



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

Bella Amelia Putri¹, Erma Kasumayanti²
Program Studi Diploma Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan,
Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

Bellaameliaputri2003@gmail.com , erma.nabihan@gmail.com

Abstrak

CKD atau ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang cukup besar, yaitu biasanya kurang dari 20% dari nilai GFR (Glomerulus Filtrasi Rate) normal, dalam periode waktu yang lama biasanya lebih dari 3 bulan. Penyakit CKD bisa berlangsung tanpa keluhan dan gejala selama bertahun-tahun dengan peningkatan uremia dan gejala yang menyertai ketika GFR sudah turun hingga di bawah 60 mL/menit. Pada saat pengkajian pasien mengatakan sesak nafas, perut dan kaki bengkak, pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun di malam hari, pasien mengatakan tidak nafsu makan. Penelitian studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana asuhan keperawatan pada klien dengan masalah CKD (*Chronic Kidney Disease*) di ruang pejuang RSUD Bangkinang. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan metode pengumpulan data yang digunakan yakni wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pengumpulan data dan dokumentasi. Subjek penelitian pada laporan kasus ini adalah NY.N yang berusia 23 tahun dengan diagnosis CKD (*Chronic Kidney Disease*) yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 15-17 Mei 2024 di RSUD Bangkinang. Sehingga peneliti dapat merumuskan masalah yang utama dengan diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas (D.0022). Intervensi yang diberikan yaitu monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift, posisikan semi-powler atau powler, ajarkan teknik batuk efektif. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny.N dengan CKD dilaksanakan sesuai rencana pada klien telah didapatkan dengan masalah teratasi pada tahap evaluasi keperawatan dengan SOAP didapatkan masalah teratasi dan planning dihentikan. Harapan peneliti dari laporan kasus ini agar dapat menjadi pedoman baik instalasi, masyarakat dan penelitian selanjutnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD.

Kata Kunci : Sesak nafas, pola napas tidak efektif, CKD (*Chronic Kidney Disease*)

Abstract

CKD or is characterized by a considerable decrease in kidney function, which is usually less than 20% of the normal GFR (glomerular filtration Rate) value, over a long period of time usually more than 3 months. CKD disease can proceed without complaints and symptoms for years with increased uremia and accompanying symptoms when the GFR has dropped to below 60 mL/min. At the time of the assessment the patient said shortness of breath, swollen abdomen and legs, the patient said difficulty sleeping and often wake up at night, the patient said no appetite. This case study study aims to determine how nursing care for clients with CKD (*Chronic Kidney Disease*) fighters di ruang hospital Bangkinang. This study uses descriptive methods in the form of case studies with data collection methods used are interviews, observation, physical examination, data collection and documentation. The subject of research in this case report is Mrs.N, who is 23 years old with a diagnosis of CKD (*Chronic Kidney Disease*), which was carried out for 3 days from May 15-17, 2024 at Bangkinang hospital. So that researchers can formulate the main problem with nursing diagnosa ineffective breath pattern b.d resistance of breath effort (D.0022). Interventions include monitoring breath patterns (frequency, depth, effort), monitoring additional breath sounds (e.g., gurgling, wheezing, dry wheezing), maintaining airway patency with head-tilt and chin-lift, semi-powler or powler positions, and teaching effective coughing techniques. In the treatment of Mrs.N with CKD carried out according to plan on the client has been obtained with the problem resolved at the stage of nursing evaluation with SOAP obtained the problem is resolved and the planning is stopped. The hope of researchers from this case report in order to be able to guide both the installation, the community and subsequent research in providing nursing care to patients with CKD.

