

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Rumah Sakit Umum Daerah Pringsewu**

Rumah Sakit Umum Daerah Pringsewu beralamat di Jalan Lintas Barat Pekon Fajar Agung Barat Kec. Pringsewu 35373. Berdasarkan SK menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 1995 nomor 106/Menkes/SK/1/1995. Manajemen Rumah Sakit terus berusaha untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan serta kepuasan pelayanan melalui pengembangan sarana dan prasarana pelayanan serta dengan meningkatkan pola pengelolaan keuangan yang sehat dapat menjadika Rumah Sakit Umum Daerah Pringsewu sebagai institusi pemerintah yang profesional dan akuntabel.

RSUD pringsewu memiliki banyak ruang perawatan namun penelitian ini dilakukan di Ruang Penyakit Dalam atau disingkat RPD. Ruang RPD terletak di ujung belakang rumah sakit, berhadapan dengan ruang bedah, memiliki 8 ruang kamar dan 1 ruang perawat jaga. Dari 8 ruang kamar perawatan tersebut dibagi 2 yaitu 4 ruang kamar perawatan pria dan 4 ruang kamar perawatan wanita. Dari 4 ruang kamar pria terbagi menjadi 2 ruang perawatan umum, 1 ruang isolasi TB, dan 1 ruang isolasi kulit, begitupun pada ruang kamar perawatan wanita, dari 4 ruang kamar wanita terbagi menjadi 2 ruang perawatan umum, 1 ruang isolasi TB, dan 1 ruang isolasi kulit (profil RSUD Pringsewu, 2015).

Pada BAB ini merupakan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi serta evaluasi yang telah dilakukan oleh Renaldi Octavia mahasiswa Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pringsewu, dengan judul karya tulis ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Masalah Keperawatan Pola Nafas Tidak Efektif di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Pringsewu tahun 2019, yang telah diupload di <https://stikesmuh-pringsewu.ac.id/perpustakaan/> pada tahun 2019, dan peneliti mengunduh pada tanggal 03 Juni 2020. Pada pembahasan fakta kasus dan teori peneliti membandingkan antara bab II dan jurnal yang ada.

## 2. Pengkajian

### a. Identitas Pasien

**Tabel 4.1**  
**Identitas Pasien**

<b>Identitas Pasien</b>	
Data dasar	
A. Identitas pasien	
1) Nama	Ny. S
2) Usia	40 tahun
3) Status perkawinan	Menikah
4) Jenis kelamin	Perempuan
5) Pekerjaan	Petani
6) Agama	Islam
7) Suku	Jawa
8) Bahasa yang di gunakan	jawa
9) Pendidikan	SMP
10) Alamat	Ambarawa
11) Tanggal masuk	7 juli 2019
12) Tanggal pengkajian	7 juli 2019
13) Sumber biaya	BPJS
14) NO. Rm	323205
15) Diagnosa Medis	CKD stage V on HD

<b>B. Sumber informasi</b>	
1) Nama	Tn. S
2) Hub dengan pasien	Suami
3) Umur	45th
4) Pendidikan	SD
5) Pekerjaan	Buruh
6) Alamat	Ambarawa

