

**PENERAPAN POSISI *SEMI-FOWLER* DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN *CHRONIK KIDNEY DISEASE* DENGAN EDEMA PARU
UNTUK MENINGKATKAN SATURASI OKSIGEN DAN
MENURUNKAN DIPSNEA DI RUANGAN HCU
INTERNE RSUP Dr.M.DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS AKHIR



OLEH :

LARA WILFI SAPUTRI, S.Tr.Kep

NIM : 223410948

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
TAHUN 2023**

**PENERAPAN POSISI SEMI-FOWLER DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN *CHRONIK KIDNEY DISEASE* DENGAN EDEMA PARU
UNTUK MENINGKATKAN SATURASI OKSIGEN DAN
MENURUNKAN DIPSNEA DI RUANGAN HCU
INTERNE RSUP Dr.M.DJAMIL PADANG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Diajukan Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan
Kementrerian Kesehatan Padang Sebagai Peryaratan
Dalam Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners**



OLEH :

LARA WILFI SAPUTRI, S.Tr.Kep

NIM : 223410948

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
TAHUN 2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Posisi Semi-Fowler Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD dengan edema paru Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Dan Menurunkan Dipsnea Di Ruang HCU Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

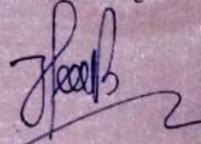
Nama : Lara Wilfi Saputri

NIM : 223410948

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji Prodi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

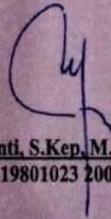
Padang, 16 Juni 2023

Komisi Pembimbing



(Ns. Hendri Budi, M.Kep. Sp. MB)
NIP. 19740118 199703 1 002

Ketua Program Studi Pendidikan Proferi Ners



(Ns. Nova Yanti, S.Kep. M.Kep. Sp.Kep.MB)
NIP. 19801023 200212 2 002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

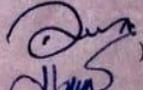
Nama : Lara Wilfi Saputri

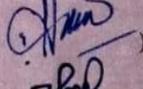
NIM : 223410948

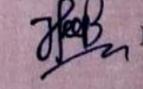
Judul KTA : Penerapan Posisi Semi-Fowler Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD Dengan Edema Paru Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Dan Menurunkan Dipsnea Di Ruang HCU Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji KTA dan diterima Sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

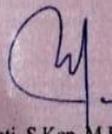
DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Sila Dewi Anggreni, M.Kep.Sp.MB ()

Anggota Penguji : Ns. Idrawati Bahar, S. Kep.,M.Kep ()

Anggota Penguji : Ns. Hendri Budi, M.Kep.Sp.MB ()

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners


(Ns. Nova Yanti, S.Kep, M.Kep. Sp.Kep.MB)

NIP.19801023 200212 2 002

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Lara Wilfi Saputri
NIM : 223410948
Tanggal lahir : 2 April 2000
Tahun masuk Profesi : 2022
Nama PA : Ns. Suhaimi. S.Kep, M.Kep
Nama Pembimbing KTA : Ns. Hendri Budi, M.Kep, Sp. MB

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir Ilmiah saya, yang berjudul : Penerapan Posisi Semi-Fowler Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Dan Menurunkan Dipsnea Di Ruang HCU Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 12 Juni 2023

Yang Membuat Pernyataan

Lara Wilfi Saputri, S.Tr.Kep

NIM.223410948

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini dengan judul **“Penerapan Posisi Semi-Fowler Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD Dengan Edema Paru Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Dan Menurunkan Dipsnea Di Ruang HCU Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang”**. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini tanpa bantuan dan bimbingan Bapak Ns. Hendri Budi.,M.Kep. Sp. MB yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Akhir. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S. Kp, M. Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG(K) selaku Direktur Umum dan seluruh Pimpinan, staff dan perawat RSUP Dr. M. Djamil Padang yang memberikan izin lahan untuk melakukan penelitian
3. Bapak Tasman, S. Kp, M. Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
4. Ibu Nova Yanti, M. Kep, Sp. Kep. MB selaku ketua Program Studi pendidikan profesi Ners Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
5. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
6. Bapak pembimbing akademik Ns. Suhaimi, S.Kep, M. Kep yang selalu memberikan support dan arahan untuk peneliti dan rekan- rekan satu bimbingan.
7. Teristimewa kepada orang tua serta keluarga yang telah memberikan semangat dan dukungan secara material dan finansial serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
8. Rekan-rekan seperjuangan yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.

Akhir kata, peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Padang, 16 Juni 2023

Peneliti

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**Karya Tulis Akhir, 16 Juni 2023
Lara Wilfi Saputri, S.Tr.Kep**

Penerapan Posisi Semi-Fowler Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD dengan edema paru Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Dan Dipsnea Di Ruang HCU Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Isi : xv + 73 halaman + 1 bagan + 7 Daftar tabel + 6 lampiran

ABSTRAK

Chronik Kidney Disease (CKD) merupakan kerusakan ginjal yang terjadi dengan penurunan GFR (Glomerular Filtration rate) <60 mL/min/ 1.73 m² selama lebih dari 3 bulan. Sesak nafas sering kali ditemukan pada penderita Gagal Ginjal Kronik (CKD). Salah satu penatalaksanaan sesak nafas pada pasien dengan CKD adalah pemberian posisi semi fowler. Penelitian ini bertujuan untuk menerapkan posisi *semi-fowler* dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD untuk meningkatkan saturasi oksigen dan Dipsnea di ruang HCU Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus. Asuhan keperawatan di berikan dari tanggal 15 Mei – 03 Juni 2023. Populasi semua pasien CKD yang di rawat di ruang HCU Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang. Tanggal 28 Mei – 01 Juni 2023. Sampel sebanyak 2 orang yang diambil berdasar kriteria.

Hasil pengkajian didapatkan pasien CKD dengan keluhan sesak napas, pernapasan >28x/menit, adanya keluhan sesak nafas saat beraktivitas bahkan saat beristirahat, edema ekstremitas atas dan bawah, badan terasa lemah. Diagnosa yang didapatkan yaitu pola napas tidak efektif, hipervolemia, perfusi perifer tidak efektif. Intervensi yang dilaksanakan, manajemen pola napas, manajemen hipervolemia dan perawatan sirkulasi. Pada tahap evaluasi penerapan posisi *semi fowler* didapatkan adanya peningkatan saturasi oksigen dan penurunan dipsnea dilihat monitor sebelum dan sesudah diberikan posisi *semi fowler*.

Disimpulkan bahwa posisi *semi fowler* dapat meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan dipsnea pada pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD) dan disarankan agar perawat dapat mengaplikasikan posisi *semi fowler* untuk mengurangi sesak napas dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien CKD.

Kata Kunci (Key word) : *Chronik Kidney Disease* (CKD), Posisi *Semi Fowler*, Asuhan Keperawatan, Saturasi Oksigen, Dipsnea.

Daftar Pustaka : 2016-2022

**KEMENKES PADANG HEALTH POLYTECHNIC
NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM**

**Scientific Writing, 16 June 2023
Lara Wilfi Saputri, S.Tr.Kep**

Application of the Semi-Fowler Position in Nursing Care for CKD Patients with Pulmonary Edema to Increase Oxygen Saturation and Dyspnea in the Internal HCU Room at RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Contents: xv + 73 pages + 1 chart + 7 lists of tables + 6 attachments

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is kidney damage that occurs with a decrease in GFR (Glomerular Filtration rate) $<60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ for more than 3 months. Shortness of breath is often found in people with chronic kidney failure (CKD). One of the treatments for shortness of breath in patients with CKD is giving the semi-Fowler position. This study aims to apply the semi-Fowler position in nursing care for CKD patients to increase oxygen saturation and dyspnea in the Internal HCU room at RSUP Dr. M. Djamil Padang.

This type of research is descriptive in the form of a case study. Nursing care is provided from 15 May – 03 June 2023. The population is all CKD patients who are treated in the Internal HCU ward at RSUP Dr. M. Djamil Padang. May 28 – June 1 2023. A sample of 2 people was taken based on criteria.

The results of the study showed that CKD patients complained of shortness of breath, breathing $>28\text{x/minute}$, complaints of shortness of breath during activity and even when resting, edema of the upper and lower extremities, body feeling weak. The diagnosis obtained was ineffective breathing pattern, hypervolemia, ineffective peripheral perfusion. The interventions implemented include breathing pattern management, hypervolemia management and circulation care. At the evaluation stage of implementing the semi-Fowler position, it was found that there was an increase in oxygen saturation and a decrease in dyspnea seen on the monitor before and after being given the semi-Fowler position.

It was concluded that the semi-Fowler position could increase oxygen saturation and reduce dyspnea in Chronic Kidney Disease (CKD) patients and it was suggested that nurses could apply the semi-Fowler position to reduce shortness of breath and increase oxygen saturation in CKD patients.

Key words: Chronic Kidney Disease (CKD), Semi Fowler's Position, Nursing Care, Oxygen Saturation, Dyspnea.

Bibliography: 2016-2022

DAFTAR ISI

PERNYATAAN PESETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	xiii
A. latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN LITERATUR.....	9
A. Konsep CKD.....	9
B. Definisi	9
C. Anatomi	9
D. Etiologi	11
E. Klasifikasi	12
F. Komplikasi	13

G. Penatalaksanaan	17
H. Asuhan Keperawatan Teoritis.....	18
I. Evidence Based Nursing (EBN).....	29
BAB III METODOLOGI KARYA TULIS ILMIAH AKHIR	33
A. Metodologi Penelitian	33
B. Tempat dan Waktu Penelitian	33
C. Prosedur Pemilihan Intervensi	33
D. Populasi dan Sampel	33
E. Jenis Data	35
F. Teknik pengumpulan data	35
G. Instrument penelitian.....	35
H. Prosedur penelitian.....	36
I. Etika studi kasus	37
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	39
A. Hasil	39
B. Pembahasan.....	57
BAB V PENUTUP	69
A. Kesimpulan	69
B. Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	71

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pengkajian/ Survey Primer	19
Tabel 2.2 Rencana Keperawatan Teoritis	26
Tabel 2.3 Analisis PICO	30
Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2	39
Tabel 4.2 Diagnosa Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2	44
Tabel 4.3 Rencana Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2	45
Tabel 4.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	47

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 WOC.....	16
--------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan penyakit tidak menular saat ini mengalami perubahan peningkatan di Indonesia yang dapat membahayakan jiwa penderitanya, salah satunya adalah gagal ginjal. Gagal ginjal (kidney failure) adalah kasus penurunan fungsi ginjal yang terjadi secara akut (kambuhan) maupun kronis (menahun) (Syaifuddin, 2012). Penyakit ginjal dijuluki sebagai silent disease karena sering kali tidak menunjukkan tanda- tanda peringatan, dan jika tidak terdeteksi akan memperburuk kondisi penderita dari waktu ke waktu (Kementrian kesehatan RI/ Kemenkes RI, 2016).

Ginjal merupakan bagian dari organ tubuh yang menjalankan fungsi utama untuk mempertahankan homeostatik dengan mengatur volume cairan, keseimbangan osmotik, asam basa, eksresi sisa metabolisme, sistem pengaturan hormonal dan metabolisme. Pada saat terjadi kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit dengan manifestasi penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) didalam darah, disanalah seseorang dikatakan mengalami *Chronic Kidney Disease* (CKD) (Muttaqin & Sari, 2018).

Penyakit CKD pada awalnya muncul tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Masriadi (2016) menjelaskan bahwa ada beberapa penyakit yang memicu timbulnya penyakit CKD diantaranya diabetes, hipertensi dan batu ginjal. Diabetes dan hipertensi bertanggung jawab terhadap proporsi End Stage Renal Disease (ESRD) yang paling besar, terhitung secara berturut-turut sebesar 34% dan 21% dari total kasus. Diabetes merupakan penyebab tunggal ESRD yang tersering dari semua kasus (Price & Wilson, 2012)

Gagal ginjal kronik disebabkan oleh berbagai kondisi, seperti gangguan metabolic (DM), infeksi (Pielonefritis), Obstruksi Traktus Urinarius, Gangguan Imunologis, Hipertensi, Gangguan tubulus primer (nefrotoksin) dan Gangguan kongenital yang menyebabkan GFR menurun. Gagal ginjal kronik dapat menyebabkan timbulnya berbagai manifestasi klinis yang kompleks diantaranya penumpukan cairan, edema paru, edema perifer, dyspnea, hipokalsemia, hyponatremia, hiperkalemia, anoreksia, mual, muntah, kelemahan dan Keletihan Kondisi ketidakseimbangan ditandai dengan kelebihan (retensi) cairan dan natrium diruang ekstraseluler. Kelebihan cairan didalam tubuh dapat menimbulkan dua manifestasi, yaitu peningkatan volume darah dan edema. Adanya tekanan hidrostatis yang meningkat sangat tajam sehingga menekan sejumlah cairan hingga ke membrane kapiler paru. Akibatnya, terjadilah edema paru dengan manifestasi berupa penumpukan sputum, dispnea, batuk, dan terdengar suara napas ronki basah. Edema paru akut merupakan emergensi medis yang memerlukan penanganan segera (Narsa et al, 2022)

Sesak nafas sering kali ditemukan pada penderita Gagal Ginjal Kronik (CKD). Salah satu faktor pencetus terjadinya sesak nafas adalah hipertensi. Hipertensi yang tidak terkontrol akan menyebabkan arteri di sekitar ginjal menyempit, melemah, dan mengeras. Kerusakan pada arteri ini akan menghambat darah yang diperlukan oleh jaringan sehingga menyebabkan nefron tidak bisa menerima oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan. Jika ginjal terganggu, maka proses pembentukan sel darah merah di sumsum tulang juga akan ikut terganggu yang dapat menyebabkan jumlah oksigen yang bisa dihantarkan ke seluruh tubuh ikut berkurang, sehingga penderita CKD tidak bisa bernafas secara normal dan mengalami sesak nafas, dan masalah utama yang sering terjadi adalah pola nafas tidak efektif.

Penyakit CKD merupakan penyakit yang bersifat irreversible, artinya tidak bisa menjadi normal kembali. Salah satu yang bisa dilakukan hanyalah mempertahankan fungsi ginjal yang ada, seperti transplantasi ginjal dan hemodialisa atau cuci darah, yang dapat mencegah kematian tetapi tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan fungsi ginjal secara keseluruhan (Kemenkes RI, 2019).

CKD menjadi masalah besar didunia, CKD merupakan salah satu penyakit yang memiliki prevalensi cukup tinggi dari tahun ke tahun disemua Negara. Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2019 angka kejadian penyakit CKD di dunia meningkat dari urutan ke-13 penyebab kematian menjadi urutan ke-10. Angka kematian meningkat dari 813.00 menjadi 1.3 juta.

Berdasarkan data dari Riskesdas angka kejadian gagal ginjal kronis di Indonesia (2018) yaitu sebesar 0.38% dari jumlah penduduk Indonesia sebesar 252.124.458 jiwa maka terdapat 713.783 jiwa yang menderita gagal ginjal kronis. Prevalensi tertinggi di DKI Jakarta 38,7% sementara yang terendah ada di Sulawesi Utara sebesar 2% lalu diprovinsi kalimantan timur didapatkan 42,9%. Sedangkan prevalensi pada penderita gagal ginjal kronis pada kelompok umur 15-24 tahun (1,33%), 25-34 tahun (2,28%), umur 35-44 tahun (5,64%), umur 55-64 tahun (7,21%) dan tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun (8,23%) lalu disusul pada kelompok umur >75 tahun (7,48%) (RISKESDAS, 2018).

Prevalensi penyakit CKD di Provinsi Sumatera Barat yaitu 0,2 % dari pasien gagal ginjal kronik di Indonesia. Menurut data Riskesdas tahun 2018 prevelensi kejadian gagal ginjal kronik naik dari 2% pada tahun 2017 menjadi 3,8% pada tahun 2018. Prevalensi daerah dengan penyakit ginjal kronik tertinggi yaitu 0.4%, yaitu pada Kabupaten Tanah Datar dan Kota Solok, sedangkan pada Kota Padang prevalensi penyakit ginjal kronik sebesar 0.3%.

Kejadian tertinggi penyakit ginjal kronik di Provinsi Sumatera Barat jatuh pada kelompok umur 45–54 tahun yaitu sebesar 0.79% penderita (Risikesdas, 2018).

Penyebab *Chronic Kidney Disease* (CKD) terbanyak adalah Glomerulus nefritis, Infeksi Saluran Kemih (ISK), Batu saluran kencing, Nefropati diabetik, Nefrosklerosis hipertensi, dan Ginjal polikistik (Irwan, 2016). Hipertensi dengan persentase kemungkinan sebesar 24%, diabetes melitus sebesar 30%, glomerulonephritis sebesar 17%, chronic pyelonephritis sebesar 5% dan yang terakhir tidak diketahui penyebabnya sebesar 20% (Milner, 2018).

Keluhan utama yang paling sering dirasakan oleh penderita gagal ginjal kronik adalah sesak nafas, sesak nafas tampak cepat dan dalam atau bahkan pernafasan kussmaul, karena *Glomerulus Filtration (GFR)* diseluruh massa nefron turun dibawah normal mengakibatkan sekresi protein terganggu, retensi natrium dan eritropoietin turun sehingga terjadinya sindroma uremia yang diikuti oleh peningkatan asam lambung (mual) dan pruritus (perdarahan). Hb yang menurun akan mengakibatkan suplai oksigen didalam hemoglobin turun dan pasien CKD akan mengalami kelemahan. Hipertrofi ventrikel akan mengakibatkan payah jantung kiri sehingga bendungan atrium kiri naik mengakibatkan tekanan vena pulmonalis sehingga kapiler paru naik terjadi edema paru yang mengakibatkan difusi O₂ dan CO₂ terhambat sehingga pasien merasa sesak (Milner, 2018).

