Dukungan dari keluarga dapat mempengaruhi tingkah laku pasien dan tingkah laku ini memberi hasil kesehatan seperti yang diinginkan. Selama menjalani terapi hemodialisis pasien merasakan dukungan yang diberikan keluarga mampu menghilangkan stres dan beban psikologis. Tanpa adanya keluarga mustahil program terapi hemodialisis dapat dilaksanakan sesuai jadwal. Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Umayah (2015) ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien dalam pembatasan asupan cairan pada pasien gagal ginjal kronik.