



Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan CKD (Chronic Kidney Disease) Di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024

M.Jihan Abadi¹, Muhammad Nurman²
Program Studi Diploma Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan,
Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai
jihanabadi452@gmail.com, m.nurman311277@gmail.com

ABSTRAK

Gagal ginjal kronik (CKD) merupakan suatu kondisi dimana terdapat penurunan fungsi ginjal karena adanya parenkim ginjal yang bersifat kronik dan *irreversible* dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) < 60 mL/ menit dalam waktu 3 bulan atau lebih, sehingga tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit, yang menyebabkan uremia. Tujuan penelitian ini adalah mengkaji sampai melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD di ruang Pejuang RSUD Bangkinang tahun 2024. Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif yang berbentuk studi kasus. Subjek pada laporan kasus adalah Ny. N yang berusia 24 tahun dengan CKD di ruang Pejuang RSUD Bangkinang yang dilakukan selama 3 hari pada tanggal 12 sampai 14 Juni 2024. Data yang didapatkan dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada saat pengkajian klien merasakan sejak seminggu yang lalu merasakan demam disertai mual dan muntah, badan terasa lemah, nafsu makan berkurang dan pasien mengatakan adanya nyeri dibagian ulu hati, disertai sesak napas, kepala sakit. Peneliti menegakkan masalah utama dengan diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan neuromuskuler. Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama tiga hari pada klien yaitu masalah teratasi. Harapan peneliti dari penulisan laporan hasil studi kasus ini sebagai referensi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gagal ginjal kronis.

Kata Kunci : asuhan Keperawatan, *Chronic Kinney Diseasa* (CKD), pola nafas tidak efektif

ABSTRACT

Chronic renal failure (CKD) is a condition where there is a decrease in kidney function due to chronic and irreversible renal parenchyma with a glomerular filtration rate (LFG) < 60 mL / minute within 3 months or more, so that the body fails to maintain metabolism and electrolyte fluid balance, which causes uremia. The purpose of this study was to assess the implementation of nursing care for patients with CKD in the Pejuang room of Bangkinang Hospital in 2024. This research method uses a descriptive research design in the form of a case study. The subject of the case report is Mrs. N who is 24 years old with CKD in the Pejuang room of Bangkinang Hospital which was carried out for 3 days on June 12 to 14, 2024. Data obtained by interview, physical examination and supporting examination. At the time of assessment, the client felt a fever since a week ago accompanied by nausea and vomiting, the body felt weak, the appetite was reduced and the patient said there was pain in the solar plexus, accompanied by shortness of breath, headache. Researchers established the main problem with the nursing diagnosis of ineffective breathing patterns associated with neuromuscular. After three days of nursing implementation on the client, the problem was resolved. The researcher hopes that the writing of this case study report will serve as a reference in providing nursing care to patients with chronic renal failure.

Keywords : Nursing care, *Chronic Kidney Diseasa* (CKD), ineffective breathing patterns

Corresponding author :
Address : Batu Belah, Kec. Kampar
Email : jihanabadi452@gmail.com
Phone : 082284432595

ISSN 2985-4822 (Media Online)

PENDAHULUAN

Chronic Kidney Disease (CKD) atau yang biasa disebut dengan gagal ginjal kronik (GGK) adalah suatu kondisi dimana fungsi ginjal melemah bahkan rusak, yang berlangsung lebih dari tiga bulan dan ditandai dengan penurunan *glomerular filtration rate* (GFR) (Madania et al, 2022). CKD adalah suatu kondisi yang menjadi masalah kesehatan dunia dengan kemunculan kasus-kasus baru, angka kejadian dan angka kematian yang semakin meningkat (Fadhila, 2014).

Menurut *World health organization* (WHO) ditemukan 500 juta jiwa menderita penyakit ginjal kronis di dunia (Ramadhani et al., 2022). Pada tahun 2018 berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), prevalensi CKD di Indonesia yaitu sebesar 0,38 % dari keseluruhan populasi penduduk di Indonesia yang berjumlah 252. 124.458 jiwa .Pada tahun 2022, jumlah penyakit gagal ginjal kronik di Indonesia sebanyak 323 orang dimana 99 orang telah sembuh, 34 orang telah dirawat, dan 190 orang meninggal dunia. sedangkan Pada tahun 2018, menurut riset kesehatan dasar, sebanyak 25,57 % pasien CKD di provinsi Riau mendapat pengobatan hemodialisis. Sedangkan jumlah penderita CKD yang tercatat di RSUD Bangkinang tahun 2023 yaitu sebanyak 730 orang. Hal ini bisa dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1 jumlah diagnosa penyakit terbanyak di RSUD Bangkinang tahun 2023

