

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan menggunakan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Hasil pengkajian pada An. H.M.N didapatkan data sejalan dengan teori pasien H.M.N mengeluh bengkak pada seluruh bagian tubuhnya seperti wajah, tangan, perut, kaki, lemas, susah untuk bernapas, jarang buang air kecil. Pemeriksaan fisik pada pasien ditemukan edema anasarka pada seluruh tubuh pasien, edema ditemukan di wajah (moonface), ekstremitas atas (lengan atas dan punggung tangan), perut (asites), dan ekstremitas bawah (betis dan punggung kaki). Riwayat penyakit pasien sebelumnya sempat dirawat di RSS sejak tanggal 3 April s/d 7 April 2022 dengan penyakit kulit kemerahan dan bengkak pada tubuh pasien. Hasil pemeriksaan laboratorium HB 10.2 g/dL BUN 68.7 mg/dL, kreatinin 3.63 mg/dL, albumin 2.92 g/dL
2. Diagnosa keperawatan yang disusun berdasarkan hasil pengkajian pada An. H.M.N terdapat 5 diagnosa keperawatan yang terdiri dari 4 diagnosa keperawatan aktual dan 1 diagnosa keperawatan resiko. Diagnosa tersebut adalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ginjal: penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG) pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas: oedema anasarca, defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis: Keengganan untuk makan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, resiko perfusi renal

tidak efektif ditandai dengan faktor resiko: disfungsi ginjal. Diagnosa tersebut telah disusun sesuai dengan acuan teori penyusunan diagnosa dalam standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI).

3. Perencanaan keperawatan disusun menggunakan acuan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu untuk diagnosa hipervolemi diberikan intervensi manajemen hipervolemi, untuk diagnosa pola napas tidak efektif diberikan intervensi berupa dukungan ventilasi, untuk diagnosa defisit nutrisi diberikan intervensi manajemen nutrisi, untuk diagnosa intoleransi aktivitas diberikan intervensi berupa manajemen energi, dan untuk diagnosa resiko perfusi renal tidak efektif diberikan intervensi berupa manajemen cairan. Rencana keperawatan disusun sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien.
4. Implementasi keperawatan dilakukan selama 4 hari dan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun. Implementasi keperawatan yang dilakukan antara lain membatasi asupan cairan dan mengelola pemberian furosemide 3.1 cc/jam dengan *syringe pump* memberikan hasil peningkatan haluaran urin pada pasien dan mencegah terjadinya komplikasi dari hipervolemi pada pasien. Implementasi lainnya dengan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil dapat menurunkan sesak napas pada pasien. Implementasi lainnya terkait nutrisi memfasilitasi diet rendah protein dan garam dengan hasil mampu mencegah perkembangan penyakit sekaligus tetap menjaga kebutuhan nutrisi. Implementasi lainnya terkait aktivitas pasien mengajarkan latihan

rentang gerak aktif dengan hasil dapat meningkatkan massa otot dan memberikan efek kebugaran dan rasa lemas berkurang pada pasien. Implementasi lainnya terkait pemantauan status hidrasi dan balans cairan pada pasien dengan hasil dapat menjadi penilaian mengenai implementasi yang dilakukan.

5. Evaluasi keperawatan dilakukan setiap akhir shift pada setiap diagnosa dan didapatkan pada hari keempat perawatan semua masalah keperawatan teratasi sebagian dan belum sempat dilakukan *discharge planning* dikarenakan keadaan pasien yang pulang pada sore hari diluar waktu jaga penulis. Kriteria hasil yang berhasil dicapai masing-masing diagnosa diantaranya hipervolemia yaitu keluaran urin yang meningkat, diagnosa pola napas tidak efektif yaitu dispnea menurun, diagnosa defisit nutrisi yaitu meningkatkan porsi makan dan nafsu makan, diagnosa intoleransi aktivitas yaitu lemas menurun, dan diagnosa resiko perfusi renal tidak efektif yaitu keluaran urin meningkat.

B. Saran

1. Untuk Pasien Dan Keluarga

Diharapkan pasien agar menerapkan anjuran dan ajaran yang diberikan penulis seperti menerapkan membatasi cairan, relaksasi napas dalam, diit rendah protein dan garam, dan latihan rentang gerak aktif untuk mencegah komplikasi dari penyakit serta untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien. Keluarga diharapkan agar dapat membantu pasien untuk memfasilitasi kebutuhan pasien terlebih karena umur pasien yang masih

muda sehingga membutuhkan lebih banyak perhatian khususnya dari orang tua.

2. Untuk Tenaga Kesehatan

Diharapkan perawat agar menggunakan laporan asuhan keperawatan ini sebagai bahan referensi dalam melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan CKD terlebih mengenai implementasi keperawatan seperti pembatasan cairan, pedoman diet, teknik relaksasi, pemberian posisi semi fowler lebih ditingkatkan lagi, selain itu implementasi pemberian aktivitas fisik dengan latihan rentang gerak aktif agar bisa diterapkan pada pasien anak dengan CKD Perawat juga diharapkan agar menggunakan sumber literature dan mengakses jurnal penelitian terbaru mengenai asuhan keperawatan pada anak dengan CKD yang nantinya bisa diterapkan ke pasien.