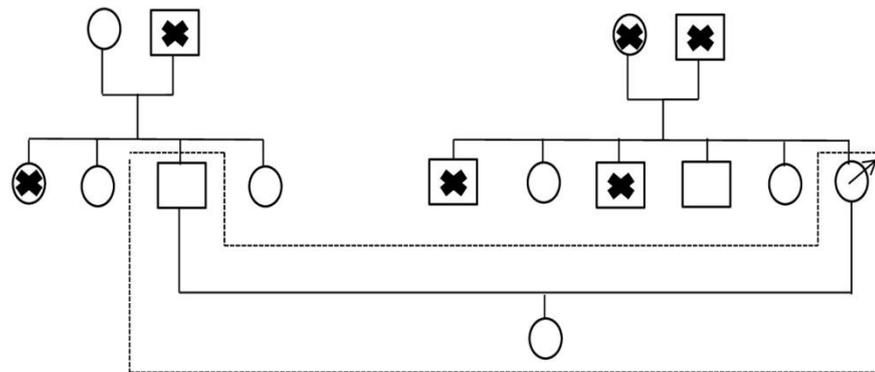
## b. Riwayat Penyakit

**Tabel 4.2**  
**Riwayat Penyakit**

<b>Riwayat Penyakit</b>	
Riwayat kesehatan masuk rumah sakit	Pasien datang kerumah sakit umum daerah pringsewu melalui UGD, datang diantar oleh keluarganya pada tanggal 1 Juli 2019 pada pukul 16:00 WIB, dengan keluhan sesak, lemas, mual, pusing. Didapati tanda-tanda vital ( S: 37°C, N: 85x/ menit, RR: 30x/menit TD: 150/90mmHg) pasien sudah menderita gagal ginjal selama 2 tahun
Riwayat penyakit sekarang (keluhan utama)	Keluhan utama: sesak nafas Pasien mengatakan sesak nafas sejak 1 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, pasien mengatakan sesak yang dirasakan seperti tertimpa beban berat, pasien mengatakan sesak akan bertambah apabila pasien melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan saat tidak menggunakan oksigen, pasien mengatakan saat selesai dari kamar mandi merasa nafas nya lebih cepat, selain itu pasien mengatakan sesak akan berkurang apabila beristirahat dengan posisi setenagh duduk (semifowler) dan menggunakan oksigen, pasien mengatakan sesak yang dirasakan hilang timbul sekitar kurang lebih 1-5 menit setiap kali mengalami sesak, saat dilakukan pengkajian terpasang oksigen 3 liter menggunakan nasal kanul, RR 30x/menit.
Keluhan Penyerta	Pasien mengatakan nyeri dada
Riwayat kesehatan masa lalu	Pasien mengatakan sudah menderita sakit gagal ginjal sejak 2 tahun terakhir dan sudah menjalani cuci darah sejak 2 tahun terakhir, pasien mengatakan tidak mempunyai alergi dan tidak pernah mengalami kecelakaan, tidak pernah di oprasi sebelumnya, pasien mengatakan datang ke rumah sakit untuk cuci darah 2x seminggu untuk pengobatan, dan pasien mengatakan sebelumnya pernah mengalami sesak nafas.
Riwayat kesehatan keluarga	Pasien mengatakan didalam keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti diabetes militus dan hipertensi dan yang lainnya, maupun penyakit menular seperti TB, HIV maupun yang lain

## c. Genogram 3 generasi

**Bagan 4.1**  
**Genogram Pasien**



## Keterangan:

Pasien anak terakhir dari 6 bersaudara sementara sang suami adalah anak ke 3 dari 4 bersaudara, pasien hanya memiliki 1 anak perempuan, dan hanya tinggal serumah bersama suami dan anaknya. pasien menceritakan tidak ada riwayat penyakit keturunan maupun penyakit menular yang dialami keluarganya, hanya pasien tersebut yang mengalami gagal ginjal kronik, sedangkan pada anggota keluarga yang lain tidak ada.

□ : laki-laki

○ : perempuan

↗ : pasien

┌ : menikah

└ : keturunan

✕ : meninggal

----- : tinggal serumah

## d. Riwayat Psikososial Spiritual

**Tabel 4.3**  
**Riwayat Psikososial Spiritual**

<b>Riwayat Psikososial Spiritual</b>	
<b>A. Psikososial</b>	
1. Konsep diri	
a. Gambaran diri	Pasien mengatakan bosan dengan penyakitnya karena pasien tidak bisa beraktivitas seperti biasanya. Pasien mengatakan paham dengan sakit yang diderita
b. Peran diri	Pasien mengatakan dirinya berperan sebagai ibu bagi anak-anaknya.
c. Harga diri	Pasien mengatakan senang bergaul dengan sesama pasien.
d. deal diri	Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa beraktivitas kembali.
e. Identitas diri	Pasien mengatakan mengetahui jelas nama lengkap dan identitas lainnya.
2. Kecemasan	Pasien mengatakan merasa cemas akan penyakit yang dideritanya saat ini.
<b>B. Sosial</b>	
1. Support system	Pasien mengatakan saat sakit ini selalu mendapatkan dukungan baik dari keluarga dan selalu membantu dalam melakukan aktivitas, kerabat, teman, saudara maupun tetangga-tetangganya, hal tersebut terlihat saat pasien sakit pasien mengatakan mereka menjenguk pasien.
2. Komunikasi	Pasien mengatakan sebelum sakit komunikasi terjalin dengan baik antara anggota keluarganya, saat sakit pasien hanya berkomunikasi seadanya karena kondisi pasien yang sedang dirawat di rumah sakit.
<b>C. Spiritual</b>	
	Pasien mengatakan sebelum sakit pasien rajin mengikuti kegiatan-kegiatan keagamaan seperti pengajian setiap hari jumat, dan shalat berjamaah di masjid, saat sakit ini aktifitas keagamaan pasien mengatakan hanya berada di rumah sakit seperti shalat dilakukan di tempat tidur dan membaca al-quran.

