

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN CHRONIC KIDNEY DISEASE
(CKD) DENGAN IMPLEMENTASI POSISI SEMI FOWLER 45⁰
DI RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG RUANGAN
PENYAKIT DALAM
TAHUN 2023**



DISUSUN OLEH :

ERIN ERFIYANTI
NIM.P00320120013

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022 - 2023**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN CHRONIC KIDNEY DISEASE
(CKD) DENGAN IMPLEMENTASI POSISI SEMI FOWLER 45°
DI RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
RUANGAN PENYAKIT DALAM
TAHUN 2023**

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

ERIN ERFIYANTI
NIM.P00320120013

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022 - 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas

Nama : Erin Erfiyanti
Tempat, Tanggal Lahir : Merambung Jaya, 08 Mei 2001
N I M : P00320120013
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease
(CKD) dengan Implementasi Posisi Semi Fowler
45° di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Ruangan
Penyakit Dalam Tahun 2023

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal, 04 Juli 2023

Curup, 15 Juni 2023
Pembimbing



Ns. Fatimah Khoirini, SST, M. Kes
NIP. 198010202005012004

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN CHRONIC KIDNEY DISEASE
(CKD) DENGAN IMPLEMENTASI POSISI SEMI FOWLER
45° DI RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
RUANGAN PENYAKIT DALAM
TAHUN 2023

Disusun oleh :

ERIN ERFIYANTI
NIM.P00320120013

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 04 Juli 2023, dan dinyatakan

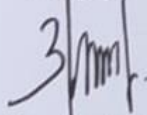
L U L U S

Ketua Penguji



Ns. Sri Haryani, S.Kep, M.Kep
NIP. 198006032001122002

Penguji I



Eliva Yusnita S.Kep Ners
NIP.199304142019022004

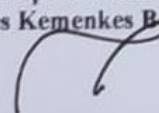
Penguji II



Fatimah Khoirini, M.Kes
NIP.198010202005012004

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,
Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma T Jurusan
Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)
DENGAN IMPLEMENTASI POSISI SEMI FOWLER 45⁰ DI RSUD
KABUPATEN REJANG LEBONG RUANGAN PENYAKIT
DALAM TAHUN 2023**

(Erin Erfiyanti, 2023 130 Halaman)

ABSTRAK

Latar Belakang Gagal ginjal kronik atau Chronic Kidney Diseases (CKD) merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversibel dimana kemampuan tubuh gagal ginjal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia. Keluhan utama yang paling sering dirasakan oleh penderita gagal ginjal kronik adalah sesak nafas, sesak nafas tampak cepat dan dalam atau bahkan pernafasan kussmaul. Salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak nafas pada pasien asma adalah dengan memberikan posisi semi fowler. **Tujuan** penelitian ini Untuk Mengetahui pengaruh pemberian posisi semi fowler 45⁰ terhadap frekuensi nafas pada pasien gagal ginjal kronik. **Metode:** Dengan pemberian posisi semi fowler 45⁰. **Hasil:** Kesimpulan yang didapatkan bahwa pemberian posisi semi fowler 45⁰ efektif untuk mengurangi sesak nafas pada pasien Chronic Kidney Disease.

Kata Kunci : Chronic Kidney Disease, Posisi Semi Fowler

**NURSING CARE IN NY.S CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) WITH THE
IMPLEMENTATION OF SEMI FOWLER POSITION 45⁰ IN REJANG
LEBONG DISTRICT HOSPITAL INTERNAL MEDICINE ROOM
YEAR 2023**

(Erin Erfiyanti, 2023 130 Halaman)

ABSTRACT

Background Chronic Kidney Disease (CKD) is a progressive and irreversible renal function disorder in which the body's ability fails to maintain metabolism and fluid and electrolyte balance which causes uremia. The main problem that is most often felt by patients with chronic kidney disease is shortness of breath, shortness of breath that looks fast and deep or even Kussmaul breathing. One of the ways to overcome shortness of breath in asthmatic patients is by providing a semi-Fowler position. **The Purpose** of This study aims to determine the effect of giving the 45° semi-Fowler position toward the respiratory rate on patients with chronic kidney disease. **Method:** By placing it in a semi-fowler's 45⁰ position **Result:** The conclusion obtained is that semi fowler 45⁰ position is effective for reducing shortness of breath in Chronic Kidnes Disease patiens.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Semi Fowler's Position

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunianya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Chronic Kidney Disease (CKD)*, Penulis Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Program Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada;

1. Eliana, S.KM,MPH selaku direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ns. Septiyanti, S.Kep, M.Pd selaku ketua jurusan keperawatan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Ns. Derison Marsinova Bakara,S.Kep,M.Kep selaku ketua program studi diploma III Keperawatan
4. Almaini, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan kritik yang membangun,serta selalu dapat menyediakan waktu untuk memberikan konsultasi.
5. Ns. Fatimah Khorini,SST,M.Kes selaku pembimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang senantiasa selalu memberi saran positif dan kritik yang membangun, serta selalu dapat menyediakan waktu untuk memberikan konsultasi.

6. Direktur RSUD Kabupaten Rejang Lebong yang telah mengizinkan saya dalam pengambilan kasus untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Kepala Ruangan Rawat Inap Penyakit Dalam yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengambil kasus penelitian diruangan penyakit dalam. Staff Ruangan Rawat Inap Penyakit Dalam yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu terimakasih atas pengalaman, dan pembelajaran selama penulis di lapangan.
8. Ns. Sri Haryani,S.Kep,M.Kep selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
9. Eliya Yusnita,S.Kep,Ners Penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
10. Kedua orang tua saya, saudara, serta keluarga yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun materil.
11. Seluruh Civitas Akademik yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah serta seluruh teman-teman saya yang mendukung saya.
12. Dan lain-laian yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, mudah-mudahan Karya Tulis Ilmiah dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Curup,.....2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit.....	6
2.1.1 Definisi(Klasifikasi)	6
2.1.2 Etiologi	7
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	9
2.1.4 Anatomi Fisiologi.....	10
2.1.5 Patofisiologi.....	16
2.1.6 <i>Web Of Caution</i> (WOC)	20
2.1.7 Komplikasi.....	21
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	21
2.1.9 Penatalaksanaan Medis.....	23
2.1.10 Penatalaksanaan Keperawatan.....	24
2.2 Pola Nafas Tidak Efektif	25
2.2.1 Pengertian	25
2.2.2 Faktor Terjadinya Pola Nafas Tidak Efektif.....	25
2.2.3 Penatalaksanaan Posisi Semi Fowler 45 ⁰ Untuk Mengatasi Pola Nafas Tidak Efektif	27
2.2.4 Pengertian Posisi Semi Folwer 45 ⁰	27
2.2.5 Tujuan Posisi Semi Folwer 45 ⁰	27
2.2.6 Manfaat Posisi Semi Folwer 45 ⁰	28
2.2.7 Evidence Based Posisi Semi Folwer 45 ⁰ Dalam Mengatasi Pola Nafas Tidak Efektif	28
2.2.8 Prosedure Tindakan Keperawatan	29
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	30
2.3.1 Pengkajian	30
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	37
2.3.3 Intervensi Keperawatan	44
2.3.4 Implementasi Keperawatan	65

2.3.5 Evaluasi Keperawatan	65
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain atau Rancangan Studi Kasus	64
3.2 Subjek Studi Kasus.....	64
3.3 Fokus Studi Kasus	64
3.4 Definisi Operasional.....	67
3.5 Tempat dan Waktu	67
3.6 Pengumpulan Data	67
3.7 Penyajian Data.....	67
BAB IV TINJAUAN KASUS	
4.1 Pengkajian	73
4.1.1 Biodata	73
4.1.2 Riwayat Keperawatan	74
4.1.3 Pemeriksaan Fisik	80
4.2 Analisa Data	95
4.3 Diagnosa Keperawatan.....	97
4.4 Intervensi Keperawatan.....	98
4.5 Implementasi Keperawatan.....	103
4.6 Evaluasi Keperawatan.....	106
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil dan Pembahasan.....	115
5.1.1 Pengkajian	115
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	118
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	120
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	122
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	124
BAB VI PENUTUP	
6.1 Kesimpulan	126
6.2 Saran.....	128

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
2.1	Anatomi Ginjal Tampak Depan	10
2.2	Anatomi Ginjal Tampak Samping	10
2.3	Anatomi Nefron	12

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
2.1	Tabel Stadium Chronic Kidney Disease	7
2.2	Tabel SOP	29
2.3	Tabel Intervensi Keperawatan	44
4.1	Tabel pola kebiasaan sehari-hari	79
4.2	Tabel Balance Cairan	87
4.3	Tabel pemeriksaan laboratorium	90
4.4	Tabel penatalaksanaan (Pemberian terapi obat)	93
4.5	Tabel Analisa Data	95
4.6	Tabel Diagnosa Keperawatan	97
4.7	Tabel Intervensi Keperawatan	98
4.8	Tabel Implementasi Keperawatan	103
4.9	Tabel Evaluasi Keperawatan	106

DAFTAR SKEMA

No	Judul	Halaman
1.	Skema WOC (Web of Causation)	20
2.	Genogram	76

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1.	Lembar Observasi
2.	SOP Posisi Semi Fowler
3.	Jurnal
4.	Biodata
5.	Surat Pengambilan Kasus
6.	Surat Selesai Melaksanakan Dinas
7.	Lembar Konsul
8.	Dokumentasi Tindakan
9.	Hasil Plagiarisme

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Chronic Kidney Disease adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang irreversibel dan progresif dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia, (Dwy, dkk 2018).

Chronic Kidney Disease saat ini merupakan masalah kesehatan yang penting mengingat selain insidens dan pravelensinya yang semakin meningkat, pengobatan pengganti ginjal yang harus di jalani oleh penderita gagal ginjal merupakan pengobatan yang sangat mahal. Dialisa adalah suatu tindakan terapi pada perawatan penderita gagal ginjal terminal. Tindakan ini sering juga di sebut sebagai terapi pengganti karena berfungsi menggantikan sebagian fungsi ginjal. Terapi pengganti yang sering di lakukan adalah hemodialisis dan peritonealialisa. Diantara kedua jenis tersebut, yang menjadi pilihan utama dan metode perawatan yang umum untuk penderita gagal ginjal adalah hemodialysis, (Arliza, dkk 2018).

Prevalensi CKD didunia menurut *World Health Organization (WHO)* tahun (2013) menyatakan pada tahun 2010-2012 mencapai 250.217 jiwa (Utoyo, dkk 2016). Prevalensi *Chronic Kidney Disease* di Indonesia pada tahun 2015 yaitu 1.504 kasus, angka itu masih cukup banyak, akan tetapi angka tersebut belum terlalu tinggi dibandingkan dengan prevalensi pada

pasien dengan kasus *Chronic Kidney Disease* yang angka kejadiannya mencapai 18.613 kasus (*Indonesian Renal Registry*, 2015). Angka kejadian *Chronic Kidney Disease* terbanyak di Indonesia disebabkan oleh hipertensi yang meningkat menjadi 37% diikuti oleh *Nefropati Diabetika* sebanyak 27%. *Glomerulopati primer* memberi proporsi yang cukup tinggi sampai 10% dan *Nefropati Obstruktif* masih memberi angka 7%, (Elisa, 2017).

Berdasarkan laporan Hasil Riskesdas menunjukkan bahwa di Provinsi Bengkulu menempati urutan ke-13 dengan persentase penderita gagal ginjal 1,8% per-1000 penduduk pada tahun 2013 menjadi 4,0% per-1000 penduduk pada tahun 2018, (Kemenkes RI, 2018). Data statistik dari RSUD Curup pada tiga tahun terakhir. pada tahun 2020 terdapat 88 kasus tahun 2021 terdapat 54 kasus dan tahun 2022 diruang rawat inap melati terdapat 104 kasus (RSUD Curup, 2022).

Keluhan utama yang paling sering dirasakan oleh penderita *Chronic Kidney Disease* adalah sesak nafas, nafas tampak cepat dan dalam atau yang disebut pernafasan kussmaul. Hal tersebut dapat terjadi karena adanya penumpukan cairan di dalam jaringan paru atau dalam rongga dada, ginjal yang terganggu mengakibatkan kadar albumin menurun. Selain disebabkan karena penumpukan cairan, sesak nafas juga dapat disebabkan karena Ph darah menurun akibat perubahan elektrolit serta hilangnya bikarbonat dalam darah. Selain itu rasa mual, cepat lelah serta mulut yang kering, juga sering dialami oleh penderita *Chronic Kidney Disease*, (Firdaus,2016).

Berbagai posisi yang dapat digunakan untuk mengatasi

ketidaknyamanan akibat sesak napas diantaranya adalah posisi semi fowler, fowler dan posisi ortopnea. Hal ini sesuai dengan pendapat Ruth bahwa salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak nafas pada pasien *Chronic Kidney Disease* adalah dengan memberikan posisi semi fowler, (Hasanah 2013). Terdapat pengaruh antara pemberian posisi semi fowler terhadap frekuensi nafas pada pasien *Chronic Kidney Disease* di Wilayah Kerja Puskesmas Sidoharjo Sragen, (Atiek, dkk 2021).

Berdasarkan latar belakang maka penulis tertarik untuk menulis bagaimana gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Melati RSUD rejang lebong.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pemaparan latar belakang penulis merumuskan masalah bagaimana gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di Ruang Melati RSUD Rejang Lebong.

1.3 Tujuan

1. Tujuan Umum

- a Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien dengan *Chronic kidney Disease* (CKD).

2. Tujuan Khusus

- a Mampu melakukan pengkajian data pasien dengan *Chronic Kidney Disease* di Rumah Sakit Umum Daerah Curup.
- b Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang didapat dari pasien dengan *Chronic Kidney Disease* di Rumah Sakit Umum Daerah Curup.
- c Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*.
- d Mampu melakukan implementasi pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*
- e Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*.
- f Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

1.4 Manfaat

1. Bagi Pasien

Melalui kegiatan menyusun karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan informasi pada pasien dan keluarga tentang cara perawatan pada pasien *Chronic Kidney Disease*.

2. Bagi Perawat

Sebagai informasi bagi tenaga kesehatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*.

3. Bagi Lembaga

a. Rumah Sakit

Dapat berfungsi sebagai pusat informasi bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan pelayanan dan perawatan pada pasien dengan *Chronic Kidney Disease*.

b. Pendidikan

Dapat berfungsi sebagai informasi serta menambah wawasan untuk kemajuan perkembangan ilmu keperawatan mengenai *Chronic Kidney Disease*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Chronic Kidney Disease (CKD)

Chronic Kidney Disease adalah kasus penurunan fungsi ginjal yang terjadi secara akut maupun kronis. Penyakit ginjal kronis CKD terjadi apabila kedua ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam keadaan yang cocok untuk kelangsungan hidup. Kerusakan pada kedua ginjal bersifat ireversibel. Dari beberapa pengertian diatas dapat dikemukakan bahwa gagal ginjal kronis adalah kerusakan ginjal yang ireversibel sehingga fungsi ginjal tidak optimal dan diperlukan terapi yang membantu kinerja ginjal serta dalam beberapa kondisi diperlukan transplantasi ginjal, (Syamsir (2017)).

Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik

(Muttaqin, dkk 2011) CKD memiliki kaitan dengan penurunan *Glomerular Filtration Rate (GFR)*, maka perlu diketahui derajat CKD untuk mengetahui tingkat prognosanya.

Penurunan GFR (Kandacong 2017) dapat diukur dengan menggunakan rumus Cockroft-Gault untuk mengetahui derajat penurunan fungsi ginjal:

$$\text{LFG/GFR (ml/mnt)} : \frac{(140-\text{umur}) \times \text{BB (Kg)}}{72 \times \text{Kreatinin plasma (mg/dl)}}$$

Ket:

Pada perempuan dikalikan 0,85

LFG: Laju filtrasi glumelurus ialah: Sarana standar untuk mengekspresikan fungsi ginjal secara keseluruhan.

GFR: Glomerular filtration rate ialah: Untuk menentukan tingkat fungsi ginjal serta menentukan tingkat keparahan bagi penderita penyakit ginjal.

Derajat penurunan laju filtrasi glomerulus pada penyakit ginjal kronik, dibagi menjadi 5 stadium, yaitu:

Tabel 2.1 Stadium CKD

Stadium	Deskripsi	GFR (ml/menit)
1	Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat	>90
2	Kerusakan ginjal dengan GFR meningkat atau ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan GFR meningkat atau sedang	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan GFR meningkat atau berat	15-29
5	Gagal ginjal	<15 atau dialisis

(Sumber : Sudoyo, 2015)

2.1.2 Etiologi

CKD sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder. Penyebab dari CKD antara lain:

- a. Infeksi saluran kemih (pielonefritis kronis)
- b. Penyakit peradangan (glomerulonefritis)
- c. Penyakit vaskuler hipertensi (nefrosklerosis, stenosis arteri renalis)

- d. Gangguan jaringan penyambung (SLE, sclerosis, HSP)
- e. Penyakit kongenital dan herediter (penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal)
- f. Penyakit metabolic (DM, gout, hiperparatiroidisme)
- g. Nefropati toksik
- h. Nefropati obstruktif (batu saluran kemih)
- i. Hipertensi, (Zuliani, dkk 2021).

Penyebab utama CKD pada anak berbeda dari penyebab pada populasi dewasa. Penyebab CKD paling sering terjadi pada anak, seperti uropati obstruktif dan nefropati refluks, hipoplasia/diplasia ginjal, glomerulosklerosis fokal segmental primer (sindrom nefrotik), sindrom uremik hemolitik, glomerulonefritis kompleks imun/glomerulonefritis kronik, nefropati yang diwariskan seperti penyakit polikistik ginjal, serta penyebab lain yang cukup jarang terjadi seperti penyakit ginjal terkait dengan obat atau racun (Becherucci et al., 2016).

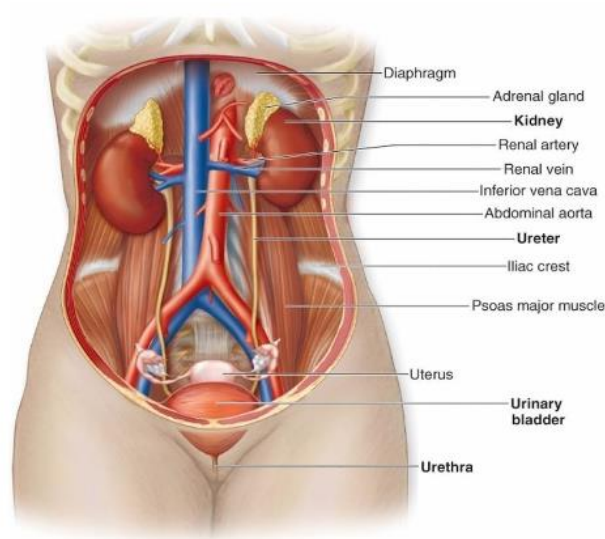
Glomerulonefritis dapat terjadi karena kelainan imunologik, gangguan koagulasi, defek biokimia, atau efek toksik langsung pada ginjal. Kelainan imunologik merupakan mekanisme predominan dalam gangguan glomeruli pada anak. Salah satu kelainan imunologik ini adalah Henoch Schonlein purpura. Henoch Schonlein purpura (HSP) adalah bentuk tersering vaskulitis pada anak. Vaskulitis adalah peradangan dan kerusakan pembuluh darah sehingga menyebabkan iskemia pada jaringan yang akan diperdarahi oleh pembuluh darah tersebut. HSP di perantara

oleh IgA di pembuluh darah kecil pada ginjal yang menyebabkan glomerulonefritis dan mengakibatkan sindrom nefrotik.

2.1.3 Manifestasi klinis

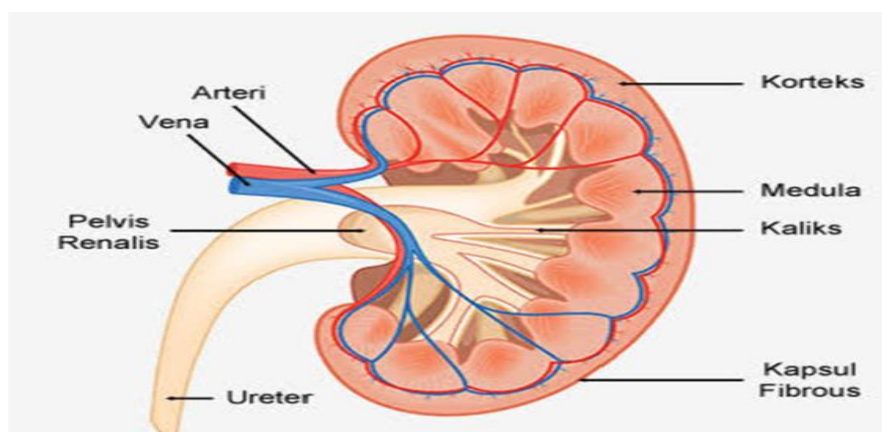
1. Hipertensi (akibat retensi cairan dan natrium dari aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron), pitting edema (kaki, tangan, sakrum), edema periorbital, Friction rub perikardial, pembesaran vena leher.
2. Warna kulit abu-abu mengkilat, kulit kering, bersisik, pruritus, ekimosis, kuku tipis dan rapuh, rambut tipis dan kasar.
3. Napas berbau amonia, ulserasi dan pendarahan pada mulut, anoreksia, mual, muntah, konstipasi dan diare, pendarahan saluran gastrointestinal
4. Kelemahan dan keletihan, konfusi, disorientasi, kejang, kelemahan tungkai, panas pada telapak kaki, perubahan perilaku
5. Kram otot, kekuatan otot hilang, fraktur tulang, *foot drop*
6. Krekels, sputum kental dan liat, napas dangkal, pernapasan Kussmaul
7. Sistem pulmonal antara lain nafas dangkal, kusmanul, sputum kental (Haryono 2018).

2.1.4 Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Ket: Anatomi ginjal tampak dari depan (Sobotta, 2016).

Anatomi ginjal menurut (price dan wilson 2015), ginjal merupakan organ berbentuk seperti kacang yang terletak pada kedua sisi kolumna veterbralis. Ginjal kanan sedikit lebih rendah di bandingkan ginjal kiri karena tekanan kebawah oleh hati.



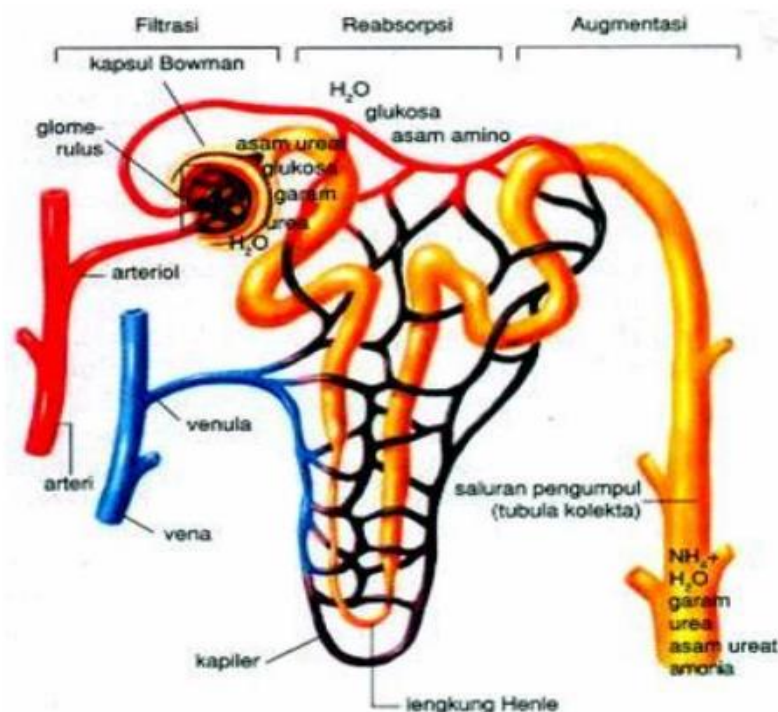
Gambar 2.2 Anatomi ginjal tampak dari samping. Pearce (2013)

Apabila dilihat melalui potongan longitudinal, ginjal terbagi menjadi dua bagian yaitu korteks bagian luar dan medula bagian dalam. Medula terbagi-bagi menjadi biji segitiga yang disebut piramid, piramid-piramid tersebut diselingi oleh bagian korteks yang disebut kolumna bertini. Piramid-piramid tampak bercorak karena tersusun oleh sekmen sekmen tubulus dan duktus pengumpul nefron. Papila (apeks) dari piramid membentuk duktus papilaris belini dan masuk kedalam perluasan ujung pevis ginjal yang disebut kaliks minor dan bersatu membentuk kaliks mayor, (Infodatin 2017).

Bentuk ginjal menyerupai kacang dengan sisi cekungnya menghadap struktur pembuluh darah, sistem limfatik, sistem syaraf dan ureter menuju dan meninggalkan ginjal. Ginjal terletak di rongga abdomen, retroperitoneal primer kiri dan kanan kolumna vertebralis yang dikelilingi oleh lemak dan jaringan ikat di belakang peritoneum. Batas atas ginjal kiri setinggi iga ke- 11 dan ginjal kanan setinggi iga ke 12 dan batas bawah ginjal kiri setinggi vertebra lumbalis ke-3. Setiap ginjal memiliki panjang 11- 25cm, lebar 5-7 cm, dan tebal 2,5 cm.ginjal kiri lebih panjang dari ginjal kanan. Berat ginjal pada pria dewasa150-170 gram dan pada wanita dewasa 115-155 gram dengan bentuk seperti kacang, sisi dalamnya menghadap ke vertebra thorakalis, sisi luarnya cembung dan di atas setiap ginjal terdapat kelenjar suprarenal, (Setiadi,2017).

Struktur ginjal, setiap ginjal dilengkapi kapsul tipis dari jaringan fibrus yang dapat membungkusnya, dan membentuk pembungkus yang

halus. Didalamnya terdapat struktur ginjal, warnanya ungu tua dan terdiri atas bagian korteks di sebelah luar, dan bagian medulla di sebelah dalam. Bagian medulla ini tersusun atas lima belas sampai enam belas massa berbentuk piramid, yang disebut piramid ginjal. Puncak-puncaknya langsung mengarah ke helium dan berakhir di kalies. kalies ini menghubungkan ke pelvis ginjal.



Gambar 2.3 Anatomi nefron. (Nuari dan widayati, 2017)

Nefron, Struktur halus ginjal terdiri atas banyak nefron yang merupakan satuan – satuan fungsional ginjal, diperkirakan ada 1000.000 nefron dalam setiap ginjal. Setiap nefron mulai berkas sebagai kapiler (badan maphigi atau glumelurus) serta tertanam dalam ujung atas yang lebar pada urineferus atau nefron. Dari sisi tubulus berjalan sebagian berkelok – kelok

dan dikenal sebagai kelokan pertama atau tubula proximal tubula itu berkelok – kelok lagi, disebut kelokan kedua atau tubula distal, yang bersambung dengan tubula penampung yang berjalan melintasi kortek atau medulla, untuk berakhir dipuncak salah satu piramidis.

Bagian-Bagian Nefron

1. Badan malpighi merupakan bagian yang menyimpan kapsula bowman dan glomerulus untuk menyaring darah. Fungsi badan malpighi adalah sebagai tempat dimana terdapat alat penyaring darah.
2. Kapsula bowman ialah semacam kapsul/kantong yang membungkus glomerulus. Sir William Bowman merupakan penemu kapsula bowman. Fungsi kapsula bowman adalah untuk mengumpulkan cairan hasil penyaringan glomerulus.
3. Glomerulus adalah pembuluh darah kecil atau kapiler, yang terlihat seperti bola benang. Fungsi glomerulus adalah sebagai tempat penyaringan darah yang akan menyaring air, glukosa, asam amino, garam, dan urea untuk menghasilkan urin primer.
4. Tubulus kontortus proksimal merupakan tempat penyerapan kembali (reabsorpsi) urin primer yang menyerap air, garam, glukosa, dan asam amino. Fungsi tubulus kontortus proksimal adalah untuk menghasilkan urin sekunder dengan kadar urea tinggi.
5. Lengkung henle ialah saluran berbentuk U atau setengah lingkaran dan menjadi penghubung antara tubulus kontortus proksimal dan tubulus kontortus distal. Lengkung henle berfungsi supaya urine tidak kembali ke

tubulus kontortus proksimal. Bagian menurun dari lengkung henle sangat permeabel terhadap air tapi benar-benar kedap ion-ion, menyebabkan sejumlah besar air diserap kembali, yang meningkatkan osmolaritas cairan sampai sekitar 1200 mOsm/L. Sebaliknya, bagian menaik dari lengkung Henle kedap air tetapi sangat permeabel terhadap ion, yang mengakibatkan penurunan besar pada osmolaritas cairan, dari 1200 mOsm/L sampai 100 mOsm/L.

6. Tubulus kontortus distal tempat untuk melepaskan zat tidak berguna lain atau berlebihan dalam urin sekunder. Proses yang dilakukan tubulus kontortus distal disebut proses augmentasi (Pengumpulan). Hasil dari cairan yang telah melewati tubulus kontortus distal adalah urin yang sesungguhnya.
7. Tubulus kolektivus merupakan tabung sempit panjang dalam ginjal yang mengumpulkan urin dari nefron, untuk disalurkan ke pelvis menuju kandung kemih. dengan kata lain Tubulus kolektivus berfungsi untuk mengumpulkan urin dari beberapa tubulus kontortus proksimal lalu dibawa ke pelvis.

Pembuluh darah, Selain tubulus urineferus, struktur ginjal mempunyai pembuluh darah. Arteri renalis membawa darah murni dari aorta abdominalis ke ginjal cabang-cabangnya beranting banyak, didalam ginjal dan menjadi arteriola (arteriola afferents), dan masing- masing membentuk simpul dari kapiler- kapiler didalam, salah satu badan Malpighi, inilah glomerulus. Pembuluh eferen kemudian tampil sebagai arteriola aferen(arteriola afferents)

yang bercabang- cabang membentuk jaringan kapiler sekeliling tubulus uriniferus. Kapiler - kapiler ini kemudian bergabung lagi membentuk vena renalis, yang membawa darah dari ginjal ke vena kava inferior (Evelyn, 2013)

Fisiologi Ginjal

Berbagai fungsi ginjal antara lain adalah fungsi ginjal mempunyai beberapa macam fungsi yaitu ekresi dan fungsi non-ekresi. Fungsi ekresi antara lain :

- 1) Mengekresikan sebagian terbesar produk akhir metabolisme tubuh (sisa metabolisme dan obat-obatan).
- 2) Mengontrol sekresi hormone-hormon aldosterone dan ADH dalam mengatur jumlah cairan tubuh
- 3) Mengatur metabolisme ion kalsium dan vitamin D.
- 4) Menghasilkan beberapa hormon antara lain.
 - a. Eritropoetin yang berfungsi sebagai pembentukan sel darah merah.
 - b. Renin yang berperan dalam mengatur tekanan darah serta hormon prostaglandin

Proses pembentukan urine

Ada 3 tahap proses pembentukan urine :

- 1) Proses filtrasi : Terjadi di glomerulus, proses ini terjadi karena permukaan aferent lebih besar dari permukaan eferent maka terjadi penyerapan darah, sedangkan bagian yang tersaring adalah bagian cairan darah kecuali protein, cairan yang tertampung oleh simpai bowman yang terdiri dari glukosa air

sodium klorida sulfat bikarbonat dll, diteruskan ke tubulus ginjal

- 2) Proses reabsorpsi : Pada proses ini penyerapan kembali sebagian besar dari glukosa, sodium, klorida, fosfat, dan beberapa ion bikarbonat. Prosesnya terjadi secara pasif yang dikenal dengan obligator reabsorpsi terjadi pada tubulus atas. Sedangkan pada tubulus ginjal bagian bawah terjadi kembali penyerapan dari sodium dan ion bikarbonat, bila diperlukan akan diserap kembali ke dalam tubulus bagian bawah.
- 3) Proses sekresi : Sisanya penyerapan kembali yang terjadi pada tubulus dan diteruskan ke piala ginjal selanjutnya diteruskan ke luar (Syaefudin, 2017).

