

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Memuat keseluruhan hasil yang telah dilaksanakan dan selanjutnya dibuat pembahasan sesuai dengan kaidah pembahasan.

4.1 Hasil penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian studi kasus ini mengambil studi kasus gagal ginjal kronik dengan masalah resiko ketidakseimbangan cairan. Peneliti mengambil lokasi penelitian di Ruang Hemodialisa RSUD Anwar Medika Krian Sidoarjo, pengambilan data studi kasus diambil pada masa pandemi COVID-19 sehingga peneliti menerapkan protokol kesehatan dengan mengenakan APD dan tidak diperkenankan berlama-lama kontak dengan partisipan sesuai dengan prosedur yang berlaku diruangan. Peneliti mengambil data studi kasus pada dua partisipan yaitu Ny S dan Tn. N.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas klien

Tabel 4. 1 : Identitas klien

Identitas partisipan	Partisipan 1	Partisipan 2
Nama	Ny. S	Tn. N
Tempat Tgl.Lahir	Sidoarjo, 19-04-1969	Sidoarjo, 09-03-1961
Usia	52 tahun	60 tahun
Jenis kelamin	Perempuan	Laki-laki
Status perkawinan	Kawin	Kawin
Pendidikan	SD	SMP
Agama	Islam	Islam
Alamat	Candinegoro	Sirapan
Dx medis	CKD	CKD
Tanggal pengkajian	27 Mei 2021 Pukul 11.00 WIB	27 Mei 2021 Pukul 11.00 WIB

2) Riwayat penyakit

Tabel 4.2 Riwayat penyakit

Riwayat penyakit	Partisipan 1	Partisipan 2
Keluhan utama	Klien mengatakan perut terasa kaku, besar, tidak bisa BAK	Klien mengatakan perut terasa kaku, besar, sulit buang air kecil
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan sudah sakit ginjal sejak 2 tahun yang lalu, dan menjalani perawatan hemodialisa sudah hampir 1 tahun. Keluarga klien mengatakan klien sulit buang air kecil. dan klien juga mengkonsumsi obat hipertensi dan diabetes	Klien mengatakan sudah sakit ginjal sejak 1 tahun yang lalu, dan sudah menjalani perawatan hemodialisa sudah sekitar 5 bulan.
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga klien mengatakan klien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan juga diabetes	Klien mengatakan sulit buang air kecil mengakibatkan perut semakin membesar dan tampak kaku, keluarga klien mengatakan klien jarang minum air putih dan yang di minum selalu minum-minuman soda seperti extra joss dll. Klien juga mengkonsumsi obat hipertensi selama 3 bulan.
Riwayat penyakit keluarga	Berdasarkan data yang di sampaikan klien bahwa memiliki riwayat penyakit keluarga yaitu faktor keturunan hipertensi dan diabetes, klien juga mengatakan dirinya tidak	Keluarga klien mengatakan klien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan stroke pada tahun 2016

	memiliki alergi obat-obatan maupun makanan	Berdasarkan data yang di sampaikan klien bahwa tidak memiliki riwayat penyakit keluarga dan tidak memiliki alergi obat-obatan maupun makanan
--	--	--

3) perubahan pola kesehatan

Tabel 4.3 Perubahan pola kesehatan

Pola kesehatan	Partisipan 1	Partisipan 2
1. Pola Nutrsi	<p>Klien mengatakan nafsu makan normal 3xsehari</p> <ul style="list-style-type: none"> - jenis makanan yang di makan yaitu nasi, lauk, sayur warna putih - klien membatasi minum air, biasanya sehari 300ml tekanan darah klien 150/80mmHg - pernafasan klien 20x/menit - nadi klien yaitu 80x/menit - suhu badan klien 36,5°C 	<p>Klien mengatakan nafsu makan normal 3xsehari</p> <ul style="list-style-type: none"> - jenis makanan yang dimakan yaitu nasi, ikan, tidak menyukai sayur - klien biasanya minum sehari kurang lebih 200ml - tekanan darah klien 160/70mmHg - pernafasan klien 20x/menit - nadi klien yaitu 82x/menit - suhu badan klien 37,5°C
2. Pola Eliminasi	<p>Pada saat pengkajian klien mengatakan BAK 1kali pagi hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - konsistensi cair, jumlah 200cc/hari, bau khas urine, warna urine kuning jernih - klien mengatakan 1xBAB tadi pagi - konsistensi lembek, bau 	<p>Pada saat pengkajian klien mengatakan BAK 1kali pagi hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - konsistensi cair, jumlah urine 100cc/hari, bau khas urine, warna urine kuning jernih

