

**PENERAPAN TEKNIK BREATHING EXERCISE DALAM ASUHAN  
KEPERAWATAN PADA PASIEN CHRONIC KIDNEY DISEASE  
UNTUK MENGURANGI TINGKAT *FATIGUE* DI RUANG  
HCU INTERNE RSUP. DR. M. DJAMIL  
PADANG TAHUN 2023**

**KARYA TULIS AKHIR**



Oleh:  
**SHENDY WIRA PUTRA, S. Tr. Kep**  
**NIM : 223410956**

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

**PENERAPAN TEKNIK BREATHING EXERCISE DALAM ASUHAN  
KEPERAWATAN PADA PASIEN CHRONIC KIDNEY DISEASE  
UNTUK MENGURANGI TINGKAT *FATIGUE* DI RUANG  
HCU INTERNE RSUP. DR. M. DJAMIL  
PADANG TAHUN 2023**

**KARYA TULIS AKHIR**

**Diajukan Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik  
Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Sebagai Persyaratan  
Dalam Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners**



**OLEH**

**SHENDY WIRA PUTRA, S. Tr. Kep**

**NIM : 223410956**

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

## HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan breathing exercise dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD untuk mengurangi tingkat fatigue di ruangan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

Nama : Shendy Wira Putra

NIM : 223410956

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

Padang, Juni 2023

Komisi Pembimbing

(Ns. Hendri Budi, M. Kep, Sp. MB)

NIP. 19740118 199703 1 002

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

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

NIP. 19801023 200212 2 002

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Shendy Wira Putra  
NIM : 223410956  
Judul KTA : Penerapan breathing exercise dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD untuk mengurangi tingkat fatigue di ruangan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023

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. Hendri Budi, M. Kep. Sp.MB ( )  
Anggota Penguji : Ns. Nova Yanti, M. Kep, Sp. Kep. MB ( )  
Anggota Penguji : Efitra, S.Kp, M.Kes ( )

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

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

## **PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Shendy Wira Putra  
NIM : 223410956  
Tanggal lahir : 04 Maret 2000  
Tahun masuk Profesi : 2022  
Nama PA : Ns. Elvia Metti, M. Kep. Sp. Kep. Mat  
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 breathing exercise dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD untuk mengurangi tingkat fatigue di ruangan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

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, Juni 2023

Yang Membuat Pernyataan

Shendy Wira Putra, S. Tr. Kep

NIM.223410956

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
Karya Tulis Akhir, Juni 2023  
Shendy Wira Putra

**Penerapan Breathing Exercise Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien  
CKD Untuk Mengurangi Tingkat Fatigue Di Ruang Interne RSUP Dr. M.  
Djamil Padang Tahun 2023**

Xiii+90halaman+8tabel+6lampiran

ABSTRAK

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah suatu kondisi dimana Ginjal mengalami kelainan struktural atau gangguan fungsi yang sudah berlangsung lebih dari 3 bulan. Sebanyak 697,5 juta pasien gagal ginjal kronis pada tahun 2017 dan sebanyak 1,2 juta meninggal pada tahun 2017 (World Health Organization, 2018). Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan penerapan intervensi breathing exercise dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD untuk mengurangi tingkat fatigue.

Jenis penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan metode pendekatan laporan kasus (case report) di ruangan Interne RSUP Dr. Mdjamil padang. Pemberian intervensi dilakukan pada bulan Mei – Juni 2023. Populasi pada penelitian ini seluruh pasien CKD sebanyak 10 orang. Sampel pada penelitian yaitu 2 orang dengan diagnosa medis CKD.

Hasil penelitian di dapatkan 2 pasien mengalami fatigue, setelah diberikan penerapan evidence based yaitu penerapan breathing exercise terjadi penurunan tingkat fatigue. Breathing exercise dilakukan selama 15 menit 3 kali dalam sehari.

Disimpulkan bahwa breathing exercise efektif dalam menurunkan tingkat fatigue. Penerapan breathing exercise ini dapat dilakukan dirumah untuk membantu mengurangi fatigue tanpa adanya efek samping.

Kata kunci : Breathing exercise, CKD, Fatigue

Daftar Bacaan : 21 (2015 – 2023)

POLYTECHNIC OF HEALTH MINISTRY OF HEALTH PADANG  
NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM  
Final Writing, June 2023  
Shendy Wira Putra

**Application of Breathing Exercise in Nursing Care of CKD Patients to Reduce Fatigue Levels in the Internal Room of RSUP Dr. M. Djamil Padang Year 2023**

xiii+90page+ 8table+5appendix

Abstrack

Chronic Kidney Disease (CKD) is a condition that the kidneys structural has abnormalities or functional disturbances more than 3 months. There were 697.5 million chronic kidney failure patients in 2017 and 1.2 million died in 2017 (World Health Organization, 2018). This study aims to apply breathing exercise interventions in nursing care to CKD patients to reduce fatigue levels.

This is qualitative research which descriptive with case report approach in the Internal Room of RSUP Dr. Mdjamil padang. The intervention was carried out in May – June 2023. The population consisted of 10 patients with CKD and 2 people samples with CKD medical diagnosis.

The results found that, after being given the treathment of evidence based, namely the breathing exercise. There was a decrease in the level of fatigue. Breathing exercise takes 15 minutes in 3 times a day.

It was concluded that breathing exercise is effective in reducing fatigue levels. Breathing exercise threatment can be helpful to CKD patients which they can do at home to help them reduce fatigue without any side effects.

Keywords : Breathing Exercise, CKD, Fatigue  
Reading List : 21 (2015-2023)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan karya tulis akhir ini dengan judul **“Penerapan teknik breathing exercise dalam asuhan keperawatan pada pasien chronic kidney disease dengan fatigue di Ruang Interne RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2023”**. 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, SpOG,KFM,MARS selaku Direktur RSUP Dr. M.Djamil Padang
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. Ibu pembimbing akademik Ns. Elvia Metti, M. Kep, Sp. Kep.Mat yang selalu memberikan support dan arahan untuk peneliti dan rekan- rekan satu bimbingan.
7. Teristimewa kepada (alm) papa Wempi dan mama Ramadhanita yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
8. Terkhusus buat grup pemalu sebagai teman seperjuangan dalam pembuatan karya tulis akhir ini.

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

Padang, Juni 2023

Shendy Wira Putra

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. ... Latar Belakang .....	1
B. ... Rumusan Masalah .....	2
C. ... Tujuan.....	4
D. ... Manfaat .....	5
<b>BAB II TINJAUAN LITERATUR</b> .....	<b>6</b>
A. ... Tinjauan Literatur.....	6
B. ... Evidance Based Nursing.....	29
<b>BAB III METODOLOGI KARYA TLIS AKHIR</b> .....	<b>36</b>
A. ... Desain Penelitian.....	36
B. ... Waktu dan Tempat .....	36
C. ... Prosedur Pemilihan Intervensi EBN .....	36
D. ... Populasi dan Sampel .....	37
E. ... Jenis dan Teknik Pengumpulan Data .....	38
F. .... Prosedur Karya Tulis Akhir .....	38
G. ... Analisa Data.....	40
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>42</b>
A. ... Hasil .....	43
B. ... Pembahasan .....	62
<b>BAB V PENUTUP</b> .....	<b>72</b>
A. ... Kesimpulan .....	73
B. ... Saran.....	73
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Komplikasi Keperawatan.....	11
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	25
Tabel 2.3 Analisis Artikel.....	33
Tabel 3.1 Pengkajian Keperawatan.....	43
Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan .....	49
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan.....	51
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	54

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal.....	7
--------------------------------	---

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : GANCHART
- Lampiran 2 : Dokumentasi Penerapan EBN
- Lampiran 3 : SOP Breathing Exercise
- Lampiran 4 : Media EBN
- Lampiran 5 : Inform Consent
- Lampiran 6 : Lembar Konsultasi KTA

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah suatu kondisi dimana Ginjal mengalami kelainan struktural atau gangguan fungsi yang sudah berlangsung lebih dari 3 bulan. Penyakit Ginjal Kronik bersifat progresif dan Irreversible, pada kondisi lanjut tidak dapat pulih kembali. Pada penderita Ginjal Kronik, apabila fungsi ginjal sudah sangat menurun ditandai dengan Laju Filtrasi Glomerulus (LFF) 15ml/Menit/1.73m<sup>2</sup> maka hal ini disebut dengan Chronic Kidney Disease (Anggraini and Fadila 2022).

Pada pasien gagal ginjal kronis mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan berupa, transplantasi ginjal, dialisis peritoneal, hemodialisis dan rawat jalan dalam jangka waktu yang lama.

Penyakit ginjal kronis disebabkan banyak faktor, di antaranya diabetes, hipertensi, glomerulonefritis, sindrom nefrotik dan kista ginjal. Namun, penyebab utama CKD adalah hipertensi dan diabetes. Diabetes adalah penyebab primer gagal ginjal pada 44% pasien dialisis di Amerika pada tahun 2009. Insiden gagal ginjal meningkat sejak tahun 1980, yang disertai juga peningkatan insiden diabetes dan hipertensi (Susianti 2019).

Pasien yang mengalami CKD biasanya terdeteksi saat pemeriksaan rutin seperti urinalisa maupun pemeriksaan kimia darah. Keluhan awal pada pasien dapat berupa hematuria, nyeri pada pinggang, urine berbuih, hingga penurunan urine output yang menjadi dasar untuk dilakukannya pemeriksaan rutin tersebut. Uremia atau Uraemic Syndrome merupakan sekumpulan tanda dan gejala yang berhubungan dengan kelainan fungsi organ yang terjadi pada penderita CKD yang menyebabkan suatu akumulasi dari ureum pada darah. Salah satu penyebab akumulasi dari ureum pada CKD adalah menurunnya fungsi ginjal untuk membuang ureum (Susianti 2019).

Berdasarkan data dari WHO sebanyak 697,5 juta pasien gagal ginjal kronis pada tahun 2017 dan sebanyak 1,2 juta meninggal pada tahun 2017 (World Health Organization, 2018). Berdasarkan hasil studi yang meneliti prevalensi global CKD, jumlah total individu yang terkena CKD stadium 1-5 saat ini di seluruh dunia diperkirakan 843,6 juta (Jager et al. 2022).

Jumlah kasus gagal ginjal di Indonesia cukup tinggi. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 jumlah pasien gagal ginjal kronik di Indonesia sebanyak 713.783 penderita dengan angka tertinggi berada di Jawa Barat dengan jumlah 131.846 penderita dan angka terendah berada di Kalimantan Utara dengan 1.838 penderita. Sedangkan Sumatera Barat terdapat 13.834.

Pasien gagal ginjal kronis harus dilakukan hemodialisis untuk menurunkan risiko kerusakan organ - organ vital lainnya akibat akumulasi zat toksik dalam sirkulasi, tetapi tindakan hemodialisis tidak menyembuhkan atau mengembalikan fungsi organ secara permanen. Beberapa gejala paling umum pada pasien yang menjalani hemodialisis adalah adanya kelemahan otot, penurunan konsentrasi, gangguan emosional kekurangan energi dan merasa letih (*fatigue*), insomnia yang dapat mempengaruhi kualitas hidup dalam jangka panjang (Jhamb et al. 2018).

Pasien gagal ginjal akan merasakan *fatigue*, sakit kepala dan keluar keringat dingin akibat tekanan darah yang menurun. Adanya status nutrisi yang buruk juga dapat menyebabkan penderita mengeluh malaise dan *fatigue*. Selain itu kadar oksigen rendah karena anemia akan menyebabkan tubuh mengalami kelelahan yang ekstrem (*fatigue*) dan akan memaksa jantung bekerja lebih keras untuk mensuplai oksigen yang dibutuhkan. Kelelahan adalah rasa letih yang luar biasa dan terus- menerus serta penurunan kapasitas kerja fisik serta mental pada tingkat yang biasanya (Pertiwi and Prihati 2020).

*Fatigue* dapat disebabkan oleh kadar laktat plasma yang lebih tinggi sehingga meningkatkan respirasi anaerob. Kombinasi antara anemia dan kompensasi kardiovaskuler juga menyebabkan penurunan konveksi oksigen yang berimbas pada asidosis laktat. Kurangnya sumber oksigen yang diterima dalam sel berimbas pada penurunan sumber energi sehingga mayoritas pasien merasakan *fatigue* (Irawati et al. 2023).

Menurut penelitian (Muna, 2022) yang berjudul “Gambaran kejadian fatigue pada pasien chronic kidney disease di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” pasien chronic kidney disease pada umumnya mengalami kejadian fatigue, physical fatigue dan mental fatigue disebabkan oleh rasa cemas atau hemodialisa jangka panjang.

Metode penanganan terhadap kelelahan atau fatigue dilakukan kedalam dua cara yaitu farmakologi dan nonfarmakologi. Metode penambahan L-carnitine, vitamin C dan eritropoetin dan pengobatan untuk mengontrol anemia. Penanganan yang dapat dilakukan selain dari pemberian terapi farmakologi untuk mengurangi fatigue dapat juga dilakukan terapi nonfarmakologi dalam bentuk exercise, terapi tidur, akupuntur dan relaksasi (Listiana et al. 2023)

Terapi yang dapat diterapkan untuk mengurangi fatigue pada pasien gagal ginjal kronik adalah breathing exercise. Breathing exercise adalah teknik penyembuhan yang alami dan merupakan bagian strategi holistik selfcare untuk mengatasi berbagai keluhan seperti fatigue, nyeri, gangguan tidur, stres dan kecemasan (Salamah et al. 2021).

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa dengan breathing exercise sebagai evidence based nursing untuk mengurangi kelelahan dan dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien chronic kidney disease. Penelitian yang dilakukan (Nefi & Mellia, 2020) yang berjudul “pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat pada pasien chronic kidney disease di ruang IGD salah satu rumah sakit di kota Surakarta” menunjukkan penurunan level fatigue dari level berat dengan skor 7,25 menurun menjadi level sedang dengan skor 6,75 dapat disimpulkan bahwa intervensi breathing exercise dapat menurunkan fatigue atau kelelahan pada pasien CKD.

Sedangkan menurut hasil penelitian (Rohaeti et al. 2020) yang berjudul “Observasi latihan Breathing Exercise pada pasien Chronic Kidney Disease dengan fatigue di RSUP Dr. Hasan Sadikin Kota Bandung” menunjukkan pasien mengalami fatigue dengan skor rata-rata fatigue hari pertama sebelum latihan breathing exercise 59.6 dan skor rata-rata setelah latihan breathing exercise adalah 55.6, skor rata-rata fatigue

hari kedua sebelum latihan 54.6 dan setelah latihan 49, terdapat penurunan skor rata-rata setelah pasien mempraktikkan breathing exercise pada hari pertama dan kedua. Hasil latihan breathing exercise yang dilakukan pasien dapat menurunkan level fatigue yang dirasakan pasien.

Breathing exercise adalah terapi nonfarmakologi yaitu teknik penyembuhan yang alami dan merupakan bagian dari strategi holistic self-care untuk mengatasi berbagai keluhan seperti fatigue, nyeri, gangguan tidur, stress dan kecemasan. Secara fisiologis, breathing exercise akan menstimulasi sistem saraf parasimpatik sehingga meningkatkan produksi endorpin, menurunkan heart rate, meningkatkan ekspansi paru sehingga dapat berkembang maksimal, dan otot-otot menjadi rileks (Djamaludin, Safriany, and Sari 2021).

