

BAB IV
HASIL ASUHAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Asuhan

1. Pengkajian keperawatan

Pada tanggal 15 Februari 2022 pukul 08.00 telah dilakukan pengkajian kepada subjek asuhan dan didapatkan data sebagai berikut:

Tabel 4.1 Data Pengkajian Keperawatan pada Subyek Asuhan

Item pengkajian	Subjek asuhan
A. Identitas Pasien	Nama : Ny. S Usia : 44 tahun Alamat : 15 A Iring Mulyo, Metro Timur Jenis Kelamin : Perempuan Pendidikan : S1 Pekerjaan : Guru Tgl masuk RS : 14-02-2022 Jam: 05.30 wib Dx. Medis : CKD
B. Riwayat Kesehatan	Keluhan utama : Sesak nafas. Riwayat penyakit sekarang: Klien masuk melalui IGD diantar oleh keluarganya dengan keluhan sesak nafas dan batuk mengeluarkan darah, klien merasa sangat sesak saat banyak beraktivitas keluhan ini dirasakan sudah sekitar \pm 4 bulan yang lalu. Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nafasnya sangat sesak dan batuk mengeluarkan darah, klien mengatakan kesulitan tidur sejak sebelum masuk rumah sakit hingga saat ini, klien mengatakan sangat sesak ketika beraktivitas terlalu banyak. Tampak edema dibagian ekstremitas bawah klien, akral klien teraba dingin, klien tampak pucat dan lemas, TD : 229/119 mmHg, N: 113 x/menit, RR: 26 x/menit, SaO ₂ : 94%, Hb : 6.1 g/dl. CRT < 3 detik Riwayat penyakit dahulu: 1. Klien mengatakan bahwa sebelumnya tidak pernah dirawat dirumah sakit. Tetapi klien memiliki riwayat Hipertensi sejak 5 tahun yang lalu. 2. Keluarga mengatakan sejak 4 bulan yang lalu klien selalu mengeluh sesak setiap kali banyak beraktivitas dan 2 hari terakhir klien

	<p>batuk dan mengeluarkan darah seperti yang dirasakan saat ini.</p> <p>Riwayat penyakit keluarga:</p> <p>Klien dan keluarga mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien.</p> <p>Riwayat alergi obat:</p> <p>Klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat alergi obat.</p> <p>Daftar obat/herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS:</p> <p>Klien mengatakan mengkonsumsi ramuan herbal yaitu rebusan daun salam untuk meringankan tekanan darah tinggi dan klien mengkonsumsi obat amlodipin 10 mg.</p>
<p>C. Anamnesis Pengkajian Pola Fungsional</p>	
<p>1. Pola manajemen kesehatan-persepsi kesehatan</p>	<p>Kondisi kesehatan umum klien:</p> <p>Klien tampak sakit berat karena klien tampak kesulitan bernafas dan mengeluarkan darah saat batuk.</p> <p>Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yang selama ini dilakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan jarang melakukan olahraga 2. Klien mengatakan minum air putih ± 2000 L/hari 3. Klien mengatakan suka meminum teh dan juga kopi ± 1 x/hari 4. Klien mengatakan jika mengalami tekanan/masalah klien melampiaskan dengan cara marah-marah dan juga menangis. <p>Upaya perlindungan kesehatan yang dilakukan klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan jarang untuk melakukan medical check up, klien mengunjungi puskesmas jika tekanan darahnya tidak terkontrol. 2. Klien memiliki jaminan kesehatan yaitu berupa BPJS <p>Obat jamu herbal/terapi lain yang dijalani sebelum masuk rs:</p> <p>Klien mengatakan mengkonsumsi amlodipine 10 mg untuk menangani tekanan darahnya yang tinggi dan juga terkadang klien mengkonsumsi air rebusan daun salam untuk membantu meringankan tekanan darahnya yang tinggi.</p>

<p>2. Pola metabolik-nutrisi</p>	<p>Kebiasaan jumlah makanan dan kudapan: (Di rumah)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan makanan utama klien yaitu nasi putih. Klien makan 3 x/hari. 2. Klien mengatakan kadang-kadang mengkonsumsi sayur, jenis sayur yang paling disukai adalah bayam dan jenis sayur yang tidak terlalu disukai adalah kangkung. Olahan sayur yang paling sering di konsumsi adalah olahan bersantan. 3. Klien mengatakan selalu mengkonsumsi lauk setiap harinya, jenis lauk yang pali disukai dan sering di konsumsi klien adalah ikan, ayam dan tempe. Klien tidak menyukai telur karena terkadang klien alergi jika memakan telur berlebihan. 4. Klien mengatakan terkadang klien mengkonsumsi cemilan seperti roti, bakso, dan kerupuk atau keripik. <p>Pola makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir:</p> <p>(Di RS)</p> <p>Klien mengatakan makan makanan yang diberikan rumah sakit dengan cara pemberian peroral dengan mandiri, klien selalu menghabiskan satu porsi makan. Klien diberikan diet MLRG.</p> <p>Masalah yang berhubungan dengan pola konsumsi makan:</p> <p>Klien mengatakan terkadang klien merasa mual.</p> <p>Energi metabolic dan perepsi klien tentang BB nya:</p> <p>Klien mengatakan merasa lemah dan mudah lelah saat beraktivitas dan timbul sesak saat klien melakukan aktivitas. Klien mengatakan merasa kurus dan mengalami penurunan BB. BB klien sebelum sakit: 73 kg dan BB klien setelah sakit: 68 kg.</p>
<p>3. Pola eliminasi</p>	<p>Eliminasi buang air kecil (bak): Klien mengatakan bak ± 5 kali dalam sehari dengan perkiraan urine keluar 500 ml/24 jam, klien tidak terpasang kateterisasi.</p> <p>Eliminasi buang air besar (bab): Klien mengatakan belum bab sejak masuk rumah sakit.</p>
<p>4. Pola aktivitas sehari-hari</p>	<p>Aktivitas sehari-hari:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien sehari hari bekerja sebagai guru 2. Kegiatan social atau kemasyarakatan yang biasa diikuti klien yaitu pengajian rutin di desa dan mengikuti kegiatan ibu PKK. 3. Klien tidak memiliki masalah pada anggota gerak baik itu ekstremitas atau maupun ekstremitas bawah. 4. Sebelum sakit klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, saat sakit klien melakukan perawatan diri dengan bantuan keluarga.
5. Pola istirahat-tidur	<p>Kebiasaan tidur:</p> <p>(Di rumah)</p> <p>Klien mengatakan sebelum sakit klien tidur 6-8 jam/hari, dan klien merasa segar setelah bangun tidur.</p> <p>(Di RS)</p> <p>Klien mengatakan saat sakit klien tidur < 6-8 jam/hari dan klien sering terbangun karena sesak nafas yang dirasa dan pikiran menjadi tidak tenang.</p>
6. Pola persepsi kognitif	<p>Gambaran tentang indera khusus:</p> <p>Sebelum dan sesudah dirawat klien tidak mengalami gangguan pada penglihatannya, klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan tidak ada penurunan pada indera penciuman klien. Klien mengatakan tidak ada rasa baal indera perabaan pada telapak tangan dan telapak kaki.</p> <p>Kognitif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat pendidikan terakhir klien adalah S1 2. Klien ragu-ragu dalam mengambil keputusan, semua keputusan diambil jika sudah berdiskusi dengan suami. 3. Klien mampu dalam mengingat jangka pendek tetapi klien terkadang tidak dapat mengingat jangka panjang.
7. Pola konsepsi diri- persepsi diri	<p>Keadaan social:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pekerjaan klien adalah guru 2. Situasi keluarga klien baik 3. Keanggotaan kelompok social: klien mengikuti pengajian di desa dan mengikuti kegiatan ibu PKK. 4. Identitas personal: Klien mengatakan kelemahan dirinya adalah ketika sakit ia menyusahkan keluarga dan itu membuat klien sangat sedih sedangkan kekuatan dirinya adalah keluarga yang selalu support bagaimanapun keadaan klien. 5. Keadaan fisik yang disukai dan tidak disukai klien: Klien menyukai seluruh keadaan fisik yang dimilikinya. Tidak ada dari fisiknya yang tidak disukai klien.