Keywords : Shortness of sleep, ineffective sleep patterns, CKD (*Chronic Kidney Disease*)

□Corresponding author :
Address : Pulau Rona
Email : bellaameliaputri2003@gmail.com
Phone : 081378112882

PENDAHULUAN

CKD menjadi fokus penelitian yang signifikan dalam beberapa dekade terakhir. Definisi CKD yang mencakup kelainan struktur dan fungsi ginjal yang berlangsung lebih dari 3 bulan telah membantu dalam diagnosis dan penanganan kondisi ini. Penggunaan penanda seperti albuminuria yang melebihi 30 mg/24 jam dan adanya abnormalitas dalam sedimen urin menjadi penting dalam menilai tingkat kerusakan ginjal pada CKD. Penyakit CKD menjadi prioritas kesehatan masyarakat global karena dampaknya yang signifikan terhadap morbiditas, mortalitas, dan biaya perawatan kesehatan. CKD terus berkembang dari penurunan fungsi ginjal hingga kehilangan kemampuan ginjal dalam melakukan fungsi-fungsi vital seperti penyingkaran zat elektrolit, menjaga keseimbangan cairan dan zat kimia tubuh, serta produksi urin (Rachmawati & Marfianti, 2021).

Menurut data *World Health Organization* (WHO), gagal ginjal kronis menyebabkan 1,2 juta kematian dan mempengaruhi 15% populasi dunia pada tahun 2019. Berdasarkan data, terdapat 254.028 kematian akibat gagal ginjal kronis pada tahun 2020. Dan data tahun 2021 berjumlah 843,6 juta orang, dan diperkirakan jumlah kematian akibat gagal ginjal kronis akan meningkat menjadi 41,5% pada tahun 2040. Tingginya angka tersebut menunjukkan bahwa gagal ginjal kronik menduduki peringkat ke-12 dari seluruh penyebab kematian (Aditama, Kusumajaya, 2023).

Prevalensi CKD di Indonesia semakin meningkat. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi penyakit ginjal kronik (PGK) di Indonesia sebesar 0,38% atau sebanyak 713.783 orang. Salah satu provinsi dengan angka kejadian tertinggi di Indonesia adalah Riau dengan jumlah penduduk 17.258 jiwa. Berdasarkan Survei Kesehatan Dasar tahun 2018 diketahui bahwa 25,57% pasien CKD di provinsi Riau mendapat pengobatan hemodialisis (Firmansyah et al., 2022).

Gagal ginjal kronik disebabkan oleh berbagai macam penyakit, antara lain kelainan metabolik (diabetes mellitus), infeksi (pielonefritis), obstruksi saluran kemih, gangguan imunitas, tekanan darah tinggi, penyakit tubulus primer (nefrotoksin), dan penyakit bawaan yang menyebabkan penurunan GFR. Gagal ginjal kronis berhubungan dengan berbagai gejala klinis yang kompleks, termasuk retensi cairan, edema paru, edema perifer, dispnea, hipokalsemia, hiponatremia, hiperkalemia, anoreksia, mual, muntah, kelemahan, dan kelelahan. Kondisi patologi paru yang paling umum pada gagal ginjal adalah edema paru. Hal ini umumnya disebabkan oleh kombinasi akumulasi cairan berlebih dan permeabilitas abnormal pada mikrosirkulasi paru. Hipoalbuminemia, ciri khas gagal ginjal kronis, menyebabkan penurunan osmolalitas plasma dan meningkatkan pergerakan cairan dari kapiler paru (Firmansyah et al., 2022).

Pasien CKD biasanya mengalami komplikasi kronis seperti gangguan mineral dan tulang pada penyakit CKD, dimana kadar kalsium rendah (hipokalsemia) dan kadar fosfat serta hormon paratiroid meningkat. Retensi fosfat menyebabkan peningkatan hormon paratiroid, yang dapat menyebabkan penurunan kalsium terionisasi. Gejala klinis hipokalsemia dapat berupa kejang dan kejang otot, serta tetani, peningkatan motilitas saluran cerna, gangguan kardiovaskular, dan osteoporosis (Narsa et al., 2022).

