

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Proses Keperawatan**

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

Secara umum pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data mengenai : biodata klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat pekerjaan dan kebiasaan, riwayat psikososial dan pemeriksaan fisik (Andarmoyo, S. 2016).

###### **a. Biodata Pasien (umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan)**

Umur pasien bisa menunjukkan tahap perkembangan pasien baik secara fisik maupun psikologis, jenis kelamin, dan pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui hubungan dan pengaruhnya terhadap terjadinya masalah atau penyakit, dan tingkat pendidikan dapat berpengaruh terhadap pengetahuan pasien tentang masalah atau penyakitnya (Andarmoyo, S. 2016).

###### **b. Keluhan Utama**

Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan mengganggu oleh pasien. Keluhan utama akan menunjukkan prioritas intervensi dan mengkaji pengetahuan pasien tentang kondisinya saat ini. Keluhan utama yang biasa muncul pada pasien gangguan kebutuhan oksigen dan karbondioksida adalah batuk, peningkatan produksi sputum, *Dyspnea*, *Hemoptysis* (batuk darah), mengi, dan lain-lain (Andarmoyo, S. 2016).

###### **c. Riwayat Kesehatan**

Riwayat kesehatan umumnya digunakan untuk pasien rawat jalan. Sementara itu, pasien gawat darurat tidak bisa cepat memperoleh riwayat kesehatan karena hal tersebut hanya dapat diperoleh dengan pendataan (Marlena, 2018).

Perawat melakukan pencatatan riwayat kesehatan pasien sehingga memungkinkan perawat untuk membuat patokan dasar pengkajian tentang status pasien. Pengkajian riwayat secara menyeluruh merupakan komponen paling penting selama proses pengkajian fisik secara

keseluruhan. Riwayat kesehatan yang tidak mampu di dapatkan dari pasien, maka perawat dapat menggali informasi dan keterangan terkait riwayat kesehatannya kepada keluarga pasien (Marlena, 2018)

1) Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang sistem pernafasan dimulai dengan perawat menanyakan tentang perjalanan penyakit sejak timbul keluhan hingga pasien meminta pertolongan dan dilakukannya pengajian saat itu (Andarmoyo, S. 2016).

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Riwayat kesehatan masa lalu memberikan informasi tentang riwayat kesehatan pasien dan anggota keluarganya. Kaji pasien terhadap kondisi kronis manifestasi pernafasan, karena kondisi ini memberikan petunjuk tentang penyebab masalah baru (Andarmoyo, S. 2016).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pengkajian riwayat penyakit keluarga dalam gangguan pernafasan sangat penting untuk mendukung keluhan dari penderita, perlu dicari riwayat keluarga yang memberikan predisposisi keluhan seperti adanya riwayat sesak nafas, batuk lama, dari generasi terdahulu. Adanya penyakit tekanan darah tinggi dan diabetes dapat memperberat keluhan penderita (Andarmoyo, S. 2016).

4) Riwayat Pekerjaan dan Kebiasaan

Perawat menanyakan situasi tempat kerja dan lingkungannya, kebiasaan sosial misalnya menanyakan kebiasaan pola hidup (minum alkohol, atau obat tertentu), kebiasaan merokok, dan situasi kerja (Andarmoyo, S. 2016).

5) Riwayat Psikososial

a) Psikologis

Dalam hal ini perawat perlu mengetahui tentang persepsi atau tanggapan pasien terhadap masalah atau penyakit, pengaruh sakit terhadap cara hidup, perasaan pasien terhadap sakit dan terapi, persepsi atau tanggapan keluarga terhadap

masalah yang dihadapi pasien atau penyakit dan terapi, dan harapan pasien dan keluarga terhadap masalah yang dihadapi sekarang (Andarmoyo, S. 2016).

b) Riwayat Sosial

Perlu dikaji kebiasaan-kebiasaan pasien dan keluarganya, misalnya : merokok, pekerjaan, rekreasi, keadaan lingkungan, faktor-faktor alegen, dan lain-lain (Andarmoyo, S. 2016).

d. Pengkajian Umum Primer dan Sekunder

Pengkajian umum berdasarkan penanganan atau tindakannya dibagi menjadi dua, yaitu pengkajian umum primer dan sekunder. Berikut masing-masing pengkajian yang sering digunakan dalam dunia keperawatan (Marlena, 2018)

1) Pengkajian Primer

Pengkajian primer (*Primary Assessment*) adalah penilaian awal dari usaha yang dilakukan untuk mempertahankan kehidupan pada saat pasien atau korban mengalami keadaan yang mengancam nyawa. Pengkajian primer digunakan untuk menangani pasien gawat darurat. Pengkajian primer di prioritaskan menangani pasien paling parah dan membutuhkan tindakan segera (Marlena, 2018).

Menurut Kartikawati (2014), komponen pengkajian primer (*Primary Assessment*) adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.1**  
**Komponen Pengkajian Primer**

<b>Komponen</b>	<b>Pemeriksaan</b>	<b>Tindakan</b>
<i>Airway</i> (Jalan Nafas)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa jalan nafas paten atau tidak</li> <li>2. Periksa vokalisasi</li> <li>3. Ada tidaknya aliran udara</li> <li>4. Periksa suara nafas abnormal atau normal : <i>Stridor</i>, <i>Snoring</i>, dan <i>Gurgling</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa dan atur untuk memastikan kepatenan jalan nafas</li> <li>2. Identifikasi dan keluarkan benda asing (muntahan, darah, sekret atau sputum dan benda asing), dan apapun yang menyebabkan obstruksi jalan nafas baik parsial atau normal</li> <li>3. Pasang <i>Orofaringeal Airway (OPA)</i> atau <i>Nasofaringeal Airway (NPA)</i> untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>4. Pertahankan dan lindungi tulang servikal</li> </ol>
<i>Breathing</i> (Pernafasan)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa ada tidaknya pernafasan efektif dengan 3M (melihat naik turunnya dinding dada, mendengarkan suara nafas, dan merasakan hembusan nafas pasien)</li> <li>2. Mengidentifikasi dan periksa pola pernafasan abnormal pada pasien : adanya <i>Tachipnea</i>, <i>Bradipnea</i>, dan terengah-engal, kemampuan berbicara pasien atau adanya pernafasan cuping hidung</li> <li>3. Periksa adanya otot bantu pernafasan, deviasi trakea, gerakan dinding dada yang asimetris</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur posisi pasien untuk memaksimalkan ekspansi dinding dada</li> <li>2. Auskultasi suara nafas</li> <li>3. Berikan oksigen</li> <li>4. Beri bantuan nafas menggunakan <i>BVM (Bage Valve Mask)</i>, masker, atau <i>ETT (Endotracheal tube)</i>, jika perlu</li> <li>5. Jika ditemukan luka di bagian dada, tutup luka tersebut</li> <li>6. Berikan terapi untuk mengurangi bronkospasme atau adanya edema pulmonal</li> </ol>
<i>Circulation</i> (Sirkulasi)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa denyut nadi, kualitas, dan karakter denyutnya</li> <li>2. Periksa apakah adanya gangguan atau abnormalitas irama jantung dengan atau tanpa <i>EKG</i></li> <li>3. Periksa pengisian kapiler, suhu tubuh, dan warna kulit serta adanya <i>diaphoresis</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan tindakan CPR atau defibrilasi sesuai dengan indikasi</li> <li>2. Lakukan penanganan pada pasien yang mengalami distrimia</li> <li>3. Bila ada pendarahan lakukan tindakan pemberhentian pendarahan</li> <li>4. Pasang jalur IV</li> <li>5. Ganti volume darah/cairan yang hilang dengan cairan</li> </ol>

