

BAB 4

PEMBAHASAN

Penulis pada bab ini akan menguraikan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnose medis Chronik Kidney Disease (CKD) HD regular terkonfirmasi covid 19 di R F 2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal 6 Juli 2021.

Mulai pendekatan studi kasus untuk mendapatkan data kondisi nyata dilapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari pengkajian, analisa data menegakkan diagnosis, penyusunan perencanaan asuhan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi.

CKD merupakan salah satu komorbid dari Covid 19 yang mana akan memperberat kondisi pasien yang terkonfirmasi Covid 19. Daya tahan tubuh pasien yang rendah membuat resiko kematian pada pasien hemodialisa terkonfirmasi covid 19 meningkat tajam. Kondisi sesak nafas karena kelebihan cairan identik dengan gejala pasien terkonfirmasi covid, prosedur kesehatan yang ruwet menyebabkan pasien tertunda menjalani hemodialisa. Dengan panduan PERNEFRI tiap RS harus meng HD kan pasiennya yang dicurigai COVID 19, petugas menggunakan APD lengkap ditempatkan ditempat khusus, tidak boleh ditolak, dan tidak boleh dirujuk.

4.1 Pengkajian

Dari pengkajian yang didapatkan pada Tn. S. Menurut Rendy, 2012 gagal ginjal kronik terjadi ketika ginjal tidak mampu dalam mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya. Suatu bahan yang biasanya dieliminasi diurin menumpuk didalam darah cairan tubuh

akibat gangguan ekskresi renal dan menyebabkan gangguan fungsi endokrin dan metabolic, cairan, elektrolit, serta asam basa. Gagal ginjal merupakan penyakit sistemik dan merupakan jalur akhir yang umum dari berbagai penyakit traktus urinarius dan ginjal.

Pada pemeriksaan umum penulis tidak menemukan masalah keperawatan didapatkan TD 170/100 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 26 x/menit Suhu 36,7°C, spo2 94 % keadaan umum lemah GCS 456. Perlu diwaspadai Gagal ginjal kronik terjadi ketika ginjal tidak mampu dalam mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya.

Pengkajian system pernafasan penulis menemukan masalah gangguan pertukaran gas. Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, terdapat otot bantu nafas tambahan, irama nafas iregular, sesak nafas, tidak ada batuk, tidak ada sputum, dan tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi tidak didapatkan vocal premitus. Pada pemeriksaan perfusi suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak terdapat suara tambahan, suara nafas vesikuler, RR 26x/mnt. Sedangkan pada teori ginjal mengatur keseimbangan osmotic dan mempertahankan keseimbangan ion yang optimal dalam plasma (keseimbangan elektrolit) apabila ada pengeluaran ion yang abnormal ginjal akan meningkatkan ekskresi ion yang penting (natrium, kalium, kalsium) (Haryono, 2013). Asidosis metabolik terjadi karena ginjal tidak mampu mengekskresikan ion hidrogen untuk menjaga pH darah normal. Disfungsi renal tubuler mengakibatkan ketidakmampuan pengeluaran ion H dan pada umumnya penurunan ekskresi H⁺ sebanding dengan penurunan GFR. Asam yang secara terus – menerus dibentuk oleh metabolisme dalam tubuh dan tidak difiltrasi secara efektif, NH₃ menurun dan sel tubuler tidak

berfungsi. Kegagalan pembentukan bikarbonat memperberat ketidakseimbangan. Sebagai kelebihan hidrogen dibuffer oleh mineral tulang. Akibatnya asidosis metabolik memungkinkan terjadinya osteodistrofi

Pengkajian sistem kardiovaskuler penulis menemukan masalah hipervolemia. Pada pemeriksaan inspeksi terdapat oedema pada kedua ekstremitas bawah, tidak terdapat perdarahan. Pada pemeriksaan palpasi ictus cordis teraba pada ICS 4-5 mid clavicular sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung regular, CRT < 2 detik, akral hangat, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Tekanan Darah 170/100 mmHg, nadi 95 x/menit. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara pekak, pada pemeriksaan auskultasi terdapat suara S1 S2 tunggal. Hipervolemia atau kelebihan volume cairan didefinisikan sebagai suatu kondisi medis dimana ada terlalu banyak cairan dalam darah karena terjadi peningkatan kandungan natrium tubuh yang pada akhirnya menyebabkan iat total dalam tubuh.

