

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny.W dengan diagnosa *Chronic Kidney Disease* di ruang Hemodialisa RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 21 April 2021. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.W dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari :

##### **1. Identitas**

Data yang didapatkan, Ny. W berjenis kelamin perempuan, berusia 61 tahun. Pada penelitian Armiyati & Rahayu (2014) karakteristik responden dengan total 39 pasien (100%) mengalami *chronic kidney disease* yang menjalani hemodialisa di Unit Hemodialisa RSDU Kota Semarang berdasarkan jenis kelamin yaitu mayoritas perempuan sebanyak 20 pasien (51,3%), berdasarkan pekerjaan mayoritas tidak bekerja sebanyak 26 pasien (66,7%). Perempuan memiliki rasio albumin dan kreatinin yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki (9,6% versus 8,1%) serta penurunan GFR pada wanita yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki (7,6% versus 5,4%) (Arianti, Rachmawati, & Marfianti, 2020). Kejadian *chronic kidney disease* juga bisa terjadi karena faktor pekerjaan yang tanpa disadari dapat mempengaruhi

pola hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi minuman suplemen untuk mencegah kelelahan, timbul stress karena target yang harus dicapai bahkan kurang minum air putihpun merupakan faktor pemicu terjadinya penyakit *chronic kidney disease* (Kurniawati & Asikin, 2018). Peneliti berasumsi bahwa faktor jenis kelamin dan pekerjaan mempengaruhi terjadinya *chronic kidney disease* karena dapat memicu turunnya GFR.

Hasil penelitian Rachmawati & Marfianti (2020) faktor resiko pasien *chronic kidney disease* yang menjalani hemodialisa berdasarkan usia, mayoritas usia 46-65 tahun sebanyak 54 pasien (61,4%). Usia tua juga meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas penderita *chronic kidney disease* (Arianti et al., 2020). Penurunan fungsi ginjal yang berkaitan dengan usia berhubungan dengan hipertensi sistemik, aktivitas merokok, dislipidemia, penyakit aterosklerosis, obesitas, dan jenis kelamin perempuan (Kurniawati & Asikin, 2018). Peneliti berasumsi bahwa faktor usia mempengaruhi terjadinya *chronic kidney disease* karena bertambahnya usia, maka fungsi ginjal akan menurun.

## 2. Keluhan dan Riwayat penyakit

Hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan sesak napas, bengkak di kaki dan badan terasa lemah. Pada saat pemeriksaan pasien tampak sesak dan kedua ekstremitas bawah edema dengan pitting edema derajat II, dengan keadaan lemah, TD: 160/80 MmHg, RR: 28 x/menit, SPO2: 92%, terdapat suara napas tambahan yaitu ronkhi, CRT > 3 detik, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, membran mukosa tampak pucat. Hal ini sesuai dengan penelitian Permanasari (2012) menyatakan tanda dan gejala yang muncul pada pasien *chronic kidney disease* yaitu badan lemas, kepala terasa berat, pusing dan sesak napas. Penelitian Dwitarini,

Herawati, & Subawa (2017) menyatakan pasien *chronic kidney disease* akan mengalami kadar ureum meningkat sehingga memendeknya sel eritrosit, kekurangan hormone eritropoietin yang menyebabkan terganggunya proses hematopoiesis, hiperparatiroid, fibrosis sumsum tulang, defisiensi zat besi yang ditandai dengan CRT > 3 detik, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, membrane mukosa pucat, edema, konjungtiva anemis, kadar hemoglobin menurun dan kadar hematokrit menurun. Peneliti berasumsi bahwa sesak napas, bengkak pada kaki dan badan terasa lemas merupakan tanda – tanda yang dialami oleh pasien *chronic kidney disease*.