## e. Pola Kebiasaan Sehari-hari

**Tabel 4.4**  
**Pola Kebiasaan Sehari-hari**

<b>Pola Kebiasaan</b>	
Pola Nutrisi dan cairan	<p>Sebelum sakit Pasien mengatakan makan 3x/hari atau lebih (pagi, siang &amp; malam), dengan makanan pokok nasi, sayur, dan lauk pauk, klien selalu menghabiskan porsi makannya, nafsu makan pasien baik, pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan. Pasien mengatakan minum 6 gelas air mineral dalam sehari dengan jumlah 2000cc.</p> <p>Saat sakit Pasien mengatakan nafsu makan berkurang, pasien mengatakan mual, pasien makan bubur dari rumah sakit 3x/hari (pagi, siang &amp; malam). Pasien mengatakan makanya tidak habis, pasien hanya menghabiskan 3 sendok tiap kali makan, pasien mengatakannya badanya lemas. Pasien mengatakan minum 2gelas/hari, dengan jumlah 300± cc, pasien terpasang infus RL 5 tpm, pasien menerima tranfusi darah 1kantong (250cc) .</p>
Pola Eleminasi (BAK/BAB)	<p>Sebelum sakit BAK lebih dari 4-6x/hari, waktunya tidak menentu, dengan warna kuning jernih , tidak ada keluhan saat BAK. Keluarga pasien mengatakan bisa BAB 1x/hari pada pagi hari, warna feses kuning, konsistensi padat, bau khas, dan tidak ada keluha saat BAB.</p> <p>Saat sakit Pasien mengatakan sering BAK dan urin yang dikeluarkan hanya sedikit dengan jumlah (300cc/hari), waktu tidak menentu, warna kuning pekat, pasien mengeluh sakit saat BAK terasa seperti anyang-anyangan. Pasien mengatkan saat sakit pasien hanya BAB 1kali, BAB normal dengan warna feses kuning dengan bau yang khas.</p> <p><math>IWL = BB \times 15 / 24 \text{jam}</math>  <math>45 \times 15</math>  <math>= 675 \text{cc} / 24 \text{jam}</math> Atau <math>26,875 / \text{jam}</math></p> <p>Intake = minum+infus+tranfusi  Intake = 300+500+250= 1050cc</p> <p>Output = IWL+BAK  Output = 675+200=845cc</p> <p>Balance cairan= intake – output  Balance cairan= 1050-845=+205cc</p>
Pola Oksigenasi	<p>Sebelum sakit Pasien mengatakan biasanya bernafas secara normal dan dapat menghirup oksigen dengan baik dan tidak ada keluhan dalam bernafas.</p>

	<p>Saat sakit Pasien mengatakan dadanya terasa sesak, sesak yang dirasakan sejak 1 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, sesak yang dirasakan seperti tertimpa beban berat, RR 30x/menit.</p>
Pola istirahat tidur	<p>Sebelum sakit Pasien mengatakan biasa tidur 1-2 jam pada siang hari dan 6 jam pada saat malam hari, pasien tidak pernah mengalami kesulitan dalam tidur.</p> <p>Saat sakit Pasien mengatakan sulit tidur pasien tidur sebentar-sebentar 30 menit sampai 1jam, pasien mengatakan tidur tidak nyenyak sering terbangun.</p>
Pola kebutuhan rasa aman dan nyaman	<p>Pasien mengatakan sesak saat bernafas, sesak yang dirasakan seperti tertimpa beban berat, sesak dirasakan apabila tidak menggunakan oksigen, sesak yang dirasakan hilang timbul sekitar kurang lebih 1-5 menit setiap kali mengalami sesak, sesak akan berkurang ketika posisi setengah duduk (semi fowler) dan menggunakan oksigen.</p>
Pola personal hygiene	<p>Sebelum sakit Pasien mengatakan mandi 2x dalam sehari pada pagi hari dan sore hari dengan cuci rambut 1x dalam sehari, dan membersihkan giginya 3x dalam sehari pada saat mandi dan pada saat akan tidur.</p> <p>Saat sakit Pasien mengatakan tidak mandi tetapi hanya dibersihkan menggunakan handuk basah dan menggosok gigi, tidak mencuci rambut.</p>
Pola aktivitas dan latihan	<p>Sebelum sakit Pasien mengatakan aktivitas hariannya adalah sebagai petani yang bekerja sebagai buruh di sawah, kegiatan diwaktu luang dimanfaatkan untuk berkumpul dengan keluarganya, pasien mengatakan tidak ada keluhan saat beraktivitas.</p> <p>Saat sakit Pasien mengatakan masih bisa melakukan beberapa aktivitas secara mandiri seperti makan sendiri, menyalisir rambut, menggosok gigi dan pergi ke kamar mandi tetapi dalam pantauan keluarga, sementara untuk mandi pasien mengatakan di bantu keluarga.</p>
Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan	<p>Sebelum sakit Pasien tidak merokok, tidak mengkonsumsi minuman beralkohol dan obat-obatan.</p> <p>Saat sakit Pasien mengatakan tidak merokok dan pasien mengatakan tidak mengkonsumsi minuman beralkohol dan obat-obatan terlarang.</p>

## f. Pemeriksaan Fisik

**Tabel 4.5**  
**Pemeriksaan Fisik**

<b>Observasi</b>	
<b>a. Keadaan Umum</b>	
Tingkat kesadaran	Composmentis (GCS: E: 4, V: 5, M: 6)
TD	140/90mmHg
Nadi	90×/menit
Respirasi	30×/menit
Suhu	36°C
Tinggi badan	155 cm
Berat badan	43 kg
<b>b. Pemeriksaan Fisik</b>	
Sistem Penglihatan	Keadaan kedua mata pasien simetris antara kanan dan kiri, tidak ada peradangan pada kelopak mata, pergerakan kedua mata dapat mengikuti arah benda yang di gerakan didepan mata pasien, konjungtiva anemis. Skelera anikterik, keadaan pupil mengecil saat terkena cahaya dan tidak ada tanda-tanda peradangan pada mata, pasien tidak memiliki keluhan pada penglihatan.
Sistem Pendengaran	Keadaan telinga simetris antara kanan dan kiri, keadaan daun telinga bersih, tidak ada serumen dan cairan yang keluar dari telinga, dan tidak ada tanda-tanda peradangan pada telinga.
Sistem Wicara	Tidak ada gangguan dalam sistem wicara pasien dapat berbicara dengan jelas.
Sistem Pernafasan	Saat dilakukan inspeksi didapatkan bentuk dada simetris, pergerakan dada simsteris, irama nafas tidak teratur, cepat dan dalam, repirasi: 30×/menit terlihat penggunaan otot bantu nafas, pada pemeriksaan auskultasi, suara paru ronchi, pada pemeriksaan palpasi tidak terdapat fraktur atau lesi dan terdapat nyeri tekan pada dinding dada, saat dilakukan perkusi suara yang dihasilkan sonor. Terpasang O2 3lt.
Sistem Kardiovaskuler	Sistem perifer Nadi 90×/menit, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit hangat, tidak ada sianosis, CTR <3 detik  Sirkulasi jantung Kecepatan denyut apikal 90×/menit, irama teratur, tidak ada kelaian jantung
Sistem Endokrin	Tidak terdapat gangreng, pasien tidak mengalami tremor, dan tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid.
Sistem Urogenital	Keadaan genital pasien tidak dikaji, tidak ada distensi vesika urinaria, pola berkemih sedikit, klien tidak terpasang kateter.