Diagnosa	Kd Diagnosa	LK	PR	Jumlah Pasien	Presentase
Congestive Heart Failure	I50.0	629	474	1,103	12.11%
Essential (Primary) Hypertension	I10	456	543	997	10.94%
Senile Nuclear Cataract	H25.1	460	423	882	9.68%
Status Asthmaticus	J46	416	465	881	9.67%
Asthma, Unspecified	J45.9	345	527	872	9.57%
Astigmatism	H52.2	301	556	857	9.41%
Generalize Anxiety Disorder	F41.1	265	511	776	8.52%
Unstecified Renal Colic	N23	470	262	730	8.01%
Chronic Renal Failure, Unspecified	N18.9	21	25	46	22.09%
jumlah		4,580	4,536	9,111	100%

Sumber: RSUD Bangkinang

Masalah keperawatan dengan penyakit ginjal kronis (CKD) diantaranya volume cairan yang berlebihan, ketidakseimbangan nutrisi, gejala gastrointestinal yang menyebabkan kebutuhan tubuh tidak mencukupi, gejala dermatologis yang menyebabkan terganggunya integritas kulit, kurangnya pengetahuan, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, risiko infeksi dan perubahan proses berpikir (Martin, 2017).

Berdasarkan masalah dan kejadian diatas, maka peneliti memiliki dorongan untuk mengambil topik penelitian kasus dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024**”.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode yang meliputi data umum, data khusus, data subjektif, data objektif, serta menggunakan format asuhan keperawatan medical bedah. Penelitian ini dilakukan pada satu orang klien yang bernama Ny. N dengan CKD di ruangan Pejuang RSUD Bangkinang yang dilaksanakan selama 3 hari dari tanggal 12-14 Juni 2024.

Asuhan keperawatan yang dilakukan berpedoman pada proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut.

HASIL

Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Pasien bernama Ny. N, jenis kelamin perempuan, umur 24 tahun 3 bulan, tanggal lahir 17 februari 2001, alamat Sungai Abang Siabu, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, No RM 216343, tanggal pengkajian 12 Juni 2024, dengan diagnosis medik CKD. Pasien ke IGD Bangkinang jam 08:56 WIB dengan keluhan pasien mengatakan sesak napas dan kepala sakit dialami sejak malam sebelum masuk rumah sakit, napsu makan berkurang dan adanya penurunan berat badan, pasien juga mengatakan gelisah dan sulit tidur pasien juga mengalami sesak napas jika sedang berjalan, pada hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah (TD) 160/180 mmHg, nadi 110 x/m, pernapasan 25 x/m, suhu tubuh 36,6⁰C

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan terhadap pasien, didapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu : pola nafas tidak efektif b.d neoromuskular, deficit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme, defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi.

Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan yang peneliti lakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami Ny. N yaitu :

- a. Diagnosa pertama, pola nafas tidak efektif b.d hambatan napas dengan kriteria hasil dyspnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjang fase, ekspirasi menurun, frekuensi nafas membaik. Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI manajemen nutrisi yaitu:

- 1) Observasi
Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchikering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
- 2) Teraupetik
Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal), posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, jika perlu, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal, keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill, berikan oksigen, jika perlu.
Edukasi : ajarkan batuk efektif, **Kolaborasi** : kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

- b. Diagnosa kedua, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme dengan kriteria hasil porsi makan yang di habiskan meningkat, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, berat badan membaik, indeks massa tubuh membaik, nafsu makan membaik. Rencana tindakan keperawatan yang akan disusun untuk Ny.N yaitu :

- 1) Observasi
Identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- 2) Terapeutik
Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, fasilitasi menentukan pedoman diet, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, edukasi : ajarkan posisi duduk, jika mampu, ajarkan diet yang di programkan, **kolaborasi** : kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan.

- c. Diagnosa ketiga, Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran, kemampuan menjelaskan tentang topik meningkat, perilaku dengan pengetahuan meningkat, persepsi terhadap yang keliru menurun. Dengan intervensi Edukasi proses penyakit Rencana tindakan keperawatan yang akan disusun untuk Ny.N yaitu :

- 1) Observasi : identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Terapeutik: sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jawalkan pendidikan kesehatan
- 3) Edukasi : jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit, jelaskan tanda dan gejala yang timbul oleh penyakit, ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan.