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus. Penelitian yang dilakukan Hervinda, Novadian, & Tjekyan (2014) menunjukkan faktor risiko tertinggi pada pasien *chronic kidney disease* yaitu hipertensi dan diabetes mellitus. Fungsi ginjal akan lebih cepat mengalami kemunduran jika terjadi hipertensi berat karena volume berlebih, aktivitas simpatis berlebihan, retensi garam, disfungsi endotel, dan perubahan sistem hormonal yang mengatur tekanan darah (Arianti et al., 2020). Kerusakan ginjal pada penderita diabetes mellitus diawali adanya kebocoran albumin ke dalam urin (*mikroalbumin, makroalbuminuria*) yang berlanjut pada penurunan fungsi filtrasi ginjal yang semakin lama kerusakan ginjal akan semakin berkembang (Tedla, Brar, Browne, & Brown, 2011). Peneliti berasumsi bahwa riwayat hipertensi dan diabetes mellitus merupakan faktor resiko tertinggi terjadinya penyakit *chronic kidney disease* karena dapat mempengaruhi penurunan fungsi ginjal.

### 3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa di gunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun yang masih resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem seperti tersebut dibawah ini :

#### a. Airway

Pada saat pengkajian didapatkan jalan napas paten.

Pada penelitian ini sesuai dengan penelitian Aliyah (2018) yang menyatakan bahwa airway pada pasien *chronic kidney disease* tidak ada sumbatan pada jalan napas seperti penumpukan sekret, lidah jatuh kebelakang dan benda padat lainnya. Peneliti berasumsi bahwa tidak ada sumbatan jalan napas pada Ny.W, sehingga tidak terjadi sumbatan pada jalan napas.

#### b. Breathing

Saat pengkajian ditemukan adanya pergerakan dada klien simetris, pona napas takipnea dengan frekuensi 28 x/menit, menggunakan otot bantu napas, pasien terpasang O<sub>2</sub> menggunakan nasal kanul 3 lpm, SPO<sub>2</sub> 92%, suara napas ronkhi.

Bau urea pada bau napas terjadi karena komplikasi asidosis/alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patalogis gangguan pola napas. Pola napas akan semakin cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi (Kusmaul) dan ditandai dengan takipnea, SPO<sub>2</sub> menurun, an terdapat suara napas tambahan (Sumaa, 2019). Peneliti berasumsi bahwa gangguan pernapasan pada pasien *chronic kidney*

*disease* terjadi karena adanya kompensasi tubuh yang mempertahankan ventilasi.

c. Circulation

Saat pengkajian tanda tanda vital klien ditemukan TD: 160/80 mmHg, HR: 86 x/menit, suara jantung S1S2 tunggal, irama jantung klien regular dengan akral teraba dingin, membrane mukosa tampak pucat, dengan CRT > 3 detik, turgor kulit menurun, terdapat edema pada tungkai kanan dan kiri dengan derajat pitting edema II.

Penelitian dari Oktaviani (2019) pemeriksaan pada pasien *chronic kidney disease* didapatkan mukosa tampak kering, bibir pecah-pecah hal ini disebabkan, mukosa rongga mulut penderita gagal ginjal sering terlihat lebih pucat dan hal ini juga terjadi karena pengaruh anemia dari penderita tersebut dan kondisi ini disebut pallor, gejala lain yang sering terlihat adalah warna kemerahan pada mukosa akibat deposit beta-carotene, sedangkan anemia pada pasien *chronic kidney disease* adalah akibat dari penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi.. Peneliti berasumsi bahwa tanda dan gejala yang terjadi pada Ny.W disebabkan oleh penurunan eritropoetin dan penurunan rentang usia sel darah merah.

d. Neurologi

Pada saat pengkajian klien dengan kesadaran composmentis GCS 4-5-6, kekuatan otot reflek patologis babinski -/-, chadok -/-, offenheim -/-, tanda rangsang meningeal kaku kuduk tidak ada, konjungtiva nonanemis, pupil

isokor, reflek cahaya normal, seklera non ikterik, telinga simetris tidak ada serumen tidak ada nyeri tekan pada telinga, bicara normal.

