

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. S dengan diagnose *Chronic Kidney Disease (CKD) + Pulmonary edema* di ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Melalui pendekatan studi kasus untuk membahas teori, fakta serta opini penulis selama praktek dilapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan proses keperawatan dari tahap pengkajian, Diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif. Pada tinjauan pustaka didapatkan penyebab dari gagal ginjal kronis yaitu dari penyakit sitemik, diabetes melitus, hipertensi, kolesterol tinggi. Penyebab paling sering adalah diabetes melitus dan hipertensi. Tanda dan gejala dari penyakit gagal ginjal akan terjadi penurunan turgor kulit, hipotensi, kelemahan, mual, hingga terjadi penurunan kesadaran, tanda paling sering ditemui adalah terjadinya penurunan urine output, pada kardiovaskuler tanda penyakit gagal ginjal biasanya terjadi hipertensi aritmia, cardiomyopati, gagal jantung edema periorbital, dan edema perifer.

Pada pernafasan terjadi edema pulmonal, nyeri, efusi pleura, sputum yang kental dan sesak nafas, bisa terjadi stomatitis ulserasi dan perdarahan gusi, pada

hematopoitik terjadi anemia, penurunan waktu hidup sel darah merah, nyeri pada sendi dan jantung, pada gagal ginjal kronis fungsi ginjal menurun secara drastis berasal dari nefron pada penurunan fungsi rata-rata 50% muncul gejala hipertensi nokturia dan terjadi anemia, selama terjadi kegagalan fungsi ginjal maka keseimbangan elektrolit dapat terganggu. Pada pemeriksaan dilakukan analisis fungsi ginjal adalah ureum dan kreatinin plasma, pemeriksaan kadar elektrolit untuk mengetahui keseimbangan elektrolit dalam tubuh sebagai kinerja ginjal, urinalisis, dilakukan untuk menampis tidaknya perdarahan, ultrasonografi dilakukan untuk mengetahui adanya obstruksi atau jaringan parut. Pada tinjauan pustaka keluhan bisa berupa urine output yang menurun sampai pada anuria, penurunan kesadaran karena komplikasi pada system ventilasi, anoreksia, mual, muntah.

Menurut teori riwayat penyakit dahulu meliputi apakah pernah menderita penyakit Infeksi Saluran Kemih, payah jantung, penggunaan obat berlebihan, penyakit yang langsung mempengaruhi gagal ginjal yaitu diabetes melitus, hipertensi dan batu saluran kencing, apakah pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya, obat yang biasanya digunakan, atau memiliki alergi terhadap obat atau makanan. Pada pemeriksaan fisik keadaan umum dan tanda-tanda vital: pasien lemah atau biasa terjadi penurunan kesadaran, tekanan darah dapat meningkat, nadi lebih cepat, terjadi peningkatan nafas. Pemeriksaan fisik pada pada aktivitas istirahat kelelahan ekstermitas, kelemahan, malaise, gangguan tidur (insomnia/gelisah atau somnolen), kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak. Pada sirkulasi dapat terjadi hipertensi, nadi yang cepat, edema jaringan umum dan disritmia jantung. Pada eliminasi, pasien sering mengalami

penurunan frekuensi urine atau bahkan anuria, pada pencernaan pasien akan mengalami anoreksia asites, pada neurosensori biasanya pasien mengalami gangguan lapang pandang, sakit kepala, penurunan konsentrasi terhadap aktivitas, penurunan kesadaran, atau bahkan koma. Pada pernafasan pasien mengalami nafas yang pendek, dispnea, peningkatan kedalaman dan frekuensi (pernafasan kusmaul). Pada keamanan pasien juga dapat mengalami gangguan kulit seperti gatal-gatal atau pruritus. Pada pengkajian di tinjauan pustaka dan tinjauan teori mengacu pada pengkajian persistem pada tinjauan kasus menggunakan format B1-B6 tidak banyak mengalami kesenjangan.