Selain itu pada pasien CKD, hipoksia dan penurunan tekanan oksigen sering terjadi. Hipoksia ginjal kronis disebabkan oleh banyak faktor pada pasien CKD termasuk hilangnya kapiler peritubular. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Azhari, N. (2021). Penyakit CKD juga menjadi penyakit mayoritas yang mengalami penurunan saturasi oksigen hal ini dikarenakan pasien CKD dilakukan hemodialisis yang menyebabkan terjadinya gangguan

hemodinamik antara lain perubahan nadi, tekanan darah, dan saturasi oksigen. (Azhari, N. (2021).

Pada pasien *chronik Kidney Disease* (CKD), hipoksia dan penurunan tekanan oksigen sering terjadi. Pasien CKD terjadi penurunan saturasi oksigen yang disebabkan oleh hilangnya kapiler peritubular, hilangnya peritubular tidak hanya akibat hipoksia tetapi juga berkontribusi terhadap perkembangan CKD dengan memperburuk hipoksia. (wijayati et al., (2019)).

Menurut Pranata, (2014) *Chronic Kidney Disease* (CKD) terjadi karena kelebihan cairan pada tubuh pasien sehingga dampak yang akan muncul adalah komplikasi lanjut seperti hipertensi, gagal jantung, edema pulmonal, nyeri pleura, dan sesak napas. Kondisi tersebut menyebabkan timbul masalah keperawatan gangguan pertukaran gas, nyeri akut, hypervolemia atau kelebihan volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, ketidakefektifan perfusi jaringan, intoleransi aktivitas, kerusakan integritas kulit, risiko perdarahan, dan risiko infeksi.

Menurut Salerno et a., (2017) Dispnea merupakan salah satu gejala yang paling umum dilaporkan oleh pasien dengan penyakit ginjal kronis (CKD). Pada pasien CKD dengan gangguan pernafasan mungkin disebabkan oleh komplikasi yang berhubungan dengan CKD, tindakan HD, atau etiologi lain yang tidak berhubungan seperti anemia ataupun yang lainnya.

Peran perawat dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD Salah satunya adalah dengan terapi non farmakologi yang digunakan dalam mengatasi masalah pada sesak napas dan penurunan saturasi oksigen adalah pemberian posisi *semi-fowler*. Pemberian terapi oksigen pada pasien dapat mengurangi sesak napas pasien, sedangkan untuk pemberian posisi *semi fowler* 30-45° bertujuan meningkatkan saturasi oksigen, (Potter et al., 2020).

Tujuan dari pemberian posisi *semi fowler* adalah menurunkan konsumsi oksigen karena adanya penarikan gaya gravitasi bumi yang menarik diafragma kebawah, memaksimalkan ekspansi paru, serta mempertahankan kenyamanan (Aini et al., 2018). Posisi *semi fowler* membuat oksigen didalam paru-paru semakin meningkat sehingga meringankan sesak napas. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membrane alveolus akibat tertimbunnya cairan, karena dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga transport oksigen menjadi optimal (Majampoh et al., 2020). Sesak nafas akan berkurang sesudah diberikan posisi tersebut dan akhirnya proses perbaikan kondisi pasien lebih cepat (Suhatridjas & Isnayati, 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh wijayati et al., (2019) posisi *semi fowler* perlu diberikan karena pemberian posisi *semi fowler* ini adalah tindakan yang sederhana dan paling efektif untuk mengurangi resiko penurunan dipsnea. Posisi *semi fowler* biasanya diberikan kepada pasien dengan sesak nafas yang beresiko mengalami penurunan saturasi oksigen dengan derajat kemiringan 30 – 45°.

Penelitian yang dilakukan oleh Noviana Kurnia Sari et al., (2022) tentang Pengaruh Pemberian Posisi *Semi-Fowler* Terhadap Saturasi Oksigen Pada Pasien Kritis Di Ruang *Intensive Care Unit* di RSUD dr. Soeradji Tirtinegoro Klaten didapatkan hasil penerapan posisi *semi fowler* 45° dapat meningkatkan nilai saturasi oksigen pada pasien kritis diruang ICU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Penelitian yang dilakukan oleh setiawan et al., (2018) tentang Pengaruh Pemberian Posisi *Semi Fowler* Terhadap *Saturation Of Peripheral Oxygen* (SPO2) Pasien *Chronik Kidney Desease* (CKD) di Ruang ICU RSUD Sukoharjo didapatkan hasil bahwa Ada pengaruh pemberian posisi *semi fowler* terhadap *Saturation of Peripheral Oxygen* (SPO2) pada pasien CKD

Penelitian yang dilakukan oleh triska putranto et al., (2021) tentang pengaruh pemberian posisi *semi fowler* 450 terhadap frekuensi nafas pada pasien gagal ginjal kronik di Wilayah kerja puskesmas Sidoharjo sragen didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh antara pemberian posisi *semi fowler* terhadap frekuensi nafas pada pasien gagal ginjal kronik di Wilayah Kerja Puskesmas Sidoharjo Sragen.

Setelah dilakukan survey awal di ruangan HCU Interne RSUP Dr. M.Djamil Padang berdasarkan studi dokumentasi dari buku pasien baru masuk (PBM) didapatkan data total pasien dengan diagnosa CKD dari bulan April tanggal 10 sampai bulan Juni tanggal 4 sebanyak 56 orang. Berdasarkan hasil observasi didapatkan 2 orang pasien dengan keluhan sesak nafas dengan frekuensi napas 28x/menit dan 29x/menit, penurunan saturasi oksigen (93% dan 94%).

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penerapan pengaturan posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan dipsnea pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di diruang HCU Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

B. Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh penerapan pengaturan posisi semi fowler untuk meningkatkan saturasi oksigen pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di ruang HCU Interne RSUP Dr.M.Djamil Padang ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan posisi *semi-fowler* dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD untuk meningkatkan saturasi oksigen dan Dipsnea di ruangan HCU Interne RSUP Dr. M. DJamil Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada penerapan posisi *semi-fowler* dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan edema paru untuk meningkatkan saturasi oksigen dan Dipsnea di ruangan HCU Interne RSUP Dr. M. DJamil Padang
- b. Melakukan rumusan diagnosa penerapan posisi *semi-fowler* dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan edema paru untuk meningkatkan saturasi oksigen dan Dipsnea di ruangan HCU Interne RSUP Dr. M. DJamil Padang
- c. Melakukan intervensi penerapan posisi *semi-fowler* dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan edema paru untuk meningkatkan saturasi oksigen dan Dipsnea di ruangan HCU Interne RSUP Dr. M. DJamil Padang.
- d. Melakukan tindakan keperawatan posisi *semi-fowler* dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan edema paru untuk meningkatkan saturasi oksigen dan Dipsnea di ruangan HCU Interne RSUP Dr. M. DJamil Padang.
- e. Melakukan evaluasi penerapan posisi *semi-fowler* dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan edema paru untuk meningkatkan saturasi oksigen dan Dipsnea di ruangan HCU Interne RSUP Dr. M. DJamil Padang.
- f. Menganalisis penerapan posisi *semi-fowler* dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan edema paru untuk meningkatkan saturasi oksigen dan Dipsnea di ruangan HCU Interne RSUP Dr. M. DJamil Padang

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil analisis dari praktik peminatan diharapkan dapat menambah pengetahuan dan kompetensi perawat dalam asuhan keperawatan

dengan pasien CKD berbasis kepada hasil penelitian terbaik (evidence based nursing).

2. Bagi pengembangan Ilmu Keperawatan

Diharapkan dapat menjadi acuan dalam mengembangkan intervensi keperawatan berbasis evidence based nursing dalam keperawatan kegawatdaruratan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bisa menjadi referensi, sumber bacaan, untuk penerapan evidence based nursing selanjutnya kepada pasien CKD.

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Chronic Kidney Disease (CKD)

1. Definisi

Gagal ginjal kronis (CKD) meruokan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible dimana kamampuan tubuh gagl untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi retensi uremia dan sampah nitrogen lain dalam darah (Purbaningsih,E.S, et al. 2021)

CKD atau gagal ginjal kronis merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversibel dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalamdarah). (Smeltzer dan Bare (2015)

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), CKD merupakan kerusakan ginjal yang terjadi dengan penurunan GFR (Glomerular Filtration rate) <60 mL/min/ 1.73 m² selama lebih dari 3 bulan (Kasiske, Betram.,2014)

2. Anatomi

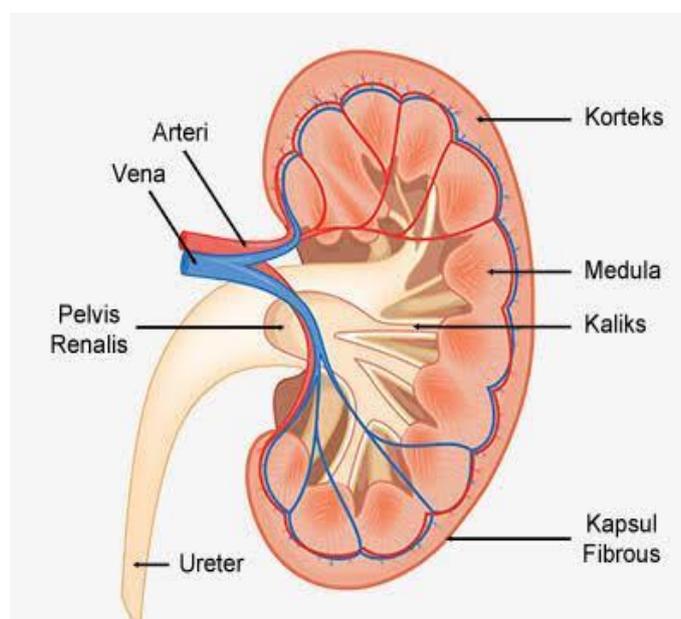
Ginjal merupakan suatu organ yang terletak retroperitoneal / ruang anatomi yang terletak pada permukaan media - lateral dinding posterior abdomen. Ginjal organ yang letaknya setinggi T12 hingga L3. Ginjal kanan terletak lebih rendah dari yang kiri karena besarnya lobus hepar (Tao. L, 2013). Setiap ginjal panjangnya 6 -7,5 cm, tebal 1,5-2,5 cm, dan beratnya pada orang dewasa sekitar 140 gram. (Pearce, 2015).

Setiap ginjal dilapisi kapsul tipis dari jaringan fibrosa yang rapat membungkusnya, dan membentuk pembungkus yang halus. Didalamnya

terdapat struktur - 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 piramida, yang disebut pyramid ginjal (nefron dan tubulus), Puncak - puncaknya langsung mengarah ke hilum dan berakhir di kalises. Kalises ini menghubungkannya dengan pelvis ginjal (Pearce, 2014).

Di dalam piramida ginjal terdapat nefron, nefron adalah unit primer yang melaksanakan fungsi ginjal yaitu menyaring darah, menyerap nutrisi, dan mengalirkan zat buangan ke urine. Diperkirakan ada 1.000.000 nefron dalam setiap ginjal (Pearce, 2011). Nefron terdiri dari beberapa bagian, korpuskulum renalis atau badan Malpighi, yang terdiri dari glomerulus dan kapsul bowman. Selanjutnya selain nefron juga ada tubulus, yaitu kumpulan tabung ini terdiri dari tubulus proksimal, lengkung henle, tubulus distal hingga ke tubulus kolektivus atau tubulus pengumpul (Tao. L, 2013).

Gambar 2.1
Anatomi Ginjal



3. Etiologi

Angka kejadian gagal ginjal meningkat setiap tahunnya, baik di Indonesia maupun di dunia. Data di Indonesia, penyebab Gagal Ginjal Kronis (GGK) terbanyak adalah Glomerulus nefritis, Infeksi Saluran Kemih (ISK), Batu saluran kencing, Nefropati diabetik, Nefrosklerosis hipertensi, dan Ginjal polikistik (Irwan, 2016). Hipertensi dengan persentase kemungkinan sebesar 24%, diabetes mellitus sebesar 30%, glomerulonefritis sebesar 17%, chronic pyelonephritis sebesar 5% dan yang terakhir tidak diketahui penyebabnya sebesar 20% (Milner, 2003). Selain itu penyebab gagal ginjal juga dipengaruhi oleh faktor gaya hidup yaitu merokok, mengkonsumsi minuman suplemen berenergi, mengkonsumsi kopi (Prandari, 2013).

Penyebab gagal ginjal kronik diantaranya, yaitu :

Prerenal :

- a. Stenosis arteria renalis / penyempitan arteri ginjal
- b. Emboli (Kedua ginjal)/ gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan vaskuler.

Parenkim / Jaringan dasar :

- a. Diabetes mellitus
- b. Hipertensi
- c. Glomerulonefritis kronis / Peradangan ginjal
- d. Nefritis tubulointerstisial kronis / Peradangan tubulus
- e. Amiloidosis / protein abnormal yang menumpuk pada organ.
- f. Cancer renal / Kanker ginjal
- g. Systemic lupus erythematosus / SLE

Postrenal :

- a. Obtruksi saluran kemih
- b. Infeksi saluran kemih (Tao. L, 2013).

Terdapat beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan CKD salah satunya adalah riwayat gaya hidup. Gaya hidup yang dimaksud adalah gaya hidup seperti riwayat penggunaan obat analgetika dan obat anti

inflamasi non steroid yaitu obat yang digunakan untuk mengurangi peradangan, sehingga meredakan nyeri dan menurunkan demam, selain itu adanya riwayat merokok, riwayat penggunaan minuman suplemen berenergi (Dewi, 2015). Faktor pencetus lainnya yaitu dimulai dari zat toksik (antibiotik, alkohol, kokain, dan heroin), dan obstruksi saluran kemih yang dapat menyebabkan arterio sclerosis/ arteri yang mengeras (Paweninggalih, 2019)

4. Klasifikasi CKD

Penyakit CKD selalu berkaitan dengan penurunan progresif GFR yang tersisa (Muttaqin & Sari, 2011). Price dan Wilson (2012) menjelaskan perjalanan klinis umum CKD progresif dibagi menjadi tiga stadium yaitu:

a. Stadium 1 (penurunan cadangan ginjal)

Pada stadium pertama kreatinin serum dan kadar BUN normal dan asimtomatik. Gangguan fungsi ginjal hanya dapat terdeteksi dengan memberi beban kerja yang berat pada ginjal tersebut, seperti tes pemekatan urine. Muttaqin dan Sari (2011) menjelaskan penurunan cadangan ginjal yang terjadi apabila GFR turun 50% dari normal.

b. Stadium 2 (insufisiensi ginjal)

Lebih dari 75% jaringan yang berfungsi telah rusak (GFR besarnya 25% dari normal). Pada tahap ini BUN mulai meningkat di atas normal, kadar kreatinin serum mulai meningkat melebihi kadar normal, azotemia ringan, timbul nokturia dan poliuri.

c. Stadium 3 (gagal ginjal stadium akhir / uremia)

Stadium ketiga disebut penyakit ginjal stadium akhir (ERSD) yang dapat terjadi apabila 90% massa nefron telah hancur, nilai GFR 10% dari keadaan normal, dan bersihan kreatinin mungkin sebesar 5-10 ml permenit atau kurang. Pada tahap ini kreatinin serum dan kadar BUN meningkat sangat menyolok sebagai respons terhadap GFR yang mengalami sedikit penurunan.

KDOQI merekomendasikan pembagian CKD berdasarkan stadium dari tingkat penurunan GFR yaitu:

- a. Stage1: Kidney damage with normal or increased GFR (>90 mL/min/1.73m²)
- b. Stage2: Mild reduction in GFR (60-89 mL/min/1.73 m²)
- c. Stage3: Moderate reduction in GFR (30-59 mL/min/1.73 m²)
- d. Stage4: Severe reduction in GFR (15-29 mL/min/1.73 m²)
- e. Stage5: Kidney failure (GFR <15 mL/min/1.73 m² or dialysis)

5. Komplikasi CKD

Komplikasi penyakit gagal ginjal kronik menurut Smeltzer dan Bare (2015) yaitu :

- a. Hiperkalemia akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebihan.
- b. Perikarditis, efusi pericardial dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialysis yang tidak adekuat.
- c. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem rennin-angiotensin-aldosteron
- d. Anemia akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin dan kehilangan darah selama hemodialisis.
- e. Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D abnormal dan peningkatan kadar aluminium.

6. Penatalaksanaan

Menurut Smeltzer (2016) Penatalaksanaan keperawatan pada pasien CKD yaitu:

- a. Mengkaji status cairan dan mengidentifikasi sumber potensi ketidakseimbangan cairan pada pasien.

- b. Menetapkan program diet untuk menjamin asupan nutrisi yang memadai dan sesuai dengan batasan regimen terapi.
- c. Mendukung perasan positif dengan mendorong pasien untuk meningkatkan kemampuan perawatan diri dan lebih mandiri.
- d. Memberikan penjelasan dan informasi kepada pasien dan keluarga terkait penyakit CKD, termasuk pilihan pengobatan dan kemungkinan komplikasi.
- e. Memberi dukungan emosional

Menurut (Muttaqin & Sari, 2011), menjaga keseimbangan cairan elektrolit dan mencegah komplikasi merupakan tujuan dari penatalaksanaan pasien CKD. Sedangkan menurut Suharyanto dan Madjid (2019) pengobatan pasien CKD dapat dilakukan dengan tindakan konservatif dan dialisis atau transplatansi ginjal.