Sistem Integumen	Kedaaan rambut pasien kusam, rambut pasien berwarna hitam, kuku pasien pendek dan bersih, kulit pasien sawo matang, tidak terdapat luka di daerah kulit, kulit kering.
Sistem muskulokeletal	Pasien mengatakan sering merasakan kaku dibagian lutut. Tidak ada kelainan tulang atau sendi. Terdapat odem pada tungkai.

### 3. Pemeriksaan Diagnostic

**Tabel 4.6**  
**Pemeriksaan Diagnostic**

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN
a. Hemoglobin	7,2	L: 14,0-18,0g/dl P:12,0-16,0g/dl
b. Leukosit	6,8	4.800-10.800/ul
c. Ertrosit	3,65	L: 4,7-6,1 juta/ul P:4,2-5,4juta/ul
d. Hematokrit	33,4	L: 4,2-5,2 P:37-47
e. Trombosit	276	150.000-450.000
f. MCV	82	78- 100fl
g. MCH	27,5	26 – 31 pg 3
h. MCHC	31	0 – 36 g/dl
i. Hitung jenis	0	0 – 1
Basofil	0	2 – 4
Esinofil	0	3 – 5
Batang	50	50 - 70
Segmen	30	25 - 40
Limfosit	10	2 – 8
Monosit	3	0 – 0 mm/jam
j. Ureum	106.0	19-49 mg/dl
k. Creatinin	8.9	<1.20 mg/dl

### 4. Terapi

**Tabel 4.7**  
**Terapi**

Terapi	
Medis	O2 3 lt IVFD RL 5 tpm Furosemid 1 ampul/ 12jam Ranitidin 1ampul/12jam Biknat1x1 Tranfusi darah
Keperawatan	Monitor TTV Beri O2 Sesuai instruksi dokter Beri posisi semifowler Batasi intake cairan Monitor pemasukan nutrisi

## 5. Data Fokus

**Tabel 4.8**  
**Data Fokus**

### Data subjek

1. Pasien mengatakan sesak sejak 1 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit
2. Pasien mengatakan sesak yang dirasakan seperti tertimpa beban berat
3. Pasien mengatakan saat selesai dari kamar mandi merasa nafasnya lebih cepat
4. Pasien mengatakan nyeri dada

### Data objek

1. Takipnu
2. Penggunaan otot bantu nafas
3. Nafas cepat
4. Suara nafas ronchi
5. GCS: 15 E4 V6 M5
6. TD: 140/ 90mmHg
7. Nadi: 90x/menit
8. RR: 30x/menit
9. S: 37,5°C
10. HB, 6,8 g/dL
11. Ureum 106.0 mg/dl
12. Creatinin 8.9mg/dl
13. Kulit kering
14. Rambut terlihat kusam
15. Balance cairan +205cc

## 6. Analisa Data

**Tabel 4.9**  
**Analisa Data**

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
DX. Data Subjektif 1. Pasien mengatakan sesak sejak 1 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit 2. Pasien mengatakan sesak yang dirasakan seperti tertimpa beban berat 3. Pasien mengatakan saat selesai dari kamar mandi merasa nafasnya lebih cepat 4. Pasien mengatakan nyeri dada	Gagal Ginjal Kronik ↓ Produksi eritropoitin menurun ↓ Anemia ↓ Hiperventilas	Pola nafas tidak efektif

Data Objektif 1. Takipnu 2. Penggunaan otot bantu nafas 3. Nafas dalam 4. TD: 140/ 90mmHg 5. Nadi: 90×/menit 6. RR: 30×/menit 7. S: 37,5°C 8. HB, 6,8 g/dl 9. Ureum 106,0 mg/dl 10. Creatinin 8,9 mg/dl		
---	--	--

## 7. Diagnosa

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi ditandai dengan

DS :

1. Pasien mengatakan sesak sejak 1 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit
2. Pasien mengatakan sesak yang dirasakan seperti tertimpa beban berat
3. Pasien mengatakan saat selesai dari kamar mandi merasa nafas nya lebih cepat
4. Pasien mengatakan nyeri dada

DO : - Takipnu,

- Penggunaan otot bantu nafas,
- Nafas dalam,
- RR: 30×/menit,
- HB, 6,8 g/dL,
- Ureum 106,0 mg/dl,
- Creatinin 8,9 mg/dl