	<p>khas feses, warna kuning kecoklatan</p>	<p>- klien mengatakan belum BAB</p>
<p>3. Pola istirahat/tidur</p>	<p>Pada saat pengkajian klien mengatakan tidur teratur 8jam tidak kesulitan tidur, tidur siang 3jam dari jam1 sampai jam3 sore</p>	<p>Pada saat pengkajian klien mengatakan tidur normal hanya malam hari saja dari jam 21.00-04.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tidak memiliki masalah dalam pola tidur
<p>4. Pola personal hygien</p>	<p>Klien mengatakan mandi rutin tiap pagi, dan sore hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - menggosok gigi tiap kali mandi - keramas 2hari sekali - klien mengatakan rutin memotong kuku jika terlihat panjang 	<p>Klien mengatakan rutin mandi pagi dan sore hari</p> <ul style="list-style-type: none"> -menggosok gigi pagi dan malam hari - keramas seminggu 3x - klien biasanya memng kuku jika terlihat panjang
<p>5. Pola aktivitas</p>	<p>Kegiatan sehari-hari klien sebelum sakit yaitu sebagai petani dan mengurus rumah tangga. Tetapi semenjak sakit hanya diam dirumah saja</p>	<p>Berdasarkan data yang diperoleh saat pengkajian, klien sebelum sakit bekerja dipabrik, tetapi semenjak sakit hanya dirumah saja</p>
<p>6. Pola ADL terpenuhi</p>	<p>Pada saat pengkajian didapatkan data klien biasanya dapat melakukan aktivitas sehari-hari misalnya bisa melakukan personal hygien dengan mandiri, makan minum dengan mandiri, tetapi saat dirumah sakit dibantu oleh keluarga</p>	<p>Pada saat pengkajian didapatkan data klien biasanya dapat melakukan aktivitas sehari-hari misalnya personal hygien dengan mandiri, makan minum</p>

		dengan mandiri, berpakaian dengan mandiri, saat dirumah sakit didampingi istrinya.
--	--	--

4) Data Psikologis

Tabel 4.4 Data psikologis

Konsep diri	Partisipan 1	Partisipan 2
1. Gambaran diri	Berdasarkan data yang didapat saat pengkajian klien tampak santai dan tenang dengan bentuk dan kondisinya saat ini	Berdasarkan data yang didapat saat pengkajian klien tampak santai dengan bentuk dan kondisinya saat ini
2. Harga diri	Berdasarkan data yang didapat saat pengkajian klien mengatakan bahwa tidak malu dan tetap bersyukur dengan keadaannya saat ini	Berdasarkan data yang didapat saat pengkajian klien mengatakan bahwa tidak malu dan tetap bersyukur dengan keadaannya saat ini
3. Identitas klien	Klien mengatakan dirinya sebagai seorang perempuan dan seorang ibu	Klien mengatakan dirinya anak 1 dari 3 bersaudara dan merupakan seorang bapak
4. Peran diri	Klien mengatakan dikeluarganya sebagai ibu rumah tangga dan tetap menjalankan kewajiban sebagai ibu rumah tangga	Klien berperan sebagai buruh pabrik namun sejak sakit klien tidak dapat menjalankan perannya
5. Ideal diri	Klien mengatakan dirinya harus semangat dan tetap bersyukur untuk kesembuhannya	Klien mengatakan dirinya harus semangat dan tetap bersyukur untuk kesembuhannya dan bisa masuk kerja seperti biasanya

5) Pemeriksaan fisik

Tabel 4.5 Pemeriksaan fisik

	Partisipan 1	Partisipan 2								
Keadaan umum	cukup	cukup								
B1 (BREATHING)	Bentuk dada simetris, pola nafas cepat dan dalam (kusmaul), RR : 20x/mnt, suara nafas vesikuler	Bentuk dada simetris, pola nafas cepat dan dalam (kusmaul), RR : 20x/mnt, suara nafas vesikuler								
B2 (BLOOD)	Akral hangat, Tidak terlihat ictus cordis, CRT > 2 detik, suara jantung S1-S2 bunyi tunggal, TD : 160/80mmHg, S : 36°5C, N : 80x/mnt	Akral hangat lembab, Tidak terlihat ictus cordis, CRT > 2 detik, suara jantung S1-S2 bunyi tunggal, TD : 150/90mmHg, S : 36°6C, N : 85x/mnt								
B3 (BRAIN)	<p>Kesadaran <i>composmentis</i>, GCS 4 5 6, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada gangguan pendengaran, tidak pusing, tidak ada gangguan tidur.</p> <p>Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <p>Pemeriksaan reflek :</p> <p>a. Reflek fisiologis Bisep : +/+ Trisep : +/+ Patella : +/+</p> <p>b. Reflek patologis Babinski : +/+ Chaddol : +/+ Openheim : +/+ Scafer : +/+</p>	5	5	5	5	<p>Kesadaran <i>composmentis</i>, GCS 4 5 6, konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada gangguan pendengaran, pusing (-), sulit tidur</p> <p>Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <p>Pemeriksaan reflek :</p> <p>c. Reflek fisiologis Bisep : +/+ Trisep : +/+ Patella : +/+</p> <p>d. Reflek patologis Babinski : +/+ Chaddol : +/+ Openheim : +/+ Scafer : +/+</p>	5	5	5	5
5	5									
5	5									
5	5									
5	5									
B4 (BLADDER)	Produksi urine 600ml/24 jam, warna kuning tidak berbau, terdapat nyeri	Produksi urine 1000ml/24 jam, warna kuning tidak berbau, terdapat nyeri								