2.1.5 Patofisiologi

Chronic Kidney Disease dimulai pada fase awal gangguan, keseimbangan cairan, penanganan garam, serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada bagian ginjal yang sakit. Sampai fungsi turun kurang dari 25% normal, manifestasi klinis gagal ginjal kronik mungkin minimal karena nefron-nefron sisa yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresinya, serta mengalami hipertrofi. Seiring dengan makin banyaknya nefron yang mati, maka nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat sehingga nefron-nefron ikut rusak dan akhirnya mati. Sebagian dari siklus kematian ini tampaknya berkaitan dengan tuntutan pada nefron-nefron yang ada untuk

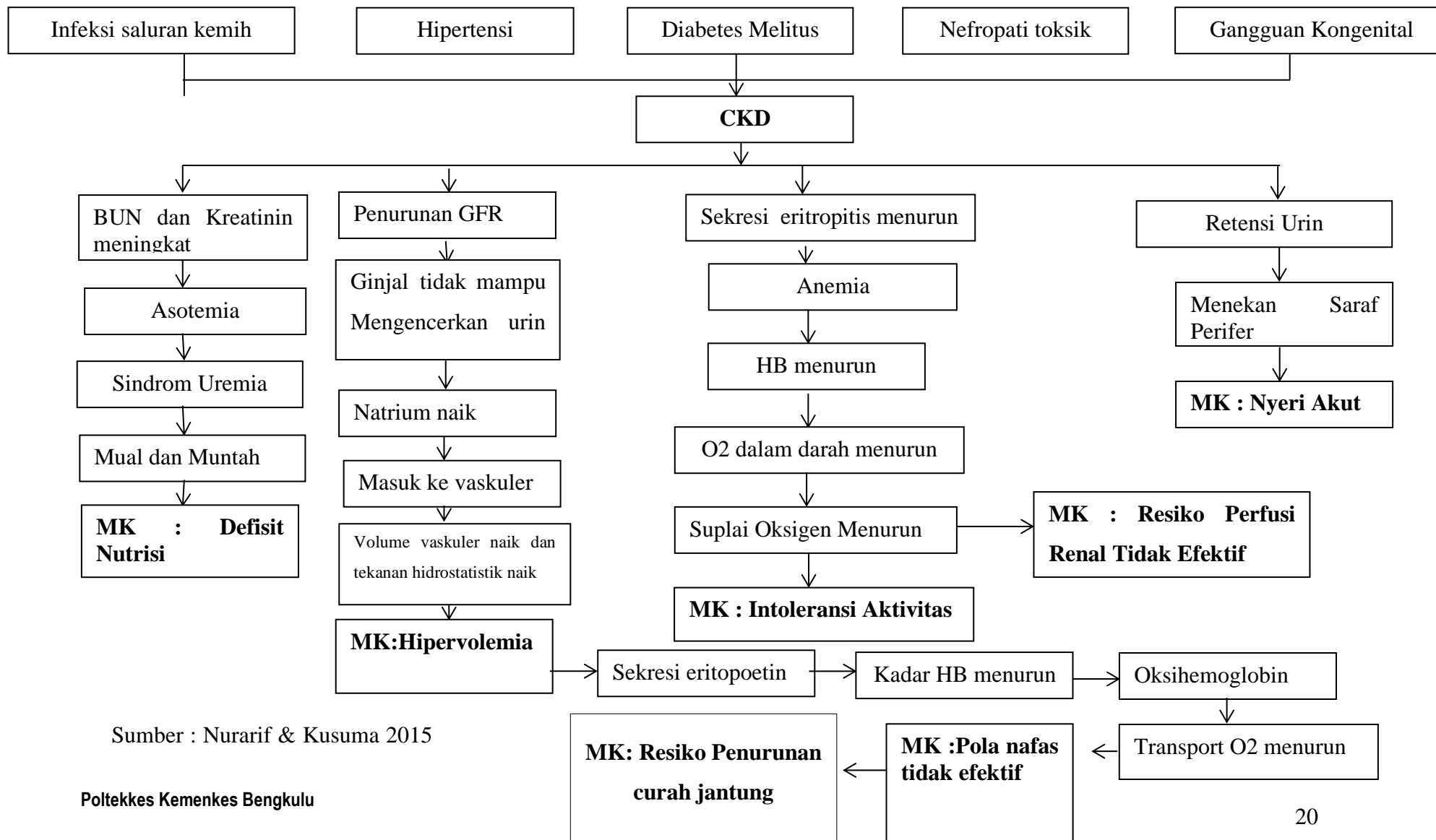
meningkatkan reabsorpsi protein. Pada saat penyusutan progresif nefron-nefron, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ke ginjal akan berkurang. Pelepasan renin akan meningkat, (Mutaqin, dkk 2017).

Laju penurunan fungsi ginjal dan perkembangan *Chronic Kidney Disease* berkaitan dengan gangguan yang mendasari, ekskresi protein dalam urine, dan adanya hipertensi. Pasien yang mengekskresikan secara signifikan sejumlah protein atau mengalami peningkatan tekanan darah cenderung akan cepat memperburuk dari pada mereka yang tidak mengalami kondisi ini, Patofisiologi penyakit ginjal kronis pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (*surviving nephrons*) sebagai upaya kompensasi yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan growth factors. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Proses ini akhirnya diikuti dengan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktifitas aksis reninangio stensin-aldosteron intrarenal ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas tersebut. Aktivitas jangka panjang aksis renin-angiotensin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh growth factor seperti transforming

growth factor β (TGF- β). Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap progresifitas penyakit ginjal kronis adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointersitia. Pada stadium paling dini penyakit ginjal kronis, terjadi kehilangan daya cadang ginjal (renal reserve) pada keadaan dimana basal LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) masih normal atau malah meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), tapisudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 30%, mulai terjadi keluhan pada pasien seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada LFG di bawah 30% pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata. Seperti anemia, hipertensi gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya. Pasien juga mudah terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran napas, maupun infeksi saluran cerna. Juga akan terjadi gangguan keseimbangan cairan seperti hipo atau hipervolemia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG di bawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius, dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal.

Pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal (Brunner dan Suddarth, 2014).

2.1.6 WOC (Web Of caution)



Sumber : Nurarif & Kusuma 2015

2.1.7 Komplikasi

Menurut (Brunner & Suddarth, 2016) penyakit ginjal kronis apabila tidak segera ditangani akan menimbulkan beberapa komplikasi sebagai berikut:

- a) Anemia
- b) Perikarditis
- c) Hipertensi
- d) Hiperkalemia
- e) Pola nafas tidak efektif
- f) Penyakit mineral dan gangguan tulang
- g) Defisit Nutrisi
- h) Hipervolemia
- i) Nyeri akut
- j) Dislipidemia
- k) Risiko perfusi renal tidak efektif

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Syamsir Alam, 2017) adalah:

1. Radiologi : Menilai keadaan ginjal dan derajat komplikasi ginjal.
2. Ultrasonografi ginjal digunakan untuk menentukan ukuran ginjal dan adanya massa kista, obstruksi pada saluran perkemihan bagian atas.
3. Endoskopi ginjal dilakukan untuk menentukan pelvis ginjal.
4. Foto Polos Abdomen : Menilai besar dan bentuk ginjal serta adakah batu

5. Pielografi Intravena : Menilai sistem pelviokalis dan ureter, beresiko terjadi penurunan faal ginjal pada usia lanjut, diabetes melitus dan nefropati asam urat.
6. USG : Menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal ,anatomi sistem pelviokalis, dan ureter proksimal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi sistem pelviokalis dan ureter proksimal, kandung kemih dan prostat.
7. Renogram : Menilai fungsi ginjal kanan dan kiri , lokasi gangguan (vaskuler, parenkhim) serta sisa fungsi ginjal.
8. Pemeriksaan Radiologi Jantung : Mencari adanya kardiomegali, efusi perikarditis.
9. Pemeriksaan radiologi Tulang : Mencari osteodistrofi (terutama pada falangks /jari) kalsifikasi metastatik.
10. Pemeriksaan radiologi Paru : Mencari uremik lung yang disebabkan karena bendungan
11. Pemeriksaan Pielografi Retrograde : Dilakukan bila dicurigai adanya obstruksi yang reversible.
12. EKG : Untuk melihat kemungkinan adanya hipertrofi ventrikel kiri, tanda-tanda perikarditis, aritmia karena gangguan elektrolit (hiperkalemia).
13. Biopsi Ginjal : Dilakukan bila terdapat keraguan dalam diagnostik gagal ginjal kronis atau perlu untuk mengetahui etiologinya.
14. Pemeriksaan laboratorium menunjang untuk diagnosis gagal ginjal

- 1) BUN/Kreatinin : meningkat, biasanya meningkat dalam proporsi. Kadar kreatinin 10 mg/dL diduga tahap akhir (mungkin rendah yaitu 5). Kreatinin normal pada pria adalah 0,7-1,4 mg/dl, sedangkan pada wanita 0,6-1,2 mg/dl.
- 2) Ureum normal pada pria adalah 15-38 mg/dl, Sedangkan pada wanita 7-18 mg/dl.
- 3) Urin
 - a) Volume : Biasanya kurang dari 400 ml/jam (oliguria atau urine tidak ada (anuria).
 - b)Warna : Secara normal perubahan urin mungkin disebabkan oleh pus/ nanah, bakteri, lemak, partikel koloid, fosfat, sedimen kotor, warna kecoklatan menunjukkan adanya darah, miglobin, dan porfirin.
 - c)Berat Jenis : Kurang dari 1,015 (menetap pada 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat), (Syamsir alam,2017).

2.1.9 Penatalaksanaan Medis

1. Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya.
2. Pencegahan dan terapi terhadap kondisi komorbid (comorbid condition).
3. Memperlambat perburukkan fungsi ginjal.
4. Pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskular.
5. Pencegahan dan terapi terhadap komplikasi.
6. Terapi pengganti ginjal berupa dialysis atau transplantasi ginjal.

7. Hemodialisis

Menurut (Syamsir Alam, dkk 2017), yaitu:

1. Difusi

Toksik dan limbah di dalam darah dialihkan melalui proses difusi. Melalui cara Bergeraknya darah yang berkonsentrasi tinggi ke cairan dialisis yang berkonsentrasi lebih rendah.

2. Osmosis

Air yang berlebih dikeluarkan melalui proses osmosis. Keluarnya air dapat diatur dengan menciptakan gradien tekanan.

3. Ultrafiltrasi

Peningkatan gradien tekanan dengan penambahan tekanan negatif yang biasa disebut ultrafiltrasi pada mesin dialysis.

2.1.10 Penatalaksanaan Keperawatan

1. Pantau gangguan cairan dan elektrolit yang biasa dijumpai pada penyakit ginjal; laporkan perubahan status cairan dan elektrolit.
2. Edukasi pasien dan keluarga mengenai rencana terapi yang telah diprogramkan. Jelaskan tentang perlunya menjalani evaluasi lanjutan tekanan darah, urinalisis untuk protein dan silinder, darah untuk blood uremic nitrogen (BUN), dan kreatinin.
3. Jika tindakan dialisis jangka panjang diperlukan, ajarkan pasien dan keluarga mengenai prosedur, cara untuk merawat tempat akses, pembatasan diet, dan modifikasi gaya hidup lain yang diperlukan.

4. Rujuk pasien ke perawat kesehatan komunitas atau perawat *home care* untuk mengkaji perkembangan pasien dan melanjutkan pendidikan kesehatan mengenai masalah yang harus dilaporkan ke penyedia layanan kesehatan.
5. Instruksikan pasien untuk membantu semua penyedia layanan kesehatan tentang diagnosis gagal ginjal kronik.

2.2 Pola Nafas Tidak Efektif

2.2.1 Pengertian

Pola napas tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2.2.2 Faktor terjadinya Pola napas tidak efektif

Menurut (PPNI 2016), faktor data mayor pola napas tidak efektif yaitu :

- a. Penggunaan otot bantu pernapasan
- b. Fase ekspirasi yang memanjang
- c. Pola napas abnormal

Adalah keadaan dimana terjadinya perubahan frekuensi napas, perubahan dalamnya inspirasi, perubahan irama napas, rasio antara durasi inspirasi dengan durasi ekspirasi (Djojodibroto, 2014).

- 1) Takipnea adalah bernapas dengan cepat dimana frekuensi napas lebih dari normal Keadaan ini biasanya menunjukkan adanya penurunan ketegangan paru atau rongga dada.

- 2) Bradipnea adalah penurunan frekuensi napas atau pernapasan yang melambat. Keadaan ini ditemukan pada depresi pusat pernapasan.
- 3) Hiperventilasi merupakan cara tubuh dalam mengompensasi peningkatan jumlah oksigen dalam paru-paru agar pernafasan lebih cepat dan dalam. Proses ini ditandai dengan adanya peningkatan denyut nadi, nafas pendek, adanya nyeri dada, menurunnya konsentrasi CO₂, dan lain-lain. Keadaan demikian dapat disebabkan oleh adanya infeksi, keseimbangan asam basa, atau gangguan psikologis. Hiperventilasi dapat menyebabkan hipokapne. yaitu berkurangnya CO₂ tubuh di bawah batas normal, sehingga rangsangan terhadap pusat pernafasan menurun.
- 4) Kussmaul merupakan pernapasan dengan panjang ekspirasi dan inspirasi sama, sehingga pernapasan menjadi lambat dan dalam.
- 5) Cheyne-stokes merupakan pernapasan cepat dan dalam kemudian berangsur –angsur dangkal dan diikuti periode apneu yang berulang secara teratur.

Menurut (PPNI 2016), data minor untuk masalah pola napas tidak efektif yaitu :

1. Pernapasan pursed-lip
2. Pernapasan cuping hidung
3. Diameter thoraks anterior–posterior meningkat
4. Ventilasi semenit menurun
5. Kapasitas vital menurun

6. Tekanan ekspirasi menurun
7. Tekanan inspirasi menurun dan
8. Ekskursi dada berubah

2.2.3 Penatalaksanaan Posisi Semi Fowler 45⁰ Untuk mengatasi Pola napas tidak efektif

Pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat dengan batasan karakteristik pola napas abnormal, penurunan tekanan ekspirasi, penurunan tekanan inspirasi, dyspnea. Untuk mencegah pola napas membaik yaitu dengan diberikan posisi semi fowler yang bertujuan untuk mempertahankan dan menjaga kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan (Fitriana dan Susanto,2017).

2.2.4 Pengertian Posisi semi fowler 45⁰

Posisi semi fowler adalah posisi tidur pasien dengan kepala dan dada lebih tinggi dari pada posisi panggul dan kaki. Dimana kepala dan dada dinaikan dengan sudut 30-45° (Suparmi, 2018).

2.2.5 Tujuan Posisi Semi fowler 45⁰

- a. Membantu pelaksanaan pasien melakukan aktivitas ringan diatas tempat tidur (mobilisasi)
- b. Memberikan kenyamanan dalam bernafas
- c. Mengurangi sesak pada pasien
- d. Memudahkan perawatan yang diberikan perawat misalnya memberikan makan,minum (Potter & Perry 2018).

2.2.6 Manfaat Posisi Semi fowler 45⁰

Posisi semi-fowler membuat oksigen didalam paru-paru semakin meningkat, sehingga memperingan kesukaran bernafas. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membrane alveolus akibat tertimbun cairan. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya grafitasi sehingga O₂ menjadi optimal. Sesak nafas akan berkurang, dan akhirnya proses perbaikan kondisi klien lebih cepat (Nurrahmah & Mamnuah 2017).

2.2.7 Evidence Based Posisi Semi Fowler 45⁰ dalam mengatasi pola napas tidak

efektif

Berdasarkan jurnal penelitian (Evita Aprioningsih, 2021) Posisi semi fowler 45⁰ untuk mengatasi pola nafas tidak efektif. Pola nafas tidak efektif ialah inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat dengan batasan karateristik pola napas abnormal, penurunan tekanan ekspirasi, penurunan tekanan inspirasi, dyspnea. Untuk mencegah pola napas membaik yaitu dengan diberikan posisi semi fowler yang bertujuan untuk mempertahankan dan menjaga kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan (Fitriana dan Susanto,2017).

2.2.8 Prosedur Tindakan Keperawatan

Tabel 2.2 Standar operasional prosedur Posisi Semi Folwer 45⁰

No	PROSEDUR KERJA
1.	Informet Concent: Menjelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan
2.	Persiapan Alat: Sandaran punggung atau kursi, Bantal
3.	PERSIAPAN LINGKUNGAN
4.	PERSIAPAN PASIEN: Longgarkan baju pasien atau sesuai dengan kebutuhan pasien
5.	PERSIAPAN PENOLONG: Perawat cuci tangan dan memakai handscon
6.	PROSEDUR KERJA:
7.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien didudukan,Sandaran punggung atau kursi diletakkan di bawah atau di atas kasur di bagian kepala,di atur sampai setengah duduk dan di rapikan. Bantal disusun menurut kebutuhan. Pasien dibaringkan kembali dan diujung kakinya diberikan penahan. 2. Pada tempat tidur khusus (Functional bed) pasien dan tempat tidurnya langsung diatur setengah duduk,dibawah lutut ditinggikan sesuai kebutuhan, Kedua lengan di topang dengan bantal. 3. Rapikan Pasien 4. Rapikan tempat tidur
8.	DEKONTAMINASI: Perawat Membereskan alat dan cuci tangan
9.	EVALUASI

Sumber: (Kozier, dkk. 2020).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses sistemik dari pengumpulan data, verifikasi, dan komunikasi tentang klien. Proses keperawatan ini mencakup dua langkah, pengumpulan data dari sumber subjektif dan sumber objektif.

1. Sumber subjektif meliputi data yang di dapat dari klien, orang terdekat klien, keluarga klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian.
2. Sumber objektif yaitu data yang dapat di observasi dan di ukur selama proses pemeriksaan fisik. Data pengkajian yang terkumpul mencakup klien, keluarga, masyarakat, lingkungan, atau kebudayaan. Berikut ini merupakan data pengkajian secara teori yang di temukan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik. Menurut Dongoes (2018). dan menurut (Wijaya 2013), yaitu sebagai berikut :

Riwayat Kesehatan

1. Identitas pasien

Identitas pasien yang perlu dikaji meliputi nama lengkap, usia, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, suku/bangsa, bahasa, golongan darah, alamat, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, No. RM, diagnosa medis. Identitas penanggung jawab : nama, umur, jenis dengan pasien, dan alamat kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, hubungan (Prabowo

dan pranata,2019).

2. Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien gagal ginjal kronis adalah mulai dari *urine output* sedikit sampai tidak dapat BAK, gelisah sampai penurunan kesadaran, tidak selera makan (*anoreksia*), mual, muntah, mulut terasa kering, rasa lelah, napas berbau (*ureum*), dan gatal pada kulit, Klien biasanya mengalami sesak nafas (Prabowo dan Pranata,2019)

3. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji adalah nyeri yang dirasakan oleh pasien meliputi *palliative, provocative, quality, quantity, region, radiaton, severity scala* dan *time*, kaji penurunan *urine output*, penurunan kesadaran, perubahan pola nafas, kelemahan fisik, adanya perubahan kulit, adanya nafas berbau *ammonia*, dan perubahan pemenuhan nutrisi (Prabowo dan Pranata,2019)

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang perlu dikaji adalah pernah menderita penyakit gagal ginjal akut, infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat-obat nefrotoksik, Benigna prostatic hyperplasia, dan prostektomi, riwayat penyakit batu saluran kemih, infeksi system perkemihan yang berulang, penyakit diabetes mellitus, dan penyakit hipertensi pada masa sebelumnya yang

menjadi penyebab predisposisi, serta riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu (Muttaqin dan Sari 2017).

5. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah tanyakan pada keluarga ada atau tidak salah satu keluarga yang mengalami penyakit yang sama. Kaji ada tidaknya riwayat infeksi sistem perkemihan yang berulang dan riwayat alergi penyakit hereditas dan penyakit menular (Prabowo dan Pranata,2019)

6. Riwayat psikososial

Riwayat psikososial yang perlu dikaji adalah adanya perubahan fungsi struktur tubuh dan adanya tindakan dialisis akan menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. Lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan, gangguan konsep diri dan gangguan peran pada keluarga (Prabowo dan Pranata,2019)

7. Riwayat psikologis

Pada pasien gagal ginjal kronis harus dapat menerima fakta bahwa terapi penggantian ginjal akan dilakukan untuk sepanjang hidupnya. Bukankah hal yang tidak umum bagi pasien pada awalnya untuk menyangkal apa yang sedang terjadi pada mereka (Prabowo dan Pranata,2019)

8. Status sosio-ekonomi

Kaji masalah finansial pasien terutama untuk proses pengobatan dan jelaskan mengenai proses pengobatan yang relatif panjang dan memakan waktu yang lama bahkan bisa seumur hidup untuk pasien dengan Gagal Ginjal Kronis tahap akhir (Prabowo dan Pranata,2019)

9. Data spiritual

Data spiritual yang perlu dikaji meliputi keyakinan pasien terhadap Tuhan Yang Maha Esa, dan kegiatan keagamaan yang dilakukan pasien, (Rohmah dan Walid 2017).

10. Lingkungan dan tempat tinggal

Lingkungan dan tempat tinggal yang perlu dikaji adalah mengenai kebersihan lingkungan tempat tinggal, area lingkungan rumah (Wijaya, 2013).

a. Pengkajian kesehatan lain yang perlu dikaji

1. Sirkulasi

Pengkajian sirkulasi pada pasien gagal ginjal kronik adalah adanya riwayat hipertensi lama atau berat, nyeri dada (angina), nadi kuat, edema jaringan umum dan pitting pada kaki dan telapak tangan, distrimia jantung, nadi lemah halus, hipotensi ortostatik menunjukkan hipovolemia yang jarang pada penyakit tahap akhir, pasien tampak pucat; kulit coklat kehijauan, kuning, bahkan pasien kecenderungan mengalami perdarahan.

2. Integritas Ego

Integritas ego yang ditunjukkan oleh pasien gagal ginjal kronis adalah menolak, ansietas, takut, marah, mudah tersinggung.

3. Eliminasi

Pengkajian eliminasi yang dapat diperoleh adalah pasien mengalami penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare atau konstipasi, perubahan warna urine, contoh kuning pekat, merah, coklat.

4. Makanan/Cairan

Pengkajian makanan atau cairan adalah terjadinya peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan, anoreksia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa metalik tak sedap pada mulut, Ulserasi gusi, perdarahan gusi/lidah, penurunan otot, penurunan lemak subkutan.

5. Neurosensori

Pengkajian neurosensori adalah pasien mengeluh sakit kepala, penglihatan kabur, kaki atau tangan pasien mengalami kesemutan dan kelemahan.

6. Nyeri/kenyamanan

Pasien gagal ginjal kronik sering mengalami keluhan merasakan nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki, pasien gelisah.

7. Pernafasan

Pemeriksaan penafasan pada pasien gagal ginjal kronik biasanya nafas pendek, dispnea nokturnal paroksimal, batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak, takipnea, peningkatan frekuensi/kedalaman (pernafasan kusmaul).

8. Keamanan

Keamanan pada pasien gagal ginjal kronik adalah mengalami pruritus, demam, normotermia dapat secara aktual terjadi peningkatan pada pasien yang mengalami suhu tubuh lebih rendah dari normal, area ekimosis pada kulit, fraktur tulang, jaringan lunak, sendi, keterbatasan gerak sendi.

9. Seksualitas

Pengkajian seksualitas adalah pasien mengalami penurunan libido, amenorea, infertilitas (Dongoes, 2018).

b. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Dongoes (2018). pemeriksaan diagnostik pada penderita gagal ginjal kronis antara lain meliputi:

1. Urine

- a. Volume : biasanya kurang dari 400 ml/24 jam (oliguria) atau urine tidak ada (anuria).
- b. Warna : secara abnormal urine keruh mungkin disebabkan oleh pus, bakteri, lemak partikel koloid, fosfat atau urat sedimen kotor, kecoklatan menunjukkan adanya darah, Hb, mioglobin, porfirin.

- c. Berat jenis : kurang dari 1.015 (menetap pada 1.010 menunjukkan kerusakan ginjal berat).
 - d. Osmolalitas: kurang dari 350 mOsm/kg menunjukkan kerusakan tubular, dan rasio urine/serum sering 1:1.
 - e. Klirens kreatinin : menurun.
 - f. Natrium : lebih besar dari 40 mEq/L karena ginjal tidak mampu mengabsorpsi natrium.
 - g. Protein : derajat tinggi proteinuria (3:4+) secara kuat menunjukkan kerusakan glomerulus bila fragmen juga ada.
2. Darah.
- a. BUN/kreatinin: meningkat, biasanya meningkat dalam proporsi. Kadar kreatinin 10 mg/dL diduga tahap akhir (mungkin rendah yaitu 5).
 - b. Ureum lebih dari nilai normal
 - c. Hitung darah lengkap : Ht : menurun pada adanya anemia. Hb : biasanya kurang dari 7- 8 g/Dl.
 - d. Analisa gas darah AGD: pH: penurunan asidosis metabolik (kurang dari 7,2) terjadi karena kehilangan kemampuan ginjal untuk mengekskresi hidrogen dan amonia atau hasil akhir katabolisme protein.
 - e. Bikarbonat menurun. PCO₂ menurun.
 - f. Kalium: peningkatan sehubungan dengan retensi sesuai dengan perpindahan selular (asidosis) atau pengeluaran jaringan (hemolisis)

SDM). Pada tahap akhir, perubahan EKG mungkin tidak terjadi sampai kalium 6,5 mEq atau lebih besar.

- g. Magnesium/fosfat: meningkat
- h. Kalsium: menurun
- i. Protein (khususnya albumin) : kadar serum menurun dapat menunjukkan kehilangan.
- j. Osmolalitas serum > 285 m osm/kg
- k. KUB foto (Abdomen): Ukuran ginjal/ureter/kandung kemih dan obstruksi (batas).
- l. Pielogram retrograd: identifikasi ekstravaskuler, massa
- m. Sisteurogram berkemih: ukuran kandung kemih, refluks kedalaman ureter, retensi.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosis Aktual

Diagnosis aktual adalah diagnosis keperawatan yang menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan.

2. Diagnosis Risiko

Diagnosis risiko adalah diagnosis keperawatan yang menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Pada diagnosis risiko tidak ditemukan tanda/gejala

pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

3. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosis promosi kesehatan adalah diagnosis keperawatan yang menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal (Rulino, L. 2021).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien Chronic Kidney Disease, menurut SDKI (2016) sebagai berikut:

1. Pola napas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas
2. Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan
3. Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan
4. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik
5. Defisit nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan
6. Risiko perfusi renal tidak efektif d.d Disfungsi ginjal
7. Resiko Penurunan Curah jantung d.d Perubahan frekuensi jantung

1. Pola napas tidak efektif

Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

1. Dispnea

Objektif:

1. Penggunaan otot bantu pernapasan
2. Fase Ekspirasi memanjang
3. Pola napas abnormal (mis,takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne -stokes)

Gejala dan tanda minor

Subjektif:

1. Ortopnea

Objektif:

1. Pernapasan pursed-lip
2. Pernapasan cuping hidung
3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
4. Ventilasi semenit menuru
5. Kapasitas vital menurun
6. Tekanan ekspirasi menurun
7. Tekanan inspirasi menurun
8. Ekskursi dada berubah

2. Hipervolemia

Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

1. Ortopnea
2. Dispnea
3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)

Objektif:

1. Edema anasarka dan edeme perifer
2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat
3. Jugular Venous Pressure (JVP) atau Central Venous Pressure (CVP) meningkat
4. Reflek hepatojugular positif

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

-

Objektif:

1. Distensi vena jugularis
2. Terdengar suara nafas tambahan
3. Hepatomegali
4. Kadar Hb/Ht turun
5. Oliguria
6. Intake lebih banyak daripada output (balans cairan positif)

7. Kongesti paru

3. Intoleransi Aktivitas

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

1. Mengeluh Lelah

Objektif:

1. Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

1. Dispnea saat atau setelah aktivitas
2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
3. Merasa Lemah

Objektif:

1. Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat
 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia
 4. Sianosis
4. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh nyeri

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor**Subjektif**

-

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
 2. Pola napas berubah
 3. Nafsu makan berubah
 4. Proses berpikir terganggu
 5. Menarik diri
 6. Berfokus pada diri sendiri
 7. Diaforesis
-
5. Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan

Gejala dan Tanda Mayor**Subjektif**

-

Objektif

1. Berat badan turun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor**Subjektif**

1. Cepat kenyang setelah makan
2. Kram/nyeri abdomen
3. Nafsu makan menurun

Objektif

1. Bising usus hiperaktif
 2. Otot pengunyah lemah
 3. Otot menelan lemah
 4. Membran mukosa pucat
 5. Sariawan
 6. Serum albumin turun
 7. Rambut rontok berlebihan
 8. Diare
-
6. Risiko perfusi renal tidak efektif d.d Disfungsi ginjal
 7. Resiko penurunan curah jantung d.d Perubahan Frekuensi jantung

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2

Intervensi Keperawatan *Chronic Kidney Disease* (CKD)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	<p>Pola napas tidak efektif</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan otot bantu pernapasan 2. Fase Ekspirasi memanjang 3. Pola napas abnormal (mis, takipnea, bradipnea ,hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes) <p>Gejala dan tanda minor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pernapasan pursed-lip 2. Pernapasan cuping hidung 3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 4. Ventilasi semenit menuru 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan Pola napas membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilasi semenit meningkat 5 2. Kapasitas vital meningkat 5 3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 5 4. Tekanan ekspirasi meningkat 5 5. Tekanan inspirasi meningkat 5 6. Dispnea menurun 5 7. Penggunaan otot bantu napas menurun 5 8. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 5 9. Ortopnea menurun 5 10. Pernapasan pursed-lip menurun 5 11. Pernapasan cuping hidung menurun 5 12. Frekuensi nafas membaik 5 13. Kedalaman nafas membaik 5 14. Ekskursi dada membaik 5 	<p>A. INTERVENSI UTAMA:</p> <p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis, <i>gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronkhi, kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-till dan chin-lift (jaw thrust</i> jika curiga trauma servical) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. lakukan fisioterapi dada,jika perlu 5. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeala 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill

	<p>7. Tekanan inspirasi menurun 8. Ekskuri dada berubah</p>	<p>8. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi: 1. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i> 2. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i></p> <p>B. INTERVENSI PENDUKUNG 1. Dukungan Ventilasi Observasi: 1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis, frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen) Terapeutik: 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Berikan posisi semi-fowler atau fowler 3. Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin 4. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (mis, nasal kanul, masker wajah, masker <i>rebreathing</i> atau <i>non rebreathing</i>) 5. Gunakan bag-valve mask, jika perlu Edukasi: 1. Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam 2. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri</p>
--	---	--

			<p>3. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, <i>jika perlu</i> <p>2. Pengaturan posisi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor dtatus oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 2. Monitor alat traksi agar selalu tepat <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik tifur yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan 5. Sediakan matras yang kokoh dan padat 6. Atur posisi tidur yang disukai, <i>jika tidak kontraindikasi</i> 7. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis.Semi fowler) 8. Atur posisi yang meningkatkan drainage 9. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat 10. Imobilisasi dan topang bagian tubuh yang cedera dengan tepat 11. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat 12. Tinggikan anggota gerak 20⁰ atau lebih diatas level jantung 13. Tinggikan tempat tidur bagian kepala
--	--	--	---

			<p>14. Berikan bantal yang tepat pada leher</p> <p>15. Berikan topangan pada area edema (mis,bantal dibawah lengan jangan di skrotum)</p> <p>16. Posisikan untuk mempermudah ventilasi/perfusi (mis,tengkurap/good lung down)</p> <p>17. Motivasi melakukan ROM aktif/pasif</p> <p>18. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi,sesuai keperluan</p> <p>19. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri</p> <p>20. Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi</p> <p>21. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka</p> <p>22. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi</p> <p>23. Ubah posisi setiap 2 jam</p> <p>24. Ubah posisi dengan teknik log roll</p> <p>25. Pertahankan posisi dan integritas traksi</p> <p>26. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik mekanika tubuh yang baik selamamelakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu
--	--	--	--