- a. Tindakan konservatif

Tindakan konservatif merupakan tindakan yang bertujuan untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif.

- b. Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan

Intervensi diet perlu pada gangguan fungsi renal dan mencakup pengaturan yang cermat terhadap masukan protein, masukan cairan untuk mengganti cairan yang hilang, masukan natrium untuk mengganti natrium yang hilang dan pembatasan kalium (Smeltzer & Bare, 2015).

- c. Pembatasan protein

Pembatasan protein tidak hanya mengurangi kadar BUN, tetapi juga mengurangi asupan kalium dan fosfat, serta mengurangi produksi ion hydrogen yang berasal dari protein. Brunner dan Suddart (2016), menjelaskan protein yang diperbolehkan harus mengandung nilai biologis yang tinggi (produk susu, keju, telur, daging).

- d. Diet rendah kalium

Hiperkalemia biasanya merupakan masalah pada gagal ginjal lanjut. Asupan kalium dikurangi. Diet yang dianjurkan adalah 40- 80

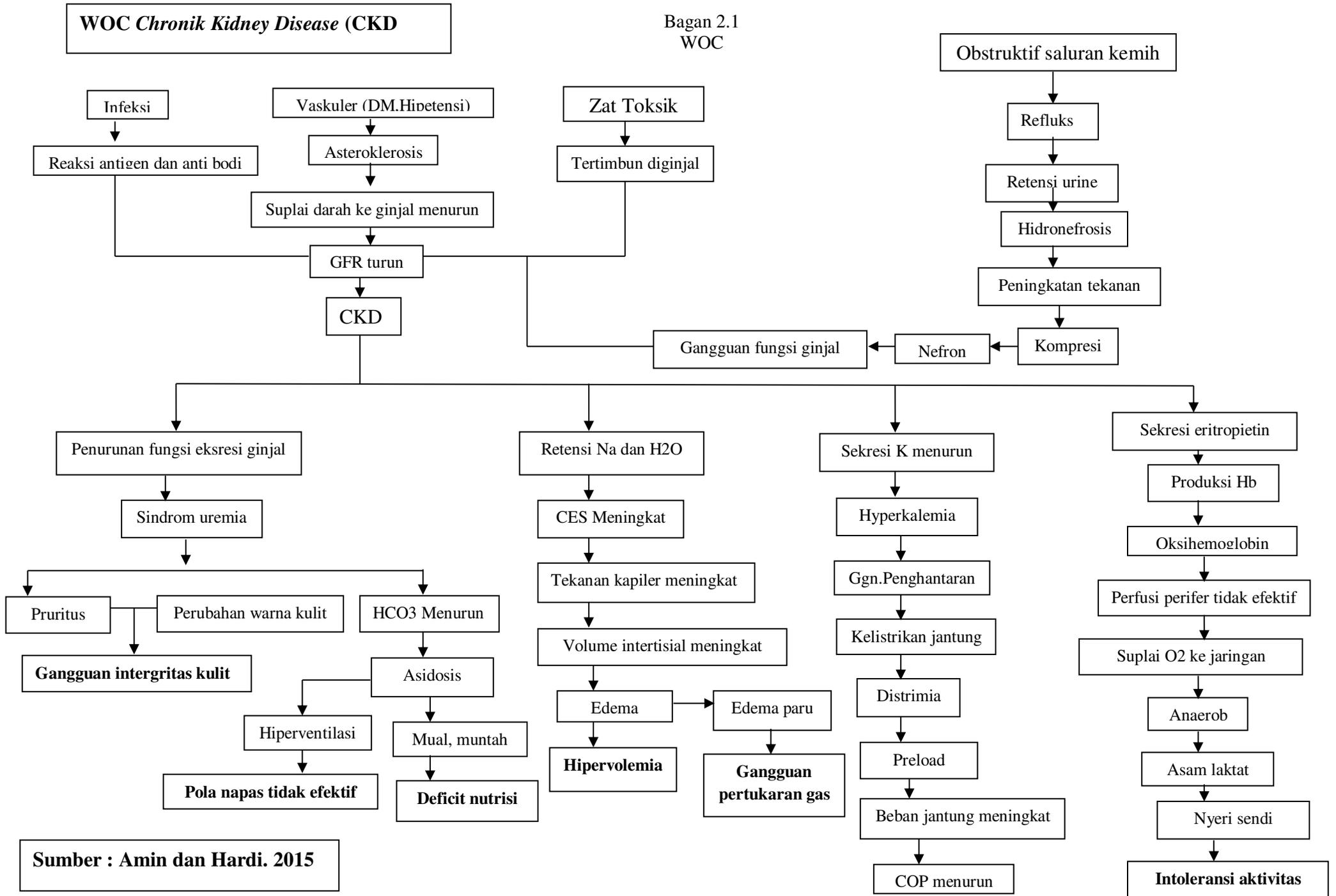
mEq/hari. Penggunaan makanan dan obat-obatan yang tinggi kadar kaliumnya dapat menyebabkan hiperkalemia.

e. Diet rendah natrium

Diet natrium yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/hari (1-2 g Na). Asupan natrium yang terlalu longgar dapat mengakibatkan retensi cairan, edema perifer, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif.

f. Pengaturan cairan

Cairan yang diminimum penderita gagal ginjal tahap lanjut harus diawasi dengan seksama. Parameter yang terdapat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah pengukuran Berat badan harian.



7. Pencegahan dan pengobatan komplikasi CKD

a. Hipertensi

Hipertensi dapat dikontrol dengan pembatasan natrium dan cairan. Pemberian obat antihipertensi seperti metildopa (aldomet), propranolol, klonidin. Apabila penderita sedang mengalami terapi hemodialisa, pemberian antihipertensi dihentikan karena dapat mengakibatkan hipotensi dan syok yang diakibatkan oleh keluarnya cairan intravaskuler melalui ultrafiltrasi. Pemberian diuretik seperti furosemid (Lasix).

b. Hiperkalemia

Hiperkalemia merupakan komplikasi yang paling serius, karena bila K^+ serum mencapai sekitar 7 mEq/L, dapat mengakibatkan aritmia dan juga henti jantung. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena, yang akan memasukkan K^+ ke dalam sel, atau dengan pemberian kalsium glukonat 10%.

c. Anemia

Anemia pada pasien CKD diakibatkan penurunan sekresi eritropoietin oleh ginjal. Pengobatannya adalah pemberian hormon eritropoietin selain dengan pemberian vitamin dan asam folat, besi dan tranfusi darah.

d. Asidosis

Asidosis ginjal biasanya tidak diobati kecuali HCO_3^- plasma dibawah angka 15 mEq/L. Bila asidosis beratakan dikoreksi dengan pemberian $Na HCO_3^-$ (Natrium Bikarbonat) parenteral. Koreksi pH darah yang berlebihan dapat mempercepat timbulnya tetani, maka harus dimonitor dengan seksama.

e. Diet rendah fosfat

Diet rendah fosfat dengan pemberian gel yang dapat mengikat fosfat didalam usus. Gel yang dapat mengikat fosfat harus dimakan bersama

makanan.

f. Pengobatan hiperurisemia

Obat pilihan untuk mengobati hiperurisemia pada penyakit ginjal lanjut adalah pemberian alopurinol. Obat ini mengurangi kadar asam urat dengan menghambat biosintesis sebagian asam urat total yang dihasilkan tubuh.

g. Dialisis dan transplatansi

Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit CKD stadium 5, yaitu pada GR kurang dari 15ml/menit. Terapi pengganti tersebut dapat berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Dialisis dapat digunakan untuk mempertahankan penderita dalam keadaan klinis yang optimal sampai tersedia donor ginjal (Suharyanto & Madjid, 2019).

8. Asuhan keperawatan Kegawatdaruratan Pada Pasien CKD

a. Pengkajian

1) Pengkajian/ Survey Primer

Pengkajian primer merupakan tindakan yang bertujuan untuk mengetahui dengan segera kondisi yang mengancam penderita. Pengkajian ini dilakukan secara sekuensial sesuai dengan prioritas dalam tempo yang singkat)kurang dari 10 detik dan difokuskan pada Airway, Breathing, Circulation, Disability, dan Exposure (ABCD)). Tahap ini harus dilakukan secara efektif dan efisien. Tahapan pengkajian primer yang dilakukan sebagai berikut :

Tabel 2.1
Pengkajian / Survey Primer

Komponen	Pemeriksaan	Tindakan
Airway (jalan napas)	a. Periksa apakah jalan napas paten atau tidak b. Periksa vokalisasi c. Ada tidaknya aliran darah d. Periksa adanya suara napas abnormal : stridor, snoring, gurgling e. Periksa ada tidaknya pernapasan efektif dengan 3M (melihat naik turunnya dinding dada, mendengar suara napas, dan merasakan hembusan napas) f. Warna kulit	a. Periksa dan atur jalan napas untuk memastikan kepatenan, identifikasi dan keluaran benda asing (darah, muntahan, secret, atau benda asing) yang menyebabkan obstruksi jalan napas baik parsial atau total b. Pasang orofaringeal airway untuk mempertahankan jalan napas c. Pertahankan dan lindungi tulang serfikal d. Auskultasi suara napas e. Atur posisi pasien untuk mengatur ekspansi dinding dada
Breathing (pernapasan)	a. Identifikasi pola pernapasan abnormal b. Periksa adanya penggunaan otot bantu pernapasan, deviasi trakea, gerakan dinding dada yang asimetris c. Periksa pola napas pasien (takipnea/bradipnea/tersenggal-senggal)	a. Berikan oksigen b. Beri bantuan napas dengan menggunakan masker/Bege Valve Mask (BVM)/Endotracheal tube (ETT) jika perlu c. Tutup luka jika didapatkan luka terbuka di dada d. Berikan terapi untuk mengurangi bronkospasme atau adanya edema pulmonal
Circulation (sirkulasi)	a. Periksa denyut nadi, kualitas dan karakternya b. Periksa adanya irama jantung/abnormal jantung c. Periksa pengisian kapiler, warna kulit, dan suhu tubuh, serta adanya diaforesis	a. Lakukan tindakan CPR/defibrilasi sesuai dengan indikasi b. Lakukan tindakan penanganan pada pasien yang mengalami disritmia c. Bila adanya perdarahan lakukan tindakan penghentian perdarahan d. Pasang jalur IV e. Ganti volume darah/cairan yang

		hilang dengan cairan kristaloid isotonic atau darah.
Disability	Memeriksa status neurologis atau ada tidaknya bagian tubuh yang mengalami disfungsi.	a. Tangani jalan napas b. Manajemen pernapasan c. Manajemen sirkulasi d. Pemulihan posisi e. Manajemen glukosa untuk hipoklikemia
Exposure	Memeriksa lingkungan korban dengan membuka bagian pakaian yang mengikat dan menghambat : Eksposure kulit Keadaan suhu tubuh	a. Berikan perawatan untuk mengatasi trauma b. Cari penyebab utama

2) Pengkajian sekunder/*Survei Sekunder*

a) Identitas Pasien

Usia : gagal ginjal menyerang semua golongan usia, tidak ada spesifikasi kahus pada usia penderita penyakit CKD atau gagal ginjal kronis. Jenis kelamin : laki-laki sering memiliki resiko lebih tinggi terkait dengan pekerjaan dan pola hidup sehat. *Chronic Kidney Disease (CKD)* adalah periode lanjut dari insiden gagal ginjal akut, sehingga tidak berdiri sendiri.

b) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan hal-hal yang dirasakan oleh pasien sebelum masuk ke rumah sakit. Pada pasien dengan gagal ginjal kronik biasanya didapatkan keluhan utama yang bervariasi, mulai dari urine keluar sedikit sampai tidak dapat BAK, gelisah sampai penurunan kesadaran, tidak selera makan (anoreksia), mual, muntah, mulut terasa kering, rasa lelah, napas bau (amonia), dan gatal pada kulit (Muttaqin& Sari, 2011).

c) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya pasien mengalami penurunan frekuensi urine, penurunan kesadaran, perubahan pola nafas, kelemahan fisik, adanya perubahan kulit, adanya nafas berbau amonia, rasa sakit kepala, dan perubahan pemenuhan nutrisi (Muttaqin & Sari, 2011).

d) Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya pasien berkemungkinan mempunyai riwayat penyakit gagal ginjal akut, infeksi saluran kemih, payah jantung, penggunaan obat- obat nefrotoksik, penyakit batu saluran kemih, infeksi sistem perkemihan yang berulang, penyakit diabetes mellitus, dan hipertensi pada masa sebelumnya yang menjadi predisposisi penyebab. Penting untuk dikaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat kemudian dokumentasikan (Muttaqin & Sari, 2011).

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit vaskuler hipertensif, penyakit metabolic riwayat menderita penyakit gagal ginjal kronik.

f) Pola-Pola Aktivitas Sehari-Hari

- Pola Aktivitas / Istirahat

Biasanya pasien mengalami kelelahan ekstrim, kelemahan, malaise, gangguan tidur (insomnia/gelisah atau samnolen), penurunan rentang gerak (Haryono, 2013).

- Pola Nutrisi dan Metabolisme

Biasanya pasien mual, muntah, anoreksia, intake cairan inadekuat, peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan

(malnutrisi), nyeri ulu hati, rasa metalik tidak sedap pada mulut (pernafasan amonia) (Haryono,2013).

- Pola Eliminasi

Biasanya pada pasien terjadi penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria (gagal tahap lanjut), abdomen kembung, diare konstipasi, perubahan warna urin (Haryono 2013).

- Persepsi diri dan konsep diri

Perasaan tidak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekuatan, menolak, ansietas, takut, marah, mudah, perubahan kepribadian kesulitan menentukan kondisi, contoh tidak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran.

- Pola reproduksi dan seksual

Penurunan libido, amenorea, infertilitas (Haryono, 2013).

3) Pemeriksaan Fisik

a) Menurut Harmilah, (2020), keadaan umum : lemah, kesadaran konfusi, disorientasi.

- Tekanan darah : hipertensi (tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan diastolic > 90 mmHg)

- System tubuh

b) Head to Toe

- Kepala

Biasanya rambut klien ditemukan tipis dan kasar, serta klien sering sakit kepala (Muttaqin & Sari, 2011)

- Wajah

Biasanya ditemukan wajah pucat (Muttaqin & Sari, 2011)

- Mata

Biasanya ditemukan konjungtiva anemis, penglihatan kabur, mata merah, berair, penglihatan kabur, edema periorbital (Muttaqin & Sari, 2011)

- Hidung

Biasanya ditemukan pola pernafasan cepat dan sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi dan biasanya tidak ada pembengkakan polip (Muttaqin & Sari, 2011)

- Mulut

Biasanya ditemukan nafas berbau amonia, mual, muntah serta cegukan, peradangan mukosa mulut (Muttaqin & Sari, 2011)

- Leher : terjadi pembesaran vena jugularis.

- Dada dan toraks : penggunaan otot bantu pernafasan, pernafasan dangkal dan kusmaul serta krekels, pneumonitis, edema pulmoner, friction rub pericardial.

- Abdomen : nyeri area pinggang, asites.

- Genital : atrofi testikuler, amenore.

- Ekstremitas : Capitally revil time > 3 detik, kuku rapuh dan kusam serta tipis, kelemahan pada tungkai, edema, akral dingin, kram otot dan nyeri otot, nyeri kaki, dan mengalami keterbatasan gerak sendi.

- Kulit : ekimosis, kulit kering, bersisik, warna kulit abu-abu, mengkilat atau hiperpigmentasi, gatal (pruritus), kuku tipis dan rapuh, memar (purpura), edema.

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Laboratorium

Menurut Muttaqin (2011) dan Rendi & Margareth (2012) hasil pemeriksaan laboratoium pada pasien gagal ginjal kronik adalah:

- Urine, biasanya kurang dari 400ml / 24 jam (oliguria) atau urine tidak ada (anuria). Warna secara abnormal urine keruh mungkin

disebabkan pus, bakteri, lemak fosfat, dan urat sedimen kotor. Kecoklatan menunjukkan adanya darah. Berat jenis urine kurang dari 0,015 (metap pada 1,010 menunjukkan kerusakan ginjal berat). Protein, derajat tinggi proteinuria (3-4) secara kuat menunjukkan kerusakan glomerulus.

- Laju endap darah meninggi yang diperberat oleh adanya anemia, dan hipoalbuminemia. Anemia normoster normokrom dan jumlah retikulosit yang rendah.
- Ureum dan kreatinin meninggi, biasanya perbandingan antara ureum dan kreatinin kurang lebih 20:1. Perbandingan bisa meninggi oleh karena perdarahan saluran cerna, demam, luka bakar luas, pengobatan steroid dan obstruksi saluran kemih. Perbandingan ini berkurang ketika ureum lebih kecil dari kreatinin, pada diet rendah protein dan tes Klirens Kreatinin yang menurun.
- Hiponatremi: umumnya karena kelebihan cairan. Hiperkalemia: biasanya terjadi pada gagal ginjal lanjut bersama dengan menurunnya diuresis.
- Hipoklasemia dan hiperfosfatemia: terjadi karena berkurangnya sintesis vitamin D3 pada pasien CKD.
- Alkalin fosfat meninggi akibat gangguan metabolisme tulang, terutama isoenzim fosfatase lindung tulang.
- Hipoalbuminemia dan hipokolesterolemia, umumnya disebabkan gangguan metabolisme dan diet rendah protein
- Peninggian gula darah, akibat gangguan metabolisme karbohidrat pada gagal ginjal (resistensi terhadap pengaruh insulin pada jaringan perifer).
- Hipertrigleserida, akibat gangguan metabolisme lemak, disebabkan peninggian hormon insulin dan menurunnya lipoprotein lipase.
- Asidosis metabolik dengan kompensasi respirasi menunjukkan

PH yang menurun, HCO₃ yang menurun, PCO₂ yang menurun, semua disebabkan retensi asam-asam organik pada gagal ginjal.