		kristaloid isotonic darah
<i>Disability</i> (Ketidakmampuan) untuk mengkaji status neurologis dengan cepat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. AVPU <ol style="list-style-type: none"> <li>a. A: Alert (Waspada)</li> <li>b. V: <i>Responsive To Voice</i> (berespon terhadap suara)</li> <li>c. P: <i>Responsive To Pain</i> (berespon terhadap nyeri)</li> <li>d. U: <i>Unresponsive</i> (Tidak ada respon)</li> </ol> </li> <li>2. GCS (<i>Glasgow Coma Scale</i>) <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Respon buka mata (E)</li> <li>b. Respon verbal (V)</li> <li>c. Respon motorik (M)</li> </ol> </li> </ol>	1. Intervensi disesuaikan dengan penyebab: <i>abnormalitas metabolik, hipoksia, trauma neurologis</i> , dan <i>intoksikasi</i> dapat mengganggu tingkat kesadaran.
<i>Exposure</i> (Paparan)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seluruh pakaian harus dibuka (pada situasi resusitasi, pakaian dapat digunting untuk akses cepat ke bagian tubuh)</li> <li>2. Amankan tanda bukti (misalnya: pakaian, tempat, tusukan, senjata, obat-obatan, peluru) pada kasus perkosaan, <i>child abuse</i>, kekerasan, pembunuhan, bunuh diri, dan overdosis obat</li> </ol>	1. Cegah hipotermi ( $\leq 36^{\circ}\text{C}$ ) setelah pakaian dibuka karena dapat menyebabkan vasokonstriksi, kesulitan akses vena dan pengkajian arteri, gangguan oksigenasi dan ventilasi, koagulapati, peningkatan pendarahan, metabolisme obat di hati melambat.

(Sumber : Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat, 2014)

## 2) Pengkajian Sekunder

Pengkajian sekunder (*Secondary Assessment*) umumnya bertujuan untuk mengidentifikasi penyakit atau masalah yang berkaitan dengan keluhan pasien (Marlena, 2018).

Menurut Kartika (2014), komponen pengkajian sekunder (*Secondary Assesment*) adalah sebagai berikut.

**Tabel 2.2**  
**Komponen Pengkajian Sekunder**

Komponen	Pertimbangan
Observasi Umum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat mempertimbangkan hasil observasi berdasarkan penampilan pasien, postur, dan posisi tubuh</li> <li>2. Pemeriksaan terhadap pasien, apakah pasien menggunakan tindakan perlindungan diri</li> <li>3. Observasi keluhan umum yang dirasakan pasien</li> <li>4. Pemeriksaan kesadaran pasien</li> <li>5. Observasi perilaku pasien, apakah pasien dapat melakukan tindakannya sendiri, atau sebaliknya</li> <li>6. Periksa apakah pasien dapat melakukan tindakannya sendiri, atau sebaliknya</li> <li>7. Periksa komunikasi verbal pasien, apakah berbicara jelas atau bergumam bingung</li> <li>8. Amati apakah pasien bau etanol. Urine, bau obat kimiawi atau bau keton</li> <li>9. Periksa apakah ada tanda luka, baik luka baru ataupun luka lama</li> </ol>
Kepala dan Wajah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa apakah terjadi pendarahan, luka atau terjadi bentuk asimetri pada pasien</li> <li>2. Inspeksi dan palpasi keseluruhan kulit kepala</li> <li>3. Periksa bagian mata, apakah pupil mata bereaksi terhadap cahaya dan perhatikan ukuran dan bentuk pupil kanan kiri</li> <li>4. Lakukan palpasi kulit kepala untuk pasien yang mengalami luka</li> <li>5. Jika terjadi palpai, adanya benjolan pada tulang wajah, periksa apakah bentuknya simetris atau sebaliknya</li> <li>6. Periksa, apakah pasien mengalami pembengkakan, pendarahan di bagian hidung</li> <li>7. Periksa luka pendarahan pada telinga</li> <li>8. Pemeriksaan status warna mukosa, hidrasi, atau pendarahan gigi yang hilang atau patah atau edema laring pada langit-langit mulut</li> <li>9. Periksa ekspresi wajah yang asimetris dan cara berbicara pasien</li> </ol>
Leher	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa apakah terjadi pembekalan, luka, atau pendarahan</li> <li>2. Pemeriksaan apakah terjadi emfisema subkutan atau deviasi trakea</li> <li>3. Pemeriksaan palpasi adanya luka atau keluhan nyeri pada tulang servikal</li> </ol>
Dada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan apakah terjadi benjolan, luka, atau pendarahan</li> <li>2. Periksa naik turunnya dinding dada. Apakah simetris atau tidak</li> <li>3. Pemeriksaan apakah terjadi penggunaan otot bantu pernafasan</li> <li>4. Lakukan pemeriksaan palpasi benjolan, emfisema, nyeri pada struktur dinding dada</li> <li>5. Pemeriksaan auskultasi suara nafas kanan dan kiri, apakah ada perbedaan atau sama</li> <li>6. Lakukan auskultasi suara jantung, apakah normal atau abnormal</li> </ol>
Abdomen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa apakah terjadi luka seperti abdomen, benda asing yang menancap, memar, atau jahitan operasi</li> <li>2. Auskultasi bising usus dan gangguan aortic abdominal</li> <li>3. Palpasi dan membandingkan denyut di kedua sisi abdomen</li> <li>4. Pemeriksaan palpasi, apakah ada masa rigiditas, pulmasi, dan abdomen</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Lakukan pemeriksaan perkusi untuk mengindikasikan adanya cairan dan udara</li> <li>6. Pemeriksaan palpasi hepar untuk menentukan ukuran dan adanya benjolan</li> <li>7. Tekan simfisis pubis dan iliaka pelvis, periksa apakah ada ketidakstabilan atau nyeri</li> </ol>
Ekstremitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan palpasi. Apakah ada benjolan, pendarahan, memar, dan edema</li> <li>2. Pemeriksaan apakah ada bekas luka, nyeri, dan patah tulang</li> <li>3. Pemeriksaan palpasi dan bandingkan denyut nadi di kedua tangan</li> <li>4. Lakukan pencatatan <i>Capillary Refill Time (CRT)</i>, perbedaan warna, pergerakan, suhu tubuh, dan sensasi</li> </ol>
Punggung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan palpasi, apakah ada benjolan, nyeri, luka, atau memar</li> <li>2. Lakukan pemeriksaan <i>Rectal Rauche (RT)</i> untuk mengidentifikasi darah, pembengkakan prostat, hilangnya <i>refleks sphincter internal</i></li> <li>3. Jika pasien dicurigasi terluka pada punggung. Lakukan pemeriksaan dengan cara <i>Log Roll</i>.</li> </ol>

(Sumber : Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat, 2014)

#### e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sistem pernafasan merupakan pengumpulan data yang *reliable* dan berpedoman pada informasi secara menyeluruh. Teknik dasar pemeriksaan fisik meliputi empat hal, yaitu inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi (Marlena, 2018).