	<p>tekan pada kandung kemih, palpasi kandung kemih keras, abdomen asites, BAK spontan, terdapat edema,</p> <p>Input Makan 400 cc Minum 900 cc Total : 1300 cc</p> <p>Output Urine 400cc BAB 100cc IWL 15 x BB 15 x 50 = 750 cc Total : 1.050 cc</p> <p>Balance cairan Input – output = 1.300 cc – 1.250cc = 50 cc</p>	<p>tekan pada kandung kemih, palpasi kandung kemih keras, abdomen asites, BAK spontan, terdapat edema anasakra,</p> <p>Input Makan 400 cc Minum 1000 cc Total : 1.400 cc</p> <p>Output Urine 200cc BAB 100cc IWL 15 x BB 15 x 72 = 1080 cc Total : 1380 cc</p> <p>Balance cairan Input – output = 1.400 cc – 1.110cc = 20 cc</p>								
B5 (BOWEL)	<p>Mukosa bibir lembab, tidak terpasang NGT, tidak ada nyeri telan, bentuk abdomen simetris, bising usus 12x/mnt, BAB : 1x/hari, BB : 50 Kg</p>	<p>Mukosa bibir lembab, tidak terpasang NGT, tidak ada nyeri telan, bentuk abdomen simetris, bising usus 12x/mnt, BAB : 1x/hari, BB : 72 Kg</p>								
B6 (BONE)	<p>Acites, pitting edema > 3 detik, pergerakan sendi bebas, kulit kering dan bersisik, akral hangat, pigmentasi kulit normal, turgor kulit menurun, kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table>	5	5	5	5	<p>Edema abdomen dan ekstremitas sebelah kanan dan kiri, pitting edema > 4 detik, pergerakan sendi bebas, kulit kering, akral hangat, pigmentasi kulit gelap, turgor kulit menurun, kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table>	5	5	5	5
5	5									
5	5									
5	5									
5	5									

6) Pemeriksaan diagnostik tanggal 28 mei 2021 pukul 11.00 WIB

Tabel 4.6 Pemeriksaan diagnostik

Hasil Laboratorium	Klien 1	Klien 2	Nilai Normal
Hemoglobin	7,4 g/dL	9.1 g/dl	11.0-17.0 g/dl
Hematokrit	21,9 %	21.5 %	35.0-55.0 %
BUN	70, 87 mg/dL	34.29 mg/dl	7.0-21.0 mg/dl
Kreatin	8,27 mg/Dl	10.9 mg/dl	0.5-1.4 mg/dl
Kalium	3.5 mmol/L	3.6 mmol/L	3.50-5.50 mmol/L
Natrium	137 mmol/L	136 mmol/L	136-160 ol/L

7) Terapi medis

Tabel 4. 7 : Terapi medis

Klien 1	Klien 2
Dorner 3x1 (60mg/hari) peroral Allopurinol 3x1 (300 mg/hari) peroral Nocid 3x1 4tablet/hari peroral Fermia 1x/hari peroral Amlodipine 1x1/hari peroral	Dorner 3x1 (60mg/hari) peroral Fermia 1x/hari peroral Nocid 3x1 4tablet/hari peroral Ranitidine 2x1/hari peroral Amlodipine 1x1/hari peroral

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

Partisipan	Data	Etiologi	Problem
Klien 1	<p>Ds : Klien mengatakan perut terasa kaku, besar, urin keluar hanya sedikit</p> <p>Do : Keadaan umum cukup, kesadaran GCS 456, TD : 160/80mmHg, S : 36°5C, N : 80x/mnt, turgor kulit menurun, terdapat acites, pitting edema > 3 detik, Produksi urine 600ml/24 jam, Hemoglobin 7,4 g/dL, Hematokrit 21,9 %, BUN 70, 87 mg/dL, Kreatin 8,27 mg/dL, Kalium 3.5 mmol/L, Natrium 137 mmol/L</p>	<p>Gagal ginjal kronik</p> <p>↓</p> <p>Gangguan reabsorpsi</p> <p>↓</p> <p>Retensi cairan dan natrium</p> <p>↓</p> <p>Hipernatremia</p> <p>↓</p> <p>Resiko ketidakseimbangan cairan</p>	Resiko ketidankeseimbangan cairan
klien 2	<p>Ds : Klien mengatakan perut terasa kaku, tidak bisa BAK</p> <p>Do Keadaan umum cukup, kesadaran GCS 456, TD : 150/90mmHg, S : 36°6C, N : 85x/mnt, turgor kulit menurun,</p>	<p>Gagal ginjal kronik</p> <p>↓</p> <p>Gangguan reabsorpsi</p> <p>↓</p> <p>Retensi cairan dan natrium</p> <p>↓</p> <p>Hipernatremia</p> <p>↓</p>	Resiko ketidakseimbangan cairan