Implementasi Keperawatan

- a. Hari pertama
Pola nafas tidak efektif b.d hambatan nafas: pasien mengatakan sesak dan sulit untuk bernapas disertai dengan batuk berdahak. Data objektif : pasien tampak sesak dan di sertai dengan batuk, pasien tampak pucat. TD: 160/180Mmhg, nadi :110 x/I, suhu tubuh: 36,6 C, frekuensi pernafasan : 25x/i. Action : memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), : mengajarkan batuk efektif, berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. Respon : data subjektif: pasien mengatakan sesak dan sulit untuk bernapas disertai dengan batuk berdahak. Data objektif: pasien tampak sesak dan di sertai dengan batuk, Pasien tampak pucat.

Defisit nutrisi : Pasien mengatakan badannya terasa lemas, nafsu makan berkurang dna di sertai mual muntah. **Data objektif** : Pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, mukosa bibir tampak kering dan sering muntah. TD : 160/180mmHg, Nadi : 110x/m, suhu tubuh : 36,6 C, frekuensi pernapasan : 22x/m. **Action**: mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, mengidentifikasi makanan

yang disukai, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, melakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, memfasilitasi menentukan pedoman diet, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, mengedukasi : mengajarkan posisi duduk jika mampu, mengajarkan diet yang di programkan, berkolaborasi : dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.

Respon : data subjektif : Pasien mengatakan badannya terasa lemas, nafsu makan berkurang dan di sertai mual muntah. **Data objektif** : Pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, mukosa bibir tampak kering dan sering muntah.

Defisit pengetahuan : **data subjektif**: pasien mengatakan deficit pengetahuan tidak mengetahui tentang penyakit yang diderita sekarang. Pasien mengatakan hanya menderita riwayat hipertensi. **data objektif**: pasien tampak bingung, pasien tampak tidak mengerti tentang penyakit yang diderita. TD: 160/180 MmHg, Nadi: 110x/m, suhu tubuh: 36,6°C, frekuensi pernafasan: 25x/m. Action: mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih sehat.: sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan, jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai Kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. menjelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat. Respon: **data subjektif**: pasien mengatakan deficit pengetahuan tidak mengetahui tentang penyakit yang diderita sekarang. Pasien mengatakan hanya menderita riwayat hipertensi. **Data objektif**: pasien tampak bingung, pasien tampak tidak mengerti tentang penyakit yang diderita.

b. Hari kedua

Pola nafas tidak efektif: Pasien mengatakan sesak berkurang, tapi masih di sertai batuk. **Data objektif**: Pasien terlihat tidak sesak lagi. TD: 130/80 MmHg, Nadi :95x/I, Suhu tubuh: 36,6 C, Frekuensi pernafasan : 23x/i. Action: Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), mengajarkan batuk efektif, berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. Respon: Data subjektif: Pasien mengatakan sesak berkurang, tapi masih di sertai batuk. Data objektif: Pasien terlihat tidak sesak lagi.

Defisit Nutrisi: **Data subjektif** :Pasien mengatakan badannya terasa lemas sudah berkurang, nafsu makan sudah mulai meningkat dan mual muntah sudah berkurang. **Data objektif** : Pasien tampak lemah sudah berkurang, pasien tampak pucat sudah mulai berkurang, dan muntah sudah jarang. TD : 160/180 mmHg, Nadi : 110x/m, Suhu tubuh : 36.6°C, Frekuensi pernapasan : 22x/m. Action: mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, melakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, memfasilitasi menentukan pedoman diet, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, mengedukasi : mengajarkan posisi duduk jika mampu, mengajarkan diet yang di programkan, berkolaborasi : dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. **Respon : Data subjektif** : Pasien mengatakan badannya terasa lemas sudah berkurang, nafsu makan sudah mulai meningkat dan mual muntah sudah berkurang. **Data objektif** : Pasien tampak lemah sudah berkurang, pasien tampak pucat sudah mulai berkurang, dan muntah sudah jarang.