Pengkajian system persyarafan dan penginderaan penulis tidak menemukan masalah keperawatan. Keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmetis, GCS 456 tidak ada kelainan penginderaan dan Nervus I-XII normal. Sedangkan pada teori asidosis metabolik terjadi karena ginjal tidak mampu mengekskresikan ion hidrogen untuk menjaga pH darah normal. Disfungsi renal tubuler mengakibatkan ketidakmampuan pengeluaran ion H dan pada umumnya penurunan ekskresi H⁺ sebanding dengan penurunan GFR. Asam yang secara terus – menerus dibentuk oleh metabolisme dalam tubuh dan tidak difiltrasi secara efektif, NH₃ menurun dan sel tubuler tidak berfungsi. Kegagalan pembentukan bikarbonat memperberat ketidakseimbangan. Sebagai kelebihan hidrogen dibuffer oleh mineral tulang. Akibatnya asidosis metabolik memungkinkan terjadinya osteodistrofi.

Pengkajian system perkemihan penulis menemukan masalah Pada pemeriksaan inpeksi pasien terpasang urine cateter, Frekuensi urine sebelum masuk rumah sakit ± 5 x/hari dengan jumlah urine 200 cc dalam 24 jam, warna kuning dan frekuensi sesudah masuk rumah sakit dengan jumlah urine 250 cc dalam 24 jam, warna kuning jernih. Pemeriksaan palpasi tidak ada distensi pada area kandung kemih. Sedangkan pada teori didapatkan terjadi penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare konstipasi, perubahan warna urin (Haryono 2013).

Pengkajian system pencernaan penulis tidak menemukan masalah keperawatan. Pada pengkajian didapatkan badan lemes mual, tidak muntah frekuensi makan 3 x/hari, jenis Lunak TKRP habis satu porsi buburnya saja makanan yang disiapkan dari RS. Sedangkan pada teori didapatkan pasien mual, muntah, anoreksia, intake cairan inadkuat, peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), nyeri ulu hati, rasa metalik tidak sedap pada mulut (pernafasan amonia) (Haryono,2013).

Pengkajian sistem musculoskeletal dan integument penulis tidak mendapatkan masalah keperawatan. Pada pemeriksaan inpeksi rambut dan kulit kepala tampak bersih, warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, tidak ada patikie. Tidak ada kelainan tulang dan tidak ada kelainan jaringan atau trauma, ROM bebas. Sedangkan pada teori ekstremitas : Capitally revil time > 3 detik, kuku rapuh dan kusam serta tipis, kelemahan pada tungkai, edema, akral dingin, kram otot dan nyeri otot, nyeri kaki, dan mengalami keterbatasan gerak sendi.

Pada kulit : ekimosis, kulit kering, bersisik, warna kulit abu-abu, mengkilat atau hiperpigmentasi, gatal (pruritus), kuku tipis dan rapuh, memar (purpura), edema.

Pengkajian pola kebiasaan penulis menemukan masalah ansietas yang ditandai pasien sulit tidur, sering terbangun dan sulit untuk tidur lagi bila sudah terbangun. Hal ini membuktikan bahwa Tn. S cemas memikirkan kondisi sakitnya

4.2 Diagnosis keperawatan

Analisis data pada tinjauan pustaka berisi teori namun pada kenyataan dilapangan, analisa data disesuaikan dengan keluhan-keluhan yang dialami oleh pasien.

Diagnosis keperawatan yang tertuang dalam tinjauan pustaka tidak semuanya didapatkan dalam tinjauan kasus. Diagnosis keperawatan yang penulis temukan pada Tn. S berjumlah 3 diagnosis, diantaranya yaitu;

1. Hypervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (SDKI, 2016) D.0022.

Diperoleh data dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD 170/100 mmHg, Nadi 95 x/menit, RR 26 x/menit Suhu 36,7 ° C, spo2 94 % keadaan umum lemah GCS 4/5 oedema pada kedua ekstremitas bawah, BB meningkat sesudah Hd sebelumnya 100 kg pada saat MRS 103,5 kg (dalam 4 hari naik 3,5 kg), intake cairan lebih banyak dari pada output. Menurut SDKI (2016) pada domain D.0022 menjelaskan pada data obyektif tanda mayor dan minornya yaitu edema anasarca dan/atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, intake lebih banyak dari output. (Haryono, 2013) Hipervolemia atau kelebihan volume cairan didefinisikan sebagai suatu kondisi medis dimana ada terlalu banyak cairan dalam darah karena terjadi peningkatan kandungan natrium tubuh yang pada akhirnya menyebabkan iat total dalam tubuh. Melihat kondisi tersebut penulis berpendapat bahwa Tn. S mengalami hypervolemia, jika hypervolemia tidak segera

tertangani maka pasien akan mengalami sesak nafas yang menerus dan semakin parah.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi. (SDKI, 2016) D.0003