Ada dua jenis gagal ginjal yaitu akut dan kronis. Gagal ginjal akut mencegah tubuh mempertahankan metabolisme normal serta keseimbangan cairan dan elektrolit. Jika gangguan fungsi ginjal ini tidak segera ditangani, dapat terjadi kerusakan ginjal lebih lanjut dan berujung pada kematian. Salah satu pengobatan yang dapat dilakukan untuk meminimalkan risiko kerusakan ginjal lebih lanjut adalah hemodialisis. Hemodialisis merupakan terapi pengganti ginjal pada pasien gagal ginjal yang menggunakan sistem dialisis eksternal dan internal dengan memanfaatkan prinsip osmosis dan difusi untuk membuang limbah beracun dan kelebihan cairan tubuh serta memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit. Berdasarkan penelitian bertajuk "Epidemiologi Hasil Hemodialisis," sekitar 4 juta orang di seluruh dunia menerima terapi penggantian ginjal, dan hemodialisis (HD) tetap menjadi terapi pengganti ginjal yang paling umum, terhitung sekitar 69% dari terapi penggantian ginjal. dan 89% dari semua perawatan dialysis (Irawati et al., 2023).

Berdasarkan survei awal yang dilakukan pada tanggal 15 Maret 2024 didapati jumlah pasien CKD selama 1 bulan terakhir yang dirawat di RSUD Bangkinang sebanyak 40 orang. Peneliti juga melakukan wawancara singkat kepada salah satu pasien dan didapatkan keluhan pasien yaitu mengeluh sesak nafas, badan lemas, tampak pucat, serta ada pembengkakan dibagian kaki. Pasien baru pertama kali di rawat dirumah sakit. Pasien tersebut melakukan cuci darah sebanyak 2 kali dalam seminggu.

Dari fenomena yang terjadi di atas dan dampak serius yang timbul dari penyakit CKD (*Chronic Kidney Disease*), maka peneliti tertarik untuk mengangkat kasus ini dalam bentuk penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan CKD (*Chronic Kidney Disease*) Di Ruangan Pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024".

METODE

Metode penelitian ini adalah deskriptif yang dibentuk dalam studi kasus. Penelitian deskriptif adalah salah satu metode penelitian yang dimaksudkan untuk menyelidiki sebuah keadaan, suatu kondisi atau hal-hal yang sudah disebutkan dengan hasil yang dipaparkan dalam bentuk laporan keperawatan pasien CKD (*Chronic Kidney Disease*) diruang pejuang RSUD Bangkinang.

HASIL

1. Analisa Data

Tabel 1: Analisa data Ny. N dengan CKD (chronic kidney disease) di ruang Pejuang RSUD Bangkinang tahun 2024

Data penunjang	Penyebab	Masalah
DS : a. Pasien mengatakan sesak napas b. Pasien mengatakan bernapas dibantu oleh otot bantu napas c. Pasien mengatakan adanya batuk DO : a. Pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 4 liter per menit b. Terdapat bunyi tambahan ronkhi c. Tampak ada pernapasan cuping hidung d. TTV TD : 190/141 mmHg N : 111x/m S : 36,8 c RR : 30x/m	Hambatan upaya nafas	Pola nafas tidak efektif
DS : a. Pasien mengatakan tidak nafsu makan b. Pasien juga mengatakan badannya lemas c. Pasien mengatakan adanya penurunan berat badan dari 55 kg menjadi 48 kg. DO : a. Pasien tampak lemah b. Pasien tampak pucat c. Mukosa bibir tampak kering d. Pasien tampak tidak menghabiskan porsi makannya. e. IMT : 21.3 TB :150 kg BB : 48 kg	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Defisit nutrisi
DS : a. Pasien mengatakan lemah b. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga DO : a. Pasien tampak terlihat tidak mampu beraktivitas b. Pasien tampak lemah c. Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga	Kelemahan	Intoleransi aktivitas
DS : a. Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun dimalam hari akibat sesak napas DO : a. Wajah pasien tampak sayu dan terdapat kantung mata b. Pasien tampak tidak segar	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas
- b. Defsist nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabaolisme
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