	Edema abdomen dan ekstremitas sebelah kanan dan kiri, pitting edema > 4 detik, Produksi urine 1000ml/24 jam, Hemoglobin 9.1 g/dl, Hematokrit 21.5 %, BUN 34.29 mg/dl, Kreatin 10.9 mg/dl, Kalium 3.6 mmol/L, Natrium 136 mmol/L	Resiko ketidakseimbangan cairan	
--	---	---------------------------------	--

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Klien 1 : Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan retensi cairan dan natrium ditandai dengan klien mengatakan perut terasa kaku, besar, urin keluar hanya sedikit

Klien 2 : Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan retensi cairan dan natrium ditandai dengan klien mengatakan perut terasa kaku, tidak bisa BAK

4.1.5 Intervensi

Intervensi Keperawatan Klien 1 dan Klien 2

Tabel 4.9 Intervensi

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan retensi cairan dan natrium	<p>Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan resiko ketidakseimbangan cairan dapat teratasi dan mencegah komplikasi akibat ketidakseimbangan cairan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan terpenuhi 2. Haluaran urin membaik 3. Penurunan edema, asites, dan ekstremitas 4. TD, irama, dan denyut nadi membaik 5. Turgor kulit kering 6. Berat badan dalam batas normal/membaik 7. Menjelaskan indikator resiko ketidakseimbangan cairan 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status dehidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hemoglobin, hematokrit, BUN, kreatin) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Timbang berat badan harian pada waktu yang sama. 6. Batasi asupan intake cairan dan garam klien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memantau perubahan kesehatan klien. 2. Untuk mengetahui status berat badan klien 3. Untuk mengetahui adanya perubahan berat badan saat sebelum dan sesudah dialisis. 4. Monitor hasil elektrolit darah dimaksudkan untuk memantau perubahan dan status, sebagai indikasi potensial retensi cairan. 5. Kenaikan berat badan yang singkat menandakan indikasi resiko ketidakseimbangan cairan 6. Pembatasan cairan akan menentukan

		<p>Edukasi</p> <p>7. Jelaskan pada klien dan keluarga mengenai pembatasan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat-obatan (atihipertensi, deuretik) sesuai indikasi.</p>	<p>tubuh ideal, haluaran urine, dan respon, pembatasan garam akan mengurangi edema karena sifat garam mengikat air dan cairan tubuh.</p> <p>7. Untuk meningkatkan kerjasama klien dan keluarga dalam pembatasan cairan.</p> <p>8. Medikasi antihipertensi berperan penting dalam penanganan hipertensi yang berhubungan dengan gagal ginjal kronik dan deuretik untuk mengurangi penumpukan cairan dalam tubuh.</p>
--	--	--	---

4.1.6 Implementasi

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari Ke 1		Hari Ke 2		Hari Ke 3	
Klien 1	Senin, 27 Mei 2021		Kamis, 31 Mei 2021		Senin, 3 Juni 2021	
Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan retensi cairan dan natrium	10.00	1. Bina hubungan saling percaya dengan klien	10.00	1. Mengkaji status cairan : turgor kulit menurun, asites, edema	10.00	1. Mengkaji status cairan : turgor kulit membaik, edema anasarka berkurang
	10.15	2. Mengkaji status cairan : turgor kulit menurun, asites, edema ekstremitas kanan dan kiri	10.15	2. Memonitor TTV TD : 150/80 mmHg N : 83 x/mnt S : 36,2 °C RR : 20 x/mnt	10.15	2. Memonitor TTV TD : 130/80 mmHg N : 80 x/mnt S : 36 °C RR : 20 x/mnt
	10.25	3. monitor TTV TD : 160/80mmHg S : 36°5C N : 80x/mnt RR : 20 x/mnt	10.25	3. Memonitor indikasi cairan : klien sering merasa haus, minum 750 cc air per 24 jam	10.25	3. Memonitor indikasi kelebihan cairan : klien sering merasa haus, minum 700 cc air per 24 jam
	11.00	4. monitor berat badan sebelum dan sesudah dialis : BB klien 50kg	11.00	4. Menimbang berat badan klien : 50 Kg	11.00	4. Menimbang berat badan klien : 50 Kg
	11.20	5. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium Hb : 7,4mg/dl Ht : 21,9 % BUN : 70, 87 mg/dL	11.20	5. Memantau balance cairan input dan output : input makan 500 cc	11.20	5. Memantau balance cairan input dan output : input makan 500 cc