##### 1) Inspeksi

Inspeksi adalah istilah pemeriksaan yang digunakan secara menyeluruh. Pemeriksaan ini meliputi pengkajian kondisi pasien, apakah pasien dalam kondisi sadar atau tidak. Pemeriksaan ini termasuk pemeriksaan penampilan pasien, misalnya melihat apakah pasien bisa berbicara atau tidak, mengalami pendarahan atau yang lainnya (Marlena, 2018).

**Tabel 2.3**  
**Komponen Proses Inspeksi Pada Pengkajian Fisik Sistem**  
**Pernafasan**

Pemeriksaan	Gejala
Umum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktivitas mental</li> <li>2. Tingkat ansietas</li> <li>3. Model berbicara (<i>Staccato, Koheren, Afasia, Artikulasi, dan Serak</i>)</li> <li>4. Turgor kulit</li> <li>5. Integritas kulit (Jaringan perut, ruam, dan luka)</li> <li>6. Warna kulit (pucat dan <i>sianosis</i>)</li> <li>7. Berat badan (obesitas dan malnutrisi)</li> <li>8. Posisi tubuh (<i>condong ke depan dan lengan elevasi</i>)</li> </ol>
Thoraks	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesimetrisan thoraks</li> <li>2. Posisi sternum</li> <li>3. Diameter anterior-posterior kurang dari setengah</li> <li>4. Transversal</li> <li>5. Frekuensi, irama, durasi pernafasan, dan irama</li> <li>6. Penggunaan otot asesoris</li> <li>7. Keselarasan gerakan dada dan abdomen</li> <li>8. Kesejajaran spinal</li> <li>9. Pola <i>vena superticial</i></li> </ol>
Kepala dan leher	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pilek</li> <li>2. Bernafas menggunakan mulut atau hidung</li> <li>3. Penggunaan leher dan bahu</li> <li>4. Posisi trakea</li> </ol>
Ekstremitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jari tabuh</li> <li>2. Edema</li> <li>3. <i>Sianosis perifer</i></li> </ol>

(*Sumber : Keperawatan Kritis : Pendekatan Asuhan Holistik, 2012*).

## 2) Auskultasi

Auskultasi teknik pemeriksaan paru-paru, suara peristaltik dan jantung. Pemeriksaan ini dilakukan sebelum melakukan proses palpasi. Pemeriksaan auskultasi ini dilakukan untuk mendengarkan intensitas volume bunyi nafas, apakah nafas pasien normal atau sebaliknya (Marlena, 2018).

## 3) Palpasi

Palpasi merupakan pemeriksaan karakteristik permukaan kulit. Pemeriksaan palpasi pada dasarnya memeriksa sensitifitas pasien, baik sekedar untuk mengetahui suhu tubuh atau turgor. Pemeriksaan palpasi untuk mengetahui apakah ada kekakuan, nyeri, ukuran organ, dan adanya massa (Marlena, 2018).

## 4) Perkusi



Perkusi adalah pemeriksaan yang sifatnya evaluasi. Perawat melakukan evaluasi kepadatan tulang atau mengevaluasi organ untuk membedakan struktur padat cair atau berongga. Cara pemeriksaan perkusi dapat dilakukan dengan mengetuk permukaan tangan dengan jari telunjuk tangan satunya (Marlena, 2018)

f. Pemeriksaan Penunjang (Diagnostik)

Pemeriksaan penunjang ini dilakukan untuk mengkaji status pernafasan, fungsi, dan oksigenasi. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi adalah sebagai berikut (Marlena, 2018)

- 1) Radiografi dada merupakan salah satu alat diagnosis untuk mengkaji dan mengetahui anatomi serta fisiologi dada.
- 2) Pemindaian ventilasi-perfusi digunakan untuk mendeteksi paru yang masih normal dan untuk mendiagnosis dan menentukan lokasi emboli paru dan suplai vaskular paru.
- 3) Angiografi Pulmonal sebagai indikator potensial terjadinya emboli paru.
- 4) Bronkoskopi digunakan untuk mendiagnosis jaringan dan mengumpulkan sekresi.
- 5) Kultur sputum dilakukan untuk mengetahui sensitivitas dan kultur.
- 6) Pemeriksaan fungsi paru dilakukan untuk mengukur atau mengetahui volume paru (Marlena, 2018).

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon pasien terhadap masalah. Manfaat diagnosis keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah (PPNI, 2017)

Menurut (PPNI, 2017) Diagnosis Keperawatan pada masalah oksigenasi adalah :

1. Bersihan jalan napas tidak efektif, adalah kemampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten
2. Gangguan penyapihan ventilator, adalah kemampuan beradaptasi dengan pengurangan bantuan ventilator mekanik
3. Gangguan pertukaran gas, adalah oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler dalam batas normal
4. Gangguan ventilasi spontan, adalah keadekuatan cadangan energy untuk mendukung individu mampu bernapas secara adekuat
5. Pola napas tidak efektif, adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang memberikan ventilasi adekuat
6. Risiko aspirasi, adalah kondisi masuknya partikel cair atau padat ke dalam paru-paru.

Dari beberapa diagnosis diatas, terdapat satu fokus diagnosis keperawatan yang muncul pada asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi dengan *efusi pleura* dan *CKD* adalah Pola napas tidak efektif.