## 8. Perencanaan

**Tabel 4.10**  
**Perencanaan**

<b>Dx Keperawatan</b>	<b>Kreteria Hasil</b>	<b>Perencanaan</b>
<p><b>Pola nafas tidak efektif</b> Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat</p> <p>Ditandai dengan: DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sesak sejak 1 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit</li> <li>2. Pasien mengatakan sesak yang dirasakan seperti tertimpa beban berat</li> <li>3. Pasien mengatakan saat selesai dari kamar mandi merasa nafasnya lebih cepat</li> <li>4. Pasien mengatakan nyeri dada</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Takipnu,</li> <li>2. Penggunaan otot bantu nafas,</li> <li>3. Nafas dalam,</li> <li>4. RR: 30x/menit,</li> <li>5. HB, 6,8 g/dL,</li> <li>6. Ureum 106,0 mg/dl,</li> <li>7. Creatinin 8,9 mg/dl</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24, diharapkan masalah pola nafas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuaensi pernafasan normal</li> <li>2. Irama nafas teratur</li> <li>3. Kedalaman inspirasi</li> <li>4. Penggunaan obat bantu nafas tidak ada</li> <li>5. Tidak ada suara nafas tambahan</li> </ol>	<p><b>NIC</b> <b>Manajemen jalan nafas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>2. Motivasi pasien untuk bernafas pelan</li> <li>3. Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan</li> <li>4. Monitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya</li> </ol> <p><b>Monitor pernafasan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan</li> <li>2. monitor suara tambahan</li> <li>3. monitor pola nafas</li> <li>4. Monitor TTV</li> </ol>

## 9. Pelaksanaan

**Tabel 4.11**  
**Pelaksanaan**

Diagnosa Keperawatan	Hari 1		Hari 2		Hari 3	
	Jam	Pelaksanaan	jam	Pelaksanaan	jam	Pelaksanaan
Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi	17.00	1. Kolaborasi memberikan alat bantu nafas nasal kanula 3lt	08.00	1. Memonitor TTV TD: 180/110 mmHg N:94x/menit S : 36,8o C RR:28x/menit	08.00	1. Memonitor TTV TD: 170/110 mmHg N:90x/menit S : 37o C RR:26x/menit
	17.15	2. Memberikan posisi semifowler	08.30	2. Berikan cairan dengan tepat	08.30	2. Auskultasi adanya suara nafas tambahan
	17.30	3. Memonitor TTV TD: 140/90 mmHg N:96x/menit S : 37o C RR:30x/menit	09.00	3. Kolaborasi memberikan alat bantu nafas O2 nassal kanul 3lt	08.40	3. Memberikan posisi semifowler
	18.30	4. Mengauskultasi adanya suara nafas tambahan	10.00	4. Memberikan posisi semifowler	08.50	4. Memonitor status pernafasan dan oksigenasi pasien
	19.00	5. Menganjurkan pasien mengatur nafas perlahan	11.00	5. Memonitor status pernafasan dan oksigenasi pasien	09.00	5. Pasien menjalani HD
	20.00	6. Memonitor status pernafasan dan oksigenasi	11.30	6. Mengauskultasi adanya suara nafas tambahan		
			11.40	7. Menganjurkan mengatur nafas		

## 10. Evaluasi

**Tabel 4.12**  
**Evaluasi**

Hari 1	Hari 2	Hari 3
<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih sesak</li> <li>Pasien mengatakan sesak yang dirasakan masih seperti tertimpa beban berat</li> <li>Pasien mengatakan masih nyeri dada</li> </ol> <p><b>O :</b> k/u lemah, pasien hanya berbaring di tempat tidur, kesadaran : komposmentis Konjungtiva pucat, TTV TD : 140/90mmHg N : 96 x/menit S : 37o C RR : 30x/menit - terdapat penggunaan otot bantu nafas -auskultasi paru ronchi -terpasang infus pada tangan kiri -terpasang nasal kanula 3lt</p> <p><b>A :</b> masalah keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,</p>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih sesak</li> <li>Pasien mengatakan sesak yang dirasakan masih seperti tertimpa beban berat</li> <li>Pasien mengatakan masih nyeri dada</li> </ol> <p><b>O :</b> k/u lemah kesadaran : komposmentis Konjungtiva ananemis, TTV TD:140/90mmHg N: 94x/menit S : 36,8o C RR: 28x/menit -turgor kulit baik - terdapat penggunaan otot bantu nafas -auskultasi paru ronchi terpasang O2 nasal kanul 3 lt</p> <p><b>A :</b> masalah keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P :</b> lanjutkan intervensi 1, ,3,4,5,6,</p>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan sesak berkurang</li> <li>Pasien mengatakan sudah tidak merasakan sesak seperti tertimpa beban berat</li> <li>Pasien mengatakan tidak nyeri</li> </ol> <p><b>O :</b> k/u cukup, kesadaran : komposmentis Konjungtiva ananemis, TTV TD:130/90mmHg N: 90x/menit S : 37oC RR: 26x/menit -tidak terdapat penggunaan otot bantu nafas -auskultasi paru vesikuler</p> <p><b>A :</b> masalah keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P :</b> hentikan intervensi Pasien menjalania HD kemudian pulang atas instruksi dokter.</p>