Setelah melakukan survey awal diruangan 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 Mei tanggal 1 – 13 2023 sebanyak 10 orang. Berdasarkan hasil observasi didapatkan 2 orang pasien dengan tingkat kelelahan yang tinggi.

Berdasarkan uraian diatas, penulis menyusun Karya Tulis Akhir tentang “Penerapan Teknik Breathing Exercise Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Disease Untuk Mengurangi Tingkat Fatigue Di Ruang Interne Rsup. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023”.

## B. TUJUAN

### 1. Tujuan umum

Karya Tulis Akhir ini bertujuan mendeskripsikan penerapan intervensi breathing exercise dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD untuk mengurangi tingkat fatigue di ruangan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023

### 2. Tujuan khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian keperawatan pada pasien CKD yang dilakukan penerapan intervensi breathing exercise untuk mengurangi tingkat fatigue di ruangan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023

- b. Mendeskripsikan penegakan diagnosis keperawatan pada pasien CKD yang dilakukan penerapan intervensi breathing exercise untuk mengurangi tingkat fatigue di ruangan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023
- c. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada pasien CKD yang dilakukan penerapan intervensi breathing exercise untuk mengurangi tingkat fatigue di ruangan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien CKD yang dilakukan penerapan intervensi breathing exercise untuk mengurangi tingkat fatigue di ruangan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien CKD yang dilakukan penerapan intervensi breathing exercise untuk mengurangi tingkat fatigue di ruangan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023

### C. MANFAAT

#### 1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil analisis dari praktik peminatan diharapkan dapat menambah pengetahuan dan kompetensi perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) berbasis kepada hasil penelitian terbaik (Evidence Based Nursing).

#### 2. Bagi Pengembang ilmu keperawatan

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

#### 3. Bagi institusi pendidikan

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

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **A. Tinjauan Literatur**

##### **1. Definisi Chronic Kidney Disease**

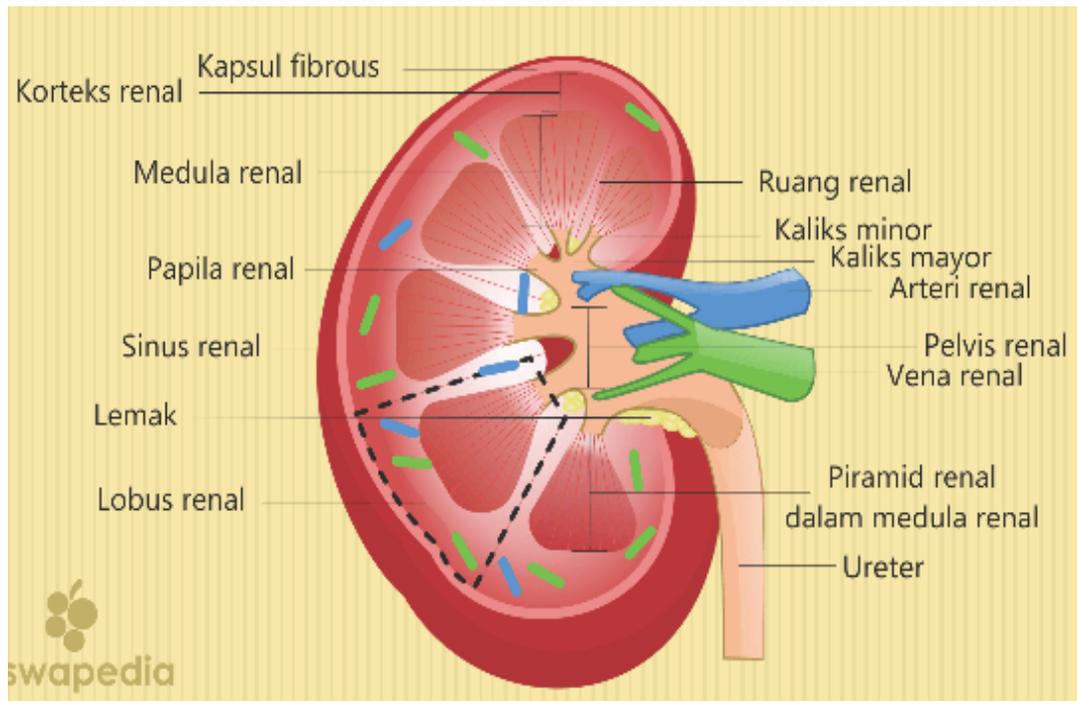
Penyakit ginjal kronis kondisi yang terjadinya karena penurunan kemampuan ginjal dalam mempertahankan keseimbangan di dalam tubuh. Penyakit ginjal kronis satu dari beberapa penyakit yang tidak menular, dimana proses perjalanan penyakitnya membutuhkan waktu yang lama sehingga terjadi penurunan fungsinya dan tidak dapat kembali ke kondisi semula. Kerusakan ginjal terjadi pada nefron termasuk pada glomerulus dan tubulus ginjal, nefron yang mengalami kerusakan tidak dapat kembali berfungsi normal (Sinegar Trisa Cholina 2020).

Ginjal memainkan peran penting dalam mengatur keseimbangan cairan, elektrolit, asam basa dan hormon. Kerusakan pada ginjal akan mengakibatkan gangguan elektrolit seperti hiperkalemia, hipokalsemia, asidosis metabolik, dan selanjutnya menimbulkan gangguan pada otot, kelainan tulang, kalsifikasi pembuluh darah dan kematian (Susianti 2019).

##### **2. Anatomi Fisiologi**

Ginjal terletak di antara vertebra Thorakal-12 (T12) sampai Lumbal-3 (L3), dengan panjang sekitar 11-12 cm. Ginjal berbentuk seperti kacang, dengan cekungan pada tepi medial (bagian tengah) yang merupakan tempat masuknya pelvis renalis, arteri dan vena renalis, sistem limfatik dan sebuah pleksus saraf ke dalam sinus ginjal. Ginjal dapat dibagi menjadi bagian korteks dan medula. Medula membentuk 8 sampai 18 piramida ginjal.

Gambar 2.1 anatomi ginjal



*Sumber : mundt dan shanahan, 2016 dalam (Susianti 2019).*

Gambar anatomi ginjal di atas menunjukkan urutan ginjal bagian luar adalah kapsul ginjal, korteks, dan medula di bagian dalamnya. Kapsul ginjal terdiri dari jaringan adiposa yang disebut juga sebagai renal fat pad. Papila ginjal adalah saluran pengumpul, setelah urine dihasilkan oleh nefron. Urine tersebut kemudian menuju ke kaliks ginjal dan berkumpul di pelvis renalis, menuju ke ureter, kandung kemih, uretra, dan akhirnya diekskresi. Hilus ginjal adalah suatu struktur untuk tempat masuk dan keluarnya pembuluh darah, saraf, saluran limfatik, dan ureter. Satuan unit fungsional ginjal adalah nefron. Setiap ginjal memiliki sekitar 1,2 juta nefron yang terdiri dari korpus renalis atau glomerulus dan tubulus-tubulus yang saling berhubungan. Bagian tubulus dari nefron terdiri dari tubulus proksimal, loop of Henle dan tubulus distal. Nefron yang terletak di daerah korteks disebut cortical nephron, sedangkan nefron yang terletak di korteks dan medula disebut juxtamedulary nephron.

### 3. Penyebab

Kerusakan yang terjadi pada ginjal dapat disebabkan oleh gangguan prerenal, renal dan post renal. Pasien yang menderita penyakit seperti Diabetes Melitus (kencing manis), Glomerulonefritis (infeksi glomeruli), penyakit imun (lupus nefritis), Hipertensi (tekanan darah tinggi), penyakit ginjal yang diturunkan (penyakit ginjal hereditas), batu ginjal, keracunan, trauma ginjal, gangguan kongenital dan keganasan dapat mengalami kerusakan ginjal. Penyebab Penyakit Ginjal Kronis Penyakit-penyakit ini sebagian besar menyerang nefron, mengakibatkan hilangnya kemampuan ginjal melakukan penyaringan. Kerusakan nefron terjadi secara cepat, bertahap dan pasien tidak merasakan terjadinya penurunan fungsi ginjal dalam jangka waktu yang lama (Sinegar Trisa Cholita 2020).

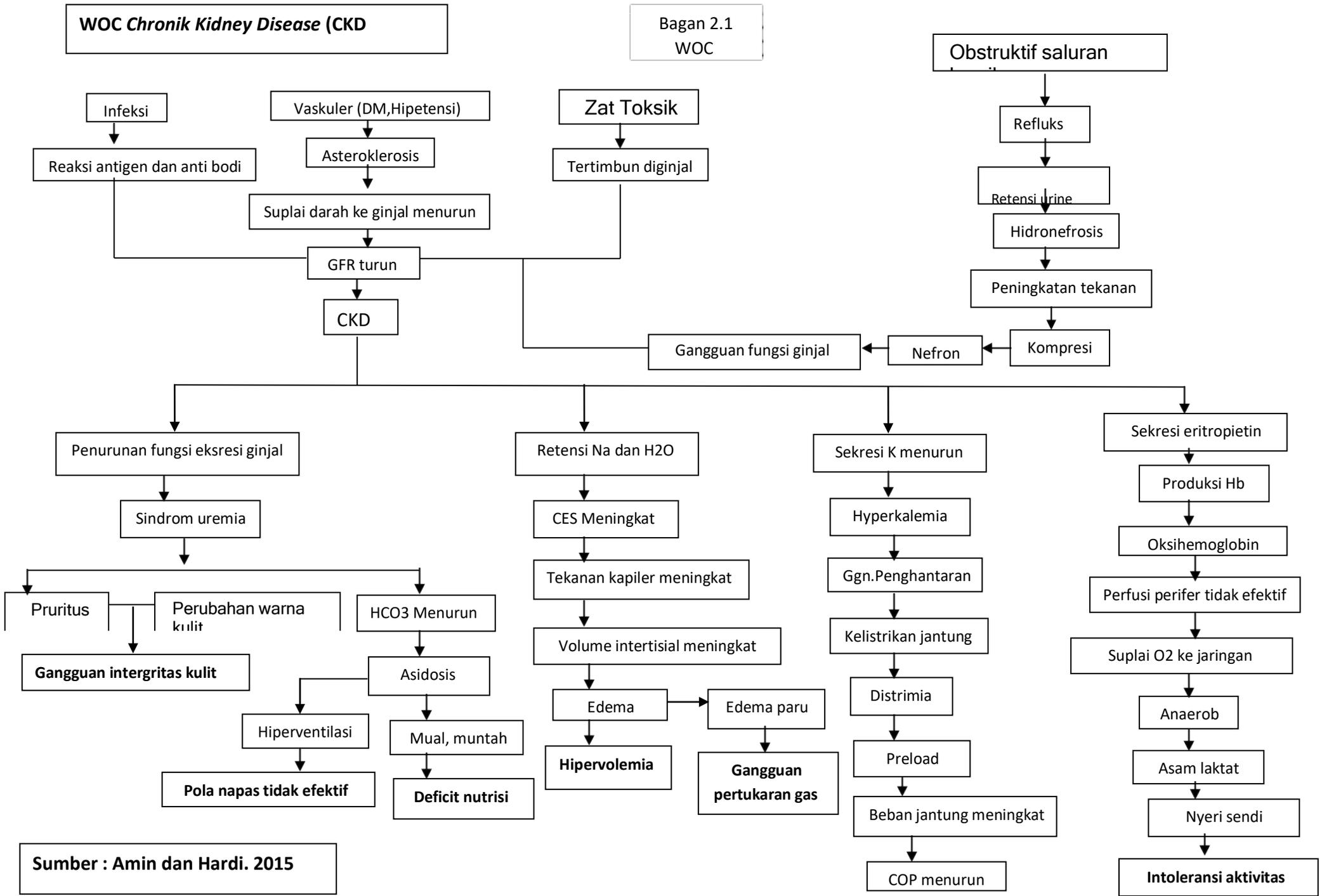
### 4. Tanda dan Gejala

Pasien akan menunjukkan beberapa tanda dan gejala; keparahan kondisi bergantung pada tingkat kerusakan ginjal, kondisi lain yang mendasari, dan usia pasien.

- a. Manifestasi kardiovaskular: hipertensi, gagal ginjal kongestif, edema pulmonal, perikarditis.
- b. Gejala-Gejala dermatologis: gatal-gatal hebat (pruritus); serangan uremik tidak umum karena pengobatan dini dan agresif.
- c. Gejala-Gejala gastrointestinal: anoreksia, mual, muntah dan cegukan. penurunan aliran saliva, haus, rasa kecap logam dalam mulut, kehilangan kemampuan penghidu dan pengecap, dan parotitis atau stomatitis.
- d. Perubahan neuromuskular: perubahan tingkat kesadaran, kacau mental, ketidakmampuan berkonsentrasi, kedutan otot dan kejang.
- e. Perubahan hematologis: kecenderungan perdarahan.
- f. Keletihan dan letargik, sakit kepala, kelemahan umum.
- g. Pasien secara bertahap akan lebih mengantuk: karakter pernapasan menjadi Kussmaul; dan terjadi koma dalam, sering dengan konvulsi (kedutan mioklonik) atau kedutan otot

## 5. Patofisiologi

CKD meliputi kehilangan nefron secara berangsur dan massa ginjal menjadi lebih kecil secara progresif. Terdapat tiga fase terjadinya CKD, yaitu fase awal, fase kedua, dan fase ketiga. Pada fase awal, kadar BUN meningkat (2-5 mg/mL) dan laju filtrasi glomerulus menurun drastis. Selama fase ini, nefron yang tidak terganggu melakukan kompensasi hingga mereka rusak. Pasien dapat asimtomatik. Patofisiologi Pada fase kedua, kadar BUN di atas 10 mg/mL, dan kreatinin di atas 0,4 mg/mL. Laju filtrasi glomerulus sangat menurun. Pasien dapat mengalami gejala seperti nokturia dan anemia. Pada fase ketiga, kadar BUN di atas 20 mg/mL dan kreatinin di atas 0,5 mg/mL. Laju filtrasi glomerulus sangat menurun dan sebagian besar nefron rusak. Pasien dapat mengalami gejala CKD (lihat sebelumnya mengenai tanda dan gejala) (Nair and Peate 2022).



## 6. Komplikasi

Fungsi ginjal yang terganggu mengakibatkan terjadinya komplikasi yang berbeda berdasarkan besarnya kerusakan nefron (Tessy, 2009).

Tabel 2.1 komplikasi CKD

Derajat	Penjelasan	GFR (ml/mnt/1,73m <sup>2</sup> )	Komplikasi
1	Kerusakan ginjal dengan GFR normal	≥90	
2	Kerusakan ginjal dengan penurunan ringan GFR	60 – 89	Peningkatan tekanan darah mulai terjadi
3	Kerusakan ginjal dengan penurunan sedang GFR	30 – 59	Hiperfosfatemia, Hipekalsemia, anemia, hipertensi, hiperhomosisteinemia
4	Kerusakan ginjal dengan penurunan besar GFR	15 – 29	Malnutrisi, asidosis metabolik, cenderung hiperkalemia, dyslipidemia
5	Gagal ginjal	≤15	Gagal jantung dan uremia

Sumber : (Sinegar Trisa Cholina 2020).