2	<p>Hipervolemia b.d Kelebihan asupan cairan</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarka dan edeme perifer 2. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 3. Jugular Venous Pressure (JVP)atau Central Venous Presuare (CVP)meningkat 4. Reflek hepatojugular positif <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif:</p> <p>-</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi vena jugularis 2. Terdengar suara nafas tambahan 3. Hepatomegali 4. Kadar Hb/Ht turun 5. Oliguria 6. Intake lebih banyak daripada output (balans cairan positif) 7. Kongesti paru 	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan Keseimbangan cairan meningkat Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 5 2. Haluaran urin meningkat 5 3. Kelembaban membrane mukosa meningkat 5 4. Asupan makanan meningkat 5 5. Edema menurun 5 6. Dehidrasi menurun 5 7. Asites menurun 5 8. Konfusi menurun 5 9. Tekanan darah membaik 5 10. Denyut nadi radial membaik 5 11. Tekanan arteri rata-rata membaik 5 12. Membran mukosa membaik 5 13. Mata cekung membaik 5 14. Turgor kulit membaik 5 15. Berat badan membaik 5 	<p>A. INTERVENSI UTAMA</p> <p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis, ortopnea,dyspnea, edema, JVP/CVP meningkat,reflek hepatojugular,suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hypervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis, frekuensi jantung,tekanan darah,MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), <i>jika tersedia</i> 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis, kadar natrium,BUN, hematokrit, berat jenis urine) 6. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis, kadar protein da albumin meningkat) 7. Monitor kecepatan infus secara ketat 8. Monitor efek samping diuretic (mis, hipotensi ortortostatik,hipovolemia,hypokalemia,hiponat remia) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2. Batasi asupan cairan dan garam 3. Tinggiakan kepala tempat tidur 30-40^ <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam 2. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1kgdalam sehari
---	--	--	--

			<p>3. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>4. Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretik 2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretic 3. Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy (CRRT)</i>, jika perlu <p>B.INTERVENSI PENDUKUNG</p> <p>1. Manajemen cairan</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (mis, Frekuensi nadi,kekuatan nadi,akral,pengisian kapiler,kelembapan mukosa,turgor kulit,tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis 4. Monitor hasil pemeriksaan hasil laboratorium (mis, hematokrit, Na, K, CI, berat jenis urine, BUN) 5. Monitor status hemodinamik (mis, MAP, CVP, PAP, PCWP jika tersedia) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam 2. Berikan asupan cairan,<i>sesuai kebutuhan</i> 3. Berikan cairan intravena, <i>jika perlu</i>
--	--	--	--

			<p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretic, <i>jika perlu</i> 2. Manajemen Hemodialisis <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala serta kebutuhan hemodialisis 2. Identifikasi kesiapan hemodialisis (mis, tanda-tanda vital, berat badan kering, kelebihan cairan, kontraindikasi, pemberian heparin) 3. Monitor tanda vital, tanda-tanda perdarahan, dan respons selama dialysis 4. Monitor tanda tanda vital pasca hemodialysis <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan peralatan hemodialysis (mis, bahan habis pakai, <i>blood line hemodialisis</i>) 2. Lakukan prosedur dialisis dengan prinsip aseptik 4. Atur filtrasi sesuai kebutuhan penarikan kelebihan cairan 5. Atasi hipotensi selama proses dialysis 6. Hentikan hemodialysis jika mengalami kondisi yang membahayakan (mis, syok) 7. Ambil sampel darah untuk mengevaluasi keefektifan hemodialysis <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang prosedur hemodialysis 2. Ajarkan pembatasan cairan, penanganan insomnia, pencegahan infeksi akses HD, dan
--	--	--	--

			<p>pengenalan tanda perburukan kondisi</p> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian heparin pada <i>blood line</i>,sesuai indikasi
3	<p>Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh Lelah <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea saat atau setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa Lemah <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukan iskemia 4. Sianosis 	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan Toleransi aktivitas meningkat</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 5 2. Saturasi oksigen meningkat 5 3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 5 4. Kecepatan berjalan meningkat 5 5. Jarak berjalan meningkat 5 6. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 5 7. kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 5 8. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat 5 9. Keluhan lelah menurun 5 10. Dispnea saat bernapas menurun 5 11. Dispnea setelah aktivitas menurun 5 12. Perasaan lemah menurun 5 13. Aritmia saat aktivitas menurun 5 14. Aritmia setelah aktivitas menurun 5 15. Sianosis menurun 5 16. Warna kulit membaik 5 17. Tekanan darah membaik 5 18. Frekuensi napas membaik 5 	<p>A. INTERVENSI UTAMA</p> <p>Manajemen energi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya,suara, kinjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur,jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala tidak berkurang 5. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi:</p>

		<p>19. EKG iskemia membaik 5</p>	<p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>B. INTERVENSI PENDUKUNG</p> <p>1. Terapi aktivitas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan 4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas 5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis: bekerja) dan waktu luang 6. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas 3. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial 4. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia 5. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih 6. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai 7. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam
--	--	----------------------------------	---

			<p>menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Fasilitasi aktivitas rutin (mis: ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan 9. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak 10. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif 11. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai 12. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot 13. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implisit dan emosional (mis: kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien demensia, jika sesuai 14. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif 15. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis: vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kartu) 16. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 17. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri 18. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan 19. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari
--	--	--	---

			<p>20. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu 2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan Kesehatan 4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 5. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, <i>jika sesuai</i> 2. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, <i>jika perlu</i> <p>2. Edukasi latihan fisik</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
--	--	--	--

4.	<p>Nyeri Akut b.d Agen Pencedera fisik</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif</p> <p>1. Tampak meringis</p> <p>2. Bersikap protektif (mis waspada,posisi menghindari nyeri)</p> <p>4. Gelisah</p> <p>5. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>6. Sulit tidur</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif</p>	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <p>2. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 5</p> <p>3. Keluhan nyeri menurun 5</p> <p>3. Meringis menurun 5</p> <p>4. Sikap protektif menurun 5</p> <p>5. Gelisah menurun 5</p> <p>6. Kesulitan tidur menurun 5</p> <p>7. Menarik diri menurun 5</p> <p>8. Berfokus pada diri sendiri menurun 5</p> <p>9. Diaforesis menurun 5</p>	<p>3. berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga</p> <p>2. Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan</p> <p>3. Jelaskan frekuensi,durasi,dan intensitas,program latihan yang diinginkan</p> <p>4. Ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik menghindari cedera saat berolahraga</p> <p>6. Ajarkan teknik pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik.</p> <p>A. INTERVENSI UTAMA</p> <p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p>
----	---	---	---

	<p>- Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Perasaan depresi (tertekan) menurun 5 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 5 12. Anoreksia menurun 5 13. Perineum terasa tertekan menurun 5 14. Uterus teraba membulat menurun 5 15. nKetegangan otot menurun 5 16. pupil dilatasi menurun 5 17. Muntah menurun 5 18. Mual menurun 5 19. Frekuensi nadi membaik 5 20. Pola napas membaik 5 21. Tekanan darah membaik 5 22. Proses berpikir membaik 5 23. Fokus membaik 5 24. Fungsi berkemih membaik 5 25. Perilaku membaik 5 26. Nafsu makan membaik 5 27. Pola tidur membaik 5 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 9. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 10. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS,hipnosis,akupresur,terapi musik,biofeedback,terapi pijat,aromaterapi,teknik imajinasi pembimbing,kompres hangat atau dingin,terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis,suhu ruangan, pencahayaan,kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu
--	---	---	--

			<p>B. INTERVENSI PENDUKUNG</p> <p>1. Edukasi Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab,periode,dan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 5. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>2. Latihan Pernafasan</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi indikasi dilakukan latihan pernapasan 2. Monitor frekuensi,irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan tempat yang tenang 3. Posisikan pasien nyaman dan rileks 4. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut 5. Pastikan tangan di dada mundur ke belakang
--	--	--	---

5.	<p>Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif</p> <p>-</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Berat badan turun minimal 10% dibawah rentang ideal <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Cepat kenyang setelah makan Kram/nyeri abdomen Nafsu makan menurun <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Bising usus hiperaktif Otot pengunyah lemah Otot menelan lemah Membran mukosa pucat Sariawan 	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Porsi makan yang dihabiskan meningkat 5 Kekuatan otot pengunyah meningkat 5 Kekuatan otot menelan meningkat 5 Serum albumin meningkat 5 Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 5 Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 5 Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 5 Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 5 Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat 5 Penyiapan dan penyimpanan 	<p>dan telapak tangan di perut maju kedepan saat menarik napas</p> <ol style="list-style-type: none"> Ambil napas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan Hitungan kedelapan hembuskan napas melalui mulut dengan perlahan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernapasan Anjurkan mengulangi latihan 4-6 kali <p>A. INTERVENSI UTAMA</p> <p>Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi makanan yang disukai Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik Monitor asupan makanan Monitor berat badan Monitor hasil pemeriksaan hasil laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan oral hygiene sebelum makan,jika perlu Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makanan) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
----	---	---	---

	<p>6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare</p>	<p>minuman yang aman meningkat 5 11 Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 5 12 Perasaan cepat kenyang menurun 5 13 Nyeri abdomen menurun 5 14 Sariawan menurun 5 15 Rambut rontok menurun 5 16 Diare menurun 5 17 Berat badan membaik 5 18 Indeks massa tubuh (IMT) membaik 5 19 Frekuensi makan membaik 5 20 Nafsu makan membaik 5 21 Bising usus membaik 5 22 Tebal lipatan kulit trisep membaik 5 23 Membran mukosa membaik 5</p>	<p>4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan,jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi: 1. Anjatkan posisi duduk,jika mampu 2. Ajarkan diet yang di programkan Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri,antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan,jika perlu B. INTERVENSI PENDUKUNG 1. Manajemen Energi Observasi: 1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2 Monitor kelelahan fisik dan emosional 3 Monitor pola dan jam tidur 4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan dalam melakukan aktivitas Terapeutik: 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya,suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang pasif/aktif 3. Berikan Aktivitas distraksi yang menenangkan</p>
--	--	--	--

			<p>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>2. Manajemen Gangguan Makan</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori 2. Terapeutik: 3. Timbang berat badan secara rutin 4. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai 5. Lakukan kontrak perilaku (mis, target berat badan, tanggung jawab perilaku) 6. Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan 7. Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku 8. Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak 9. Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis, medis, Konseling)
--	--	--	---

6.	Risiko perfusi renal tidak efektif d.d Disfungsi ginjal	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Perfusi renal meningkat</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Jumlah urine meningkat 5 2 Nyeri abdomen menurun 5 3 Mual menurun 5 4 Muntah menurun 5 5 Distensi abdomen menurun 5 6 Tekanan arteri rata-rata membaik 5 7 Kadar urea nitrogen darah membaik 5 8 Kadar kreatinin plasma membaik 5 9 Tekanan darah sistolik membaik 5 10 Tekanan darah diastolik membaik 5 11 Kadar elektrolit membaik 5 12 Keseimbangan asam basa membaik 5 	<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis,pengeluaran yang disengaja,mutah,aktivitas berlebihan) 2. Ajarkan pengaturan diet yang tepat 3. Ajarkan keterampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan,kebutuhan kalori dan pilihan makanan <p>A. INTERVENSI UTAMA</p> <p>Pencegahan Syok</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi,frekuensi nafas,TD,MAP) 2 Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi,AGD) 3 Monitor status cairan (masukan dan haluaran,turgor kulit,CRT) 4 Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5 Periksa riwayat alergi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 2. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis,jika perlu 3. Pasang jalur IV,jika perlu 4. Pasang kateter urine untuk menilai produksi
----	---	---	--

		<p>13 Bising usus membaik 5 14 Fungsi hati membaik 5</p>	<p>urine,jika perlu</p> <p>5. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab/faktor resiko syok 2. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 3. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5. Anjurkan menghindari alergen <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian IV,jika perlu 2. Anjurkan pemberian tranfusi darah,jika perlu 3. Kolaborasi pemberian antiinflamasi,jika perlu <p>B.INTERVENSI PENDUKUNG</p> <p>1. Edukasi Proses Penyakit</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3 Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit 2. Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit 3. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan
--	--	--	---

			<p>oleh penyakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi 5. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan 6. Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan 7. Informasikan kondisi pasien saat ini 8. Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa <p>2. Terapi Oksigen</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 4. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis, oksimetri, analisa gas darah), jika perlu 5. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan 6. Monitor tanda-tanda hipoventilasi 7. Monitor tanda dan gejala toksisasi oksigen dan ateletasis 8. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen 9. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu 2. Pertahankan kepatenan jalan napas
--	--	--	---

7.	Resiko Penurunan curah Jantung ditandai dengan Perubahan Frekuensi jantung	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Curah Jantung meningkat Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 5 2. Ejection fraction (EF) meningkat 5 3. Cardiac index (CI) meningkat 5 4. Left ventricular stroke work index (LVSWI) meningkat 5 5. Stroke volume index meningkat 5 6. Palpitasi menurun 5 7. Bradikardia menurun 5 8. Takikardia menurun 5 9. Gambaran ekg aritmia menurun 5 10. Lelah menurun 5 11. Edema menurun 5 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen 4. Berikan oksigen tambahan, jika perlu 5. Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi 6. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen dirumah <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen 2. laborasi penggunaan oksigen saat aktivitas/tidur <p>A. INTERVENSI UTAMA Perawatan Jantung</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan (CVP) 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 3. Monitor tekanan darah termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor berat badan setiap hari pada waktu
----	--	--	---

		<p>12. Distensi vena jugularis menurun 5 13. Dispnea menurun 5 14. Oliguria menurun 5 15. Pucat/sianosis menurun 5 16. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun 5 17. Ortopnea menurun 5 18. Batuk menurun 5 19. Suara jantung S3 menurun 5 20. Suara jantung S4 menurun 5 21. Murmur jantung menurun 5 22. Berat badan menurun 5 23. Hepatomegali menurun 5 24. Pulmonary vascular resistance (PVR) menurun 5 25. Systematic vascular resistance menurun 5 26. Tekanan darah membaik 5 27. Capillary refill time (CRT) membaik 5 28. Pulmonary artery wedge pressure (PAWP) membaik 5 29. Central venous pressure membaik 5</p>	<p>yang sama 6. Monitor saturasi oksigen 7. Monitor keluhan nyeri dada (mis, intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presivitasi yang mengurangi nyeri) 8. Monitor EKG 12 sadapan 9. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) 10. Monitor nilai laboratorium jantung (mis, elektrolit, enzim jantung, BNP, Ntpro-BNP) 11. Monitor fungsi alat pacu jantung 12. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas 13. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman 2. Berikan diet jantung yang sesuai 3. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi 4. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat 5. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu 6. Berikan dukungan emosional dan spiritual 7. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 3. Anjurkan berhenti merokok
--	--	---	---

			<p>4. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian</p> <p>5. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian</p> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, Jika perlu 2. Rujuk ke program rehabilitas jantung <p>B. INTERVENSI PENDUKUNG</p> <p>1. Manajemen Cairan</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (mis, Frekuensi nadi,kekuatan nadi,akral,pengisian kapiler,kelembapan mukosa,turgor kulit,tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis 4. Monitor hasil pemeriksaan hasil laboratorium (mis, hematokrit, Na, K, CI, berat jenis urine, BUN) 5. Monitor status hemodinamik (mis, MAP, CVP, PAP, PCWP <i>jika tersedia</i>) 6. Terapeutik: 7. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam 8. Berikan asupan cairan,<i>sesuai kebutuhan</i> 9. Berikan cairan intravena, <i>jika perlu</i> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretic,<i>jika perl</i>
--	--	--	---

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018.

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yaitu serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam 2016).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut (Nursalam, 2006) Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan tindakannya sudah berhasil dicapai. Dalam menentukan masalah teratasi atau tidak teratasi cara membandingkannya yaitu dengan menggunakan SOAP dan SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan.

a. Subjecti Objective, Analisis, dan Planning (SOAP) meliputi :

1. S (Subjective) : Adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
2. O (Objective) : Adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan format penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
3. A (Analisis) : Adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi sebagian.

4. P (Planning) : Adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain atau Rancangan Studi Kasus

Desain penelitian ini adalah Studi Kasus, Studi kasus yang akan dilaksanakan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang secara umum akan menggambarkan asuhan keperawatan pada Gangguan pertukaran gas pada pasien *Chronic Kidney Disease* di RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

Gambaran penelitian ini meliputi data pengkajian,Diagnosa,Perencanaan (Nursing plan), Implementasi, Evaluasi tersajikan dalam bentuk naratif,tindakan menggambarkan pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan pada klien dengan menerapkan evidence based practice salah satu hasil penelitian yaitu Pengaruh pemberian posisi semi fowler 45⁰ terhadap frekuensi nafas pada pasien gagal ginjal kronik dan evaluasi disajikan dalam catatan perkembangan (Nursing Progress) menggambarkan perkembangan klien sejak dilakukan asuhan keperawatan oleh penulis hingga terakhir melakukan asuhan keperawatan.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek pada penelitian ini adalah pasien *Chronic Kidney Disease* di ruang melati RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus adalah menerapka tindakan pemberian posisi semi fowler 45⁰ terhadap frekuensi nafas dengan penyelesaian masalah Pola napas

tidak efektif pada pasien *Chronic Kidney Disease* di RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

a) Penerapan Posisi Semi-Fowler pada dewasa *Chronic Kidney Disease*

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional digunakan pada tugas akhir ini adalah:

- 1) Pasien CKD adalah pasien di RSUD Kabupaten Rejang Lebong yang di diagnosis CKD oleh dokter penanggung jawab.
- 2) Posisi Semi Fowler adalah posisi pasien dengan setengah duduk 45^0 dan efektif untuk mengurangi sesak nafas pada pasien CKD, dan di indikasikan dapat meningkatkan nilai saturasi oksigen pasien.

3.5 Tempat dan Waktu

- 1) Tempat pengambilan kasus di RSUD Kabupaten Rejang Lebong di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam.
- 2) Waktu pelaksanaan: Pelaksanaan kegiatan pengambilan kasus sekitar awal bulan mei 2023

3.6 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara penyajian Observasi dan Wawancara.

3.7 Penyajian Data

Data akan disampaikan secara tekstular/narasi dan tabel.

3.8 Etika Penelitian

Pada studi kasus ini tetap dilaksanakan sesuai etika penelitian mulai dari pengumpulan data awal sampai evaluasi perkembangan pasien. Etika yang

dilakukan antara lain selalu melaksanakan informed consent setiap akan dilakukan tindakan pada pasien,serta tetap menjaga kerahasiaan dan martabat pasien.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN *CRONIC KIDNEY DISEASE* (CKD)
DENGAN IMPLEMENTASI POSISI SEMI FOWLER 45⁰ DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

4.1 Pengkajian

4.1.1 Biodata

1. Identitas Klien

Nama Klien	: Ny.S
Usia	: 50 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Batu Panko
Golongan Darah	: O
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Rejang
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Petani
Sumber informasi	: Pasien dan Anak
Tanggal MRS	: 10-Mei-2023

Tanggal Pengkajian : 12-Mei-2023

Diagnosa Medis : Dyspnea es susp CKD

2. Identitas Penanggung jawab

Nama : Nn.H
Usia : 24 Tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam
Alamat : Batu Panco

4.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan utama MRS

Klien datang ke UGD pada tanggal 10 Mei 2023 pada pukul 21.00 WIB dengan keluhan sesak nafas sejak kurang lebih 3 jam yang lalu sebelum masuk rumah sakit, kedua kaki bengkak, klien mengatakan mual, muntah, BAK sedikit, badan terasa lemas dan memiliki riwayat hipertensi tapi tidak terkontrol.

2) Keluhan saat ini

Pada saat pengkajian pada tanggal 12 Mei 2023 pada pukul 16.00 WIB klien mengatakan jika posisi tidur telentang klien sesak nafas, jika pada posisi duduk sesak nafas klien berkurang, klien mengatakan badannya masih terasa lemas aktivitas dibantu oleh

keluarga, terdapat edema pada kedua kaki, dan pada klien terpasang oksigen 3Lpm.

3) Keluhan kronologis

- a. Faktor pencetus : Beraktivitas
- b. Timbulnya keluhan : 3 jam sebelum masuk rumah sakit
- c. Lamanya : Terus-Menerus
- d. Upaya Mengatasi : Langsung dibawa ke RS

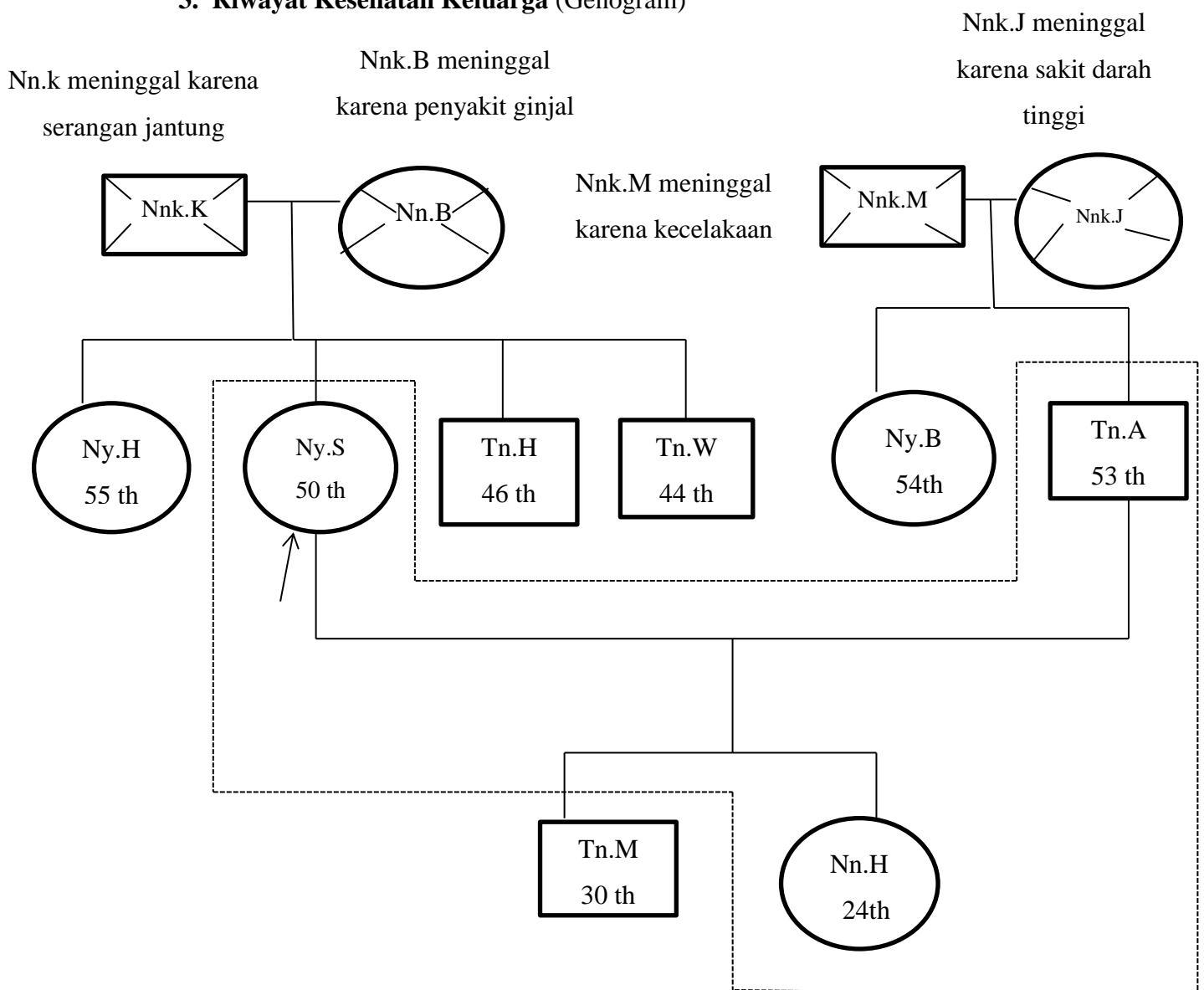
4) Skala pengkajian PQRST

- a) P: Nyeri dada
- b) Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk
- c) R: Nyeri pada dada kiri depan tembus kebelakang
- d) S: 5
- e) T: Hilang timbul




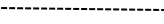

2. Riwayat Keluhan Masa Lalu

- 1). Riwayat Alergi : Tidak ada riwayat alergi apapun
- 2). Riwayat Kecelakaan : Klien tidak ada riwayat kecelakaan
- 3). Riwayat Dirawat di RS : Klien mengatakan sudah pernah dirawat di RS 1 bulan yang lalu dengan keluhan yang sama
- 4). Riwayat Operasi : Klien tidak pernah menjalankan operasi sebelumnya
- 5). Riwayat pemakaian obat : Klien mengatakan meminum obat darah tinggi tetapi tidak rutin
- 6). Riwayat Merokok : Klien tidak merokok

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram)

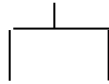


Keterangan

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Pasien
-  : Tinggal Serumah
-  : Laki-laki meninggal



: Perempuan meninggal



: Kembar

4. Penyakit yang pernah diderita : Hipertensi tapi tidak terkontrol

5. Riwayat Psikososial dan Spiritual

- 1). Adanya Orang terdekat : Suami dan Anak-Anaknya
- 2). Interaksi dalam keluarga
 - a. Pola Komunikasi : Klien memiliki komunikasi yang baik dalam keluarganya maupun di masyarakat
 - b. Pembuatan Keputusan : Suami sebagai pembuatan keputusan dirumah
 - c. Kegiatan Kemasyarakatan : Klien aktif di kegiatan bermasyarakat, klien juga sering mengikuti pengajian ibu-ibu di lingkungan rumahnya.
- 3). Dampak penyakit pasien : Klien mengatakan karena penyakit yang dideritanya klien sulit untuk beraktivitas dalam memenuhi tugasnya sebagai ibu rumah tangga dan klien mengatakan susah untuk bekerja karena badannya yang lemas.
- 4). Masalah Yang Mempengaruhi : Tidak ada

6. Persepsi pasien terhadap penyakitnya

- 1). Hal yang sangat dipikirkan : Klien mengatakan takut tidak bisa pulih kembali seperti biasanya.
- 2). Harapan telah menjalani : Klien rutin minum obat, dan ingin segera pulih
- 3). Perubahan yang diharapkan : Klien mengatakan perubahan yang diharapkannya yaitu agar badannya bisa kuat kembali dan bisa menjalankan tugasnya sebagai ibu rumah tangga, dan klien mengatakan akan merubah polanya menjadi lebih sehat.

7. System nilai kepercayaan

- 1). Nilai-nilai yang dipercayai : Agama islam
- 2). Aktivitas Agama : Klien mengatakan saat belum sakit dia sering mengikuti pengajian di masjid dekat lingkungan rumahnya, Namun karena kondisi penyakitnya saat ini klien sudah jarang mengikuti pengajian di masjid seperti biasanya.

8. Pola Kebiasaan

Tabel 4.1
Activity of Daily Living

No	Hal yang dikaji	Pola kebiasaan	
		Sebelum sakit	Saat sakit
1	Pola nutrisi: 1. Frekuensi makan 3x/hari 2. Nafsu makan baik/tidak 3. Porsi makan yang dihabiskan 4. Makan yang tidak disukai 5. Makanan yang membuat alergi 6. Makanan pantangan 7. Minum 8. Penggunaan obat-obatan sebelum makan 9. Penggunaan alat bantu (NGT,dll) 10. Gangguan kebutuhan nutrisi	3 kali Baik 1 porsi Tidak ada Tidak ada Tidak ada 6 Gelas Minum obat darah tinggi tapi tidak rutin Tidak ada Tidak ada	3 kali tetapi tidak habis Menurun 1/3 porsi Tidak ada Tidak ada Klien mendapatkan diet makanan rendah garam 2 Gelas Tidak ada Tidak ada Tidak ada
2	Pola eliminasi: 1. BAK a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan d. Penggunaan alat bantu (kateter,dll) 2. BAB a. Frekuensi b. Waktu c. Warna d. Konsistensi e. Keluhan f. Penggunaan <i>Laxatif</i> 3. Gangguan eliminasi	4-5 kali Jernih Tidak ada Tidak ada 1 kali Pagi hari Kekuningan Lembek Tidak ada Tidak ada Tidak ada	2 kali Kekuningan Pengeluaran sedikit-sedikit atau tidak lancar Tidak ada Belum BAB Tidak aada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada
3	Pola personal hygiene 1. Mandi a. Frekuensi	2 kali	Klien belum mandi dan hanya di lap dengan tisu basah

	b. Waktu 2. Oral hygiene a. Frekuensi b. Waktu 3. Cuci rambut a. Frekuensi b. Waktu 4. Gangguan personal hygiene	Pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore Tidak ada	Pagi dan sore 1 kali Pagi Belum ada Tidak ada Ada, klien belum mampu berjalan ke kamar mandi karena masih terasa lemas
4	Pola istirahat dan tidur 1. Lama tidur siang 2. Lama tidur malam 3. Kebiasaan sebelum tidur 4. Gangguan istirahat dan tidur	Tidak ada 6-8 jam Menonton TV Tidak ada	30 menit \pm 3 jam Tidak ada Ada, klien kurang tidur karena sesak dan lingkungan yang berisik
5	Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan 1. Merokok: Ya/Tidak a. Frekuensi b. Jumlah 2. Minuman Keras: Ya/Tidak a. Frekuensi b. Jumlah c. Lama pemakaian Gangguan kesehatan	Tidak Tidak ada Tidak ada Tidak Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak Tidak ada Tidak ada Tidak Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan fisik umum

Kedadaan umum	: Lemah
Tingkat kesadaran	: Composmentis
Glasgow coma scale (GCS)	: E4V5M6 (15)
Berat badan	: 50 kg
Tinggi badan	: 148 cm

Tekanan darah	: 150/80 mmHg
Nadi	: 90 x/menit
Frekuensi nafas	: 26 x/menit
Suhu tubuh	: 36,2 ⁰ C
SpO2	: 95%

2. Sistem penglihatan

Posisi mata	: Simetris antara kanan dan kiri
Kelopak mata	: Tidak terdapat pembekakan pada kelopak mata klien
Pergerakan bola mata	: Pergerakan bola mata simetris
Konjungtiva	: Anemis
Kornea	: Normal
Sclera	: An-ikterik
Pupil	: Isokor
Otot-otot mata	: Otot mata normal
Fungsi penglihatan	: Kabur saat membaca tulisan
Tanda-tanda radang	: Tidak ada tanda-tanda radang
Pemakaian kaca mata	: Klien tidak menggunakan kacamata
Pemakaian lensa kontak	: Klien tidak menggunakan lensa kontak
Reaksi terhadap cahaya	: Mengecil

3. Sistem pendengaran

Daun telinga	: Simetris antara kanan dan kiri, daun telinga bersih, tidak ada pembekakan, tidak ada nyeri tekan
Kondisi telinga tengah	: Tidak ada serumen
Cairan dan telinga	: Tidak ada perdarahan dalam telinga, tidak ada cairan yang keluar
Perasaan penuh di telinga	: Tidak ada
Tinnitus	: Tidak ada
Fungsi pendengaran	: Mengalami gangguan pendengaran
Gangguan keseimbangan	: Tidak ada gangguan keseimbangan
Pemakaian alat bantu	: Tidak ada

4. Sistem pernafasan

Jalan nafas	: Bersih
Penggunaan otot bantu bantu	: Menggunakan otot bantu nafas pernafasan
Frekuensi nafas	: 26 x/menit
Oksigen	: Klien terpasang oksigen nasal kanul 3Lpm
Irama	: Reguler
Jenis pernafasan	: Takipneu
Batuk	: Tidak ada
Sputum	: Tidak ada

Terdapat darah : Tidak ada

Suara nafas : Vesikuler

Keluhan : Klien mengatakan sesak saat tidur terlentang dan badannya masih terasa lemas.