	6. Harga diri: Klien merasa puas dan bangga terhadap diri sendiri karena klien memiliki keluarga yang sangat mencintainya.
8. Pola hubungan peran	<p>Gambaran tentang peran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peran klien dalam keluarga: Klien merupakan seorang istri dan juga ibu dalam keluarga. 2. Peran klien dalam masyarakat: Klien merupakan warga desa biasa, klien sering mengikuti kegiatan desa seperti pengajian. 3. Peran klien dalam pekerjaan: Klien merupakan seorang pengajar 4. Kepuasan terhadap peran: Klien mengatakan merasa puas terhadap perannya. 5. Perubahan peran: Klien mengatakan tidak adanya perubahan peran. <p>Pola hubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan dengan keluarga baik 2. Hubungan dengan masyarakat baik 3. Hubungan dengan pekerjaan baik 4. Hubungan dengan petugas kesehatan baik
9. Pola reproduktif-seksualitas	<p>Reproduksi dan seksualitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak memiliki masalah terkait dengan fungsi reproduksi. 2. Klien tidak memiliki masalah terkait fungsi seksual
10. Pola toleransi terhadap stress –koping	<p>Toleransi terhadap stress-koping:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengalami kecemasan terhadap kondisi yang dialaminya saat ini. 2. Klien merasa sedih terhadap kondisinya. 3. Klien biasa menghilangkan perasaan cemas dengan mengobrol bersama suami. 4. Klien tidak mengetahui teknik lain untuk menghilangkan kecemasan.
11. Pola keyakinan-nilai	<ol style="list-style-type: none"> 1. Latar belakang budaya/etnik: Klien bersuku jawa dan beragama islam 2. Tujuan hidup: Klien mengatakan tujuan hidupnya adalah membahagiakan keluarga dan hidup dengan sehat. 3. Keyakinan yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini: Klien selalu berdoa kepada Allah SWT. Agar sakitnya segera sembuh. 4. Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini: Keluarga selalu berdoa kepada Allah SWT. Agar pasien diberi kesembuhan. 5. Klien mengatakan pendekatan keyakinan/budaya/agama penting untuk penyelesaian masalah kesehatan yang sedang dialami saat ini. 6. Klien mengatakan kesulitan dalam melakukan ibadah karena klien tidak dapat banyak bergerak dan mudah sesak nafas saat banyak aktivitas.
D. Pemeriksaan Fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum: Klien tampak lemah 2. Kesadaran: Composmentis

	<ul style="list-style-type: none"> c) Nervus IV: Pupil mengecil saat dirangsang cahaya d) Nervus V: Klien dapat merasakan sensasi halus dan tajam e) Nervus VI: Klien mampu melihat benda tanpa menoleh f) Nervus VII: Klien bisa senyum dan menutup kelopak mata g) Nervus VIII: Klien dapat mendengar gerakan jari h) Nervus IX: Uvula berada ditengah dan simetris, klien dapat membedakan manis dan asam i) Nervus X: Klien dapat menelan j) Nervus XI: Klien dapat melawan tahanan k) Nervus XII: Klien dapat menggerakkan lidah
E. Pemeriksaan Penunjang	<p>Laboratorium: (15-02-2022)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lekosit: 17,15 10^3/ul (nilai rujukan 5-10) 2. Eritrosit: 2,49 10^3/ul (nilai rujukan 3,08-5,05) 3. Hemoglobin: 6,1 g/dl (nilai rujukan 12-16) 4. Hematokrit: 19,1 % (nilai rujukan 37-48) 5. MCV: 72,9 fl (nilai rujukan 80-92) 6. MCH: 25,3 pg (niali rujukan 27-31) 7. MCHC: 33,0 g/dl (nilai rujukan 32-36) 8. Trombosit: 490 10^3/ul (nilai rujukan 150-450) 9. RDW: 16,7 % (nilai rujukan 12,4-14,4) 10. MPV: 7,60 fl (nilai rujukan 7,3-9) 11. GDS: 88,0 mg/dl (nilai rujukan <140) 12. Ureum: 159,4 mg/dl (nilai rujukan 15-40) 13. Kreatinin: 6,41 mg/dl (nilai rujukan 0,6-1,1) 14. Gol darah: B(+) 15. Sweb antigen: Negatif(-)