Definisi:

inspirasi dan/atau ekspirasi yang memberikan ventilasi adekuat

Tanda dan gejala mayor :

Data Subjektif :

1. Dispnea

Data Objektif :

1. Penggunaan otot bantu pernapasan
2. Fase ekspirasi memanjang
3. Pola napas abnormal (mis.takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-strokes)

Tanda dan gejala minor :

Data Subjektif

1. Ortopnea

Data Objektif

1. Pernapasan *pulsed-lip*
2. Pernapasan cuping hidung
3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
4. Ventilasi semenit menurun
5. Kapasitas vital menurun
6. Tekanan ekspirasi menurun
7. Tekanan inspirasi menurun
8. Ekskursi dada berubah

(PPNI, 2017)

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin di capai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Dalam menentukan rencana tindakan keperawatan harus membuat orioritas urutan diagnosis keperawatan, merumusan tujuan, merumuskan kriteria hasil dan evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Berikut adalah intervensi untuk pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

**Tabel 2.4**  
**Intervensi Keperawatan**  
**(PPNI, 2018)**

<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
Pola napas tidak efektif	<p><b>Manajemen jalan napas</b>  Tindakan :  Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor bunyi napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>- Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronki kering)</li> <li>- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ul> <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)</li> <li>- Posisi semi-fowler atau fowler</li> <li>- Berikan minum hangat</li> <li>- Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>- Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik</li> <li>- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> <li>- Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</li> <li>- Berikan oksigen, jika perlu</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</li> <li>- Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</li> </ul> <p><b>Pemantauan respirasi</b>  Tindakan :  Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>- Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik)</li> <li>- Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>- Monitor adanya produksi sputum</li> <li>- Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>- Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>- Auskultasi bunyi napas</li> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> <li>- Monitor nilai AGD</li> <li>- Monitor nilai X-ray toraks</li> </ul>

	Teraupetik - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
--	--

(*Sumber : Buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan, 2018*)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu sebagai berikut.

- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
- d. Tanda tangan perawat pelaksana

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi antara lain: mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, serta meneruskan rencana tindakan keperawatan. Proses evaluasi memiliki tahapan mengukur pencapaian tujuan dan penentuan keputusan. Macam-macam evaluasi terdiri dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif). evaluasi pada dasarnya dilakukan untuk

mengetahui apakah tujuan yang ditetapkan sudah tercapai atau belum (Sumirah Budi Pertami, 2016).

Evaluasi yang diharapkan pada diagnosis keperawatan pola napas tidak efektif menurut (PPNI, 2019) adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang memberikan ventilasi adekuat dengan ekspetasi membaik. Adapun kriteria hasil adalah: ventilasi semenit meningkat, kapasitas vital meningkat, diameter thotaks anterior-posterior meningkat,tekanan ekspirasi meningkat, tekanan inspirasi meningkat, dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, orthopnea menurun, pernapasan pursed-lip menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik, ekskursi dada membaik.

## **B. Konsep Kebutuhan Oksigenasi**

Kebutuhan oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh mempertahankan hidup dan aktivitas berbagai organ atau sel (musrifatul uliyah, 2021). Pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (PPNI, 2017)

Oksigen merupakan kebutuhan dasar paling vital dalam kehidupan manusia. Dalam tubuh, oksigen berperan penting terutama dalam proses metabolisme sel tubuh. Kekurangan oksigen bisa menyebabkan hal yang sangat berarti bagi tubuh, salah satunya adalah kematian. Karenanya, berbagai upaya perlu dilakukan untuk menjamin pemenuhan kebutuhan oksigen tersebut, agar terpenuhi dengan baik.

### **1. Faktor yang mempengaruhi kebutuhan oksigenasi**

Menurut (musrifatul uliyah, 2021) factor yang mempengaruhi kebutuhan oksigenasi yaitu:

#### **1. Saraf Otonomik**

Rangsangan simpatis dan parasimpatis dari saraf otonomik dapat memengaruhi kemampuan untuk dilatasi dan konstiksi, hal ini dapat terlihat simpatis maupun parasimpatis. Ketika terjadi rangsangan, ujung saraf dapat mengeluarkan neurotransmitter (untuk simpatis dapat

mengeluarkan noradrenalin yang berpengaruh pada bronkodilatasi dan untuk parasimpatis mengeluarkan asetilkolin yang berpengaruh pada bronkokonstriksi) karena pada saluran pernapasan terdapat reseptor adrenergik dan reseptor kolinergik.

## 2. Hormon dan Obat

Semua hormon termasuk derivat katekolamin dapat melebarkan saluran pernapasan. Obat yang tergolong parasimpatis, seperti sulfas atropin dan ekstrak belladonna, dapat melebarkan saluran napas, sedangkan obat yang menghambat adrenergik tipe beta (khususnya beta-2), seperti obat yang tergolong penekatan beta nonselektif, dapat mempersempit saluran napas (bronkokonstriksi).

## 3. Alergi pada Saluran Napas

Banyak faktor yang dapat menimbulkan alergi, antara lain debu yang terdapat dalam hawa pernapasan, bulu binatang, serbuk benang sari bunga, kapuk, makanan, dan lain-lain. Faktor-faktor ini menyebabkan bersin bila terdapat rangsangan di daerah nasal; batuk bila di saluran pernapasan bagian atas; bronkokonstriksi pada asma bronkial; dan rinitis bila terdapat di saluran pernapasan bagian bawah.

## 4. Perkembangan

Tahap perkembangan anak dapat memengaruhi jumlah kebutuhan oksigenasi, karena usia organ dalam tubuh berkembang seiring usia perkembangan. Hal ini dapat terlihat pada bayi usia prematur, yaitu adanya kecenderungan kekurangan pembentukan surfaktan. Setelah anak tumbuh dewasa, kemampuan kematangan organ juga berkembang seiring bertambahnya usia.

## 5. Lingkungan

Kondisi lingkungan dapat memengaruhi kebutuhan oksigenasi, seperti faktor alergi, ketinggian tanah, dan suhu. Kondisi tersebut memengaruhi kemampuan adaptasi. Perilaku. Faktor perilaku yang dapat memengaruhi kebutuhan oksigenasi adalah perilaku dalam mengonsumsi makanan (status nutrisi). Sebagai contoh, obesitas dapat memengaruhi proses perkembangan paru, aktivitas dapat memengaruhi proses

peningkatan kebutuhan oksigenasi, merokok dapat menyebabkan proses penyempitan pada pembuluh darah, dll.

## 2. Masalah kebutuhan oksigenasi

### A. Hipoksia.

Hipoksia merupakan kondisi tidak tercukupinya pemenuhan kebutuhan oksigen dalam tubuh akibat defisiensi oksigen atau peningkatan penggunaan oksigen dalam tingkat sel, ditandai dengan adanya warna kebiruan pada kulit (sianosis). Secara umum, terjadinya hipoksia disebabkan oleh menurunnya kadar Hb, menurunnya difusi O<sub>2</sub> dari alveoli ke dalam darah, menurunnya perfusi jaringan, atau gangguan ventilasi yang dapat menurunkan konsentrasi oksigen (musrifatul uliyah, 2021).