3. Intervensi Keperawatan

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

- a. **Diagnosa pertama, yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas**
Setelah dilakukan 1x24 jam maka diharapkan **Pola Napas** membaik dengan kriteria hasil: dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik, kapasitas vital membaik. Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI **Manajemen Jalan Napas** yaitu :
 - 1) **Observasi** : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis, gurling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma).
 - 2) **Terapeutik** : : pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift, posisikan semi-powder atau powler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada,jika perlu, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigen sebelum penghisapan endotrankeal, keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill, berikan oksigen,jika perlu.
 - 3) **Edukasi** : ajarkan teknik batuk efektif.
 - 4) **Kolaborasi** : kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

b. Diagnosa kedua, yaitu Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Setelah dilakukan 1x24 jam maka diharapkan **status nutrisi** membaik dengan kriteria hasil : porsi makan yang di habiskan meningkat, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, berat badan membaik, indeks masa tubuh membaik, nafsu makan membaik. Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI **manajemen nutrisi 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 (mis. Piramida makanan), sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, berikan suplemen makanan, jika perlu, hentikan pemberian makan melalui selang nasoganik jika asupan oral dapat ditoleransi.
- 3) **Edukasi** : anjurkan posisi duduk, jika mampu, ajarkan diet yang di programkam. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

c. Diagnosa ketiga, yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Setelah dilakukan 1x24 jam maka diharapkan **toleransi aktivitas** membaik dengan kriteria hasil : kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, perasaan lemah menurun. Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI **manajemen aktivitas yaitu :**

- 1) **Observasi** : identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.
- 2) **Terapeutik** : lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan.
- 3) **Edukasi** : anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.

d. Diagnosa keempat, yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Setelah dilakukan 1x24 jam maka diharapkan **pola tidur** membaik dengan kriteria hasil : kemampuan beraktifitas meningkat, keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun. Rencana keperawatan yang dilakukan sesuai dengan SIKI **dukungan tidur yaitu :**

- 1) **Observasi** : identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.
- 2) **Terapeutik** : modifikasi lingkungan, batasi waktu tidur siang, fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin.
- 3) **Edukasi** : jelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

4. Implementasi Keperawatan

a. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Napas

Observasi : mengidentifikasi kemungkinan penyebab Pola Napas Tidak Efektif, Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), berkolaborasi pemberian obat Lansoprazole (kapsul) 30mg 1x sehari, berkolaborasi pemberian obat Gabapotin (kapsul) 100mg 1x sehari, berkolaborasi pemberian obat Ambroxol (tablet) 30mg 3x sehari. **Terapeutik** : memposisikan semi-powler atau powler, memberikan minum hangat, memberikan oksigen,jika perlu

Edukasi : mengajarkan teknik batuk efektif

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Observasi : mengidentifikasi makanan yang disukai, mengkaji TTV, menganjurkan pasien makan sering tapi sedikit, mengidentifikasi alergi pasien, memonitor asupan makanan, menganjurkan pasien menggosok gigi sebelum makan. **Terapeutik** : melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, memberikan suplemen makanan, jika perlu. **Edukasi** : menganjurkan posisi duduk, jika mampu, mengajarkan diet yang diprogramkan.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Observasi : memonitor pola dan jam tidur, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. **Terapeutik** : melakukan latihan gerak pasif/aktif (ROM). **Edukasi** : menganjurkan tirah baring, menganjurkan aktivitas secara bertahap.

d. Diagnosa keempat, yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Observasi : mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. **Terapeutik** : membatasi waktu tidur siang, menetapkan jadwal tidur rutin. **Edukasi** : menjelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

5. Evaluasi Keperawatan

a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tanggal 15 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan bernapas dibantu oleh otot bantu pernapasan. **Objektif** : pasien tampak terpasang nasal kanul 4 liter per menit, terdapat bunyi tambahan ronkhi, pasien tampak ada pernapasan cuping hidung. TD : 190/141 mmHg, N :111 x/menit , S :36,8°C, RR : 24 x/menit. **Analisa** : masalah pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas belum teratasi. **Planing** : intervensi dilanjutkan : memonitor pola napas, memonitor frekuensi, irama, dan upaya napas, memonitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen.