5) Pemeriksaan Diagnostik lain

Pemeriksaan radiologis menurut Sudoyo,dkk (2009) dan Muttaqin & Sari (2011) meliputi :

- Foto polos abdomen untuk menilai bentuk dan besar ginjal (adanya batu atau adanya suatu obstruksi). Dehidrasi akan memperburuk keadaan ginjal, bisa tampak batu radio–opak, oleh sebab itu penderita diharapkan tidak puasa.
- Intra Vena Pielografi (IVP) untuk menilai sistem pelviokalis dan ureter. Pemeriksaan ini mempunyai resiko penurunan faal ginjal pada keadaan tertentu, misalnya usia lanjut, diabetes mellitus, dan nefropati asam urat. Pielografi intravena jarang dikerjakan karena kontras sering tidak bisa melewati filter glomerulus, disamping kekhawatiran terjadinya pengaruh toksik oleh kontras terhadap ginjal yang sudah mengalami kerusakan.
- Ultrasonografi (USG) untuk menilai besar dan bentuk ginjal, tebal parenkim ginjal, kepadatan parenkim ginjal, anatomi system pelviokalis, ureter proksimal, kandung kemih dan prostat.

b. Diagnosis Keperawatan

- 1) Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (D. 0005)
- 2) Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D. 0022)
- 3) Risiko perfusi renal tidak efektif b.d disfungsi ginjal (D. 0016)
- 4) Penurunan curah jantung b.d perubahan kontraktilitas (D. 0008)
- 5) Intoleransi aktifitas b.d ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (D. 0056)
- 6) Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (D. 0019)
- 7) Risiko infeksi b. d efek prosedur invasif (D. 0142)

- 8) Gangguan integritas kulit/ jaringan b.d kekurangan/ kelebihan volume cairan (D. 0120)
- 9) Resiko perfusi serebral tidak efektif (D. 0017)

c. Rencana Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) merupakan tolok ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam penyusunan intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan Teoritis

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (D. 0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pola nafas pasien membaik dengan kriteria hasil : a. Penggunaan otot bantu nafas menurun b. Dyspnea menurun c. Pernapasan cuping hidung menurun d. Frekuensi nafas membaik e. Kedalaman nafas membaik f. Ekskursi dada membaik	Manajemen jalan nafas Observasi : g. Monitor pola nafas h. Monitor bunyi nafas tambahan i. Monitor sputum Terapeutik a. Pertahankan kepatenan jalan nafas b. Posisikan semi fowler atau fowler c. Lakukan pengisapan lender

			<p>kurang dari 15 detik</p> <p>d. Berikan oksigen</p>
2.	Hipervolemia b.d keseimbangan cairan (D. 0022)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan pada pasien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Haluaran urin meningkat</p> <p>b. Asupan makanan meningkat</p> <p>c. Edema menurun</p> <p>d. Dehidrasi menurun</p> <p>e. Asietes menurun</p> <p>f. Tekanan darah membaik</p> <p>g. Denyut nadi radial membaik</p> <p>h. Membrane mukosa membaik</p> <p>i. Turgor kulit membaik</p> <p>j. Berat badan membaik</p>	<p>Manajemen hipervolemia</p> <p>Observasi</p> <p>a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>b. Identifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>c. Monitor status hemodinamik</p> <p>d. Monitor intake dan output cairan</p> <p>e. Monitor tanda hemokonsentrasi</p> <p>f. Monitor efek samping diuretic</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi pemberian diuretik</p>
3.	Risiko perfusi renal tidak efektif b.d disfungsi ginjal (D. 0016)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi renal pada pasien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Jumlah urin meningkat</p> <p>b. Nyeri abdomen menurun</p> <p>c. Mual menurun</p>	<p>pencegahan Syok (I.02068)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor status kardiopulmonal</p> <p>b. Monitor status</p>

		<ul style="list-style-type: none"> d. Muntah menurun e. Distensi abdomen menurun f. Kadar urea nitrogen darah membaik g. Kadar kreatini plasma membaik h. Tekanan darah membaik i. Kadar elektrolit membaik j. Bising usus membaik 	<p>oksigen</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Monitor status cairan d. Monitor tingkat kesadaran <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan O₂ untuk mempertahankan saturasi O₂>95% b. Siapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu c. Pasang jalur IV, jika perlu d. Pasang kateter urin untuk menilai reabsorpsi urin, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab/ factor resiko syok b. Jelaskan tanda dan gejala awal syok <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu b. Kolaborasi pemberian transfuse darah jika perlu
--	--	---	---

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti, 2017). Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respon yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Zaidin Ali, 2014).

e. Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti, 2017).

B. Evidence-Based Nursing (EBN)

1. Pengantar Jurnal

a. Definisi Posisi *Semi Fowler*

Posisi semi fowler adalah cara berbaring pasien dengan posisi setengah duduk/ posisi duduk klien dimana kepala dan dada dinaikkan setinggi 30-45°. Posisi *semi-fowler* dapat meningkatkan ekspansi paru-paru sehingga oksigen lebih mudah masuk ke paru-paru dan pola pernapasan optimal (Yuli Ani, 2020). Posisi *Semi fowler* (30-45°) memanfaatkan gravitasi untuk membantu

mengembangkan dada dan mengurangi tekanan perut dan diafragma. Pada posisi ini diafragma akan tertarik ke bawah sehingga terjadi ekspansi dada dan ventilasi paru menjadi maksimal (Amalia, 2021).

b. Tujuan Posisi *Semi Fowler*

Tujuan pemberian posisi semi fowler pada pasien CKD dengan masalah pola napas tidak efektif memiliki efektifitas dalam membantu memperbaiki status pernafasan pasien. Sedangkan menurut Boki et al (2013) tahapan implementasi pemberian posisi *semi fowler* yaitu memonitor pola napas, tempat tidur diatur setengah duduk 30-45°. Penerapan posisi *semi fowler* dilakukan selama 3 hari yaitu 2x sehari dalam waktu 25- 30 menit yang bertujuan untuk kestabilan pola napas.

2. Analisis Jurnal

Analisis jurnal menggunakan metode PICO seperti tabel dibawah ini :

Tabel 2.3
Analisi PICO

Analisis (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Nama Peneliti	Noviana Kurnia Sari, Dian Hudiyawati, Agus Herianto	Triska Putranto, Atiek Murharyati dan Saelan	Siti Zuraida Muhsinin, Musniati, Eva Zulfa, Ni Wayan Mei Yanti
Tahun	2022	2021	2022
P	Hipoksemia adalah salah satu perburukan yang dapat terjadi pada pasien kritis yang ditandai dengan penurunan kandungan oksigen (O ₂) di dalam darah arteri, sehingga suplai O ₂ ke jaringan tidak adekuat. Gangguan oksigenasi merupakan hipoksemia yang dihasilkan dari rendahnya transfer O ₂ dari paru ke aliran darah, yang ditandai dengan rendahnya tekanan parsial O ₂ (PaO ₂ < 80 mmHg dan terjadinya peningkatan pada pernapasan atau terjadinya sesak napas.	Penyakit ginjal yang tidak dapat pulih ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang progresif, mengarah pada penyakit ginjal tahap akhir dan mematikan. Keluhan utama yang paling sering dirasakan oleh penderita gagal ginjal kronik adalah sesak nafas, sesak nafas tampak cepat dan dalam atau bahkan pernafasan kussmaul, karena <i>Glomerulus Filtration (GFR)</i> diseluruh massa nefron turun dibawah normal mengakibatkan sekresi protein terganggu, retensi natrium dan eritropoietin turun sehingga terjadinya sindroma uremia yang diikuti oleh peningkatan asam lambung (mual) dan pruritus (perdarahan).	Kesulitan bernafas atau yang dikenal dengan sesak nafas adalah sebuah kondisi dimana paru-paru kurang mendapat pasokan oksiden, sehingga kebutuhan oksigen dalam tubuh tidak terpenuhi.

I	Intervensi yang diberikan yaitu posisi <i>semi-fowler</i> 45° selama ± 30 menit, selanjutnya diobservasi kembali saturasi oksigen dan pernafasannya.	Salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak nafas pada pasien CKD adalah dengan memberikan posisi <i>semi fowler</i>	Intervensi yang diberikan adalah posisi fowler dan semi fowler pada pasien yang mengalami sesak nafas.
C	Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Astriani, N. M. D. Y., 2021) bahwa Posisi <i>semi-fowler</i> efektif dalam meningkatkan nilai saturasi oksigen. Metode tersebut dapat mengurangi sekresi pulmonar dan mengurangi resiko penurunan dinding dada dan menurunkan sesak napas pada pasien.	Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Safitri & Andriyani (2011) yang menunjukkan bahwa hasil pengukuran sesak nafas setelah dilakukan perlakuan dari 33 responden selama tiga hari pasien (55%). Peningkatan sesak nafas tersebut dapat dijelaskan ada pengurangan sesak nafas sebanyak 11 pasien (33%) yaitu 17 pasien sesak nafas berat menjadi 6 pasien. Jadi ada pengurangan pasien sesak nafas berat ke sesak nafas ringan.	Hasil penelitian ini didukung oleh sebuah sistematik review terhadap 43 jurnal yang mengevaluasi efek posisi tubuh pada paru yang menemukan bahwa fungsi paru membaik dengan postur tubuh yang lebih tegak baik pada subyek sehat maupun mereka dengan penyakit paru-paru, penyakit jantung, penyakit neuromuskuler, dan obesitas (Katz, Arish, Rokach, Zaltzman, & Marcus, 2018)
O	Berdasarkan hasil penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terhadap peningkatan nilai saturasi oksigen dan menurunkan sesak napas pada responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi posisi <i>semi-fowler</i>	Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh antara pemberian posisi <i>semi fowler</i> terhadap frekuensi nafas pada pasien gagal ginjal kronik di Wilayah Kerja Puskesmas Sidoharjo Sragen yang didasari dengan nilai $p = 0,000 (< 0,05)$.	Hasil penelitian menunjukkan posisi fowler dan semifowler mengurangi aliran balik vena pada pasien gagal jantung dan kedua posisi ini meningkatkan fungsi paru pada pasien-pasien dengan penyakit paru, jantung penyakit, penyakit neuromuskuler, dan obesitas

BAB III

METODOLOGI KARYA TULIS ILMIAH AKHIR

A. Metodologi Penyusunan

Karya tulis akhir ini menggunakan jenis rancangan penelitian deskriptif dengan metode *Case Report*. Penelitian deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Studi kasus merupakan rancangan penelitian deskriptif yang mencakup pengkajian suatu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas atau institusi.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang HCU Interne RSUP DR. M.Djamil Padang, waktu penelitian selama 3 minggu (15 Mei - 3 juni 2023). Pengumpulan data dilakukan dalam waktu 2 hari yaitu tanggal 27-28 Mei 2023.

C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN

Proses pemilihan EBN menggunakan metode pencarian artikel yang akan digunakan dalam penelitian karya tulis akhir ini yaitu menggunakan Google Scholar. Dengan kriteria pada telusur jurnal yaitu jurnal yang telah terindeks nasional dan internasional dalam kurun waktu kurang dari 5 tahun. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian ini yaitu posisi semi fowler, saturasi oksigen, dipsnea, CKD dan edema paru.

D. Populasi dan Sampel

1) Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Dr. Wawan Kurniawan, 2021). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien CKD yang berada diruangan HCU Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang dari bulan April tanggal 10 sampai bulan Juni tanggal 4 sebanyak 56 orang.

2) Sampel

Sampel adalah Sebagian dari populasi penelitian atau wakil populasi yang diteliti (Dr. Wawan Kurniawan, 2021). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *Quota Sampling*. *Quota Sampling* adalah penentuan penjatahan populasi yang memenuhi syarat, ini dilakukan setelah mengumpulkan sejumlah subjek penelitian yang diambil dari wilayah populasi, kemudian setelah dianggap memadai ditentukan jatah sesuai kebutuhan yaitu sebanyak 30 sampel karena untuk meningkatkan tingkat akurasi data (Tohardi, 2019)

Sampel pada karya tulis akhir ini berjumlah 2 orang yang sesuai dengan kriteria sampel yaitu :

a) Kriterion Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti atau kriteria dimana subjek peneliti dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Setiadi, 2013).

- 1) Pasien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan
- 2) Pasien CKD yang mampu dengan posisi semifowler
- 3) Bersedia menjadi responden dan menandatangani *Inform Consent*

b) Kriterion Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan subyek yang tidak memenuhi kriteria penelitian atau kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili dalam sampel penelitian karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Setiadi, 2013).

- 1) Pasien menolak dijadikan responden
- 2) Pasien tidak kooperatif
- 3) Pasien yang tidak bias posisi semi fowler

E. Jenis-Jenis Data

1. Data Primer

Data primer yaitu data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber (tidak melalui sumber perantara) dan data yang dikumpulkan secara khusus untuk menjawab pertanyaan penelitian yang sesuai dengan keinginan peneliti (FIRDAUS, 2021).

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data (FIRDAUS, 2021). Data sekunder yang dikumpulkan pada penulisan ini meliputi data terapi medis dan obat – obatan pasien.

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dapat diartikan sebagai teknik untuk mendapatkan data yang kemudian dianalisis dalam suatu penelitian (Dr. Wawan Kurniawan, 2021). Metode pengumpulan data dari penulisan ini dengan metode wawancara, observasi dan dokumentasi. Metode pelaksanaan dengan pasien dan keluarga untuk mendapatkan data identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan keluarga. Metode observasi dilaksanakan berupa pengamatan secara langsung terhadap pasien mengenai kondisi umum pasien, tanda – tanda vital, dan pengkajian keluhan pasien. Hasil dari penulisan kemudian menutup untuk selanjutnya dapat dianalisis.

G. Instrument Penelitian

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah SOP pengaturan posisi semi fowler yang digunakan sebagai instrument dalam pelaksanaan penulisan.

H. Prosedur Penelitian

1. Prosedur Penelitian

- a. Tahap Persiapan
- b. Melakukan survey lokasi penelitian di RSUP. Dr. M. Djamil Padang
- c. Studi pendahuluan dilakukan dengan wawancara terbuka kepada perawat ruangan untuk menjaring responden yang berdiagnosa CKD.
- d. Menjelaskan maksud dan tujuan melakukan penelitian di RSUP. Dr. M. Djamil Padang
- e. Tindak lanjut pelaksanaan penelitian kepada responden di ruang HCU Interne RSUP. Dr. M. Djamil Padang dan menjelaskan maksud dan tujuan kepada responden dan meminta persetujuan dengan memberikan lembaran *inform consent*.

2. Tahap Pelaksana

- a. Melakukan identifikasi terhadap proses keperawatan meliputi mengkaji data keperawatan, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, mengidentifikasi implementasi keperawatan dan mengevaluasi data keperawatan pada responden yang telah dijadikan klien
- b. Pengukuran saturasi oksigen pada responden, sebelumnya diberikan posisi semi fowler (pre – test)
- c. Setelah dilakukan pengukuran saturasi oksigen diperoleh hasil saturasi oksigen pasien, kemudian untuk meningkatkan saturasi oksigen tersebut penulis memberikan pengaturan posisi yaitu semi fowler selama 25-30 menit untuk mengurangi sesak nafas (post – test)
- d. Setelah pemberian posisi semi fowler dilakukan, maka penulis kembali melakukan pengukuran saturasi oksigen pada responden

untuk mengetahui posisi semi fowler dalam menurunkan sesak nafas

e. Mendokumentasikan hasil penulisan pada lembar bantuan kesehatan

3. Tahap Evaluasi

a. Setelah diberikan intervensi, mengecek respon verbal dan non verbal pasien

b. Di akhir pertemuan responden akan diberikan bingkisan sebagai ucapan terimakasih

c. Melaporkan dan mengucapkan terimakasih kepada perawat ruangan atas izin melakukan penelitian di Ruang Interne RSUP. Dr. M. Djamil Padang tersebut.

4. Penyajian data

Penyajian data pada penelitian ini disajikan secara tekstual dan naratif yang disajikan secara sistematis meliputi proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

I. Etika Studi Kasus

Peneliti mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi partisipan agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Ethical clearance mempertimbangkan hal-hal dibawah ini:

1. Self determinan

Pada studi kasus ini, partisipan diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau mengundurkan diri tanpa ada paksaan.

2. Tanpa nama (anonimity)

Peneliti menjaga kerahasiaan partisipan dengan tidak mencantumkan identitas partisipan dan penanggung jawab pada lembar seluruh data proses perawatan, peneliti hanya memberi inisial sebagai pengganti identitas.

3. Kerahasiaan (confidentially)

Semua informasi yang didapat dari partisipan, penanggung jawab, perawat ataupun data sekunder (rekam medis) atau lainnya tidak disebarluaskan ke orang lain dan hanya peneliti yang mengetahuinya. Setelah 3 bulan hasil penelitian di presentasikan, data yang diolah dimusnahkan demi kerahasiaan responden.

