

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

#### **A. Pengkajian**

Karya ilmiah ini akan menggunakan dua pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa sebagai kasus kelolaan utama. Proses keperawatan terdiri dari lima yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Adapun pengkajian kasus kelolaan utama yaitu.

Pasien 1 (Tn. DA) berumur 45 tahun dengan dengan diagnosa medis CKD stage V + anemia. Pengkajian dilakukan pada 13 Mei 2021. Keluhan utama pada pasien yaitu mengeluh lelah saat post HD. Riwayat penyakit dahulu Pasien mengatakan sudah menjalani HD selama  $\pm$  2,5 tahun. Pasien mengatakan awalnya dirawat di rumah sakit dengan keluhan hipertensi. Setelah dilakukan pemeriksaan pasien didiagnosa menderita gagal ginjal kronis dan dilakukan HD cito.

Kemudian pasien dianjurkan untuk menjalani HD regular dua kali seminggu yaitu Senin dan Kamis pagi. Terpasang AV shunt di tangan kiri sejak dua tahun yang lalu. Pasien mengatakan sebelumnya tidak mempunyai riwayat penyakit apapun. Saat pengkajian pasien mengeluh lelah saat post HD, merasa lemah, sedikit pusing, merasa tidak nyaman melakukan aktivitas, dan harus tidur empat-lima jam setelah melakukan HD. Keadaan umum lemah, TD : 110/80 mmHg, nadi : 88 x/menit, suhu : 36,6°C, respirasi : 16 x/menit.

Hasil pemeriksaan hematologi tanggal 21 April 2021 menunjukkan eritrosit (RBC) :  $3.12 \cdot 10^6$ /uL, hematologi (HGB) : 9.2 g/dL, Hematokrit (HCT) : 28.7%, trombosit (PLT) :  $223 \cdot 10^3$ /uL. Peresepan hemodialisa pasien yaitu QB 300

ml/menit, antikoagulan : 6000 iu, UFG : 3000 ml. terapi yang didapatkan yaitu hemapo 3000 iu (SC) 1x seminggu.

Pasien 2 (Tn. M) berumur 66 tahun dengan diagnosa medis CKD stage V + anemia. Pengkajian dilakukan pada 15 Mei 2021. Keluhan utama pada pasien yaitu mengeluh lelah saat post HD. Riwayat penyakit dahulu Pasien mengatakan sudah menjalani HD selama  $\pm$  6 tahun yang lalu. Pasien mengatakan sebelumnya memiliki riwayat hipertensi dan asam urat, namun pasien lupa sejak kapan dan tidak rutin mengonsumsi obat. Awalnya pasien mengalami mual dan muntah.

Setelah dilakukan pemeriksaan dokter mendiagnosa pasien mengalami gagal ginjal dan menjalani HD regular 2x seminggu yaitu Rabu dan Sabtu siang. Pasien mengatakan rutin mengonsumsi Amlodipine 5 mg dan Valsartan 80 mg sejak didiagnosa gagal ginjal. Saat pengkajian pasien mengeluh lelah, merasa lemah, pasien biasanya tidur empat sampai lima jam, dan merasa tidak nyaman melakukan aktivitas setelah menjalani HD. Keadaan umum lemah, TD : 160/80 mmHg, nadi : 98 x/menit, suhu : 36,4°C, respirasi : 20 x/menit.

Hasil pemeriksaan hematologi tanggal 5 April 2021 menunjukkan eritrosit (RBC) :  $2.81 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ , hematologi (HGB) : 8.4 g/dL, Hematokrit (HCT) : 26.6%, trombosit (PLT) :  $67 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ . Peresepan hemodialisa pasien yaitu QB 250 ml/menit, antikoagulan : *free heparin*, UFG : 500 ml. terapi yang didapatkan yaitu hemapo 3000 iu (SC) 2x seminggu.

## 1. Analisis data post HD

Adapun analisis data post HD pada kedua pasien adalah sebagai berikut.

Tabel 3  
Analisis Data Post HD pada Pasien 1 (Tn. DA)

<b>Data Fokus</b>	<b>Penyebab</b>	<b>Masalah</b>
Data Subjektif: Pasien mengeluh lelah, sedikit pusing, merasa lemah, merasa tidak nyaman melakukan aktivitas, dan harus tidur empat sampai lima jam setelah melakukan HD.	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas
Data Objektif: Keadaan umum lemah, TD : 110/80 mmHg, nadi : 88 x/menit, suhu : 36,6°C, respirasi : 16 x/menit, eritrosit (RBC) : 3.12 10 <sup>6</sup> /uL, hemoglobin (HGB) : 9.2 g/dL, Hematokrit (HCT) : 28.7%.		