Menurut fakta kasus pada pengkajian pasien didapatkan sesak nafas dan edema pada ekstermitas. Pada saat pengkajian didapatkan tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 104 kali/menit. Pada tinjauan kasus di dapatkan data fokus ada otot bantu pernafasan, terdapat pernafasan cuping hidung, pola nafas ireguler, nafas terlihat tersengal, irama nafas reguler, RR: 32x/menit, kenapa terjadi pengkatan pernafasan karena ekspansi paru yang menurun yang menyebabkan kelitihan otot pernafasan. Didapatkan data pengkajian terdapat edema pada ekstermitas, RR: 32x/menit, pola nafas ireguler, Input – Output = 1480cc/24 jam – 1300cc/24 jam = 180 cc, TD: 140/90 mmHg, hasil lab : BUN: 45 mg/dl, kreatinin 6,7 mg/dl, Hb: 9,1 g/dl, pasien menderita diabetes mellitus dan hipertensi. Jadi terjadinya edema ektremitas karena aliran darah yang seharusnya menuju ke ginjal mengalami penurunan yang mengakibatkan volume cairan meningkat sehingga dapat terjadi gangguan mekanisme regulasi. Didapatkan data fokus pasien selalu menghabiskan 1 porsi makan yang tersediakan (± 6 sendok), HB: 9,1 g/dl, hematokrit: 27,4 berat badan sebelum sakit 60 kg setelah sakit 60 kg pasien tidak mengalami penurunan

berat badan atau berat badan stabil. Pasien tidak cemas karena sebelumnya pasien telah masuk rumah sakit berkali kali untuk melakukan HD (hemodialisa). Pasien telah melakukan terapi HD sebanyak 9x, dalam seminggu pasien melakukan HD sebanyak 2 kali.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung kesenjangan yang lain yaitu tentang diagnosa keperawatan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka menurut (SDKI, SIKI, SLKI 2019) ada tujuh yaitu:

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.
3. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
4. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah, pembatasan diet, dan perubahan membran mukosa mulut.
5. Perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan perlemahan aliran darah keseluruhan tubuh.
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan, anemia, retensi, produk sampah.
7. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pruritis, gangguan status metabolic skunder.

Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yang sama dengan tinjauan pustaka.

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan, anemia, retensi, produk sampah.

Sedangkan ada diagnosa keperawatan yang muncul namun tidak sama dengan diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus yaitu

1. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang control tidur

Semua diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan pustaka sama dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus, penulis memprioritaskan masalah sebagai berikut:

Nama: Tn. S

Ruang/ Kamar : B2/ 5

Umur: 48 Tahun

RM : 49.90.xx

NO	Masalah Keperawatan	Taggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Pola Napas Tidak Efektif	27/01/2020	29/01/2020	<i>En</i>
2	Hipervolemia	27/01/2020	29/01/2020	<i>En</i>
3	Intoleransi Aktivitas	27/01/2020	29/01/2020	<i>En</i>
4	Gangguan Pola Tidur	28/01/2020	29/01/2020	<i>En</i>
5	Hipertermi	28/01/2020	28/01/2020	<i>En</i>

4.3 Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada

penyampaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensi dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), ketrampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).

- Dalam tujuan pada tinjauan kasus di cantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata pada pasien secara langsung, intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara lain tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada saran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam dengan tujuan pola nafas efektif. Kriteria hasilnya pernafasan dalam batas normal (16-24 kali/menit), Pasien mencapai kriteria hasil pola napas dengan hasil frekuensi napas 20x/menit tidak sesak dan tidak ada cuping hidung Semua rencana tindakan dapat dilakukan.

- Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. diet berlebih dan retensi cairan serta natrium. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam dengan tujuan keseimbangan cairan tidak terganggu. Kriteria hasilnya Oedem berkurang pada telapak tangan dan kaki

Terbebas dari distensi vena jugularis, memelihara tekanan vena sentral, dan tekanan kapiler paru, kemudian output jantung dan TTV dalam batas normal, terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan. Rencana tindakan yang tidak dapat dilakukan adalah memberikan obat sesuai yang diresepkan karena dokter tidak memberikan terapi tersebut.