## **B. Pembahasan**

Pada tahapan ini, peneliti akan melakukan analisis masalah asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik dengan masalah keperawatan pola nafas tidak efektif di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Pringsewu tahun 2019. Peneliti akan melakukan pembahasan mengenai kesenjangan antara tinjauan kasus dengan teori dan ditunjang dengan berbagai hasil penelitian sebelumnya. Urutan penulisan berdasarkan paragraf adalah F-T-O (fakta-teori- opini). Partisipan penelitian menggunakan 1 pasien.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal yang dilakukan untuk mendapatkan data yang akurat sehingga akan mempermudah dalam penegakkan diagnosa keperawatan. Pada tinjauan kasus Renaldi Octavia 2019 menjelaskan bahwa untuk mendapatkan data yang akurat harus menggunakan proses keperawatan dan mengatakan bahwa tahap awal pengkajian dilakukan dengan metode wawancara, observasi, dan dokumentasi. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Tarwoto dan Wartonah 2011 bahwa pengkajian merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi aktivitas dasar yaitu mengumpulkan data secara sistematis, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan, mendokumentasikan dan dalam format yang dapat dibuka kembali. Pengumpulan data harus menggambarkan status kesehatan klien dan kekuatan klien serta masalah kesehatan yang dialami (aktual, resiko, dan potensial) (Tarwoto & Wartonah, 2011; 2).

Pada tinjauan kasus yang telah dilakukan hasil yang didapatkan dari pengkajian riwayat penyakit sekarang diperoleh data pada keluhan utama sesak nafas, pasien mengatakan sesak nafas sejak 1 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, pasien mengatakan sesak yang dirasakan seperti tertimpa beban berat, pasien mengatakan sesak akan bertambah apabila pasien melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan saat tidak menggunakan oksigen, pasien mengatakan saat selesai dari kamar mandi merasa nafas nya lebih cepat, selain itu pasien mengatakan sesak akan berkurang apabila beristirahat dengan posisi setengah duduk (semifowler) dan menggunakan oksigen, pasien mengatakan sesak yang dirasakan hilang timbul sekitar kurang lebih 1-5 menit setiap kali mengalami sesak, saat dilakukan pengkajian terpasang oksigen 3 liter menggunakan nasal kanul, RR 30x/menit. Pada keluhan penyerta pasien mengatakan nyeri dada. Sejalan dengan penelitian Firdaus & Jadimiko 2016 bahwa keluhan utama yang dirasakan adalah sesak nafas dan mengalami nyeri (Firdaus & Jadimiko 2016). Pada pengkajian pola kebiasaan sehari-hari diperoleh data pada pola istirahat tidur, pasien sulit tidur, pasien tidur hanya sebentar sekitar 30 menit sampai 1 jam, pasien tidur tidak nyenyak sering terbangun. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kartikasari pada tahun 2018 bahwa dari hasil pengkajian didapatkan data selama sakit pasien mengatakan sulit tidur, kualitas tidur 6-7 jam dan sering terbangun (Kartikasari 2018). Pada pengkajian pemeriksaan fisik didapatkan hasil tekanan darah 140/90mmHg, nadi 90x/menit, respirasi 30x/menit, suhu 36°C, tinggi badan 155cm, berat badan 43kg. Pada pemeriksaan fisik

sistem pernapasan data yang diperoleh saat dilakukan inspeksi didapatkan bentuk dada simetris, pergerakan dada simsteris, irama nafas tidak teratur, cepat dan dalam, repirasi: 30×/menit terlihat penggunaan otot bantu nafas, pada pemeriksaan auskultasi suara paru ronchi, pada pemeriksaan palpasi tidak terdapat fraktur atau lesi dan terdapat nyeri tekan pada dinding dada, saat dilakukan perkusi suara yang dihasilkan sonor. Terpasang O2 3lt. Sejalan dengan penelitian Firdaus & Jadimiko pada tahun 2016 didapatkan pasien terlihat bernafas cepat dan dalam, menggunkan otot bantu untuk bernafas, saat diauskultasi suara paru ronchi, saat dipalpasi terdapat nyeri dada, saat diperkusi pada dada pasien terdengar suara sonor (Firdaus & Jadimiko 2016). Pada pemeriksaan laboratorium pasien didapatkan peningkatan ureum dan kreatinin dengan nilai ureum 106.0 mg/dl dengan nilai normal 19-49mg/dl dan nilai kreatinin 8.9 mg/dl dengan nilai normal <1.20 mg/dl. Pada pasien juga megalami penurunan hemoglobin dengan nilai 7,2 g/dl dengan nilai normal 12,0-16,0 g/dl. Sejalan dengan penelitian Firdaus & Jadimiko pada tahun 2016 didapatkan hasil laboratorium yang mengalami peningkatan ureum dan kreatinin dengan nilai ureum 478,5mg/dl dan nilai kreatinin 16,98 mg/dl. Dan mengalami penurunan Hb dengan nilai 7,0 g/dl (Firdaus & Jadimiko 2016).