F. Daftar Terapi (Obat, Cairan, dll)

Nama	Dosis Rute Pemberian	Mulai Pemberian	Indikasi	Efek Samping
1. RL	10 tpm IV	24 jam	Memenuhi kebutuhan cairan	Nyeri dada, kesulitan bernafas, batuk
2. Furos	20 mg IV	/jam	Obat golongan diuretic untuk mengeluarkan kelebihan cairan dalam tubuh	Telinga berdenging, gatal, tidak nafsu makan, nyeri hebat

3. Transfusi	3 kantong (226 cc) IV	1/hari	Menaikan kadar hemoglobin	Kelebihan cairan, pembengkakan
4. Cefri	2 gr IV	2x1	Antibiotik untuk menghambat bakteri	Nyeri perut, mual, muntah, mengantuk
5. Amlodipin	10 mg oral	1x1	Menurunkan tekanan darah	Mual, lelah, pusing, bengkak pada kaki.
6. Oksigen	2L	24 jam	Memenuhi kebutuhan oksigenasi	Cemas, gelisah, peningkatan TD

Berdasarkan table 4.1 didapatkan hasil bahwa subjek asuhan memiliki jenis kelamin perempuan dengan keluhan sesak nafas. Subjek belum mengetahui tentang pola napas tidak efektif yang terjadi pada dirinya diakibatkan oleh penyakit CKD.

Tabel 4.2 Analisis data

No	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan sesak nafas b. Klien mengatakan sesak ketika beraktivitas c. Klien mengatakan kesulitan untuk bernafas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak kesulitan bernafas b. Terdapat penggunaan otot bantu pernafasan c. Pola napas klien abnormal (kussmaul) d. Klien mengeluarkan darah saat batuk e. RR: 26 x/menit 	Pola napas tidak efektif	Hambatan upaya napas (kelemahan otot pernafasan)

	<p>f. SaO2: 94%</p> <p>g. Hb : 6,1 g/dl</p>		
2.	<p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan linu/nyeri pada bagian kaki</p> <p>b. Klien mengatakan kaki mengalami bengkak</p> <p>c. Klien mengatakan merasa lemah dan lemas</p> <p>DO:</p> <p>a. Akral klien teraba dingin</p> <p>b. Kulit klien tampak pucat</p> <p>c. Kaki klien mengalami edema</p> <p>d. Hb: 6,1 g/dl (nilai rujukan 12-16)</p> <p>e. TD: 229/119 mmHg</p> <p>f. RR: 26x/menit</p> <p>g. SaO2: 94%</p> <p>h. CRT <3 detik</p> <p>i. Transfusi 226 cc</p> <p>j. Gol darah: B(+)</p>	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan aliran arteri dan/atau vena
3.	<p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan sesak nafas</p> <p>b. Klien mengatakan sesak ketika banyak bergerak</p> <p>c. Klien mengatakan kesulitan untuk bernafas nafasnya seperti tidak sampai</p> <p>DO:</p> <p>a. Tampak edema pada bagian kaki</p> <p>b. Klien tampak kesulitan bernafas</p> <p>c. Kadar Hb turun : 6,1 g/dl (nilai rujukan 12-16)</p> <p>d. TD: 229/119 mmHg</p> <p>e. RR: 26x/menit</p> <p>f. SaO2: 94%</p> <p>g. Membran mukosa tampak kering</p> <p>h. Intake lebih banyak dari output Intake: Air (makanan + minuman): 1000 cc, cairan infus 500 cc/24 jam, Injeksi 20cc, air metabolisme 5 x BB = 5 x 65 = 325, transfuse 226 cc.</p>	Hipervolemia	Kelebihan asupan cairan

Output: Keringat 100 cc, urine 500 cc, IWL 15 x BB : 24 = 15 x 65 : 24 = 40,625. Balance cairan: input – output = 2.071 – 640,625 = 1.430,375		
--	--	--

Berdasarkan table 4.2 analisa data yang didapatkan pada subjek asuhan yaitu pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif dan hipervolemia.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data yang diuraikan sebelumnya, maka peneliti merumuskan ada tiga diagnose keperawatan yang muncul pada subjek asuhan tersebut, antara lain:

- a. Pola napas tidak efektif
- b. Perfusi perifer tidak efektif
- c. Hipervolemia

3. Rencana keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul penulis memperoleh diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan data-data pengkajian yang telah dikelompokkan. Maka disusunlah rencana asuhan keperawatan, peneliti berfokus pada masalah keperawatan pola napas tidak efektif, namun masalah keperawatan yang lain tetap dilakukan perencanaan dan pelaksanaan untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif. Penulis menerapkan intervensi keperawatan pada subjek asuhan menurut (SIKI 2018). Adapun intervensi atau rencana asuhan keperawatan yang diberikan sebagai berikut:

Tabel 4.3 Intervensi keperawatan

Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan	Rencana Tindakan
Pola napas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas (kelemahan otot pernafasan) DS: a. Klien mengatakan sesak nafas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun	Manajemen jalan napas: Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Terapeutik 1. Posisikan semi-fowler atau fowler 2. Berikan minuman hangat 3. Berikan oksigen

<p>b. Klien mengatakan sesak ketika beraktivitas</p> <p>c. Klien mengatakan kesulitan untuk bernafas</p> <p>DO:</p> <p>a. Klien tampak kesulitan bernafas</p> <p>b. Terdapat penggunaan otot bantu pernafasan</p> <p>c. Pola napas klien abnormal (kussmaul)</p> <p>d. Klien mengeluarkan darah saat batuk</p> <p>e. RR: 26 x/menit</p> <p>f. SaO2: 94%</p> <p>g. Hb: 6.1 g/dl</p>	<p>2. Penggunaan otot bantu napas menurun</p> <p>3. Frekuensi napas membaik</p>	<p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Dukungan kepatuhan program pengobatan:</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik</p> <p>2. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani</p> <p>Manajemen energi:</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus seperti minim cahaya</p> <p>2. Fasilitasi duduk disebelah tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>
<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan aliran arteri dan/atau vena</p> <p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan linu/nyeri pada bagian kaki</p> <p>b. Klien mengatakan kaki tampak bengkak</p> <p>c. Klien mengatakan merasa lemah dan lemas</p> <p>DO:</p> <p>a. Akral klien teraba dingin</p> <p>b. Kulit tampak pucat</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Warna kulit pucat menurun</p> <p>2. Akral membaik</p> <p>3. Nyeri ekstremitas menurun</p>	<p>Perawatan sirkulasi:</p> <p>Observasi</p> <p>1. Periksa sirkulasi perifer (edema)</p> <p>2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (hipertensi)</p> <p>3. Monitor nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah</p> <p>2. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>3. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan seperti (rasa sakit yang tidak hilang)</p> <p>Dukungan kepatuhan program pengobatan:</p> <p>Observasi</p>