Tanggal 16 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan sesak napas berkurang, pasien mengatakan menggunakan alat bantu jika sesak napasnya kambuh. **Objektif** : pola napas pasien membaik, pasien tampak terpasang nasal kanul 4 liter per menit, TD : 185/120 mmHg , N : 82 x/menit, S : 36,6°C, RR : 24 x/menit. **Analisa** : masalah pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas teratasi sebagian. **Planing** : intervensi dilanjutkan : memonitor pola napas, memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, memonitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen.

Tanggal 17 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan sesak napas menurun. **Objektif** : pola napas pasien membaik, pasien sudah tidak memakai nasal kanul, TD : 180/100 mmHg, N : 82 x/menit , S : 36,5°C, RR : 21 x/menit. **Analisa** : masalah pola napas tidak efektif b.d upaya napas teratasi. **Planing** : intervensi dihentikan.

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Tanggal 15 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien juga mengatakan badannya lemas, pasien mengatakan adanya penurunan berat badan dari 55 kg menjadi 48 kg. **Objektif** : pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, mukosa pasien tampak kering, pasien tampak tidak menghabiskan porsi makan nya. BB 48 kg, bising usus 25 x/menit, mukosa bibir kering. Tanda-tanda vital TD : 180/90 mmHg, N : 82 x/menit, S : 36,6°C, RR : 21 x/menit. **Analisa** : masalah defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme belum teratasi. **Planing** : intervensi dilanjutkan : memonitor asupan makanan, menganjurkan pasien menggosok gigi sebelum makan.

Tanggal 16 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan ada peningkatan nafsu makan, pasien mengatakan lemah berkurang, porsi makan dihabiskan seperempat. **Objektif** : pasien tampak mulai membaik, pasien tampak menghabiskan seperempat porsi makannya. Bising usus 20 x/menit, TD : 160/80 mmHg, N : 81 x/menit, S : 36,5°C, RR : 21 x/menit. **Analisa** : masalah defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme teratasi sebagian. **Planing** : intervensi dilanjutkan: memonitor asupan makanan, menganjurkan pasien menggosok gigi sebelum makan.

Tanggal 17 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan ada peningkatan nafsu makan, porsi makan dihabiskan. **Objektif** : pasien tampak udah mulai bertenaga, pasien tampak sudah membaik, bising usus 15 x/menit, TD : 160/90 mmHg, N : 81x/menit, S : 36,6°C, RR : 21 x/menit. **Analisa** : masalah defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme teratasi. **Planing** : intervensi dipertahankan.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tanggal 15 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan lemah, pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga. **Objektif** : pasien tampak terlihat tidak manpu beraktivitas, pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga. **Analisa** : masalah intoleransi aktivitas b.d kelemahan belum teratasi. **Planing** : intervensi dilanjutkan : memonitor pola dan jam tidur, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas bertahap.

Tanggal 16 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan lemas berkurang, pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarganya. **Objektif** : pasien tampak duduk masih dibantu keluarga, pasien tampak membaik. **Analisa** : masalah intoleransi aktifitas b.d kelemahan teratasi sebagian. **Planing** : intervensi dilanjutkan : memonitor pola dan jam tidur, menganjurkan tirah baring, menganjurkan aktivitas bertahap.

Tanggal 17 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan lemas sudah berkurang, pasien mengatakan sudah mampu duduk tanpa dibantu. **Objektif** : pasien tampak membaik, pasien tampak bertenga. **Analisa** : masalah

intoleransi aktifitas b.d kelemahan teratasi. **Planing** : intervensi dihentikan.

d. Diagnosa keempat, yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
Tanggal 15 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan sering terbangun di malam hari akibat sesak napas, pasien mengatakan waktu istirahatnya hanya 2-3 jam. **Objektif** : wajah pasien tampak sayu dan terdapat kantung mata, pasien tampak tidak segar. **Analisa** : masalah gangguan tidur b.d hambatan lingkungan. **Planing** : intervensi dilanjutkan : menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.