### B. Perubahan Pola Pernapasan

Menurut (musrifatul uliyah, 2021) perubahan pola pernapasan disebabkan oleh :

- a. Takipnea, merupakan pernapasan yang memiliki frekuensi lebih dari 24. kali per menit. Proses ini terjadi karena paru dalam keadaan atelektasis atau terjadinya emboli.
- b. Bradipnea, merupakan pola pernapasan yang lambat dan kurang dari sepuluh kali per menit. Pola ini dapat ditemukan dalam keadaan peningkatan tekanan intrakranial yang disertai narkotik atau sedatif.
- c. Hiperventilasi, merupakan cara tubuh dalam mengompensasi peningkatan jumlah oksigen dalam paru agar pernapasan lebih cepat dan dalam. Proses ini ditandai dengan adanya peningkatan denyut nadi, napas pendek, nyeri dada, menurunnya konsentrasi CO<sub>2</sub>, dan lain-lain. Keadaan demikian dapat disebabkan oleh adanya infeksi, keseimbangan asam basa, atau gangguan psikologis. Hiperventilasi dapat menyebabkan hipokapnia, yaitu berkurangnya CO<sub>2</sub> tubuh di bawah batas normal, sehingga rangsangan terhadap pusat pernapasan menurun.
- d. Pernapasan kusmaul, merupakan pola pernapasan cepat dan dangkal yang dapat ditemukan pada orang dalam keadaan asidosis metabolik.



- e. Hipoventilasi, merupakan upaya tubuh untuk mengeluarkan karbondioksida dengan cukup yang dilakukan pada saat ventilasi alveolar serta tidak cukupnya penggunaan oksigen yang ditandai dengan adanya nyeri kepala, penurunan kesadaran, disorientasi, atau ketidakseimbangan elektrolit yang dapat terjadi akibat atelektasis, lumpuhnya otot-otot pernapasan, depresi pusat pernapasan, peningkatan tahanan jalan udara, penurunan tahanan jaringan paru dan toraks, serta penurunan compliance paru dan toraks. Keadaan demikian dapat menyebabkan hiperkapnia, yaitu retensi CO<sub>2</sub> dalam tubuh sehingga pCO<sub>2</sub> meningkat (akibat hipoventilasi) dan mengakibatkan depresi susunan saraf pusat.
- f. Dispnea, merupakan perasaan sesak dan berat saat bernapas. Hal ini dapat disebabkan oleh perubahan kadar gas dalam darah/jaringan, kerja berat/berlebihan, dan pengaruh psikis.
- g. Ortopnea, merupakan kesulitan bernapas kecuali dalam posisi duduk atau berdiri dan pola ini sering ditemukan pada seseorang yang mengalami kongestif paru.
- h. Cheyne-stokes, merupakan siklus pernapasan yang amplitudonya mula-mula naik, turun, berhenti, kemudian mulai dari siklus baru.
- i. Pernapasan paradoksial, merupakan pernapasan yang ditandai dengan pergerakan dinding paru yang berlawanan arah dari keadaan normal, sering ditemukan pada keadaan atelektasis.
- j. Pernapasan biot, merupakan pernapasan dengan irama yang mirip dengan cheyne-stokes, tetapi amplitudonya tidak teratur. Pola ini sering dijumpai pada rangsangan selaput otak, tekanan intrakranial yang meningkat, trauma kepala, dan lain-lain.
- k. Stridor, merupakan pernapasan bising yang terjadi karena penyempitan pada saluran pernapasan. Pola ini pada umumnya ditemukan pada kasus spasme trakea atau obstruksi laring.

### **C. Tinjauan Konsep Penyakit**

#### **a. Pengertian Efusi Pleura**

Efusi Pleura adalah adanya penumpukan cairan di ruang pleura. Penyakit ini sering terjadi karena proses sekunder dari adanya penyakit lain. Efusi dapat berupa cairan jernih, yang mungkin merupakan transudat, eksudat, atau dapat berupa darah atau pus (Puspitasari, 2022).

#### **b. Etiologi**

Efusi pleura diakibatkan oleh kelebihan cairan dapat berupa cairan rendah protein (transudatif) atau kaya protein (eksudatif). Penyebab paling umum efusi pleura transudatif (cairan encer) meliputi gagal jantung, emboli paru, sirosis, dan bedah jantung pascaoperasi. Sementara itu, efusi pleura eksudatif (cairan protein) paling sering disebabkan oleh pneumonia, kanker, emboli paru, penyakit ginjal, dan penyakit inflamasi (Puspitasari, 2022).

Selain dua penyebab utama di atas, penyebab efusi pleura lain yang kurang umum antara lain tuberkulosis, penyakit autoimun, perdarahan (karena trauma dada), chylothorax (karena trauma), infeksi dada dan perat efusi pleura asbes (karena paparan asbes), sindrom Meig (karena tumor ovarium jinak), dan sindrom hiperstimulasi ovarium (Puspitasari, 2022).

Obat-obatan tertentu, operasi perut, dan terapi radiasi juga dapat menyebabkan efusi pleura. Efusi pleura dapat terjadi pada beberapa jenis kanker termasuk kanker paru-paru, kanker payudara, dan limfoma.

#### **c. Patofisiologi**

Akumulasi cairan pleura biasanya terjadi akibat peningkatan pembentukan cairan pleura atau penurunan penyerapan cairan pleura; atau gabungan dua kondisi tersebut. Peningkatan pembentukan cairan pleura merupakan hasil peningkatan tekanan hidrostatis (misalnya, gagal jantung kongestif), penurunan tekanan osmotik koloid (misalnya, sirosis, sindrom nefrotik), peningkatan permeabilitas kapiler (misalnya, infeksi, neoplasma), penekanan cairan oleh dinding diafragma (misalnya, sirosis dengan ascites), atau pengurangan tekanan ruang pleura (misalnya, atelektasis). Penurunan penyerapan cairan pleura dapat terjadi akibat

obstruksi limfatik atau dari peningkatan tekanan vena sistemik yang mengakibatkan gangguan drainase limfatik (misalnya, sindrom vena kava superior) (Puspitasari, 2022).

Adanya cairan di lingkungan tekanan negatif yang normal dari ruang pleura memiliki sejumlah konsekuensi untuk fisiologi pernapasan. Efusi pleura menghasilkan defek ventilasi yang restriktif dan juga menurunkan kapasitas paru total, kapasitas residual fungsional, dan kapasitas vital paksa. Hal ini dapat menyebabkan ketidakcocokan ventilasi-perfusi dan dalam tahap lanjut dapat menurunkan curah jantung (Puspitasari, 2022).

#### **d. Manifestasi klinis**

##### **1. Tanda dan Gejala**

Efusi pleura beberapa gejalanya disebabkan oleh penyakit dasar. Pneumonia akan menyebabkan demam, menggigil, dan nyeri dada pleuritik. Efusi maligna dapat mengakibatkan dispnea dan batuk. Ukuran efusi akan menentukan keparahan gejala.

- 1) Efusi luas, sesak napas, bunyi pekak atau datar pada saat perkusi di atas area yang terisi cairan, bunyi napas minimal atau tak terdengar, dan pergeseran trakea menjauhi tempat yang sakit.
- 2) Efusi ringan sampai sedang: dispnea bisa tidak terjadi (Puspitasari, 2022).