4. Keadilan (justice)

Peneliti memperlakukan kedua partisipan secara adil selama pengumpulan data tanpa adanya diskriminasi dengan memenuhi kebutuhan dasar partisipan selama di rawat di ruang Interne RSUP DR.M.Djamil Padang.

5. Asas kemanfaatan (beneficiency)

Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan beban resiko. Bebas penderitaan yaitu peneliti memberikan implementasi keperawatan untuk mengurangi rasa tidak nyaman berupa pemberian terapi minuman dingin, aroma terapi jahe dan peppermint. Bebas eksploitasi peneliti menjamin kerahasiaan data dan informasi yang diberikan oleh partisipan maupun penanggung jawab, peneliti hanya memberikan inisial pada identitas partisipan dan penanggung jawab. Bebas risiko yaitu peneliti menjamin keselamatan partisipan selama menjalani intervensi yang di anjurkan.

6. Maleficience

Peneliti menjamin tidak menyakiti, membahayakan, atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologi.

7. *Informed Conset*

Informed conset merupakan lembar persetujuan yang diberikan peneliti kepada subjek atas perlakuan yang diberikan. Hal ini diperlukan untuk menjamin hak-hak subjek dapat dipenuhi dan memastikan bahwa subjek memahami risiko dan manfaat dari penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus untuk mengurangi dyspnea dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien CKD melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Klien mulai tanggal 15 Mei – 3 Juni 2023 pada 2 orang klien di ruang HCU Interne RSUP Dr.M. Djamil Padang. Pasien dengan CKD dan bersedia menjadi responden. pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan *allo anamnesa* (wawancara, observasi, studi dokumentasi serta catatan medis dan catatan keperawatan).

A. Hasil

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dimulai tanggal 28 Mei 2023 pukul 11.00 WIB pada partisipan 1 Ny. E usia 53 dengan diagnosa medis CKD Stage V. Partisipan 2 Ny. I usia 33 tahun dengan diagnosa CKD stage V on HD, sudah HD sebanyak 5 kali. Hasil penelitian tentang pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi pada kedua partisipan dituangkan pada tabel sebagai berikut.

Tabel 4.1
Pengkajian Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
Identitas Pasien	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang perempuan, Ny. E (Tidak bekerja) dengan umur 54 tahun, sudah menikah, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, nomor MR dengan diagnosa medis CKD Stage V.	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang perempuan Ny.I (tidak bekerja) dengan umur 33 tahun, sudah menikah, beragama islam, pendidikan, nomor MR 01.16.06.38, dengan diagnosa medis diagnosa CKD stage V on HD, sudah HD sebanyak 5 kali

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
Primary Survey	<p>a. Airway dan Kontrol Servikal : Keadaan jalan napas (Look : upaya napas ada, tidak adanya secret/ benda asing di jalan napas, Listen : bunyi napas ronki, Feel : hembusan napas kuat) tidak ada tanda-tanda fraktur servikal, masalah keperawatan tidak ada.</p> <p>b. Breathing : Fungsi pernafasan (Look : frekuensi napas 28x/menit, terdapat otot bantu napas, SpO2 93% Listen : suara napas terdengar ronkhi, Feel : upaya napas ada) masalah keperawatan : pola napas tidak efektif, intervensi keperawatan : manajemen jalan napas, terapi oksigen, dan pemberian posisi <i>semi fowler</i>.</p> <p>c. Circulation : Keadaan sirkulasi (Look : kesadaran compos mentis, tidak ada perdarahan, kapilari refill, Feel : nadi carotis teraba, akral perifer teraba hangat, tekanan darah 154/65 mmHg) masalah keperawatan tidak ada.</p> <p>d. Dissability : Penilaian fungsi neurologis (kesadaran compos mentis, GCS : 15 (E4M6V5), Pupil isokor), masalah keperawatan tidak ada.</p> <p>e. Exsposure : Penilaian hypothermia/ hyperthermia (tidak ada peningkatan), suhu : 36,5°C.</p>	<p>a. Airway dan Kontrol Servikal : Keadaan jalan napas (Look : upaya napas ada, tidak adanya secret/ benda asing di jalan napas, Listen : bunyi napas ronki, Feel : hembusan napas kuat) tidak ada tanda-tanda fraktur servikal, masalah keperawatan tidak ada.</p> <p>b. Breathing : Fungsi pernafasan (Look : frekuensi napas 29x/menit, tidak ada retraksi otot bantu napas, SpO2 94%, Listen : suara napas terdengar ronkhi, Feel : upaya napas ada) masalah keperawatan : pola napas tidak efektif, intervensi keperawatan : manajemen jalan napas, terapi oksigen, dan pemberian posisi <i>semi fowler</i>.</p> <p>c. Circulation : Keadaan sirkulasi (Look : kesadaran compos mentis, tidak ada perdarahan, kapilari refill, Feel : nadi carotis teraba, akral perifer teraba hangat, tekanan darah 145/90 mmHg) masalah keperawatan tidak ada.</p> <p>d. Dissability : Penilaian fungsi neurologis (kesadaran compos mentis, GCS : 15 (E4M6V5), Pupil isokor), masalah keperawatan tidak ada.</p> <p>e. Exsposure : Penilaian hypothermia/ hyperthermia (tidak ada peningkatan), suhu : 36,3°C.</p>
Secondary Survey Riwayat kesehatan keluhan utama	Klien masuk RSUP Dr. M.Djamil Padang pada tanggal 26 Mei 2023 pukul 23.00 WIB di ruang HCU Interne melalui IGD dengan keluhan utama sesak napas sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Sesak dipengaruhi aktivitas, pandangan kabur, sejak dua bulan terakhir	Klien masuk RSUP Dr. M.Djamil Padang pada tanggal 28 Mei 2023 pukul 23.00 WIB di ruang HCU Interne melalui IGD dengan keluhan utama sesak napas sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit. Sesak napas dipengaruhi aktivitas, batuk tidak berdahak sejak 2 hari yang lalu, demam (+).

Riwayat kesehatan sekarang	Pada saat pengkajian tanggal 28 Mei 2023 pukul 11.00 WIB, pasien mengatakan nafas terasa sesak, sesak diperberat apabila pasien tidur terlentang dan banyak bergerak, pasien mengatakan sering mual, nafsu makan menurun, kaki dan tangan bengkak, wajah sembab.	Pada saat pengkajian tanggal 29 Mei 2023 pukul 11.00 WIB, pasien mengatakan nafas terasa sesak, sesak diperberat apabila pasien tidur terlentang dan banyak bergerak, pasien mengatakan sering mual, nafsu makan menurun, kaki dan tangan bengkak, wajah sembab.
Riwayat kesehatan dahulu	Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi dan mengkonsumsi obat Glukopack dan amlodipine 1x10 mg.	Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi dan mengkonsumsi obat asam folat 1x5 mg, bicnat 3x500 mg, ramipril 1x2,5 mg, amlodipine 1x5 mg.
Riwayat kesehatan keluarga	Pasien mengatakan keluarga mempunyai riwayat CKD yaitu pada anak pasien	Pasien mengatakan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan DM (-), Hipertensi (-).
Pola aktivitas sehari-hari	Wawancara dan studi dokumentasi : 1. Pola nutrisi a. Sehat : Pasien mengatakan makan 3x sehari pasien mengkonsumsi nasi ditambah lauk dan sayur. Pasien mengatakan memiliki alergi terhadap ikan laut, pasien minum air putih 6-7 gelas dalam sehari ±1.500. pasien mengatakan berat badan sebelum dirawat dirumah sakit 84 kg dan berat badan sekarang 80 kg. b. Sakit : Porsi makan saat sakit sebelum dirawat dirumah sakit 1/2 porsi makanannya. Saat dirawat di rumah sakit pasien hanya menghabiskan 4-5 sendok makan dalam seporsi makanannya, pasien juga mendapatkan diet jus 1x250 ml dan pasien minum air putih 1-2 gelas dalam sehari.	Wawancara dan studi dokumentasi : 1. Pola nutrisi a. Sehat : Pasien mengatakan makan 3x sehari pasien mengkonsumsi nasi ditambah lauk dan sayur. Pasien mengatakan memiliki alergi terhadap ikan laut, pasien minum air putih 6-7 gelas dalam sehari ±1.500. pasien mengatakan berat badan sebelum dirawat dirumah sakit 84 kg dan berat badan sekarang 80 kg. b. Sakit : Porsi makan saat sakit sebelum dirawat dirumah sakit 1/2 porsi makanannya. Saat dirawat di rumah sakit pasien hanya menghabiskan 4-5 sendok makan dalam seporsi makanannya, pasien juga mendapatkan diet jus 1x250 ml dan pasien minum air putih 1-2 gelas dalam sehari. 2. Pola eliminasi a. Sehat BAB : pada saat sehat pasien mengatakan BAB 1 kali sehari setiap pagi hari dan konsistensi

	<p>2. Pola eliminasi</p> <p>a. Sehat BAB : pada saat sehat pasien mengatakan BAB 1 kali sehari setiap pagi hari dan konsistensi lembek berwarna kuning.</p> <p>b. Sakit BAB : pada saat sakit pasien mengalami diare dan BAB 2-3x dalam sehari dengan konsistensi berwarna kuning dan cair.</p>	<p>lembek berwarna kuning.</p> <p>b. Sakit BAB : pada saat sakit pasien mengalami diare dan BAB 2-3x dalam sehari dengan konsistensi berwarna kuning dan cair.</p>
Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
	<p>3. Pola tidur dan istirahat</p> <p>a. Sehat : Saat sehat pasien tidur 7 sampai 8 jam sehari pada malam hari dan tidur siang 1-2 jam.</p> <p>b. Sakit : Saat sakit pasien tidak bisa tidur di malam hari dan siang hari hanya tidur 1-2 jam.</p> <p>4. Pola aktivitas dan latihan</p> <p>a. Sehat : saat sehat pasien mampu melakukan aktifitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain.</p> <p>b. Sakit : saat sakit aktifitas pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga untuk makan minum dan toileting.</p>	<p>3. Pola tidur dan istirahat</p> <p>a. Sehat : Saat sehat pasien tidur 7 sampai 8 jam sehari pada malam hari dan tidur siang 1-2 jam.</p> <p>b. Sakit : Saat sakit pasien tidak bisa tidur di malam hari dan siang hari hanya tidur 1-2 jam.</p> <p>4. Pola aktivitas dan latihan</p> <p>a. Sehat : saat sehat pasien mampu melakukan aktifitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain.</p> <p>b. Sakit : saat sakit aktifitas pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga untuk makan minum dan toileting.</p>
Pemeriksaan fisik	<p>Wawancara dan studi dokumentasi :</p> <p>Keadaan umum pasien lemas, dengan kesadaran kompos mentis TD : 154/65 mmHg, nadi 28x/menit, pernafasan 30x/menit, SpO2 93%, dan suhu 36°C , kepala (Inspeksi : Rambut beruban, kulit kepala tampak bersih, dan tidak ada ketombe, Palpasi : Tidak teraba adanya massa dan tidak ada nyeri</p>	<p>Wawancara dan studi dokumentasi :</p> <p>Keadaan umum pasien lemas, TD : 145/90 mmHg, nadi 89x/menit, pernafasan 29x/menit, SpO2 94%, dan suhu 36°C. Tingkat kesadaran kompos mentis (CM), GCS : 15 (E4M5V6). Kepala (Inspeksi : Rambut beruban, kulit kepala tampak bersih, dan tidak ada ketombe, Palpasi : Tidak teraba adanya massa dan tidak ada nyeri tekan). Mata</p>

	<p>tekan). Mata (Inspeksi : Tidak ada perdarahan sub konjungtiva, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada cedera pada kornea, Palpasi : Tidak teraba adanya massa). Hidung (terpasang NRM 10 liter/menit, hidung simetris, pernapasan cepat 30x/menit, tidak ada pernapasan cuping hidung dan penciuman baik). Telinga (Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya serumen Palpasi : Tidak teraba adanya massa dan tidak ada nyeri tekan). Mulut (Bibir simetris, mukosa bibir kering, bibir pucat, napas berbau, karies gigi (+)).</p>	<p>(Inspeksi : Tidak ada perdarahan sub konjungtiva, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada cedera pada kornea, Palpasi : Tidak teraba adanya massa). Hidung (terpasang NRM 10 liter/menit, hidung simetris, pernapasan cepat 29x/menit, tidak ada pernapasan cuping hidung dan penciuman baik). Telinga (Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya serumen, Palpasi : Tidak teraba adanya massa dan tidak ada nyeri tekan). Mulut (Bibir simetris, mukosa bibir kering, bibir pucat).</p>
Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
	<p>Leher (Inspeksi : Tidak terdapat pembesaran tonsil, Palpasi: Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid. CDL terpasang di vena jugularis internal). Thoraks (Inspeksi : Simetris antar kedua lapang paru, pasien tampak menggunakan otot bantu napas, frekuensi napas : 28 x/menit. Terdapat selang CDL, Palpasi : terdapat nyeri tekan, Perkusi : redup, Auskultasi : Suara napas ronkhi). Jantung (Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak, Perkusi : pekak, Auskultasi : S1 dan S2 murni, tidak terdapat suara jantung tambahan atau abnormal). Abdomen (Inspeksi : Tidak ada ascites, Auskultasi : bising usus 10x/menit, Palpasi : tidak ada nyeri, Perkusi : timpani). Ekstremitas (Atas : terpasang IVFD renxamin ditangan sebelah kanan, CRT > 3 detik, terdapat edema, tidak ada lesi dan bekas luka, nadi teraba cepat dan lemah, kulit kering dan teraba hangat, Bawah : simetris, CRT >3 detik, kulit kering). Genitalia tidak</p>	<p>Leher (Inspeksi : Tidak terdapat pembesaran tonsil, Palpasi: Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid. CDL terpasang di vena jugularis internal). Thoraks (Inspeksi : Simetris antar kedua lapang paru, pasien tampak menggunakan otot bantu napas, frekuensi napas : 29x/menit. Terdapat selang CDL, Palpasi : terdapat nyeri tekan, Perkusi : redup, Auskultasi : Suara napas ronkhi +/+, wheezing -/-). Jantung (Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak, Palpasi : ictus cordis teraba 2 jari lateral LMCS RIC VI, Perkusi : pekak, Auskultasi : Reguler). Abdomen (Inspeksi : Tampak membuncit, Auskultasi : bising usus 10x/menit, Palpasi :Hepar dan lien sulit dinilai, Shifting dullness (+), Perkusi : timpani). Ekstremitas (Atas : terpasang IVFD renxamin ditangan sebelah kanan, CRT > 3 detik, terdapat edema, tidak ada lesi dan bekas luka, nadi teraba cepat dan lemah, kulit kering dan teraba hangat, Bawah : simetris, edema,</p>

	dilakukan pemeriksaan.	CRT >3 detik, kulit kering, Genitalia : tidak dilakukan pemeriksaan
Data Penunjang	Studi dokumentasi : Berdasarkan hasil laboratoriu hematologi pada tanggal 30 Mei 2023 Hemoglobin 7,4 g/dl, Leukosit 8,88 $10^3/mm^3$, Hematocrit 22 %, Trombosit 420 $10^3/mm^3$, Eritrosit 2,79 $10^6/\mu L$, Natrium 134 mmol/L, Kalium 1,8 mmol/, Klorida 115 mmol/L, Total protein 5,5 g/dl, Albumin 2,6 g/dl, Globulin 2,9 mg/dl, Ureum darah 107 mg/dl, Kreatinin darah 5,0 mg/dl, Natrium 130 mmol/L.	Studi dokumentasi : Hemoglobin 9,2 g/dl, Leukosit 14,33 $10^3/mm^3$, Hematocrit 29 %, Trombosit 295 $10^3/mm^3$, Eritrosit 3,46 $10^6/\mu L$, Natrium 138 mmol/L, Kalium 4,1 mmol/L, Klorida 104 mmol/L Total protein 6,5 g/dl, Albumin 2,9 g/dl, Globulin 3,6 mg/dl, Ureum darah 94 mg/dl, Kreatinin darah 6,4 mg/dl

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan di tegakkan berdasarkan data yang didapatkan berupa data subjectif dan data objektif. Berikut ini diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan studi dokumentasi, observasi dan wawancara adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2

Diagnosa Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
Diagnosa 1 :	Diagnosa 1 :
Pola Napas Tidak Efektif b/d Hambatan Upaya Napas	Pola Napas Tidak Efektif b/d Hambatan Upaya Napas
DS : Klien mengeluh sesak nafas, sesak dirasakan sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit.	DS : Klien mengeluh sesak nafas, sesak dirasakan sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit.
DO : Nafas klien tampak sesak, terdengar suara napas tambahan (ronkhi), pernafasan 28x/menit, terpasang NRM 10 L/menit	DS : Nafas klien tampak sesak, terdengar suara napas tambahan (ronkhi), pernafasan 29x/menit, terpasang NRM 10 L/menit