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, terdapat otot bantu nafas tambahan, irama nafas iregular, sesak nafas, tidak ada batuk, tidak ada sputum, dan tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi tidak didapatkan vocal premitus. Pada pemeriksaan perfusi suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi terdapat suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, RR 26x/mnt. Menurut SDKI (2016) pada Domain D.003 menjelaskan data obyektif mayor dan minor terdapat bunyi nafas tambahan, pola nafas abnormal, pasien gelisah. Menurut Haryono 2013 teori ginjal mengatur keseimbangan osmotik dan mempertahankan keseimbangan ion yang optimal dalam plasma (keseimbangan elektrolit) apabila ada pengeluaran ion yang abnormal ginjal akan meningkatkan ekskresi ion yang penting (natrium, kalium, kalsium) apabila terjadi peningkatan osmotik pasien akan mengalami gangguan pola nafas. Melihat kondisi tersebut penulis berpendapat bahwa Tn. S mengalami gangguan pertukaran gas, jika tidak tertangani maka akan semakin memberat gangguan pertukaran gas.

3. Ancietas berhubungan dengan ancaman konsep diri (SDKI, 2016) D.0080

Penulis menemukan Tn. S mengeluh sulit tidur, sering terbangun dan sulit untuk tidur lagi bila sudah terbangun. Didapatkan pasien gelisah Nadi meningkat RR meningkat tekanan darah juga meningkat. Hal ini membuktikan bahwa Tn. S cemas memikirkan kondisi sakitnya. Menurut SDKI (2016) pada Domain D.0080, menjelaskan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek tidak

jelas. Data obyektif pada ansietas antara lain tampak tegang, tampak gelisah, sulit tidur tekanan darah meningkat, nadi meningkat. Melihat kondisi tersebut penulis berpendapat bahwa Tn. S mengalami ansietas, jika tidak tertangani akan semakin memberat psikis pasien.

Tidak semua diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada kasus nyata bahkan bisa jadi tidak muncul pada kedu-duanya, karena diagnosis keperawatan *chronik kidney deases* pada tinjauan pustaka secara umum sedangkan pada kasus nyata diagnosis disesuaikan dengan kondisi pasien secara nyata. Gejala yang tampak pada kondisi masing – masing pasien tidak semuanya mendukung diagnosis keperawatan dikarenakan kondisi masing-masing pasien berbeda.

4.3 Perencanaan

Setelah penulis menentukan diagnosis keperawatan sesuai kondisi klinis pasien, selanjutnya adalah tahapan perencanaan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang diangkat, merumuskan intervensi keperawatan penulis merumuskan tindakan keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan pada pasien. Penulis juga mencantumkan tujuan dan kriteria hasil pada setiap diagnosis keperawatan. Fungsi, tujuan, dan kriteria hasil adalah untuk menilai berhasil atau tidaknya proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien.

Intervensi keperawatan yang penulis susun untuk diagnosis keperawatan hypervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan hypervolemia berkurang dengan kriteria hasil : oedema menurun, dyspnea berkurang, tekanan darah membaik, denyut nadi membaik, membran mukosa membaik, turgor kulit membaik menurut (Tim pokja SIKI DPP PPNI 2018) antara lain : periksa tanda dan

gejala hipervolemia (misal ortopnea, dyspnea, edema), identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik (misal tekanan darah), monitor komplikasi durante hemodialisa, ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, lakukan tindakan Hd sesuai prescribe Dokter

Intervensi keperawatan yang penulis susun untuk diagnosis gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan gangguan pertukaran gas membaik dengan kriteria hasil : dispnea menurun, frekuensi napas membaik menurut Tim pokja SIKI DPP PPNI 2018) antara lain : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (misal gurgling, mengi, wheezing, ronchi), posisikan semi fowler atau fowler, berikan oksigenasi, lakukan tindakan Hd sesuai prescribe.

Intervensi keperawatan yang penulis susun untuk diagnosis ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam diharapkan ansietas berkurang dengan kriteria hasil :
.perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, pola tidur membaik, orientasi membaik. kontak mata membaik menurut Tim pokja SIKI DPP PPNI 2018) antara lain : identifikasi saat tingkat ansietas berubah (waktu, stressor), monitor tanda-tanda stressor, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasannya, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat, latih teknik relaksasi.

4.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan bentuk realisasi dari intervensi keperawatan yang telah penulis susun berdasarkan kondisi klinis pasien. Pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan secara terkoordinir sesuai intervensi keperawatan. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan penulis mengadakan kerjasama dengan pihak perawat ruangan yang selalu memberikan arahan dan bimbingan.