Masalah yang disebabkan oleh timbunan sisa hasil metabolisme yang tidak dapat dikeluarkan tubuh dan produksi hormon yang tidak memproduksi mencukupi dapat mengakibatkan:

- a. Anemia terjadi karena ketidakmampuan ginjal eritropoetin mengakibatkan penurunan hemoglobin.
- b. Hipertensi terjadi akibat penimbunan natrium dan air di dalam tubuh. Kondisi ini mengakibatkan kelebihan volume darah dan

berkurangnya kerja renin-angiotensin-aldosteron untuk menstabilkan tekanan darah. Kardiomiopati dilatasi atau hipertrofi ventrikel kiri akibat dari hypervolemia.

- c. Kulit terasa gatal akibat penumpukan kalsium fosfat pada jaringan.
- d. Komplikasi neurologis dan psikiatrik disebabkan penimbunan ureum di dalam darah.
- e. Disfungsi seksual mengakibatkan penurunan libido, gangguan impotensi dan terjadi hiperprolaktinemia pada wanita (Sinigar Trisa Cholina 2020).

## 7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan CKD dibagi tiga yaitu:

### a. Konservatif

- 1) Dilakukan pemeriksaan lab. Darah dan urin
- 2) Observasi balance cairan
- 3) Observasi adanya odema
- 4) Batasi cairan yang masuk

### b. Dialysis

#### 1) Peritoneal dialysis

Biasanya dilakukan pada kasus – kasus emergency. Sedangkan dialysis yang bisa dilakukan diaman saja yang tidak bersifat akut adalah CAPD (Continues Ambulatori Peritonal Dialysis)

#### 2) Hemodialisis

Dialisis yang dilakukan melalui tindakan infasif di vena dengan menggunakan mesin. Pada awalnya hemodialisis dilakukan melalui daerah femoralis namun untuk mempermudah maka dilakukan *AV fistule* (menggabungkan vena dan arteri).

#### 3) Operasi

Pengambilan batu dan transplantasi ginjal

## 8. Pemeriksaan Penunjang

### a. Laboratorium

Menurut Muttaqin (2015) dan Rendi & Margareth (2012) hasil pemeriksaan laboratorium 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 (setara 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 lisis 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, HCO<sub>3</sub> yang menurun, PCO<sub>2</sub> yang menurun, semua disebabkan retensi asam-asam organik pada gagal ginjal.

## **9. Konsep Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Chronic Kidney Disease**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian yaitu dimana pemikiran dasar bertujuan yang mengumpulkan informasi tentang data klien, sehingga bisa mengidentifikasi, mengenali berbagai macam masalah-masalah kebutuhan kesehatan klien dan kondisi klien baik pada fisik, mental, maupun sosial dan lingkungan klien (Nuari and Widayati 2017). Terdiri dari :

#### **1) Pengkajian Primer**

##### **a. Airway (jalan napas)**

Pada pengkajian airway atau jalan napas, tindakan yang pertama dilakukan untuk memeriksa jalan napas seorang pasien apakah mengalami sumbatan atau tidak yaitu dengan memeriksa responsivitas pasien. Seorang pasien yang dapat berbicara dengan jelas maka dinyatakan jalan napas pasien terbuka. Sedangkan seorang pasien yang tidak dapat bicara karena tidak sadar dapat dinyatakan terjadinya sumbatan jalan napas sehingga membutuhkan tindakan pembebasan jalan

napas disertai dengan memperhatikan kontrol servikal. Obstruksi jalan napas paling sering disebabkan oleh obstruksi lidah pada kondisi pasien tidak sadar. Waktu penilaian jalan napas harus dalam tempo yang sangat singkat (<10 detik) (Nusdin 2020).

Hal yang perlu diperhatikan dalam pengkajian airway adalah :

- a) Kaji kepatenan jalan napas pasien, apakah pasien dapat berbicara atau bernapas dengan bebas?
- b) Tanda-tanda terjadinya obstruksi jalan napas pada pasien:
  - Adanya snoring (mendengkur), berasal dari sumbatan pangkal lidah. Cara mengatasi: chin lift, jaw thrust, pemasangan pipa orofaring/ nasofaring, pemasangan pipa endotrakeal
  - Berkumur (gargling), penyebab: ada cairan di daerah hipofaring, Cara mengatasi: finger sweep, pengisapan/suction
  - Stridor (crowing), sumbatan di plika vokalis atau daerah larink/trachea. Cara mengatasi: cricotirotomitrakeostomi.
  - Agitasi (hipoksia)
  - Penggunaan otot bantu pernapasan
  - Sianosis
- c) Bukti adanya masalah pada saluran napas bagian atas dan potensial penyebab obstruksi dapat dilihat dengan adanya:
  - Muntahan
  - Gigi lepas atau hilang
  - Gigi palsu
  - Trauma wajah
  - Lidah jatuh ke belakang
  - Perdarahan
- d) Tindakan yang dapat dilakukan untuk membuka jalan napas adalah :

- Chin lift maneuver (tindakan mengangkat dagu)
- Head tilt maneuver (tindakan menekan dahi)
- Jaw thrust maneuver (tindakan mengangkat sudut bawah rahang)
- Finger swab (sapuan jari)

b. Breathing (pernapasan)

Pengkajian ini dilakukan untuk menilai kepatenan jalan napas dan keadekuatan pernapasan pada pasien. Jika pernapasan pada pasien tidak memadai, maka langkah- langkah yang harus dipertimbangkan adalah: dekompresi dan drainase tension pneumothorax/haemothorax, closure of open chest injury dan ventilasi buatan (Nusdin 2020).

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengkajian *breathing* pada pasien antara lain adalah:

- a) Look : Lihat gerakan napas atau pengembangan dada, adanya retraksi sela iga, warna mukosa/kulit dan kesadaran.
- b) Listen : Dengar aliran udara pernapasan.
- c) Feel : Rasakan adanya aliran udara pernapasan dengan menggunakan pipi penolong.
- d) Tentukan laju dan tingkat kedalaman napas pasien; kaji lebih lanjut mengenai karakter dan kualitas pernapasan pasien.
- e) Lakukan penilaian kembali status mental pasien.
- f) Dapatkan bacaan pulse oksimetri jika diperlukan.
- g) Pemberian intervensi untuk ventilasi yang tidak adekuat dan atau oksigenasi:
  - Pemberian terapi oksigen
  - Bag-Valve Masker
  - Intubasi (endotrakeal atau nasal dengan konfirmasi penempatan yang benar), jika diindikasikan.
  - Catatan: defibrilasi tidak boleh ditunda untuk advanced airway procedures.

h) Kaji adanya masalah pernapasan yang mengancam jiwa lainnya dan berikan terapi sesuai kebutuhan.

c. Circulation dengan kontrol pendarahan

Tahap ketiga dari Primary Survey adalah pengkajian sirkulasi dengan memeriksa kulit, akral dan nadi khususnya nadi karotis, bila ada tanda syok maka segera untuk diatasi.

Seorang pasien atau penderita dikatakan mengalami syok bila terdapat ketidakseimbangan perfusi oksigen dan zat gizi ke dalam sel-sel tubuh. Adanya kegagalan dalam memperbaiki perfusi menyebabkan kematian sel yang progresif, gangguan fungsi organ dan akhirnya berujung pada kematian (Nusdin 2020)

Langkah-langkah dalam pengkajian terhadap status sirkulasi pasien, antara lain :

- Cek nadi dan mulai lakukan Cardio Pulmoanri Resusitation (CPR) jika diperlukan.
- Cardio Pulmoanri Resusitation (CPR) harus terus dilakukan sampai defibrilasi siap untuk digunakan
- Kontrol perdarahan yang dapat mengancam kehidupan dengan pemberian penekanan secara langsung.
- Palpasi nadi radial jika diperlukan:
  - a) Menentukan ada atau tidaknya
  - b) Menilai kualitas secara umum (kuat/lemah).
  - c) Identifikasi rate (lambat, normal atau cepat). Kaji kulit untuk melihat adanya tanda-tanda hipoperfusi atau hipoksia.
- Lakukan treatment terhadap hipoperfusi.

d. Disability (defisit neurologis)

Salah satu yang menjadi penyebab kematian yang sangat cepat adalah kejadian perdarahan intra kranial, sehingga perlu untuk

dilakukan evaluasi keadaan neurologis secara cepat. Penilaian disability dilakukan dengan cara menilai tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil.

a) Penilaian Tingkat Kesadaran

Penilaian atau pengkajian tingkat kesadaran dapat dilakukan dengan dua cara yaitu:

- GCS (Glasgow Coma Scale)

GCS (Glasgow coma Scale) adalah salah satu bentuk penilaian tingkat kesadaran dengan menggunakan skala yang dipakai untuk menentukan/menilai tingkat kesadaran pasien dengan menggunakan sistem skoring, mulai dari sadar sepenuhnya sampai keadaan koma.

- Skala AVPU

**A** - alert, yaitu merespon suara dengan tepat, misalnya mematuhi perintah yang diberikan

**V** - vocalises, mungkin tidak sesuai atau mengeluarkan suara yang tidak bisa dimengerti.

**P** - responds to pain only (harus dinilai semua keempat tungkai jika ekstremitas awal yang digunakan untuk mengkaji gagal untuk merespon).

**U** - unresponsive to pain, jika pasien tidak - merespon baik stimulus nyeri maupun stimulus verbal.

b) Pupil

Langkah kedua yang dinilai pada pengkajian disability adalah menilai pupil, perubahan pada pupil (anisokori) kemungkinan menandakan adanya suatu lesi intra kranial (perdarahan).

Exposure : environmental control (dengan kontrol lingkungan), buka baju pasien lalu lihat apakah ada jejas dan cegah hipotermia (Nusdin 2020).

2) Pengkajian sekunder

a. Biodata klien

Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, nomor MR dan alamat.

Identitas penanggung jawab meliputi : nama, umur, pekerjaan, agama, pendidikan, suku/bangsa, alamat, hubungan dengan klien (Nuari and Widayati 2017).

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan hal – hal yang dirasakan oleh pasien sebelum masuk rumah sakit.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat penyakit saat ini yang sedang di derita klien, seperti keluhan sistemik yang merupakan penyulit dari kelainan urologi, seperti malaise, pucat, uremia yang merupakan gejala gagal ginjal, atau demam akibat infeksi dan keluhan lokal, seperti nyeri, keluhan miksi, disfungsi seksual, atau infertilitas. Disfungsi ginjal dapat menimbulkan serangkaian gejala yang kompleks dan tampak di seluruh tubuh. Riwayat sakit harus mencakup informasi berikut yang berhubungan dengan fungsi renal dan urinarius.

a) Adanya rasa nyeri

Kaji lokasi, karakter, durasi, dan hubungannya dengan urinasi; faktor-faktor yang memicu rasa nyeri dan yang meringankannya. Nyeri yang disebabkan oleh kelainan yang terdapat pada organ urogenitalia dirasakan sebagai nyeri lokal (nyeri yang dirasakan di sekitar organ tersebut) atau berupa referred pain (nyeri yang dirasakan jauh dari tempat organ yang sakit). Inflamasi akut pada organ padat traktus urogenitalia seringkali dirasakan sangat nyeri, hal ini disebabkan karena regangan kapsul

yang melingkupi organ tersebut. Maka dari itu pielonefritis, prostatitis, maupun epididimitis akut dirasakan sangat nyeri, berbeda dengan organ berongga seperti buli-buli atau uretra, dirasakan sebagai kurang nyaman/discomfort.

b) Adanya keluhan miksi

Keluhan yang dirasakan oleh pasien pada saat miksi meliputi keluhan iritasi, obstruksi, inkontinensia dan enuresis. Keluhan iritasi meliputi urgensi, polakisuria, nokturia dan disuria; sedangkan keluhan obstruksi meliputi hesitansi, harus mengejan saat miksi, pancaran urine melemah, intermitensi dan menetes serta masih terasa ada sisa urine sehabis miksi. Keluhan iritasi dan obstruksi dikenal sebagai *lower urinary tract syndrome*.

c) Adanya perubahan pola eliminasi

Kaji frekuensi, urgensi, dan jumlah urine output, perubahan warna urin, adanya darah dalam urin.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat infeksi traktur urinarius: 1) terapi atau perawatan rumah sakit yang pernah dialami untuk menangani infeksi traktur urinarius, berapa lama dirawat, 2) adanya gejala panas atau menggigil, 3) sistoskopi sebelumnya, riwayat penggunaan kateter urine dan hasil-hasil pemeriksaan diagnostik renal atau urinarius. Riwayat keadaan berikut ini:

a) hematuria, perubahan warna, atau volume urin, b) nokturia dan sejak kapan dimulainya, c) penyakit pada usia kanak-kanak ("strep throat", impetigo, sindrom nefrotik), d) batu ginjal (kalkuli renal), ekskresi batu kemih ke dalam urin, e) kelainan yang mempengaruhi fungsi ginjal atau traktur urinarius (diabetes mellitus, hipertensi, trauma abdomen, cedera medula spinalis, kelainan neurologi lain, lupus eritematosus sistemik, scleroderma, infeksi

streptococcus pada kulit dan saluran napas atas, tuberculosis, hepatitis virus, gangguan kongenital, kanker, dan hyperplasia prostate jinak), f) untuk pasien wanita: kaji jumlah dan tipe persalinan (persalinan pervaginam, sectio caesarea), persalinan dengan forseps; infeksi vagina, keputihan atau iritasi; penggunaan kontrasepsi, g) adanya atau riwayat lesi genital atau penyakit menular seksual, h) pernahkah mengalami pembedahan pelvis atau saluran perkemihan, i) pernahkah menjalani terapi radiasi atau kemoterapi, j) kaji riwayat merokok (merokok dapat mengakibatkan risiko kanker kandung kemih, angka kejadian tumor kandung kemih empat kali lebih tinggi pada perokok daripada bukan perokok

e. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji adanya riwayat penyakit ginjal atau kandung kemih dalam keluarga (polisistik renal, abnormalitas kongenital saluran kemih, sindrom Alport's/nephritis herediter). Kaji adanya masalah eliminasi yang dikaitkan dengan kebiasaan keluarga (Nuari and Widayati 2017).

1) Kepala

Kaji kesimetrisan pada kepala, rambut terlihat kering dan kusam, warna rambut hitam atau beuban, tidak adanya hematoma pada kepala, tidak adanya pendarahan pada kepala.

2) Mata

Nilai adanya konjungtiva pucat, sklera ikterik, garis melingkar putih/abu-abu di tepi kornea (arkus senilis), xantelasma (plak kuning pada kelopak mata).

### 3) Hidung

Biasanya terdapat pernafasan dengan cuping hidung.

### 4) Mulut dan tenggorokan

Lihat adanya pucat (anemia), biru (sianosis), kering (dehidrasi), mukosa mulut sianosis (sianosis sentral). Pada pasien dengan gangguan jantung akan ditemukan lidah dan bibir sianosis yang menggambarkan sianotik sentral. Pada leher  
Biasanya tekanan vena jugulari smeningkat.

### 5) Thoraks

Inspeksi : Lihat kesimetrisan, adanya lesi pada thoraks, penggunaan otot bantu pernafasan dan pergerakan dinding dada.

Palpasi : palpasi fremitus kiri dan kanan

Perkusi : sonor seluruh lapang paru

Aukultasi : vesikuker atau terdapat suara tambahan pada thoraks seperti rinkhi, wheezing, dullnes

### 6) Jantung

Inspeksi : lihat ictus cordis

Palpasi : precordium, meraba adanya getaran (thrill) : gangguan aliran darah akibat gangguan penutupan katup jantung atau atrial septal defect.