5. Sistem kardiovaskular

1) Sirkulasi perifer

- a. Frekuensi nadi : 90 x/m
 - a) Irama : Reguller
- b. Distensi vena jugularis
 - a) Kanan : Tidak ada
 - b) Kiri : Tidak ada
 - c) Temperature kulit : 36,2⁰ C
- c. Warna kulit : Sianosis
- d. Edema : Ada, terdapat edema pada kedua kaki
- e. Capilarey refill time : Kembali dalam > 2 detik

2) Sirkulasi jantung

- a. Irama : Irama jantung teratur
- b. Sakit dada : Terdapat nyeri pada bagian dada (kiri sampai ke belakang)
- c. P: Nyeri dada
- d. Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk
- e. R: Nyeri pada dada kiri depan tembus kebelakang
- f. S: 5
- g. T: Hilang timbul

6. Sistem hematomegali

1) Gangguan hematomegali

- a. Pucat : Tidak ada
- b. Perdarahan : Tidak ada

7. Sistem saraf pusat

- a. Keluhan sakit kepala : Tidak ada
- b. Tanda-Tanda peningkatan : Tidak ada
- c. Gangguan system persarafan : Tidak ada
- d. Pemeriksaan reflek
 - 1) Reflek fisiologis : Tidak dikaji
 - 2) Reflek patologis : Tidak dikaji
- e. 12 Saraf Kranial
 - 1. Olfaktorius : Normal
 - 2. Optik : Klien mengatakan mata sudah kabur
 - 3. Okulomotor : Normal.
 - 4. Troklear : Menggerakkan otot mata baik
 - 5. Trigeminal : Motorik dan sensorik baik
 - 6. Abdusen : Motorik pada mata normal
 - 7. Fasialis : Normal
 - 8. Vestibulokoklearis : Baik
 - 9. Glossofaringeal : Normal

10. Saraf Vagus : Normal
11. Aksesorius : Normal
12. Hipoglossus : Normal

8. System pencernaan

- a. Keadaan mulut
- a) Gigi : Gigi sudah ada yang ompong bagian gigi bawah di belakang
- b) Gigi palsu : Tidak ada
- c) Stomatitis : Tidak ada
- d) Lidah kotor : Tidak ada
- b. Mukosa bibir : Kering
- c. Muntah : Tidak ada
- d. Nyeri perut : Tidak ada
- e. Bising usus : 18x/menit
- f. Konsistensi feces : Tidak ada (Belum BAB selama di Rumah sakit)
- g. Konstipasi : Tidak ada
- h. Hepar dan limfa : Hepar dan limfa tidak teraba dan tidak ada pembekakan dan pembesaran
- i. Abdomen
- a) Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi
- b) Palpasi : Tidak pembekakan dan tidak ada

nyeri tekan

c) Auskultasi : Bising usus normal 18x/menit

d) Perkusi : Bunyi pekak

9. System endokrin

a. Pembesaran kelenjar tyroid : Tidak ada

b. Nafas berbau keton : Tidak ada

c. Luka ganggren : Tidak ada

10. System urogenital

a. Perubahan Pola Kemih

BAK : Pada saat pengkajian kepada klien
mengatakn BAK sekitar +- 200 cc

Warna : Kekuningan

b. Distensi/ketegangan : Tidak ada

Kandung kemih : Tidak ada

c. Keluhan sakit pinggang : Tidak ada

d. Balance cairan

Tabel 4.2***Hasil Balance cairan***

Hari/ Tanggal/ Jam	Shif Dinas	Cairan Masuk (Input)	Cairan Keluar (Output)	Paraf
Jum'at 12 Mei 2023 20.00 wib	Sore	Minum : 200 ml IVFD : 350 ml Injeksi : <u>2 ml</u> + 552 ml	Urine : 200 cc	Erin
	Malam	Minum : 300 ml IVFD : <u>360 ml</u> + 660 ml	Urine : 70 cc	Perawat Ruangan
		Hasil Intake : 1212 ml + AM (5xBB = 5x50 = 250) =1462	Hasil Output : 270 + IWL (15x50 = 750) = 1020	
Balance Cairan : Intake – Output= 1462-1020 = +442				
Sabtu, 13 Mei 2023 14.00 wib	Pagi	Minum : 200 cc IVFD : 300 ml Injeksi : <u>1 ml</u> + 501 ml	Urine : 150 cc	Erin
	Sore	Minum : 100 cc IVFD : <u>360 ml</u> + 460 ml	Urine : 100 cc	Perawat Ruangan

08.00 wib	Malam	Minum : 150 IVFD : <u>360</u> ml + 510 ml	Urine : 300 cc	Perawat Ruangan
		Hasil Intake : 1471 + AM (5xBB = 5x50 = 250) = 1721	Hasil Output : 550 + IWL (15x50 = 750) = 1300	
	Balance Cairan : Intake – Output= 1721-1300 = + 421			
Minggu, 14 Mei 2023 14.00	Pagi	Minum : 500 IVFD : 250 Injeksi : <u>1</u> ml+ 751	Urine : 200 cc	Erin
		Hasil Intake : 751+ AM (5xBB = 5x50 = 250) = 1001	Hasil Output : 200 + IWL (15x50 = 750) = 950	
Balance Cairan: Intake-Output: 1001-950= +51				

11. Sistem Integumen

- a. Turgor kulit : Elastis
- b. Warna Kulit : Sianosis
- c. Keadaan Kulit
- 1) Luka,Lokasi : Tidak ada

- 2) Insisi operasi,Lokasi : Tidak ada
- 3) Kondisi : Tidak ada
- 4) Gatal-Gatal : Tidak ada
- 5) Kelainan pigmen : Tidak ada
- 6) Dekubitus,lokasi : Tidak ada
- d. Kelainan kulit : Tidak ada
- e. Kondisi kulit daerah infus : Sedikit mengalami pembengkakan

12. System Muskuloskeletal

- a. Kesulitan dalam pergerakan : Klien mengalami kesulitan dalam berjalan karena masih merasa lemas
- b. Sakit tulang,sendi,kulit : Tidak ada
- c. Fraktur : Tidak ada
- d. Lokasi : Tidak ada
- e. Kondisi : Tidak ada
- f. Keadaan Tonus : Baik
- g. Kekuatan otot

4444	4444
4444	4444

13. Ekstremitas

- 2) Atas : Pada tangan kanan terpasang infus NaCl 10 tpm
- 3) Bawah : Pada kedua kaki klien terdapat edema +/- 2cm dan kembali >2 detik

14. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan Laboratorium, tanggal 10 Mei 2023

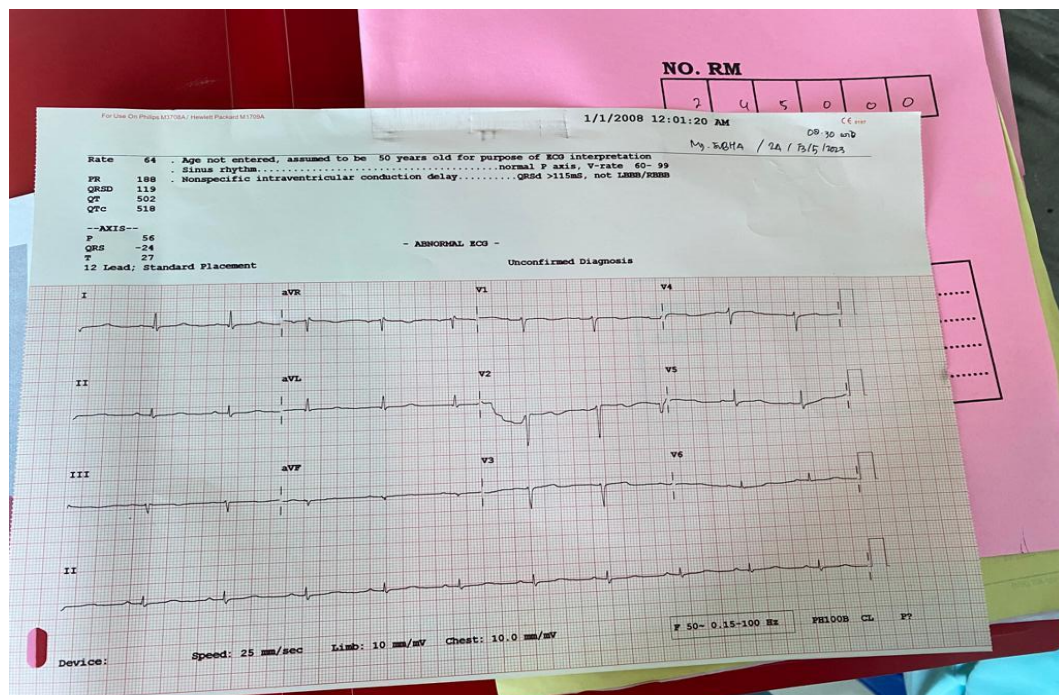
Tabel 4.3

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	METODE	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	5,2*	g/dL	Cyanment Hb	W: 11,7-15,5 L: 13,2-17,3
Jumlah Lekosit	3.900	uL	Turk/Hema analizer	W: 3.600-11.000 L: 3.800-10.600
Jumlah Eritrosit	1,80*	Juta/uL	Hayem/Hema analizer	W: 3,8-5,2 L: 4,4-5,9
Jumlah Trombosit	149.000*	uL	Direk/Hema analizer	150.000-440.000
Laju Endap Darah (LED)	147	Mm	Westergren	W: 0-20 L: 0-10
Diff Count:				
Basofil	0	%	Mikroskopis giemsa	0-1
Eosinofil	2	%	Mikroskopis giemsa	1-4
Neutrofil Batang	0*	%	Mikroskopis giemsa	2-6
Neutrofil segmen	59	%	Mikroskopis giemsa	50-70
Limfosit	31	%	Mikroskopis giemsa	20-40
Monosit	8	%	Mikroskopis giemsa	2-8

Hematokrit	15*	%	Kapiler/Hema analyzer	W: 35-47 L: 40-52
MCV	84	fL	Indirek	80-100
MCH	29	Pg	Indirek	26-34
MCHC	34	g/dL	Indirek	32-36
KIMIA				
Glukosa Sewaktu	106	mg/dL	GOD-PAP	74-106
Ureum	118*	Mg/dL	Urease-GLDH	17-43
Kreatinin	3,98*	Mg/dL	Jaffe	W: 0,45-0,75 L: 0,62-1,10

Pemeriksaan EKG tanggal 13 Mei 2023



Keterangan:

- Sinus rhythm
- Normal p axis
- Ventrikel rate 60-99
- Non specific intraventricular conduction delay

15. Penatalaksanaan (Pemberian terapi obat)

Tabel 4.4

Pemberian Terap Obat

Hari/Tanggal	Nama obat	Dosis Obat	Fungsinya
Jum'at, 12 Mei 2023	1. Asam folat 2. CaCo ₃ 3. Telmisartan 4. Lansoprazol 5. Furosemid 6. Fartison 7. IVFD NaCl	3x1 tab 3x1 tab 1x1 tab 1x1 vial (30 mg) 2x1 amp (10 mg) 1x1 inj 10 tetes/menit	1. Untuk memperlambat kerusakan ginjal pada penderita penyakit ginjal kronis. 2. Sebagai suplemen untuk meningkatkan kadar kalsium dalam tubuh. 3. Untuk mengurangi tekanan darah tinggi 4. Untuk mengatasi kondisi yang berkaitan dengan peningkatan asam lambung. 5. Untuk mengatasi penumpukan cairan/edema ddidalam tubuh 6. Sebagai obat kostikeroid
Sabtu, 13 Mei 2023	1. IVFD NaCl 2. Furosemid 3. Lansoprazole 4. Asam folat 5. CaCo ₃ 6. Telmisartan 7. Fartison	10tpm 1x1 vial (30 mg) 2x1 amp (10 mg) 3x1 tab 3x1 tab 1x1 tab 1x1	1. Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi 2. Untuk mengatasi penumpukan cairan/edema didalam tubuh 3. Untuk mengatasi kondisi yang berkaitan dengan peningkatan asam lambung. 4. Untuk memperlambat kerusakan ginjal pada penderita penyakit ginjal kronis. 5. Sebagai suplemen untuk meningkatkan kadar kalsium dalam tubuh. 6. Untuk mengurangi tekanan darah tinggi 7. Sebagai terapi

			pengobatan endokrin, rematik, gangguan kulit, alergi, gangguan hematologi, penyakit terkait sistem pernapasan, edema, dan TB meningitis.
Minggu, 14 Mei 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. IVFD NaCl 2. Asam folat 3. CaCo₃ 4. Telmisartan 	<ol style="list-style-type: none"> 10tpm 3x1 tab 3x1 tab 1x1 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi 2. Untuk memperlambat kerusakan ginjal pada penderita penyakit ginjal kronis. 3. Sebagai suplemen untuk meningkatkan kadar kalsium dalam tubuh. 4. Untuk mengurangi tekanan darah tinggi

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien terpasang O2 nasal kanul 3lpm - Klien dibantu keluarga saat beraktivitas - Klien terlihat anemis/pucat - TTV: <ul style="list-style-type: none"> RR: 26x/m Hr: 90x/m TD: 150/80 mmHg S: 36,2 Spo2: 95% - Hb menurun 5,2 g/dL 		
4.	<p>Ds: - Klien mengatakan nyeri pada bagian dada kiri sampai kebelakang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih lemas <p>P: Nyeri dada</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Nyeri pada dada kiri depan tembus kebelakang</p> <p>S: 5</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>Do: TTV:</p> <ul style="list-style-type: none"> RR: 26x/m Hr: 90x/m TD: 150/80 mmHg S: 36,2 Spo2: 95% <ul style="list-style-type: none"> - Sinus rhytm - Normal p axis - Ventrikel rate 60-99 - Non specific intraventricular conduction delay 	Perubahan frekuensi jantung	Resiko Penurunan curah jantung (D.0011)

4.3 Diagnosa Keperawatan

Nama Pasien : Ny.S

No. MR : 245000

Umur : 50 tahun

Dx. Medis : Dyspnea ec susp CKD

Ruangan : Melati

Tabel 4.6

Diagnosa keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Pola nafas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas	12 Mei 2023	14 Mei 2023
2.	Hipervolemia b.d Gangguan mekanisme regulasi	12 Mei 2023	14 Mei 2023
3.	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh	12 Mei 2023	Masalah teratasi sebagian intervensi dilanjutkan klien dirumah
4.	Resiko penurunan curah jantung d.d Perubahan frekuensi jantung	13 Mei 2023	14 Mei 2023

4.4 Intervensi Keperawatan

Nama Pasien : Ny.S

No. MR : 245000

Umur : 50 tahun

Dx. Medis : Dyspnea ec susp CKD

Ruangan : Melati

Tabel 4.7

Intervensi Keperawatan

Hari/ Tanggal	No. Dx	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasionalisasi
Jum'at 12 Mei 2023	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola nafas membaik Dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Frekuensi nafas membaik 3. Kedalaman nafas membaik 	<p>Manajemen jalan nafas (I.01011) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas 2. Monitor bunyi nafas tambahan Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 3. Pertahankan kepatenan jalan nafas 4. Posisikan semi fowler atau fowler 5. Berikan oksigen Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari Kolaborasi: <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian bronkodilator </p> <p>Pengaturan posisi (I. 01019) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 8. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi Teraupetik: <ol style="list-style-type: none"> 9. Atur posisi tidur yang di sukai, jika tidak kontraindikasi 10. Atur posisi untuk </p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui pola nafas 2. Untuk mendengar bunyi nafas tambahan 3. Untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas 4. Untuk memberikan posisi nyaman klien 5. Untuk mengurangi sesak pada klien 6. Agar asupan minum terjaga 7. Agar sesak klien terjaga 8. Agar mengetahui kebutuhan oksigenasi 9. Meningkatkan kenyamanan pasien 10. Mengurangi sesak klien 11. Meningkatkan kualitas kenyamanan tidur pasien untuk

			<p>mengurangi sesak (mis: semi fowler)</p> <p>11. Tinggikan tempat tidur bagian kepala</p> <p>12. Berikan bantal yang tepat pada leher</p> <p>Edukasi:</p> <p>13. Informasikan saat dilakukan perubahan posisi</p> <p>14. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi</p>	<p>menghindari kontraindikasi</p> <p>12. Menjaga kenyamanan bagian kepala pasien</p> <p>13. Meningkatkan kenyamanan pada leher pasien</p> <p>14. Agar pasien bisa mengubah posisi nyaman secara mandiri</p>
Jum'at 12 Mei 2023	2	<p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x 24 jam diharapkan Keseimbangan Cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Edema menurun</p> <p>2. Tekanan darah membaik</p> <p>3. Turgor kulit membaik</p>	<p>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>2. Identifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>3. Monitor status hemodinamik, tekanan darah,</p> <p>4. Monitor intake dan output cairan</p> <p>5. Monitor kecepatan infus secara ketat</p> <p>6. Monitor efek samping diuretik</p> <p>Terapeutik</p> <p>7. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>8. Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>9. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Anjurkan melapor jika haluaran urine <0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam</p>	<p>1. Untuk mengetahui tanda dan gejala yang muncul</p> <p>2. Untuk mengetahui penyebab dari terkena hipervolemia</p> <p>3. Untuk memastikan apakah cairan dalam tubuh lebih, kurang, ataupun seimbang</p> <p>4. Untuk mengetahui kandungan cairan dalam darah</p> <p>5. Untuk menghindari kelebihan cairan yang masuk ke dalam tubuh</p> <p>6. Untuk mengetahui perkembangan berat badan</p> <p>7. Untuk mengurangi cairan dalam tubuh</p> <p>8. Untuk memberikan posisi</p>

			<p>11. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>12. Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>13. Kolaborasi pemberian diurutik</p>	<p>yang nyaman pada pasien</p> <p>9. Agar dapat segera mendapatkan penanganan yang sesuai perkembangan</p> <p>10. Agar pasien bisa mengukur cairan tubuhnya sendiri</p> <p>11. Agar pasien bisa membatasi diri</p> <p>12. Untuk mempercepat laju pembentukan urine</p> <p>13. Agar kalium dalam tubuh tetap terjaga</p>
Jum'at 12 Mei 2023	3	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Toleransi aktivitas klien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. frekuensi nadi meningkat 2. saturasi oksigen meningkat 3. keluhan lelah menurun 4. dyspnea setelah beraktivitas menurun 5. frekuensi nafas membaik 	<p>Manajemen Energi (I. 05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya,suara,kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/aktif 7. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. untuk mengetaui kelelahan fisik dan emosional 3. untuk mengetahui pola dan jam tidur klien 4. untuk mengetahui lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 5. agar klien merasa nyaman didalam ruangan 6. agar tidak terjadi kekakuan pada tubuh klien selama berbaring ditempat tidur 7. untuk meregangkan otot-otot tubuh klien

			<p>jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Anjurkan tirah baring</p> <p>9. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>10. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p> <p>11. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>12. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>Terapi Oksigen</p> <p>Observasi</p> <p>13. Monitor kecepatan aliran oksigen</p> <p>14. Monitor efektifitas terapi oksigen</p> <p>15. Monitor kemampuan melapaskan oksigen saat makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>16. Bersihkan sekret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu</p> <p>17. Pertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>18. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur</p>	<p>8. agar klien tetap rileks dan nyaman</p> <p>9. untuk membatasi aktivitas klien</p> <p>10. agar klien dapat melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>11. agar perawat mengetahui kondisi klien</p> <p>12. agar keluarga mengetahui mengenai cara mengurangi lelah pada pasien</p> <p>13. agar kecepatan aliran oksigen terkontrol</p> <p>14. Untuk mempertahankan efektifitas terapi oksigen</p> <p>15. Agar mengetahui kemampuan pasien</p> <p>16. Agar jalan nafas bersih</p> <p>17. Untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>18. Untuk menggunakan oksigen dalam beraktivitas</p>
Sabtu 13 Mei 2023	4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Perawatan Jantung (I.02075)	<p>1. Memonitor tekanan darah</p> <p>2. Menghitug cairan</p>

		<p>selama 3x24 jam diharapkan Curah jantung meningkat Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ortopnea menurun 2. Tekanan darah membaik 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor intake output cairan 3. Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Posisikan pasien semi fowler atau fowler 5. Berikan dukungan emosional dan spiritual 6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi 94% <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap 	<p>intake dan output</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Agar saturasi tetap normal 4. Agar posisi klien nyaman 5. Memberikan dukungan seperti mengajrkan selalu berdoa supaya cepat diberi kesembuhan 6. Memberikan oksigen 7. Menganjurkan aktivitas fisik secara perlahan
--	--	--	---	---

4.5 Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny.S

No. MR : 245000



Umur : 50 tahun


Dx. Medis : Dyspnea ec susp CKD

Ruangan : Melati

Tabel 4.8

Implementasi Keperawatan

No	Tanggal/ jam	No. Dx	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
1.	12 Mei 2023 14.00	1,2,3	Melakukan pengkajian kepada klien dan ttv klien	Klien dilakukan pengkajian TD: 150/80 Mmhg Nadi: 90x/mnt S: 36,2 C	 Erin
		1	Mengatur posisi klien menjadi semi fowler	Klien mengatakan nyaman dengan posisi ini dan sesak sedikit berkurang	
	14.20	1	Membenarkan oksigen nasal kanul 3lpm	Klien mengatakan sesak berkurang	
		1	Memonitor respirasi klien	Rr: 26x/m	
		1	Memonitor saturasi oksigen klien	SpO2: 95% dengan terpasang nasal kanul 3lpm	
	18.00	2	Melakukan injeksi furosemide 1amp melalui jalur iv	Terapi injeksi telah diberikan melalui selang infus	
		2	Memberikan obat tab asam folat	Telah diberikan obat oral	
19.30	1	Memonitor respirasi klien dan Memonitor saturasi oksigen	SpO2: 95% dengan terpasang nasal kanul 3Lpm Rr: 25x/menit		
	2	Menghitung intake dan output cairan (Shift sore)	Balance cairan: Intake-output= 551-200 = +352		
2.	13 Mei 2023 08.00	2	Menghitung balance cairan (Shift sore dan Shift malam)	Hasil intake dan output = 1462-1020 = +442	 Erin
		1,2,3	Mengukur TTV pasien	TD: 130/90 mmHg Hr: 85x/m Rr: 26x/m S: 36°C SpO2: 96%	

	09.00	1,2,3,4	Mengobservasi keadaan pasien	Keadaan klien masih lemah dan sesak dan klien mengeluh nyeri pada bagian dada kiri tembus kebelakang	
	10.00	1	Mengatur posisi klien menjadi semi fowler	Pasien tetap dalam posisi semi fowler	
		1,2	Mengauskultasi suara nafas pasien	Nafas vesikuler, irama nafas regular	
		1	Memonitor respirasi	Rr: 25x/m	
		1	Memonitor saturasi	SpO2: 97%	
		1	Mengobservasi terapi oksigen sesuai indikasi yang diberikan	Oksigen nasal kanul 3lpm	
		1,2	Mempertahankan kepatenan jalan napas	Posisi pasien tetap semi fowler dan bantal diatas kepala	
		4	Mengajarkan tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri klien	Klien melakukan teknik nafas dalam	
	11.00	4	Melakukan EKG pada klien	Klien dilakukan EKG	
		1,2	Mengkaji lokasi dan luas edema	Terdapat pitting edema pada ekstremitas bawah +-2cm	
		2,4	Mengingatkan kembali kepada pasien dan keluarga pasien untuk membatasi asupan cairan	Pasien mendengarkan penjelasan perawat	
			Memberikan dukungan spiritual	Klien selalu berdoa supaya diberi kesembuhan	
		3	Mengkaji kelemahan pasien	Pasien masih terasa lemas	
	12.00	3	Membantu tingkat kemampuan mobilisasi pasien	Mobilisasi pasien dibantu oleh anaknya	
		2	Injeksi obat furosemide 1mg	Klien mengatakan tidak terasa sakit	
		4	Memberikan obat oral asam folat, CaCo3 dan telmisartan	Klien mengatakan akan meminum obatnya	
	14.00	3	Menganjurkan pasien untuk tidak turun dari tempat tidur sendiri	Pasien mengatakan mengerti dengan apa yang dijelaskan	
		1,2	Memonitor respirasi dan saturasi klien	SpO2: 96% dengan terpasang nasal kanul 3Lpm	
		2	Menghitung cairan intake dan output (Shift pagi)	Rr: 23x/menit	
				Hasil intake-output= 501-150= +351	
3.	14 Mei 2023 08.00	2	Menghitung balance cairan per 24 jam (Shift pagi, sore, malam)	Hasil intake-output = 1721-1300 = +421	
		1,2,3,4	Mengukur TTV	TD: 120/90 mmHg Hr: 80x/m Rr: 21x/m S: 36°C	Erin

	09.00	1,2,3,4	Mengobservasi keadaan klien	SpO2: 97% Keadaan pasien masih lemas dan sesak berkurang dan nyeri sudah berkurang
		4	Mengajarkan tarik nafas dalam	Klien melakukan tarik nafas dalam
		1,2	Mengatur posisi semi fowler pada pasien	Pasien tetap dalam posisi semi fowler
		1,2	Mengauskultasi suara nafas pasien	Suara nafas pasien vesikuler
		1,2,4	Memonitor respirasi pasien Memonitor saturasi pasien Mengobservasi terapi oksigen yang diberikan sesuai dengan indikasi	Rr: 21x/m SpO2: 97% Pasien sudah tidak menggunakan oksigen
		1,2	Mempertahankan kepatenan jalan nafas	Pasien tetap pada posisi semi fowler dengan bantal diatas kepala
		2	Mengkaji lokasi dan luas edema	Edema pada kedua kaki +-1cm dan sudah berkurang
		3	Mengkaji kelemahan pasien	Pasien sudah sedikit bertenaga
	11.00	2	Mengingatkan kembali kepada pasien dan keluarga untuk membatasi minum pasien	Pasien mendengarkan penjelasan perawat
		3	Memantau tingkat kemampuan mobilisasi	Mobilisasi pasien masih dibantu keluarga
		1,2,3	Memberikan obat oral asam folat dan CaCO3	Pasien akan segera minumnya
		1,2,4	Memonitor Respirasi dan Saturasi oksigen klien	SpO2: 98% Rr: 20x/menit
	12.30	2	Menghitung intake output cairan	Hasil intake-output = 1001-950= +51

4.6 Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : Ny.S

No. MR : 245000



Umur : 50 tahun


Dx. Medis : Dyspnea ec susp CKD



Ruangan : Melati



Tabel 4.9

Evaluasi Keperawatan



Tanggal	No. Dx	Jam/waktu	Evaluasi	Paraf																																			
Hari pertama 12 Mei 2023	1	20.00 WIB	<p>S: - Klien mengatakan masih terasa sesak</p> <p>- Klien mengatakan masih lemas</p> <p>O: - Klien masih sesak</p> <p>- Frekuensi nafas Rr: 25 x/m</p> <p>- Kedalaman nafas sedang</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Dispnea</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi nafas</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kedalaman nafas</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1,4,5,11,14</p>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Dispnea			✓			2.	Frekuensi nafas			✓			3.	Kedalaman nafas			✓			 Erin
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																	
o																																							
1.	Dispnea			✓																																			
2.	Frekuensi nafas			✓																																			
3.	Kedalaman nafas			✓																																			
	2	20.00 WIB	<p>S: - Klien mengatakan masih bengkak</p> <p>O: - Klien terlihat masih lemas</p> <p>- Edema masih ++ 2cm</p> <p>- Tekanan darah masih tinggi: 150/80 Mmhg</p> <p>- Turgor kulit elastis</p> <p>- Hasil intake-output= 501-150= +351</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p>	 Erin																																			



			<table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Edema</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Turgor kulit</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,12,13</p>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Edema		✓				2.	Tekanan darah			✓			3.	Turgor kulit			✓																	
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																															
o																																																					
1.	Edema		✓																																																		
2.	Tekanan darah			✓																																																	
3.	Turgor kulit			✓																																																	
	3	20.00 WIB	<p>S: - Klien mengatakan badan masih terasa lemas dan lelah</p> <p>O: - klien masih terlihat lemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisasi masih dibantu keluarga - Frekuensi nadi klien normal : 90x/mnt - Saturasi oksigen klien normal : 95% <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Saturasi oksigen</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Keluhan lelah</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Dyspnea setelah beraktivitas</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Frekuensi nafas</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 2,6,8,9</p>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Frekuensi nadi			✓			2.	Saturasi oksigen			✓			3.	Keluhan lelah			✓			4.	Dyspnea setelah beraktivitas			✓			5.	Frekuensi nafas			✓			 Erin
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																															
o																																																					
1.	Frekuensi nadi			✓																																																	
2.	Saturasi oksigen			✓																																																	
3.	Keluhan lelah			✓																																																	
4.	Dyspnea setelah beraktivitas			✓																																																	
5.	Frekuensi nafas			✓																																																	

Tanggal	No. Dx	Jam/waktu	Evaluasi	Paraf																																			
Hari kedua 13 Mei 2023	1	14.00 WIB	<p>S: - Klien mengatakan sesak sudah sedikit berkurang</p> <p>- Klien mengatakan masih lemas</p> <p>O: - Klien masih sesak berkurang</p> <p>- Frekuensi nafas Rr: 23x/m</p> <p>- Kedalaman nafas membaik</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Dispnea</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi nafas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kedalaman nafas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1,4,5</p>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Dispnea			✓			2.	Frekuensi nafas				✓		3.	Kedalaman nafas				✓		 Erin
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																	
o																																							
1.	Dispnea			✓																																			
2.	Frekuensi nafas				✓																																		
3.	Kedalaman nafas				✓																																		
	2	14.00 WIB	<p>S: - Klien mengatakan masih terdapat edema pada bagian ekstremitas</p> <p>O: - Klien terlihat masih lemas</p> <p>- Edema masih ++ 1 cm</p> <p>- Tekanan darah :130/90 Mmhg</p> <p>- Turgor kulit elastis</p> <p>- Hasil intake-output= 501-150= +351</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Edema</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Edema			✓			2.	Tekanan darah				✓		 Erin							
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																	
o																																							
1.	Edema			✓																																			
2.	Tekanan darah				✓																																		

			3.	Turgor kulit				✓																																													
			P: Intervensi dilanjutkan 1,2,4,13																																																		
	3	14.00 WIB	<p>S: - Klien mengatakan lemas sudah mulai berkurang</p> <p>O: - Mobilisasi masih dibantu keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien masih terlihat lemas - Frekuensi nadi klien normal : 85/mnt - Saturasi oksigen klien normal : 96% <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Saturasi oksigen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Keluhan lelah</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Dyspnea setelah beraktivitas</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Frekuensi nafas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 6,9</p>								N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Frekuensi nadi				✓		2.	Saturasi oksigen				✓		3.	Keluhan lelah			✓			4.	Dyspnea setelah beraktivitas			✓			5.	Frekuensi nafas				✓		 Erin
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																															
1.	Frekuensi nadi				✓																																																
2.	Saturasi oksigen				✓																																																
3.	Keluhan lelah			✓																																																	
4.	Dyspnea setelah beraktivitas			✓																																																	
5.	Frekuensi nafas				✓																																																
	4	14.00 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada bagian dada kiri tembus kebelakang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit tidur <p>O: - Klien terlihat gelisah</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Ortopnea</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Ortopnea		✓				 Erin																												
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																															
1.	Ortopnea		✓																																																		

			2.	Tekanan darah			✓			
P: Intervensi dilanjutkan 2,3,4										

Tanggal	No. Dx	Jam/waktu	Evaluasi	Paraf																																			
Hari ketiga 14 Mei 2023	1	14.00 WIB	<p>S: - Klien mengatakan sesak berkurang</p> <p>O: - Sesak nafas klien menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nafas membaik Rr: 20x/m - Kedalam nafas membaik <p>A: Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Dispnea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi nafas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kedalaman nafas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dihentikan, Klien pulang atas izin dokter</p>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Dispnea					✓	2.	Frekuensi nafas					✓	3.	Kedalaman nafas					✓	 Erin
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																	
o																																							
1.	Dispnea					✓																																	
2.	Frekuensi nafas					✓																																	
3.	Kedalaman nafas					✓																																	
	2	14.00 WIB	<p>S: - Klien mengatakan bengkak di kedua kaki sudah berkurang</p> <p>O: - Edema sudah berkurang -+ 1cm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah normal : 120/90 Mmhg - Turgor kulit elastis - Hasil intake-output = 1001-950= +51 <p>A: Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Edema</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Edema				✓		 Erin														
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																	
o																																							
1.	Edema				✓																																		

			<table border="1"> <tr> <td>2.</td> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Turgor kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </table> <p>P: Intervensi dihentikan, Klien pulang atas izin dokter</p>	2.	Tekanan darah					✓	3.	Turgor kulit					✓																																				
2.	Tekanan darah					✓																																															
3.	Turgor kulit					✓																																															
	3	14.00 WIB	<p>S: - Klien mengatakan lemas berkurang O: - Mobilisasi masih dibantu keluarga ssebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi normal : 80x/mnt - Saturasi oksigen normal : 98% - Sesak nafas setelah aktivitas tidak - Frekuensi nafas membaik : 20x/mnt <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Saturasi oksigen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Keluhan lelah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Dyspnea setelah beraktivitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Frekuensi nafas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan pasien dirumah 6,9 Klien pulang kerumah atas izin dokter</p>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Frekuensi nadi					✓	2.	Saturasi oksigen					✓	3.	Keluhan lelah				✓		4.	Dyspnea setelah beraktivitas					✓	5.	Frekuensi nafas					✓	 Erin
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																															
o																																																					
1.	Frekuensi nadi					✓																																															
2.	Saturasi oksigen					✓																																															
3.	Keluhan lelah				✓																																																
4.	Dyspnea setelah beraktivitas					✓																																															
5.	Frekuensi nafas					✓																																															
	4	20.00 WIB	<p>S: - Klien mengatakan nyeri berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidur nyenyak - Klien mengatakan tidak gelisah lagi <p>O: - Klien terlihat tenang</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p>	 Erin																																																	

			<table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Ortopnea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>					N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Ortopnea					✓	2.	Tekanan darah					✓	
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																														
o																																				
1.	Ortopnea					✓																														
2.	Tekanan darah					✓																														
			<p>P: Intervensi dihentikan, Klien pulang kerumah atas izin dokter</p>																																	

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN PULANG

Nama Klien : Ny.S
No.RM : 245000
Hari, tanggal pulang : Minggu, 14 Mei 2023
Waktu pulang : 13.00 WIB

Klien pulang pada tanggal 14 Mei 2023 dengan pulang atas izin dokter yang merawat, masalah keperawatan yang timbul pada diagnosa 1,2 dan 4 masalah teratasi, 3 teratasi sebagian, ditandai dengan sesak nafas klien menurun, Frekuensi nafas klien membaik, Kedalam nafas membaik, Edema sudah berkurang -+ 1cm tekanan darah normal, Turgor kulit elastis.