	11.45	Kreatinin : 8,27 mg/Dl Kalium : 3.5 mmol/L Natrium : 137 mmol/L 6. Memantau balance cairan input dan output : Input Makan 400 cc Minum 900 cc Total : 1300 cc Output Urine 400cc BAB 100cc IWL 15 x BB $15 \times 50 = 750 \text{ cc}$ Total : 1.050 cc Balance cairan Input – output = 1.300 cc – 1.250cc = 50 cc	11.45	minum 750 cc total : 1.250 cc output urine 200 cc BAB 100 cc $IWL : 15 \times 52 = 780 \text{ cc}$ Total : 1.080 cc Balance cairan Input – output $1.250 \text{ cc} - 1.080 \text{ cc} = 170\text{cc}$	11.45	minum 700 cc total : 1.200 cc output urine 300 cc BAB 100 cc $IWL : 15 \times 50 = 750 \text{ cc}$ Total : 1.150 cc Balance cairan Input–output $1.200 \text{ cc} - 1.150 \text{ cc} = 50 \text{ cc}$
	12.00	7. Memberikan penjelasan kepada klien tentang pembatasan intake cairan peroral		6. Memberikan penjelasan tentang pembatasan intake cairan per oral		6. Memberikan penjelasan tentang pembatasan intake cairan per oral

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari Ke 1		Hari Ke 2		Hari Ke 3	
Klien 2	Senin, 27 Mei 2021		Kamis, 31 Mei 2021		Senin, 3 Juni 2021	
Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan retensi cairan dan natrium	10.00	1. Bina hubungan saling percaya dengan klien	10.00	1. Mengkaji status cairan : turgor kulit menurun, asites, edema ekstremitas kanan dan kiri	10.00	1. Mengkaji status cairan : turgor kulit membaik, edema anasarka berkurang
	10.15	2. Mengkaji status cairan : turgor kulit menurun, asites, edema ekstremitas kanan dan kiri	10.15	2. Memonitor TTV TD : 160/80 mmHg N : 84 x/mnt S : 36 °C RR : 20 x/mnt	10.15	2. Memonitor TTV TD : 160/80 mmHg N : 88 x/mnt S : 36 °C RR : 20 x/mnt
	10.25	3. monitor TTV TD : 150/90mmHg, S : 36°6C, N :85x/mnt, monitor berat badan sebelum dan sesudah dialis : BB klien 70kg	10.25	3. Memonitor indikasi cairan : klien sering merasa haus, minum 800 cc air per 24 jam	10.25	3. Memonitor indikasi kelebihan cairan : klien sering merasa haus, minum 700 cc air per 24 jam
	11.00	4. Memantau hasil pemeriksaan laboratorium Hemoglobin 9.1 g/dl, Hematokrit 21.5 %, BUN 34.29 mg/dl, Kreatin 10.9	11.00	4. Menimbang berat badan klien : 70 Kg	11.00	4. Menimbang berat badan klien : 70 Kg
			11.20	5. Memantau balance cairan input dan output : input makan 500 cc minum 800 cc total : 1.300 cc	11.20	5. Memantau balance cairan input dan output : input makan 500 cc minum 700 cc total : 1.200 cc

	11.20	<p>mg/dl, Kalium 3.6 mmol/L,</p> <p>5. Memantau balance cairan input dan output :</p> <p>Input Makan 400 cc Minum 1000 cc Total : 1.400 cc</p> <p>Output Urine 200cc BAB 100cc IWL 15 x BB 15 x 72 = 1080 cc Total : 1380 cc</p> <p>Balance cairan Input – output = 1.400 cc – 1.110cc = 20 cc</p>		<p>output urine 200 cc BAB 100 cc IWL : 15 x 50 = 750 cc Total : 1.050 cc</p> <p>Balance cairan Input – output 1.300 cc – 1.050 cc = 250cc</p>		<p>output urine 300 cc BAB 100 cc IWL : 15 x 49 = 735 cc Total : 1.135 cc</p> <p>Balance cairan Input – output 1.200 cc – 1.135 cc = 65cc</p>
	11.45	<p>6. Memberikan penjelasan kepada klien tentang pembatasan intake cairan peroral</p>	11.45	<p>6. Memberikan penjelasan tentang pembatasan intake cairan per oral</p>	11.45	<p>6. Memberikan penjelasan tentang pembatasan intake cairan per oral</p>