Tanggal 16 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan sering terbangun di malam hari menurun, pasien mengatakan waktu istirahat tidur sudah mulai membaik 4-5 jam. **Objektif** : wajah sayu tampak berkurang, pasien tampak sesekali menguap. **Analisa** : masalah gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan. **Planing** : intervensi dilanjutkan : menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.

Tanggal 17 Mei 2024

Subjektif : pasien mengatakan sering terbangun di malam hari menurun, pasien mengatakan waktu istirahat tidur membaik 7-8 jam. **Objektif** : wajah pasien tampak segar, pasien tampak membaik. **Analisa** : masalah gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan teratasi. **Planing** : intervensi dihentikan.

PEMBAHASAN

1. Pengkajian

- a. Identitas pasien
Berdasarkan pengkajian data yang dilakukan pada tanggal 15 Mei 2024, didapatkan pasien dengan inisial Ny.N yang berusia 23 tahun dengan jenis kelamin perempuan, dengan diagnosa CKD (*Chronic Kidney Disease*)
- b. Riwayat kesehatan dahulu
Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan hasil bahwa pasien mengatakan sebelumnya memiliki riwayat penyakit tekanan darah tinggi selama 5 tahun yang lalu.
- c. Riwayat kesehatan keluarga
Berdasarkan hasil dari pengkajian didapatkan hasil bahwa pasien mengatakan di keluarga tidak ada memiliki penyakit CKD (*Chronic Kidney Disease*) atau penyakit keturunan lainnya

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas, yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan bernapas dibantu oleh alat bantu napas, pasien tampak terpasang nasal kanul 4 liter per menit, terdapat bunyi tambahan ronkhi, pasien tampak ada oernapasan vuping hidung.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme yang ditandai pasien mengatakan tidak napsu makan , pasien juga mengatakan badannya lemas, pasien mengatakan adanya penurunan berat badan dari 55 kg menjadi 48 kg, pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, mukosa bibir pasien tampak kering, pasien tampak tidak menghabiskan porsi makannya.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang ditandai pasien mengatakan lemah, pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga, pasien tampak terlihat tidak mampu beraktivitas, pasien tampak lemah, aktivitas pasien tampak dibantu keluarga.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yang ditandai dengan pasien mengatakan sering terbangun di malam hari akibat sesak napas, pasien mengatakan waktu istirahatnya hanya 2-3 jam saja, pasien tampak sayu dan terdapat kantung mata, pasien tampak tidak segar.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan tinjauan teori mengenai intervensi keperawatan untuk pasien sesuai dengan permasalahan utama yang ditemukan, tidak semua rencana keperawatan pada tinjauan teori yang dapat dilakukan. Pada saat pelaksanaan intervensi harus sesuai dengan keluhan utama dan kondisi pasien pada saat pengkajian. Diagnosa pertama yaitu : pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Intervensi yang dilakukan meliputi monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis.gurling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi-powler, berikan minum hangat, ajarkan teknik batuk efektif. Diagnosa kedua yaitu : defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Intervensi identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makanan, lakukan oral hygiene sebelum makan, berikan makanan tinggi kalori, ajarkan diet yang diprogramkan. Diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi yang dilakukan adalah identifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelemahan, monitor pola dan jam tidur, lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Berdasarkan dari tinjauan teori dan hasil dari penelitian tidak didapatkan kesenjangan antara tinjauan teori yang telah ada dengan hasil dari pengkajian tinjauan kasus.