Deficit pengetahuan: Pasien mengatakan mulai memahami tentang penyakit nya. **Data objektif**: pasien tampak tidak kebingungan lagi. TD : 130/80 mmHg, Nadi : 95x/m, Suhu tubuh : 36,6 C, Frekuensi pernapasan : 25x/m. Action: mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih sehat.: menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan, jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai Kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat. Respon: **Data subjektif**: Pasien mengatakan mulai memahami tentang penyakit nya. **Data objektif**: pasien tampak tidak kebingungan lagi.

c. Hari ketiga

Pola nafas tidak efektif: Pasien mengatakan sudah tidak sesak, **Data objektif** : pasien terlihat tidak sesak lagi, TD: 121/77 mmHg, Nadi :96 x/i, Suhu tubuh: 36,6°C, frekuensi pernafasan : 20x/i. Action : memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), mengajarkan batuk

efektif, berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. Respon: **Data subjektif:** Pasien mengatakan sudah tidak sesak, **Data objektif:** Pasien terlihat tidak sesak lagi.

Defisit nutrisi: pasien mengatakan badannya terasa lemas sudah berkurang, nafsu makan sudah mulai meningkat dan mual muntah sudah berkurang. **Data objektif:** Pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, mukosa bibir tampak kering dan sering muntah. TD : 127/77 mmHg, Nadi : 86x/m, Suhu tubuh : 36,6 C, Frekuensi pernapasan : 23x/m. **Action:** :mengidentifikasi status nutrisi,mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai,mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium,melakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, memfasilitasi menentukan pedoman diet, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, mengedukasi : mengajarkan posisi duduk jika mampu, mengajarkan diet yang di programkan, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.:mengajarkan posisi duduk jika mampu, mengajarkan diet yang di programkan, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. Respon: **Data subjektif:** Pasien mengatakan badannya terasa lemas sudah berkurang, nafsu makan sudah mulai meningkat dan mual muntah sudah berkurang. **Data objektif:** Pasien tampak lemah sudah berkurang, pasien tampak pucat sudah mulai berkurang, dan muntah sudah jarang.

Evaluasi Keperawatan

a. Hari pertama

Pola nafas tidak efektif: : Pasien mengatakan sesak dan sulit untuk bernapas di sertai dengan batuk berdahak. **Data Objektif** : Pasien tampak sesak dan di sertai dengan batuk, Pasien tampak pucat. TD: 160/180 MmHg, Nadi :110 x/I, Suhu tubuh: 36,6 C, Frekuensi pernafasan : 25x/i. Action : Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas),Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchikering), Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), : Mengajarkan batuk efektif, berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. Respon: Data subjektif: Pasien mengatakan sesak dan sulit untuk bernapas di sertai dengan batuk berdahak. Data objektif: Pasien tampak sesak dan di sertai dengan batuk, Pasien tampak pucat. Analisa: Belum teratasi Planning : intervensi dilanjutkan.

Nyeri akut : Pasien mengatakan badannya terasa lemas, nafsu makan berkurang dan disertai mual muntah. **Data objektif** : Pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, mukosa bibir tampak kering dan sering muntah. TD : 160/180 mmHg, Nadi : 96x/m, Suhu tubuh : 36,6 C, Frekuensi pernapasan : 22x/m. **Action:** mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium,melakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, memfasilitasi menentukan pedoman diet, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, mengedukasi : mengajarkan posisi duduk jika mampu, mengajarkan diet yang di programkan, berkolaborasi : dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. **Analisa** : Belum teratasi **Planning** : intervensi dilanjutkan.

b. Hari kedua

Pola nafas tidak efektif : Pasien mengatakan sesak berkurang, tapi masih di sertai batuk. **Data objektif:** Pasien terlihat tidak sesak lagi. TD: 132/80 MmHg, Nadi :97x/I, Suhu tubuh: 36,6 C, Frekuensi pernafasan : 23x/i. Action: Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchikering), Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), mengajarkan batuk efektif, berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. **Analisa:** Belum teratasi **Planning** : intervensi dilanjutkan.

Nyeri akut : Pasien mengatakan badannya terasa lemas sudah berkurang, nafsu makan sudah mulai meningkat dan mual muntah sudah berkurang. **Data objektif** : Pasien tampak lemah sudah berkurang, pasien tampak pucat sudah mulai berkurang, dan muntah sudah jarang. TD : 132/80 mmHg, Nadi : 96x/menit, Suhu tubuh : 36,6 C, Frekuensi pernapasan : 22x/menit. Action : mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, melakukan oral

hygiene sebelum makan jika perlu, memfasilitasi menentukan pedoman diet, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, mengedukasi : mengajarkan posisi duduk jika mampu, mengajarkan diet yang di programkan, berkolaborasi : dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. Analisa: Belum teratasi. **Planning** : intervensi dilanjutkan.

c. Hari ketiga

Pola nafas tidak efektif :Pasien mengatakan sudah tidak sesak, **Data objektif**: Pasien terlihat tidak sesak lagi, TD: 121/77 MmHg, Nadi :96x/I, Suhu tubuh: 36,6 C, Frekuensi pernafasan : 20x/i. Action: Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), Memonitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchikering), Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma),mengajarkan batuk efektif, berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.**Analisa** : Belum teratasi **Planning** : **intervensi** dipertahankan.

