

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Pengkajian

Faktor penyebab utama dari gagal ginjal kronik yang telah di bahas tinjauan teori adalah usia lebih dari 45 tahun dikarenakan perubahan yang terjadi dalam sirkulasi tubuh yang membuat mengidap penyakit gagal ginjal kronis lebih beresiko menderita penyakit stroke dikarenakan fungsi ginjal yang tidak dapat berfungsi dengan baik dan tidak dapat menyaring zat sisa yang berada di dalam tubuh. Sedangkan hipertensi dan diabetes melitus merupakan dua penyebab terbesar dari penyakit ginjal tahap akhir, sedangkan yang lainnya adalah penyakit infeksi (glomerulonefritis, pyelonefritis), penyakit vascular sistemik (hipertensi renovaskular intrarenal), nefrosklerosis, hiperparatiroidisme, dan penyakit saluran kencing.

Faktor risiko yang terjadi pada pasien CKD yaitu usia, jenis kelamin, kelahiran premature, riwayat keluarga, riwayat penyakit batu saluran kemih, diabetes, hipertensi, dan infeksi. Sedangkan yang terjadi pada pasien yaitu usia pasien yang sudah 68 tahun, dan jenis kelamin pasien adalah pria yang lebih berisiko terkena gagal ginjal. Pasien juga memiliki penyakit hipertensi yang memungkinkan datangnya penyakit ginjal. Hal tersebut merupakan faktor pendukung terjadinya penyakit CKD.

Tanda dan gejala yang dapat muncul antara lain perubahan pada urine, baik dari segi warna maupun frekuensi buang air kecil. Jika urine tampak lebih gelap atau kecoklatan dari biasanya, kondisi ini patut dicurigai. Selain itu, perlu diwaspadai bila frekuensi buang air kecil menjadi lebih sering atau justru berkurang meski asupan cairan tetap normal. Gejala lain adalah rasa letih dan kurang berenergi dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Gangguan ginjal dapat menyebabkan tubuh kekurangan oksigen dan sel darah merah, sehingga menimbulkan kelelahan, pusing, rasa dingin, bahkan hingga kehilangan kesadaran jika berlanjut. Pembengkakan merupakan salah satu tanda gangguan ginjal, yang bisa muncul di bagian tubuh manapun, seperti tangan, kaki, maupun

wajah. Hal ini disebabkan oleh penimbunan cairan karena ginjal kehilangan kemampuan untuk menyaring cairan tubuh. Gejala lainnya adalah gatal berlebihan, akibat menumpuknya limbah dalam aliran darah yang tidak dapat dibuang dengan baik. Pasien juga sering mengalami penurunan nafsu makan karena akumulasi zat sisa metabolik di dalam tubuh. Oleh karena itu, pemeriksaan medis diperlukan agar penyebab gangguan ginjal dapat diketahui lebih cepat.

Seperti yang ada di tinjauan teori, terdapat kesamaan tanda dan gejala pada pasien yaitu perubahan frekuensi urine pada pasien, merasa letih atau lemah badan, terjadi pembengkakan di kedua ekstremitas bawah pasien, gatal yang berlebih pada kulit pasien, serta pasien merasa sesak napas.

Tanda dan gejala pada pasien meliputi rasa nyeri pada area ginjal, yaitu di bagian pinggang bawah sisi kiri maupun kanan. Jika nyeri muncul tiba-tiba tanpa sebab jelas seperti terjatuh, kondisi ini tidak boleh diabaikan. Gejala lain adalah gangguan pernapasan, berupa sesak atau sulit bernapas, yang dapat terjadi akibat penumpukan cairan dalam paru-paru karena ginjal tidak mampu menyaring cairan dengan baik. Pasien juga bisa mengalami bau mulut menetap, disebabkan oleh akumulasi limbah dalam tubuh. Tekanan darah tinggi merupakan gejala lain yang sering muncul, akibat retensi cairan di paru-paru dan jantung. Jika berlangsung lama, kondisi ini berpotensi menimbulkan komplikasi serius, termasuk gagal ginjal. pernapasan terganggu, sistem dan saluran pernapasan sering terganggu seperti sesak napas atau merasa sering sulit untuk bernapas. hal ini perlu mendapat perhatian yang cukup, karena cairan dalam tubuh yang tidak bisa di saring dalam ginjal dapat menumpuk di dalam organ paru-paru sehingga dapat mengakibatkan gangguan pada saluran pernapasan atau kesulitan bernapas. bau mulut, penderita mengalami bau mulut secara terus menerus, karena adanya timbunan limbah yang sedemikian banyak di dalam tubuh sehingga menyebabkan bau mulut. tekanan darah tinggi, gejala penyakit ginjal juga bisa di deteksi dari tekanan darah yang cenderung naik, akibat penumpukan cairan di paru-paru dan jantung, maka tekanan darah dapat