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan		
	Klien 1	27 Mei 2021	31 Mei 2021
Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan retensi cairan dan natrium	<p>S : Klien mengatakan perut terasa kaku, besar, tidak bisa BAK</p> <p>O :</p> <p>Keadaan umum cukup, kesadaran <i>composmentis</i>, GCS 4 5 6, turgor kulit menurun, terdapat asites dan edema ekstremitas kanan dan kiri), pitting edema > 3 detik, CRT > 2 detik, TD : 150/90mmHg, S : 36°6C, N :85x/mnt, Balance cairan : 50cc</p> <p>A :</p> <p>Masalah resiko ketidakseimbangan cairan belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji status cairan : kaji turgor kulit, kaji edema 2. Monitor TTV 3. Monitor indikasi resiko ketidakseimbangan cairan 4. Timbang berat badan harian klien 	<p>S : Klien mengatakan perut terasa kaku, besar, tidak bisa BAK</p> <p>O :</p> <p>Keadaan umum cukup, kesadaran <i>composmentis</i>, GCS 4 5 6, turgor kulit menurun, terdapat asites dan edema ekstremitas kanan dan kiri), pitting edema > 3 detik, CRT > 2 detik, TD : 150/80 mmHg</p> <p>N : 83 x/mnt</p> <p>S : 36,2 °C</p> <p>RR : 20 x/mnt, Balance cairan : 170cc</p> <p>A :</p> <p>Masalah resiko ketidakseimbangan cairan belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji status cairan : kaji turgor kulit, kaji edema 2. Monitor TTV 3. Monitor indikasi resiko ketidakseimbangan cairan 4. Timbang berat badan harian klien 5. Hitung balance 	<p>S : Klien mengatakan perut terasa kaku, besar, tidak bisa BAK</p> <p>O :</p> <p>Keadaan umum cukup, kesadaran <i>composmentis</i>, GCS 4 5 6, turgor kulit menurun, terdapat asites dan edema ekstremitas kanan dan kiri), pitting edema > 3 detik, CRT > 2 detik, TD : 130/80 mmHg</p> <p>N : 80 x/mnt</p> <p>S : 36 °C</p> <p>RR : 20 x/mnt</p> <p>Balance cairan : 50cc</p> <p>A :</p> <p>Masalah resiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan HE tentang pembatasan

	<p>5. Hitung balance cairan</p> <p>6. Berikan HE tentang pembatasan cairan</p>	<p>cairan</p> <p>6. Berikan HE tentang pembatasan cairan</p>	<p>cairan</p> <p>2. Beri tahu cara menghitung balance cairan dirumah</p>
Klien 1	27 mei 2021	31 mei 2021	3 juni 2021
<p>Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan retensi cairan dan natrium</p>	<p>S : Klien mengatakan perut terasa kaku, besar dan BAK cuma sedikit</p> <p>O : Keadaan umum cukup, kesadaran <i>composmentis</i>, GCS 4 5 6, turgor kulit menurun, terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah, pitting edema > 4 detik, CRT > 2 detik, TD : 150/90mmHg, S : 36°C, N : 85x/mnt, Balance cairan : 20 cc</p> <p>A : Masalah resiko ketidakseimbangan cairan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji status cairan : kaji turgor kulit, kaji edema 2. Monitor TTV 3. Monitor indikasi resiko ketidakseimbangan cairan 4. Timbang 	<p>S : Klien mengatakan perut terasa kaku, besar dan BAK cuma sedikit</p> <p>O : Keadaan umum cukup, kesadaran <i>composmentis</i>, GCS 4 5 6, turgor kulit menurun, terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah, pitting edema > 4 detik, CRT > 2 detik TD : 160/80 mmHg, N : 84 x/mnt, S : 36 °C, RR : 20 x/mnt Balance cairan : 250 cc</p> <p>A : Masalah resiko ketidakseimbangan cairan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji status cairan : kaji turgor kulit, kaji edema 2. Monitor TTV 3. Monitor indikasi resiko ketidakseimbangan cairan 	<p>S : Klien mengatakan perut terasa kaku, besar dan BAK cuma sedikit</p> <p>O : Keadaan umum cukup, kesadaran <i>composmentis</i>, GCS 4 5 6, turgor kulit menurun, terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah, pitting edema > 4 detik, CRT > 2 detik TD : 160/80 mmHg, N : 88 x/mnt, S : 36 °C, RR : 20 x/mnt Balance cairan : 65 cc</p> <p>A : Masalah resiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan HE tentang pembatasan cairan 2. Beri tahu cara

	berat badan harian klien 5. Hitung balance cairan 6. Berikan HE tentang pembatasan cairan	4. Timbang berat badan harian klien 5. Hitung balance cairan 6. Berikan HE tentang pembatasan cairan	menghitung g balance cairan dirumah
--	---	--	-------------------------------------

4.2 Pembahasan

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian klien dengan penyakit gagal ginjal kronik dengan resiko ketidakseimbangan cairan, menunjukkan bahwa klien 1 berinisial Ny. S berumur 52 tahun, berjenis kelamin perempuan dan klien 2 berinisial Tn. N berumur 60 tahun, berjenis kelamin laki-laki.