<p>c. Kaki klien mengalami edema</p> <p>d. Hb: 6,1 g/dl (nilai rujukan 12-16)</p> <p>e. TD: 229/119 mmHg</p> <p>f. RR : 26x/menit</p> <p>g. SaO2: 94%</p> <p>h. CRT <3 detik</p> <p>i. Transfusi: 226 cc</p> <p>j. Gol darah: B(+)</p>		<p>2. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik</p> <p>4. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>Edukasi</p> <p>2. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani</p> <p>Pemantauan cairan:</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor frekuensi nafas</p> <p>2. Monitor tekanan darah</p> <p>3. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>
<p>Hipervolemia b.d</p> <p>Kelebihan asupan cairan</p> <p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan sesak nafas</p> <p>b. Klien mengatakan sesak ketika banyak bergerak</p> <p>c. Klien mengatakan kesulitan bernafas nafasnya seperti tidak sampai</p> <p>DO:</p> <p>a. Tampak edema pada bagian kaki</p> <p>b. Klien tampak kesulitan bernafas</p> <p>c. Kadar Hb menurun : 6,1 g/dl (nilai rujukan 12-16)</p> <p>d. TD: 229/119 mmHg</p> <p>e. RR: 26x/menit</p> <p>f. SaO2: 94%</p> <p>g. Membran mukosa tampak kering</p> <p>h. Intake lebih banyak dari output</p> <p>Intake: Air (makanan + minuman) 1000 cc,</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Edema menurun</p> <p>2. TD membaik</p> <p>3. Kelembaban membrane mukosa meningkat</p>	<p>Manajemen hypervolemia:</p> <p>Observasi</p> <p>1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia seperti (dyspnea dan edema)</p> <p>2. Identifikasi penyebab hypervolemia</p> <p>3. Monitor status hemodinamik yaitu (Tekanan darah)</p> <p>4. Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>2. Tinggikan kepala tempat tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian diuretic (furos)</p> <p>Dukungan kepatuhan program pengobatan:</p> <p>Observasi</p> <p>3. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik</p> <p>6. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>Edukasi</p> <p>3. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani</p>

cairan infus 500 cc, Injeksi 20 cc, transfuse 226 cc, air metabolisme 5 x 65 = 325 Output: Keringat 100 cc, urine 500 cc, IWL $15 \times 65 : 24 = 40,625$ Balance cairan: input – output = $2.071 - 640,625 =$ $1.430,375$	Pemantauan tanda vital: Observasi 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor pernafasan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan
--	---

Berdasarkan table 4.3 dapat diketahui bahwa intervensi yang dilakukan pada subyek asuhan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul sebagai bentuk asuhan keperawatan yang komprehensif. Akan tetapi, focus intervensi asuhan tetap pada pola napas tidak efektif yang akan dilakukan pembahasan.

4. Implementasi dan evaluasi

Setelah dilakukan tahap perencanaan sesuai dengan uraian sebelumnya, maka langkah selanjutnya adalah tahap implementasi (pelaksanaan) dan evaluasi yang dilakukan dan dinilai selama 3 hari berturut-turut. Implementasi yang dilakukan pada subjek asuhan sesuai dengan tiga masalah yang muncul, namun peneliti memfokuskan satu masalah yaitu pola napas tidak efektif pada pembahasannya.

Tabel 4.4 Implementasi dan Evaluasi

No Dx	Tgl/Jam	Implementasi Keperawatan (Respond an Hasil)	Paraf	Evaluasi	Paraf
1.	15 Februari 2022 (08.00 WIB) (08.05 WIB) (08.10 WIB) (8.15 WIB) (08.25 WIB)	1. Memonitor pola napas klien. (RR: 26 x/menit, SaO2: 94%, pernafasan kussmaul). 2. Memposisikan klien semi-fowler 3. Memberikan minuman hangat kepada klien 4. Memberikan terapi oksigen 2L/menit dengan menggunakan nasal kanule 5. Menyediakan lingkungan yang nyaman	 Ismi	Subjektif: 1. Klien mengatakan masih sesak nafas 2. Klien mengatakan masih sesak ketika beraktivitas 3. Klien mengatakan batuk masih mengeluarkan darah Objektif: 1. RR: 26 x/menit 2. SaO2: 94% 3. Hb: 6.1 g/dl 4. Klien tampak kesulitan bernafas	 Ismi

	(08.25 WIB) (08.28 WIB) (08.35 WIB)	6. Mengajarkan teknik batuk efektif kepada klien 7. Menjelaskan kepada klien dan keluarga mengenai semua pengobatan yang harus klien jalani 8. Menganjurkan klien untuk komitmen dalam menjalani pengobatan		5. Klien mengeluarkan darah saat batuk 6. Terdapat penggunaan otot bantu pernafasan 7. Pola napas klien abnormal (kussmaul) Assesment: Pola Napas Tidak Efektif Planning: 1. Monitor pola napas klien 2. Memberikan minum hangat pada klien 3. Memberikan terapi oksigen 4. Mengajarkan dan mempraktekan teknik batuk efektif 5. Menganjurkan klien untuk komitmen dalam menjalani pengobatan	
2.	15 Februari 2022 (08.35 WIB) (08.37 WIB) (08.40 WIB) (08.45 WIB) (08.50 WIB)	1. Memeriksa sirkulasi perifer (Terdapat edema pada bagian kaki) 2. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi a. Klien memiliki riwayat hipertensi b. Saat pengkajian didapat TD: 229/119 mmHg c. Hb: 6,1 g/dl) 3. Memonitor nyeri atau bengkak pada kaki. a. Terdapat edema pada ekstremitas bawah b. Klien mengatakan kakinya terkadang terasa linu c. Akral klien teraba dingin 4. Memonitor pernafasan klien a. RR: 26x/menit b. SaO2: 94% 5. Menganjurkan klien mengkonsumsi obat penurun tekanan darah. (Klien diberi amlodipine 10 mg oral) 6. Menganjurkan klien untuk minum obat	<i>just</i> Ismi	Subjektif: 1. Klien mengatakan linu/nyeri pada bagian kaki 2. Klien mengatakan kaki tampak bengkak 3. Klien mengatakan merasa lemah dan lemas. Objektif: 1. Akral klien teraba dingin 2. Kulit klien tampak pucat 3. Tampak edema pada kaki klien 4. Hb: 6,1 g/dl 5. TD: 229/119 mmHg 6. RR: 26x/menit 7. SaO2: 94% 8. CRT <3 detik 9. Transfusi: 226cc 10. Gol darah: B(+) Assesment: Perfusi Perifer Tidak Efektif Planning: 1. Memeriksa sirkulasi perifer	<i>just</i> Ismi