naik. jika kondisi ini berlangsung dalam waktu lama, maka hal ini akan merambah ke organ jantung dan dapat mengakibatkan gagal ginjal.

5.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ada di tinjauan teori dan tinjauan kasus yaitu:

- a. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan diagnosis keperawatan ini diangkat menjadi diagnosis keperawatan utama karena pada pasien ditemukan edema pada ekstremitas bawah pasien.
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan diagnosis keperawatan ini diangkat karena pada pasien ditemukan tanda dan gejala seperti badan terasa lemah
- c. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas diagnosis keperawatan ini diangkat karena pada pasien ditemukan tanda dan gejala yaitu merasa sesak napas.
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi diagnosis keperawatan ini diangkat karena pada pasien ditemukan tanda dan gejala seperti kulit terasa gatal dan kulit pasien tampak menghitam.
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur diagnosis ini diangkat karena pasien mengeluh sulit untuk tidur.
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan keenganan untuk makan diagnosis yang ada di tinjauan teori tapi tidak ada di tinjauan kasus.
- g. Resiko penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan frekuensi jantung diagnosis yang ada di tinjauan teori tapi tidak ada di tinjauan kasus
- h. Gangguan pertukaran gas, Kenapa penulis tidak mengangkat diagnosis keperawatan ini karena tidak terdapat tanda dan gejala seperti takikardi, bunyi napas tambahan dan mengeluh pusing pada pasien.

- i. Perfusi perifer tidak efektif. Kenapa penulis tidak mengangkat diagnosis keperawatan ini karena tidak terdapat tanda dan gejala seperti nadi perifer menurun atau tidak teraba pada pasien.

5.3. Intervensi

Penulis menetapkan 5 diagnosis keperawatan pada pasien Tn. A.B dan menyusun intervensi keperawatan serta mengimplementasikan kepada pasien intervensi yang disusun yaitu:

1. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dibuktikan dengan data subjektif: Pasien mengatakan badan terasa lemah, keluarga pasien mengatakan kedua kaki pasien bengkak. Data objektif: pasien tampak leah, kedua kaki pasien tampak bengkak, ureum 103, creatinine 9.14, intake cairan: 1310cc, output cairan: 100 (balance cairan: 430 cc). Dengan Intervensi yang diberikan meliputi: memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, mengidentifikasi penyebabnya, memantau status hemodinamik pasien, serta mengobservasi intake dan output cairan. Selain itu, dilakukan pemantauan ketat terhadap kecepatan infus dan efek samping cairan. Asupan cairan dibatasi sesuai anjuran, dengan posisi kepala tempat tidur ditinggikan 30–40 derajat. Pasien juga diajarkan cara mencatat serta mengukur asupan dan haluaran cairan, termasuk bagaimana membatasi cairan. Intervensi dilengkapi dengan kolaborasi pemberian diuretik.
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan data subjektif :Pasien mengatakan merasa sesak napas, Pasien mengatakan merasa nyeri dada,Pasien mengatakan badan terasa lemah, Data objektif: Pasien tampak gelisah, Pasien tampak meringis, Pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, Pasien tampak sakit sedang.dengan intervensi yang dilakukan yaitu: monitor pola napas, monitor sputum, posisikan semi fowler atau