4.2.1 Pengkajian

Menurut Bararah (2013) berdasarkan teori dari tanda dan gejala pada pengkajian pasien GJK tanda dan gejala seperti : adanya perubahan keluaran urine, peningkatan BUN (ureum), kelebihan volume cairan, hiperkalemia, kalsium yang menurun, dan mual. Fokus pengkajian (aspek medical bedah penyakit dalam menurut Rendi & margareth (2012), pada sistem pernafasan: terdapat pernafasan kusmaul, dispnea dan takipnea, batuk produktif dengan sputum merah muda encer (edema paru). Pada sistem sirkulasi terdapat hipertensi, distritmia jantung, hipotensi ortostatik, friction rub pericardial dan kecenderungan pendarahan. Pada sistem eliminasi: terdapat perubahan warna urine, oliguria, anuria , diare dan atau konstipasi. Pada makanan dan cairan:

peningkatan BB (edema), penurunan BB (malnutrisi), distensi abdomen atau ansietas, anoreksia, nyeri ulu hati, mual muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut (pernafasan amonia) pada keamanan: terdapat pruritus, demam (sepsis , dehidrasi), pada sistem neurosensori: sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot/ kejang, kebas/ kesemutan(neuropaty perifer).

Berdasarkan hasil dari penelitian didapatkan dari pengkajian ditemukan persamaan keluhan yang muncul dari kedua klien yakni mengeluh perut kaku, besar, BAK hanya sedikit, hal ini disebabkan karena ginjal sudah tidak menjalankan fungsinya untuk memfiltrasi dengan baik, sehingga zat sisa metabolisme yang seharusnya dikeluarkan melalui urine tertahan didalam darah sehingga menyebabkan oliguria.

Pada kedua klien mengalami keluhan utama yang berbeda, karena pada penderita gagal ginjal kronik dapat mengalami gejala yang bervariasi. Pada klien 1 didapatkan asites (bengkak pada bagian perut) sedangkan pada klien 2 didapatkan edema pada kedua ekstremitas dan asites. Menurut teori, adanya perbedaan keluhan yang muncul pada penderita gagal ginjal kronik, yakni keluhan asites yang merupakan karakter dari penyakit gagal ginjal kronik, sedangkan terjadi edema pada ekstremitas karena pada penyakit gagal ginjal terjadi gangguan reabsorpsi yang menyebabkan hipernatremia sehingga retensi cairan yang berakibat meningkatnya volume vaskuler yang menyebabkan edema. Pada kedua klien juga menderita penyakit penyerta yakni hipertensi. Menurut teori, hipertensi pada klien gagal ginjal kronik akibat terjadinya penyempitan pada arteri renalis karena adanya penebalan pada pembuluh darah yang

disebabkan oleh seringnya menahan tingginya tekanan darah didalam darah sehingga akan menyebabkan lumen (tempat lewatnya cairan) menjadi mengecil yang menyebabkan suplai darah ke ginjal akan menurun.

4.2.2 Berdasarkan analisa data ditemukan data pada klien 1 mengalami asites sedangkan klien 2 mengalami edema pada ekstremitas kanan dan kiri. Adanya perbedaan pada analisa karena pada klien gagal ginjal kronik terdapat banyak tanda dan gejala yang dapat muncul.

4.2.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut nurarif & kusuma (2015) dalam NIC-NOC, diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada pasien dengan Gagal ginjal kronik (GGK) adalah :

a. Resiko ketidakseimbangan cairan bd retensi cairan dan natrium

Berdasarkan analisa data dari data penunjang yang didapatkan penulis dapat mengangkat diagnosa keperawatan : Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan retensi Cairan dan natrium (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018). Peneliti menggunakan diagnosa keperawatan tersebut berdasarkan hasil pengkajian dari data subjek dan data objek yang digunakan untuk menentukan diagnosa. Menurut peneliti diagnosa yang muncul yaitu resiko ketidakseimbangan cairan dikarenakan tanda dan gejala sesuai dengan apa yang dialami klien yaitu edema asites dan ekstremitas kanan kiri, oliguri.

4.2.4 Intervensi

Intervensi yang dilakukan pada kedua klien sesuai dengan etiologi yang ada, yaitu: Pada klien 1 dan klien 2, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan resiko ketidakseimbangan cairan dapat teratasi sehingga didapatkan edema berkurang, BAK normal, TTV dalam batas normal, turgor kulit membaik, balance cairan seimbang antara input dan output, berat badan normal, (Huda Nurarif and Kusuma 2015; Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2018).

Salah satu tindakan non farmakologi untuk mengatasi resiko ketidakseimbangan cairan adalah jelaskan pada klien dan keluarga mengenai pembatasan cairan dan garam. Intervensi ini diberikan karena garam mengandung zat yang dapat mengikat cairan dalam tubuh sehingga tubuh akan mengalami resiko ketidakseimbangan cairan, serta juga dilakukan pembatasan cairan dikarenakan pada klien gagal ginjal kronik, ginjal gagal mengeluarkan cairan dalam bentuk urine sehingga cairan tertahan dalam tubuh yang akan menyebabkan terjadinya edema pada klien.