	(08.52 WIB)	penurun tekanan darah secara teratur. (Klien meminum amlodipine 10 mg 1 x 1)		2. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi	
	(08.54 WIB)	7. Meminta klien untuk segera menginformasikan kepada perawat saat terdapat tanda dan gejala darurat seperti rasa sakit pada kaki yang tak kunjung hilang.		3. Memonitor nyeri atau bengkak pada kaki	
	(09.00 WIB)	8. Menganjurkan klien untuk komitmen dalam menjalani pengobatan		4. Memonitor pernafasan klien	
				5. Menganjurkan klien meminum obat penurun tekanan darah secara teratur	
				6. Menganjurkan klien untuk komitmen dalam menjalani pengobatan	
3.	15 Februari 2022 (09.30 WIB)	1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia. a. Klien sesak nafas b. Terdapat edema pada kaki klien	<i>just</i> Ismi	Subjektif: 1. Klien mengatakan nafasnya masih sesak	<i>just</i> Ismi
	(09.33 WIB)	2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia. (Asupan cairan yang masuk kedalam tubuh klien tidak sebanding dengan cairan yang keluar)		2. Klien mengatakan masih sesak ketika banyak bergerak	
	(09.35 WIB)	3. Memonitor status hemodinamik. (TD: 200/110 mmHg)		3. Klien mengatakan kakinya bengkak	
	(09.40 WIB)	4. Memonitor pernafasan a. RR: 26x/menit b. SaO2: 94%		Objektif: 1. Tampak edema pada bagian kaki	
	(09.43 WIB)	5. Memonitor intake dan output cairan. Intake : a. Air (makan + minum) : 1000 cc b. Cairan infus : 500 cc c. Injeksi : 20cc d. Air metabolisme: 5 x 65 = 325 e. Transfusi: 226cc f. Input : 2.071 Output: a. Keringat: 100 cc b. Urine: 500 cc c. Feses: - d. IWL: 15 x 65 : 24 = 40,652		2. Klien tampak kesulitan bernafas	
				3. Kadar Hb menurun: 6,1 g/dl (nilai rujukan 12-16)	
				4. TD: 200/110 mmHg	
				5. RR: 26x/menit	
				6. SaO2: 94%	
				7. Membran mukosa tampak kering	
				8. Intake lebih banyak dari output. (Balance cairan: Intake 2.071 – Output 641 = 1.431	
				Assesment: Hipervolemia	
				Planning: 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia	
				2. Memonitor status hemodinamik	

		<p>e. Output : 1.140 Balance cairan : input – output = 2.071 – 641 = 1.431</p> <p>6. Membatasi asupan cairan dan garam kepada klien (Klien diet MLRG)</p> <p>7. Meninggikan kepala tempat tidur</p> <p>8. Berkolaborasi pemberian diuretic (furos).</p> <p>9. Menganjurkan klien untuk komitmen dalam menjalani pengobatan</p>		<p>3. Memonitor pernafasan klien</p> <p>4. Memonitor input dan output cairan</p> <p>5. Membatasi asupan cairan dan garam</p> <p>6. Berkolaborasi pemberian diuretik.</p> <p>7. Menganjurkan klien untuk komitmen dalam menjalani pengobatan</p>	
	(10.00 WIB)				
	(10.03 WIB)				
	(10.05 WIB)				
	(10.10 WIB)				
1.	<p>16 Februari 2022 (08.00 WIB)</p> <p>(08.05 WIB)</p> <p>(08.07 WIB)</p> <p>(08.15 WIB)</p> <p>(08.20 WIB)</p>	<p>1. Memonitor pola napas klien. a. RR: 24 x/menit b. SaO2: 98%</p> <p>2. Memberikan minuman hangat kepada klien</p> <p>3. Memberikan terapi oksigen 2L/menit menggunakan nasal kanul</p> <p>4. Mengajarkan klien teknik batuk efektif dan meminta klien untuk mempraktekannya.</p> <p>5. Menganjurkan klien komitmen dalam menjalani pengobatan</p>	<p><i>Ismi</i> Ismi</p>	<p>Subjektif:</p> <p>1. Klien mengatakan sesak sudah berkurang</p> <p>2. Klien mengatakan sudah bisa mulai beraktivitas karena sudah tidak terlalu sesak</p> <p>3. Batuk sudah tidak mengeluarkan darah</p> <p>Objektif:</p> <p>1. RR: 24 x/menit</p> <p>2. SaO2: 98%</p> <p>3. Klien tampak sudah tidak terlalu sulit untuk bernafas</p> <p>4. Klien sudah tidak batuk mengeluarkan darah</p> <p>5. Pola napas klien (kussmaul)</p> <p>6. Tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan</p> <p>Assesment:</p> <p>Pola Napas Tidak Efektif</p>	<p><i>Ismi</i> Ismi</p>