Tanda – tanda gangguan neurologi pada pasien *chronic kidney disease* yaitu terjadinya tingkat kesadaran menurun, pingsan, nyeri kepala, mata berkunang-kunang, berkeringat banyak, hal tersebut terjadi disebabkan adanya trauma kepala pada pasien *chronic kidney disease* (Prabowo & Pranata, 2014). Peneliti berasumsi bahwa Ny.W tidak mengalami tanda – tanda trauma.

e. Urinary

Pada hasil pemeriksaan didapatkan pasien tidak terpasang kateter dan tidak menggunakan pempers, warna urine kuning, jernih, tidak ada hematuria, aliran lancar, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan.

Pada penelitian Milnawati (2019), pengkajian sistem perkemihan, pasien *chronic kidney disease* mengalami penurunan frekuensi urin, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare, atau konstipasi. Penelitian yang dilakukan Permanasari (2012) menyatakan bahwa pasien dengan diagnosa *chronic kidney disease* mengalami asites kerana terjadi distensi pada kandung kemih. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian peneliti, dalam hasil pengkajian sistem urinary didapatkan pasien tidak terpasang kateter, tidak menggunakan pempers, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada hematuria, aliran lancar dan tidak ada nyeri tekan, namun penelitian yang dilakukan peneliti berbanding lurus dengan hasil penelitian Guswanti (2019) yang menyatakan bahwa pada pengkajian sistem

perkemihan didapatkan pasien tidak menggunakan kateter, tidak ada distensi kandung kemih, BAK lancar, tidak ada nyeri dan hematuria.

Peneliti berasumsi bahwa pasien yang mengalami *chronic kidney disease* mayoritas mengalami gangguan pada sistem perkemihan dan minoritas tidak mengalami gangguan pada sistem perkemihan.

f. Gastrointestinal

Pada hasil pemeriksaan didapatkan pasien mengatakan sudah BAB 1x, BAB rutin setiap pagi hari. Pasien tidak terpasang NGT, tidak ada ascites, tidak ada melena, bising usus 15 x/menit, makan SMRS: 3x/hari, makan MRS: 3x/hari, BB SMRS: 56 kg, BB MRS: 58,5 kg.

Gangguan sistem pencernaan pada pasien *chronic kidney disease* muncul dikarenakan efek dari penyakit (*stress effect*), dan sering ditemukan anoreksia, mual, muntah dan diare (Sumaa, 2019). Peneliti berasumsi bahwa Ny.W tidak mengalami *stress defect*, sehingga tidak muncul gejala pada gangguan system pencernaan.

g. Bone dan integument

Pasien mengatakan bengkak pada kaki. Pada pemeriksaan muskuloskeletal didapatkan kekuatan terganggu, klien membatasi Gerakan karena dilakukan tindakan hemodialisa. Saat dilakukan pengkajian, klien tampak lemah terlihat kulit pucat, akral teraba dingin, turgor kulit menurun, tidak ada luka bakar, tidak ada luka dekubitus, tidak ada fraktur ekstremitas, warna mukosa kulit pucat anemis, terdapat edema pada kedua ekstremitas bawah. Hasil pemeriksaan suhu aksila 36,4 °C.

Kekuatan otot:

5	5
4	4

Hasil penelitian Sumaa (2019) yaitu penurunan/kegagalan fungsi sekresi pada ginjal maka berdampak pada proses demineralisasi tulang, sehingga resiko terjadinya penurunan kekuatan otot meningkat. Kondisi pasien dengan tanda dan gejala kulit pucat, warna mukosa pucat dan edema karena disebabkan oleh pengaruh anemia dari penderita tersebut dan kondisi ini disebut pallor (Haryono, 2013). Peneliti berasumsi bahwa Ny.W mengalami penurunan fungsi sekresi dan anemia sehingga muncul tanda dan gejala penurunan kekuatan otot dan warna kulit pucat.

#### h. Sistem endokrin

Pada saat pengkajian pasien mengatakan Lelah, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, ada hiperglikemi (GDA:314 mg/dl).