##### **2. Pemeriksaan penunjang**

Menurut (Puspitasari, 2022), pemeriksaan diagnostik efusi pleura antara lain:

###### **1) Rontgen Dada**

Rontgen dada perlu dilakukan dalam mendiagnosis penyakit ini, bila penderita mengidap efusi pleura akan ditemukan cairan dalam dada.

###### **2) Ultrasonografi**

Ultrasonografi dapat membantu menentukan lokasi cairan yang jumlahnya sedikit ataupun banyak.

###### **3) Torasentesis**

Torasentesis merupakan teknik pengambilan cairan menggunakan jarum yang dimasukkan di sela iga dan rongga dada.

#### 4) Kultur cairan pleural

Pemeriksaan ini digunakan untuk menemukan sel- sel patologis atau dominasi sel-sel tertentu, seperti sel neutrofil, sel limfosit, sel mesotel, sel mesotel maligna, dan sel LE (Puspitasari, 2022).

### e. Komplikasi

Efusi pleura membahayakan fungsi paru-paru karena menurunkan kemampuan ekspansi paru-paru. Efusi yang sudah lama menimbulkan jaringan parut paru-paru dan menyebabkan penurunan fungsi paru secara permanen. Cairan yang menumpuk pada jangka waktu yang lama juga berisiko terinfeksi dan membentuk abses yang disebut empiema (Puspitasari, 2022).

Komplikasi serius dapat meliputi : edema paru atau cairan di paru-paru, yang dapat terjadi akibat pengurasan cairan terlalu cepat selama thoracentesis, paru kolaps sebagian, infeksi atau perdarahan, paru-paru yang terperangkap, ketika bentuk lapisan sekitar paru-paru yang mencegahnya mengembang.

### f. penatalaksanaan

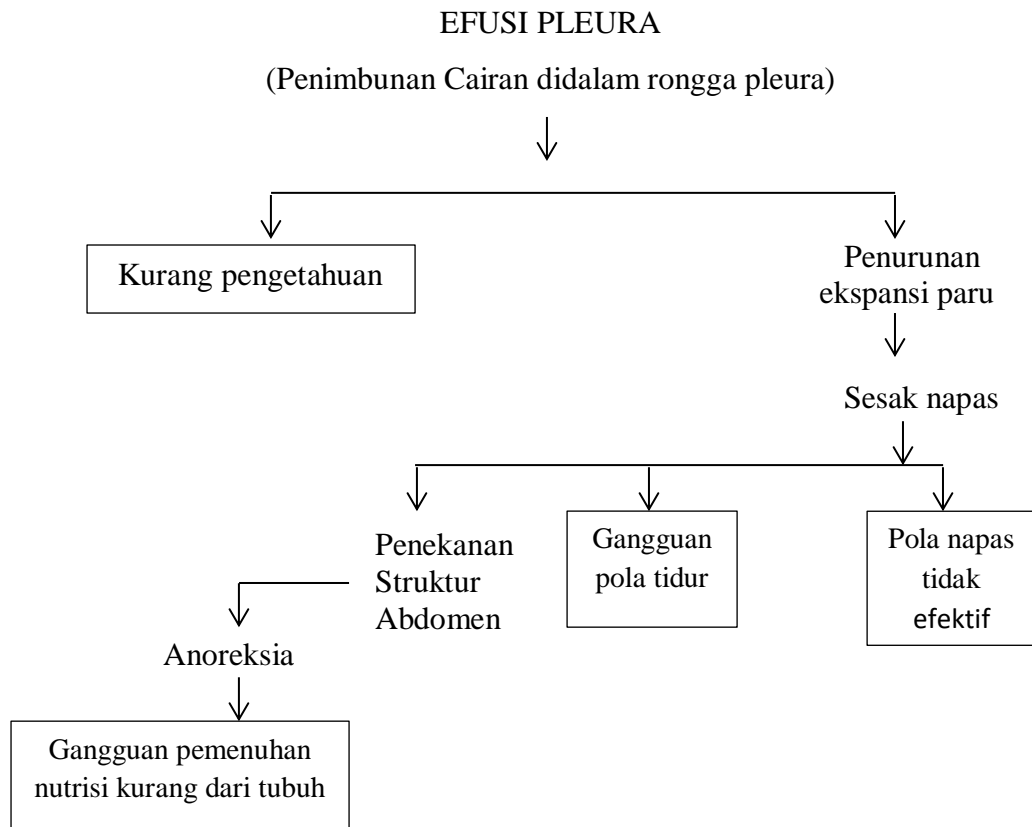
Tujuan pengobatan adalah untuk menemukan penyebab yang mendasarinya; untuk mencegah akumulasi cairan; dan untuk meringankan ketidak nyamanan, dispnea, dan gangguan pernapasan lainnya. Thoracentesis dilakukan untuk menghilangkan cairan, mengumpulkan spesimen untuk analisis, dan meredakan dispnea.

- 1) Pemasangan chest tube dan waterseal drainage mungkin diperlukan untuk drainase dan reekspansi paru-paru.
- 2) Pleurodesis kimia: Pembentukan adhesi dilakukan saat obat ditanamkan ke dalam ruang pleura untuk menghilangkan ruang dan mencegah akumulasi cairan lebih lanjut.
- 3) Modalitas pengobatan lainnya, termasuk pleurektomi pembedahan (pemasangan kateter kecil yang menempel pada botol pengisap), atau

implantasi pleuroperitoneal shunt (Puspitasari, 2022).

**g. Pathway**

**Gambar 2.1**  
**Pathway Efusi Pleura**



Sumber : (Rendhita 2014, pathway efusi pleura)

**a. Pengertian CKD (Chronic Kidney Disease)**

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

**b. Etiologi CKD**

Kerusakan yang terjadi pada ginjal dapat disebabkan oleh gangguan prerenal, renal, dan post renal. Pasien yang menderita penyakit seperti diabetes militus (kencing manis), glomerulonephritis (infeksi glomeruli), penyakit imun (lupus nefritis), hipertensi (tekanan darah tinggi), penyakit ginjal yang diturunkan (penyakit ginjal hereditas), batu ginjal, keracunan, trauma ginjal, gangguan kongenital dan keganasan dapat mengalami kerusakan ginjal (Siregar, 2020).