1. Kondisi klien

a. Keadaan umum : Baik

b. Tanda-tanda vital

TD : 120/90 mmHg

P : 98x/m

RR : 20x/m

T : 36

SpO2 : 98%

c. Terapi pulang

- Asam folat dosis 5mg
- CaCo3 dosis 1,2 mg

- Telmisartan dosis 40mg

d. Pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga

Pendidikan kesehatan yang di berikan pada pasien dan keluarga adalah untuk selalu memperhatikan kondisi kesehatan klien, terutama memberi pendidikan kesehatan tentang mengurangi mengkonsumsi garam secara berlebihan menjaga makanan yang dimakan dan makan gizi seimbang.

Memberikan Pendidikan Kesehatan pada pasien untuk selalu minum obat yang telah diberikan oleh dokter dengan dosis yang telah di tentukan, oleh dokter, dan bila sesak lagi klien dirumah bisa mengubah posisi klien menjadi posisi semi fowler.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab pembahasan penulis akan membandingkan antara teori asuhan keperawatan Chronic kidney disease CKD dengan praktik asuhan keperawatan tersebut dengan proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan pemecahan masalah serta dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus asuhan keperawatan pada Ny.S dengan penyakit CKD di ruang rawat inap Melati RSUD kabupaten Rejang Lebong.

5.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan masalah pasien. Pengkajian pada pasien Ny. S dengan penyakit CKD dilakukan pada tanggal 12 Mei 2023, dalam mengumpulkan data penyusun menggunakan metode wawancara dengan pasien dan keluarga, dan mengobservasi keadaan klien meliputi pemeriksaan fisik per sistem, karena perawat menganggap lebih sistematis dan akurat, serta didukung oleh sumber catatan perawatan, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang sehingga didapatkan data yang diperlukan.

Chronic Kidney Disease adalah kasus penurunan fungsi ginjal yang terjadi secara akut maupun kronis. Penyakit ginjal kronis CKD terjadi apabila

kedua ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam keadaan yang cocok untuk kelangsungan hidup. Kerusakan pada kedua ginjal bersifat ireversibel. Dari beberapa pengertian diatas dapat dikemukakan bahwa gagal ginjal kronis adalah kerusakan ginjal yang ireversibel sehingga fungsi ginjal tidak optimal dan diperlukan terapi yang membantu kinerja ginjal serta dalam beberapa kondisi diperlukan transplantasi ginjal, (Syamsir (2017).

Berdasarkan pengkajian yang ditemukan pada kasus Ny. S sesuai dengan konsep teori, keluhan utama dan riwayat penyakit dahulu pada Ny. S yaitu sesak nafas dan mengalami pengeluaran urine sedikit pada saat BAK, Selain itu pasien juga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Pasien mempunyai riwayat penyakit Hipertensi tetapi tidak terkontrol. Berdasarkan teori riwayat penyakit dahulu, adanya kesamaan antara teori dengan riwayat penyakit dahulu yang ditemukan pada Ny. S.

Menurut Wijaya (2013), pengkajian sistem sirkulasi pada pasien dengan CKD yaitu riwayat hipertensi lama atau berat, nyeri dada, nadi kuat, edema jaringan umum dan pitting pada kaki dan telapak tangan, distrimia jantung, nadi lemah halus, *Friction rub pericardial*, pasien tampak pucat, kulit kuning, bahkan pasien kecenderungan mengalami perdarahan. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. S, ia mengalami pitting edema pada kedua kaki, dan tampak lemas.

Pengkajian eliminasi yang dapat diperoleh pada pasien CKD adalah pasien mengalami penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare atau konstipasi, perubahan warna urine

contoh kuning pekat, merah atau coklat (Doenges, 2000). Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. S urine pasien pengeluarannya sedikit, berwarna kekuningan, +-200 cc.

Pemeriksaan pernafasan pada pasien Chronic kidney disease (CKD) biasanya nafas pendek, dispnea noctural paroxsimal, batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak, takipnea, peningkatan frekuensi/kedalaman (pernafasan kussmaul). Berdasarkan pengkajian pada Ny. S ditemukan adanya kesamaan antara teori dan keluhan pasien yaitu Ny. S mengalami nafas cepat dimana frekuensi nafas 26 x/menit, kedalaman nafas dangkal, menggunakan otot bantu nafas, pernafasan cuping hidung, dispnea (sesak nafas), ortopnea (kondisi sesak nafas ketika berbaring).

Hasil dari pengkajian yang berupa data-data subyektif dan data obyektif dikumpulkan kemudian dianalisis sehingga didapatkan masalah-masalah pasien untuk selanjutnya menjadi diagnosa keperawatan. Hasil pengkajian perawat menemukan bahwa tanda klinis dari data subyektif dan data obyektif sesuai dengan teori dan tidak ditemukan perbedaan pada saat perawat melakukan pengkajian.

Menurut Berman (2012), data penunjang penyakit CKD menurut teori adanya pemeriksaan laboratorium kimia darah, hematologi, ultrasonography ginjal, Pemeriksaan kimia darah didapat ureum dan kreatinin yang meningkat. Pada saat pemeriksaan laboratorium didapatkan data ureum dan kreatinin Ny. S meningkat, pemeriksaan tanggal 10 Mei 2023 ureum 118 mg/dL (normal ureum 17-43 mg/dL), kreatinin 3,98 mg/dL (normal kreatinin 0,45-0,75 untuk

wanita dan 0,62-1,10 untuk laki-laki). Ditambah dengan pemeriksaan hematologi yaitu, Hb 5,2 g/dL (normal Hb wanita 11,7-15,5) Hematokrit 15% (normal wanita 35-47).

5.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah pengumpulan data, dan penulis menganalisa data data tersebut dan mengidentifikasi prioritas masalah pada pasien dengan Chronic kidney disease berdasarkan teori Nurarif (2015) dan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016) yaitu sebagai berikut :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya nafas
2. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh
4. Resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan Disfungsi ginjal
5. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Anoreksia
6. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler
7. Resiko Penurunan Curah Jantung ditandai dengan Perubahan frekuensi jantung

Berdasarkan data yang didapatkan Ny.S diagnose keperawatan yang dapat ditegakkan yaitu:

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya nafas.
diagnosa ini di tegakkan karena pada saat pengkajian Ny.S mengatakan sesak saat bernafas,klien terpasang O2 nasal canul 3Lpm Rr: 26x/menit,

menggunakan otot bantu nafas, pernafasan cuping hidung, dyspnea (sesak nafas), ortopnea (sesak nafas ketika berbaring), pola nafas abnormal takipnea (nafas cepat).

2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian Ny.S mengatakan BAK sedikit +- 200 cc, selain itu klien juga mengeluh sesak dengan RR: 26x/m dan terpasang O₂ nasal canul 3 lpm, ortopnea (Sesak nafas ketika berbaring), dispnea (sesak nafas), edema perifer (edema yang dapat terjadi pada pergelangan tangan, lengan, engkel dan telapak kaki dan sering kali disebabkan oleh gangguan aliran darah, dan masalah ginjal), kadar Hb turun (5,2 mg/dL).
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian pada Ny.S didapatkan data klien badan terasa lemas, sulit untuk melakukan aktifitas sendiri, klien mengatakan dibantu oleh keluarganya jika ingin pergi ke kamar mandi dan saat melakukan ADL seperti makan dan minum, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.
4. Resiko penurunan curah jantung ditandai dengan Perubahan frekuensi jantung. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian hari ke 2 klien mengatakan nyeri pada bagian dada tembus kebelakang, P: Nyeri dada, Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Nyeri pada dada kiri depan tembus kebelakang, S: 5, T: Hilang timbul. Dan didapat hasil pemeriksaan

EKG, Sinus rhythm, Normal p axis, Ventrikel rate 60-99, Non specific intraventricular conduction delay.

Ada beberapa diagnosa di teori yang tidak diangkat oleh penulis. Sedangkan 3 diagnosa lagi yang tidak diangkat dikarenakan tidak ada data pendukung, salah satunya yaitu Gangguan Pertukaran Gas, dikarenakan pemeriksaan AGD (Analisa Gas Darah) yang merupakan salah satu pemeriksaan penunjang dalam pengangkatan diagnosa Gangguan Pertukaran Gas belum tersedia di RSUD Kabupaten Rejang Lebong. Maka dari itu penulis tidak dapat mengambil diagnosa Gangguan pertukaran gas.

5.3 Intervensi Keperawatan

Setelah pengkajian dan menegakkan diagnosa selanjutnya adalah menyusun rencana keperawatan yang merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan di dalam asuhan keperawatan yang dilakukan. Rencana keperawatan dibuat berlandaskan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan rasionalnya menurut Doenges namun disesuaikan dengan prosedur ruangan, fasilitas yang ada dan faktor-faktor psikologis dan kondisi pasien serta keluarga. Rencana keperawatan disusun dalam bentuk kata perintah, operasional untuk mengatasi, mengurangi dan mencegah masalah yang ada pada pasien serta melatih pasien dalam kemandirian.

Rencana keperawatan dibentuk berdasarkan diagnosa yang di dapat berdasarkan masalah yang ada pada pasien saat dilakukannya pengkajian

dikarenakan ada 4 diagnosa yang didapat maka intervensi pun harus sesuai dengan diagnosa sehingga dapat diimplementasikan dengan baik.

Perencanaan yang telah penulis susun untuk diagnosa Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas adalah Pertahankan posisi klien untuk mengurangi sesak seperti memposisikan klien pada posisi semi fowler, monitor tanda-tanda vital, berikan diuretik sesuai tindakan, menghitung saturasi dan respirasi pada klien.

Perencanaan yang telah penulis susun untuk diagnosa Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi adalah Monitor tanda-tanda vital, mengatur posisi klien untuk mengurangi sesak seperti memposisikan klien pada posisi semi fowler, kaji lokasi dan luas edema, berikan diuretik sesuai terapi, monitor berat badan. Intervensi untuk diagnosa kelebihan volume cairan yang tidak dapat dilakukan adalah memonitor berat badan pasien dikarenakan kondisi pasien yang mengalami kesulitan dalam bergerak jadi hanya dilakukan pertama kali ketika pengkajian saja.

Untuk perencanaan pada diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh antara lain kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan, monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien, bantu pasien mengubah posisi secara perlahan, bantu pasien untuk mengidentifikasi aktifitas yang dapat dilakukan, melibatkan keluarga dalam perawatan.

Perencanaan untuk diagnosa terakhir Resiko Penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan frekuensi jantung yaitu Mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri

5.4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah disusun, dalam pelaksanaan tindakan keperawatan penulis tidak berada diruangan selama 24 jam tetapi penulis berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, sedangkan untuk mengikuti perkembangan pasien dimana penulis tidak dinas maka penulis melihat catatan perawat ruangan Melati dan catatan dokter serta menanyakan langsung pada perawat yang sedang jaga ataupun dengan keluarga.

Tindakan keperawatan dalam pelaksanaan yang telah direncanakan ada yang dapat dilakukan mandiri oleh penulis dan ada juga yang dilakukan secara berkolaborasi dengan tim medis kesehatan lain seperti perawat dan ada juga melibatkan keluarga pasien dalam pemberian perawatan. Penulis tidak menemukan banyak kesulitan saat pelaksanaan perawatan, tetapi penulis melihat bahwa pasien Ny.S dengan CKD yang harusnya dilakukan pemasangan kateter untuk memonitoring output cairan, pada kenyataannya Ny.S tidak dilakukan pemasangan kateter karena merasa tidak nyaman jika dipasang kateter dan lebih memilih BAK sendiri ke toilet.

Tindakan yang dilakukan oleh penulis untuk klien yaitu pengaturan posisi semi fowler yang bertujuan untuk mengatasi sesak nafas yang dialami

klien. Pada pelaksanaan tindakan menurut jurnal ini penulis tidak menemukan kendala apapun, dikarenakan dari ketersediaan peralatan dan kondisi pasien cukup memadai dalam pelaksanaan tindakan. Setelah dilakukan tindakan didapatkan kesimpulan bahwa posisi semi fowler ini terbukti efektif dalam mengurangi sesak nafas pada Ny.S dimana hasilnya sesuai dengan jurnal yang telah diambil oleh penulis.

Tindakan posisi semi fowler terhadap sesak nafas pada Ny.S:

1. Sebelum diberikan posisi semi fowler 45⁰ di IGD, Respirasi: 28x/menit, Saturasi: 90x/menit
2. Sesudah diberikan posisi semi fowler 45⁰ diruangan melati tanggal 12 mei 2023 jam 18.00 WIB, Pemberian posisi semi fowler 45⁰ ini dilakukan selama 15 menit maka didapatkan hasil: Rr: 26x/menit, SpO2: 95%
3. Sesudah diberikan posisi semi fowler 45⁰ diruangan melati tanggal 13 mei 2023 jam 09.00 WIB, Pemberian posisi semi fowler 45⁰ ini dilakukan selama 15 menit maka didapatkan hasil: Rr: 25x/menit, SpO2: 97%, Kemudian diberikan posisi semi fowler 45⁰ lagi pada jam 14.00 WIB, Pemberian posisi semi fowler 45⁰ ini dilakukan selama 15 menit maka didapatkan hasil: Rr: 23x/menit, SpO2: 96%.
4. Sesudah diberikan posisi semi fowler 45⁰ diruangan melati pada tanggal 14 mei 2023 jam 09.00 WIB, Pemberian posisi semi fowler 45⁰ dilakukan selama 15 menit maka didapatkan hasil: Rr: 21x/menit, SpO2: 97%, Kemudian diberikan posisi semi fowler 45⁰ lagi pada jam 11.00 WIB,

Pemberian posisi semi fowler 45⁰ ini dilakukan selama 15 menit maka didapatkan hasil: Rr: 20x/menit, SpO₂: 98%.

5. Data diatas maka penulis mendapatkan hasil bahwa pemberian posisi semi fowler 45⁰ pada pasien CKD yang mengalami sesak nafas ialah efektif untuk membuat sesak nafas klien berkurang.

5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan. Evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi yang dilaksanakan penulis telah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis susun dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny.S CKD terdapat tiga diagnosa teratasi diantaranya yaitu:

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya nafas pada evaluasi terakhir ditemukan sesak klien berkurang klien tidak lagi menggunakan O₂ dan terapi pengaturan posisi semi fowler dalam mengatasi sesak nafas terbukti efektif.
2. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi, pada evaluasi terakhir ditemukan BAK pasien sudah sedikit lancar ±300 ml/hari, edema pada ekstremitas bawah sudah tidak ada, dan terapi

pengaturan posisi semi fowler dalam mengatasi sesak nafas akibat hipervolemia terbukti efektif.

3. Resiko Penurunan curah jantung ditandai dengan Perubahan frekuensi jantung, Pada evaluasi terakhir nyeri berkurang tetapi ketika dirumah ketika klien merasa nyeri lagi maka dianjurkan untuk tarik nafas dalam.

Terdapat juga masalah keperawatan yang baru teratasi sebagian diantaranya untuk diagnosa :

1. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen, pada evaluasi terakhir ditemukan kondisi pasien masih mudah lelah, dan pasien masih terlihat hati-hati saat berjalan. Keadaan umum pasien sesak nafas tidak lagi, penggunaan otot bantu nafas tidak lagi, sesak saat berbaring tidak lagi, edema sudah tidak lagi, kelemahan sudah membaik, nyeri sudah berkurang.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.S selama 3 hari dengan diagnosa medis *Chronic Kidney Disease* di ruang Melati RSUD kabupaten Rejang Lebong, maka penulis dapat menarik kesimpulan :

Asuhan keperawatan ditegakkan melalui pengkajian yang cermat dari perawatan meliputi data biografi klien, riwayat kesehatan atau keperawatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, yang terdiri dari pemeriksaan laboratorium. Hasil pengkajian perawat menemukan bahwa klien dengan tingkat kesadaran composmentis, serta keadaan yang sudah membaik ditemukan tanda-tan vital: TD: 120/90 Mmhg, N: 98x/m, RR:20x/m, S:36, Spo2: 98%

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan prioritas masalah pada pasien Ny.S sehingga dari 6 diagnosa keperawatan yang ada secara teori hanya 4 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada kasus Ny.S diagnosa yang dapat diangkat yaitu: Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh, dan Resiko Penuruna Curah jantung ditandai dengan Perubahan frekuensi Jantung.

Penulis menentukan perencanaan tindakan keperawatan guna mencapai tujuan yang diinginkan berdasarkan teori yang ada dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan (SLKI) rasionalnya penulis melihat berdasarkan teori Doenges, perencanaan di buat secara matang agar memenuhi kebutuhan keperawatan pasien saat itu, penulis dapat melakukan perencanaan secara teoritis dalam bentuk asuhan keperawatan, kepada pasien dan keluarga pasien secara langsung.

Pada tahap pelaksanaan tindakan keperawatan hasil yang diharapkan adalah tercapainya tujuan. Dari rencana keperawatan yang dibuat haruslah diimplementasikan semaksimal mungkin agar tujuannya dapat tercapai dengan baik dan dapat membantu proses pemulihan dan penyembuhan pasien. Pelaksanaan studi kasus pada pasien Ny.S dengan Chronic kidney disease penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari sampai pasien pulang, yaitu mulai tanggal 12 Mei 2023 – 14 Mei 2023. Ada beberapa implementasi yang tidak dapat dilakukan yaitu menimbang BB pasien karena keadaan pasien yang masih lemah.

Tahap evaluasi merupakan penilaian keberhasilan keperawatan, dari 4 diagnosa yang ada 3 diantaranya sudah teratasi dan 1 diagnosa lainnya teratasi sebagian. Evaluasi respon pasien dapat dilihat sebagai catatan perkembangan keadaan pasien setiap hari. Pasien pulang pada tanggal 14 Mei 2023 pada pukul 13.00 WIB dengan keadaan dan kondisi yang jauh lebih baik.

6.2 Saran

1. Bagi klien penderita CKD

Klien penderita harus memperhatikan kesehatan ginjal, pernafasannya, gaya hidup, pola nutrisi (makanan dan minuman) ketika dirumah.

2. Bagi profesi perawat

Perawat hendaknya tetap memegang teguh pada prinsip teori asuhankeperawatan, dan juga meningkatkan kerjasama sesama perawat dan tim medis lainnya guna melakukan asuhan keperawatan secara berkesinambungan dan komprehensif, dan juga tanggap terhadap kebutuhan akan perawatan pasien serta memberikan informasi kesehatan dan menunjang kemajuan kesehatan yang diinginkan, dengan memberikan posisi semi fowler pada pasien CKD ialah efektif untuk menangani sesak pada klien.

3. Bagi pelayanan kesehatan atau rumah sakit

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan acuanpenatalaksanaan dan asuhan keperawatan pada pasien dengan Chronic Kidney Disease.

4. Bagi institusi pendidikan

Dapat berfungsi sebagai menambah informasi serta dapat menjadibahan acuan untuk sumber buku KMB.

DAFTAR PUSTAKA

- Atiek, dkk (2021) Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler 45⁰ terhadap Frekuensi pada pasien Gagal Ginjal Kronik.
- Arliza, dkk (2016) Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Jakarta:EGC
- Bechrucchi, et all (2016) Proses keperawatan. Salemba Medika
- Berman (2012) Pemeriksaan Laboratorium pada pasien Chronic Kidney Disease
- Bernstein, (2017) Gambaran klinis penderita penyakit ginjal kronik
- Brunner & Suddarth, (2013), Buku *Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, alih bahasa: Waluyo Agung., Yasmin Asih., Juli., Kuncara., I.made karyasa, EGC, Jakarta.
- Brunner, & Suddarth. (2016). Brunner & Sudarth's Canadian Textbook of Medical-Surgical Nursing. In Brunner & Sudarth's Canadian Textbook of Medical-Surgical Nursing.
- Djojodibroto, (2014), Keperawatan Medikal Bedah, Jakarta:EGC
- Dwy, dkk (2018), Konsep Dasar Keperawatan. Pudik SDM Kesehatan
- Doengoes, M.E., M.F. Moorhouse, dan A.C. Geissler. (2018). Nursing Care Plans. Guidelines For Planning and Documenting Patient Care F.A Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A. Terjemahan Kariasa, I.M., N.M.
- Elisa, (2017), Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (Edisi 5). EGC
- Evelyn C. (2013). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Evita Aprioningsih, (2021), Studi kasus pasien gagal ginjal kronik
- Fitriana, dan Susanto, V. A. (2017). Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional.
- Firdaus, (2016). Gambaran klinis penderita penyakit ginjal kronik.
- Haryono, (2018), Buku Ajar keperawatan Medikal Bedah
- Hasanah L. (2013). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan Pada Pasien dengan Gangguan Kardiovaskuler: Congestive Heart

Failure, di Ruang Rawat Kardiovaskuler, lantai 6 Zona B RS Dr. Cipto Mangunkusumo

Infodatin. (2017). Situasi Penyakit Ginjal Kronis. Diunduh pada tanggal 18 November 2018 <http://www.depkes.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin%20ginjal%202017.pdf> Ke menkes RI. 2018. Infodatin Gagal Ginjal Kronik. Jakarta: Direktorat Kementerian Kesehatan RI.

Kandacong, Ayumi. 2017. Jumlah Trombosit Pre dan Post Hemodialisa (HD) pada Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronik (PGK) di Rumah Sakit Perguruan Tinggi Negeri (RSPTN) Universitas Hasanuddin. Makassar: Universitas Hasanuddin

Kemenkes, (2018) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan dasar.

Koezier, dkk, (2020) Standar Operasional Prosedur Posisi Semi Fowler 45⁰

Muttaqin dan Sari. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Salemba Medika, Jakarta.

Muttaqin, A., & Sari, K. (2014). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem perkemihan*. Salemba Medika.

Nuari & Widayawati (2017), Gambar anatomi nefron

Nurarif & Kusuma, (2015), Web of caution

Nurrahmah & Mamnuah (2017), Profil Ureum dan Kreatinin Darah Serta Faktor Karakteristik Hipertensi.

Nursalam, (2016) Implementasi Keperawatan

Pearce (2013), Anatomi ginjal tampak dari samping

Prince, S. A. dan Wilson, L. M. (2005). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, Edisi 6, Volume 1. Jakarta: EGC

Poetter & Perry, (2018), *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika

Prabowo & Pranata, (2019), *Konsep Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease*

Retno, Dwy, sulistyaningsih (2018). 'Efektivitas Training Efikasi Diri Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Dalam Meningkatkan Kepatuhan Terhadap Intake Cairan'. [Online] Jurnal. Dari Jurnal. Media.Neliti.Com/Media/Publications/219966-None.Pdf (26 Desember 2018)

Rohmah & Walid, (2017), Buku Saku Keperawatan,EGC:Jakarta

Rumah Sakit Umum Daerah Curup. (2020-2022). Laporan Tahunan Rekam Medis Tahun. RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong. Bengkulu.

Setiadi (2017), Anatomi dan Fisiologi Manusia. Jakarta, Penerbit : Graha Ilmu.

Sobotta, (2016), Anatomi ginjal tampakdepan.

Sudoyo. (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FKUI

Suparmi, (2018), Pengertian posisi semi fowler 45⁰

Syaefudin. (2017), Fisiologi ginjal

Syamsir Alam, (2017), Pemeriksaan penunjang dan Penatalaksanaan medis

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017).*Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018).*Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Peratuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018).*Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Peratuan Perawat Nasional Indonesia.

Utoyo, dkk, (2016), Prevalensi Chronic Kidney Disease Dunia

WHO. (2016). World Health Statistic Report . Geneva: World Health Organization: 2016

Wijaya, (2013). Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta : Nuha Medika

Zuliani, dkk, (2021), Etiologi Chronic Kidney Disease

Lampiran 1

LEMBAR OBSERVASI				
PASIEN SEBELUM DAN SESUDAH DI BERIKAN POSISI SEMI FOWLER 45°				
No	Tanggal & hari	Jam	Tindakan	Hasil
	10 Mei 2023 Di IGD		Sebelum diberikan posisi Semi Fowler 45° 1. Menghitung Respirasi 2. Menghitung Saturasi	Rr : 28x/m SpO2 : 90%
1.	12 Mei 2023 Di ranap melati	18.00	Sesudah diberikan posisi Semi Fowler 45° 1. Menghitung Respirasi 2. Menghitung Saturasi	Rr : 26x/m SpO2 : 98%
2.	13 Mei 2023	09.00	Sesudah diberikan posisi Semi Fowler 45° 1. Menghitung Respirasi 2. Menghitung Saturasi	Rr : 24x/m SpO2 : 97%
3.	13 Mei 2023	14.00	Sesudah diberikan posisi Semi Fowler 45° 1. Menghitung Respirasi 2. Menghitung Saturasi	Rr : 23x/m SpO2 : 96%
4.	14 Mei 2023	09.00	Sesudah diberikan posisi Semi Fowler 45° 1. Menghitung Respirasi 2. Menghitung Saturasi	Rr : 21x/m SpO2 : 97%
5.	14 Mei 2023	11.00	Sesudah diberikan posisi Semi Fowler 45° 1. Menghitung Respirasi 2. Menghitung Saturasi	Rr : 20x/m SpO2 : 98%

Catatan:

Respirasi Normal ialah 16-20x/menit, Saturasi normal ialah 95-100%

Untuk melakukan posisi semi fowler dilakukan selama 15 menit.

Lampiran 2

SOP POSISI SEMI FOWLER 45°

No	Prosedur Kerja
1.	Informet Concent
2.	Menjelaskan Tujuan Tindakan
3.	Persiapan alat
4.	Cuci tangan dan pakai Handscon
5.	<p>Mengukur Respirasi dan Saturasi sebelum tindakan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menghitung Respirasi pasien2. Mengukur Saturasi pasien <p>Jika Respirasi dan saturasi pasien tidak normal maka diberikan posisi semi fowler 45°</p> <ol style="list-style-type: none">1. Posisikan pasien setengah duduk 45°2. Rapikan pasien dan pasien dalam keadaan tenang3. Kemudian dilakukan posisi ini selama 15 menit4. Setelah 15 menit Ukur Respirasi dan Saturasi pasien dengan tetap mempertahankan posisi semi fowler 45° <p>Mengukur Respirasi dan saturasi Setelah tindakan</p>
6.	Dokumentasi di Lembar Observasi
7.	Rapikan Pasien
8.	Evaluasi tindakan Kontrak yang akan datang

Lampiran 3

2021 Seminar Nasional Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM)
Purwokerto, Indonesia, 06 Oktober 2021

ISSN 2809-2767

Studi Kasus pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Ny. A dengan Ketidakefektifan Pola Napas di Bancar Purbalingga

Evita Aprioningsih^{1,*}, Indri Heri Susanti², Refa Teja Muti³

^{1,2,3} Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa

¹evita0399@gmail.com*; ²indriherisusanti@uhb.ac.id; ³refateja24@gmail.com

ABSTRACT

Chronic Kidney Failure (CKD) causes various clinical pathological conditions in the body. One of the common pathological conditions is pulmonary edema. Pulmonary edema is a common complication of chronic and acute renal failure that has signs and symptoms, namely shortness of breath due to hypoxia caused by fluid accumulation in the alveoli (pulmonary edema). Non-pharmacological actions that can be carried out on CKD clients with problems with ineffective breathing patterns are by teaching deep breathing exercises. Deep breathing exercises aim to achieve more controlled and efficient ventilation and reduce trapped air and reduce the work of breathing. The purpose of this study is that the author can provide nursing care for ineffective breathing patterns on Ny. A with chronic kidney failure in Bancar Purbalingga Village. Data collection techniques were carried out by means of informed consent, interviews, observation, and documentation studies. Research implementation time in February 2021. The results of the case studies conducted. The results showed a significant change after deep breathing exercises, this was evidenced by the results on days 2 and 3 with the final results of the evaluation, namely a respiratory rate of 20 times per minute, and no use of accessory muscles of breathing. The conclusion is that nursing care given 3x2 hours with the problem of ineffective breathing patterns in clients with chronic kidney failure can be overcome by all.

Keywords: case study, chronic renal failure, ineffective breathing pattern

ABSTRAK

Penyakit Gagal Ginjal Kronik (GGK) menimbulkan berbagai kondisi patologi klinis pada tubuh. Salah satu kondisi patologis yang umum yaitu terjadinya edema paru. Edema paru merupakan komplikasi yang umum terjadi pada gagal ginjal kronik maupun akut yang memiliki tanda dan gejala yaitu sesak nafas akibat hipoksia yang disebabkan oleh penumpukan cairan di alveoli (edema paru). Tindakan nonfarmakologi yang dapat dilakukan pada klien GGK

dengan masalah ketidakefektifan pola napas yaitu dengan mengajarkan latihan nafas dalam. Latihan nafas dalam bertujuan untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta mengurangi udara yang terperangkap dan mengurangi kerja bernapas. Tujuan penelitian ini yaitu penulis dapat melakukan asuhan keperawatan ketidakefektifan pola napas pada Ny. A dengan gagal ginjal kronik di Desa Bancar Purbalingga. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara informed consent, wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Waktu pelaksanaan penelitian bulan Februari 2021. Hasil studi kasus yang dilakukan Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan yang bermakna setelah dilakukan latihan nafas dalam, hal ini dibuktikan dengan hasil pada hari 2 dan 3 dengan hasil akhir evaluasi yaitu respiratori rate 20 kali per menit, serta tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan. Kesimpulannya adalah asuhan keperawatan yang diberikan 3x2 jam dengan masalah ketidakefektifan pola napas pada klien gagal ginjal kronik dapat teratasi semua.

Kata kunci : stusi kasus, gagal ginjal kronik, ketidakefektifan pola nafas

PENDAHULUAN

Gagal ginjal kronik (GGK) merupakan salah satu penyakit tidak menular (*noncommunicable disease*) yang perlu mendapatkan perhatian karena telah menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan angka kejadiannya yang cukup tinggi dan berdampak besar terhadap mortalitas. Penyakit GGK merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah besar di dunia karena sulit disembuhkan dengan peningkatan angka kejadian, prevalensi serta morbiditasnya (Ali *et al*, 2017).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 tercatat yang menderita gagal ginjal baik akut maupun kronik mencapai 50% (Hutagaol, 2017). Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) tahun 2018, prevalensi gagal ginjal kronik di Indonesia pada penduduk umur \geq 15 tahun sekitar 0,38 %. Prevalensi kelompok umur 65 tahun – 74 tahun dengan 0,823% lebih tinggi daripada kelompok umur yang lain.

Prevalensi gagal ginjal kronik di Provinsi Jawa Tengah tahun 2018 yaitu 0,42% (Dinkes Jateng, 2018). Berdasarkan data dari rekam medik di RSUD dr. R.

Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2019 sebanyak 137 pasien dan pada tahun 2020 sebanyak 91 pasien.

Penyebab gagal ginjal kronik mengalami peningkatan, dapat disebabkan oleh kondisi klinis dari ginjal sendiri dan dari luar ginjal. Penyakit dari ginjal seperti penyakit pada saringan (glomerulus), infeksi kuman dan batu ginjal. Penyakit dari luar ginjal seperti penyakit diabetes melitus, hipertensi, hiperkolesterolemia dan infeksi yang berdampak pada menurunnya fungsi ginjal diikuti penurunan ekskresi Natrium (Na) menyebabkan retensi cairan sehingga volume *overload* dan diikuti edema paru (Huzzella, 2018).

Penyakit gagal ginjal kronik menimbulkan berbagai kondisi patologi klinis pada tubuh. Salah satu kondisi patologis yang umum terjadi karena penyakit ini yaitu terjadinya edema paru. Edema paru merupakan komplikasi yang umum terjadi pada gagal ginjal kronik maupun akut yang memiliki tanda dan gejala yaitu sesak nafas akibat hipoksia yang disebabkan oleh penumpukan cairan di alveoli (edema paru).