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan, sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terorganisasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama dengan tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan pelaksanaan ini ada faktor penunjang ataupun factor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. diet berlebih, pantau tekanan darah, nadi, irama jantung, suhu dan suara nafas, pantau asupan output secara cermat, kaji turgor kulit, periksa kulit pasien setiap hari untuk mengetahui tanda edema atau perubahan warna, dorong pasien untuk melakukan aktivitas.

Dilakukan tindakan keperawatan pada hari pertama memantau tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 104 kali/menit, irama nafas reguler, suhu 36,5°C,

memantau output urin dan hasil urin/ 24 jam 400 cc intake cairan pasien 500 cc/ 24 jam kelebihan cairan 180 cc/24 jam, mengkaji turgor kulit didapatkan turgor kulit pasien kering, terdapat edema pada ekstermitas, pasien beraktivitas berkomunikasi dengan keluarganya dengan baik. Pasien melakukan HD pada hari ke 2 setelah pasien masuk rumah sakit, kemudian dipertengahan melakukan terapi HD pasien mengalami menggigil dan sesak terdapat cuping hidung, setelah itu pasien kembali di ruangan dan diberikan obat extra pamol 1 tab, output urin/24 jam 400 cc kelebihan cairan 180 cc/24jam, edema pada telapak tangan dan kaki berkurang. Pada hari ke tiga dilakukan tindakan keperawatan, observasi RR: 22 kali/menit, tidak ada sesak, ekspansi paru baik output urin/ 24 jam 450 cc, kelebihan cairan 100 cc.

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru dilakukan tindakan keperawatan pada hari pertama, pernafasan cuping hidung, pola nafas ireguler, nafas tersengal, RR: 32 kali/menit, kaji kadar hemoglobin 9,1 (11-15 g/dl), memberikan pasien posisi semi fowler, memberikan oksigen sesuai program (O₂ nasal rebreting 10 lpm). Pada pelaksanaan tindakan keperawatan hari ke dua, memberikan posisi fowler pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan, mengkaji RR 20 kali/menit, pola nafas reguler pasien menggunakan O₂ nasal kanul 4 lpm. Pada hari ke tiga pasien sudah tidak mengalami sesak nafas namun masih menggunakan alat bantu napas yaitu O₂ nasal kanul 4 lpm, dikaji di RR 22 kali/menit, pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan, cuping hidung sudah tidak ada.

Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O₂ dilakukan tindakan keperawatan pada hari pertama, pola tidur dan

jam tidur, menanyakan kelelahan fisik pasien, latihan rentan gerak aktif atau pasif dengan mengajarkan pasien relaksasi dan distraksi sebelum dan sesudah tidur, kadar hemoglobin 9,1 (11-15 g/dl), hari ke dua pasien menjelaskan hal yang membuat pasien cepat merasakan lelah, dapat melakukan rentan gerak aktif dan pasif, pasien sering terbangun ketika tidur malam jika pasien terbangun sudah tidak bias tidur lagi, hari ke tiga pasien melakukan latihan gerak bertahap namun pasien masih belum bias tidur secara teratur pada jam tidur.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung. Pada waktu dilaksanakan evaluasi pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru. Pola nafas normal 32 kali/menit, irama reguler pasien dapat bernafas dengan nyaman selama 3x8 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020. Pada diagnosa Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, diet berlebih dan retensi cairan serta natrium. Hipervolemia berkurang, edema berkurang dalam 3x8 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020. Pada diagnosa intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O₂, kelemahan berkurang, dapat bergerak tanpa bantuan secara bertahap dalam 2x8 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 28 Januari 2020. Pada diagnosa gangguan pola napas berhubungan dengan kurang kontrol tidur, pola tidur dapat

teratur setelah pasien diberikan evaluasi pentingnya tidur ketika sakit hal ini dapat ditangani dalam 3x8 jam karena yang tepat dan berhasil dilaksanakan masalah teratasi tanggal 29 januari 2020 . Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerja sama yang baik antara pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan (Medis). Hasil evaluasi pada Tn. S sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 31 januari 2020 setelah HD yang ke 10.