<p>Diagnosa 2 :</p> <p>Hipervolemia b/d Gangguan Mekanisme Regulasi</p> <p>DS : Klien mengatakan badan terasa lemah, bibir kering, perut membesar, tangan dan kaki bengkak, dan pipis sedikit.</p> <p>DO : Klien tampak lemah, BAK tampak sedikit. Mukosa bibir kering, turgor kulit kembali lambat, CRT >3 detik, tangan dan kaki edema derajat 1 kedalamn 2 mm, intake 800cc, output 250cc. TD 156/65 mmHg, N 89x/menit, S 36°C, Hb 7,4 g/dl.</p>	<p>Diagnosa 2 :</p> <p>Hipervolemia b/d Gangguan Mekanisme Regulasi</p> <p>DS : Klien mengatakan badan terasa lemah, bibir kering, perut membesar, tangan dan kaki bengkak, dan pipis sedikit.</p> <p>DO : Klien tampak lemah, BAK tampak sedikit. Mukosa bibir kering, turgor kulit kembali lambat, CRT >3 detik, tangan dan kaki edema derajat 1 kedalamn 2 mm, intake 800cc, output 3000cc. TD 145/90 mmHg, N 98x/menit, S 36°C, Hb 9,2 g/dl.</p>
<p>Diagnosa 3 :</p> <p>Resiko perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>DS : Klien mengatakan kedua tangan dan kaki serta wajah bengkak/edema (penumpukan cairan), klien mengatakan kedua kaki dan tangan terasa kebas, klien mengatakan sering merasa haus</p> <p>DO : Kedua tangan dan kaki serta wajah terdapat edema, kulit tampak kering, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, TD 156/65 mmHg, N 89x/menit, RR 28x/menit, S 36°C, Hb 7,4 g/dl, Hematocrit 22 %.</p>	<p>R Diagnosa 3 :</p> <p>esiko perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>DS : Klien mengatakan kedua tangan dan kaki bengkak/edema (penumpukan cairan), klien mengatakan tangan terasa kebas, klien mengatakan sering merasa haus</p> <p>DO : Kedua tangan terdapat edema, kulit tampak kering, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, TD 145/90 mmHg, N 98x/menit, S 36°C, Hb 9,2 g/dl, hematocrit 29%.</p>

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua partisipan mengacu pada SLKI dan SIKI berdasarkan hasil studi dokumentasi status. Partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.3
Rencana Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p> <p>SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu napas menurun, pernapasan cuping hidung menurun, Frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik.</p> <p>SIKI : Manajemen jalan napas : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (warna, bau, aroma), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minuman hangat, berikan oksigen, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>	<p>a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p> <p>SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu napas menurun, pernapasan cuping hidung menurun, Frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik.</p> <p>SIKI : Manajemen jalan napas : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (warna, bau, aroma), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minuman hangat, berikan oksigen, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p>
<p>b. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi</p> <p>SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan, kriteria hasil : asupan cairan meningkat, haluaran urin meningkat, kelembapan membrane mukosa meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik, turgor kulit membaik.</p>	<p>b. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan Mekanisme Regulasi</p> <p>SLKI : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan, kriteria hasil : asupan cairan meningkat, haluaran urin meningkat, kelembapan membrane mukosa meningkat, asupan makanan meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik, turgor kulit membaik.</p>

<p>SIKI : Manajemen hypervolemia : periksa tanda dan gejala hypervolemia (ortopnea, dyspnea, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan), identifikasi penyebab hypervolemia, monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, jika tersedia), monitor intake dan output cairan, monitor hemokonsentrasi, monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (kadar protein dan albumin meningkat), monitor efek samping diuretic, batasi asupan cairan, tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, kolaborasi pemberian diuretic</p>	<p>SIKI : Manajemen hypervolemia : periksa tanda dan gejala hypervolemia (ortopnea, dyspnea, JVP/CVP meningkat, reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan), identifikasi penyebab hypervolemia, monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, jika tersedia), monitor intake dan output cairan, monitor hemokonsentrasi, monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (kadar protein dan albumin meningkat), monitor efek samping diuretic, batasi asupan cairan, tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, kolaborasi pemberian diuretic</p>
<p>c. Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>SLKI : setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, nyeri ekstremitas menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik</p> <p>SIKI : Perawatan sirkulasi (I.02079) : periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler), identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, anjukan menggunakan obat penurun TD.</p>	<p>c. Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>SLKI : setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : warna kulit pucat menurun, edema perifer menurun, nyeri ekstremitas menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik</p> <p>SIKI : Perawatan sirkulasi (I.02079) : periksa sirkulasi perifer (mis, nadi perifer, edema, pengisian kapiler), identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi), monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, anjukan menggunakan obat penurun TD</p>

3. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.4
Implementasi dan Evaluasi keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Tanggal	Partisipan 1		Partisipan 2	
Tanggal 28 Mei 2023	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan 3. Memberikan posisi semi-fowler atau fowler 4. Memberikan oksigen 5. Mengajarkan teknik nafas dalam 6. Memberikan terapi obat analgesic sesuai dengan orderan dokter. Pasien mendapatkan terapi nicardipin, furosemide, asam folat 1x5 mg, natrium bicarbonate 3x500 mg 	<p>S : Pasien mengatakan sesak napas dan badan terasa lemah</p> <p>O : Pasien tampak pucat, napas tampak sesak, RR : 28x/menit, TD : 154/70 mmHg, nadi : 117x/menit, Saturasi O₂ : 93%, terpasang NRM 10 L/menit.</p> <p>A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, pasien masih sesak napas (Dipsnea)</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi O₂ NRM 10 L/menit, dan pemberian posisi semi-fowler.</p>	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan 3. Memberikan posisi semi-fowler atau fowler 4. Memberikan oksigen 5. Mengajarkan teknik nafas dalam, memberikan terapi obat analgesic sesuai dengan orderan dokter. Pasien mendapatkan terapi 	<p>S : Pasien mengatakan sesak napas dan badan terasa lemah</p> <p>O : Pasien tampak pucat, napas tampak sesak, RR : 29x/menit, TD : 145/90 mmHg, nadi : 102x/menit, Saturasi O₂ : 94%, terpasang NRM tangan 10 L/menit.</p> <p>A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, pasien masih sesak napas (Dipsnea)</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi O₂ NRM 10 L/menit, dan pemberian posisi semi-fowler.</p>

	<p>Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Memonitor intake dan output cairan pasien 3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien 4. Memonitor hasil laboratorium untuk cairan pasien 5. Mengukur tanda-tanda vital 6. Memonitor tanda dan gejala edema 7. Memberikan terapi sesuai order 8. Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien. 	<p>S : Pasien mengatakan badannya lemah, bibir kering, kaki dan tangan bengkak, BAK sedikit.</p> <p>O : Pasien tampak lemah, BAK tampak sedikit, turgor kulit kembali lambat, terdapat edema derajat 1 dengan kedalaman 2mm, CRT>3 detik, intake 800 cc dan output 250 cc. TD : 154/70 mmHg, nadi : 117x/menit, RR : 28x/menit, S : 36,3 °C, Hb : 7,4 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Memonitor intake dan output cairan pasien 3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien 4. Memonitor hasil laboratorium untuk cairan pasien 5. Mengukur tanda-tanda vital 6. Memonitor tanda dan gejala edema 7. Memberikan terapi sesuai order 8. Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien. 	<p>S : Pasien mengatakan badannya lemah, bibir kering, kaki dan tangan bengkak, BAK sedikit.</p> <p>O : Pasien tampak lemah, BAK tampak sedikit, turgor kulit kembali lambat, terdapat edema dengan kedalaman 2mm, CRT>3 detik, intake 700 cc dan output 200 cc. TD : 145/90 mmHg, nadi : 102x/menit, RR : 29x/menit, S : 37 °C, Hb : 9,2 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler) 	<p>S : Pasien mengatakan tangan, kaki dan wajah bengkak dan terasa kebas, kepala pusing, dan nafas sesak</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler) 	<p>S : Pasien mengatakan tangan, kaki bengkak dan terasa kebas, nafas sesak</p> <p>O : Pasien tampak pucat, lemah, edema, TD : 145/90</p>

	<p>2. Memonitor nyeri/bengkak pada ekstremitas</p> <p>3. Menganjurkan menggunakan obat penurun TD berupa amlodipine 5mg</p> <p>4. Memonitor Hb</p> <p>5. Memonitor tanda-tanda vital</p>	<p>O : Pasien tampak pucat, lemah, edema, TD : 154/70 mmHg, nadi : 117x/menit, RR : 28x/menit, S : 36,3 °C, Hb : 7,4 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan memonitor tekanan darah</p>	<p>2. Memonitor nyeri/bengkak pada ekstremitas</p> <p>3. Menganjurkan menggunakan obat penurun TD</p> <p>4. Memonitor Hb</p> <p>5. Memonitor tanda-tanda vital</p>	<p>mmHg, nadi : 102x/menit, RR : 29x/menit, S : 37 °C, Hb : 9,2 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan memonitor</p>
<p>Tanggal 29 Mei 2023</p>	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas</p> <p>1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas)</p> <p>2. Memonitor bunyi napas tambahan</p> <p>3. Memberikan posisi semi-fowler</p> <p>4. Memberikan oksigen</p> <p>5. Mengajarkan teknik nafas dalam, memberikan terapi obat analgesic sesuai dengan orderan dokter. Pasien mendapatkan terapi nicardipin , furosemide ,</p>	<p>S : Pasien mengatakan napasnya masih terasa sesak dan badan terasa lemah</p> <p>O : Pasien tampak pucat, napas sesak sudah berkurang, RR : 26x/menit, TD : 140/84mmHg, nadi : 95x/menit, Saturasi O2 : 97%, terpasang NRM 10 L/menit.</p> <p>A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, pasien masih</p>	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas :</p> <p>1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas)</p> <p>2. Memonitor bunyi napas tambahan</p> <p>3. Memberikan posisi semi-fowler atau fowler</p> <p>4. Memberikan oksigen</p> <p>5. Mengajarkan teknik nafas dalam, memberikan terapi obat analgesic sesuai dengan orderan dokter. Pasien mendapatkan terapi</p>	<p>S : Pasien mengatakan napasnya dan badan terasa lemah</p> <p>O : Pasien tampak pucat, napas sesak sudah berkurang, RR : 25x/menit, TD : 133/86 mmHg, nadi : 97x/menit, Saturasi O2 : 96%, terpasang NRM 10 L/menit.</p> <p>A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, pasien masih sesak napas (Dipsnea)</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi O2</p>

	<p>asam folat 1x5 mg, natrium bicarbonate 3x500 mg</p>	<p>sesak napas (Dipsnea)</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi O2 NRM 10 L/menit, dan pemberian posisi semi-fowler, dan memeriksa saturasi oksigen pasien.</p>		<p>NRM 10 L/menit, dan pemberian posisi semi-fowler.</p>
	<p>Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Memonitor intake dan output cairan pasien 3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien 4. Memonitor hasil laboratorium untuk cairan pasien 5. Mengukur tanda-tanda vital 6. Memonitor tanda dan gejala edema 7. Memberikan terapi sesuai order 8. Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien. 	<p>S : Pasien mengatakan badannya masih lemah, bibir kering, kaki dan tangan masih bengkak, BAK masih sedikit.</p> <p>O : Pasien tampak lemah, BAK tampak sedikit, turgor kulit kembali lambat, terdapat edema dengan kedalaman 2 mm, CRT>3 detik, intake 800 cc dan output 400 cc. RR : 26x/menit, TD : 140/84 mmHg, nadi : 98x/menit, Hb : 7,4 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Memonitor intake dan output cairan pasien 3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien 4. Memonitor hasil laboratorium untuk cairan pasien 5. Mengukur tanda-tanda vital 6. Memberikan terapi sesuai order 7. Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien. 	<p>S : Pasien mengatakan badannya masih lemah, bibir kering, kaki dan tangan masih bengkak, BAK sedikit.</p> <p>O : Pasien tampak lemah, BAK tampak sedikit, turgor kulit kembali lambat, terdapat edema dengan kedalaman 2mm, CRT>3 detik, intake 800 cc dan output 300 cc. TD : 133/86 mmHg, nadi : 97x/menit, RR : 25x/menit, S : 36,3 °C, Hb : 9,2 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler) 2. Memonitor nyeri/bengkak pada ekstremitas 3. Menganjurkan menggunakan obat penurun TD 4. Memonitor Hb 5. Memonitor tanda-tanda vital 	<p>S : Pasien mengatakan tangan, kaki dan wajah bengkak dan terasa kebas, kepala pusing, dan nafas sesak</p> <p>O : Pasien tampak pucat, lemah, edema, . RR : 26x/menit, TD : 140/84 mmHg, nadi : 98x/menit, Hb : 7,4 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan memonitor tekanan darah</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler) 2. Memonitor nyeri/bengkak pada ekstremitas 3. Menganjurkan menggunakan obat penurun TD 4. Memonitor Hb 5. Memonitor tanda-tanda vital 	<p>S : Pasien mengatakan tangan, kaki bengkak dan terasa kebas, nafas sesak</p> <p>O : Pasien tampak pucat, lemah, edema, TD : 133/86 mmHg, nadi : 97x/menit, RR : 25x/menit, S : 36,3 °C, Hb : 9,2 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan memonitor</p>
Tanggal	Partisipan 1	Partisipan 2	Tanggal	Partisipan 1
Tanggal 30 Mei 2023	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan 3. Memberikan posisi semi-fowler atau fowler 	<p>S : Pasien mengatakan napasnya masih terasa sesak dan badan masih terasa lemah</p> <p>O : Sesak naps sudah berkurang, RR : 24x/menit, TD : 133/80 mmHg, nadi : 90x/menit, Saturasi O₂ : 98%,</p>	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan 3. Memberikan posisi semi-fowler atau fowler 	<p>S : Pasien mengatakan sesak napasnya sudah mulai berkurang dan badan masih terasa lemah</p> <p>O : Sesak Napas sudah berkurang, RR : 24x/menit, TD : 140/90 mmHg, nadi : 117x/menit, Saturasi O₂ : 98%, terpasang NRM 10</p>

	<p>4. Memberikan oksigen</p> <p>5. Mengajarkan teknik nafas dalam</p> <p>6. Memberikan terapi obat analgesic sesuai dengan orderan dokter.</p>	<p>terpasang NRM 10 L/menit.</p> <p>A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, pasien masih sesak napas (Dipsnea)</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi O2 NRM 10 L/menit, dan pemberian posisi semi-fowler, dan tetap menganjurkan relaksasi teknik nafas dalam, kemudian memeriksa saturasi O2.</p>	<p>4. Memberikan oksigen</p> <p>5. Mengajarkan teknik nafas dalam</p> <p>6. Memberikan terapi obat analgesic sesuai dengan orderan dokter.</p>	<p>L/menit.</p> <p>A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, pasien masih sesak napas (Dipsnea)</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi O2 NRM 10 L/menit, dan pemberian posisi semi-fowler, tetap menganjurkan relaksasi teknik nafas dalam, kemudian memeriksa saturasi O2.</p>
	<p>Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>2. Memonitor intake dan output cairan pasien</p> <p>3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien</p> <p>4. Memonitor hasil laboratorium untuk cairan</p>	<p>: Pasien mengatakan badannya lemah, bibir kering, kaki dan tangan bengkak, BAK sedikit.</p> <p>O : Pasien tampak lemah, BAK tampak sedikit, turgor kulit kembali lambat, terdapat edema derajat 1 dengan kedalaman 2mm, CRT>3 detik, intake 800 cc dan output 400 cc.</p>	<p>Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>2. Memonitor intake dan output cairan pasien</p> <p>3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien</p> <p>4. Memonitor hasil laboratorium untuk cairan</p>	<p>S : Pasien mengatakan badannya lemah, bibir kering, kaki dan tangan bengkak, BAK sedikit.</p> <p>O : Pasien tampak lemah, BAK tampak sedikit, turgor kulit kembali lambat, terdapat edema derajat 1 dengan kedalaman 2mm, CRT>3 detik, intake 800 cc dan output 300 cc. TD : 156/70 mmHg, HR :</p>

	<p>pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mengukur tanda-tanda vital 6. Memonitor tanda dan gejala edema 7. Memberikan terapi sesuai order 8. Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien. 	<p>TD : 133/80 mmHg, nadi : 90x/menit, RR : 24x/menit, S : 36,3 °C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mengukur tanda-tanda vital 6. Memonitor tanda dan gejala edema 7. Memberikan terapi sesuai order 8. Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien. 	<p>80x/I, RR : 28x/I, S : 36,3 °C, Hb : 9,2 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler) 2. Memonitor nyeri/bengkak pada ekstremitas 3. Menganjurkan menggunakan obat penurun TD 4. Memonitor Hb 5. Memonitor tanda-tanda vital 	<p>S : Pasien mengatakan tangan, kaki dan wajah bengkak dan terasa kebas, kepala pusing, dan nafas sesak</p> <p>O : Pasien tampak pucat, lemah, edema, 133/80 mmHg, nadi : 90x/menit, RR : 24x/menit, S : 36,3 °C, Hb : 7,4 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan memonitor tekanan darah</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler) 2. Memonitor nyeri/bengkak pada ekstremitas 3. Menganjurkan menggunakan obat penurun TD 4. Memonitor Hb 5. Memonitor tanda-tanda vital 	<p>S : Pasien mengatakan tangan, kaki bengkak dan terasa kebas, nafas sesak</p> <p>O : Pasien tampak pucat, lemah, edema, TD : 145/90 mmHg, nadi : 102x/menit, RR : 29x/menit, S : 37 °C, Hb : 9,2 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan memonitor</p>