Pulsasi point of maximal impuls (PMI) : posisi PMI di sela iga ke-5 midklavikula dan luas palpasi 1-2 cm

Perkusi : menentukan batas dan ukuran jantung, batas kanan dan kiri jantung, batas atas dan bawah jantung, penentuan batas jantung dengan metode perkusi (batas relative jantung)

Auskultasi : area aorta : ruang intercostal 2 kanan samping (S2) sternum, area trikuspidal : ruang interkosta 3, 4 dan 5 kiri di dekat (S1) sternum, area mitral : ruang interkosta ke 4 garis midklavikula (S1).

#### 7) Abdomen

Inspeksi : bentuk dan posisi umbilicus, lihat pembesaran perut, adanya asites

Auskultasi : analisis jumlah bising usus dalam semenit

Palpasi : jika ada hubungannya dengan mekanisme di vena porta, palpasi apakah ada gangguan pada hepar

Perkusi : jika pada pasien gagal jantung yang mengalami asites akan ditemukan bunyi redup

#### 8) Genitalia

Lihat adanya hematuria dan kaji jumlah urine yang keluar

#### 9) Ekstremitas

Lihat CRT, suhu akral, berkeringat, warna yang meindikasikan adanya sianosis, lihat udem dan nilai apakah ada *clubbing finger* pada pasien dengan kronik biasanya ditemukan *clubbing finger* dan jari tabu.

## 2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada klien dengan CKD yaitu:

- 1) Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas
- 2) Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi
- 3) Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin

- 4) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanismeregulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan cairan
- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>, kelemahan.

### 3. Intervensi 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).

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan
1.	Pola napas tidak efektif	Pola napas membaik, dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dyspnea menurun</li> <li>b. Penggunaan otot bantu nafas menurun</li> <li>c. Pemanjangan fase ekspirasi menurun</li> <li>d. Frekuensi napas membaik</li> <li>e. Kedalaman napas membaik</li> </ol>	Pemantauan respirasi  Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas</li> <li>b. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik)</li> <li>c. Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>d. Monitor adanya produksi sputum</li> <li>e. Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>f. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>g. Auskultasi bunyi napas</li> <li>h. Monitor saturasi oksigen</li> <li>i. Monitor nilai AGD</li> <li>j. Monitor hasil x-ray toraks</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Atur interval waktu pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>b. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol>
2.	Hipervolemia	Keseimbangan Cairan Ekspektasi: meningkat	Manajemen Hipervolemia Observasi

		<p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Asupan cairan meningkat</li> <li>b. Haluaran urin meningkat</li> <li>c. Asupan makanan meningkat</li> <li>d. Edema menurun</li> <li>e. Dehidrasi menurun</li> <li>f. Asites menurun</li> <li>g. Konfusi menurun</li> <li>h. Tekanan darah membaik</li> <li>i. Denyut nadi radial membaik</li> <li>j. Tekanan arteri rata-rata membaik</li> <li>k. Membran mukosa membaik</li> <li>l. Mata cekung membaik</li> <li>m. Turgor kulit membaik</li> <li>n. Berat badan membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 3.2 Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>b. Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia</li> <li>c. Monitor intake dan output cairan</li> <li>d. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</li> <li>e. Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat)</li> <li>f. Monitor kecepatan infus secara ketat</li> <li>g. Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>b. Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>c. Tinggikan kepala tempat tidur 30- 40°</li> </ul> <p>Edukasi</p>
--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>a. melapor jika haluaran urin &lt; 0,5mL/kg/jam dalam 6 jam</li> <li>b. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</li> <li>c. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi</li> <li>d. Kolaborasi pemberian diuretic</li> <li>e. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> </ul>
3.	Intoleransi Aktivitas	<p>Toleransi Aktivitas meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>b. Saturasi oksigen meningkat</li> <li>c. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>d. Kecepatan berjalan meningkat</li> <li>e. Jarak berjalan meningkat</li> <li>f. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</li> <li>g. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> <li>h. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat</li> <li>i. Keluhan lelah Dyspnea saat aktivitas menurun</li> </ul>	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>b. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>c. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>b. Lakukan latihan rentang gerak pasif/atau aktif</li> <li>c. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> </ul> <p>5.8 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau Berjalan</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan tirah baring</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>j. Dipsnea setelah aktivitas menurun</li> <li>k. Perasaan lemah menurun</li> <li>l. Aritmia saat beraktivitas menurun</li> <li>m. Aritmia setelah beraktivitas menurun</li> <li>n. Sianosis menurun</li> <li>o. Warna kulit membaik</li> <li>p. Tekanan darah membaik</li> <li>q. Frekuensi napas membaik</li> <li>r. EKG Iskemia membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>d. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul>
--	--	---	---

## B. Evidence-Based Nursing (EBN)

### 1. Pengantar

#### a. Breathing exercise atau Latihan pernapasan

##### a) Pengertian

Breathing Exercise merupakan teknik yang digunakan untuk mengkompensasi kekurangan pernapasan dengan meningkatkan efisiensi pernapasan. Latihan dilakukan untuk menyimpan energi melalui pernapasan terkendali. Tindakan ini dilakukan dengan tujuan untuk merelaksasi otot dan memulihkan kecemasan, mengurangi kegiatan otot pernapasan yang tidak terkordinasi, menurunkan frekuensi pernapasan, dan menurunkan beban kerja pernapasan (Elly Nurachmah 2018).

##### b) Manfaat Breathing exercise

###### 1) Mengurangi Nyeri

Latihan pernapasan adalah metode penghilang rasa sakit yang efektif. Latihan ini membantu meningkatkan kadar endorfin, yaitu hormon yang mengurangi rasa sakit dan meningkatkan perasaan sejahtera.

###### 2) Mengurangi stress dan kelelahan

Latihan ini meningkatkan relaksasi dan ketenangan, yang membantu mengurangi gejala fisik stress dan kelelahan seperti peningkatan denyut jantung dan napas dangkal

###### 3) Meningkatkan kualitas hidup

Latihan ini meningkatkan relaksasi dan ketenangan yang membantu mengurangi gejala fisik rasa sakit dan kecemasan. Hal ini pada gilirannya, membantu meningkatkan mood, kualitas tidur dan kualitas hidup secara keseluruhan (Gilad 2015).

c) Prosedur

- 1) Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap dan tanggal lahir dan atau nomor MR)
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur
- 3) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 4) Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas
- 5) Sediakan tempat yang tenang dan nyaman
- 6) Posisikan pasien nyaman dan rileks
- 7) Anjurkan memposisikan satu tangan di dada dan satu tangan diperut
- 8) Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian hembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik
- 9) Pasrikan dinding dada mengembang saat inspirasi
- 10) Anjurkan mengulangi latihan napas sebanyak 2-10 kali
- 11) Rapikan pasien dan alat – alat yang digunakan
- 12) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 13) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan

respons pasien (tim pokja pedoman spo keperawatan DPP PPNI 2021).

b. Fatigue atau Kelelahan

Pengertian Kelelahan adalah Kata kelelahan (fatigue) menunjukkan keadaan yang berbeda-beda, tetapi semuanya berakibat kepada pengurangan kapasitas kerja dan ketahanan tubuh. Kelelahan merupakan suatu perasaan yang bersifat subjektif. Istilah kelelahan mengarah pada kondisi melemahnya tenaga untuk melakukan suatu kegiatan (Hutabarat 2021).

Hasil penelitian Melda, dkk (2023), tentang “Pemberian Breathing exercise untuk mengurangi tingkat kelelahan pada pasien chronic kidney disease di ruang Aster RSUD Dr. Tjitrowardjojo Puworeo Yogyakarta” didapatkan hasil penelitian bahwa setelah pemberian terapi breathing exercise sebanyak 4 kali dalam sehari selama 15 menit dapat menurunkan skor tingkat kelelahan.

Hasil penelitian Sutinah & Rasyidah (2020). Tentang “pengaruh relaksasi pernapasan terhadap kelelahan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RS Raden Mattaheer Jambi” didapatkan hasil penelitian rata – rata score kelelahan sebelum (50,18) dan setelah dilakukan teknik relaksasi pernapasan adalah (46,45) dengan nilai  $p = 0,043 (<0,05)$ . Dapat disimpulkan bahwa teknik relaksasi napas dalam berpengaruh terhadap penurunan kelelahan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

Hasil penelitian Listiana, dkk (2023), tentang pengaruh breathing exercise terhadap fatigue pada pasien hemodialisa di RSUD Dr. Sobirin Kota Lubuk Linggau. Hasil penelitian didapatkan data level fatigue sebelum dan sesudah perlakuan sebesar 4.589

dengan Asymp. Sig (p)=0,000. Karena nilai p-value=0.000<0,05 dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh breathing exercise terhadap fatigue pada pasien hemodialisa di rumah sakit Dr. Sobirin Kota Lubuk Linggau.

## 2. Analisis Artikel

Tabel 2.3 Analisis Artikel

Metode analisis jurnal (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
P (Problem/Population)	Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan metode studi kasus. Penelitian ini mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami Cronic Kidney Disease dengan masalah keperawatan yang muncul adalah kelelahan sebelum menjalani hemodialisa di Ruang Aster RSUD Dr. Tjitrowardjojo Purworejo.	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif quasi eksperimen. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap kelelahan klien pasca hemodialisis di bangsal hemodialisis Rumah Sakit Raden Mattaher Jambi-Indonesia. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dengan sampel sebanyak 76 responden dan diambil dengan menggunakan teknik purposive random sampling	Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah Quasi eksperimendengan menggunakan rancangan one group pretest postestdesign. Populasi penelitian ini adalah semua pasiengagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Dr.SobirinKota Lubuk Linggau sebanyak 17 orang. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik total sampling.Teknikanalisis data dilakukan dengananalisis univariat dan bivariatmenggunakan uji Wilcoxon Sign Rank Tes.
I (Intervention)	Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh terapi breathing exercises untuk mengurangi tingkat kelelahan	Intervensi yang diberikan yaitu pasien diminta untuk menarik napas melalui hidung dan menahannya sebentar lalu	Intervensi yang diberikan untuk melihat hasil tingkat kelelahan pasien setelah melakukan breathing exercise dengan dilakukan 4 kali sehari

	<p>pada pasien CKD dengan kelelahan. Terapi breathing exercises dengan cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal), dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Kemudian pasien diberikan terapi breathing exercises sebanyak 4 kali sehari selama 4 hari dengan durasi waktu 15 menit. Kemudian pasien istirahat selama 45 menit dan selanjutnya mengisi kuesioner FSS untuk melihat tingkat kelelahan yang dirasakan.</p>	<p>menghembuskan dari mulut dilakukan selama 20 menit.</p>	<p>selama 3 hari berturut-turut dalam durasi 1 sampai 5 siklus, setiap 1 siklus dilakukan selama 5 menit dengan jeda istirahat selama 10-15 menit.</p>
C (Comparison)	<p>Tidak ada jurnal pembandingan.</p>	<p>Penelitian ini sejalan dengan penelitian shahab (2020) bahwa ada pengaruh pemberiak teknik breathing exercise terhadap kelelahan. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Januardi (2018) bahwa terjadi perubahan skor fatigue setelah melakukan breathing exercise</p>	<p>Menurut penelitian Cahyu. S. (2013) terdapat perbedaan yang signifikan antara level fatigue sebelum dan sesudah pemberian latihan nafas dalam. Hal ini sesuai dengan penelitian Stanley et. al(2011) Hasilnya 53%responden mengatakan merasa rileks, 27% mengatakan fatigue berkurang.</p>
O (Outcome)	<p>Hasil tersebut menunjukkan bahwa intervensi breathing</p>	<p>Rata-rata penurunan kelelahan setelah makan eksperimen pada</p>	<p>Hasil level fatiguesebelum diberikan terapi breathing exerciseterdapat 12</p>

	<p>exercises dapat menurunkan skore tingkat kelelahan dan status hemodinamik pada pasien dengan CKD. Menurunnya skore FSS dan perubahan status hemodinamik karena pasien rutin melakukan breathing exercises sebanyak 4 kali sehari dengan durasi waktu 15 menit.</p>	<p>kelompok eksperimen sebesar 46,45 dengan standar deviasi 2,84, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata penurunan kelelahan adalah 71,87 dengan standar deviasi 1,19. Ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat kelelahan dengan p-value 0,043 (&lt;0,05).</p>	<p>orang fatigue berat dan 5 orang fatigue ringan. Hasil level fatigue setelah diberikan terapi breathing exerciseterdapat 4 orang fatigue berat dan 13 orang fatigue ringan. Ada pengaruh breathing exercise terhadap fatigue pada pasien hemodialisa di rumah sakit Dr. Sobirin Kota Lubuk Linggau.</p>
--	---	---	---

## **BAB III**

### **METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR**

#### **A. Desain Penelitian**

Karya tulis akhir ini menggunakan jenis rancangan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan metode pendekatan laporan kasus (*case report*). Penelitian deskriptif bertujuan mendeskripsikan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. *Case report* (laporan kasus) merupakan studi kasus yang bertujuan mendeskripsikan manifestasi klinis, perjalanan klinis, dan prognosis kasus. *Case report* mendeskripsikan cara klinis mendiagnosis dan memberi terapi kepada kasus, dan hasil klinis yang diperoleh (Kurniawan and Agustini 2021). Pada karya tulis akhir ini penulis ingin mengetahui bagaimana penerapan teknik breathing exercise pada pasien chronic kidney disease untuk mengurangi tingkat fatigue di Ruang HCU DR. M. Djamil Padang.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Ruang HCU RSUP Dr. M. Djamil Padang, waktu penelitian selama 3 minggu (15 Mei – 3 Juni 2023). Pengumpulan data dilakukan dalam waktu 2 hari yaitu pada tanggal 24 – 25 Mei 2023

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Dr. Wawan Kurniawan 2021). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien CKD yang mengalami kelelahan di Ruang HCU RSUP Dr. M. Djamil Padang.

##### **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).

Dengan kriteria sampel yaitu :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Responden dengan diagnosa CKD yang dirawat diruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- 2) Pasien CKD dengan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas
- 3) Bersedia menjadi responden dan menandatangani *Inform Consent*
- 4) Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan mengikuti prosedur penulisan sampai akhir

b. Kriteria Ekslusi

- 1) Pasien pulang atas permintaan sendiri (APS) atau dirujuk
- 2) Pasien meninggal dunia saat dirawat inap
- 3) Pasien yang mengalami penurunan kesadaran

#### D. 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).

Data primer yang dikumpulkan dari sampel penulisan meliputi keluhan utama, riwayat penyakit dahulu sekarang dan keluarga, dan data hasil pengukuran tingkat kelelahan

.

##### 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.

#### E. 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.

#### F. Instrument Penelitian

Alat dan bahan yang digunakan dalam penulisan ini adalah oksimetri. Selain itu SOP teknik breathing exercise juga digunakan sebagai instrumen dalam pelaksanaan penulisan.