Hal ini menunjukkan hasil intervensi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yaitu resiko ketidakseimbangan cairan, Monitor status dehidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah), Monitor berat badan harian, Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialis, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hemoglobin, hematokrit, BUN, kreatin), Timbang berat badan harian pada waktu yang sama, Batasi asupan intake cairan dan garam klien, Jelaskan pada klien dan keluarga mengenai pembatasan cairan,

Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat-obatan (atihipertensi, deuretik) sesuai indikasi. Salah satu fokus intervensi keperawatan pada klien yaitu monitor edema dan monitor intake-output cairan. Peneliti dalam melakukan rencana asuhan keperawatan telah merencanakan yang akan dilakukan pada klien

4.2.5 Implementasi

Implementasi dilakukan selama 3 hari pada hari senin dan kamis karena mengikuti jadwal hemodialisa klien yang mengambil jadwal hemodialisa hari senin dan kamis siang. Implementasi yang diberikan sama antara klien 1 yang mengalami edema asites dan klien 2 yang mengalami edema pada ekstremitas, hal ini dikarenakan pada dasarnya kedua klien sama-sama mengalami penumpukan cairan dalam tubuh yang mengakibatkan edema baik asites maupun edema pada ekstremitas.

Berdasarkan intervensi yang sudah dibuat maka peneliti melakukan implementasi yang sama pada klien 1, dan klien 2 yakni meliputi : tindakan observasi seperti, mengaji status cairan : kaji turgor kulit dan adanya edema, tindakan terapeutik seperti, menimbang berat badan klien setiap hari, menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang pembatasan asupan cairan dan garam.

Pada klien 1 didapatkan hasil dihari terakhir yakni 50 Kg, sedangkan pada klien 2 dihari terakhir didapatkan 70 Kg. Menghitung balance cairan input dan output pada kedua klien didapatkan hasil pada klien 1 input 1.300 cc/24 jam dan output 1.250 cc/24 jam dan pada klien 2 input 1.400 cc/24 jam dan output 1.110 cc/24 jam. Memantau hasil lab BUN dan kreatinin meningkat yaitu pada klien 1,

BUN : 70,87 mg/dl, kreatin : 8,27 mg/dl dan pada klien 2, BUN : 34,29 mg/dl, kreatin : 10,9 mg/dl, tanda-tanda vital klien 1 TD : 160/80 mmHg, N : 80 x/mnt, S : 36 °5C, RR : 20 x/mnt dan klien 2 TD : 150/8.90 mmHg, N : 88.5.. x/mnt, S : 36 °6C, RR : 20 x/mnt.

Intervensi yang telah dibuat sudah dapat diimplementasikan oleh peneliti kepada kedua klien selama 3 hari, pada hari pertama semua intervensi dilaksanakan, namun pada hari kedua intervensi pemantauan hasil laboratorium tidak dilakukan karena pemeriksaan laboratorium dilakukan 2 minggu sekali mengikuti kebijakan ruangan. Implementasi tersebut dilakukan dengan tujuan untuk mengoptimalkan fungsi ginjal dan untuk mempertahankan keseimbangan secara maksimal untuk memperpanjang harapan hidup klien. Hal ini menunjukkan, dari tindakan implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan dan sesuai dengan perencanaan yang disusun sebelumnya bertujuan untuk membuat keadaan klien semakin membaik serta menganjurkan keluarga supaya menjaga kesehatan klien.

4.2.6 Evaluasi

Berdasarkan implementasi yang dilakukan selama 3 pertemuan, pada hari pertama dan hari kedua menunjukkan evaluasi belum memenuhi standar kriteria hasil karena keluhan dan tanda gejala yang dialami kedua klien masih dirasakan. Menurut peneliti pada hari pertama dan kedua menunjukkan hasil yang berbedanya untuk kedua klien hal tersebut dikarenakan oleh beberapa faktor terutama kepatuhan klien terhadap pembatasan cairan. Sedangkan pada hari ketiga didapatkan hasil dari evaluasi klien 1 resiko ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian, dan klien 2 resiko

ketidakseimbangan cairan juga teratasi sebagian, karena pada kedua klien mengalami sedikit perbaikan dan adanya perubahan yang dirasakan. Evaluasi pada proses asuhan keperawatan harus dilakukan karena untuk lebih mengoptimalkan dari proses implementasi keperawatan, dan juga pembuatan intervensi keperawatan yang baru jika mungkin muncul masalah baru pada proses keperawatan. Hasil dari evaluasi tersebut yaitu masalah klien dapat teratasi, edema klien berkurang, kepatuhan klien terhadap pembatasan cairan.

Hal ini menunjukkan, rencana keperawatan sudah dilakukan sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga intervensi yang diberikan dan diterapkan sama, sehingga tidak ada kesenjangan antara fakta dari hasil peneliti, teori dan hasil peneliti