Hasil penelitian (Kalengkongan, Makahaghi, & Tinungki, 2018) ketika tubuh memiliki kadar gula yang terlalu tinggi atau, maka akan menyebabkan ginjal bekerja terlalu keras, sehingga ginjal akan menyerap darah dalam jumlah yang lebih tinggi dan menyebabkan pembuluh darah yang bertugas menyaring darah bisa bekerja terlalu banyak, kemudian setelah beberapa lama ginjal tidak mampu menyaring semua bagian limbah dari darah dan menyebabkan kebocoran, sehingga ginjal akan kehilangan fungsinya dengan ditandai penemuan protein tinggi dalam urin. Peneliti berasumsi bahwa ginjal sudah tidak berfungsi sehingga terjadi protein meningkat dan menyebabkan hiperglikemia.



## 4.2 Diagnosa Keperawatan

### 1. Hipervolemia

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa tersebut adalah keluhan sesak napas, edema pada tungkai kanan dan kiri dengan pitting edema derajat 2, Hb: 11.40 g/dL (N: 12-15 g/dL), Ht: 34.00 % (N: 37.0-47.0 %).

Penelitian menurut Aprilia, Wibowo, & Widi (2020) menyatakan pada ginjal pasien yang mengalami *chronic kidney disease* akan terjadi kegagalan pada fungsi dan proses filtrasi, kerusakan ginjal yang tidak bisa menjalankan sesuai fungsinya tersebut bisa menyebabkan beberapa faktor yang utama yaitu terjadi penurunan filtrasi, penurunan sisa metabolisme tubuh di vaskuler dan terjadi peningkatan cairan dalam vaskuler, sehingga disfungsi cairan vaskuler ke intestinal mengakibatkan terjadinya edema di bagian tubuh dan menyebabkan masalah keperawatan kelebihan volume cairan atau Hipervolemia. Diagnosa keperawatan hipervolemia menurut SDKI (2016) yaitu ditandai dengan gejala mayor dan minor, gejala mayor meliputi ortopnea, dispnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, edema anasarka dan atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, *jugular venous pressure* dan atau *central* meningkat, refleks hepatojugular positif, sedangkan gejala minor meliputi distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegaly, hemoglobin atau hematokrit menurun, oliguria, intake lebih banyak dari output dan kongesti paru.

Peneliti berasumsi bahwa munculnya tanda dan gejala yang dialami Ny.W seperti sesak napas, edema pada tungkai kanan dan kiri dengan pitting

edema derajat 2, kadar hemoglobin 11.40 (menurun) dan kadar hematokrit 34.00 (menurun), sehingga peneliti mengangkat diagnosa hipervolemia.

2. Perfusi perifer tidak efektif

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosea tersebut adalah keluhan bengkak di kaki, CRT > 3 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, edema pada tungkai kanan dan kiri dengan pitting edema derajat 2.

Penelitian dari Permanasari (2012) menyatakan bahwa pasien yang mengalami *chronic kidney disease* akan mengalami penurunan sekresi eritropoetin yang mengakibatkan kadar hemoglobin menurun, sehingga oksihemoglobin meningkat dan penurunan transport O<sub>2</sub>, maka terjadi tanda dan gejala edema perifer, CRT > 3 detik, akral teraba dingin, turgor kulit menurun dan warna kulit pucat. Diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif ditandai dengan gejala mayor meliputi CRT > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat dan turgor kulit menurun, sedangkan tanda dan gejala minor meliputi parastesia, nyeri ekstremitas, edema, penyembuhan luka lambat, indeks *ankle-brachial* <0.90 dan bruit femoral (SDKI, 2016).

Peneliti berasumsi bahwa tanda dan gejala yang dialami Ny.W terjadi karena penurunan eritropoetin, sehingga menyebabkan penurunan kadar hemoglobin, hal ini juga sesuai dengan SDKI, maka peneliti mengangkat diagnosa perfusi perifer tidak efektif.

### 3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa tersebut adalah pasien mengeluh terasa lelah dan GDS: 314 mg/dL (N: 76-106 mg/dL).