Penumpukan cairan di alveoli atau jaringan paru disebabkan penurunan fungsi ginjal menyebabkan protein yang normalnya diekskresikan ke dalam urine tertimbun dalam darah dan dapat hilang melebihi produksinya atau yang biasa disebut sebagai hipoalbuminemia (Kartikasari, 2018). Hipoalbuminemia merupakan karakteristik dari gagal ginjal kronik, menurunkan tekanan osmotik plasma dan mendorong pergerakan cairan dari kapiler paru, sehingga terjadi edema paru (Pradesya *et al*, 2016). Akibatnya muncul masalah ketidakefektifan pola napas secara progresif yang menimbulkan sesak napas, napas tampak cepat dan dalam atau yang disebut pernafasan *kussmaul* yang dapat mengancam jiwa. Terapi yang digunakan pada pasien GGK berupa farmakologi dan nonfarmakologi.

Terapi farmakologi berupa pemberian obat salah satunya seperti obat furosemide yang berfungsi untuk mengurangi penumpukan cairan pada bagian tubuh seperti tungkai. Sementara untuk penderita gagal ginjal kronik tahap akhir atau berada pada stadium 5, maka penanganan yang dapat dilakukan mengganti tugas ginjal dalam tubuh dengan terapi pengganti ginjal untuk dapat mempertahankan hidup dengan tindakan hemodialisis (HD). Terapi hemodialisis merupakan suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat dan zat-zat lain melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisis pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Aini & Wahyuni, 2018). Pasien gagal ginjal menjalani proses hemodialisa 1-3 kali seminggu dan setiap kalinya memerlukan waktu 2-5 jam, kegiatan ini akan berlangsung terus 3-4 jam per kali terapi. Kegiatan ini akan berlangsung terus menerus sepanjang hidupnya (Rachmawati *et al.*, 2019).

Tindakan nonfarmakologi yang dapat dilakukan pada pasien GGK dengan masalah ketidakefektifan pola napas yaitu dengan mengajarkan latihan napas dalam. Latihan napas dalam bertujuan untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta mengurangi udara yang terperangkap dan mengurangi kerja bernapas. Latihan napas dalam dapat dilakukan dengan menarik napas melalui hidung dengan mulut tertutup, kemudian mengeluarkan napas pelan-pelan melalui mulut dengan posisi bersiul, *purse lips breathing* dilakukan dengan atau tanpa kontraksi otot abdomen selama ekspirasi dan tidak ada udara yang keluar melalui hidung, dengan *purse lips breathing* akan terjadi peningkatan tekanan pada rongga mulut, kemudian tekanan ini akan diteruskan melalui cabang-cabang bronkus sehingga dapat *mencegah air trapping* kolaps saluran napas kecil pada waktu ekspirasi (Kartikasari, 2018).

Klien dengan gagal ginjal kronik membutuhkan perawatan dan penanganan yang tepat. Perawat mempunyai peranan dalam memberikan dukungan serta asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronik (Kartikasari, 2018). Perawat memiliki 7 fungsi atau peran salah satunya memberikan asuhan keperawatan kepada pasien atau klien dengan memperhatikan kebutuhan dasar manusia dimana dalam pemberian asuhan keperawatan perawat melakukan pengkajian, analisis data, merumuskan masalah atau diagnosa keperawatan, menyusun rencana tindakan atau intervensi, melakukan implementasi dan mengevaluasi hasil asuhan keperawatan secara komprehensif.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus pada pasien gagal ginjal kronik Ny. A dengan ketidakefektifan pola napas di Desa Bancar Purbalingga.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan yang dipilih yaitu asuhan keperawatan. Subyek penelitian ini yaitu klien yang memiliki penyakit gagal ginjal kronik. Lokasi penelitian di tempat banyaknya jumlah klien yang mengalami gagal ginjal kronik yaitu ruang Hemodialisa RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata serta dirumah klien di Desa Bancar, RT01/RW04, Purbalingga dan Ny. A dilaksanakan pada bulan Februari 2021 selama 3x2 jam. Tahapan pendekatan proses keperawatan yang dilakukan oleh peneliti diantaranya yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN 1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Januari 2021 pukul 11.00 WIB di ruang hemodialisa RSUD Goeteng Purbalingga. Data yang diperoleh yaitu nama klien Ny. A, alamat rumah di Desa Bancar RT01/RW04 Purbalingga, umur 59 tahun, berjenis kelamin perempuan, suku Jawa, bangsa Indonesia, beragama Islam, tidak bekerja, pendidikan terakhir SMP, diagnosa medis klien GGK. Keluhan utama klien yaitu sesak napas. Tanggal 25 Januari 2021 Ny. A megeluhkan sesak nafas sampai tidak bisa tidur dan gelisah, hanya untuk berjalan keluar dari kamar mandi ke kamar saja merasa lelah dan menjadi sesak nafas, untuk bicara saja menjadi mudah lelah dan menjadi sesak nafas. Ny. A mengatakan seminggu dua kali ke rumah sakit untuk cuci darah. Ny. A memiliki riwayat penyakit gagal ginjal dan langsung cuci darah pada saat pertama kali opname pada tahun 2018. Riwayat penyakit dahulu darah tinggi, diabetes mellitus, gagal ginjal sampai sekarang, pembengkakan jantung dan asam lambung. Riwayat penyakit keluarga diabetes. Pemeriksaan vital sign dengan hasil tekanan darah 150/90 mmHg, suhu 36,7 oC, nadi 83 kali/menit dan Respiration Rate (RR) 29 kali/menit. Pola nafas dalam dan cepat atau kussmaul dan bernafas dengan menggunakan otot bantu nafas. Kesadaran composmentis, Glasgow Coma Scale (GCS) yaitu E4M6V5 total 15. Keadaan umum saat pengkajian yaitu sikap gelisah, personal hygiene bersih dan orientasi waktu atau tempat atau orang baik.

Dalam penelitian ini metode pengumpulan data yang digunakan adalah a. Wawancara

Hal-hal yang ditanyakan saat wawancara meliputi identitas klien dan penanggung jawab, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga, obat-obatan yang dikonsumsi, terapi yang dijalani dan pola fungsional gordon.

b. Observasi

Data yang bisa diobservasi pada penelitian ini antara lain pemeriksaan fisik, penampilan, pembicaraan, interaksi selama wawancara, lingkungan fisik.

c. Studi dokumentasi Peneliti memperoleh data berupa hasil laboratorium pada bulan November dan rekam medic klien di RSUD.

Hasil pengkajian Ny. A yang dilakukan pada tanggal 25 Januari 2021 pukul 11.00 WIB setelah dibandingkan dengan teori adalah sebagai berikut:

NO	Teori	Kasus
	Tanda gejala yang berhubungan dengan Masalah Keperawatan	
a	Keluhan sesak nafas	Ny. A mengatakan sesak nafas. Hanya untuk berjalan keluar dari kamar mandi ke kamar saja merasa lelah dan menjadi sesak nafas, untuk bicara saja mudah lelah dan menjadi sesak nafas
	1) Pernafasan Kussmaul	Ny. A tampak pernapasannya dalam dan cepat
	2) Sputum	Ny. A mengatakan tidak terdapat dahak
	3) Krekels	Ny. A tampak tidak terdengar bunyi krekels
	4) Takipnea	Ny. A terdengar pernapasannya cepat, RR 29x/menit
	1) Penggunaan otot bantu nafas	Ny. A terlihat bernafas dengan otot bantu pernafasan
	Tanda dan gejala lainnya y GKG a Hipertensi	Ny. A tekanan darahnya diatas batas normal atau tinggi yaitu 150/90 mmHg
b	<i>Pitting edema</i>	Ny. A terlihat kedua mata kakinya bengkak
c.	Anemia	Ny. A terlihat konjungtivanya pucat

- 1) Sesak nafas dalam teori muncul pada kasus, dimana Ny. A mengalami sesak nafas, pernapasannya dalam dan cepat atau kussmaul, RR 29 x/menit. Menurut Brunner & Suddarth (2014) tanda dan gejala gagal ginjal kronik pada paruparu dapat ditemukan krekels, sputum yang kental dan lengket, penurunan reflek batuk, nyeri plura, sesak napas, takipnea, kussmaul dan pneumonitis uremik.
- 2) Penggunaan otot bantu nafas dalam teori muncul pada kasus, dimana Ny. A terlihat bernafas dengan otot bantu pernafasan. Menurut Herdman dan Kamitsuru (2018) batasan karakteristik diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas adalah pola napas abnormal, perubahan ekskursi dada, bradipnea, penurunan tekanan ekspirasi, penurunan tekanan inspirasi, penurunan ventilasi semenit, penurunan kapasitas vital, dyspnea, peningkatan diameter anterior-posterior, pernapasan cuping hidung, ortopnea, fase ekspirasi memanjang, pernapasan bibir, takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan dan penggunaan posisi tiga-titik.

- 3) Adanya peningkatan tekanan darah 150/90 mmHg dalam teori muncul pada kasus. Menurut Prabowo dan Pranata (2014) tanda dan gejala GGK pada sistem kardiovaskuler adalah biasanya terjadi hipertensi, aritmia, kardiomiopati, uremik perkarditis, effuse pericardial (kemungkinan bisa terjadi tamponade jantung), gagal jantung, edema periorbital dan edema perifer.
- 4) Gejala yang muncul pada teori dan ada pada kasus yaitu Ny. A mengalami anemia dilihat dari konjungtiva Ny. A pucat, dalam teori yang disebabkan karena berkurangnya produksi eritropetin sehingga rangsangan eritropoesis dalam sumsum tulang berkurang (Haryono, 2013).

Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data Ny. A yang sesuai dengan teori, peneliti merumuskan masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan.

Ketidakefektifan pola napas adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) dengan batasan karakteristik pola napas abnormal, perubahan ekskursi dada, bradipnea, penurunan tekanan ekspirasi, penurunan tekanan inspirasi, penurunan ventilasi semenit, penurunan kapasitas vital, dyspnea, peningkatan diameter anteriorposterior, pernapasan cuping hidung, ortopnea, fase ekspirasi memanjang, pernapasan bibir, takipnea, penggunaan otot bantu pernapasan dan penggunaan posisi tiga-titik (Herdman dan Kamitsuru, 2018).

Batasan karakteristik yang terjadi pada kasus yaitu klien mengatakan sesak nafas, hanya untuk berjalan keluar dari kamar mandi ke kamar saja merasa lelah dan menjadi sesak nafas, untuk bicara saja mudah lelah dan menjadi sesak nafas dengan data obyektif yaitu klien terlihat memiliki pola napas yang abnormal atau kussmaul (dalam dan cepat), RR 29 x/menit dan klien terlihat bernafas dengan otot bantu pernafasan. Batasan karakteristik pada kasus berdasarkan hasil pengkajian terjadi 4 gejala dari batasan karakteristik yang ada dan sudah cukup untuk menegakkan diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas.

Intervensi

Dalam melakukan asuhan keperawatan selama 3x2 jam. Intervensi ketidakefektifan pola napas mengacu pada Nursing Outcomes Classification (NOC) yang berfokus pada status pernafasan (0415). Nursing Interventions Classification (NIC) yang berfokus pada: manajemen jalan nafas (3140), terapi oksigen (3320), monitor pernafasan (3350) dan dukungan ventilasi (3390).

Penulis dalam kasus ini menegakkan diagnosa ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan menyusun rencana keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x2 jam diharapkan klien dapat meningkatkan status pernapasan dengan kriteria hasil status pernapasan (0415) yang direncanakan berdasarkan masalah. Intervensi yang penulis susun yaitu manajemen jalan nafas (3140) dengan salah satu rencananya adalah posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi bertujuan untuk memaksimalkan ventilasi hal ini sesuai dengan teori Somantri (2013) posisi yang ideal adalah semifowler sangat berguna untuk meningkatkan evakuasi udara dan menurut

penelitian Kusmiyanti (2019), bahwa manajemen jalan napas dilakukan untuk menghindari terhambatnya aliran udara yang akan menghambat difusi oksigen.

Implementasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi ketidakefektifan pola napas yaitu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, memberikan terapi oksigen 4 Lpm sesuai program terapi, mengaukultasi suara nafas tambahan, mengajarkan klien mengenai penggunaan perangkat oksigen, mempertahankan posisi klien untuk memaksimalkan ventilasi, mengajarkan teknik nonfarmakologi (napas dalam dan memonitor keluhan sesak nafas).

Implementasi yang sudah berjalan sesuai dengan intervensi yang dipilih, tetapi ada beberapa tindakan yang tidak dilaksanakan sepenuhnya yang dilakukan yaitu dihari pertama melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil pemeriksaan tekanan darah 150/90 mmHg, suhu 36,7 oC, nadi 83 kali/menit, Respiration Rate (RR) 29 kali/menit hal tersebut sesuai dengan Sulistyowati (2018) tanda vital merupakan cara yang cepat dan efisien untuk memantau kondisi klien atau mengidentifikasi masalah dan mengevaluasi respon klien terhadap intervensi dan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) merupakan pemeriksaan non invasif yang sering dilakukan oleh perawat.

Memberikan terapi oksigen 4 Lpm sesuai program terapi dengan respon klien mengatakan sesak nafasnya berkurang, klien terlihat lebih nyaman, klien terlihat gelisahnyanya berkurang dan klien terlihat berkurang menggunakan otot bantu nafas. Pemberian terapi oksigen dapat mengurangi sesak nafas dan meningkatkan kadar dan nilai saturasi oksigen (Prasetyo, 2021).

Mengajarkan teknik nonfarmakologi (napas dalam) dengan respon klien mengatakan lebih bisa mengontrol pola napasnya dan klien terlihat pola napasnya kembali efektif saat terjadi sesak nafas hal ini sesuai dengan (Smeltzer, et all 2013) mengaplikasikan latihan napas dalam dengan harapan pola napas klien kembali efektif dan klien tidak mengeluhkan sesak napas.

Memonitor rata-rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi dengan respon klien mengatakan sudah tidak merasakan sesak napas, Respiration Rate 20 kali/menit, napas terlihat normal tidak dalam dan cepat atau kussmaul dan klien tidak terlihat menggunakan otot bantu napas. Pola pernapasan tertentu menjadi karakteristik dari keadaan penyakit yang spesifik, mengamati dan mendokumentasikan irama pernapasan dan penyimpangan dari keadaan normal merupakan fungsi keperawatan yang penting (Smeltzer, et all, 20013).

Mengatur posisi klien di tempat tidur dengan posisi tubuh setengah duduk atau duduk disebut posisi fowler bertujuan untuk mempertahankan dan menjaga kenyamanan klien dan memfasilitasi fungsi pernapasan klien (Fitriana dan Susanto, 2017).

Evaluasi

Setelah dilakukan kunjungan 3x2 jam masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan didapatkan hasil Ny. A mengatakan sudah tidak sesak nafas, sudah tidak terpasang nasal kanul, klien terlihat nyaman dan

tenang, tekanan darah klien 150/80 mmHg, suhu klien 36,3oC, nadi klien 80 kali/menit,

Respiration Rate klien 20 kali/menit, Pada tabel kriteria hasil status pernafasan (0415)

tidak terdapat keluhan frekuensi pernafasan awal devisiasi cukup berat dari kisaran normal, akhir devisiasi ringan dari kisaran normal dan saat ini devisiasi ringan dari kisaran normal. Kedalaman inspirasi awal devisiasi cukup berat dari kisaran normal, akhir devisiasi ringan dari kisaran normal dan saat ini devisiasi ringan dari kisaran normal. Irama pernafasan awal devisiasi cukup berat dari kisaran normal, akhir devisiasi ringan dari kisaran normal dan saat ini devisiasi ringan dari kisaran normal. Penggunaan otot bantu nafas awal cukup, akhir ringan dan saat ini ringan. Sesak nafas awal berat, akhir ringan dan saat ini ringan sehingga masalah teratasi.

Evaluasi hari ketiga posisi semi fowler tetap diberikan meskipun skala pada kriteria hasil sudah sesuai skala yang diharapkan karena frekuensi pernafasan setelah diberikan posisi semi fowler sebagian besar termasuk frekuensi pernafasan normal, serta terdapat pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap kestabilan pola napas (Majampoh et al., 2017) dan tujuan dari tindakan ini adalah untuk menurunkan konsumsi O₂ dan menormalkan ekspansi paru yang maksimal, serta mempertahankan kenyamanan (Azis dan Musrifatul, 2012) sehingga lanjutkan intervensi.

SIMPULAN

Pengkajian keperawatan pada Ny. A didapatkan hasil bahwa Ny. A mengatakan sesak napas, hanya untuk berjalan keluar dari kamar mandi ke kamar saja merasa lelah dan menjadi sesak nafas, untuk bicara saja mudah lelah dan menjadi sesak nafas Ny. A Klien terlihat pola napasnya dalam dan cepat atau kussmaul, RR 29 x/menit dan klien terlihat bernafas dengan otot bantu pernafasan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. A adalah ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan. Intervensi ketidakefektifan pola napas mengacu pada Nursing Outcomes Classification (NOC) yang berfokus pada status pernafasan (0415). Nursing Interventions Classification (NIC) yang berfokus pada: manajemen jalan nafas (3140), terapi oksigen (3320), monitor pernafasan (3350) dan dukungan ventilasi (3390).

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi ketidakefektifan pola napas yaitu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, memberikan terapi oksigen 4 Lpm sesuai program terapi, mengauskultasi suara nafas tambahan, mengajarkan klien mengenai penggunaan perangkat oksigen, mempertahankan posisi klien untuk memaksimalkan ventilasi, mengajarkan teknik nonfarmakologi (napas dalam dan memonitor keluhan sesak nafas. Setelah dilakukan kunjungan 3x2 jam masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan teratasi semua dan lanjutkan intervensi dengan mempertahankan posisi semi fowler.

SARAN

Universitas Harapan Bangsa diharapkan kedepannya akan ada yang melanjutkan penelitian ini karena pentingnya asuhan keperawatan pada klien gagal ginjal kronis dan diharapkan lebih banyak penelitian-penelitian terhadap pentingnya asuhan

keperawatan pada klien gagal ginjal kronis karena masih sedikit yang meneliti tentang ketidakefektifan pola napas.

Penulis berharap dengan adanya artikel ini, lembaga pendidikan dapat lebih luas mengembangkan dan meningkatkan mutu, skill atau kemampuan dan keterampilan mahasiswa terutama dalam proses pembelajaran antara pengaplikasian teori dan praktek sehingga dapat menciptakan mahasiswa yang berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N., & Wahyuni, E. S. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diet Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di Rsud Dr. H. Abdul Moeloek. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 12(1), 1–9.
- Ali, A. R. B., Masi, G. N. M., & Kallo, V. (2017). Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Comorbid Faktor Diabetes Melitus Dan Hipertensi Di Ruang Hemodialisa Rsup. Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 5(2), 106621.
- Eka Pranata. Andi, P., & Eko. (2014). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan Pendekatan Nanda, NIC, NOC. Nuha Medika.
- Fitriana, Yuni dan Susanto, V. A. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*.
- Haryono, R. (2012). *Keperawatan Medical Bedah Sistem Pencernaan*. Gosyen Publisher.
- Herdman, Heather dan Kamitsuru, S. (2018). *NANDA Diagnosis Keperawatan*.
- Hidayat, Azis dan Uliyah, M. (2012). *Kebutuhan dasar Manusia Buku saku Praktikum Edisi revisi*.
- Hutagaol, E. F. (2017). Peningkatan Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Melalui Psychological Intervention Di Unit Hemodialisa Rs Royal Prima Medan Tahun 2016. *Jumantik (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 2(1), 42–59.
- Huzzella, D. C. E. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Ginjal Kronik Dengan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer Di Ruang Hemodelisa Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan. *STIKES Insan Cendekia Medika Jombang*.
- Kartikasari, D. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Klien Gagal Ginjal Kronik Dengan Masalah Gangguan Pertukaran Gas Di Ruang Hemodialisa Rsud Bangil Pasuruan. *STIKES Insan Cendekia Medika Jombang*.

- Karya, P., Ilmiah, T., Kusmiyanti, Y., Kesehatan, K., Indonesia, R., Surakarta, P. K., & Keperawatan, D. (2019). Meningkatkan Keefektifan Pola Napas Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD).
- Majampoh, A. B., Rondonuwu, R., & Onibala, F. (2015). Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Kestabilan Pola Napas Pada Pasien Tb Paru Di Irina C5 Rsup Prof Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 3(1).
- Pradesya, E. S., Faesol, H. A., Rad, S., & Kes, M. (n.d.). Relations between Chronic Renal Failure and Pulmonary Edema in Terms of Radiology Hubungan Gagal Ginjal Kronik Dengan Edema Paru Ditinjau Dari Gambaran Radiologi.
- Rachmawati, N., Wahyuni, D., & Idriansari, A. (2019). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Asupan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 6(1), 50–58.
- Somantri, I. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*.
- Suddarth, B. &. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 12 (edisi baha)*. Buku Kedokteran EGC.
- Sulistiyowati, A. (2018). *Pemeriksaan TandaTanda Vital*. Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
- Suzanne C. Smeltzer, B. G. B. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Volume 1 - Brunner dan Suddarth*. EGC.
- Tim Riskesdas 2018. (2018). *Laporan Provinsi Jawa Tengah Riskesdas 2018*. In Kementerian Kesehatan RI.

**“UPAYA PENATALAKSANAAN POLA NAFAS TIDAK EFEKTIF PADA
PASIEN CHRONIC KIDNEY DISEASE DI RSUD dr. SOEHADI
PRIJONEGORO”**

Reyva Bahtiar Firdaus, Arief Wahyudi Jadimiko
Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Jl. Ahmad Yani, Tromol Pos 1, Pabelan Kartasura
Email: reyvajohn@gmail.com

Abstrak

Gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang mengalami kerusakan dan sifatnya tidak dapat kembali seperti semula, dan penyakit ini dapat menyebabkan kematian pada penderitanya. Gejala yang sering timbul pada penderita gagal ginjal kronik adalah anemia, oedema, kelelahan, sesak nafas. Kelebihan cairan yang dapat menimbulkan oedema dapat disebabkan karena fungsi ginjal yang tidak dapat lagi menyaring racun dalam tubuh, sehingga urin yang keluar berkurang dan cairan tubuh akan bertambah banyak dan menimbulkan oedema, selain oedema penderita gagal ginjal kronik juga akan mengalami gangguan sesak nafas, hal tersebut dapat disebabkan karena pernafasannya yang *kussmaul*, kemudian karena adanya cairan yang menumpuk di paru-paru dan dapat disebabkan juga kadar Hemoglobin dalam tubuh kurang dari normal serta eritropoitin yang diproduksi ginjal semakin berkurang yang menyebabkan penurunan kadar Hemoglobin. Dilakukannya penelitian ini adalah penulis ingin mengetahui pengaruh asuhan keperawatan dalam upaya mengatasi pola nafas tidak efektif selama 3 hari pada penderita gagal ginjal kronik. Penelitian ini dilakukan terhadap penderita gagal ginjal kronis di ruang Tulip RSUD Sragen, penulis melakukan penelitian selama 3 hari dengan metode diskriptif dengan mengumpulkan semua data yang berhubungan dengan pasien. Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam pada pasien gagal ginjal kronik untuk mengupayakan keefektifan pola nafas dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan duduk tegak kemudian membungkuk ke depan serta pemberian terapi oksigen dengan dosis 3 liter dengan nasal kanul, pengaruh terhadap pasien dari hari pertama sampai hari ketiga pasien masih merasakan sesak nafas dan banyaknya pernafasan permenit masih diatas nilai normal.

Kesimpulan: Masalah pada pasien dengan Pola nafas tidak efektif tidak teratasi karena saat dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien tidak mengalami peningkatan keefektifan pola nafas sesuai dengan kriteria hasil yang telah direncanakan.

Kata Kunci: Gagal ginjal kronik, Pola nafas tidak efektif, Anemia, Hemoglobin.
**“INEFFECTIVE BREATHING PATTERN MANAGEMENT FOR CHRONIC
KIDNEY DISEASE PATIENT IN dr. SOEHADI PRIJONEGORO HOSPITAL”**

Reyva Bahtiar Firdaus, Arief Wahyudi Jadimiko
*Study Program DIII of Nursing Faculty of Health Sciences
Muhammadiyah University Surakarta*
Jl. Ahmad Yani, Tromol Pos 1, Pabelan Kartasura
Email: reyvajohn@gmail.com

Abstract

Chronic Kidney Disease is a disorder of renal function undergoing damage and its nature cannot return as before. And the disease can cause death in patients. Symptoms that often arises in people with chronic kidney disease is anemia, oedema, fatigue, shortness of breath. Excess fluid that can cause oedema can be cause due to kidney function that can no longer filter toxins in the body, so the urine comes out is reduce and body fluids will multiply and to inflict of oedema, other sufferers of chronic kidney disease will also experience shortness of breath disorders, it can be caused due to breathing the kussmaul, then due to the fluid that builds up in the lungs and can be caused also the levels of Hemoglobin in the body less than normal and eritropoitin reduced a declining kidney causing a decrease in the levels of Hemoglobin. The purpose of this research is the author wanted to know the influence of nursing care in a an attempt to overcome ineffective breath pattern for 3 days by the method of diskriptive by collecting all the data related to the patient. The research was made against sufferers of chronic kidney failure in the Tulips hospitals Sragen, author doing research for 3 days by the method of diskriptifby collecting all the data related to the patient. After done actions during 3x24 hours on chronic renal failure patient to seek effectiveness breath pattern by teaching techniques of breath in and sit upright and then bend forward as well as administering oxygen oxygen therapy with a dose of 3 liters by nasal kanul, influence on patients from day one until day three patients still feel shortness of breath and respiratory permenit the number is still above normal values. The Issues in patients with ineffective breathing Pattern is not resolved because when done nursing care during 3x24 hours patients did not experience an increase in the effectiveness of breath patterns in accordance with the criteria of the planned results.

Keywords: Chronic kidney disease, Ineffective breathing pattern, Anemia, Hemoglobin.

“UPAYA PENATALAKSANAAN POLA NAFAS TIDAK EFEKTIF PADA PASIEN CHRONIC KIDNEY DISEASE DI RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO”

1. PENDAHULUAN

Ginjal merupakan organ yang penting yang fungsinya membuang sisa-sisa metabolisme dan racun yang ada di dalam tubuh kedalam bentuk urin. Ginjal merupakan hal yang penting untuk di perhatikan kesehatannya, seringkali manusia mengabaikan perawatan ginjal secara baik. Sehingga berdampak pada peningkatan kasus penyakit ginjal, selain itu pelayanan kesehatan yang terbatas serta kurangnya tenaga dokter spesialis yang menjadi salah satu faktor penyebab tingginya kasus penyakit ginjal di Indonesia. Chronic Kidney Disease (CKD) adalah fungsi ginjal yang mengalami kerusakan secara *irreversible* atau tidak dapat kembali seperti semula, tubuh juga tidak mampu menjaga metabolisme dan tidak mampu menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga ureum atau *azotemia* mengalami peningkatan (Smeltzer & Bare, 2010).

Kematian yang disebabkan oleh gagal ginjal kronik pada tahun 2012 menurut WHO penyakit ginjal dan saluran kemih menyebabkan kematian sebanyak 850.000 jiwa dan penyakit gagal ginjal kronik adalah penyakit tertinggi ke-12. WHO juga memperkirakan penderita gagal ginjal kronis di wilayah Asia Tenggara, Mediteraniam, Timur Tengah, dan Afrika akan terus meningkat, serta pada tahun 2025 diperkirakan penderita gagal ginjal kronis lebih dari 380 juta orang. Jepang merupakan Negara tertinggi yang penduduknya menderita gagal ginjal dengan 1.800 kasus per juta penduduk, dan 220 kasus baru per tahun. Sedangkan Amerika Serikat penderita gagal ginjal kronik pada tahun 2007 prevalensinya mencapai 1.569 orang per sejuta penduduk. Di Negara berkembang penyakit gagal ginjal cenderung kurang tertangani dengan baik karena keterbatasan sumber daya tenaga kesehatan yang dapat menangani penyakit gagal ginjal kronik. Pada tahun 2015 sebanyak 3 juta penduduk perlu mendapatkan pengobatan untuk gagal ginjal terminal atau ESRD (End Stage Renal Disease) (Dharma, P.S, dkk, 2015).

Negara Indonesia menurut data WHO menempati peringkat 4 dunia sebagai Negara penderita gagal ginjal terbanyak. Jumlah penderita mencapai 16 juta jiwa. Pada tahun 2008 terdapat 300 ribu penderita gagal ginjal di Indonesia dan semakin meningkat dari tahun ketahun, dibuktikan dari data PT Askes Indonesia pasien gagal ginjal pada tahun 2010 mencapai 17.507 orang dan meningkat menjadi 23.261 orang di tahun 2011, dan di tahun 2012 meningkat menjadi 24.141 orang.

(Dharma, P.S, dkk, 2015). Pada tahun 2013 Sulawesi Tengah merupakan provinsi dengan penderita gagal ginjal kronis terbanyak dengan prevalensi 0,5 % disusul oleh Aceh, Gorontalo, Sulawesi Utara dengan prevalensi 0,4% , sedangkan provinsi Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Selatan, Lampung, Jawa Barat, Jawa Tengah, DIY dan Jawa Timur prevalensi penderita gagal ginjal masing- masing 0,3 % (Dharma, P.S, dkk, 2015).

Keluhan utama yang paling sering dirasakan oleh penderita gagal ginjal kronik adalah sesak nafas, nafas tampak cepat dan dalam atau yang disebut pernafasan *kussmaul*. Hal tersebut dapat terjadi karena adanya penumpukan cairan di dalam jaringan paru atau dalam rongga dada, ginjal yang terganggu mengakibatkan kadar albumin menurun. Selain disebabkan karena penumpukan cairan, sesak nafas juga dapat disebabkan karena pH darah menurun akibat perubahan elektrolit serta hilangnya bikarbonat dalam darah. Selain itu rasa mual, cepat lelah serta mulut yang kering, juga sering di alami oleh penderita gagal ginjal kronik. Hal tersebut disebabkan oleh penurunan kadar natrium dalam darah, karena ginjal tidak dapat mengendalikan ekskresi natrium, hal tersebut dapat pula mengakibatkan terjadinya pembengkakan.

Mengingat masih banyaknya penderita gagal ginjal kronik yang masih kurang tertangani oleh medis sehingga penulis tertarik untuk menulis karya tulis ilmiah tentang gagal ginjal kronik yang berjudul “Upaya Penatalaksanaan Pola Nafas Tidak Efektif Pada Pasien Chronic Kidney Disease di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro”.

2. METODE

Metode yang digunakan penulis adalah metode deskriptif dengan mengumpulkan fakta dengan interpretasi yang tepat, dan mengumpulkan data beserta fakta yang sebenarnya terhadap kondisi pasien. Data tentang pasien di peroleh dengan cara observasi, wawancara langsung terhadap pasien dan keluarga pasien, kemudian wawancara terhadap tenaga kesehatan (perawat jaga ruang Tulip), serta catatan keperawatan yang ada di ruang Tulip. Studi kasus dilakukan terhadap salah satu penderita gagal ginjal kronik yang dirawat di ruang Tulip RSUD Sragen. Menurut Hasdianah S. dkk (2015) penelitian deskriptif merupakan bentuk penelitian untuk menyatakan fenomena yang terjadi yang dapat berupa bentuk, aktivitas, karakteristik, perubahan, hubungan, kesamaan, dan perbedaan antara fenomena satu dengan yang lain yang berlangsung saat ini dan saat yang lampau.