Nyeri akut : Pasien mengatakan badannya terasa lemas sudah berkurang, nafsu makan sudah mulai meningkat dan mual muntah sudah berkurang. **Data objektif**: Pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, mukosa bibir tampak kering dan sering muntah. TD : 121/77 mmHg, Nadi : 86x/m, Suhu tubuh : 36,6 C, Frekuensi pernapasan : 23x/m. Action: :mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, melakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu, memfasilitasi menentukan pedoman diet, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, mengedukasi : mengajarkan posisi duduk jika mampu, mengajarkan diet yang di programkan, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.: mengajarkan posisi duduk jika mampu, mengajarkan diet yang di programkan, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan. **Analisa** Belum teratasi. **Planning** : Intervensi dipertahankan.

PEMBAHASAN

Pengkajian

Pengkajian diawali membina hubungan saling percaya anatra peneliti dan pasien,sehingga kegiatan studi kasus dapat berjalan dengan lancar. Hal ini ditandai dengan ketertipan dan persetujuan dari pasien untuk menerima peneliti guna untuk membantu pasien dalam menghadapi masalah kesehatan yang sedang dialami. Maka didapatkan hasil bahwa klien bernama Ny.N yang berumur 24 tahun beragama islam dengan diagnosa keperawatan CKD.

Diagnosa Yang Muncul

Berdasarkan Pengkajian yang didapatkan oleh penulis, menegaskan diagnosa keperawatan pertama yaitu Pola nafas tidak efektif berhubungan demgan hambatan nafas yang di dukung oleh **data subjektif** : Pasien mengatakan sesak. Adapun **data objektif**: Pasien tampak sesak, pasien tampak menggunakan oksigen.

Diagnosa kedua, yang penulis temukan yaitu nyeri defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme yang didukung oleh **data subjektif** : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang, disertai dengan mual muntah, pasien mengatakan adanya penurunan berat badan dari 65kg turun menjadi 59kg. Adapun **data objektif** : Pasien tampak lemah, pasien tampak tidak menghabiskan porsi makan nya.

Diagnosa ketiga, yang didapatkan pada pengkajian yaitu : pasien mengatakan defisit pengetahuan tidak mengetahui tentang penyakit yang diderita sekarang yang didukung oleh **data subjektif** pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang diderita sekarang. Pasien mengatakan hanya menderita riwayat hipertensi. Adapun **data objektif** : pasien tampak bingung, pasien tampak tidak mengerti tentang penyakit yang diderita.

Intervensi

Berdasarkan tinjauan teori mengenai intervensi keperawatan untuk pasien sesuai dengan permasalahan utama yang ditemukan, namun tidak semua rencana keperawatan pada tinjauan teori yang dapat dilakukan. Disebabkan saat pelaksanaan intervensi harus sesuai dengan keluhan utama dan kondisi pasien pada saat pengkajian.

Implementasi

Implementasi ini akan merumuskan respon terhadap implementasi yang telah dilakukan pada pasien untuk melanjutkan proses keperawatan selanjutnya. Seperti yang ditemukan pada respon hari pertama yaitu

tanggal 12 juni belum menunjukkan perubahan atau keberhasilan dalam tindakan keperawatan yang telah dilakukan sehingga implementasi tetap dilanjutkan pada tanggal 13- 14 juni 2024. Hal ini dilakukan sampai terjadinya kemajuan atau perubahan dalam proses penyembuhan pasien. Pada implementasi tidak ditemukannya kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.