Ginjal tidak dapat menahan kondisi hiperglikemia, karena ambang batas untuk glukosa darah adalah 180 mg% didalam tubuh sehingga bila terjadi hiperglikemia maka ginjal tidak dapat menyaring dan mengabsorpsi sejumlah glukosa dalam darah dan ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar apabila konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, akibatnya glukosa tersebut dieksresikan melalui urin (glukosuria), ekskresi ini akan disertai dengan pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan, keadaan ini disebut dengan diuresis osmotic (Aliyah, 2018). Diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah ditandai dengan gejala mayor meliputi lelah/lesu dan kadar glukosa dalam darah atau urin meningkat, sedangkan tanda dan gejala minor meliputi mulut kering, rasa haus meningkat, dan jumlah urin meningkat (SDKI, 2016).

Peneliti berasumsi bahwa munculnya manifestasi klinis yang dialami Ny.W seperti badan terasa lelah dan GDS: 314 mg/dL karena diakibatkan oleh ginjal tidak dapat menyaring dan mengabsorpsi kembali glukosa darah, dan data tersebut sesuai dengan diagnosa yang terdapat di SDKI, sehingga peneliti mengangkat diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah.

#### **4.3 Rencana Keperawatan (Intervensi Keperawatan)**

##### 1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

Tujuan dari intervensi keperawatan ini adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan

kriteria hasil edema menurun, tekanan darah membaik, membrane mukosa membaik, turgor kulit membaik, dengan intervensi keperawatan utama yaitu manajemen hipervolemia dengan cara monitor intake dan output cairan, monitor kecepatan infus secara ketat, timbang berat badan pada waktu yang sama, tinggikan kepala tempat tidur 30-40°, anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari dan intervensi tambahan yaitu manajemen hemodialisa dengan cara identifikasi kesiapan hemodialisis, monitor tanda – tanda vital, tanda – tanda perdarahan dan respons selama hemodialisis, monitor tanda – tanda vital pasca hemodialisis, siapkan peralatan hemodialisis, lakukan prosedur hemodialisis dengan prinsip aseptik, jelaskan tentang prosedur hemodialisis, kolaborasi pemberian heparin pada blood line.

Penelitian menurut Letik, Sutiarysih, & Ariesti (2020) menyatakan manajemen hemodialisis dapat membantu menggantikan fungsi ginjal dalam fungsi ekskresi (membuang sisa – sisa metabolisme dalam tubuh, seperti ureum, kreatinin dan sisa metabolisme lain), membantu mengeluarkan cairan tubuh yang seharusnya dikeluarkan sebagai urin pada saat ginjal sehat, meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penurunan fungsi ginjal serta dapat menggantikan fungsi ginjal sambil menunggu program pengobatan yang lain. Manajemen hipervolemia bertujuan untuk menurunkan volume cairan ekstraseluler dan atau intraseluler serta mencegah terjadinya komplikasi pada pasien yang mengalami hipervolemia (Aprilia et al., 2020). Peneliti berasumsi bahwa intervensi manajemen hipervolemia dan manajemen hemodialisis mampu mengatasi masalah hipervolemia yang dialami Ny. W.

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia dan hipertensi

Tujuan dari intervensi keperawatan ini adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik, dengan intervensi keperawatan perawatan sirkulasi dengan monitor sirkulasi perifer, hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan. Perawatan sirkulasi berguna untuk menurunkan tekanan darah dan meningkatkan perfusi perifer (Wirdayanti, 2015). Peneliti berasumsi bahwa perawatan sirkulasi dapat mengatasi masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif pada Ny.W.

3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Tujuan dari intervensi keperawatan ini adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil lelah/lesu menurun dan kadar glukosa dalam darah membaik, dengan intervensi keperawatan manajemen hiperglikemia dengan cara monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, konsultasi dengan medis apabila tanda dan gejala hiperglikemi tetap ada atau memburuk, kolaborasi pemberian insulin. Penelitian Darliana (2011) menyatakan bahwa manajemen hiperglikemia bertujuan untuk menghilangkan keluhan dan tanda diabetes mellitus, mempertahankan rasa nyaman dan tercapainya target pengendalian glukosa darah, mencapai pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan dan lipid profile. Peneliti berasumsi bahwa manajemen

hiperglikemi dapat mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah karena mampu menstabilkan kadar glukosa darah.