Penelitian ini berlangsung selama 3 hari yaitu pada tanggal 29 Maret 2016 sampai 1 april 2016 di ruang Tulip RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Pada

hari pertama penulis melakukan pengkajian serta pengumpulan data yang menunjang pasien seperti data laboratorium meliputi pemeriksaan hematologi dan pemeriksaan fungsi ginjal. kemudian pada tanggal 30 Maret mulai membuat rencana tindakan keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang muncul. Setelah itu, membuat intervensi keperawatan, penulis lalu mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat. Pada tanggal 1 April penulis mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN a. Hasil

Pasien bernama Tn. S berumur 55 tahun, beragama Islam, bekerja sebagai petani. Pasien masuk IGD RSUD dr. Soehadi Prijonegoro tanggal 29 Maret pada pukul 16.30 WIB dengan diagnosa gagal ginjal kronis. Riwayat penyakit sekarang pasien mengeluh sesak nafas, lemas dan di kedua kakinya mengalami bengkak sejak 1 minggu yang lalu kemudian istri pasien mengantarkan ke rumah sakit untuk memeriksakan keadaan Tn. S. Saat di IGD pasien dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil Hemoglobin 7 gr/dL dan pada pemeriksaan fungsi ginjal dengan nilai ureum pasien 478,5 mg dan kreatinin 16,98 mg/dL. Pasien diperiksa vital sign dan hasilnya tekanan darah 150/90 mmHg, suhu 37°C, nadi 88 kali/menit, dan Respirasi sebanyak 32 kali/menit. Kemudian pasien dilakukan tindakan pemasangan infus Ringer Laktat dengan dosis 20 tpm, dan dipasang selang kanul 3 liter untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi pasien. Kemudian pada pukul 19.30 WIB pasien dipindahkan ke ruang Tulip.

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 29 maret 2016 di ruang Tulip RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dengan pasien penderita gagal ginjal kronis dengan nama Tn. S. Keluhan utama yang dirasakan pasien adalah sesak nafas, lemas dan bengkak di kedua kaki. Sebelumnya pasien pernah dirawat di rumah sakit dua tahun yang lalu dengan keluhan hipertensi dan gangguan pada ginjal. Keluarga pasien mengatakan bahwa anggota keluarganya tidak ada yang menderita penyakit gagal ginjal dan penyakit menurun dan menular lainnya.

Pada pemeriksaan penunjang, didapatkan hasil laboratorium pada tanggal 29 Maret 2016 dengan pemeriksaan hematologi, hemoglobin sebanyak 7 g/dL dengan nilai normal 12,2- 18,1, eritrosit sebanyak 2,91 juta/ μ L dengan nilai normal 4,04-6,13, Hematokrit sebanyak 23,0 % dengan nilai normal 37,7-53,7%, MCV 78,7 fL dengan nilai normal 80-97 fL, MCH 24,2 pg dengan nilai normal 27- 31,2pg, MCHC 30,7 g/dL dengan nilai normal 31,8-38,4 dL, Lekosit 12.60 ribu/mL dengan nilai normal 4,6-10,2 ribu/mL,

Trombosit 211 ribu/mL dengan nilai normal 150 – 450 ribu/mL, Neutrofil 46,9 % dengan nilai normal 37-80%, Limfosit 4,3 % nilai normal 19-48%, Basofil 5,3 % dengan nilai normal 0-2,5%. Pada pemeriksaan fungsi ginjal Ureum 478,5 mg/dL dengan nilai normal 10-50 mg/dL, sedangkan nilai kreatinin 16,98 mg/dL nilai normal 0,6-1,1 mg/dL. Dari dokter mendapatkan terapi Furosemide dengan dosis 2 ampul / 8 jam, Kidmin 200 ml / 24 jam, obat oral Aminefron 3x1/2 tablet, Ringer Laktat 20 tpm, dan tranfusi darah sebanyak 2 kantong darah.

Analisa data yang diperoleh dari data subjektif pasien antara lain pasien merasakan sesak nafas, nafasnya cepat dan dangkal kemudian pasien juga mengatakan merasa letih dan kelelahan, dan data objektif saat penulis melihat kondisi pasien adalah pernafasannya yang lebih dari normal dengan RR 32 kali/menit dengan menggunakan otot bantu pernafasan serta tipe pernafasan yang *kussmaul* dan suaranya mengi dan pada pemeriksaan fisik ditemukan suara ronkhi basah pada dada sebelah kanan. Pemeriksaan vital sign didapatkan hasil tekanan darah 150/90 mmHg, Suhu 37°C, nadi 88 kali/menit dan pernafasan 32 kali/menit. Kemudian penulis menegakkan masalah keperawatan yaitu pola nafas pasien yang tidak efektif karena hiperventilasi. Berdasarkan analisa data diatas maka penulis menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi (Nanda, 2009). Menurut Judith & Ahern (2013) mendiskripsikan pola nafas yang tidak efektif adalah inspirasi dan atau ekspirasi ventilasi pernafasan tidak adekuat. Dalam kasus ini pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi. . *Hyperventilation* menurut kamus keperawatan adalah pernafasan yang dilakukan pasien sangat cepat dan dapat juga disertai dengan gejala pusing (Kamus Keperawatan, 2013).

Menurut Dongoes M, dkk (2015), tujuan dilakukan tindakan keperawatan terhadap pasien adalah untuk mengatasi masalah pasien pada pola nafas yang tidak efektif menjadi efektif dengan kriteria hasil setelah 3x24 jam pasien dapat menunjukkan adanya perubahan pola nafas menjadi efektif seperti, *Vital Sign* dalam batas normal terutama Tekanan darah yang nilai normalnya 110/70 sampai 130/90 mmHg dan *respyration rate* yang nilai normalnya adalah 12-20 kali/menit (Jones & Raylene 2009), dapat bernafas dengan mudah dan nafas tidak pendek, tidak ada suara nafas ronkhi dan mengi, menunjukkan pernafasan optimal (tidak *kussmaul*) saat terpasang alat bantu pernafasan seperti oksigen kanul, tidak menggunakan otot bantu pernafasan serta ekspansi dada yang simetris. Lalu tindakan yang perlu dilakukan untuk penatalaksanaan pola nafas tidak efektif adalah catat

frekuensi dan kedalaman pernafasan, catat laporan dari pasien mengenai pernafasan pasien, observasi karakteristik pola nafas, auskultasi dan perkusi dada pasien, beri oksigen melalui kanul. Posisikan kepala di tinggikan atau duduk dan sedikit condong ke depan, dan intervensi selanjutnya beri edukasi kepada pasien dan keluarga tentang relaksasi nafas dalam, lalu diskusikan dengan dokter untuk pemberian terapi farmakologis serta tranfusi darah untuk meningkatkan kadar hemoglobin (Nanda, 2013).

Pada hari Rabu tanggal 30 Maret 2016 penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi yang telah di buat oleh penulis. Pada pukul 08.15 penulis bersama perawat jaga melakukan tindakan injeksi Furosemide sebanyak 2 ampul /8 jam dan Kidmin sebanyak 200 ml/24 jam. Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan suntikan, lalu penulis melakukan injeksi Furosemide sebanyak 2 ampul lewat selang intravena yang telah terpasang, dan mengganti Ringer laktat dengan Kidmin sebanyak 200ml dengan dosis 20 tetes per menit. Pada pukul 09.15 WIB penulis memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, pasien mengatakan lebih nyaman jika duduk tegak dibanding tidur dengan meninggikan kepala. Data objektif, pasien terlihat bernafas terengah-engah dengan pernafasan yang *kussmaul*. Pada pukul 09.20 WIB penulis memeriksa status pernafasan pasien dengan cara menghitung pernafasan selama 1 menit penuh. Dan hasil dari pemeriksaan di peroleh banyaknya respirasi adalah 31 kali permenit. Pasien mengatakan masih sesak nafas, dan penulis melihat cara bernafas pasien cepat dan dalam dengan suara mengi. Pada pukul 09.35 WIB penulis mengjarkan kepada pasien dan keluarga tentang teknik relaksasi, respon yang di dapatkan pasien mengatakan sudah bisa mengontrol pernafasannya, data objektif dari penulis pasien terlihat masih bernafas dengan tergesa-gesa dengan respirasi sebanyak 31 kali/menit. Kemudian pada pukul 10.30 WIB penulis melakukan tindakan mengobservasi karakteristik pola nafas serta melakukan auskultasi dan perkusi pada dada pasien, dari data subjektif pasien mengatakan masih merasa sesak nafas serta kelelahan, dan dari data objektif penulis, pasien terlihat menggunakan otot bantu untuk bernafas, saat penulis melakukan perkusi dan asukultasi pada dada pasien didapat kan suara auskultasi adalah ronkhi basah dan perkusi sonor. Pada hari ini pasien akan diberikan tranfusi darah yang kedua tujuannya adalah untuk menaikkan Hb pasien yang rendah.

Penulis melakukan evaluasi hari pertama pada hari rabu tanggal 30 Maret pukul 14.00 WIB. Pasien dengan diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi mengatakan merasa sesak nafas. Pasien terlihat terengah-engah saat bernafas, pernafasannya *kussmaul* dan

pernafasanya selama 1 menit adalah 31 kali dan tekanan darah 150/90 mmHg, Suhu 37°C, serta Nadi 88 kali/menit. Dalam bernafas pasien menggunakan otot bantu untuk bernafas, kemudian saat bernafas pasien juga terlihat adanya peningkatan ekspansi paru. Dari data tersebut maka masalah pada Tn. S belum teratasi, dan untuk *planning* lanjutkan intervensi kaji status pernafasan pasien, observasi karakteristik pola nafas pasien, auskultasi dan perkusi bagian dada pasien, lanjutkan terapi oksigenasi, relaksasi dan terapi farmakologis Furosemide 2 ampul/8jam.

Pada tanggal 31 Maret pukul 08.15 WIB penulis melakukan tindakan keperawatan injeksi Furosemide sebanyak 2 ampul/8 jam dan Kidmin 200 ml/24jam. Pasien mengatakan kepada penulis bahwa masih merasa sesak nafas dan hari ini akan dilakukan hemodialisa. Data objektif Furosemide masuk lewat selang intravena dengan lancar dan flabot Ringer Laktat telah terganti dengan Kidmin 200ml dengan dosis 20tpm. Selanjutnya pada pukul 09.30 WIB penulis melakukan tindakan pemeriksaan status pernafasan pasien dengan menghitung *respiratory rate* dan setelah 1 menit pemeriksaan di dapatkan hasil *respiratory rate* sebanyak 33 kali permenit. Pasien mengatakan masih sesak padahal sudah memakai selang oksigen. Pukul 10.00 WIB penulis mengobservasi karakteristik pola nafas pasien. Pasien mengatakan bahwa sesak nafasnya tidak kunjung reda. Saat di auskultasi terdengar suara ronkhi dan saat dilakukan perkusi suaranya sonor. Pada pukul 10.05 setelah melakukan pemeriksaan karakteristik pola nafas, penulis mengintruksikan pasien agar melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Respon subjektif, pasien mengatakan lebih tenang namun masih merasakan sesak nafas dan data objektif dari penulis adalah pasien terlihat masih sesak nafas dengan respirasi sebanyak 32 kali permenit. Pada pukul 11.00 pasien dibawa ke ruang hemodialisa untuk dilakukan hemodialisis.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 31 Maret 2016 pada pukul 14.00 WIB, pasien mengatakan sesak nafasnya tidak kunjung reda padahal sudah menggunakan oksigen. Pasien terlihat bernafas secara cepat dan dalam, saat di auskultasi suaranya ronkhi basah dan saat diperkusi pada dada pasien terdengar suara sonor, Tekanan darah 150/90 mmHg, Respirasi 33 kali/menit, Suhu 37°C, serta Nadi 88 kali/menit. Pada hari kamis tanggal 31 Maret 2016 Tn. S akan dilakukan tindakan hemodialisis pada pukul 11.00 WIB dan berakhir pukul 17.00 WIB. Pada masalah pola nafas tidak efektif di hari ke dua masalah tersebut belum teratasi dan untuk tindakan selanjutnya adalah melanjutkan intervensi kaji status pernafasan pasien, observasi karakteristik

pola nafas pasien, auskultasi dan perkusi bagian dada pasien, lanjutkan terapi oksigenasi, relaksasi dan terapi farmakologis Furosemide 2 ampul/8jam.

Pada hari ke tiga Jum'at 1 April 2016 setelah dilakukan hemodialisa kesadaran menurun. Pada pukul 08.30 penulis melakukan pemeriksaan GCS, dari keterangan istri pasien suaminya keluar dari ruang HD kemarin pada pukul 17.00 WIB masih sadar dan pada malam kurang lebih pukul 23.00 WIB kesadaran suaminya menurun. Dari hasil pemeriksaan GCS didapatkan respon *Eyes* hasilnya 1, *Verbal* 1 dan *Motorik* 1 jadi kesimpulannya kesadaran pasien adalah koma. Pada pukul 08.45 penulis melakukan tindakan Injeksi Furosemide 2ap/8jam dan mengganti flabot Ringer laktat dengan Kidmin 200ml/24 jam. Kemudian penulis memeriksa tanda-tanda vital, dari pemeriksaan didapatkan hasil tekanan darah 180/100 mmHg, Suhu 37,4°C, Nadi 88 kali/menit dan Respirasi 33 kali/menit. Intervensi untuk meningkatkan pola nafas pada pada pasien Tn.S dilakukan tindakan dengan pemberian nasal kanul, dan posisi semi fowler. Pada pukul 10.20 WIB keluarga pasien memanggil perawat dan mengatakan bahwa pasien sudah tidak bernafas lagi. Kemudian penulis dan perawat memeriksa keadaan umum pasien, hasilnya adalah nadi tidak teraba, pada pemeriksaan mata didapatkan pupil lebih besar dari normal (midriasis), tekanan darah tidak terukur dan pasien dinyatakan meninggal pada pukul 10.40 WIB.

Pada hari Jumat tanggal 1 April 2016 pasien pasien telah dinyatakan meninggal dunia. Pasien mengalami penurunan kesadaran pada hari Kamis pukul 23.00 WIB. Sampai pada hari Jumat tanggal 1 April 2016 pukul 10.20 WIB istri pasien melaporkan kepada perawat jaga bahwa suaminya tidak bernafas lagi, kemudian penulis dan perawat yang berjaga memeriksa keadaan pasien, saat dilakukan pemeriksaan nadi pasien tidak teraba, tekanan darah tidak terukur dan pasien dinyatakan meninggal pukul 10.40 WIB. Dari data tersebut maka untuk intervensi keperawatan dengan masalah pola nafas tidak efektif pada Tn. S dihentikan karena pasien telah meninggal dunia.

b. PEMBAHASAN

1) Pengkajian

Keluhan umum yang terjadi pada penderita gagal ginjal kronik dengan kardiovaskuler dampaknya adalah oedema, nyeri dan sesak nafas (Naga S, 2014). Pada Tn. S muncul dampak seperti oedema pada kedua kaki dan sesak nafas dengan pernafasan sebanyak 31 kali/ menit.

Menurut Naga S. (2014) hal yang perlu dikaji pada penderita gagal ginjal kronis adalah tanda atau gejala seperti pucat, hiperpigmentasi,

hipertensi, kardiomegali, edema, nefropati perifer, mengantuk, bau nafas uremik. Pada Tn. S juga nampak gejala seperti pada teori, pasien nampak pucat, hipertensi dengan tekanan darah 150/90 mmHg, edema pada kedua kaki, mata sayup-sayup seperti orang mengantuk dan nafas berbau uremik. Dan pada pemeriksaan khusus laboratorium yang perlu dikaji adalah azotemia, asidosis metabolic, anemia, hiperurikemia, hiperkalemia, proteinuria, radiolgi. Pada pemeriksaan laboratorium yang telah dilakukan Tn.S didapatkan hasil anemia dengan nilai Hb 7,0 g/dL.

Pada penderita gagal ginjal kronik akan mengalami peningkatan konsentrasi serum seperti urea, kreatinin, asam urat, magnesium dan jika penderita terjadi hiperkalemia maka jiwanya akan terancam (Dharma, P.S, dkk, 2015). Pada Tn.S dari data laboratorium didapatkan peningkatan ureum dan kreatinin dengan nilai ureum 478,5mg/dL dengan nilai normal 10-50 mg/dL dan nilai kreatinin sebanyak 16,98 mg/dL dengan nilai normal 0,6-1,1 mg/dL.

Pada pemeriksaan penunjang, mayoritas dari penderita gagal ginjal kronik mengalami Hipertensi termasuk juga pada Tn.S mengalami hipertensi saat diukur, tekanan darah Tn.S adalah 150/90 mmHg. Dari penelitian yang dilakukan oleh Chandra D. (2015) mayoritas responden memiliki kadar Hb yang rendah dengan persentasi 96,70% dengan rata-rata nilai Hb 8,92 gr/dL sedangkan nilai normal adalah 14-18 gr/dL. Pada Tn. S juga mengalami penurunan Hb dengan nilai 7,0 gr/dL.

2) Diagnosa

Diagnosa yang muncul pada Tn. S adalah pola nafas tidak efektif b.d hiperventilasi. Penulis memilih diagnosa tersebut berdasarkan Nanda (2009) dengan data penunjang pasien merasakan sesak nafas dan pasien terlihat sesak nafas dengan nafas *kussmaul* dan suara mengi, serta respirasi sebanyak 31 kali/menit. Hiperventilasi yang menyebabkan pola nafas tidak efektif disebabkan oleh asidosis yang bersangkutan dengan peningkatan asam dalam darah. Pada penderita gagal ginjal kronis, terjadi penumpukan asam karena fosfat dan sulfat tidak bisa dikeluarkan oleh tubuh yang mengakibatkan penurunan pH dan keasaman akan naik. Sehingga penderita mengalami pernafasan *kussmaul* (Dharma, P.S, dkk, 2015).

3) Rencana Keperawatan

Dalam kasus ini penulis merencanakan tindakan berdasarkan buku Manual Diagnosis Keperawatan pada tahun 2015 oleh Doenges M. dan buku Nanda tahun 2013 dengan intervensi catat frekuensi dan kedalaman

pernafasan untuk mengetahui status pernafasan pasien, dengan cara menghitung pernafasan selama 1 menit penuh. Kemudian catat laporan yang di katakan oleh pasien seperti merasa sesak nafas saat bicara atau saat beristirahat dan beraktivitas, lalu dapat melihat apakah pasien terdapat takipnea, bernafas terengah-engah, mengi atau batuk. Intervensi selanjutnya adalah observasi karakteristik pola nafas dengan melihat pasien saat bernafas apakah menggunakan otot bantu untuk bernafas atau tidak. Lakukan auskultasi dan perkusi dada pasien untuk mengetahui karakter suara nafas dan ada atau tidaknya bunyi tambahan pada pernafasan pasien. Beri oksigen melalui klanula masker atau ventilasi mekanis sesuai konsentrasi yang diperlukan. Kemudian posisikan kepala di tinggikan atau duduk tegak lurus untuk meningkatkan inspirasi yang maksimal. Menurut Jones & Raylene (2009) posisi untuk memungkinkan paru mengembang secara maksimal adalah dengan posisi duduk tegak agak bungkuk ke depan dengan tangan berada diatas lutut. Agar keluarga mendukung untuk membantu peningkatan pola nafas maka ajarkan teknik relaksasi untuk memperbaiki pola pernafasan dan untuk menunjang pemberian terapi obat maka kolaborasikan kepada dokter untuk pemberian terapi farmakologis.

4) Implementasi

Pola nafas tidak efektif pada Tn.S disebabkan oleh hiperventilasi dengan adanya data penunjang seperti sesak nafas, takipnea, Implementasi yang dilakukan adalah mencatat frekuensi dan kedalaman pernafasan pasien, melakukan pemeriksaan fisik paru pasien, memberikan terapi oksigen serta memposisikan pasien dengan duduk tegak, selain itu penulis juga memberikan terapi farmakologis Kidmin, Furosemide dan Aminefron. Terapi farmakologis Aminefron adalah terapi yang diberikan untuk pengobatan kelainan fungsi ginjal, dan Kidmin untuk meningkatkan fungsi ginjal serta menghambat pemecahan protein otot, sedangkan Furosemide untuk membuang cairan berlebih di dalam tubuh.

Keluarga pasien juga mendapat edukasi tentang cara teknik relaksasi yang benar. Menurut Windarti (2011) *breathing exercise* atau teknik nafas dalam yang dilakukakan dengan cara tarik nafas lewat hidung, kemudian tahan 3 detik dan keluarkan lewat mulut secara perlahan-lahan dapat menangani masalah gangguan pernafasan seperti sesak nafas, mengi, dada terasa berat dan batuk. Dampak dari teori tersebut kurang terlihat pada Tn. S, setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam pasien masih merasa

sesak nafas dan suara masih mengi, dan dampak positif setelah dilakukan relaksasi nafas dalam pasien nampak sedikit rileks.

Menurut penelitian Ratiningsih N. (2011) dalam memaksimalkan pernafasan pasien dapat dilakukan dengan mengatur posisi pasien. Posisi duduk dengan sedikit membungkuk ke depan merupakan posisi yang sangat efektif dalam meningkatkan fungsi ventilasi paru-paru karena organ abdominal menekan diafragma sehingga kondisi ini membuat orang yang melakukan tindakan posisi duduk dengan sedikit membungkuk ke depan lebih mudah untuk bernafas. Pada Tn.S setelah dilakukan pengaturan posisi dengan duduk dan sedikit membungkuk kedepan, pengaruhnya terhadap Tn. S kurang maksimal. Pada hari pertama dan hari kedua Tn.S masih merasakan sesak nafas dan suara nafas pasien mengi serta *respirasi rate* pada hari pertama 31 kali/menit dan hari kedua 33 kali/permenit. Hal tersebut dikarenakan Tn.S ketika merasa sesak nafas, Tn. S tidak melakukan teknik relaksasi saat tidak ada penulis, keluarga atau perawat lain. Sehingga keefektifan pola nafas pasien tidak dapat mencapai kriteria hasil yang telah ditentukan.

Pada hari kedua, pasien dilakukan hemodialisis. Hemodialisis merupakan sebuah terapi untuk penderita gagal ginjal yang proses kerjanya adalah mengeluarkan darah dari tubuh pasien kemudian dialirkan melalui selang yang telah dihubungkan ke arteri dan vena pasien ke mesin yang disebut dialiser dengan menggunakan prinsip difusi zat terlarut yang menembus membrane semipermeabel (Tokala B. dkk, 2015). Setelah dilakukannya terapi hemodialisis, pasien mengalami penurunan kesadaran yang disebabkan karena komplikasi terhadap penyakit hipertensi. Penyakit gagal ginjal kronis dapat berkomplikasi kepada hipertensi karena ginjal mempunyai fungsi yaitu menyaring dan membuang kelebihan air dan limbah dalam darah yang dijalankan oleh pembuluh darah kecil yang ada pada ginjal. Hipertensi menyebabkan tertekannya pembuluh darah kecil yang ada dalam ginjal, sehingga dapat merusak pembuluh darah dan nefron yang ada didalam ginjal. Keadaan tersebut berdampak pada tugas yang dilakukan nefron yaitu, tidak dapat menyaring limbah, natrium dan kelebihan cairan dalam darah. Selain itu ginjal juga berfungsi memproduksi enzim *angiotensin* yang selanjutnya diubah menjadi *angiotensin II* yang menyebabkan pembuluh darah menjadi mengkerut serta mengeras sehingga penderita akan mengalami hipertensi (Dharma, P.S, dkk, 2015)

Pada hari ketiga pasien masih mengalami penurunan kesadaran. Penurunan kesadaran yang dialami Tn.S diakibatkan tingginya tekanan darah setelah melakukan hemodialisis yaitu 180/100 mmHg, yang mengakibatkan gagal fungsi pada ventrikel kiri jantung sehingga jumlah darah berlebih dan pasien mengalami kejang dan gangguan kesadaran. Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis untuk mengatasi pola nafas tidak efektif adalah mengganti posisi dari duduk membungkuk ke posisi *semi fowler* dan pasien masih menggunakan terapi kanul oksigen.

5) Evaluasi

Menurut Dermawan D. (2012) evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi.

Dalam kasus ini tindakan untuk mengupayakan keefektifan pola nafas tidak teratasi, pasien telah dinyatakan meninggal pada pukul 10.40 WIB. Dari intervensi terapi nafas dalam, posisi duduk dengan membungkuk sedikit ke depan belum bisa mengatasi pola nafas tidak efektif pada Tn. S.

4. PENUTUP a. Kesimpulan

Dari hasil pengkajian terhadap Tn.S didapatkan diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi, dari diagnosa tersebut penulis melakukan intervensi terapi farmakologis dan non farmakologis berupa pengaturan posisi duduk membungkuk ke depan, semi fowler, terapi relaksasi nafas dalam, terapi oksigen dan terapi furosemide, kadmim serta aminefron. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam pada pasien, pasien tidak dapat mencapai kriteria hasil yang telah ditentukan. Terapi yang telah dilakukan terhadap pasien kurang berpengaruh terhadap peningkatan pola nafas pasien. Kondisi tersebut diperburuk dengan dengan kurang sadarnya pasien saat mengalami sesak nafas ataupun nafasnya cepat dan dalam pasien tidak melakukan tindakan relaksasi nafas dalam seperti yang telah diajarkan oleh penulis kepada pasien. Hal tersebut bisa saja terjadi karena pengaruh ureum yang ada di otak, sehingga penderita gagal ginjal kronik akan mengalami kesulitan berpikir dan memusatkan perhatian. Selain

itu, pasien mengalami penurunan kesadaran akibat komplikasi terhadap hipertensi yang membuat pasien akhirnya meninggal dunia.

b. Saran

1) Untuk Rumah Sakit

Diharapkan petugas kesehatan dapat melakukan tindakan terapi farmakologis dan non farmakologis secara maksimal dan melakukan observasi terhadap pasien secara terus menerus untuk mengetahui kondisi pasien setiap waktu. Dan saat dilakukan tindakan keperawatan yang berhubungan dengan hasil laboratorium setelah itu, petugas kesehatan diharapkan selalu mengecek pemeriksaan laboratorium terhadap pasien agar dapat mengetahui perkembangan kondisi pasien.

2) Untuk Keluarga Pasien

Diharapkan keluarga dapat menambah pengetahuan tentang penyakit gagal ginjal kronis serta cara penanganan dan pencegahan agar tidak terjadi lagi pada anggota keluarga yang lain. Serta mengetahui cara mengatasi sesak nafas dengan terapi non farmakologis seperti pengaturan posisi dan relaksasi nafas dalam.

3) Untuk peneliti lain

Diharapkan dimasa yang akan datang dapat digunakan sebagai referensi atau sumber data untuk penelitian selanjutnya tentang ketidak efektifan pola nafas. Dan diharapkan peneliti melakukan asuhan keperawatan kepada pasien dengan maksimal, dan setiap saat meninjau kondisi pasien yang berhubungan dengan pola nafas tidak efektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Berkowitz A. 2012. *Lecture Note Patofisiologi Klinik; Contoh Khusus Klinis*. Jakarta : EGC.
- Candra D. 2015. *Kadar Albumin dan Hemoglobin Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Diabetes dan Non-diabetes*. Jurnal INJEC. Volume 2.
- Dharma, P. S, dkk. 2015. *Penyakit Ginjal Deteksi Dini dan Pencegahan*. Yogyakarta : Condongcatur.
- Dongoes M, dkk. 2015. *Manual Diagnosis Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta : EGC.
- Hasdianah S, dkk. 2015. *Dasar-dasar Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Jones, Rhonda M; Rospond & Raylene M. 2009. *Patient assessment in pharmacy practice*. Terjemah Ni Luh Made, Lyrawati D.
- Judith & Ahern. 2013. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan NANDA NIC NOC*. Edisi 9. Jakarta : EGC.
- Kamus Keperawatan. 2013. *Dictionary of Nursing*. Edisi 2. Cetakan I. Terjemahan Paramita. Jakarta: Indeks.
- Naga S. 2014. *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Diva Press.
- NANDA. 2009. *Diagnosa Nanda NIC NOC*. Jakarta : Prima Medika.
- _____. 2013. *Diagnosa Nanda NIC NOC*. Jilid 1. Jakarta : Prima Medika.
- Ratiningsih N, dkk. 2011. *Peningkatan Fungsi Ventilasi Paru Pada Klien Ppok Dengan Posisi High Fowler & Orthopneic*. Jurnal Keperawatan Indonesia. Volume 14. No. 1, 1 Maret 2011; hal 31-36.
- Smeltzer, S. C & Bare, B. G. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart*. Edisi 8. Volume 2. Jakarta : EGC.
- Tokala B, dkk. 2015. *Hubungan Antara Lamanya Menjalani Hemodialisis dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik di RSUP Prof Dr. R. D. Kanalan Manado*. Jurnal e-Clinic (eCI). Volume 3. Nomor 1, Januari-April 2015
- Windarti, R. 2011. *Pengaruh Diafragmatic Breathing Exercise Terhadap Kualitas Hidup Penderita Asma*.

An Application of Semi-Fowler Positioning to Overcome Nursing Problems Ineffective Breath Patterns in Clients with Chronic Kidney Disease: a Case Study

Dina Setia Indah Sari^{1*}, Ana Nistiandani², Siswoyo², Umayanah³

¹Faculty of Nursing, University of Jember, Indonesia

²Department of medical surgical nursing, Faculty of Nursing, University of Jember, Indonesia

³Dr. Soebandi General Hospital Jember, Indonesia

ABSTRACT

ARTICLE INFO

Article History:

Submitted: 10-02-2023

Reviewed: 14-02-2023

Revised: 27-02-2023

Acepted: 28-02-2023

Keywords:

Semi-Fowler
Positioning,
Ineffective Breath
Patterns,

Chronic Kidney Disease (CKD) or chronic kidney failure is a disease due to decreased kidney function that causes the body to fail to maintain fluid and electrolyte balance metabolism, resulting in urea retention and other nitrogen waste accumulation in the body. This research aims to analyze given this position to lower oxygen consumption and increase maximum lung expansion, the ineffectiveness of the client's breath pattern is more optimal in CKD patients in the Adenium Room of DR. Soebandi Jember Hospital. This type of research is descriptive using the case study approach method. The subject in this case study was one patient affected by CKD with the ineffectiveness of breath patterns. Semifowler position intervention is performed where the position of the head and body is raised by 45°. Result: The application of a semi-fowler position (45° sitting position) for 3x24 hours according to the standard of procedure helps reduce shortness of breath and helps optimize RR in the client so that the problem of ineffectiveness of breath patterns can be resolved. Interventions in regulating the angle of sleep position can meaningfully produce good respiration, so it can be considered one of the interventions to optimize the ineffectiveness of breath patterns.

This is an open-access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



Chronic Kidney Disease

Corresponding Author:

Dina Setia Indah Sari

Faculty of Nursing, University of Jember, Indonesia

Email: dinasetia50@gmail.com

INTRODUCTION

According to the Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), the definition of Chronic Kidney Disease is defined as damage that occurs to the kidney organs and can cause the resulting glomerular rate to be less than 60 ml/minute / 173m³; this event lasts for three months or more, and is sedentary and irreversible or irreversible. Because of its irreversible nature, sufferers have to undergo treatment for life. Chronic renal failure causes a decrease in kidney function, resulting in body toxins that should be removed by the kidneys not coming out, thereby increasing urea levels and damaging tissues and cells (Siregar, 2020; Nurbadriyah, 2021).

It is estimated by the Annual Data Report United States Renal Data System, every year there will be a double increase in the prevalence of Chronic Kidney Disease (CKD) by 20-25%, especially in 1998-2008 (Wahyuni et al., 2019). According to the Indonesia Renal Registry or IRR, in Indonesia 14,833 people suffered from kidney failure in 2010 and 22,304 people in 2012 (Wakhid et al., 2019). Meanwhile, according to the Ministry of Health of the Republic of Indonesia in 2018, there were 0.29% of cases of kidney failure in East Java (Dwi et al., 2019). Riskesdas results in 2013 found an increase in the incidence of kidney failure in line with the increase in the age of patients, where at the age of 35-44 years occurred with a percentage of 0.3%; aged 45-54 years occurred with a percentage of 0.4%; Ages 55-74 years occur with a percentage of 0.5% and the highest over 75 years as much as 0.6%. In addition, it was found in men to have a higher prevalence (0.3%) while in women (0.2%) (Wakhid et al., 2019)

METHODS

Case studies use descriptive case study design. The population in this study was CKD patients in the Adenium Room of Dr. Soebandi Jember Hospital. The number of respondents was one respondent. This research was conducted in June 2022. They were measuring instruments using oximetry. The data collection tool

uses nursing care sheets and observation sheets. The inclusion criteria in this sample were CKD patients, cooperative, shortness of breath RR above 22x/min, and oxygen saturation <95%. This case study was conducted after getting approval from the head of the room, clinical supervisor, and respondents. The data collection procedure is carried out by assessing nursing diagnoses and interventions, implementing (positioning fowlers), and conducting evaluations. The case study process was carried out when the respondent experienced shortness of breath and SpO₂ was less than equal to 95%, before positioning the fowler, the respondent measured his shortness of breath and oxygen saturation, after which the respondent positioned fowler for 15 minutes and observed and observed his respiratory status. The evaluation was conducted after 15 minutes of ± in the position of the fowler, reviewing the respondents' shortness of breath and oxygen saturation.