				Planning: 1. Memonitor pola napas 2. Memberikan terapi oksigen 3. Menganjurkan klien komitmen dalam menjalani pengobatan	
2.	16 Februari 2022 (08.30 WIB) (08.35 WIB) (08.40 WIB) (08.45 WIB) (08.50 WIB) (08.55 WIB)	1. Memeriksa sirkulasi perifer. (Edema pada kaki klien sudah mulai membaik) 2. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi. a. Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi, TD: 150/90 mmHg 3. Memonitor pernafasan: a. RR: 24x/menit b. SaO2: 98% 4. Memonitor nyeri atau bengkak pada kaki. (Klien mengatakan kakinya sudah tidak nyeri dan bengkak tampak berkurang) 5. Menganjurkan klien meminum obat penurun tekanan darah secara teratur. (Klien mengkonsumsi amlodipine 10 mg 1 x 1) 6. Menganjurkan klien komitmen dalam menjalani pengobatan	<i>Ismi</i> Ismi	Subjektif: 1. Klien mengatakan kakinya sudah tidak nyeri 2. Klien mengatakan bengkak pada kakinya sudah berkurang 3. Klien mengatakan masih sedikit lemas. Objektif: 1. Akral teraba dingin 2. Klien tampak pucat 3. Edema pada kaki sudah berkurang 4. Hb: 6,7 g/dl 5. TD: 150/90 mmHg 6. RR: 24x/menit 7. SaO2: 98% 8. Transfusi: 226cc 9. Gol darah: B(+) Assesment: Perfusi Perifer Tidak Efektif Planning: 1. Memeriksa sirkulasi perifer 2. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Menganjurkan klien mengkonsumsi obat penurun tekanan darah secara teratur 4. Menganjurkan klien komitmen dalam menjalani pengobatan	<i>Ismi</i> Ismi
3.	16 Februari 2022 (09.00 WIB) (09.10 WIB)	1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia a. Sesak sudah berkurang b. Edema sudah berkurang 2. Memonitor status hemodinamik. (TD: 140/90 mmHg)	<i>Ismi</i> Ismi	Subjektif: 1. Klien mengatakan sesak sudah berkurang 2. Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas ringan 3. Klien mengatakan bengkak di kaki sudah berkurang	<i>Ismi</i> Ismi

	(09.15 WIB) (09.20 WIB)	3. Memonitor pernafasan: a. RR: 24x/menit b. SaO2: 98%		Objektif: 1. Edema sudah berkurang 2. Kadar Hb mulai membaik : 6,7 g/dl 3. Intake dan output mulai membaik. (Balance cairan intake – output = 1.671 – 941 = 730) 4. TD: 140/90 mmHg 5. RR: 24x/menit 6. SaO2: 98% 7. Membran mukosa tampak lembab Assesment: Hipervolemia Planning:	
	(09.40 WIB)	4. Monitor input dan output cairan Input: a. Air (makanan + minuman): 800 cc b. Cairan infus: 300 cc c. Injeksi: 20 cc d. Air metabolism: 5 x 65 = 325 e. Transfusi: 226 cc f. Input : 1.671 cc Output: a. Keringat: 100 cc b. Urine: 700 cc c. Feses: 100 cc d. IWL: 15 x 65 : 24 = 40,625 e. Output: 941 Balance cairan : 730			
	(09.50 WIB)	5. Membatasi asupan cairan dan garam (Klien diet MLRG)			
	(10.00 WIB)	6. Berkolaborasi pemberian diuretic. (Furos) 7. Menganjurkan klien komitmen dalam menjalani pengobatan			
1.	17 Februari 2022 (08.00 WIB) (08.10 WIB) (08.25 WIB)	1. Memonitor pola napas a. RR: 21 x/menit b. SaO2: 99% 2. Memberikan terapi oksigen 2L/menit melalui nasal kanul 3. Menganjurkan klien komitmen dalam menjalani pengobatan	<i>just</i> Ismi	Subjektif: 1. Klien mengatakan nafasnya sudah tidak sesak 2. Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas normal Objektif: 1. RR: 21 x/menit 2. SaO2: 99% 3. Klien tampak bernafas normal 4. Pola nafas klien normal Assesment: Pola Napas Tidak Efektif Planning: 1. Menganjurkan klien komitmen dalam menjalani pengobatan	<i>just</i> Ismi

2.	<p>17 Februari 2022 (09.00 WIB) (09.10 WIB)</p> <p>(09.25 WIB)</p> <p>(09.30 WIB)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Memeriksa sirkulasi perifer. (sudah tidak terdapat edema). Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi. <ol style="list-style-type: none"> Klien memiliki riwayat hipertensi TD: 130/80 mmHg Hb: 9,9 g/dl Menganjurkan klien mengkonsumsi obat penurun tekanan darah secara rutin. (Klien mengkonsumsi amlodipine 1 mg 1x1) Menganjurkan klien komitmen menjalani pengobatan 	<p><i>just</i> Ismi</p>	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mwngatakan sudah merasa segar Klien mengatakan bengkak pada kakinya sudah tidak ada <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Akral teraba hangat Edema sudah tidak ada Klien tampak segar Hb sudah membaik : 9,9 g/dl <p>Assesment:</p> <p>Perfusi Perifer Tidak Efektif</p> <p>Planning:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menganjurkan klien mengkonsumsi obat penurun tekanan darah secara rutin Menganjurkan klien komitmen menjalani pengobatan 	<p><i>just</i> Ismi</p>
3.	<p>17 Februari 2022 (10.00 WIB) (10.10 WIB)</p> <p>(10.25 WIB)</p> <p>(10.40 WIB)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Memonitor status hemodinamik. (TD: 130/80 mmHg) Memonitor pernafasan <ol style="list-style-type: none"> RR: 20x/menit SaO2: 99% Memonitor intake dan output cairan <p>Intake:</p> <ol style="list-style-type: none"> Air (makan + minum) : 700 cc Cairan infus : 200 Injeksi : 20 Air metabolisme: 325 Transfusi: 226 Intake: 1.471 <p>Output:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keringat: 100 cc Urine: 1000 cc Feses: 100 cc IWL: 40,625 Output: 1.241 Berkolaborasi pemberian diuretic (furos) Menganjurkan klien komitmen menjalani pengobatan 	<p><i>just</i> Ismi</p>	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah tidak sesak Klien mengatakan kakinya sudah tidak bengkak Klien mengatakan sudah bisa beraktivitas normal <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Edema sudah tidak ada Klien tampak bernafas normal RR: 20x/menit SaO2: 99% Kadar Hb membaik : 9,9 g/dl Intake dan output cairan membaik. (Balance cairan : Intake – Output = 1.471 – 1.241 = 230) TD: 130/80 mmHg Membran mukosa tampak lembab <p>Assesment:</p> <p>Hipervolemia</p> <p>Planning:</p>	<p><i>just</i> Ismi</p>

	(10.50 WIB)			1. Menganjurkan klien komitmen menjalani pengobatan 2. Menganjurkan untuk memonitor intake dan output cairan	
--	-------------	--	--	---	--

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil asuhan yang dilakukan pada subyek asuhan keperawatan didapatkan hasil sesuai uraian sebelumnya dan selanjutnya penulis akan membahas hasil asuhan tersebut.