#### **4.4 Tindakan Keperawatan (Implementasi Keperawatan)**

Pelaksanaan rencana keperawatam dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi, hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Ny.W yang sebenarnya, diantaranya:

##### **1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi**

Berdasarkan target yang harus terpenuhi dalam tujuan tindakan keperawatan, maka penulis melakukan beberapa tindakan terkait diagnosis keperawatan hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, diantaranya: memonitor intake dan output cairan, memonitor kecepatan infus secara ketat, menimbang berat badan pada waktu yang sama, meninggikan kepala tempat tidur 30-40°, menganjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari, mengidentifikasi kesiapan hemodialisis, memonitor tanda – tanda vital, memonitor tanda – tanda perdarahan dan respons selama hemodialisis, memonitor tanda – tanda vital pasca hemodialisis, menyiapkan peralatan hemodialisis, melakukan prosedur hemodialisis dengan prinsip aseptik, menjelaskan tentang prosedur hemodialisis, memberikan heparin 3000 UI pada blood line.

##### **2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia dan hipertensi**

Berdasarkan target yang harus terpenuhi dalam tujuan tindakan keperawatan, maka penulis melakukan beberapa tindakan terkait diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia dan hipertensi, diantaranya: memonitor sirkulasi perifer, menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, menghindari pengukuran tekanan darah pada

ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan.

3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Berdasarkan target yang harus terpenuhi dalam tujuan tindakan keperawatan, maka penulis melakukan beberapa tindakan terkait diagnosis keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, diantaranya: memonitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, melaporkan terjadinya tanda dan gejala hiperglikemi, namun intervensi kolaborasi pemberian insulin tidak diimplementasikan.

Hasil penelitian Hartini, Manurung, & Purwati (2014) sejalan dengan penelitian ini yang menyatakan bahwa kadar gula darah responden sebelum tindakan hemodialisis sama antara  $\leq 293$  mg/dl sebanyak 20 orang (50%) dan  $> 293$  mg/dl sebanyak 20 orang (50,0%), sesudah tindakan hemodialisis adalah  $\leq 293$  mg/dl sebanyak 25 orang (62,5%) sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh hemodialisis terhadap kadar gula darah pada pasien DM antara sebelum dan sesudah hemodialisis (sebesar 17 mg/dl). Penelitian yang dilakukan Ak, Fathonah, & Amatiria (2014) menyatakan bahwa ada pengaruh tindakan hemodialisis terhadap kadar gula darah dan tekanan darah, sehingga dapat menurunkan kadar gula darah dan tekanan darah. Peneliti berasumsi bahwa tindakan hemodialisis dapat menurunkan kadar gula darah dan juga dapat menurunkan tekanan darah pada Ny. W.

#### 4.5 Evaluasi Keperawatan

##### 1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme

Pada hari Senin 21 Juni 2021 didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan bahwa pasien mengatakan tidak sesak napas dengan hasil observasi edema menurun, TD: 140/70, membrane mukosa membaik, turgor kulit membaik, maka masalah hipervolemia teratasi, sehingga intervensi dihentikan.

##### 2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Pada hari Senin 21 Juni 2021 didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan bahwa pasien mengatakan badan tidak lemah lagi, dengan hasil observasi denyut nadi perifer 88 x/menit, kulit berwarna sawo matang, akral teraba baik, pengisian kapiler membaik <3 detik, maka masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif teratasi, sehingga intervensi keperawatan dihentikan.

##### 3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

Pada hari Senin 21 Juni 2021 didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan bahwa pasien mengatakan badan tidak lemah lagi dengan hasil observasi: GDA 200 mg/dL, maka masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi, sehingga intervensi keperawatan dihentikan.