4. Implementasi keperawatan

Setelah intervensi disusun, maka tahap selanjutnya yaitu melakukan implementasi keperawatan atau melaksanakan rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap intervensi. Adapun tindakan keperawatan yang diterima oleh Ny.N sebagai berikut:

- a. Diagnosa pertama, implementasi yang dilakukan adalah memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan (mis.gurling, mengi, wheezing, ronkhi kering), memonitor sputum (jumlah, warna, aroma), memposisikan semi-powler, memberikan minum hangat, mengajarkan teknik batuk efektif.
- b. Diagnosa kedua, implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi makanan yang disukai, mengukur TTV, menganjurkan pasien makan sering tapi sedikit, mengidentifikasi alergi pasien, memonitor asupan makanan, meminta pasien untuk menggosok gigi sebelum makan.
- c. Diagnosa ketiga, implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor pola dan jam tidur, melakukan latihan rentang gerak pasif/aktif(ROM), menganjurkan tirah baring, membantu melakukan aktifitas secara bertahap.
- d. Diagnosa keempat, implementasi yang telah dilakukan adalah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi factor pengganggu tidur, mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi, membatasi waktu tidur siang, menetapkan jadwal tidur rutin, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

5. Evaluasi keperawatan

Berdasarkan hasil dari implementasi yang telah diterima oleh Ny. N dan kerja sama peneliti, tenaga Kesehatan RSUD Bangkinang, pasien dan keluarga yang telah dilaksanakan selama 3 hari secara berturut-turut mulai dari hari Rabu tanggal 15 Mei 2024 sampai 17 Mei 2024 yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan. Pada hasil evaluasi dari dari keempat diagnosa yang telah ditegakkan, didapatkan hasil implementasi pada hari jumat tanggal 17 Mei 2024 pada 4 diagnosa yang telah ditetapkan sebagai berikut:

- a. Pada hasil evaluasi diagnosa pertama, pasien mengatakan sesak napas menurun, sakit kepala berkurang, edema pada abdomen dan kaki membaik. pola napas pasien membaik, pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 4 liter per menit. Masalah keperawatan teratasi dan implementasi dihentikan.
- b. Pada hasil evaluasi diagnosa kedua, pasien mengatakan sudah napsu makan, makan dihabiskan lebih dari setengah porsi, pasien tidak pucat lagi, pasien tampak menghabiskan makanannya. Masalah keperawatan teratasi dan implementasi dihentikan.
- c. Pada hasil evaluasi diagnosa ketiga, pasien mengatakan badannya sudah mulai terasa segar tetapi aktifitas ke kamar mandi masih dibantu keluarga, keadaan umum sudah tampak lebih segar. Masalah keperawatan teratasi dan implementasi dihentikan.
- d. Pada hasil evaluasi diagnosa keempat, pasien mengatakan sering terbangun di malam hari menurun, Pasien mengatakan waktu istirahat tidur membaik 7-8 jam saja. Wajah tampak segar. Masalah keperawatan teratasi dan implementasi dihentikan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih saya ucapkan kepada pembimbing Ns. Erma Kasumayanti, M.Kep yang telah membimbing saya dan juga membantu saya dalam kemudian membuat karya tulis ilmiah ini.