Tanggal	Partisipan 1	Partisipan 2	Tanggal	Partisipan 1
Tanggal 31 Mei 2023	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan 3. Memberikan posisi semi-fowler atau fowler 4. Memberikan oksigen 5. Mengajarkan teknik nafas dalam 6. Memberikan terapi obat analgesic sesuai dengan orderan dokter. 	<p>S : Pasien mengatakan sesak napasnya sudah berkurang dan badan masih terasa lemah</p> <p>O : Sesak napas sudah berkurang, RR : 24x/menit, TD : 140/83 mmHg, nadi : 94x/menit, Saturasi O₂ : 99%, terpasang NRM 10 L/menit.</p> <p>A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi O₂ NRM 10 L/menit, dan pemberian posisi semi-fowler dan tetap menganjurkan relaksasi teknik nafas dalam, kemudian memeriksa saturasi O₂.</p>	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan 3. Memberikan posisi semi-fowler atau fowler 4. Memberikan oksigen 5. Mengajarkan teknik nafas dalam, memberikan terapi obat analgesic sesuai dengan orderan dokter. Pasien mendapatkan terapi 	<p>S : Pasien mengatakan sesak napasnya sudah berkurang karena sudah HD ke 6 dan badan terasa lemah</p> <p>O : Sesak Napas sudah berkurang, RR : 24x/menit, TD : 150/87 mmHg, nadi : 110x/menit, Saturasi O₂ : 99%, terpasang NRM 10 L/menit.</p> <p>A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi O₂ NRM 10 L/menit, dan pemberian posisi semi-fowler dan tetap menganjurkan relaksasi teknik nafas dalam, kemudian memeriksa saturasi O₂.</p>
	Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi	S : Pasien mengatakan badannya masih lemah, bibir kering, kaki dan	Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi	S : Pasien mengatakan badan lemah sudah berkurang, kaki dan tangan masih bengkak,

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Memonitor intake dan output cairan pasien 3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien 4. Memonitor hasil laboratorium untuk cairan pasien 5. Mengukur tanda-tanda vital 6. Memonitor tanda dan gejala edema 7. Memberikan terapi sesuai order 8. Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien 	<p>tangan masih bengkak</p> <p>O : Pasien masih tampak lemah, BAK tampak sedikit, turgor kulit kembali lambat, terdapat edema derajat 1 dengan kedalaman 2mm, CRT>3 detik, intake 800 cc dan output 300 cc. RR : 24x/menit, TD : 140/83 mmHg, nadi : 94x/menit, S : 36,8 °C, Hb : 7,4 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Memonitor intake dan output cairan pasien 3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien 4. Memonitor hasil laboratorium untuk cairan pasien 5. Mengukur tanda-tanda vital 6. Memonitor tanda dan gejala edema 7. Memberikan terapi sesuai order 8. Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien. 	<p>BAK masih sedikit.</p> <p>O : Pasien tampak lemah, BAK tampak sedikit, turgor kulit kembali lambat, terdapat edema dengan kedalaman 2mm, CRT>3 detik, intake 800 cc dan output 350 cc. RR : 24x/menit, TD : 150/87 mmHg, nadi : 110x/menit, S : 36,8 °C, Hb : 9,2 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler) 2. Memonitor nyeri/bengkak pada ekstremitas 3. Mengajukan menggunakan obat penurun 	<p>S : Pasien mengatakan tangan, kaki dan wajah bengkak dan terasa kebas, kepala pusing, dan nafas sesak</p> <p>O : Pasien tampak pucat, lemah, edema, TD : 154/70 mmHg, nadi : 117x/menit, RR :</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler) 2. Memonitor nyeri/bengkak pada ekstremitas 3. Mengajukan menggunakan obat penurun 	<p>S : Pasien mengatakan tangan, kaki bengkak dan terasa kebas, nafas sesak</p> <p>O : Pasien tampak pucat, lemah, edema, TD : 145/90 mmHg, nadi : 102x/menit, RR : 24x/menit, S : 37 °C, Hb : 9,2 gr/dl</p>

	TD 4. Memonitor Hb 5. Memonitor tanda-tanda vital	24x/menit, S : 36,3 °C, Hb : 7,4 gr/dl A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan memonitor tekanan darah	TD 4. Memonitor Hb 5. Memonitor tanda-tanda vital	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan memonitor
Tanggal	Partisipan 1	Partisipan 2	Tanggal	Partisipan 1
Tanggal 1 Juni 2023	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan 3. Memberikan posisi semi-fowler atau fowler 4. Memberikan oksigen 5. Mengajarkan teknik nafas dalam 6. Memberikan terapi obat analgesic sesuai dengan orderan dokter.	S : Pasien mengatakan sesak napasnya sudah berkurang dan badan masih terasa lemah O : Sesak napas sudah berkurang, RR : 23x/menit, TD : 140/86 mmHg, nadi : 102x/menit, Saturasi O ₂ : 99%, terpasang nasal kanuk 3 L/menit. A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, pasien masih sesak napas (Dipsnea) P : intervensi dihentikan pasien pindah ke ruang rawat inap biasa, dan	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas : 1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas) 2. Memonitor bunyi napas tambahan 3. Memberikan posisi semi-fowler atau fowler 4. Memberikan oksigen 5. Mengajarkan teknik nafas dalam, memberikan terapi obat analgesic sesuai dengan orderan dokter. Pasien mendapatkan terapi	S : Pasien mengatakan sesak napasnya sudah berkurang dan badan masih terasa lemah O : Sesak napas berkurang, RR : 24x/menit, TD : 135/78 mmHg, nadi : 86x/menit, Saturasi O ₂ : 99%, terpasang NRM 10 L/menit. A : Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi, pasien masih sesak napas (Dipsnea) P : Intervensi dilanjutkan dengan pemberian terapi O ₂ NRM 10 L/menit, dan pemberian posisi semi-fowler, dan tetap menganjurkan relaksasi teknik nafas dalam, kemudian

		masih tetap menganjurkan relaksasi teknik nafas dalam jika masih terasa sesak.		memeriksa saturasi O2.
	<p>Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Memonitor intake dan output cairan pasien 3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien 4. Memonitor hasil laboratorium untuk cairan pasien 5. Mengukur tanda-tanda vital 6. Memonitor tanda dan gejala edema 7. Memberikan terapi sesuai order 8. Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien 	<p>S : Pasien mengatakan badannya lemah sudah berkurang, bibir lembab, tangan masih bengkak.</p> <p>O : Pasien masih tampak lemah, terdapat edema pada tangan, CRT>3 detik, intake 700 cc dan output 400 cc. RR : 24x/menit, TD : 140/86 mmHg, nadi : 102x/menit, Hb : 10,9 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pindah ke ruang rawatan biasa</p>	<p>Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Memonitor intake dan output cairan pasien 3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien 4. Memonitor hasil laboratorium untuk cairan pasien 5. Mengukur tanda-tanda vital 6. Memonitor tanda dan gejala edema 7. Memberikan terapi sesuai order 8. Membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien. 	<p>S : Pasien mengatakan badannya masih terasa lemah, kaki dan tangan masih bengkak, BAK sedikit.</p> <p>O : Pasien tampak lemah, BAK tampak sedikit, turgor kulit kembali lambat, terdapat edema dengan kedalaman 2mm, CRT>3 detik, intake 700 cc dan output 300 cc. RR : 24x/menit, TD : 140/86 mmHg, nadi : 102x/menit, Hb : 10,2 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pindah ke ruang rawatan biasa</p>

	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>6. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler)</p> <p>7. Memonitor nyeri/bengkak pada ekstremitas</p> <p>8. Mengajukan menggunakan obat penurun TD</p> <p>9. Memonitor Hb</p> <p>10. Memonitor tanda-tanda vital</p>	<p>S : Pasien mengatakan tangan, kaki dan wajah bengkak dan terasa kebas, kepala pusing, dan nafas sesak</p> <p>O : Pasien tampak pucat, lemah, edema, TD : 154/70 mmHg, nadi : 117x/menit, RR : 28x/menit, S : 36,3 °C, Hb : 10,9 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pindah ke ruang rawatan biasa</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>6. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler)</p> <p>7. Memonitor nyeri/bengkak pada ekstremitas</p> <p>8. Mengajukan menggunakan obat penurun TD</p> <p>9. Memonitor Hb</p> <p>10. Memonitor tanda-tanda vital</p>	<p>S : Pasien mengatakan tangan, kaki bengkak dan terasa kebas, nafas sesak</p> <p>O : Pasien tampak pucat, lemah, edema, TD : 145/90 mmHg, nadi : 102x/menit, RR : 29x/menit, S : 37 °C, Hb : 10,2 gr/dl</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan memonitor</p>
--	--	--	--	---

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD) dengan inovasi pengaturan posisi *semi-fowler* untuk meningkatkan saturasi oksigen dan menurunkan Dipsnea. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi, melakukan implementasi keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien diantaranya sebagai berikut :

Ny. E berumur 54 tahun pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dengan tingkat pendidikan SMA, dan Ny. I berumur 33 tahun sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga dengan tingkat pendidikan SMA. Kedua partisipan sama-sama berjenis kelamin perempuan. Menurut Kemenkes tahun 2021, Prevalensi kejadian CKD menurut jenis kelamin, banyak terjadi pada laki-laki sebesar (0,3%) dari pada perempuan (0,2%). Kedua partisipan berumur diatas 30 tahun, hal ini sesuai dengan catatan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 bahwa prevalensi CKD meningkat seiring bertambahnya usia, didapatkan meningkat tajam pada kelompok umur 25-44 tahun (0,3%), diikuti umur 45-54 tahun (0,4%), umur 55-74 tahun (0,5%), dan tertinggi pada kelompok umur ≥ 75 tahun (0,6%). (*jurnal*)

Kasus pada Ny. E dan Ny. I dengan keluhan edema pada ekremitas, urine sedikit, badan terasa lelah dan nafas sesak merupakan keluhan utama pada pasien CKD yang dirasakan sebelum dibawa kerumah sakit. Keluhan tersebut sesuai dengan teori Muttaqin dan Sari (2019) bahwa pada pasien

CKD biasanya didapatkan keluhan yang bervariasi, mulai dari urine keluar sedikit sampai tidak dapat BAK, gelisah sampai penurunan kesadaran, tidak selera makan (anoreksia), mual, muntah, mulut terasa kering, rasa lelah, napas bau (amonia), dan gatal pada kulit. Menurut Smeltzer & Bare (2015), ginjal tidak mampu untuk mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal pada penyakit ginjal tahap akhir. Sehingga terjadi penahanan cairan dan natrium, sehingga beresiko terjadinya edema.

Saat dilakukan pengkajian keperawatan gawat darurat pada kedua partisipan didapatkan masalah pada breathing (fungsi pernapasan) yaitu : Ny. E dengan frekuensi napas 28x/menit, terdapat otot bantu napas, SpO2 93%, suara napas terdengar ronkhi dan Ny.I dengan frekuensi napas 29x/menit, terdapat otot bantu napas, SpO2 94%, suara napas terdengar ronkhi. Ny. I juga mengalami keluhan BAB hitam sejak 1 minggu yang lalu serta perasaan mual yang sering muncul. Hasil pengkajian ini sesuai dengan teori menurut Smeltzer & Bare (2015), yaitu anoreksia, mual, muntah dan perdarahan pada saluran cerna merupakan salah satu tanda dan gejala yang terjadi pada gastroinstetinal terhadap perubahan fisiologis yang dipengaruhi oleh kondisi uremia dalam darah pada pasien CKD. Menurut Pardede (2018), Perdarahan saluran cerna merupakan salah satu komplikasi pada penyakit CKD yang sering ditemukan. Patogenesis perdarahan saluran cerna pada penyakit CKD belum jelas, diduga faktor yang berperan terhadap perdarahan saluran cerna pada pasien CKD antara lain karena efek uremia terhadap mukosa saluran cerna, disfungsi trombosit akibat uremia, serta heparinisasi saat ialisis.

Pada riwayat kesehatan dahulu, kedua partisipan sama-sama memiliki riwayat hipertensi. Ny. E diketahui memiliki riwayat hipertensi semenjak 5 tahun yang lalu dan Ny.I semenjak 1 tahun yang lalu. Berdasarkan hasil pengkajian, kedua partisipan sama-sama suka mengonsumsi makanan bersantan dan berminyak yang dapat menjadi salah satu faktor munculnya riwayat Hipertensi. Dari hail pengkajian didapatkan hasil tekanan darah

Ny.E yaitu 154/70 mmHg, Ny.I 145/90 mmHg. Kedua partisipan sebelumnya juga sama-sama pernah dirawat dengan diagnosis CKD.

Hasil pengkajian tersebut sesuai dengan teori Prince dan Wilson (2017) bahwa salah satu faktor penyebab penyakit CKD yaitu yang mempunyai penyakit sistemik seperti diabetes mellitus dan hipertensi. Hipertensi akan memperburuk kondisi gagal ginjal karena terjadi peningkatan filtrasi protein-protein plasma. Secara progresif fungsi ginjal menurun drastis. Menurut Smeltzer dan Bare (2015), pasien CKD selalu mengalami tekanan darah tinggi akibat meningkatnya produksi renin yang berfungsi sebagai mengatur tekanan darah sehingga memacu produksi angiotensin kemudian aldosteron (hormon yang dihasilkan kelenjar adrenal) yang menyebabkan peningkatan tekanan darah.

Menurut analisa peneliti, faktor resiko yang menjadi pemicu penyakit CKD terhadap kedua partisipan tersebut adalah riwayat hipertensi yang tidak terkontrol. Selain riwayat hipertensi, partisipan 1 juga memiliki riwayat pernah dirawat karena CKD. Partisipan 2 pernah dirawat di RSUP M Djamil padang pada bulan April untuk pemasangan CDL.

Perubahan pola eliminasi BAK sedikit yang dialami oleh Ny.E dan Ny.I selama sakit merupakan salah satu keluhan yang sering dialami oleh pasien CKD. Pasien mengalami oliguri disebabkan oleh kegagalan ginjal untuk melakukan fungsi ekskresi yaitu gangguan pengeluaran cairan, sehingga cairan akan menyebar ke semua organ dan jaringan yang ada dalam tubuh (Muttaqin dan Sari, 2018). Hasil dari pemeriksaan laboratorium pada Ny.E adalah Hemoglobin 7,4 g/dl, Leukosit $8,88 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hematocrit 22 %, Trombosit $420 \times 10^3/\text{mm}^3$, Eritrosit $2,79 \times 10^6/\mu\text{L}$, Natrium 134 mmol/L, Kalium 1,8 mmol/, Klorida 115 mmol/L, Total protein 5,5 g/dl, Albumin 2,6 g/dl, Globulin 2,9 mg/dl, Ureum darah 107 mg/dl, Kreatinin darah 5,0 mg/dl, Natrium 130 mmol/L, sedangkan pada Ny.I pemeriksaan laboratorium Hemoglobin 9,2 g/dl, Leukosit $14,33 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hematocrit 29 %, Trombosit $420 \times 10^3/\text{mm}^3$, Eritrosit $2,79 \times 10^6/\mu\text{L}$, Natrium 134 mmol/L, Kalium 1,8 mmol/, Klorida 115 mmol/L, Total protein 5,5 g/dl, Albumin 2,6 g/dl, Globulin 2,9 mg/dl, Ureum darah 107 mg/dl, Kreatinin darah 5,0 mg/dl, Natrium 130 mmol/L.

Trombosit $295 \cdot 10^3/\text{mm}^3$, Eritrosit $3,46 \cdot 10^6/\mu\text{L}$, Natrium 138 mmol/L, Kalium 4,1 mmol/L, Klorida 104 mmol/L Total protein 6,5 g/dl, Albumin 2,9 g/dl, Globulin 3,6 mg/dl, Ureum darah 94 mg/dl, Kreatinin darah 6,4 mg/dl. Pada kedua kasus, Ny.E dan Ny.I mengalami anemia. Menurut Smeltzer dan Bare (2015), Anemia merupakan salah satu komplikasi yang muncul pada pasien CKD. Anemia terjadi akibat penurunan sekresi eritropoetin, eritropoetin merupakan faktor penting dalam stimulasi produksi sel darah merah oleh sumsum tulang. Penurunan sekresi eritropoetin menyebabkan produk hemoglobin berkurang dan terjadi anemia, sehingga peningkatan oksigen oleh hemoglobin berkurang maka tubuh akan mengalami keletihan, angina dan sesak napas.

Selain itu, hasil labor kedua klien juga menunjukkan terjadinya peningkatan pada ureum dan kreatinin. Hasil tersebut sesuai dengan teori Muttaqin dan Sari (2018) bahwa pada pasien CKD kadar ureum dan kreatinin dalam darah meningkat akibat penurunan fungsi glomerulus dan tubulus yang menimbulkan kerusakan pada nefron sehingga mengakibatkan kadar ureum dan kreatinin meningkat.

Berdasarkan hasil pengkajian yang ditemukan peneliti dalam melakukan pengkajian sudah sesuai dengan apa yang sudah dikaji, sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah actual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya (Tarwoto dan Wartonah, 2018).

Berdasarkan SDKI diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan penulis dalam kedua kasus memiliki satu diagnosis prioritas yang sama, yaitu pola

napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, Didukung dengan hasil pengkajian pada kedua pasien Ny. E dan Ny. I dimanifestasikan dengan adanya keluhan sesak napas, pernapasan 28x/menit dan 29x/menit, adanya keluhan sesak nafas saat beraktivitas bahkan saat beristirahat. Kriteria tersebut memenuhi syarat dalam menegakkan diagnosa keperawatan pola napas (Tim Pokja SDKI, 2017)

Diagnosa kedua yang ditegakan yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi yang disebabkan oleh retensi urine dan air yang disebabkan pada gagal ginjal kronis karena penurunan jumlah nefron yang membuat laju filtrasi glomerulus menurun (Price & Wilson, 2016). Dan dimana dibuktikan dengan pasien 1 dan 2 mengeluh sesak napas, edema di bagian ekstremitas atas dan bawah, edema di bagian muka.