**c. Patofisiologi**

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

#### **d. Manifestasi klinis**

##### **1. Tanda dan gejala**

Menurut dan (Siregar, 2020) Penyakit ginjal kronis tidak menunjukkan gejala atau tanda-tanda terjadinya penurunan fungsi secara spesifik, tetapi gejala yang muncul mulai terjadi pada saat fungsi nefron mulai menurun secara berkelanjutan. Penyakit ginjal kronis dapat mengakibatkan terganggunya fungsi organ tubuh lainnya. Penurunan fungsi ginjal yang tidak dilakukan penatalaksanaan secara baik dapat berakibat buruk dan menyebabkan kematian. Tanda gejala umum yang sering muncul dapat meliputi :

- a. Darah ditemukan dalam urin, sehingga urin berwarna gelap seperti teh (hematuria)
- b. Urin seperti berbusa (albuminuria)
- c. Urine keruh (infeksi saluran kemih)
- d. Merasa sulit saat berkemih (tidak lancar)
- e. Nyeri yang dirasakan saat buang air kecil

##### **2. Pemeriksaan penunjang**

Menurut (alodokter, 2021) Pemeriksaan penunjang untuk menilai fungsi ginjal dan mendeteksi kerusakan ginjal. Pemeriksaan tersebut meliputi:

###### **1. Tes darah**

Tes darah dilakukan untuk mengetahui kerja ginjal dengan memeriksa kadar limbah dalam darah, seperti kreatinin dan ureum.

###### **2. Tes urine**

Dalam tes ini, kadar albumin (protein darah), kreatinin, dan sel darah merah dalam urine akan diperiksa. Hasil pemeriksaan tersebut bisa menunjukkan seberapa parah kerusakan ginjal yang dialami pasien.

### 3. Pemindaian

Pemindaian ini bertujuan melihat struktur dan ukuran ginjal. Umumnya, pemeriksaan yang dilakukan adalah USG ginjal, tetapi bisa juga menggunakan MRI atau CT scan.

### 4. Biopsi ginjal

Biopsi ginjal dilakukan dengan mengambil sampel kecil dari jaringan ginjal. Sampel ini selanjutnya akan dianalisis di laboratorium, agar penyebab kerusakan ginjal bisa diketahui.

## **e. Komplikasi**

Penyakit ginjal kronis dapat mempengaruhi hampir setiap bagian tubuh. (Bentall, 2021) Potensi komplikasi meliputi :

1. Retensi cairan, yang dapat menyebabkan pembengkakan di lengan dan kaki, tekanan darah tinggi, atau cairan di paru-paru (edema paru).
2. Peningkatan mendadak kadar kalium dalam darah (hiperkalemia), yang dapat mengganggu fungsi jantung dan dapat mengancam jiwa
3. Tulang lemah dan peningkatan risiko patah tulang
4. Kerusakan pada system syaraf pusat, yang dapat menyebabkan kesulitan berkonsentrasi, perubahan kepribadian, atau kejang
5. Kerusakan permanen pada ginjal yang paa akhirnya membutuhkan dialysis atau transplantasi ginjal untuk bertahan hidup.

## **f. Penatalaksanaan**

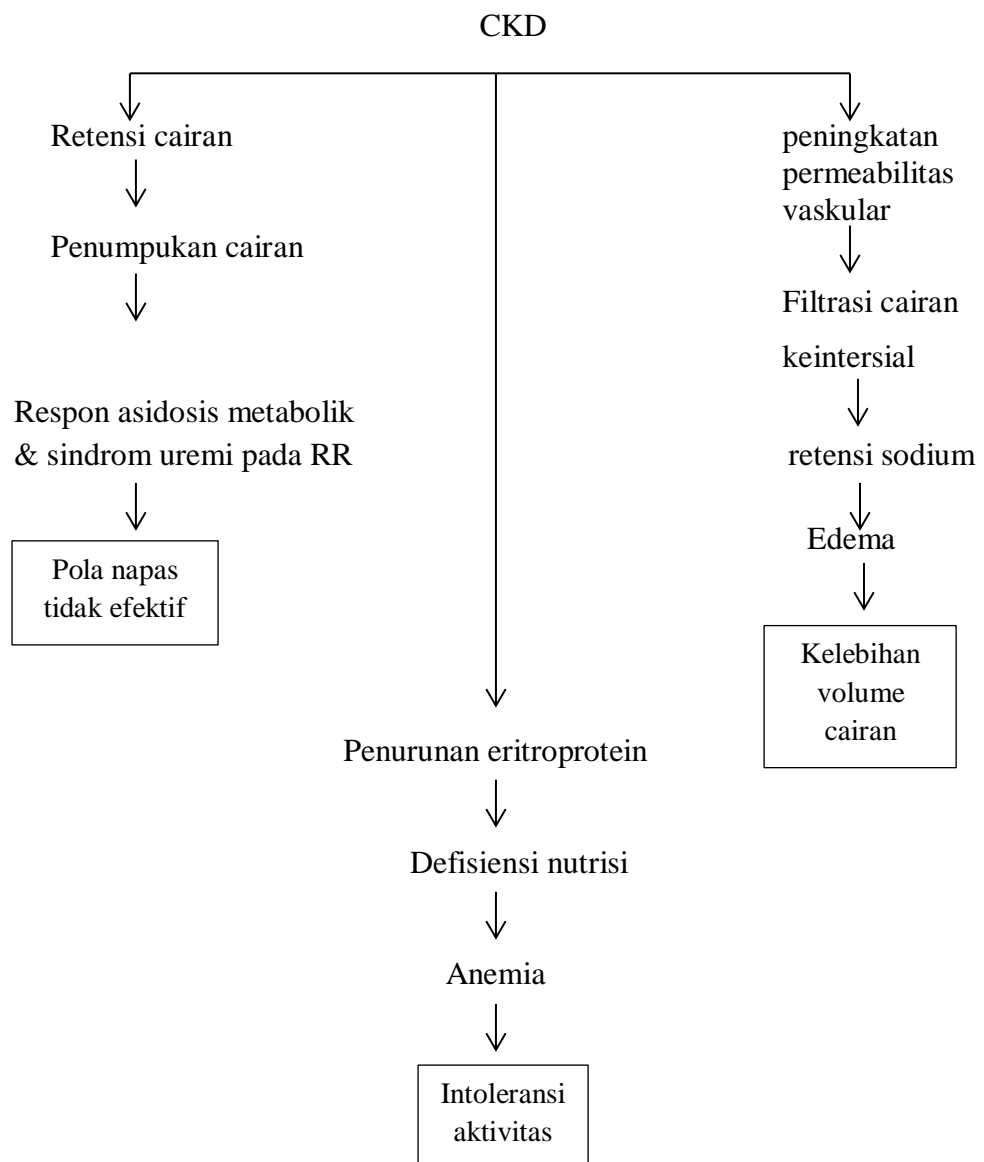
Penatalaksanaan terapi pada penderita CKD dapat dilakukan dengan 2 tipe terapi yaitu : terapi onservatif dan transplantasi ginjal (bentuk terapi yang dilakukan dengan cara pengganti ginjal). Terapi konservatif dilakukan dengan tujuan menghambat perkembangan kerusakan pada fungsi ginjal, menjaga keseimbangan tubuh pasien, dan mengurangi setiap efek samping pada pasien yang bersifat reversible, biasanya terapi ini dilakukan untuk mencegah terjadinya hal buruk yang timbul secara progresif pada ginjal. Terapi yang dilakukan pertama kali adalah terapi konservatif apabila terapi ini. tidak lagi menimbulkan efek yang baik pada



penderita dan tidak lagi dapat mempertahankan keseimbangan tubuh pasien, biasanya disebut dengan GJK stadium akhir terapi yang digunakan adalah dialisis intermiten atau umumnya dikenal dengan transplantasi ginjal (Naryati & Nugrahandari, 2021).