#### G. Prosedur Penelitian

##### 1. Tahap Persiapan

- a. Melakukan survey lokasi penelitian di RSUP. Dr. M. Djamil Padang
- b. Studi pendahuluan dilakukan dengan wawancara terbuka kepada perawat ruangan untuk menjaring responden yang berdiagnosa CKD
- c. Menjelaskan maksud dan tujuan melakukan penelitian di RSUP. Dr. M. Djamil Padang
- d. Tindak lanjut pelaksanaan penelitian kepada responden di ruang 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 tingkat kelelahan pada responden, sebelumnya diberikan teknik breathing exercise (pre – test)
- c. Setelah dilakukan pengukuran tingkat kelelahan diperoleh hasil pasien, kemudian untuk menurunkan tingkat kelelahan tersebut penulis memberikan teknik breathing exercise selama 15 menit untuk mengurangi tingkat kelelahan (post – test)
- d. Setelah pemberian teknik breathing exercise dilakukan, maka penulis kembali melakukan pengukuran tingkat kelelahan pada responden untuk mengetahui teknik breathing exercise dapat menurunkan tingkat kelelahan pada pasien.
- 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.

### H. 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 (confidentialy)

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 in 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 *fatigue* dengan *breathing exercise* melalui pendekatan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. R dan Tn. H mulai tanggal 15 Mei – 3 Juni 2023 di ruang Interne HCU RSUP DR.M. Djamil Padang. Kesadaran pasien *composmentis* 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 dengan keluarga atau orang terdekat), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan.

## A. Hasil

## 1. Pengkajian

Tabel 3.1 Pengkajian Keperawatan Klien 1 dan Klien 2

Pengkajian keperawatan	Klien 1	Klien 2
Identitas pasien	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang perempuan, Ny R (IbuRumahTangga) dengan umur 58 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, no MR 01.17.62.76 dengan diagnosa medis CKD stage V ec PGD pro HD dengan asidosis metabolik terkompensasi, hiperkalemia, hipertensi emergency, anemia sedang, DM tipe II tidak terkontrol.	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang Laki – laki, Tn. H (Pensiunan PNS) dengan umur 65 tahun, beragama islam, no MR 00.05.37.12 dengan diagnosa medis CKD stage V ec PGD on HD dengan asidosis metabolik, DM tipe II terkontrol, CAP severe low risk MDR dengan gagal napas tipe I, efusi pleura bilateral, anemia sedang normokrom ec penyakit kronis, gangguan faal hepar.
Primary Survey	<p>a. Airway dan Kontrol Servikal : Keadaan jalan napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Look : upaya napas ada, tidak adanya secret/ benda asing dijalan napas</li> <li>- Listen : bunyi napas normal</li> <li>- Feel : hembusan napas kuat</li> <li>- Tidak ada tanda- tanda fraktur servikal</li> <li>- masalah keperawatan tidak ada.</li> </ul> <p>b. Breathing : Fungsi pernafasan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Look : frekuensi napas 27x/menit, terdapat otot bantu napas, SpO2 97%. Klien terpasang nasalcanul 3l/menit.</li> </ul>	<p>a. Airway dan Kontrol Servikal :Keadaan jalan napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Look : upaya napas ada, tidak adanya secret/ benda asing dijalan napas</li> <li>- Listen : bunyi napas gurgling</li> <li>- Feel : hembusan napas kuat</li> <li>- tidak ada tanda-tanda fraktur servikal</li> <li>- masalah keperawatan tidak ada.</li> </ul> <p>b. Breathing : Fungsi pernafasan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Look : frekuensi napas 29x/menit, ada retraksi otot bantu napas, SpO2 94%, klien terpasang NRM 10l/menit.</li> <li>- Listen : suara napas gurgling</li> <li>- Feel : upayanapas ada</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listen : tidak ada suara napas tambahan</li> <li>- Feel : upaya napas ada</li> <li>- masalah keperawatan : pola napas tidak efektif, intervensi keperawatan : manajemen jalan napas, terapi oksigen, dan pemberian posisi <i>semi fowler</i>.</li> <li>c. Circulation : Keadaan sirkulasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Look : kesadaran compos mentis, tidak ada perdarahan, kapilari refill &gt;2 detik.</li> <li>- Feel : nadi carotis teraba, akral perifer teraba hangat, tekanan darah 169/97 mmHg.</li> <li>- masalah keperawatan : Risiko perfusi serebral tidak efektif</li> <li>- intervensi : monitor tanda dan gejala peningkatan tik, berikan Lasix melalui syringpump 15cc/jam, posisikan semi fowler</li> </ul> </li> <li>d. Dissability : Penilaian fungsi neurologis <ul style="list-style-type: none"> <li>- (kesadaran compos mentis, GCS : 15 (E4M6V5), Pupil isokor), masalah keperawatan tidak ada.</li> </ul> </li> <li>e. Exsposure : Penilaian hypothermia/hyperthermia (tidak ada peningkatan), suhu : 36,5°C.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah keperawatan : pola napas tidak efektif</li> <li>- intervensi keperawatan : manajemen jalan napas, terapi oksigen, dan pemberian posisi <i>semi fowler</i>.</li> <li>c. Circulation : Keadaan sirkulasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Look : kesadaran compos mentis, tidak ada perdarahan, kapilari refill &lt;2 detik</li> <li>- Feel : nadi carotis teraba, akral perifer teraba hangat, tekanandarah 145/90 mmHg.</li> <li>- masalah keperawatan tidak ada.</li> </ul> </li> <li>d. Dissability : Penilaian fungsi neurologis (kesadaran compos mentis, GCS : 15 (E4M6V5), Pupil isokor), masalah keperawatan tidakada.</li> <li>e. Exsposure : Penilaian hypothermia/hyperthermia Suhu 36,4C</li> </ul>
Penanggung jawab	Tn. D (Suami)	Ny. A (Istri )
Secondary Survey Riwayat kesehatan (keluhan utama)	Ny. R masuk RSUP DR. M. Djamil padang melalui IGD dirujuk dari RSUD Bangko Jambi pada tanggal 18 Mei 2023, dengan keluhan sesak napas sebelum masuk rumah sakit, sesak tidak	Tn. H masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 21 mei 2023. Dengan keluhan sesak napas yang semakin meningkat sejak 1 hari yang lalu. Sesak sudah dirasakan sejak 3 hari yang lalu, sesak tidak dipengaruhi

	dipengaruhi oleh aktifitas, cuaca dan makanan. Lemah letih sejak 1 minggu yang lalu, keluarga mengatakan nafsu makan Ny. R menurun sejak 1 minggu yang lalu. BAK berkurang sejak pertama dirawat.	aktivitas, cuaca dan makanan. Demam sejak 3 hari yang lalu. Pasien sudah dikenal dengan CKD pada rawatan sebelumnya, dianjurkan untuk HD namun pasien dan keluarga menolak.
Riwayat kesehatan sekarang	Wawancara : Pada saat pengkajian tanggal 22 Mei 2023 jam 10 : 00 WIB keadaan pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, sesak napas semakin meningkat, keluarga mengatakan pasien sulit untuk bergerak karna kelelahan, saat ditanya klien mengatakan dari pertama dirawat diruangan klien merasakan kelelahan padahal klien tidak melakukan apa – apa, nafsu makan pasien berkurang.	Wawancara : Pada saat pengkajian tanggal 23 Mei 2023 jam 11 : 00 WIB pasien mengeluhkan sesak napas, sesak semakin meningkat jika pasien banyak bergerak, klien mengeluhkan lelah untuk melakukan sesuatu seperti makan, minum dan bangun dari tempat tidur, klien juga mengeluh sulit untuk tidur dimalam hari.
Riwayat kesehatan dahulu	Wawancara & Dokumentasi: Pasien memiliki riwayat hipertensi dan DM sejak 10 tahun yang lalu, tidak rutin mengkonsumsi obat hipertensi.	Wawancara & Dokumentasi: Pasien sudah pernah dirawat sebelumnya pada tahun 2021 dengan CKD dan dianjurkan untuk HD namun menolak. Riwayat DM sejak 5 tahun yang lalu.
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit bawaan ataupun penyakit keturunan dan tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya.	Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit bawaan ataupun penyakit keturunan dan tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya.
Pola aktivitas sehari – hari	Wawancara dan Dokumentasi : 1. Pola Nutrisi a. Sehat : Pasien mengatakan makan 3x sehari pasien mengkonsumsi nasi ditambah lauk dan saayur, pasien minum air putih 6-7 gelas dalam	Wawancara dan Dokumentasi : 1. Pola Nutrisi a. Sehat : Pasien mengatakan makan 3x sehari pasien mengkonsumsi nasi ditambah lauk dan sayur, tidak ada alergi terhadap makanan. pasien minum air putih 3 – 5

	<p>sehari <math>\pm 1.500</math>ml pasien mengatakan berat badan sebelum dirawat dirumah sakit 50 kg dan berat badan sekarang 48 kg.</p> <p>b. Sakit : Porsi makan saat sakit sebelum dirawat dirumah sakit <sup>1/</sup> porsi</p> <p>2. makanannya. Saat dirawat di rumah sakit pasien hanya menghabiskan 4-5 sendok makan dalam seporasi makanannya.</p> <p>2. Pola Eliminasi</p> <p>a. Sehat : BAB pada saat sehat pasien mengatakan BAB 1 kali 2 hari dan konsistensi lembek berwarna kuning.</p> <p>b. Sakit : pada saat sakit pasien selama dirawat pasien baru satu kali BAB dengan konsistensi berwarna kuning dan padat.</p> <p>3. Pola tidur dan istirahat</p> <p>a. Sehat : Saat sehat pasien tidur 6 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 2 – 5 jam.</p> <p>4. Pola aktivitas dan latihan</p> <p>a. Sehat : saat sehat pasien mampu melakukan</p>	<p>gelas dalam sehari <math>\pm 1000</math>ml. pasien mengatakan berat badan sebelum dirawat dirumah sakit 80 kg dan berat badan sekarang 80 kg.</p> <p>b. Sakit : porsi makanan 3 kali dalam sehari, setiap makan pasien menghabiskan makanannya dan pasien mengatakan tidak ada merasa mual.</p> <p>2. Pola Eliminasi</p> <p>a. Sehat : klien mengatakan dalam sehari bisa 1 – 2 kali bab, tergantung apa yang dia makan dan konsumsi</p> <p>b. Sakit : klien mengatakan dalam sehari kadang tidak ada bab, bab hanya sekali dalam dua hari atau sampai satu kali tiga hari.</p> <p>3. Pola istirahat dan tidur</p> <p>a. Sehat : biasanya dirumah klien tidur pada jam 9 malam sampai jam 4 subuh lalu pasien ke masjid, dengan rentang tidur 7 jam.</p> <p>b. Sakit : saat ini klien mengeluhkan susah untuk tidur napas terasa sesak badan terasa lelah, rentang tidur pasien hanya 4 – 5 jam dalam sehari.</p> <p>4. Pola aktivitas dan latihan</p> <p>a. Sehat : klien mengatakan hari harinya dirumah dihabiskan dengan pergi ke masjid saat masuk waktu sholat dan menonton tv hingga pukul 21 : 00 WIB dan kemudian tidur.</p> <p>b. Sakit : saat ini aktivitas klien hanya ditempat tidur, kadang</p>
--	--	--

	<p>aktifitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain seperti membersihkan rumah, menyapu dan membuat makanan</p> <p>b. Sakit : aktivitas pasien saat ini menjadi terhambat karna sesak yang dialami dan pasien merasa lelah</p>	ADL dibantu keluarga karna merasa kelelahan sesudah menjalani hemodialisa.
Pemeriksaan fisik		
Keadaan umum	Keadaan umum pasien lemas, TD : 169/97 mmHg, HR :90 x/I, RR :27x/I, S : 36,5, SpO2 :97 %	Keadaan umum pasien lemas dan wajah tampak pucat, TD : 145/97 mmHg, HR :79 x/I, RR :29x/I, S : 36,4, SpO2 :94 %
Tingkat kesadaran	Composmentis GCS : 15 (E <sub>4</sub> M <sub>5</sub> V <sub>6</sub> )	Composmentis GCS : 15 (E <sub>4</sub> M <sub>5</sub> V <sub>6</sub> )
Mata	Posisi mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sclera anikterik, pupil isokor, tidak ada kesulitan menggerakkan bola mata.	Posisi mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sclera anikterik, pupil isokor, dan tidak ada kesulitan menggerakkan bola mata.
Telinga	Bentuk daun telinga normal, tidak ada lesi, membran timpani utuh, tidak ada serumen berlebih, fungsi pendengaran baik	Bentuk daun telinga normal, tidak ada lesi, membran timpani utuh, tidak ada serumen berlebih, fungsi pendengaran baik
Hidung	terpasang nasal canul 3 liter/menit, hidung simetris, pernapasan cepat 27x/menit, tidak ada pernapasan cuping hidung dan penciuman baik	terpasang NRM 10 liter/menit, hidung simetris, pernapasan cepat 29x/menit, tidak ada pernapasan cuping hidung dan penciuman baik
Leher	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan, CDL terpasang di vena jugularis internal.	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan, CDL terpasang di vena jugularis internal.
Dada	Pada pemeriksaan dada, dada terlihat simetris kiri dan kanan, sonor, fremitus kiri dan kanan sama dan bunyi dada regular	Pada pemeriksaan dada, dada terlihat simetris kiri dan kanan, sonor, fremitus kiri dan kanan sama dan bunyi dada vesikuler.
Jantung	Pada pemeriksaan jantung ictus cordis tidak terlihat,	Pada pemeriksaan jantung ictus cordis tidak terlihat, ictus

	ictus cordis di 1 jari lateral LMC RIC V, atas : RIC II, kanan : LSD, kiri : 1 jari lateral LMCS RIC V dan bunyi jantung S1-S2 reguler, murmur (-) dan gallop (-).	cordis di 1 jari lateral LMC RIC V, atas : RIC II, kanan : LSD, kiri : 1 jari lateral LMCS RIC V dan bunyi jantung S1-S2 reguler, murmur (-) dan gallop (-).
Abdomen	Pada pemeriksaan abdomen tidak terlihat asites, tidak ada lesi, tidak terdapat nyeri tekan dan nyeri lepas, timpani dan bising usus terdengar 15x/i.	Pada pemeriksaan abdomen tidak terlihat asites, tidak ada lesi, tidak terdapat nyeri tekan terdapat nyeri lepas, timpani dan bising usus terdengar 10x/i.
Ekstremitas	Pada tangan kiri terpasang infus renxamin 24j/k, CRT > 2 dtk, dan terdapat edema pada kaki. Turgor kulit baik dan akril teraba dingin.	Pada tangan kiri terpasang infus renxamin 24j/k, CRT > 2 dtk, dan terdapat edema pada kaki. Turgor kulit baik dan akril teraba dingin.
Genetalia	Terpasang kateter	Terpasang kateter
Pemeriksaan Penunjang		
	Berdasarkan hasil labor pada tanggal 22 mei 2023 didapatkan hasil : Hemoglobin : 13.3 g/dl. Leukosit 7.02 mm <sup>3</sup> . Trombosit 177 mm <sup>3</sup> . Eritrosit 4.66 10 <sup>6</sup> . Neutrofil batang 0,00 %. Neutrofil segmen 78%. Limfosit 11 %. Ureum darah 319 mg/dl. Kreatinin darah 14.7 mg/dl. Kolestrol-HDL 18 mg/dl. Natrium 130 mmol. Klorida 96 mmol.	Berdasarkan hasil labor pada tanggal 23 mei 2023 didapatkan hasil : Hemoglobin 7.7 g/dl. Leukosit 14.08 mm <sup>3</sup> . Hematokrit 25%. MCV 75%. MCHC 31%. Ureum darah 171 mg/dl. Kreatinin darah 9.1 mg/dl. Natrium 134 mmol. Albumin 3.7 g/dl. Total protein 6.4 g/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 3.2 diagnosa keperawatan