RESULTS

The implementation of nursing that is carried out to overcome the ineffectiveness of breath patterns is to conduct a vital sign examination, provide oxygen therapy to provide a semi-fowler position to maximize ventilation, and teach non-pharmacological techniques. Teaching non pharmacology techniques with the client's response says he is more able to control his breathing pattern and the client sees his breath pattern effective again when shortness of breath occurs. In addition to the semi-fowler position, the implementation has been carried out by applying the deep breath technique in the hope that the client's breathing pattern will be effective again and not complain of shortness of breath.

The semi-fowler position is a halfsitting or sitting position where the head reaches higher or is raised to 30-45°. The position is performed to maintain comfort and facilitate the client's respiratory function. This technique can stimulate the parasympathetic nerves and later muscles become comfortable. This relaxation technique can increase the amount of oxygen, increase metabolism, produce energy in physiological processes, and lower the level of fatigue (Sutinah & Azhari, 2020).

The implementation on the first day is to evaluate the frequency of breathing, oxygen saturation and type of breathing, providing a comfortable and low-stimulus environment. On the second day of implementation, it was carried out evaluating the decrease in shortness of breath, evaluating relaxation techniques that the sufferer had used and effectively, creating a calm environment with sufficient lighting and room temperature to produce a relaxed state, explaining the intention of relaxation, advocating taking a safe and comfortable position, demonstrating and asking the client to perform breath relaxation techniques table

1.

Table 1. monitoring of implementation

Indicator	Pre-test	Post Test		
		1 st Day	2 nd Day	3 rd Day
SPO ₂ (Oksigen saturation)	95%	97% with cannula oxygen	98% with cannula oxygen	98% with cannula oxygen
Respiratory Rate	28 times per minute	24 times per minute	22 times per minute	22 times per minute

DISCUSSION

This study is in line with Singal's (2013) study stating that semi-fowler positions are more effective in reducing the respiratory frequency and oxygen saturation in patients with nursing problems and ineffective breathing patterns compared to fowlers or other positions. This position allows oxygen to relieve airway narrowing and meet O₂ in the blood. Positioning sem fowler can improve oxygen input for asphyxiated patients. In line with the study, it was found that (64%) of patients were better in the 30-45o position, (24%) in the 60o position, and (12%) patients were better at 90o. Similar previous studies have shown a significant effect of semi-fowler positioning on the shortness of breath in patients with ineffective breath pattern fatigue problems with sig values. 0,006 (α 0,05). In theory, breathing exercises will lead to increased blood circulation to the respiratory muscles. Smooth blood flow will bring nutrients (calcium and potassium) and oxygen to the respiratory muscles. This strength of the more

trained respiratory muscles will improve lung compliance and prevent the alveoli from collapsing or statics. In line with the research by Yulia (2019), the results have the advantage that after breath intervention in the setting of position of semi-fowler the value of respiration rate in patients with the nursing diagnosis of ineffective breath patterns decreases. Setting the correct position can make lung function close to normal, preventing disease recurrence and death. The results that researchers have obtained are also in line with research that has been carried out by Dahlia (2018) which states that the semi-fowler position is more effective in lowering the respiratory rate (RR) because in the semi-fowler position the diaphragm muscles are attracted to the bottom so that lung expansion is more optimal and oxygen is easier to enter the lungs. In addition, the position of the semi-fowler can maintain comfort and facilitate respiratory function.

This is in contrast to Dimas's research (2020) which states that positioning fowlers can decrease shortness of breath and increase patient oxygen saturation. In contrast to the research that Khasanah has carried out, (2019) which states that placing the patient in the fowler position can improve the patient's respiratory status, in this case SpO₂ and RR can be better than the lower head position. It can be interpreted that the position of the body that is getting upright, the better the respiratory status. It is also not in line with the research that Kubota, Endo and Kubota (2013) have conducted which shows that a slight flexion of the upper body in the fowler position will activate respiratory function and increase the contribution of vagal nerve activity to the cardiovascular system.

CONCLUSION

Based on the study results, it was shown that positioning fowlers in CKD (Chronic Kidney Disease) patients with shortness of breath could increase oxygen saturation in patients. There was a change in SpO₂ (oxygen saturation). Giving a fowler position addresses the priority problem of expanding the thorax and lung.

REFERENCES

- Basri, B. T., Utami, dan E. Mulyadi. 2020. Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan. Bandung: Penerbit Media Sains Indonesia.
- Dwi, V., D. Nursanto, E. D. Risanti, L. M. Dewi, K. Listiana, dan M. Dewi. 2019. The Relationship of Hypertension and Age Against the Chronic Kidney Failure in The Hospital of Dr. Harjono S. Ponorogo. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Hasanah, U., Hammad, dan A. Rachmadi. 2020. Hubungan kadar ureum dan kreatinin dengan tingkat fatigue pada pasien chronic kidney disease (ckd) yang menjalani hemodialisa. Jurnal Citra Keperawatan. 8(2):86–92.
- Hasanah, U. dan L. PH. 2021. Slow deep breathing berpengaruh terhadap fatigue pada pasien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Jurnal Ilmiah Permas : Jurnal Ilmiah Stikes Kendal. 11(1):5–6.
- Kalengkongan dkk. 2018. Faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan chronic kidney disease (ckd) penderita yang dirawat di rumah sakit daerah liunkendage tahuna. Jurnal Ilmiah Sesebanua. 2(2):100–114.
- Nuari, N. A. dan D. Widayati. 2017. Gangguan Pada Sistem Perkemihan Dan Penatalaksanaan Keperawatan. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Nurbadriyah, W. D. 2021. Asuhan Keperawatan Penyakit Ginjal Kronis Dengan Pendekatan 3S. Malang:

Literasi Nusantara.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.
jakarta:

Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Pertiwi, R. A. dan D. R. Prihati. 2020. Penerapan slow deep breathing untuk menurunkan kelelahan pada pasien gagal ginjal kronik. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*.

4(1):14–19.

Putra, S. B., U. Hasanah, N. L. Fitri, A. K.

Dharma, dan W. Metro. 2021. Implementation of slow deep breathing to fatigue in patients with chronic kidney disease. *Jurnal Cendikia Muda*. 1(2)

Rustandi, H., H. Tranado, dan T. Pransasti.

2018. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien chronic kidney disease yang menjalani hemodialisa di ruang hemodialisa. *Jurnal Keperawatan Silampari*. 1(2):32–46.

Siregar, C. T. 2020. *Buku Ajar Manajemen Komplikasi Pasien Hemodialisa*. Yogyakarta: CV. Budi Utama.

Sutinah, S. dan R. Azhari. 2020. The effects of relaxation breathing on fatigue in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis.

Malahayati International Journal of Nursing and Health Science. 3(1):15–21.

Wahyuni, A., I. R. Kartika, dan I. F. Asrul. 2019. Korelasi lama hemodialisa dengan fungsi kognitif. *Real in Nursing Journal*. 2(1):1.

Wakhid, A., K. Kamsidi, dan G. G. Widodo. 2019. Gambaran tingkat depresi pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. 6(1):25.


Zuliani, E. Malinti, U. Faridah, R. S. Renolita, U. Rahmi, N. Malisa, R. Mandias, S. Frisca, Y. H. Matongka, dan T. Suwanto. 2021. Gangguan Pada Sistem Perkemahan. Medan: Yayasan Kita Menulis.

Lampiran 4

BIODATA

Nama : Erin Erfiyanti
Tempat dan tanggal lahir : Merambung Jaya,08 Mei 2001
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Air Putih Lama
Riwayat Pendidikan : 1. SDN 11 Merambung Jaya, Pasemah Air Keruh
2. SMPN 02 Padang Bindu, Pasemah Air Keruh
3. MA AL-MUHAJIRIN Tugumulyo

Lampiran 5

**PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG**
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian depun Kecamatan Merigi Kab. Kepahiang
Kode Pos 39371
e-mail : rsudcurup@yahoo.co.id

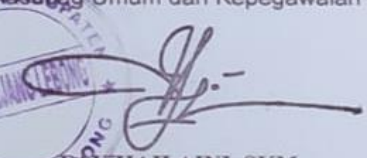
Nomor : 10 /RSUD – DIKLAT/2023 Merigi, 12 Mei 2023
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - **Karu Melati**
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di
RSUD Kabupaten Rejang Lebong


Sehubungan dengan Surat Dari Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Nomor: KH.0301/136/6.2/2023 Tanggal 03 Mei 2023 , Perihal Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa :

Nama : **ERIN ERFIYANTI**
Jurusan : P00320120013
Waktu : 12 s.d 18 Mei 2023
Judul : *Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD) Implementasi Posisi Semi Fowler 45 Derajat di ruangan Melati RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.*


Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi, Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

A.n Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong
Bagian Umum dan Kepegawaian


FAUZIAH AINI, SKM
NIP. 19650211 198703 2 003



Lampiran 6

**PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG**
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian Depun Kec Merigi Kabupaten Kepahiyang
Kode Pos 39371
Email rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor	18 /RSUD – DIKLAT/2023	Merigi, 17 Mei 2023
Sifat	Biasa	Kepada Yth,
Lampiran	-	Kaprodi Keperawatan Curup
Perihal	Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin penelitian di RSUD Kabupaten Rejang lebong	Di - Curup

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: KH.03.01/136/6.2/2023 tanggal 03 Mei 2023, Perihal Surat Pengantar Permohonan izin penelitian atas nama Mahasiswa :

Nama	: ERIN ERFIYANTI
NPM	: P00320120013
Jurusan	: D III Keperawatan
Waktu Penelitian	: 12 s.d 18 Mei 2023
Judul	: <i>Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD) Inplementasi Posisi Semi Fowler 45 Derajat di ruangan Melati RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.</i>

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong


dr. RHEYCO VICTORIA, Sp.An
NIP. 19800911 200804 1 001

Lampiran 7



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Eria Erflyanti
NIM : P00320120013
NAMA PENGUJI : Ns. Fatimah khoirini, SST.M.Kes
JUDUL : Asuhan Keperawatan Chronic Kidney Disease (CKD) dengan Implementasi Posisi Semi Fowler 45° di RSUD Kabupaten Rejang Lebong Ruang Penyakit Dalam Tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Selasa, 08 November 2022	ACC Judul KTI	
2.	Jum'at, 18 November 2022	ACC Jurnal	
3.	Selasa, 22 November 2022	Konsul Bab 2 - Perbaiki Definisi - Perbaiki Patofisiologi - Perbaiki WOC - Perbaiki Pemeriksaan penunjang	
4.	Selasa, 20 Desember 2022	Konsul perbaikan Bab 2 - Lanjut Bab 1	
5.	Jum'at, 23 Desember 2022	Konsul Bab 1 - Perbaiki Latar Belakang - Perbaiki Tujuan umum dan Khusus	
6.	Rabu, 10 Januari 2023	Konsul Perbaikan Bab 1 - Data Indonesia tempatnya diubah - Data Bengkulu ditambahi - Data RSUD Curup 3 Tahun Terakhir Konsul Perbaikan Bab 2 - Tambahi Lampiran jurnal - Print Jurnal	
7.	Jum'at, 10 Maret 2023	Konsul PPT - Tambahi latar belakang Bab 1 ppt	

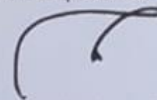
		<ul style="list-style-type: none"> - Tambah klasifikasi - Abstrak 1 spasi - Pengkajian cari data fokus apa yang menonjol di penyakit CKD - Tambahkan intervensi pendukung - Keluhan utama masuk dilator belakang - Tambahkan data dunia, data Indonesia, data rs <p>Bab 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan WHO - Semua kata CKD ubah huruf miring <p>Bab 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semua bahasa medis huruf miring - Lampirkan jurnal - Abstrak tambah metode - Cek plagiarisme 	
8.	Kamis, 16 Maret 2023	<p>Konsul Bab 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan perlu posisi semi fowler selama berapa menit lihat di jurnal - Pada studi kasus ini tetap dilaksanakan sesuai etika penelitian mulai dari pengumpulan data awal sampai evaluasi perkembangan pasien, etika yang dilakukan antara lain selalu melaksanakan informed consent setiap akan dilakukan tindakan pada pasien serta tetap menjaga kerahasiaan dan martabat pasien. - Jurnal tambah 1 lagi - Lampirkan plagiarisme - PPT tambah pengkajian keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang jelaskan - Ureum kreatinin masuk pemeriksaan penunjang 	✍
9.	Selasa, 4 April 2023	<p>Konsul perbaikan Ppt dan Bab 3</p> <p>Acc Ujian Proposal</p>	✍
10.	Senin, 17 April 2023	<p>Konsul Perbaikan seminar proposal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buat lembar observasi 	✍

		<ul style="list-style-type: none"> - Buat SOP yang dikerjakan 	
		ACC Perbaikan Proposal	
11.	Jum'at, 19 Mei 2023	<p>Konsul Bab 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Di keluhan utama nyeri dihapus - Diagnosa nyeri akut masukkan di analisa data - Diagnosa ke 4 hapus dan ganti diagnosa nyeri akut - Jam tulis yang dikerjakan, tulis apa yang dilakukan - EKG lampirkan - Terapi EKG masukkan - Masukkan nyeri akut di implementasi - Hb masuk diagnose 1 dan diagnosa 3 	R
12.	Selasa, 6 Juni 2023	<p>Konsul Bab 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jalan napas: Bersih - Konsistensi feses : Belum BAB selama di Rs - BB sebelum dan BB sesudah - Do Hipervolemia diubah - Kriteria masukkan di Do pada evaluasi - EKG: sinus rhytm, aksis normal, Ventrikel rate non spesifik. - EKG masukkan di analisa dinyeri 	R
13.	Jum'at, 8 Juni 2023	<p>Konsul Bab 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riwayat penyakit dahulu yang ditemukan pada Ny.S - Tukar nafas dahulu baru sirkulasi - Otot bantu napas, sesak jika tidur telentang - Urine berapa cc - Tambahkan sesuai dengan pengkajian di pembahasan diagnose - Tindakan semi fowler - Dijabarkan yang di observasi di pembahasan 	R
14.	Selasa, 13 Juni 2023	<p>Konsul Bab 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - EKG di Bab 4 ditulis keterangan - Sistem kardiovaskuler tambah EKG PQRST di Bab 4 <p>Konsul Bab 5</p>	R

		<ul style="list-style-type: none"> - Tambah kesimpulan Ekg di diagnose nyeri akut - Pola napas tambah tindakannya 	
15.	Kamis, 15 Juni 2023	Konsul Bab 6 <ul style="list-style-type: none"> - Rata kanan kiri - Kesimpulan : ada beberapa implementasi yang tidak dapat dilakukan - Lengkapi semua dari judul sampai dengan lampiran - Siapkan untuk ujian - Siapkan Ppt Acc Ujian Seminar Hasil	
16.	Jum'at, 14 Juli 2023	Konsul Perbaikan Seminar Hasil ACC Karya Tulis Ilmiah	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup

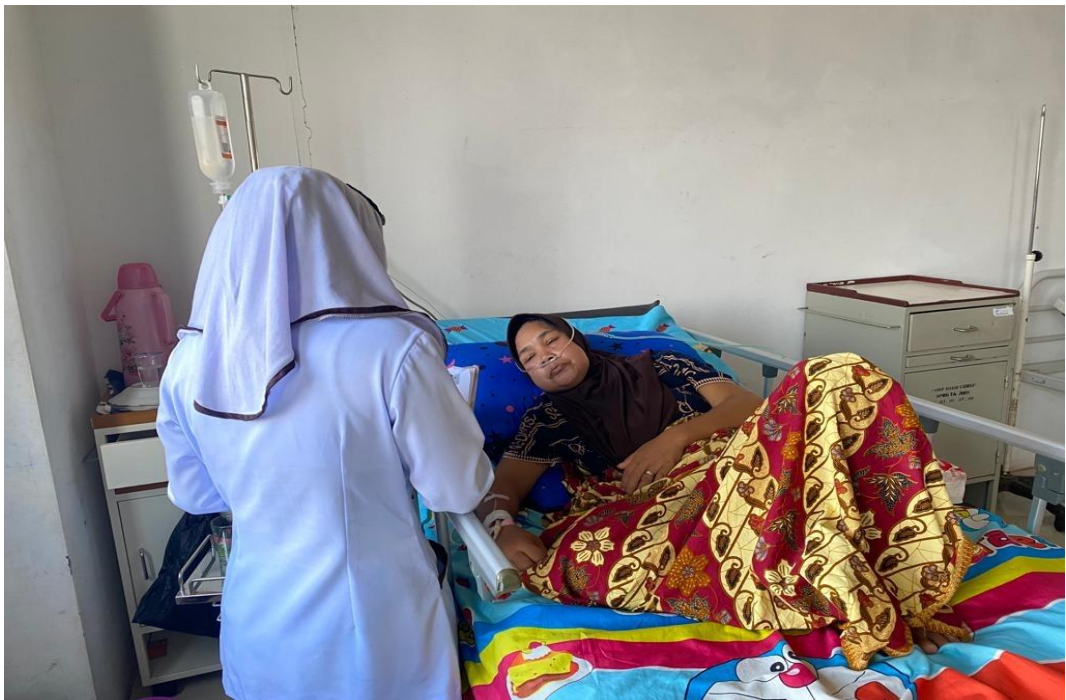


Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
 NIP: 197112171991021001

Lampiran 8

Dokumentasi





Bab 5 KTI Erin

by Erin Efriyanti

Submission date: 14-Jul-2023 11:40AM (UTC+0700)

Submission ID: 2130900498

File name: BAB_V_ERIN.docx (27.36K)

Word count: 2005

Character count: 13035

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab pembahasan penulis akan membandingkan antara teori asuhan keperawatan Chronic kidney disease CKD dengan praktik asuhan keperawatan tersebut dengan proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan pemecahan masalah serta dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus asuhan keperawatan pada Ny.S dengan penyakit CKD di ruang rawat inap Melati RSUD kabupaten Rejang Lebong.

1.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan masalah pasien. Pengkajian pada pasien Ny. S dengan penyakit CKD dilakukan pada tanggal 12 Mei 2023, dalam mengumpulkan data penyusun menggunakan metode wawancara dengan pasien dan keluarga, dan mengobservasi keadaan klien meliputi pemeriksaan fisik per sistem, karena perawat menganggap lebih sistematis dan akurat, serta didukung oleh sumber catatan perawatan, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang sehingga didapatkan data yang diperlukan.

Chronic Kidney Disease adalah kasus penurunan fungsi ginjal yang terjadi secara akut maupun kronis. Penyakit ginjal kronis CKD terjadi apabila kedua ginjal sudah tidak mampu mempertahankan lingkungan dalam keadaan yang cocok untuk kelangsungan hidup. Kerusakan pada kedua ginjal bersifat ireversibel. Dari beberapa pengertian diatas dapat dikemukakan bahwa gagal ginjal kronis adalah kerusakan ginjal yang ireversibel sehingga fungsi ginjal tidak optimal dan diperlukan terapi yang membantu kinerja ginjal serta dalam beberapa kondisi diperlukan transplantasi ginjal, (Syamsir (2017).

Berdasarkan pengkajian yang ditemukan pada kasus Ny. S sesuai dengan konsep teori, keluhan utama dan riwayat penyakit dahulu pada Ny. S yaitu sesak nafas dan mengalami pengeluaran urine sedikit pada saat BAK, Selain itu pasien juga mengatakan bengkak pada kedua kakinya. Pasien mempunyai riwayat penyakit Hipertensi tetapi tidak terkontrol. Berdasarkan teori riwayat penyakit dahulu, adanya kesamaan antara teori dengan riwayat penyakit dahulu yang ditemukan pada Ny. S.

Menurut Wijaya (2013), pengkajian sistem sirkulasi pada pasien dengan CKD yaitu riwayat hipertensi lama atau berat, nyeri dada, nadi kuat, edema jaringan umum dan pitting pada kaki dan telapak tangan, distimia jantung, nadi lemah halus, *Friction rub pericardial*, pasien tampak pucat, kulit kuning, bahkan pasien kecenderungan mengalami perdarahan. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. S, ia mengalami pitting edema pada kedua kaki, dan tampak lemas.

Pengkajian eliminasi yang dapat diperoleh pada pasien CKD adalah pasien mengalami penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare atau konstipasi, perubahan warna urine contoh kuning pekat, merah atau coklat (Doenges, 2000). Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. S urine pasien pengeluarannya sedikit, berwarna kekuningan, +200 cc.

Pemeriksaan pernafasan pada pasien Chronic kidney disease (CKD) biasanya nafas pendek, dispnea nocturnal paroxsimal, batuk dengan/tanpa sputum kental dan banyak, takipnea, peningkatan frekuensi/kedalaman (pernafasan kussmaul). Berdasarkan pengkajian pada Ny. S ditemukan adanya kesamaan antara teori dan keluhan pasien yaitu Ny. S mengalami nafas cepat dimana frekuensi nafas 26 x/menit, kedalaman nafas dangkal, menggunakan otot bantu nafas, pernafasan cuping hidung, dispnea (sesak nafas), ortopnea (kondisi sesak nafas ketika berbaring).

Hasil dari pengkajian yang berupa data-data subyektif dan data obyektif dikumpulkan kemudian dianalisis sehingga didapatkan masalah-masalah pasien untuk selanjutnya menjadi diagnosa keperawatan. Hasil pengkajian perawat menemukan bahwa tanda klinis dari data subyektif dan data obyektif sesuai dengan teori dan tidak ditemukan perbedaan pada saat perawat melakukan pengkajian.

Menurut Berman (2012), data penunjang penyakit CKD menurut teori adanya pemeriksaan laboratorium kimia darah, hematologi, ultrasonography ginjal, Pemeriksaan kimia darah didapat ureum dan kreatinin yang meningkat. Pada saat pemeriksaan laboratorium didapatkan data ureum dan kreatinin Ny.S meningkat, pemeriksaan tanggal 10 Mei 2023 ureum 118 mg/dL (normal ureum 17-43 mg/dL), kreatinin 3,98 mg/dL (normal kreatinin 0,45-0,75 untuk wanita dan 0,62-1,10 untuk laki-laki). Ditambah dengan pemeriksaan hematologi yaitu, Hb 5.2 g/dL (normal Hb wanita 11,7-15,5) Hematokrit 15% (normal wanita 35-47).

5.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah pengumpulan data, dan penulis menganalisa data data tersebut dan mengidentifikasi prioritas masalah pada pasien dengan Chronic kidney disease berdasarkan teori Nurarif (2015) dan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016) yaitu sebagai berikut :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya nafas
2. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh
4. Resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan Disfungsi ginjal
5. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Anoreksia
6. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler

7. Resiko **Penurunan Curah Jantung** ditandai dengan **Perubahan** frekuensi jantung

Berdasarkan data yang didapatkan Ny.S diagnose keperawatan yang dapat ditegakkan yaitu:

1. **Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya** nafas. diagnosa ini ditegakkan karena pada saat pengkajian Ny.S mengatakan sesak saat bernafas, klien terpasang O₂ nasal canul 3Lpm Rr: 26x/menit, menggunakan otot bantu nafas, pernafasan cuping hidung, dyspnea (sesak nafas), ortopnea (sesak nafas ketika berbaring), pola nafas abnormal takipnea (nafas cepat).
2. **Hipervolemia** berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian Ny.S mengatakan BAK sedikit +200 cc, selain itu klien juga mengeluh sesak dengan RR: 26x/m dan terpasang O₂ nasal canul 3 lpm, ortopnea (Sesak nafas ketika berbaring), dispnea (sesak nafas), edema perifer (edema yang dapat terjadi pada pergelangan tangan, lengan, engkel dan telapak kaki dan sering kali disebabkan oleh gangguan aliran darah, dan masalah ginjal), kadar Hb turun (5,2 mg/dL).
3. **Intoleransi aktivitas** berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian pada Ny.S didapatkan data klien badan terasa lemas, sulit untuk melakukan aktifitas sendiri, klien mengatakan dibantu oleh keluarganya jika ingin pergi ke kamar mandi dan saat melakukan ADL seperti makan dan minum, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.
4. **Resiko penurunan curah jantung** ditandai dengan **Perubahan** frekuensi jantung. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada saat pengkajian hari ke 2 klien mengatakan nyeri pada bagian dada tembus kebelakang, P: Nyeri dada, Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Nyeri pada dada kiri depan tembus kebelakang, S: 5, T:

Hilang timbul. Dan didapat hasil pemeriksaan EKG, Sinus rhythm, Normal p axis, Ventrikel rate 60-99, Non specific intraventricular conduction delay.

Ada beberapa diagnosa di teori yang tidak diangkat oleh penulis. Sedangkan 3 diagnosa lagi yang tidak diangkat dikarenakan tidak ada data pendukung, salah satunya yaitu Gangguan Pertukaran Gas, dikarenakan pemeriksaan AGD (Analisa Gas Darah) yang merupakan salah satu pemeriksaan penunjang dalam pengangkatan diagnosa Gangguan Pertukaran Gas belum tersedia di RSUD Kabupaten Rejang Lebong. Maka dari itu penulis tidak dapat mengambil diagnosa Gangguan pertukaran gas.

5.3 Intervensi Keperawatan

Setelah pengkajian dan menegakkan diagnosa selanjutnya adalah menyusun rencana keperawatan yang merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan di dalam asuhan keperawatan yang dilakukan. Rencana keperawatan dibuat berlandaskan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan rasionalnya menurut Doenges namun disesuaikan dengan prosedur ruangan, fasilitas yang ada dan faktor-faktor psikologis dan kondisi pasien serta keluarga. Rencana keperawatan disusun dalam bentuk kata perintah, operasional untuk mengatasi, mengurangi dan mencegah masalah yang ada pada pasien serta melatih pasien dalam kemandirian.

Rencana keperawatan dibentuk berdasarkan diagnosa yang di dapat berdasarkan masalah yang ada pada pasien saat dilakukannya pengkajian dikarenakan ada 4 diagnosa yang didapat maka intervensi pun harus sesuai dengan diagnosa sehingga dapat diimplementasikan dengan baik.

Perencanaan yang telah penulis susun untuk diagnosa Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas adalah Pertahankan posisi klien untuk mengurangi sesak seperti memposisikan klien pada posisi semi fowler, monitor tanda-tanda vital, berikan diuretik sesuai tindakan, menghitung saturasi dan respirasi pada klien.

Perencanaan yang telah penulis susun untuk diagnosa Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi adalah Monitor tanda-tanda vital, mengatur posisi klien untuk mengurangi sesak seperti memposisikan klien pada posisi semi Fowler, kaji lokasi dan luas edema, berikan diuretik sesuai terapi, monitor berat badan. Intervensi untuk diagnosa kelebihan volume cairan yang tidak dapat dilakukan adalah memonitor berat badan pasien dikarenakan kondisi pasien yang mengalami kesulitan dalam bergerak jadi hanya dilakukan pertama kali ketika pengkajian saja.

Untuk perencanaan pada diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan tubuh antara lain kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan, monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien, bantu pasien mengubah posisi secara perlahan, bantu pasien untuk mengidentifikasi aktifitas yang dapat dilakukan, melibatkan keluarga dalam perawatan.

Perencanaan untuk diagnosa terakhir Resiko Penurunan curah jantung ditandai dengan perubahan frekuensi jantung yaitu Mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri

5.4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah disusun, dalam pelaksanaan tindakan keperawatan penulis tidak berada diruangan selama 24 jam tetapi penulis berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, sedangkan untuk mengikuti perkembangan pasien dimana penulis tidak dinas maka penulis melihat catatan perawat ruangan Melati dan catatan dokter serta menanyakan langsung pada perawat yang sedang jaga ataupun dengan keluarga.

Tindakan keperawatan dalam pelaksanaan yang telah direncanakan ada yang dapat dilakukan mandiri oleh penulis dan ada juga yang dilakukan secara berkolaborasi dengan

tim medis kesehatan lain seperti perawat dan ada juga melibatkan keluarga pasien dalam pemberian perawatan. Penulis tidak menemukan banyak kesulitan saat pelaksanaan perawatan, tetapi penulis melihat bahwa pasien Ny.S dengan CKD yang harusnya dilakukan pemasangan kateter untuk memonitoring output cairan, pada kenyataannya Ny.S tidak dilakukan pemasangan kateter karena merasa tidak nyaman jika dipasang kateter dan lebih memilih BAK sendiri ke toilet.

Tindakan yang dilakukan oleh penulis untuk klien yaitu pengaturan posisi semi fowler yang bertujuan untuk mengatasi sesak nafas yang dialami klien. Pada pelaksanaan tindakan menurut jurnal ini penulis tidak menemukan kendala apapun, dikarenakan dari ketersediaan peralatan dan kondisi pasien cukup memadai dalam pelaksanaan tindakan. Setelah dilakukan tindakan didapatkan kesimpulan bahwa posisi semi fowler ini terbukti efektif dalam mengurangi sesak nafas pada Ny.S dimana hasilnya sesuai dengan jurnal yang telah diambil oleh penulis.

Tindakan posisi semi fowler terhadap sesak nafas pada Ny.S:

1. Sebelum diberikan posisi semi fowler 45° di IGD, Respirasi: 28x/menit, Saturasi: 90x/menit
2. Sesudah diberikan posisi semi fowler 45° diruangan melati tanggal 12 mei 2023 jam 18.00 WIB, Pemberian posisi semi fowler 45° ini dilakukan selama 15 menit maka didapatkan hasil: Rr: 26x/menit, SpO2: 95%
3. Sesudah diberikan posisi semi fowler 45° diruangan melati tanggal 13 mei 2023 jam 09.00 WIB, Pemberian posisi semi fowler 45° ini dilakukan selama 15 menit maka didapatkan hasil: Rr: 25x/menit, SpO2: 97%, Kemudian diberikan posisi semi fowler 45° lagi pada jam 14.00 WIB, Pemberian posisi semi fowler 45° ini dilakukan selama 15 menit maka didapatkan hasil: Rr: 23x/menit, SpO2: 96%.

4. Sesudah diberikan posisi semi fowler 45⁰ diruangan melati pada tanggal 14 mei 2023 jam 09.00 WIB, Pemberian posisi semi fowler 45⁰ dilakukan selama 15 menit makan didapatkan hasil: Rr: 21x/mcnit, SpO2: 97%, Kemudian diberikan posisi semi fowler 45⁰ lagi pada jam 11.00 WIB, Pemberian posisi semi fowler 45⁰ ini dilakukan selama 15 menit maka didapatkan hasil: Rr: 20x/menit,

SpO2: 98%.

Data diatas maka penulis mendapatkan hasil bahwa pemberian posisi semi fowler 45⁰ pada pasien CKD yang mengalami sesak nafas ialah efektif untuk membuat sesak nafas klien berkurang.

5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan. Evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi yang dilaksanakan penulis telah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis susun dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny.S CKD terdapat tiga diagnosa teratasi diantaranya yaitu:

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Hambatan upaya nafas pada evaluasi terakhir ditemukan sesak klien berkurang klien tidak lagi menggunakan O2 dan terapi pengaturan posisi semi fowler dalam mengatasi sesak nafas terbukti efektif.
2. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi, pada evaluasi terakhir ditemukan BAK pasien sudah sedikit lancar ±300 ml/hari, edema pada

ekstremitas bawah sudah tidak ada, dan terapi pengaturan posisi semi fowler dalam mengatasi sesak nafas akibat hipervolemia terbukti efektif.

3. Resiko Penurunan curah jantung ditandai dengan Perubahan frekuensi jantung, Pada evaluasi terakhir nyeri berkurang tetapi ketika dirumah ketika klien merasa nyeri lagi maka dianjurkan untuk tarik nafas dalam.

Terdapat juga masalah keperawatan yang baru teratasi sebagian

diantaranya untuk diagnosa :

1. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai oksigen, pada evaluasi terakhir ditemukan kondisi pasien masih mudah lelah, dan pasien masih terlihat hati-hati saat berjalan.

Keadaan umum pasien sesak nafas tidak lagi, penggunaan otot bantu nafas tidak lagi, sesak saat berbaring tidak lagi, edema sudah tidak lagi, kelemahan sudah membaik, nyeri sudah berkurang.

Bab 5 KTI Erin

ORIGINALITY REPORT

8 %	%	%	8 %
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	2 %
2	Submitted to Universitas Brawijaya Student Paper	2 %
3	Submitted to Universitas Jember Student Paper	1 %
4	Submitted to Bentley College Student Paper	1 %
5	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1 %
6	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	1 %
7	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar Student Paper	1 %

Exclude quotes On
Exclude bibliography On

Exclude matches < 1%