fowler, berikan minuman hangat, berikan oksigen jika perlu, anjurkan batuk efektif, kolaborasi pemberian obat.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan data subjektif: Pasien mengatakan sulit untuk tidur di malam hari, Pasien mengatakan waktu untuk tidur tidak menentu, Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari, Pasien mengatakan merasa tidak cukup istirahat, data objektif: Pasien tampak gelisah, Pasien tampak mengantuk, Pasien tampak menguap, Pasien tampak sulit tidur. dengan intervensi yang dilakukan yaitu: identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, tetapkan jadwal tidur rutin, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan relaksasi otot atau cara nonfarmakologis.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan data subjektif: pasien mengatakan badan terasa lemah, pasien mengatakan merasa sesak saat banyak bergerak, pasien mengatakan cepat merasa lelah. Data objektif: pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga. dengan intervensi yang dilakukan yaitu: Monitor kelelahan fisik, monitor pola dan jam tidur, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif.
5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi dibuktikan dengan data subjektif: pasien mengatakan kulit terasa gatal. Data objektif: kulit pasien tampak kering, kulit pasien tampak menghitam. Dengan intervensi yang dilakukan yaitu: Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.

5.4. Implementasi

Pada Pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa sering mengalami kelelahan akibat rutinitas terapi. Kelelahan ini dapat ditangani melalui terapi nonfarmakologi, salah satunya foot massage. Berdasarkan *Evidence Based Practice* (Pamungkas & Yuniartika, 2022), pijat kaki terbukti efektif dalam mengurangi kelelahan karena memberikan rasa nyaman dan relaksasi. Teknik pijat dilakukan pada bagian depan kaki (lutut, pergelangan, ibu jari) kemudian dilanjutkan ke area telapak kaki, dengan durasi sekitar 20 menit. Tekanan pada jari, khususnya ibu jari, dapat memengaruhi respon fisiologis tubuh karena berhubungan dengan organ lain. Pijat ini juga meningkatkan endorfin yang menekan sekresi kortisol, sehingga menimbulkan relaksasi fisik maupun psikologis. Peningkatan endorfin berperan dalam pelebaran pembuluh darah, memperlancar sirkulasi darah dan getah bening, meningkatkan suplai oksigen serta energi, sekaligus mempercepat pembuangan sisa metabolisme, sehingga keluhan kelelahan berkurang.

Berdasarkan intervensi yang tersusun, maka penulis dapat melakukan implementasi atau tindakan keperawatan pada keluarga pasien dan pasien sesuai dengan masalah yang dialami yaitu dengan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosis yang diangkat seperti hipervolemia, implementasi yang dilakukan yaitu: memeriksa tanda dan gejala hipervolemia, mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor status hemodinamik, memonitor intake dan output cairan, memonitor kecepatan infus secara ketat, memonitor efek samping cairan, membatasi asupan cairan, meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, mengajarkan cara membatasi cairan, dan penatalaksanaan pemberian diuretik. Untuk diagnosis pola napas tidak efektif, implementasi yang dilakukan yaitu: monitor pola napas, monitor sputum, posisikan semi fowler atau fowler, berikan minuman hangat, berikan oksigen jika perlu, anjurkan batuk efektif dan kolaborasi pemberian obat. Untuk diagnosis gangguan pola tidur, implementasi yang dilakukan yaitu: mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur,

mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, menetapkan jadwal tidur rutin, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur dan menganjurkan relaksasi otot atau cara nonfarmakologi. Untuk diagnosis intoleransi aktivitas, implementasi yang dilakukan yaitu: memonitor kelelahan fisik, memonitor pola dan jam tidur, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menganjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif. Untuk diagnosis yang terakhir adalah gangguan integritas kulit dan jaringan, implementasi yang dilakukan yaitu: mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring. menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering. menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.

5.5. Evaluasi

1. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dan evaluasi sampai 1 minggu, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah hipervolemia belum teratasi dimana pasien mengatakan masih bengkak pada kedua kakinya.
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam dan evaluasi selama 1 minggu, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah pola napas tidak efektif dapat teratasi.
3. gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dan evaluasi sampai 1 minggu, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah gangguan pola tidur dapat teratasi.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dan evaluasi sampai 1 minggu, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi.

5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dan evaluasi sampai 1 minggu, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah gangguan integritas kulit teratasi dimana pasien mengatakan sudah tidak merasa gatal pada kulitnya.