Klien 1	Klien 2
<p>Diagnosa 1 : Pola Napas Tidak Efektif b/d Hambatan Upaya Napas</p> <p><b>DS</b> : Klien mengeluh sesak nafas, sesak dirasakan sejak dua hari sebelum masuk rumah sakit.</p> <p><b>DO</b> : Nafas klien tampak sesak, pernafasan 27x/menit, terpasang nasal kanul 3l/m. Klien terlihat lelah, aktivitas terbatas di tempat tidur</p>	<p>Diagnosa 1 : Pola Napas Tidak Efektif b/d Hambatan Upaya Napas</p> <p><b>DS</b> : Klien mengeluh sesak nafas, sesak dirasakan sejak tiga hari sebelum masuk rumah sakit, sesak napas meningkat satu hari sebelum masuk rumah sakit.</p> <p><b>DO</b> : Nafas klien tampak sesak, pernafasan 29x/menit, terpasang NRM 10L/m. Klien terlihat lelah, aktivitas terbatas di tempat tidur, klien lebih memilih posisi duduk karna jika berbaring sesak nya bertambah.</p>
<p>Diagnosa 2 : Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi</p> <p><b>DS</b> : Klien mengeluhkan sakit kepala, pusing, susah tidur pada malam hari, merasa lelah melakukan sesuatu</p> <p><b>DO</b> : klien terlihat gelisah, tampak lelah, tekanan darah 169/97 mmHg, Hr 90x/m, RR 27x/m</p>	<p>Diagnosa 2 : Resiko perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p><b>DS</b> : Klien mengatakan kedua tangan dan kaki bengkak/edema (penumpukan cairan), klien mengatakan kedua kaki dan tangan terasa kebas, klien mengatakan sering merasa haus</p> <p><b>DO</b> : Kedua tangan dan kaki serta wajah terdapat edema, kulit</p>

	tampak kering, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, TD 145/97 mmHg, N 74x/menit, RR 29x/menit, Hb 7,4 g/dl
<p>Diagnosa 3 : Hipervolemia b/d Gangguan Mekanisme Regulasi</p> <p><b>DS</b> : Klien mengatakan badan terasa lemah, tangan dan kaki bengkak, dan pipis sedikit. <b>DO</b> : Klien tampak lemah, BAK tampak sedikit. turgor kulit kembali lambat, tangan dan kaki edema derajat 1 kedalamn 2 mm, intake 1000cc, output 600cc. TD 169/97 mmHg, N 90x/menit, Ureum darah 319 mg/dl. Kreatinin darah 14.7 mg/dl.</p>	<p>Diagnosa 3 : Hipervolemia b/d Gangguan Mekanisme Regulasi</p> <p><b>DS</b> : Klien mengatakan badan terasa lemah, bibir kering, tangan dan kaki bengkak, dan pipis sedikit. <b>DO</b> : Klien tampak lemah, BAK tampak sedikit. Mukosa bibir kering, turgor kulit kembali lambat, CRT &gt;2 detik, tangan dan kaki edema derajat 1 kedalamn 2 mm, intake 700cc, output 450cc. TD 145/90 mmHg, N 74x/menit, Hb 7,4 g/dl.</p>
<p>Diagnosa 4 : Intoleransi Aktivitas b/d kelemahan</p> <p><b>DS</b> : klien mengatakan badan nya terasa lemah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, cepat lelah. <b>DO</b> : klien tampak sesak, aktivitas terbatas, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat melakukan aktivitas TD 156/94 mmHg HR 98 x/m RR 24 x/m SaO2 97%</p>	<p>Diagnosa 4 : Intoleransi Aktivitas b/d kelemahan</p> <p><b>DS</b> : klien mengatakan sesak napas saat beraktivitas badan nya terasa lemah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, cepat lelah. <b>DO</b> : klien tampak sesak, aktivitas terbatas, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat melakukan aktivitas TD 145/75 mmHg HR 87 x/m RR 26 x/m SaO2 97%</p>

### 3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua klien mengacu pada SLKI dan SIKI berdasarkan hasil studi dokumentasi status.

Klien 1 dan Klien 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.3 rencana keperawatan

Klien 1	Klien 2
<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p> <p><b>SLKI</b> : 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><b>SIKI</b> : 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>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas</p> <p><b>SLKI</b> : 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><b>SIKI</b> : 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>Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi</p> <p><b>SLKI</b> : Setelah dilakukan intervensi keperawatan</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p>

<p>diharapkan perfusi serebral menurun dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, kognitif meningkat, tekanan intrakranial menurun, sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik</p> <p><b>SIKI</b> : Peningkatan tekanan intracranial : identifikasi penyebab TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor status neurologis, monitor asupan dan keluaran, posisikan pasien tirah baring, monitor tekanan darah, monitor penurunan frekuensi jantung.</p>	<p><b>SLKI</b> : 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><b>SIKI</b> : 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, anjukkan menggunakan obat penurun TD.</p>
<p>Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <p><b>SLKI</b> : 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>SIKI</b> : Manajemen hipervolemia : periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dyspnea, JVP/CVP meningkat, reflex hepatjugular positif, suara napas tambahan), identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik (frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, jika tersedia), monitor intake dan output cairan, monitor hemokonsentrasi, monitor tanda</p>	<p>Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <p><b>SLKI</b> : 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>SIKI</b> : Manajemen hipervolemia : periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dyspnea, JVP/CVP meningkat, reflex hepatjugular positif, suara napas tambahan), identifikasi penyebab hipervolemia, 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),</p>

<p>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 diuretik</p>	<p>monitor efek samping diuretic, batasi asupan cairan, tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat, kolaborasi pemberian diuretik</p>
--	--

## 4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.4 implementasi dan evaluasi keperawatan

Tanggal	Klien 1		Klien 2	
26 mei 2023	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas)</li> <li>2. Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>3. Memberikan posisi semi fowler atau fowler</li> <li>4. Mengajarkan teknik breathing exercise untuk mengurangi sesak dan mengurangi kelelahan</li> <li>5. Berikan O<sub>2</sub> sesuai kebutuhan</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan masih sesak namun sudah berkurang dengan latihan pernapasan  O : klien tampak lelah, masih nampak sesak, gelisah dan tampak lemah. TD : 156/94 mmHg, HR 98 x/m RR 24x/m SaO<sub>2</sub> 97%.  A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi  P : Intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dilanjutkan</p>	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas)</li> <li>2. Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>3. Memberikan posisi semi fowler atau fowler</li> <li>4. Mengajarkan teknik breathing exercise untuk mengurangi sesak dan mengurangi kelelahan</li> <li>5. Berikan O<sub>2</sub> sesuai kebutuhan</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan masih terasa sesak, dada nya terasa berat, saat berbaring sesak bertambah  O : klien masih tampak sesak, gelisah, susah tidur, lelah TD 145/76 mmHg HR 87 x/m RR 26 x/m SaO<sub>2</sub> 96%.  A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi  P : intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dilanjutkan</p>
	Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d	S : klien mengeluhkan pusing, kadang mual,	Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan	S : pasien mengatakan seluruh badan nya

	<p>hipertensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK</li> <li>2. Monitor asupan dan keluaran</li> <li>3. Memposisikan klien tirah baring</li> <li>4. Memberikan terapi farmakologi (Lasix)</li> <li>5. Memberikan terapi non farmakologi (breathing exercise)</li> <li>6. Mengajarkan klien untuk istirahat yang cukup dan fasilitasi lingkungan yang nyaman dan aman</li> </ol>	<p>susah untuk tidur</p> <p>O : klien tampak lelah, sesekali memegang kepala nya karna merasa sakit, adl terbatas TD 156/94 mmHg, RR 98 x/m, RR 24m/m, SaO2 97&amp;</p> <p>A : Masalah risiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2, 3, ,4, 5, 6 dilanjutkan.</p>	<p>konsentrasi hemoglobin</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler)</li> <li>2. Memonitor nyeri atau bengkak pada ekremitas</li> <li>3. Memonitor Hb</li> <li>4. Mengajarkan untuk mengompres bagian yang udem</li> <li>5. Mengajarkan klien breathing exercise atau latihan pernapasan</li> <li>6. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter</li> </ol>	<p>terasa lelah, kaki sulit untuk digerakan karna bengkak/udem</p> <p>O : tampak pasien lelah, bibir tampak pucat, adl terbatas ditempat tidur Td 145/76 mmHg, HR 87 x/m RR 26 x/m SaO2 96% HB 7,4 g/dl</p> <p>A : masalah perfusi perifer belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan</p>
	<p>Hipovolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>2. Memonitoring intake dan output cairan</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan badan nya terasa lelah, bibir kering, kaki dan tangan nya bengkak</p> <p>O : klien tampak kelelahan, kurang tidur, udem pada kaki dan tangan klien dengan</p>	<p>Hipovolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>2. Memonitoring intake dan output</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan badan nya terasa lelah, bibir kering, kaki bengkak dan berat untuk digerakan</p> <p>O : klien tampak kelelahan, kurang tidur, udem pada kaki klien</p>

	<p>pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien</li> <li>4. Memonitor hasil labor untuk terapi cairan pasien</li> <li>5. Memonitor tanda dan gejala edema</li> <li>6. Anjurkan untuk melakukan teknik breathing exercise</li> <li>7. Kolaborasi pemberian obat</li> </ol>	<p>derajat 1, intake 500cc dan output 150cc TD 156/94 mmHg HR 98x/m RR24 x/m SaO2 97%</p> <p>A : masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5,6,7 dilanjutkan</p>	<p>cairan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi pasien</li> <li>4. Memonitor hasil labor untuk terapi cairan pasien</li> <li>5. Memonitor tanda dan gejala edema</li> <li>6. Anjurkan untuk melakukan teknik breathing exercise</li> <li>7. Kolaborasi pemberian obat</li> </ol>	<p>dengan derajat 1, intake 800cc dan output 400cc TD 145/76 mmHg HR 87x/m RR26 x/m SaO2 96%</p> <p>A : masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5,6,7 dilanjutkan</p>
	<p>Intoleransi Aktivitas b/d kelemahan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Anjurkan tirah baring</li> <li>4. Berikan breathing exercise</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan badannya terasa lemah, sesak saat melakukan aktivitas</p> <p>O : klien tampak sesak, aktivitas terbatas, gelisah TD 156/94 mmHg HR 98 RR 24 SaO2 97%, skor FFS 40</p> <p>A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan</p>	<p>Intoleransi Aktivitas b/d kelemahan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Anjurkan tirah baring</li> <li>4. Berikan breathing</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan badannya terasa lemah, sesak saat melakukan aktivitas</p> <p>O : klien tampak sesak, aktivitas terbatas, gelisah TD 145/76 mmHg HR 87 RR 26 SaO2 96%, skor FFS 43</p> <p>A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : intervensi</p>

	<p>5. Sediakan lingkungan yang nyaman</p> <p>6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</p>		<p>exercise</p> <p>5. Sediakan lingkungan yang nyaman</p> <p>6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</p>	1,2,3,4,5,6 dilanjutkan
27 mei 2023	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas)</li> <li>2. Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>3. Memberikan posisi semi fowler atau fowler</li> <li>4. Mengajarkan teknik breathing exercise untuk mengurangi sesak dan mengurangi kelelahan</li> <li>5. Berikan O2 sesuai kebutuhan</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan sesak sudah berkurang dengan latihan pernapasan, kelelahan sudah mulai berkurang, namun nafsu makan menurun</p> <p>O : klien masih tampak lelah, masih nampak sesak, gelisah dan tampak lemah. TD : 163/94 mmHg, HR 101 x/m RR 22x/m SaO2 96%.</p> <p>A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dilanjutkan</p>	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas)</li> <li>2. Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>3. Memberikan posisi semi fowler atau fowler</li> <li>4. Mengajarkan teknik breathing exercise untuk mengurangi sesak dan mengurangi kelelahan</li> <li>5. Berikan O2 sesuai kebutuhan</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan sesak sudah mulai berkurang, namun masih sulit untuk tidur, saat ini klien mengeluhkan badannya terasa lemah</p> <p>O : klien masih tampak sesak, gelisah dan tampak lemah. TD : 120/60 mmHg, HR 73 x/m RR 23x/m SaO2 97%.</p> <p>A : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dilanjutkan</p>
	Risiko perfusi serebral	S : klien mengatakan	Perfusi perifer tidak	S : pasien mengatakan

	<p>tidak efektif b/d hipertensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK</li> <li>2. Monitor asupan dan keluaran</li> <li>3. Memposisikan klien tirah baring</li> <li>4. Memberikan terapi farmakologi (Lasix)</li> <li>5. Memberikan terapi non farmakologi (breathing exercise)</li> <li>6. Mengajarkan klien untuk istirahat yang cukup dan fasilitasi lingkungan yang nyaman dan aman</li> </ol>	<p>pusing sudah mulai berkurang, tidak ada lagi mual, tidur malam cukup, klien mengeluhkan dirinya merasa cemas</p> <p>O : klien tampak masih lelah, adl terbatas TD 163/91 mmHg, RR 101 x/m, RR 22m/m, SaO2 96%</p> <p>A : Masalah risiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2, 3, ,4, 5, 6 dilanjutkan.</p>	<p>efektif b/d penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler)</li> <li>2. Memonitor nyeri atau bengkak pada ekremitas</li> <li>3. Memonitor Hb</li> <li>4. Mengajarkan untuk mengompres bagian yang udem</li> <li>5. Mengajarkan klien breathing exercise atau latihan pernapasan</li> <li>6. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter</li> </ol>	<p>lelah sudah mulai berkurang, kaki masih sulit untuk digerakan karna bengkak/udem, pusing</p> <p>O : bibir tampak pucat, adl terbatas ditempat tidur Td 120/60 mmHg, HR 73 x/m RR 23 x/m SaO2 99% HB 8,9 g/dl</p> <p>A : masalah perfusi perifer teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan</p>
	<p>Intoleransi Aktivitas b/d kelemahan :</p> <p>Intoleransi Aktivitas b/d kelemahan :</p>	<p>S : klien mengatakan badannya terasa lemah, sesak saat melakukan aktivitas</p>	<p>Intoleransi Aktivitas b/d kelemahan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan badannya terasa lemah, sesak saat melakukan aktivitas</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Anjurkan tirah baring</li> <li>4. Berikan breathing exercise</li> <li>5. Sediakan lingkungan yang nyaman</li> <li>6. Lakukan latihan rentang gerak pasif</li> </ol>	<p>O : klien tampak sesak, aktivitas terbatas, gelisah TD 163/91 mmHg HR 101 RR 22 SaO2 96%, skor FFS 38</p> <p>A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan</p>	<p>tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Anjurkan tirah baring</li> <li>4. Berikan breathing exercise</li> <li>5. Sediakan lingkungan yang nyaman</li> <li>6. Lakukan latihan rentang gerak pasif</li> </ol>	<p>O : klien tampak sesak, aktivitas terbatas, gelisah TD 120/60 mmHg HR 73 RR 23 SaO2 97%, skor FFS 39</p> <p>A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan</p>
28 mei 2023	<p>Hipovolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>2. Memonitoring intake dan output cairan pasien</li> <li>3. Memonitor masukan makan dan minum yang dikonsumsi</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan lelah sudah mulai berkurang, bibir kering, kaki dan tangan nya bengkak</p> <p>O : kurang tidur, udem pada kaki dan tangan klien dengan derajat 1, intake 800cc dan output 350cc TD 140/80 mmHg HR 90x/m RR23 x/m SaO2 98%</p>	<p>Hipovolemia b/d gangguan mekanisme regulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>2. Memonitoring intake dan output cairan pasien</li> <li>3. Memonitor masukan makan dan minum yang</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan bengkak pada kaki dan tangan mulai berkurang</p> <p>Klien mengeluhkan sering merasa haus</p> <p>O : tampak udem pada kaki pasien berkurang saat ini pasien mendapat terapi infus NaCl 0.9 %. Intake 750cc output 400cc TD 125/80 mmHg, HR 80</p>