1. Pengkajian keperawatan

Usia subyek asuhan pada pengumpulan data ini adalah usia dewasa. Berdasarkan hasil pengumpulan data subyek asuhan berusia 44 tahun dan mempunyai diagnose medis CKD. Hasil pengkajian penulis berfokus pada masalah pola napas tidak efektif karena menurut SDKI 2017 dan teori yang sudah penulis sampaikan tanda dan gejala mayor maupun minor pada diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif sering terjadi pada penderita dengan chronic kidney disease dengan tanda mayor subjektif yaitu sesak nafas (dypsnea), sesak saat klien beraktifitas dan objektif yaitu penggunaan otot bantu pernafasan, serta pola nafas klien abnormal (kussmaul), tekanan inspirasi klien menurun respirasi klien didapat sesak yaitu 26x/menit dengan SaO₂ 94% dan terjadinya penurunan hemoglobin dengan angka 6.1 g/dl.

Menurut SDKI 2017 terdapat gejala dan tanda mayor maupun minor pada diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif. Gejala dan tanda mayor subjektif yaitu dispnea dan tanda objektif yaitu penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, dan pola napas abnormal (kussmaul). Sedangkan gejala dan tanda minor subjektif yaitu ortopnea dan tanda objektifnya kapasitas vital menurun, tekanan inspirasi menurun, pernafasan cuping hidung, ventilasi semenit menurun, ekskresi dada berubah dan tekanan ekspirasi menurun. Sedangkan pada saat dikaji data yang ditemukan pada subyek asuhan yaitu klien mengeluh sesak nafas (dypsnea), terdapat penggunaan otot bantu pernafasan, sesak nafas saat beraktivitas, tekanan inspirasi menurun dan pola napas klien abnormal

(kussmaul). Hal ini sesuai dengan tanda dan gejala pola napas tidak efektif yang terdapat pada buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia 2017.

Kemudian dalam kasus ini penulis juga menemukan bahwa pasien mengalami hipervolemia dengan tanda dan gejala subjektif klien mengalami sesak nafas dan klien sesak ketika banyak bergerak lalu tanda gejala objektif yaitu terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah klien, kadar hb klien turun dengan angka 6.1 g/dl serta terjadinya peningkatan tekanan darah yaitu 229/119 mmHg dan intake lebih banyak daripada output.

Kemudian penulis juga menemukan data tambahan yang dimana penulis mengangkat diagnosa tambahan yaitu perfusi perifer tidak efektif dengan tanda dan gejala subjektif klien mengalami nyeri pada ekstremitas dan juga mengalami sesak nafas dan objektif CRT < 3 detik, akral klien teraba dingin, warna kulit klien tampak pucat serta terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah klien

Menurut hasil asuhan keperawatan dari Pebriana pada diagnosa fokus utama didapatkan tanda dan gejala sama dengan apa yang didapat oleh penulis yaitu dengan data subjektif klien mengeluh sesak nafas, dan data objektif didapatkan yaitu respirasi klien 27x/menit dan mengalami penurunan SaO₂ yaitu 93% dan terjadinya peningkatan tekanan darah pada klien yaitu 170/110 mmHg dengan disertai peningkatan denyut nadi yaitu 110x/menit.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan table 4.2 analisa data, didapatkan hasil bahwa diagnosa yang muncul pada subyek asuhan adalah pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, dan hipervolemia. Namun pada penulisan laporan akhir ini penulis berfokus pada dua masalah diagnosa yang saling berkaitan namun tidak mengabaikan masalah keperawatan lainnya.

Penulis mengangkat diagnosa pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernafasan) penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis menemukan tanda dan gejala pada pasien sesuai dengan tanda dan gejala yang penulis dapatkan dalam acuan yang penulis gunakan yaitu SDKI 2017.

Kemudian didapatkan data pendukung dalam menegakan diagnosa utama yaitu dari diagnosa yang sangat berkaitan dengan penurunan oksigenasi yaitu diagnosa keperawatan hipervolemia karena menurut penulis pola napas tidak efektif pada pasien dengan gagal ginjal kronik dapat juga disebabkan karena adanya penumpukan kelebihan cairan dan permeabilitas yang abnormal pada mikrosirkulasi paru yang terjadi secara mendadak yang dipengaruhi oleh peningkatan tekanan hidrostatis membran kapiler yang menyebabkan penetrasi cairan ke dalam alveoli sehingga terjadilah edema paru yang mengakibatkan difusi O₂ dan CO₂ terlambat sehingga pasien mengalami sesak (Hasan et al, 2005 dalam Susianti, 2019).

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan Pebriana didapatkan diagnosa berbeda dengan yang diangkat oleh penulis, Pebriana mengangkat diagnosa keperawatan yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi ditandai dengan dispnea (sesak napas).

3. Intervensi keperawatan

Rencana keperawatan yang diberikan pada subyek asuhan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditetapkan yaitu menggunakan acuan SIKI 2018 dengan rencana keperawatan utama yaitu manajemen jalan napas dan pemantauan respirasi.

Berdasarkan kasus penulis merencanakan tindakan pada diagnosa utama yaitu pola napas tidak efektif berdasarkan buku (SIKI, 2018) dengan intervensi utama manajemen jalan napas dan intervensi pendukung dukungan kepatuhan program pengobatan dan manajemen energi, dengan cara memonitor pola napas klien selama 1 x 24 jam selama 3 hari, memberikan posisi semi-fowler agar jalan napas klien menjadi lebih teratur, memberikan minum hangat kepada klien agar tenggorokan klien tidak menjadi sakit karena sering batuk dan mengeluarkan darah dan berkolaborasi dalam pemberian terapi oksigenasi. Indikator medis pasien dengan gangguan oksigenasi pada penyakit gagal ginjal kronik dapat teratasi dalam jangka waktu 3 hari. Kemudian pada diagnosa tambahan yaitu perfusi perifer tidak efektif direncanakan intervensi utama yaitu perawatan sirkulasi dan intervensi pendukung yaitu dukungan kepatuhan

program pengobatan dan pemantauan cairan, lalu pada diagnosa yang menjadi focus penulis yaitu hipervolemia direncanakan intervensi utama yaitu manajemen hipervolemia dan intervensi pendukung dukungan kepatuhan program pengobatan dan pemantauan tanda vital.