Implementasi untuk hipervolemia yang dilakukan pada tanggal 6 Juli 2021 jam 10.00 membina hubungan pada pasien dengan cara memperkenalkan diri dan tujuannya, jam 10.15 melakukan pengkajian dan anamneses pada Tn. S, jam 10.30 melakukan observasi TTV pada Tn. S TD. 170/100 mmHg N. 95 x/menit RR. 26 x/menit Spo2 96 %, jam 10.35 memberikan oksigen 5 lpm, jam 10.45, jam 10.45 memberikan posisi semi fowler, jam 10.50 memeriksa tanda dan gejala isal lemia (missal ortopnea, dyspnea, edema), jam 10.55 mengidentifikasi penyebab hypervolemia, jam 11.00 memonitor status hemodinamik (isal tekanan darah), 11.15 melakukan tindakan Hd sesuai prescribe Dokter, jam 11.30 memonitor komplikasi durante hemodialisa, jam 11.45 mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, jam 11.50 memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Memonitor bunyi napas tambahan (missal gurgling, mengi, wheezing, ronchi) jam 12.30 melaksanakan Obs TTV TD.160/100 mmHg RR 25 x/menit N. 95 x/menit , jam 15.00 melaksanakan observasi TTV TD. 150/90 mmHg RR 24x/menit Nadi 94x/menit Spo2 99 %, jam 15.15 mengakhiri tindakan hemodialisa.

Implementasi untuk gangguan pertukaran gas yang dilakukan pada tanggal 6 Juli 2021 jam 10.00 membina hubungan pada pasien dengan cara memperkenalkan diri dan tujuannya, jam 10.15 melakukan pengkajian dan anamneses pada Tn. S, jam 10.30 melakukan observasi TTV pada Tn. S TD. 170/100 mmHg N. 95 x/menit RR. 26 x/menit Spo2 96 %, jam 10.35 memberikan oksigen 5 lpm, jam 10.45, jam 10.45 memberikan posisi semi fowler, jam 10.50 memeriksa tanda dan gejala isal lemia (missal ortopnea, dyspnea, edema), jam 11.00 memonitor status hemodinamik (misal tekanan darah), 11.15 melakukan tindakan Hd sesuai prescribe Dokter, jam 11.30 memonitor komplikasi durante hemodialisa, jam 11.50 memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), jam 12.00 memonitor bunyi napas tambahan (missal gurgling, mengi, wheezing, ronchi) jam 12.30 melaksanakan Obs TTV TD.160/100 mmHg RR 25 x/menit N. 95 x/menit , jam 15.00 melaksanakan observasi TTV TD. 150/90 mmHg RR 24x/menit Nadi 94x/menit Spo2 99 %, jam 15.15 mengakhiri tindakan hemodialisa.

Implementasi ancietas yang dilakukan pada tanggal 6 Juli 2021 jam 10.00 membina hubungan pada pasien dengan cara memperkenalkan diri dan tujuannya, jam 13.00 menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, jam 13.15 menemani pasien untuk mengurangi kecemasan, 13.30 memahami situasi yang membuat ancietas, jam 13.35 mendengarkan dengan penuh perhatian, jam 13.50 menggunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan, jam 14.00 menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, jam 14.15 melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, jam 14.40 melatih tehnik relaksasi.

4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien. Dimana setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut:

1. Hipervolemia

Pada evaluasi tindakan keperawatan Tn. S adalah sebagai berikut : Tn. S mengatakan sesak nafas berkurang. Dari pemeriksaan TTV didapatkan TD. 150/90 mmHg N. 94 x/menit RR 24 x/menit Spo2 99 % oedema ekstremitas berkurang, penurunan BB tidak dapat dievaluasi px blm kuat timbang BB. Masalah teratatsi sebagian and intervensi dilanjutkan : ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, lakukan tindakan Hd sesuai prescribe Dokter (dilakukan tindakan Hd sesuai jadwal).

2. Gangguan pertukaran gas

Pada evaluasi tindakan keperawatan Tn. S adalah Pasien mengatakan sesak nafas berkurang. Dari hasil pemeriksaan TTV didapatkan TD. 150/90 mmHg N. 94 x/menit RR 24 x/menit Spo2 99 % oedema ekstremitas berkurang, penurunan BB tidak dapat dievaluasi px blm kuat timbang BB. Masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, lakukan tindakan Hd sesuai prescribe Dokter (dilakukan tindakan Hd sesuai jadwal).

3. Ansietas

Pada evaluasi tindakan keperawatan TN. S adalah pasien mengatakan perasaannya mulai lebih tenang, rasa gelisah berkurang dari hasil pengamatan didapatkan pasien tampak lebih tenang, pasien tampak tidur pada saat durante HD Masalah teratasi sebagian, dan intervensi dilanjutkan : ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang membuat ansietas. mengingatkan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, mengingatkan penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat.