

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Penulis telah melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis *Chronic Kidney Disease* di Ruang Hemodialisa RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, kemudian penulis menarik kesimpulan dan saran yang diharapkan dapat bermanfaat dalam pengembangan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis *Chronic Kidney Disease*.

#### **5.1 Kesimpulan**

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan sesak nafas, 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, kesadaran *compos mentis*, GCS 4-5-6, BB SMRS: 56 kg, BB MRS: 56 Kg, TB: 150 cm, IMT: 24,9, TD: 160/80 MmHg, N: 86 x/menit dengan irama regular, RR: 28 x/menit, S: 36,4°C, SPO2: 92%, terdapat suara napas tambahan yaitu ronkhi, CRT > 3 detik, turgor kulit menurun, akral teraba dingin, membran mukosa tampak pucat suara jantung S1 S2 tunggal. Terapi yang diberikan yaitu NaCl 0,9%, Renogen 3000 IU, Neurobion 1 ml, O2 dengan nasal kanul 3 lpm. Pasien di acc untuk melakukan hemodialisa selama 4 jam dengan UF 2500 ml, QB 100-250 ml/menit, QD 500 ml/menit.
2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan adalah berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

3. Perencanaan disesuaikan dengan intervensi utama dan pendukung pada setiap diagnosis yang diangkat:

a. 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.

b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

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.

c. 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.

4. Pelaksanaan tindakan yang dilakukan yaitu 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, 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, memonitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, melaporkan terjadinya tanda dan gejala hiperglikemi.

5. Hasil evaluasi pada tanggal 21 Juni 2021 didapatkan:

a. 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.

b. 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.

c. 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.

## **5.2 Saran**

Sesuai dengan kesimpulan di atas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan morbili.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