Evaluasi

Berdasarkan hasil dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk mengatasi tiga diagnosa keperawatan yang telah diperoleh maka pada tahap evaluasi ini telah didapatkan hasil bahwa keadaan pasien mulai membaik. Sehingga pada tahap evaluasi ini tidak ditemukannya kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih saya ucapkan kepada kepala RSUD Bangkinang dan pembimbing saya bapak Ns. Muhammad Nurman, S.kep, M.kep

SIMPULAN

1. Hasil Pengkajian yang dilaksanakan peneliti pada Ny. N sesuai dengan tinjauan teori yang meliputi gambaran lokasi penelitian, pengkajian, identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat penyakit keluarga, hasil observasi, pemeriksaan fisik, data biologis, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, hingga evaluasi.
2. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa dalam pengkajian tersebut peneliti tidak memaparkan beberapa diagnosa keperawatan, dikarenakan data yang diperoleh tidak menunjukkan adanya tanda-tanda yang mendukung diagnosa keperawatan untuk dimunculkan. Berdasarkan hasil pengkajian peneliti dapat menegaskan 3 dari 5 diagnosa yang dikemukakan pada tinjauan teori, disebabkan prinsip penegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan keluhan, kondisi pasien dan hasil laboratorium yang berkaitan dengan pasiendan didukung oleh data-data pendukung.
3. Intervensi keperawatan yang disusun bertujuan untuk mengatasi dari masalah keperawatan yang berdasarkan keluhan klien dan hasil pengamatan sehingga menimbulkan 3 diagnosa keperawatan yang ditegakkan, sehingga peneliti dapat melakukan menyusun rencana tindakan keperawatan yang terdiri dari observasi, edukasi, teraupetik, dan kolaborasi.
4. Implementasi yang dilaksanakan oleh peneliti sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun secara spesifik pada intervensi keperawatan. Bedasarkan hasil review ulang peneliti mampu melakukan implementasi sesuai intervensi yang disusun mulai dari mengobservasi hingga berkolaborasi.
5. Pada tahap evaluasi didapatkan kemajuan dan peningkatan pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Afista, S., Wahyuni, L., & Yuniarti, E. V. (2022). Efektivitas Deep Breathing Exercise Terhadap Fatigue Pada Pasien CKD Post Hemodialisis Di RS Gatoel Mojokerto (Doctoral dissertation, Perpustakaan Universitas Bina Sehat).

Afista, S., Wahyuni, L., & Yuniarti, E. V. (2022). Efektivitas Deep Breathing Exercise Terhadap Fatigue Pada Pasien CKD Post Hemodialisis Di RS Gatoel Mojokerto (Doctoral dissertation, Perpustakaan Universitas Bina Sehat).

Alsagaff, M. Y., Thaha, M., Pikir, B. S., Susilo, H., Wungu, C. D. K., Suryantoro, S. D., ... & Suzuki, Y. (2022). The role of oxidative stress markers in Indonesian chronic kidney disease patients: A cross sectional study. *F1000Research*, 11, 132.

Ayu, K., Ermawardani, Y., & Permatasari, D. (2021). Pemantauan Terapi Obat Pada Pasien CKD (Chronic Kidney Disease). Anemia, Hipertensi di Rumah Sakit “X.” *Social Clinical Pharmacy Indonesia Journal*, 6(1), 6-10

Harahap, E. E. (2020). Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Sebagai Tahap Lanjut Dari Rencana Asuhan Keperawatan.

Makmur, S. A., Madania, M., & Rasdianah, N. (2022). Gambaran interaksi obat pada pasien gagal ginjal kronik dalam proses hemodialisis. *Indonesian Journal of Pharmaceutical Education*, 2(3), 218-229.

Nababan, T. (2021).Pengaruh Musik Instrumental Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Keperawatan Priority*, 4(1), 125-134.

Orchida, T., & Ratrinaningsih, S. (2023). Penerapan Terapi Slow Stroke Back Massage Terhadap Peningkatan Kualitas Tidur Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Dr. Moewardi. *Jurnal Osadhawedyah*, 1(4), 266-274.

Pakingki, P. J., Mongi, J., Maarisit, W., & Karundeng, E. Z. (2019).Pola Peresepan Penyakit Gagal Ginjal Di Instalasi Rawat Inap Rs. Gunung Maria Tomohon. *Biofarmasetikal Tropis (The Tropical Journal of Biopharmaceutical)*, 2(2), 109-119.

PPNI, T. P. S. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Cetakan II edisi, 1

Pranandari, R., & Supadmi, W. (2015).Faktor risiko gagal ginjal kronik di unit hemodialisis RSUD Wates Kulon Progo.*Majalah farmaseutik*, 11(2), 316-320.

Pranata, A. E., Prabowo, E., Kep, S., & Kes, M. (2014).Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan Edisi 1 Buku Ajar. Yogyakarta: Nuha Medika

- Silvitasari, I. (2020). Management Keperawatan Mengurangi Rasa Haus Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Disease: Literature Review. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 10(1), 12-19.
- Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1).
- Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1).