Menurut teori tanda dan gejala antara lain nafas cepat, *dyspnoe*, *orthopnea*, *dispone noctural*, *paroksismal noctural dispnea*, batuk dengan atau tanpa seputum, *takhipnoe*, peningkatan frekuensi, pernafasan

kussmaul, hiperventilasi, adanya suara nafas tambahan, menggunakan otot bantu pernapasan (Aspiani, 2015; 178). Keluhan utama yang biasa muncul pada pasien yang mengalami gangguan siklus oksigen dan karbon dioksida antara lain: sesak nafas, peningkatan produksi sputum, nyeri dada (Sriyani 2011). Pola tidur dan istirahat biasanya mengalami gangguan tidur, cemas, gelisah (Aspiani, 2015; 178-186). Pada penderita gagal ginjal kronik akan mengalami peningkatan ureum, kreatinin, kalium, magnesium, juga mengalami penurunan hemoglobin (Padila, 2012; 249-250).

Bila dikaitkan dengan teori, pengkajian pada tinjauan kasus telah dilakukan secara maksimal, penelitian yang telah dilakukan sama dengan teori dimana pasien mengalami tanda gejala tertera dalam teori.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan dalam kasus adalah “Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi”. Diagnosa ini muncul didukung dengan data pada pasien dengan keluhan utama sesak nafas, pasien mengatakan sesak nafas sejak 1 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit, pasien mengatakan sesak yang dirasakan seperti tertimpa beban berat, pasien mengatakan sesak akan bertambah apabila pasien melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan saat tidak menggunakan oksigen, pasien mengatakan saat selesai dari kamar mandi merasa nafasnya lebih cepat, selain itu pasien mengatakan sesak akan berkurang apabila beristirahat dengan posisi setengah duduk (semifowler) dan

menggunakan oksigen, pasien mengatakan sesak yang dirasakan hilang timbul sekitar kurang lebih 1-5 menit setiap kali mengalami sesak, saat dilakukan pengkajian terpasang oksigen 3 liter menggunakan nasal kanul, RR 30x/menit, serta didukung dengan pemeriksaan fisik yang menunjukkan bahwa pasien ,menggunakan otot bantu pernapasan, terdapat distensi vena jugularis, takipnea, suara nafas ronchi.

Sejalan dengan penelitian Ratri menjelaskan bahwa tanda dan gejala yang menunjang tegaknya diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi adalah sesak nafas, menggunakan otot bantu pernapasan, RR > 28 x/menit, terpasang oksigen 4 liter (Ratri 2015).

Menurut teori dijelaskan bahwa pola nafas tidak efektif adalah inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017; 31). Dalam kasus Renaldi Octavia pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi. Hiperventilasi adalah pernapasan yang dilakukan pasien sangat cepat ( Kamus Keperawatan, 2013 dikutip dalam Firdaus & Ratri 2016). Diagnosa keperawatan menurut teori tidak hanya pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi, terdapat diagnosa lainnya yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan dan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ansietas (Herdman, T. Heather, 2018; 228).

Bila dikaitkan dengan teori diagnosa yang ditegakkan pada tinjauan kasus Renaldi Octavia telah sesuai dengan teori, dimana diagnosa tersebut telah didukung dengan data (objektif dan subjektif) sesuai dengan kondisi pasien. Pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan keletihan otot bantu pernapasan tidak diangkat karena tidak muncul data adanya pernapasan cuping hidung, peningkatan usaha pernapasan, retraksi dinding dada, adanya pernapasan perut, ekspirasi yang memanjang (Muttaqin Arif, 2014 dikutip dalam Ratnawati & Arifin 2015). Pada diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ansietas tidak diangkat karena tidak muncul data dengan gejala sebagai berikut psikologis kecemasan meliputi gelisah, konsentrasi terganggu, cepat marah, merasakan adanya tanda-tanda bahaya, insomnia, libido menurun dan mudah tersinggung, serta gejala fisik pada ansietas (kecemasan) meliputi berkeringat, jantung berdebar, mudah lelah, sering kenicing dan mulut kering (Jangkup Jhoni Y. K, dkk 2015).

### 3. Intervensi

Setelah dilakukan pengkajian dan menegakkan diagnosa keperawatan, peneliti menyusun intervensi. Intervensi pada laporan karya tulis ilmiah yang telah dilakukan dengan masalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi yang di alami pasien yaitu manajemen jalan nafas berupa posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, motivasi pasien untuk bernafas pelan, auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan, monitor status

pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya. Dan monitor pernapasan berupa monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan, monitor suara tambahan, monitor pola nafas, monitor TTV. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wirdayanti pada tahun 2015, bahwa intervensi yang dilakukan pada pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi adalah dengan monitor pernafasan dan manajemen jalan nafas (Wirdayanti 2015).

Menurut *Nursing Interventions classification* (NIC) dijelaskan bahwa intervensi yang dilakukan pada masalah keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi adalah manajemen jalan nafas berupa posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputas dan batuk, auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan, kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, sebagaimana mestinya, regulasi asupan cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan cairan, posisikan untuk meringankan sesak nafas, monitor status pernafasan berupa dan oksigenasi, sebagaimana mestinya. Memonitor pernapasan berupa monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut, monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernapas, monitor suara tambahan, monitor pola nafas (mis., bradipnea, takipneu, hiperventilasi, pernapasan kusmaul), monitor tanda-tanda vital. Dan monitor cairan berupa monitor berat badan, monitor asupan dan pengeluaran, monitor

tekanan darah, denyut jantung, dan status pernapasan, berikan cairan dengan tepat, batasi dan alokasikan asupan cairan, berikan agen farmokologis untuk meningkatkan pengeluaran urin (Gloria a bulecek dkk, 2016).