	<p>pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memonitor hasil labor untuk terapi cairan pasien</li> <li>5. Memonitor tanda dan gejala edema</li> <li>6. Anjurkan untuk melakukan teknik breathing exercise</li> </ol>	<p>A : masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5,6, dilanjutkan</p>	<p>dikonsumsi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memonitor hasil labor untuk terapi cairan pasien</li> <li>5. Memonitor tanda dan gejala edema</li> <li>6. Anjurkan untuk melakukan teknik breathing exercise</li> </ol>	<p>x/m, RR 21x/m SaO<sub>2</sub> 98%</p> <p>A : masalah hipervolemia teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan</p>
	<p>Intoleransi Aktivitas b/d kelemahan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Anjurkan tirah baring</li> <li>4. Berikan breathing exercise</li> <li>5. Sediakan lingkungan yang nyaman</li> <li>6. Lakukan latihan rentang gerak pasif</li> </ol>	<p>S : klien mengatakan badannya sudah bertenaga tapi masih terasa lemah, sesak saat melakukan aktivitas</p> <p>O : sesak berkurang, aktivitas terbatas, gelisah TD 140/80 mmHg HR 90 RR 23 SaO<sub>2</sub> 98%, skor FFS 35</p> <p>A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan</p>	<p>Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas)</li> <li>2. Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>3. Memberikan posisi semi fowler atau fowler</li> <li>4. Mengajarkan teknik breathing exercise untuk mengurangi sesak dan mengurangi kelelahan</li> <li>5. Berikan O<sub>2</sub> sesuai</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan sesak sudah mulai berkurang, namun masih sulit untuk tidur,</p> <p>O : klien gelisah dan tampak lemah. TD : 125/80 mmHg, HR 80 x/m RR 21x/m SaO<sub>2</sub> 98%.</p> <p>A : masalah pola napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dilanjutkan</p>

			kebutuhan	
			<p>Intoleransi Aktivitas b/d kelemahan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Anjurkan tirah baring</li> <li>4. Berikan breathing exercise</li> <li>5. Sediakan lingkungan yang nyaman</li> </ol> <p>Lakukan latihan rentang gerak pasif</p>	
29 mei 2023			Klien pindah ke Ambun Pagi (Aster 10)	

## B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini akan membahas kesinambungan antara teori dengan kasus asuhan keperawatan pada pasien *Chronik Kidney Disease* (CKD) dengan inovasi breathing exercise untuk menurunkan tingkat kelelahan. 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. R berumur 58 tahun pekerjaan ibu rumah tangga dengan tingkat pendidikan SMA, dan Tn. H berumur 65 tahun seorang pensiunan PNS dengan pendidikan terakhir D3. Klien 1 berjenis kelamin perempuan dan klien 2 berjenis kelamin laki – laki. Menurut (Kementerian Kesehatan RI 2018) Prevalensi CKD menurut jenis kelamin, banyak terjadi pada laki – laki sebesar (0,3%) dari perempuan (0,2%). Kedua klien berumur diatas 30 tahun, hal ini sesuai dengan catatan Riskesdas 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 (0,5%), dan tertinggi pada kelompok umur diatas 75 tahun (0,6%).

Kasus pada Ny. R dan Tn. H dengan keluhan edema pada ekstremitas, urin sedikit, badan terasa lelah dan sesak napas merupakan keluhan utama pada pasien CKD yang dirasakan sebelum dibawa kerumah sakit. Keluhan tersebut sesuai dengan teori (Muttaqin & Sari, 2019) bahwa pasien CKD biasanya didapatkan keluhan yang bervariasi, mulai dari urine keluar sedikit sampai tidak keluar sama sekali, gelisah sampai penurunan

kesadaran, tidak selera makan (anoreksia), mual, muntah, lelah, napas bau dan gatal pada kulit.

Saat dilakukan pengkajian keperawatan gawat darurat pada kedua klien, didapatkan masalah pada breathing ( fungsi pernapasan) yaitu pada klien Ny. R frekuensi napas 27x/menit, terdapat otot bantu napas, SpO<sub>2</sub> 97%. Klien terpasang nasal kanul dan pada Tn. H frekuensi napas 29x/menit, ada retraksi otot bantu napas, SpO<sub>2</sub> 94%, klien terpasang NRM 10l/menit. Hasil pengkajian ini sesuai dengan teori (Smeltzer & Bare, 2015) anoreksia, mual muntah dan pendarahan merupakan salah satu tanda dan gejala yang terjadi pada gastrointestinal terhadap perubahan fisiologis yang dipengaruhi oleh uremia dalam darah pada pasien CKD.

Pada riwayat kesehatan dahulu, kedua partisipan sama-sama memiliki riwayat hipertensi. Ny. R diketahui memiliki riwayat hipertensi semenjak 5 tahun yang lalu dan Tn. H semenjak 10 tahun yang lalu. Berdasarkan hasil pengkajian, kedua partisipan sama-sama suka mengkonsumsi makanan bersantan dan berminyak yang dapat menjadi salah satu faktor munculnya riwayat Hipertensi. Dari hasil pengkajian didapatkan hasil tekanan darah Ny. R 156/94 mmHg dan Tn. H 145/76 mmHg. Kedua klien sebelumnya juga pernah dirawat dengan diagnosa CKD.

Hasil pengkajian tersebut sesuai dengan teori (Prince & 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 & 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 klien adalah riwayat hipertensi yang tidak terkontrol. Selain riwayat hipertensi Tn. H juga pernah sebelumnya dirawat dan harus dilakukan cuci darah namun Tn. Dan keluarga menolak dan pulang paksa.

Perubahan pola eliminasi (BAK) juga dialami oleh kedua klien. 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 di dalam tubuh (Muttaqin 2014). Hasil pemeriksaan pada Ny. R adalah Hemoglobin : 13.3 g/dl. Leukosit  $7.02 \text{ mm}^3$ . Trombosit  $177 \text{ mm}^3$ . Eritrosit  $4.66 \cdot 10^6$ . Neutrofil batang 0,00 %. Neutrofil segmen 78%. Limfosit 11 %. Ureum darah 319 mg/dl. Kreatinin darah 14.7 mg/dl. Kolestrol-HDL 18 mg/dl. Natrium 130 mmol. Klorida 96 mmol. Sedangkan pada Tn. H Hemoglobin 7.7 g/dl. Leukosit  $14.08 \text{ mm}^3$ . Hematokrit 25%. MCV 75%. MCHC 31%. Ureum darah 171 mg/dl. Kreatinin darah 9.1 mg/dl. Natrium 134 mmol. Albumin 3.7 g/dl. Total protein 6.4 g/dl.

Dari kedua hasil labor tersebut didapatkan Tn. H mengalami anemia, menurut (Smeltzer & 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 pasien CKD kadar ureum dan kreatinin dalam darah meningkat akibat penuruna fungsi glomelurus 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 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 & 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. R dan Tn H dimanifestasikan dengan adanya keluhan sesak napas, pernapasan >24x/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 perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang disebabkan oleh defisiensi hormon eritropoietin, dikarenakan ginjal tidak dapat memproduksi eritropoietin yang cukup (jurnal). Dimana dibuktikan dengan klien 2 mengalami penurunan konsentrasi hemoglobin, klien 2 Hb : 7,7 gr/dl.

Diagnosa ketiga 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 klien 1 dan 2 mengeluh sesak napas, edema di bagian ekstremitas atas dan bawah.

Diagnosa keempat yang ditegakan yaitu intoleransi aktivitas berhubungan

dengan kelemahan. CKD adalah ketidakmampuan ginjal mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh akibat sindrom uremik. Keadaan ini menyebabkan osteodistrofi ginjal yang berpengaruh pada jaringan otot dan kelemahan fisik (Iqbal, 2020).

### 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 *breathing exercise*, 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*.

Intervensi yang selanjutnya pada diagnosa yang keempat yaitu Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Dengan sesak napas yang dialami klien dan kekurangan asupan cairan atau dehidrasi akan membuat penderita CKD mengalami kelelahan. Untuk mengatasi kelelahan maka salah satu intervensi yang diberikan yaitu dengan teknik breathing exercise.

Pada kedua partisipan dilakukan pemberian teknik breathing exercise guna menurunkan tingkat fatigue. Sesuai yang dilakukan oleh (Djamaludin, Safriany, and Sari 2021) yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terhadap penurunan tingkat fatigue pada responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi breathing exercise.

Breathing Exercise merupakan teknik yang digunakan untuk mengurangi fatigue. Secara fisiologis, breathing exercise akan menstimulasi sistem saraf parasimpatik sehingga meningkatkan produksi endorpin, menurunkan heart rate, meningkatkan ekspansi paru sehingga dapat berkembang maksimal, dan otot-otot menjadi rileks (Djamaludin, Safriany, and Sari 2021).

Menurut peneliti dalam penyusunan rencana atau intervensi keperawatan yang dilakukan pada kedua klien tidak terdapat kesenjangan antara kedua teori dan kasus yang ditemukan dalam penetapan intervensi yang akan dilakukan. Penyusunan perencanaan keperawatan yang dibutuhkan oleh klien dalam upaya pemulihan derajat kesehatan klien.

#### 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 pelaksanaan 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 ditulis oleh perawat yang sedang dinas.

Pada masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas implementasi yang dilakukan adalah manajemen jalan napas : memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), memonitor sputum (warna, bau, aroma), melakukan breathing exercise 3 kali sehari dari pagi – sore selama 15 menit, berikan oksigen 3l/m dengan nasal kanul, 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, kaji tingkat kelelahan klien menggunakan tabel FSS didapatkan hasil 40, 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.

Pada masalah Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang telah dilakukan yaitu Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan emosional, menganjurkan tirah baring, memberikan breathing exercise 3 kali dalam sehari selama 15 menit pagi – sore, menyediakan lingkungan yang nyaman, melakukan latihan rentang gerak pasif.

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 3 hari. Pada klien 1 dan klien 2 dilakukan implementasi dan evaluasi pada tanggal 26 – 29 Mei 2023. Dengan masalah pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas pada hari ke tiga terdapat penurunan pada klien 1 dari skor 40 menjadi 35, dan pada klien 2 dari skor

43 menjadi 38.

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 ketiga terhadap klien 2 bahwa terdapat peningkatan yaitu oksigen ke jaringan didapatkan akral kedua partisipasi teraba hangat nadi tidak lambat dan CRT <2 detik, dan didapatkan peningkatan hemoglobin dari klien 2 yaitu dari 7,7 menjadi 10,1 g/dl.

Jadi pada kasus hasil evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari yaitu dengan evaluasi berdasarkan SIKI. Hasil yang tercapai pada klien 1 status pernapasan membaik, hipervolemia membaik, intoleransi aktivitas membaik. Pada klien 2 hasil yang dicapai yaitu status pernapasan membaik, intoleransi aktivitas membaik.

## 6. Analisis Penerapan EBN

### a. Implikasi

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

Pada karya tulis akhir ini peneliti memfokuskan pada penelitian breathing exercise dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD untuk mengurangi tingkat fatigue, dimana hasil beberapa penelitian yang mendukung sebagai berikut :

Penanganan yang dapat dilakukan selain dari pemberian terapi farmakologi untuk mengurangi fatigue dapat juga dilakukan terapi nonfarmakologi dalam bentuk exercise. Pemberian breathing exercise secara fisiologis akan mengaktivasi kerja sistem saraf parasimpatis dan memanipulasi hipotalamus pada saat rileks sehingga akan menghasilkan frekuensi gelombang alpha pada otak dan dapat menekan pengeluaran hormon karsitol, epinefrin dan norepinefrin maka terjadi vasodilatasi pembuluh darah sehingga akan memberikan efek relaksasi otot (Fari, Sofiani & Warongan, 2019).

Saat melakukan breathing exercise, oksigen mengalir ke dalam pembuluh darah dan seluruh jaringan tubuh, membuang racun dan sisa metabolisme yang tidak terpakai, meningkatkan metabolisme dan memproduksi energi.

Breathing exercise merupakan salah satu teknik relaksasi yang mudah dilakukan, mudah dipelajari, tidak membahayakan dan tidak memerlukan biaya besar. Oleh karena itu perawat dapat mengajarkan breathing exercise pada pasien sehingga dapat menurunkan level fatigue (Listiana et al. 2023).

Menurut asumsi penulis terkait intervensi breathing exercise dalam menurunkan tingkat kelelahan, bahwa hal ini menunjukkan breathing exercise merupakan terapi yang efektif dalam menurunkan tingkat kelelahan. breathing exercise dapat dilakukan dirumah untuk mengurangi kelelahan tanpa adanya efek samping. Adapun keterbatasan studi dalam penelitian ini yaitu studi hanya berfokus pada tingkat kelelahannya saja tidak memberikan gambaran yang lebih luas tentang masalah keperawatan pasien secara keseluruhan.

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penerapan breathing exercise dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD untuk menurunkan tingkat fatigue diruang Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 terhadap 2 klien, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan yaitu klien1 berinisial Ny. R masuk RSUP DR. M. Djamil padang melalui IGD dirujuk dari RSUD Bangko Jambi pada tanggal 18 Mei 2023, dengan keluhan sesak napas sebelum masuk rumah sakit, sesak tidak dipengaruhi oleh aktifitas, cuaca dan makanan. Lemah letih sejak 1 minggu yang lalu, keluarga mengatakan nafsu makan Ny. R menurun sejak 1 minggu yang lalu. BAK berkurang sejak pertama dirawat dan badan terasa lemah. Tn. H masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 21 mei 2023. Dengan keluhan sesak napas yang semakin meningkat sejak 1 hari yang lalu. Sesak sudah dirasakan sejak 3 hari yang lalu, sesak tidak dipengaruhi aktivitas, cuaca dan makanan. Demam sejak 3 hari yang lalu. Lemah, Pasien sudah dikenal dengan CKD pada rawatan sebelumnya, dianjurkan untuk HD namun pasien dan keluarga menolak.
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 penurunan konsentrasi hemoglobin. Pada Karya Tulis Akhir ini, peneliti menegaskan satu diagnosis prioritas yaitu intoleransi aktivitas.
3. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan yaitu sesuai dengan SIKI, SLKI dan didukung oleh Intervensi Evidence Based Nursing (EBN) yang diterapkan oleh peneliti yaitu toleransi aktivitas, terapi

oksigen dan breathing exercise.