SIMPULAN

- 1. Hasil pengkajian pada kasus Ny.N didapatkan bahwa, pasien mengatakan sesak napas di alami sejak malam sebelum masuk rumah sakit. Terdapat pembengkakan di perut dan kaki semenjak bulan 3 sebelum puasa, pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, napsu makan berkurang dan adanya penurunan berat badan, pasien tampak lemah dan lesu.
- 2. Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan prioritas masalah yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.
- 3. Intervensi keperawatan yang telah disusun bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan berdasarkan dari keluhan pasien dan hasil dari pengamatan sehingga mendapatkan 4 diagnosa keperawatan yang ditegakkan, sehingga peneliti dapat menyusun rencana tindakan keperawatan yang terdiri dari observasi, edukasi, terapeutik, dan kolaborasi.
- 4. Implementasi keperawatan yang telah dilaksanakan oleh peneliti sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun secara spesifik pada intervensi keperawatan. Berdasarkan dari hasil review ulang peneliti mampu melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang disusun mulai dari mengobservasi hingga berkolaborasi.
- 5. Pada tahap akhir pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan peneliti mendapatkan hasil keperawatan selama 3 hari secara berturut-turut pada Ny. N yang dibuat dalam pengkajian dengan istilah SOAP. Dengan diagnosa keperawatan pertama pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas didapatkan hasil pola napas membaik, diagnosa keperawatan kedua defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme didapatkan hasil status nutrisi membaik, diagnosa ketiga intoleransi aktivitas b.d kelemahan didapatkan hasil toleransi aktivitas meningkat, dan diagnosa keempat gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan didapatkan hasil pola tidur membaik.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Kusumajaya, & F. (2023). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur pasien gagal ginjal kronis. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(1), 109–120.
- Aef Eka Saputra, Zahrah Maulidia Septimar, & Andi Setiyawan. (2024). Asuhan Keperawatan Kritis Pada Pasien Chronic Kidney Disease CKD Dengan Intervensi Inovasi Memberikan Nutrisi Enteral Menggunakan Metode Intermitten Feeding Untuk Mengurangi Produksi Residu Lambung di Ruang ICU RSUD Kabupaten Tengerang. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 3(1), 70–77. <https://doi.org/10.55606/jurrikes.v3i1.2676>
- Amriani, & Mikawati. (2024). Asuhan Keperawatan Kegawat Daruratan Dengan Diagnosis Chronic Kidney Disease (Ckd) Di Ruang Instalasi Gawat Darurat (Igd) Non Bedah Rsup Dr. Wahidin Sudirhusodo Makassar. *Jurnal Ilmiah Kajian Multidisipliner*, 8(4), 2118–7302.
- (Dian Susilawati et al., 2023)Asuhan Keperawatan Gangguan Pertukaran Gas Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 17(2), 83–91<https://doi.org/10.36568/nersbaya.v17i2.83>
- Firmansyah, F., Tiara Tri Agustini, & Tri Murti Andayani. (2022). Health Related Quality of Life: Chronic Kidney Disease Dengan Hemodialisa Menggunakan Instrumen Eq-5D-5L Di Pekanbaru. *Jurnal Ilmiah Manuntung*, 8(1), 55–62. <https://doi.org/10.51352/jim.v8i1.487>
- Irawati, D., Slametiningih, Nugraha, R., Natashia, D., Narawangsa, A., Purwati, N. H., & Handayani, R. (2023). Perubahan Fisik Dan Psikososial Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 9(1), 96–104.
- Manullang, P. S. (2020). Implementasi Asuhan Keperawatan. *Osf.Io*, 2001, 1–7. <https://osf.io/md3qj/download>
- Muhani, N., & Sari, N. (2020). Survival Analisis of Chronic Kidney Disease with Coomorbidity Diabetes Melitus. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(2), 216–224.
- Narsa, A. C., Maulidya, V., Reggina, D., Andriani, W., & Rijai, H. R. (2022). Studi Kasus: Pasien Gagal Ginjal Kronis (Stage V) dengan Edema Paru dan Ketidakseimbangan Cairan Elektrolit. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 4(SE-1), 17–22.
- Purba, R. J. (2019). Prinsip Pengumpulan Data Dalam Melakukan Pengkajian Data Pasien Di Rumah Sakit. In *Prinsip pengumpulan data* (Vol. 2, Issue 3, pp. 77–83).
- Prayulis, I., & Susanti, I. H. (2023). Asuhan Keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif dengan Balloon Blowing pada Pasien Chronic Kidney Disease. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(2), 503–508. <https://doi.org/10.37287/jppp.v6i2.2205>
- Rachmawati, A., & Marfianti, E. (2021). Karakteristik Faktor Risiko Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Yang Menjalani Hemodialisa Di RS X MADIUN Characteristics of Risk Factors for Patients with Chronic Kidney Disease Who Undergo. *Biomedika*, ISSN 2085-8345, 12(1), 36–43.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.