Hal yang penting diperhatikan pada saat menyusun rencana tindakan adalah harus berorientasi pada pemecahan masalah ONEK (Observasi, Nursing intervensi, Edukasi dan Kolaborasi. Pada intervensi yang telah dilakukan, peneliti menilai bahwa intervensi yang dilakukan pada tinjauan kasus Renaldi Octavia belum sesuai dengan teori. Pada teori adanya monitor cairan yang harus dilakukan dan pada kasus Renaldi Octavia yang telah direncanakan tidak mencantumkan rencana keperawatan monitor cairan.

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan aktualisasi dari perencanaan atau intervensi yang telah disusun sebelumnya. Pada kasus Renaldi Octavia, tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan rencana yang telah dibuat yaitu manajemen jalan nafas berupa posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, motivasi pasien untuk bernafas pelan, auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan, monitor status pernafasan dan oksigenasi, sebagaimana mestinya. dan monitor pernafasan. berupa monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan, monitor suara tambahan, monitor pola nafas, monitor TTV.

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. Agar lebih baik jelas dan akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional (Tarwoto & Wartonah, 2015; 14-15).

Pada tinjauan kasus Renaldi Octavia, tahapan implementasi dilakukan selama 3 hari, kegiatan mengacu pada rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan MOKE (Mandiri, Observasi, Kolaborasi, Edukasi), pada kasus telah dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan di atas, tetapi tidak semua rencana keperawatan di atas dilakukan. Ada rencana keperawatan yang tidak dilakukan dan dicantumkan dalam rencana keperawatan yang telah dibuat yaitu memonitor cairan dengan tindakan batasi asupan cairan pada pasien. Pada tinjauan kasus Renaldi Octavia tidak melakukan tindakan monitor cairan berupa tindakan batasi asupan cairan. Pada pasien gagal ginjal kronik pembatasan cairan harus dilakukan untuk menyesuaikan asupan cairan dengan toleransi ginjal dalam regulasi (ekresi cairan), hal tersebut dikarenakan penurunan laju ekresi ginjal dalam membuang kelebihan cairan tubuh sehubungan dengan penurunan

LFG. Pada pasien gagal ginjal intake cairan yang direkomendasikan bergantung pada jumlah urine 24 jam, yaitu jumlah urine 24 jam sebelumnya ditambahkan 500-800cc (IWL) (*European Society For Parenteral and Enteral Nutrition* dalam paticci, Fantuzzi, Pageraro, Mc Cann, Bedogni, 2012, dikutip dalam Angraini & Putri, 2016).

## 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan dan merupakan tahapan yang menentukan apakah tujuan dapat tercapai sesuai yang ditetapkan dalam tujuan direncanakan perawatan. Pada tinjauan kasus Renaldi Octavia bahwa evaluasi pada pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi belum teratasi, dilihat pada evaluasi hari ke tiga dimana data subjektif pasien mengatakan sesak nafas berkurang, pasien mengatakan sesak yang dirasakan sudah tidak seperti tertimpa beban berat, pasien mengatakan tidak nyeri. Data objektif didapatkan tidak terdapat penggunaan otot bantu nafas, auskultasi paru vesikuler, RR 26x/menit. Dan pasien menjalankan HD kemudian pulang atas instruksi dokter.

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana tingkat keberhasilan tindakan keperawatan yang telah dilakukan telah berhasil. Keberhasilan sebuah tindakan mengacu pada NOC (*Nursing Outcomes Classification*) dengan memperhatikan tujuan yaitu status pernafasan ventilasi dalam batas normal dan status pernafasan menunjukkan jalan nafas yang paten,

kriteria hasil yaitu status pernafasan ventilasi: frekuensi pernafasan dalam rentang normal, irama nafas, kedalaman inspirasi, suara perkusi nafas, volume tidal, kapasitas vital, hasil rontgen dada, tes faal paru, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, suara nafas tambahan, retraksi dinding dada, tidak ada dyspnea dan othopnea, tidak mengalami taktil fremitus, pengembangan dinding dada tidak simetris, tidak ada gangguan vokalisasi, gangguan ekspirasi, gangguan suara saat auskultasi, tidak mengalami atelectasis (Sue Moorhead dkk, 2016; 560). Menunjukkan jalan nafas yang paten (irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas tambahan, mampu mengeluarkan sputum, tidak mengalami ansietas, tidak ada pernafasan cuping hidung, dyspnea, batuk, tidak mengalami akumulasi sputum, dan tidak ada respirasi agonal (Sue Moorhead dkk, 2016; 558).

Evaluasi merupakan barometer untuk mengetahui apakah sebuah tindakan yang dilakukan telah berhasil menyelesaikan masalah. Pada evaluasi kasus Renaldi Octavia tindakan yang dilakukan belum semuanya berhasil karena pasien menjalani HD dan kemudian pulang atas intruksi dokter oleh karena itu, intervensi yang sudah direncanakan untuk pasien di hentikan.