Diagnosa ketiga yang ditegakan yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang disebabkan oleh defisiensi hormone eritropoietin, dikarenakan ginjal tidak dapat memproduksi eritropoietin yang cukup (jurnal). Diman dibuktikan dengan pasien 1 dan pasien 2 mengalami penurunan konsentrasi hemoglobin, pasien 1 Hb: 7,4 gr/dl dan pasien 2 Hb : 9,2 gr/dl.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Kegiatan perencanaan ini meliputi memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil serta tindakan (Alimul, 2019).

Perencanaan atau intervensi keperawatan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditemukan pada kasus. Intervensi keperawatan tersebut terdiri dari *Standar Luaran Keperawatan (SLKI)* dan *Standar intervensi Keperawatan (SIKI)*.

Pada masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu napas menurun, pernapasan cuping hidung menurun, Frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik dengan rencana keperawatan yang dilakukan yaitu dengan memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan, memberikan posisi *semi-fowler* atau *fowler*, memberikan oksigen, mengajarkan teknik nafas dalam, memberikan terapi obat analgesic sesuai dengan orderan dokter.

Pada kedua partisipan untuk masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan jalan napas dilakukan pemberian inovasi posisi *semi-fowler* untuk menurunkan sesak napas dan meningkatkan saturasi oksigen. Inovasi tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari, dkk (2022) yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terhadap peningkatan nilai saturasi oksigen pada responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi posisi *semi-fowler*.

Selain pemberian posisi *semi-fowler* pada pasien CKD juga dilakukan pemberian terapi oksigen. Pemberian oksigen pada pasien CKD dengan memberikan *Non-Rebreather Mask* (NRM) yang merupakan sungkup oksigen kecepatan rendah pada pasien yang bisa bernafas spontan. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Utami dan Risea, (2021) bahwa Pemberian terapi oksigen pada pasien dapat mengurangi sesak napas pasien, sedangkan untuk pemberian posisi *semi fowler* bertujuan mengurangi resiko pengembangan dinding dada (Potter et al., 2020). Posisi *semi-fowler* mampu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya penggunaan alat bantu otot pernapasan (Susilo et al., 2020). Ventilasi maksimal membuka area atelektasi dan meningkatkan gerakan secret ke jalan napas besar untuk dikeluarkan (Muttaqin, 2018).

Posisi *semi-fowler* 30-45° membuat oksigen didalam paru-paru semakin meningkat, sehingga meringankan sesak napas. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membran alveolus akibat tertimbunnya cairan, karena dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga transport oksigen menjadi optimal (Majampoh et al., 2020). Sesak nafas akan berkurang sesudah diberikan posisi tersebut dan akhirnya proses perbaikan kondisi pasien lebih cepat (Suhatriidjas & Isnayati, 2020).

Menurut peneliti dalam penyusunan rencan atau intervensi keperawatan yang dilakukan pada kedua partisipan tidak terdapat kesenjangan antara kedua teori dan kasusu yang ditemukan dalam penetapan intervensi yang akan dilakukan. Penyusunan perencanaan keperawatan yang dibutuhkan oleh partisi[an dalam upaya pemulihan derajat kesehatan partisipan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti, 2017). Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respon yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Zaidin Ali, 2014).

Dalam pelaksanan tindakan keperawatan tidak semua tindakan dilaksanakan oleh peneliti, karena peneliti tidak merawat klien 24 jam penuh. Namun sebagai solusi peneliti mendelegasikan rencana tindakan tersebut kepada perawat ruangan dan mahasiswa praktek yang sedang dinas di ruangan tersebut. Untuk melihat tindakan yang dilakukan perawat

ruangan peneliti melihat dan membaca buku laporan tindakan yang di tulis oleh perawat yang sedang dinas.

Pada masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas implementasi yang dilakukan adalah manajemen jalan napas : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (warna, bau, aroma), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minuman hangat, berikan oksigen, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

Pada masalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi implementasi yang telah dilakukan adalah memeriksakan tanda dan gejala hypervolemia, memonitor intake dan output cairan pasien, memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien, memonitor hasil laboratorium untuk cairan pasien, mengukur tanda-tanda vital, memonitor tanda dan gejala edema, memberikan terapi sesuai order, membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien.

Pada masalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin implementasi yang telah dilakukan yaitu memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler), memonitor nyeri/bengkak pada ekstremitas, memonitor Hb, memonitor tanda-tanda vital. Pasien CKD yang mengalami penurunan konsentrasi hemoglobin (Anemia) disebabkan oleh beberapa faktor, namun penyebab utama adalah penurunan aktivitas eritropoietin yang disebabkan oleh defisiensi besi, defisiensi eritropoietin, ataupun keduanya.

Namun secara umum rencana pada masing-masing masalah keperawatan dapat dilakukan, namun tidak semua masalah teratasi sesuai dengan kriteria yang telah diharapkan.

5. Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti, 2017).

Pada penelitian ini peneliti melakukan evaluasi dari tindakan yang dilakukan selama lima hari. Pada partisipan I dan partisipan 2 dilakukan implementasi dan evaluasi dimulai pada tanggal 28 Mei sampai 1 Juni 2023. Dalam melakukan evaluasi, adapun faktor pendukung adalah kerjasama yang baik antara peneliti dengan perawat ruangan, peneliti tidak menemukan adanya faktor penghambat, ini dikarenakan adanya kerjasama yang baik antara peneliti dengan perawat ruangan.

Hasil evaluasi yang sudah didapatkan setelah perawatan selama lima hari terhadap kedua partisipan yaitu pada tanggal 28 Mei sampai 1 Juni 2023 dengan masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas pada hari kelima bahwa terdapat peningkatan yaitu pada frekuensi napas dan saturasi oksigen terhadap masing-masing partisipan, yaitu partisipan 1 frekuensi napas dari 28x/menit menjadi 23x/menit dengan saturasi oksigen dari 93% menjadi 99% dan partisipan 2 frekuensi napas dari 29x/menit menjadi 24x/menit dengan saturasi oksigen dari 94% menjadi 99%.

Evaluasi untuk masalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi pada hari kelima terhadap kedua klien bahwa terdapat peningkatan yaitu edema pada ekstremitas menurun, sesak napas menurun. Evaluasi untuk masalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin pada hari kelima terhadap kedua

pertisipan bahwa terdapat peningkatan yaitu oksigen ke jaringan didapatkan akral kedua pasrtisipan teraba hangat nadi tidak lambat dan CRT <3 detik, dan didapatkan peningkatan hemoglobin dari masing-masing partisipan yaitu partisipan 1 dari 7,4 g/dl menjadi 10,9 g/dl dan partisipan 2 dari 9,2 g/dl menjadi 10,2 g/dl.

Jadi pada kasus hasil evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari yaitu dengan evaluasi berdasarkan SIKI. Hasil yang tercapai pada partisipan 1 yaitu status pernapasan membaik, hipervolemia membaik dan perfusi perifer meningkat. Pada partisipan 2 hasil yang telah dicapai yaitu status pernapasan membaik, perfusi perifer meningkat.

6. Analisis Penerapan EBN

a. Implikasi

Penerapan Evidence Based Nursing (EBN) merupakan salah satu dari beberapa strategi untuk memberikan outcome yang lebih baik. Maupun lebih efektif bagi kesembuhan pasien. EBN dalam praktik keperawatan merupakan modifikasi pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang berlandaskan teori dan beberapa hasil penelitian (Marlina & rahmayunia kartika, 2020)

Pada karya tulis akhir ini penulis memfokuskan pada penerapan posisi *semi-fowler* dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan penurunan saturasi oksigen dan dipsnea, dimana hasil beberapa penelitian yang mendukung sebagai berikut :

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Siahaya et al.,(2020) Metode yang paling sederhana dan efektif untuk mengurangi resiko penurunan pengembangan dinding dada yaitu dengan pengaturan posisi saat istirahat. Posisi *semi fowler* mampu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya penggunaan alat bantu otot pernapasan

Posisi yang paling efektif bagi pasien dengan sesak nafas dan penurunan saturasi oksigen adalah diberikannya posisi *semi fowler* dengan derajat kemiringan 30° - 45° (Majampoh, A. B., Rondonuwu, R., & Onibala, 2015).

Posisi *semi fowler* 30° membuat oksigen didalam paru-paru semakin meningkat, sehingga meringankan sesak napas. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membran alveolus akibat tertimbunnya cairan, karena dipengaruhi oleh gaya gravitasi sehingga transport oksigen menjadi optimal (Majampoh, A. B., Rondonuwu, R., & Onibala, 2015).

Posisi *semi fowler* perlu diberikan karena pemberian posisi *semi fowler* ini adalah tindakan yang sederhana dan paling efektif untuk mengurangi resiko penurunan pengembangan dinding dada. Posisi *semi fowler* biasanya diberikan kepada pasien dengan sesak nafas yang beresiko mengalami penurunan saturasi oksigen dengan derajat kemiringan 30–45° (Wijayati et al., 2019).

Penerapan posisi *semi-fowler* untuk meningkatkan saturasi oksigen dan mengurangi dipsnea pada pasien CKD dilakukan dengan rentang waktu 20 sampai 30 menit dan Penerapan EBN ini menggunakan 2 orang partisipan dengan diagnosa CKD yang dilakukan selama 5 hari secara berturut yang dilakukan 3 kali sehari yaitu pada pagi, siang dan sore hari. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari, dkk (2022) dimana posisi *semo-fowler* 45° dilakukan \pm 30 menit, kemudian diobservasi kembali saturasi oksigennya dan dicatat sebagai hasil dokumentasi.

Penerapan posisi *semi-fowler* yang dilakukan pada pasien CKD dengan tingkat kemiringan 30°-45° dilakukan pre-post untuk melihat perubahan saturasi oksigen, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Astrianai, dkk (2021) dimana peneliti menerapkan posisi *Semi Fowler*

pada pasien PPOK selama 30 menit dan dilakukan *post-test* untuk melihat perubahan saturasi oksigen.

b. Keterbatasan

Pada proses implementasi EBN, tidak memiliki keterbatasan waktu ataupun hal lainnya sehingga waktu dilakukan posisi semi-fowler dapat dilakukan 3 kali sehari dengan rentang waktu 20-30 menit. Studi ini sudah dapat memberikan gambaran umum mengenai penerapan EBN posisi semi-fowler terhadap peningkatan saturasi oksigen dan menurunkan dispnea pada pasien CKD.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penerapan posisi semi-fowler dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD untuk meningkatkan saturasi oksigen dan Dipsnea di ruangan HCU Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang terhadap dua klien yaitu Ny. E dan Ny. I, maka peneliti dapat menyimpulkan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan yaitu klien1 berinisial Ny.E Klien masuk RSUP Dr. M.Djamil Padang pada tanggal 26 Mei 2023 pukul 23.00 WIB di ruang HCU Interne melalui IGD dengan keluhan utama sesak napas sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Sesak dipengaruhi aktivitas, pandangan kabur, sejak dua bulan terakhir dan terjadi penurunan saturasi oksigen (93%). Sedangkan klien 2 berinisial Ny. I Klien masuk RSUP Dr. M.Djamil Padang pada tanggal 28 Mei 2023 pukul 23.00 WIB di ruang HCU Interne melalui IGD dengan keluhan utama sesak napas sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit. Sesak napas dipengaruhi aktivitas, batuk tidak berdahak sejak 2 hari yang lalu, demam (+) dan mengalami penurunan saturasi oksigen (94%).
2. Diagnosis Keperawatan yang diperoleh dari kedua pasien yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, dan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan oenurunan konsentrasi hemoglobin. Pada Karya Tulis Akhir ini, peneliti menegakan satu diagnosis prioritas yaitu pola napas.
3. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan yaitu sesuai dengan SIKI, SLKI dan didukung oleh Intervensi Evidence Based Nursing (EBN) yang diterapkan oleh peneliti yaitu manajemen pola napas, terapi oksigen dan pemberian posisi *semi fowler*.
4. Implementasi keperawatan diberikan pada kedua pasien selama 5 hari, evidence based nursing yang diterapkan yaitu posisi *semi-fowler*.

5. Setelah diberikan intervensi selama 5 hari evaluasi menunjukkan adanya penurunan sesak napas pada klien 1 dari 28x/menit menjadi 24x/menit dengan saturasi oksigen dari 93% menjadi 90% dan klien 2 dari 29 x/menit menjadi 24x/menit dengan saturasi oksigen dari 94% menjadi 90%.
6. Setelah penerapan intervensi posisi *semi-fowler* diberikan kepada kedua klien, didapatkan efektivitas posisi *semi-fowler* dalam mengurangi sesak napas dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien CKD.

B. Saran

1. Bagi Pelayanan Kesehatan/Rumah Sakit

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi perawata di ruangan HCU Interne RSUP Dr. M.Djamil Padang dalam mengatasi sesak napas dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien CKD.

2. Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan perbandingan dan referensi untuk penelitian, dan sebagai bahan pertimbangan untuk lebih memperdalam penelitian selanjutnya

3. Bagi Institusi Pendidikan

Intervensi pengaturan posisi semi fowler dalam mengatasi sesak napas dan meningkatkan saturasi oksigen dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD dapat digunakan oleh institusi pendidikan untuk proses belajar mengajar.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. 2018. *Kosep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Azhari, N. (2021). Intervensi Pemantauan Tanda Tanda Vital pada Pasien *Chronic Kidney Disiase* dengan Hemodialisis dengan Masalah Keperawatan Penurunan Curah
- Azhari, N. (2021). Intervensi Pemantauan TandaTanda Vital pada Pasien *Chronic Kidney Disiase* dengan Hemodialisis dengan Masalah Keperawatan Penurunan Curah Jantung.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. *Dialysis*, 30(1), 50–57. <https://doi.org/10.1111/sdi.12548>.
- Harmat, L., Takacs, J., Bodizs., R. (2017). Music improves sleep quality in students. *Journal of Advanced Nursing* 62 (3), 327- 335.
- Haryono, Yudi. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Perkemihan*. Yogyakarta: Rapha Publishing
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2013. *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data*. Jakarta : Salemba Medika
- Kemenkes, RI. 2016. Hari ginjal sedunia 2016 cegah nefropati sejak dini. <http://www.depkes.go.id/> Diakses tanggal 7 Januari 2017
- Kemenkes. *Laporan Riskesdas Nasional 2018.pdf*
- Kosmadakis, G.C., & Sabry, et al.(2010). Sleep disorders in dialysis patients. In *J Artif Organs*; 31(11:919-27..
- aily, Eka. Isranil., Juanita, & Siregar, Cholina. Trisa. (2015). Efektifitas Pemberian Terapi Musik Instrument Terhadap Kualitas Tidur Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. *Idea Nursing Journal*, Vol. Vi No. 3 Hal 46
- Masriadi. 2016. *Epidemiologi penyakit tidak menular*. Jakarta: CV Trnas info Media
- Muttaqin, A. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Dgn Gangguan Sistem Persarafan*. Salemba Medika.

- Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. 2011. Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem perkemihan. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2013. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Price & Wilson. 2012. Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta: EGC
- Rendy, Clevo & Margareth. 2012. Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam. Yogyakarta: Nuha Medika
- Riskesdas. (2018). *Laporan Provinsi Sumatera Barat*. BALITBANGKES.
- Sabry, A.A., Zaenah, H.A., Wafa, E., Mahmoud, K., et al. (2010). Sleep disorders in hemodialysis patients. *Saudy Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. Vo.21(2):300-305
- Salerno, F. R., Parraga, G., & McIntyre, C. W. (2017). Why Is Your Patient Still Short of Breath? Understanding the Complex Pathophysiology of Dyspnea in Chronic Kidney Disease. *Seminars in*
- Saryono & Anggraeni. 2013. Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat
- SIKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat
- Singapore: Elsevier.
- Sirait & Sari. 2017. Ensefalopati Uremikum Pada Gagal ginjal kronis. *Jurnal* Volume 7, Nomor 3. Januari 2107
- SLKI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Smeltzer & Bare. 2015. Buku Ajar Keperawatan medikal-bedah Brunner & Suddarth edisi.8. Vol 2. Jakarta: EGC
- Smeltzer. 2016. Keperawatan medical-bedah Brunner & Suddarth edisi 12. Jakarta: EGC
- Sudoyo, dkk. 2010. Buku Ajar Ilmu penyakit Dalam Jilid II. Edisi V. Jakarta:

Interna Publishing

Sugiyono. 2014. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung :
Alfabeta

Syaifuddin. 2012. Anatomi fisiologi kurikulum berbasis kompetensi edisi
4. Jakarta: EGC

Wijayati, S., Ningrum, D. H., & Putrono, P. (2019). Pengaruh Posisi Tidur *Semi Fowler* 450 terhadap Kenaikan Nilai Saturasi Oksigen pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUD Loekmono Hadi Kudus. *Medica Hospitalia: Journal of Clinical Medicine*, 6(1), 13–19.
<https://doi.org/10.36408/mhjcm.v6i1.372>

World Health Organization [Internet]. [cited 2022 Jan 13]. Available from:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>