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan Pebriana dengan diagnosa keperawatan gangguan pertukaran gas yaitu menggunakan acuan SIKI 2018 dengan rencana keperawatan terapi oksigen yang mana hal ini berbeda dengan rencana keperawatan yang ditetapkan oleh penulis namun menggunakan acuan yang sama yaitu SIKI 2018.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada subyek asuhan sesuai dengan rencana keperawatan yang disusun untuk mengatasi diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif dan hipervolemia dilakukan selama tiga hari perawatan. Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah utama pola napas tidak efektif yaitu dengan manajemen jalan napas dan tindakan dari intervensi pendukung yaitu dukungan kepatuhan program pengobatan dan manajemen energi. Kemudian pada diagnosa tambahan perfusi perifer tidak efektif dilakukan tindakan utama yaitu perawatan sirkulasi dan tindakan dari intervensi pendukung yaitu dukungan kepatuhan program pengobatan dan pemantauan cairan lalu diagnosa fokus penulis yaitu hipervolemia dilakukan tindakan utama manajemen hipervolemia dan tindakan dari intervensi pendukung yaitu dukungan kepatuhan program pengobatan dan pemantauan tanda vital.

Tindakan keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah pola napas tidak efektif adalah memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman dan usaha napas), memposisikan pasien semi-fowler, memberikan minum hangat kepada pasien, memberikan terapi oksigen dan mengajarkan teknik batuk efektif, dan tindakan pendukung yang dilakukan adalah memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien, menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang semua pengobatan yang harus dijalani, dan menganjurkan klien untuk komitmen dalam menjalani pengobatan.

Tindakan keperawatan pada diagnosa tambahan perfusi perifer tidak efektif adalah memeriksa sirkulasi perifer, mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, memonitor nyeri atau bengkak pada kaki, memonitor pernafasan klien, menganjurkan kepada klien untuk mengkonsumsi obat penurun tekanan darah, dan meminta klien untuk segera menginformasikan kepada perawat yang bertugas jika terdapat tanda dan gejala seperti rasa sakit pada kaki yang tidak kunjung hilang, dan tindakan pendukung yaitu menganjurkan kepada klien untuk komitmen dalam menjalani pengobatan.

Tindakan keperawatan yang sangat penting dilakukan yang mana hal ini juga sangat berkaitan erat dalam menyelesaikan masalah oksigenasi yaitu pada diagnosa tambahan hipervolemia adalah memonitor tanda tanda hipervolemia, mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor status hemodinamik, memonitor pernafasan klien, memonitor intake dan output cairan, membatasi asupan cairan, meninggikan kepala tempat tidur agar klien nyaman, berkolaborasi dalam pemberian diuretik, dan tindakan pendukung yaitu memonitor tanda tanda vital pada klien dan menganjurkan klien untuk komitmen dalam menjalani pengobatan.

Implementasi keperawatan yang penulis lakukan kepada subyek asuhan sesuai dengan intervensi keperawatan yang direncanakan pada table 4.3 intervensi keperawatan, yang sesuai dengan buku panduan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018.

Implementasi berdasarkan hasil asuhan keperawatan Pebriana sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah direncanakan yaitu terapi oksigen sehingga dalam hal ini sesuai dengan apa yang dikerjakan oleh penulis yaitu melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat sebelumnya.

5. Evaluasi keperawatan

Berdasarkan implementasi yang dilakukan pada subyek asuhan didapatkan hasil evaluasi secara keseluruhan dalam mengatasi diagnosa utama pola napas tidak efektif diperoleh pola napas dan frekuensi napas pasien dari hari kehari menjadi lebih baik dengan keluhan sesak nafas sudah

menurun, keluhan sesak ketika beraktivitas menurun dan keluhan kesulitan untuk bernafas sudah menurun, klien dapat beraktivitas normal kembali hal ini terlihat dari tidak adanya keluhan yang tertuju pada tanda dan gejala pola napas tidak efektif dan dibuktikan dengan terjadinya peningkatan hb dari hari-kehari.

Namun setelah melakukan asuhan keperawatan penulis menyadari seharusnya penulis berfokus pada diagnosa hipervolemia dikarenakan dalam pemantauan cairan dan pemberian transfusi darah sangatlah berpengaruh dalam mengatasi diagnosa utama yaitu pola nafas tidak efektif. Namun hasil dari tujuan dan kriteria hasil diagnosa utama pola nafas tidak efektif teratasi walau belum maksimal dengan kriteria hasil yaitu sesak nafas menurun, penggunaan otot bantu pernafasan menurun, dan frekuensi nafas klien telah membaik yaitu frekuensi nafas semula 26x/menit kemudian setelah dilakukannya asuhan menjadi 20x/menit.

Kemudian hasil dari tujuan pada diagnosa tambahan yaitu perfusi perifer tidak efektif juga telah tercapai dengan kriteria hasil warna kulit pucat pada klien telah menurun, akral klien membaik dan nyeri pada ekstremitas klien menurun. Namun pada diagnosa hipervolemia belum sepenuhnya teratasi yaitu dalam memonitor cairan penulis gagal dalam mengatasi masalah tersebut dikarenakan keterbatasan waktu bagi penulis dalam melakukan asuhan keperawatan karena pada dasarnya penyakit gagal ginjal kronik merupakan penyakit terminal sehingga harus dilakukannya pemantauan bukan hanya 3 hari perawatan.

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan Pebriana pada diagnosa utama yang menjadi fokus penulis didapati keluhan pada klien sama dengan kriteria hasil dari asuhan yang telah penulis lakukan dimana keluhan tersebut yaitu keluhan sesak nafas klien sudah tidak ada dan nafas klien kembali normal.