4. Implementasi keperawatan diberikan pada kedua pasien selama 3 hari, evidence base nursing yang diterapkan yaitu breathing exercise
5. Setelah diberikan intervensi selama 3 hari evaluasi menunjukkan adanya penurunan tingkat fatigue dengan breathing exercise
6. Setelah penerapan intervensi breathing exercise diberikan kepada kedua klien, di dapatkan breathing exercise efektif dalam mengurangi tingkat fatigue pada pasien CKD.

## **B. Saran**

### **1. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang**

Melalui direktur RSUP Dr. M. Djamil padang diharapkan hasil karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan bagi perawat ruangan Interne RSUP Dr. M. Djamil padang untuk menerapkan Breathing Exercise dalam mengatasi fatigue pada pasien CKD

### **2. Bagi pengembang 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 breathing exercise untuk mengurangi tingkat fatigue dalam asuhan keperawatan pada pasien CKD dapat digunakan oleh institusi pendidikan untuk proses pembelajaran.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Sevrima, and Zurayya Fadila. 2022. "Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Dialisis Di Asia Tenggara : A Systematic Review." *Hearty* 11(1): 77.
- Djamaludin, Djunizar, Rini Safriany, and Rika Yulenda Sari. 2021. "PENGARUH BREATHING EXERCISE TERHADAP LEVEL FATIGUE PASIEN HEMODIALISIS." *malahayati nursing jurnal* VOLUME 3,(P-ISSN: 2655-2728 E-ISSN: 2655-4712).
- Dr. Wawan Kurniawan, S.K.M.M.K.A.A.S.K.M.M.K.M. 2021. *Metodologi Penelitian Kesehatan Dan Keperawatan ; Buku Lovrinz Publishing*. LovRinz Publishing.
- Elly Nurachmah, Ratna S. Sudarsono. 2018. *Prosedur Keperawatan Medikal - Bedah*. egc.  
[https://www.google.co.id/books/edition/Prodsedur\\_Keperawatan\\_Medikal/UHkM0R1bq2IC?hl=id&gbpv=0](https://www.google.co.id/books/edition/Prodsedur_Keperawatan_Medikal/UHkM0R1bq2IC?hl=id&gbpv=0).
- FIRDAUS, M M. 2021. *METODOLOGI PENELITIAN KUANTITATIF; DILENGKAPI ANALISIS REGRESI IBM SPSS STATISTICS VERSION 26.0*. CV. DOTPLUS Publisher.
- Gilad, James. 2015. *Pereda Nyeri*. ed. Gilad James. gilad james mystery scholl.
- Hutabarat, Julianus. 2021. *Dasar Dasar Pengetahuan Ergonomi*. surabaya: media nusa creative.
- Irawati, Diana et al. 2023. "PERUBAHAN FISIK DAN PSIKOSOSIAL MEMPENGARUHI KUALITAS HIDUP PASIEN HEMODIALISIS." *Jurnal Ilmiah Keperawatan* Vol 9, No(2477-4391).  
<https://www.journal.stikespemkabjombang.ac.id/index.php/jikep/article/view/1426/870>.
- Jager, Kitty J et al. "A Single Number for Advocacy and Communication-Worldwide More than 850 Million Individuals Have Kidney Diseases." [www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures](http://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures) (May 14, 2023).
- Jhamb, Manisha, Steven D. Weisbord, Jennifer L. Steel, and Mark Unruh. 2018.

“Fatigue in Patients Receiving Maintenance Dialysis: A Review of Definitions, Measures, and Contributing Factors.” *American Journal of Kidney Diseases* 52(2): 353–65.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272638608008780>  
 (May 14, 2023).

Kementerian Kesehatan RI. 2018. “Laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS).” *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*: 198.  
[http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan\\_Nasional\\_RKD2018\\_FINAL.pdf](http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf) (January 24, 2022).

Kurniawan, Wawan, and Aat Agustini. 2021. *Metodologi Penelitian Kesehatan Dan Keperawatan*. Jawa Barat: Rumah Pustaka.

Listiana, Devi et al. 2023. “PENGARUH BREATHING EXERCISE TERHADAP FATIGUE PADA PASIEN HEMODIALISA DI RSUD DR.SOBIRINKOTA LUBUK LINGGAU.” *Jurnal Kesehatan Tambusai* 4, Nomor 2(2774–5848).  
<https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jkt/article/view/13913/11403>

Muttaqin, Arif. 2014. *Gangguan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler Dan Hematologi*. Jakarta: Salemba medika.

Nair, Muralitharan, and Ian Peate. 2022. *Dasar-Dasar Patofisiologi Terapan Edisi Kedua Pandung Penting Untuk Mahasiswa Keperawatan Dan Kesehatan*. eds. Yanita Nur Indah Sari and Restu damayanti. jakarta: Bumi Medika.  
[https://www.google.co.id/books/edition/Dasar\\_Dasar\\_Patofisiologi\\_Terapan\\_Edisi/k2FIEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0](https://www.google.co.id/books/edition/Dasar_Dasar_Patofisiologi_Terapan_Edisi/k2FIEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0).

Nuari, Nian Afriani, and Dhina Widayati. 2017. *Gangguan Pada Sistem Perkemihan & Penatalaksanaan Keperawatan - Google Books*.  
[https://www.google.co.id/books/edition/Gangguan\\_Pada\\_Sistem\\_Perkemihan\\_Penatalaksanaan/EbDWDgAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=asuhan+keperawatan+klien+dengan+gangguan+sistem+perkemiah&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Gangguan_Pada_Sistem_Perkemihan_Penatalaksanaan/EbDWDgAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=asuhan+keperawatan+klien+dengan+gangguan+sistem+perkemiah&printsec=frontcover) (June 1, 2023).

Nusdin. 2020. *KEPERAWATAN GAWAT DARURAT*. ed. safirah diah. surabaya.  
[https://www.google.co.id/books/edition/KEPERAWATAN\\_GAWAT\\_DARURAT/5yLkDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1](https://www.google.co.id/books/edition/KEPERAWATAN_GAWAT_DARURAT/5yLkDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1).

Pertiwi, Ria Astarina, and Dyah Restuning Prihati. 2020. “Penerapan Slow Deep Breathing Untuk Menurunkan Kelelahan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik.”

*Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan* 4(1): 14–19.

- Rohaeti et al. 2020. “OBSERVASI LATIHAN RELAKSASI NAFAS PADAPASIEN CHRONIC KIDNEY DISEASES DENGAN FATIGUE.” *jurnal perawat indonesia* Volume 4 N(2548-7051 p-ISSN2714-6502).
- Salamah<sup>1</sup>, Nurul Ani et al. 2021. “PENERAPAN PURSED LIPS BREATHING TERHADAP FATIGUE PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK.” *Jurnal Cendikia Muda* 2(4): 479–86. <https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/375> (May 15, 2023).
- Sinegar Trisa Cholina. 2020. Depublish Publisher *Buku Ajar Manajemen Komplikasi Pasien Hemodialisa*. <https://books.google.co.id/books?id=MjT4DwAAQBAJ> (May 18, 2023).
- Susianti, Hani. 2019. *Memahami Interpretasi Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Ginjal Kronis*. Indonesia, Malang: UB Press. [https://www.google.co.id/books/edition/Memahami\\_Interpretasi\\_Pemeriksaan\\_Labora/XnrRDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=0](https://www.google.co.id/books/edition/Memahami_Interpretasi_Pemeriksaan_Labora/XnrRDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=0).
- tim pokja pedoman spo keperawatan DPP PPNI. 2021. *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. JAKARTA SELATAN: ppni.
- Tohardi, A. 2019. *Pengantar Metodologi Penelitian Sosial + Plus*. Tanjungpura University Press.

## RIWAYAT HIDUP PENULIS



### A. Identitas Diri

Nama : Shendy Wira Putra  
 NIM : 223410956  
 Tempat/Tanggal Lahir : Padang / 4 Maret 2000  
 Jenis Kelamin : Laki-laki  
 Agama : Islam  
 Status Perkawinan : Belum Kawin  
 Nama Orang Tua  
 Ayah : Alm. Wempi  
 Ibu : Ramadhanita  
 Anak ke : 2 dari 3 bersaudara  
 Alamat : Jl. Dr. Sutomo No. 89 C Kubu Marapalam Kec.  
 Padang Timur  
  
 No. Hp/ Email : 08997632602 / [shendywiraputra@gmail.com](mailto:shendywiraputra@gmail.com)

### B. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun
1	SDN 03 Simp. Haru Padang	2006-2012
2	SMPN 33 Kota Padang	2012-2015
3	SMA PERTIWI 1 Kota Padang	2015-2018
4	Sarjana Terapan Keperawatan-Ners Poltekkes Kemenkes Padang	2018-2022

**GANCHART KARYA TULIS AKHIR PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
TAHUN 2023**

No	Kegiatan	Pra Magang		Magang (15 Mei- 3 Juni 2023)			5 Juni- 10 Juni 2023	Ujian KTA (12- 24 Juni 2023)	16 Juni- 30 Juni 2023
		Maret - April 2023	April 2023	Minggu I	Minggu II	Minggu III			
1	Pembahasan Revisi Panduan KTA								
2	Penentuan Kuota Kasus Dan Pembimbing KTA								
3	Konsultasi Jurnal/ Artikel EBN								
4	Konsultasi dan penyusunan BAB I, II, III								
5	Pelaksanaan/ Penerapan EBN pada kasus								
6	Penyusunan BAB IV (gambaran kasus dan pembahasan)								
7	Penyusunan BAB V								
8	Pendaftaran sidang KTA								
9	Sidang KTA								
10	Revisi laporan sidang KTA								

11	Pembuatan Manuskrip hasil KTA								
12	Pengumpulan Laporan KTA ke prodi								

**DOKUMENTASI**



## SOP BREATHING EXERCISE



### STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL LATIHAN PERNAPASAN / BREATHING EXERCISE

OLEH

NAMA : SHENDY WIRA PUTRA

NIM : 223410956

Perseptor Akademik

Perseptor Klinik

(Ns. Hendri Budi, M. Kep, Sp.MB)

(Ns. Magdalena, S. Kep)

PRODI PROFESI NERS  
POLTEKKES KEMENKES PADANG

2023

## STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

## LATIHAN PERNAPASAN / BREATHING EXERCISE

Definisi	Memfasilitasi dalam mempertahankan pernapasan spontan untuk memaksimalkan pertukaran gas di paru dan meningkatkan kenyamanan.
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta mengurangi kerja pernapasan</li> <li>b. Meningkatkan inflasi alveolar maksimal, relaksasi otot dan menghilangkan ansietas</li> <li>c. Mencegah aktivitas otot pernapasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas.</li> </ul>
Indikasi dan Kontraindikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Indikasi Breathing Exercise dapat diberikan kepada seluruh penderita dengan status pasien yang hemodinamik stabil, pasien CHF NYHA II – III dan CKD</li> <li>b. Kontraindikasi Klien yang mengalami perubahan kondisi nyeri berat, sesak napas berat dan emergency</li> </ul>
Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap dan tanggal</li> </ul>

	<p>lahir dan atau nomor MR</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur</li> <li>c. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</li> <li>d. Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas</li> <li>e. Sediakan tempat yang tenang dan nyaman</li> <li>f. Posisikan pasien nyaman dan rileks</li> <li>g. Anjurkan memposisikan satu tangan di dada dan satu tangan diperut</li> <li>h. Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian hembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik</li> <li>i. Pasrikan dinding dada mengembang saat inspirasi</li> <li>j. Anjurkan mengulangi latihan napas sebanyak 2-10 kali</li> <li>k. Rapikan pasien dan alat – alat yang digunakan</li> <li>l. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah</li> <li>m. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien</li> </ol>
--	---

#### Referensi

PPNI (2021) Pedoman Standar Operasional keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

## Latihan Pernapasan atau Breathing Exercises untuk mengatasi kelelahan

Latihan pernapasan atau breathing exercises adalah memfasilitasi dalam mempertahankan pernapasan spontan untuk memaksimalkan pertukaran gas di paru dan meningkatkan kenyamanan.



Penerapan Breathing exercise pada pasien chronic kidney disease dalam menghadapi fatigue (kelelahan)



Nama : Shendy Wira  
Putra

Nim : 223410956



## Tujuan

Tujuan dari latihan pernapasan ini adalah :

1. Untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta mengurangi kerja pernapasan
2. Meningkatkan relaksasi otot dan menghilangkan ansietas (kecemasan pada pasien)
3. Mencegah aktifitas otot pernapasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas.

## Indikasi

Latihan pernapasan atau breathing exercise dapat diberikan kepada seluruh penderita dengan status pasien yang hemodinamik stabil, pasien yang mengalami kelelahan, pasien CHF NYHA II – III dan pasien CKD.

## Kontraindikasi!!

---

Pasien yang mengalami perubahan kondisi nyeri berat sesak napas berat dan emergency

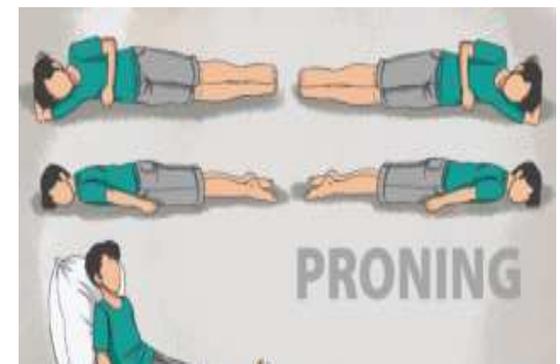
## Prosedur

---

- Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama & tanggal lahir)

## Prosedur

- Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas
- Sediakan tempat yang tenang dan nyaman
- Anjurkan memposisikan satu tangan di dada dan satu tangan di perut
- Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian hembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik
- Anjurkan mengulangi latihan napas sebanyak 2 – 10 kali



## LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Usia :

Alamat :

Setelah mendapatkan informasi tentang penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Keperawatan Politeknik Kesehatan Padang bernama Shendy Wira Putra dengan judul “Penerapan breathing exercise pada pasien Chronic Kidney Disease dalam mengurangi Fatigue di Ruang Internal RSUP DR.M.Djamil Padang”, menyatakan bersedia menjadi responden penelitian.

Saya memahami betul bahwa penelitian ini tidak berakibat negative terhadap diri saya, oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Padang, .....

Responden

Peneliti

( )

(Shendy Wira Putra)

**LEMBAR KONSULTASI/ BIMBINGAN SKRIPSI  
PRODI PENDIDIKAN PROFESI-NERS  
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama Mahasiswa : Shandy Wira Putra  
 NIM : 223410956  
 Pembimbing : NS. Hendri Budi M.kep Sp.MB  
 Judul KTA :

Bimbingan ke	Hari/Tanggal	Uraian Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	11/05-23	ace judul KTA	JHB
II	05/06-23	perbaiki bab I, lengkapi net sebelumnya	JHB
III	07/06-23	perbaiki bab I. lengkapi landasan teori & uraian awal	JHB
IV	12/06-23	perbaiki bab II, tambahkan referensi Breaking exercise	JHB
V	13/06-23	perbaiki bab II, analisis jurnal	JHB
VI	13/06-23	perbaiki bab III, perbaiki metode	JHB
VII	14/06-23	perbaiki hasil, pembahasan usulan	JHB
VIII	16-06/23	perbaiki abstrak, ketik rapi	JHB
IX	16/06-23	acc sidang KTA	JHB