Tabel 4  
Analisis Data Post HD pada Pasien 2 (Tn. M)

<b>Data Fokus</b>	<b>Penyebab</b>	<b>Masalah</b>
1	2	3
Data Subjektif: Pasien mengeluh lelah dan merasa lemah, merasa tidak nyaman melakukan aktivitas, dan harus tidur empat sampai lima jam setelah melakukan HD.	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas

1	2	3
Data Objektif:		
Keadaan umum lemah, TD : 160/80 mmHg, nadi : 98 x/menit, suhu : 36,4°C, respirasi : 20 x/menit, eritrosit (RBC) : 2.81 10 <sup>6</sup> /uL, hemoglobin (HGB) : 8.4 g/dL, hematokrit (HCT) : 26.6%, trombosit (PLT) : 67 10 <sup>3</sup> /uL.		

## B. Diagnosis Keperawatan

Adapun diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada kedua pasien yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan pasien mengeluh lelah, sedikit pusing pada pasien 1, merasa lemah, merasa tidak nyaman melakukan aktivitas, dan harus tidur empat sampai lima jam setelah melakukan HD, keadaan umum lemah, tekanan darah 110/80 mmHg pada pasien 1 dan 160/80 mmHg pada pasien 2. Nadi 88 x/menit, eritrosit (RBC) : 3.12 10<sup>6</sup>/uL, hemoglobin (HGB) : 9.2 g/dL, hematokrit (HCT) : 28.7% pada pasien 1, eritrosit (RBC) : 2.81 10<sup>6</sup>/uL, hemoglobin (HGB) : 8.4 g/dL, hematokrit (HCT) : 26.6%, trombosit (PLT) : 67 10<sup>3</sup>/uL pada pasien 2.

## C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada kedua pasien yaitu intoleransi aktivitas, maka disusun rencana keperawatan sebagai berikut. Pada luaran keperawatan setelah diberikan asuhan

keperawatan selama 1x30 menit diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047) dengan kriteria hasil keluhan lelah menurun (5), perasaan lemah menurun (5), frekuensi nadi membaik (5), dan tekanan darah membaik (5).

Adapun intervensi keperawatan yang diambil dengan label Manajemen Energi (I.05178) diantaranya identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan mental, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misalnya cahaya, suara, kunjungan), berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, serta pemberian Relaksasi Benson.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 (Tn. DA) dan pasien 2 (Tn. M) yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan mental, memonitor pola dan jam tidur, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan melakukan aktivitas, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus dengan menutup tirai, memberikan Relaksasi Benson, memberikan distraksi yang menenangkan yaitu menonton youtube pada pasien 1 dan mengobrol dengan anak pada pasien 2, serta mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

## E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien 1 (Tn. DA) dan pasien 2 (Tn. M) dengan masalah intoleransi aktivitas adalah sebagai berikut.

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x30 menit pada pasien 1 (Tn. DA) ditemukan data subjektif pasien mengatakan rasa lelahnya berkurang, pusing tidak ada, perasaan lemah berkurang, dan merasa rileks. Data objektif keadaan umum baik, wajah pasien tampak lebih cerah, TD : 110/80 mmHg, nadi : 88 x/menit, suhu : 36,6°C, respirasi: 16 x/menit, eritrosit (RBC) :  $3.12 \cdot 10^6/\text{uL}$ , hemoglobin (HGB) : 9.2 g/dL, hematokrit (HCT) : 28.7%. Analisis dari evaluasi keperawatan yang telah dilakukan yaitu intoleransi aktivitas, tujuan keperawatan nomor 1,2,3,4 tercapai. *Planning* yang direncanakan selanjutnya hentikan semua intervensi, pertahankan kondisi pasien.

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x30 menit pada pasien 2 (Tn. M) ditemukan data subjektif pasien mengatakan rasa lelahnya berkurang, perasaan lemah berkurang, dan merasa rileks. Data objektif keadaan umum lemah, wajah pasien tampak lebih cerah, TD : 160/80 mmHg, nadi : 98 x/menit, suhu : 36,4°C, respirasi : 20 x/menit, eritrosit (RBC) :  $2.81 \cdot 10^6/\text{uL}$ , hemoglobin (HGB) : 8.4 g/dL, hematokrit (HCT) : 26.6%, trombosit :  $67 \cdot 10^3/\text{uL}$ . Analisis dari evaluasi keperawatan yang telah dilakukan yaitu intoleransi aktivitas, tujuan keperawatan nomor 1,2,3,4 tercapai. *Planning* yang direncanakan selanjutnya hentikan semua intervensi, pertahankan kondisi pasien.