### g. Pathway

**Gambar 2.2**  
**Pathway CKD**



(sumber : Esa Unggul, 2021)

## D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

**Tabel 2.5**  
**Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan**

Judul	Penulis	Nama Jurnal	Metode	Hasil
Studi kasus gangguan pola napas tidak efektif pada pasien efusi pleura	1. Yunita devi anggarsari 2. Yuyun setyorini 3. Akhmad rifai	Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan, Volume 7, No 2, November 2018, hlm 101-221	Studi kasus	Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien efusi pleura dengan gangguan pola napas tidak efektif yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi sampai dengan evaluasi keperawatan melalui wawancara dan observasi sehingga desain studi kasus ini menggunakan jenis dan rancangan deskriptif dengan pendekatan study kasus.
Pengaruh Latihan Nafas Dalam Terhadap Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Klien Terpasang Water Seal Drainage (Wsd) Di Rsud Kabupaten Tangerang	Yuningsih	Jurnal Keperawatan Komprehensif Vol. 3 No. 2, Juli 2017: 72-77	Penelitian deskriptif	Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara rinci tentang apa yang terjadi. Studi kasus ini mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan pasien yang mengalami Efusi Pleura. hasil pengkajian didapatkan pasien sesak mengatakan napas. Kemudian intervensi yang dilakukan adalah tarik napas dalam. Rata-rata saturasi sebelum dilakukan nafas dalam pada pagi hari : 96,86 dan setelah dilakukan nafas dalam pada siang hari : 97,67. Maka didapatkan Value : 0,00 ( $P < 0,05$ ) hasil uji statistik disimpulkan terdapat perbedaan saturasi.
Perbedaan Kecepatan Pengembangan Paru Sebelum dan Sesudah Latihan Pernapasan Diafragma dalam Upaya Mempercepat Pelepasan Water Seal	1. Rosalina 2. Sukarno 3. Yunita Galih Yudanari	Indonesian Journal Of Nursing Research, Vol 2 No 1, Mei 2019	Studi literatur	Studi kasus ini mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan responden pasien yang mengalami Efusi Pleura. pada saat pengkajian pasien mengeluh sesak napas, kemudian diberikan intervensi berupa pemasangan WSD. Tindakan yang dilakukan adalah dengan mengatasi penyakit primer

Drainage (WSD)				melalui obat-obatan dan pemasangan WSD untuk mengeluarkan udara, air, atau darah dari dalam rongga pleura. setelah dilakukan asuhan keperawatan kondisi pasien membaik.
Observasi Penggunaan Posisi High Fowler Pada Pasien Efusi Pleura Di Ruang Perawatan Penyakit Dalam Fresia 2 Rsup Dr.Hasan Sadikin Bandung : Studi Kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alviaan pristya windiramadan</li> <li>2. Asha grace sicilia</li> <li>3. Eka afirmasari</li> <li>4. Sri hartati</li> <li>5. Hesty platini</li> <li>6. Hamidah</li> </ol>	Jurnal Perawat Indonesia, Volume 4 No 1, Hal 329-338, Mei 2020	Studi kasus	Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara rinci tentang apa yang terjadi. Studi kasus ini mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan satu pasien yang mengalami Efusi Pleura. setelah dilakukan posisi high fowler selama 30 menit, rentang nilai frekuensi pernafasan 22 – 25 kali permenit dan nilai saturasi oksigen 98 – 99%. Rentang nilai pernafasan pasien sebelum posisi high fowler pada hari ketiga adalah 24 - 28 kali permenit dengan nilai saturasi oksigen 98 – 99%. Sedangkan setelah dilakukan posisi high fowler selama 30 menit, rentang nilai frekuensi pernafasan 22 – 24 kali permenit dan nilai saturasi oksigen 98 – 99%. Hasil
Pemantauan intake output cairan pada pasien gagal ginjal kronik dapat mencegah overload cairan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fanny Anggraini</li> <li>2. Arcellia farosyah putri</li> </ol>	Jurnal keperawatan Indonesia, Volume 19 No.3, November 2016, hal 152-160	Studi kasus	Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara rinci tentang apa yang terjadi. Studi kasus ini mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan satu pasien yang mengalami CKD. kemudian dilakukan intervensi monitor intake dan output cairan. Monitor status cairan dilakukan oleh keluarga, klien, dan mahasiswa dengan cara diberikan chart pemantauan intake output cairan.
Manajemen terapi anemia pada pasien gagal ginjal kronik	Ahmad Ismatullah	Thesis Universitas Lampung 2015	Studi kasus	Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara rinci tentang apa yang terjadi. Studi kasus ini

				<p>mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan satu pasien yang mengalami CKD. Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengalami anemia. Penatalaksanaan anemia pada pasien GGK harus bersifat terpadu. Penatalaksanaan secara tepat akan memberikan respon yang adekuat dan secara nyata akan meningkatkan kualitas hidup pasien. Saat ini terapi EPO masih menjadi pilihan utama terapi anemia pada pasien GGK. Agar pemberian terapi EPO dapat memberikan hasil yang optimal, seorang dokter hendaknya memperhatikan berbagai aspek dan mencari faktor utama penyebab anemia. Terapi tambahan lain seperti injeksi iron sucrose, injeksi vitamin C, dan suplementasi asam folat juga dapat diberikan sebagai penunjang. Selain itu, Terapi yang adekuat dapat mempertahankan target Hb pasien sehingga mengurangi kebutuhan pasien untuk dilakukan transfusi darah.</p>
<p>Pemantauan intake dan output cairan pada pasien gagal ginjal kronik dapat mencegah overload cairan</p>	<p>1.Fany Angraini 2.Arcella Farosyah Putri</p>	<p>Jurnal Keperawatan Indonesia 19 No.3, November 2016, Hal 152-160</p>	<p>Studi kasus</p>	<p>Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara rinci tentang apa yang terjadi. Studi kasus ini mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan satu pasien yang mengalami CKD. Tindakan keperawatan dalam mengatasi overload meliputi pemantauan TTV (TD), status mental, CVP, distensi vena leher, suara napas, berat badan, status hidrasi, pemantauan adanya edema, ascites, kolaborasi pembatasan cairan dan pantau intake output</p>
<p>Anemia pada pasien gagal ginjal kronik</p>	<p>Wulan Yuniarti</p>	<p>Journal health and science community volume 5 : nomor 2 tahun</p>	<p>Studi literatur</p>	<p>Ditemukannya adanya hubungan anemia dengan pasien Chronic Kidney Disease (CKD), yang ditandai dengan penurunan</p>

		2021		kadar hemoglobin pada pasien. Penyebab utama anemia pada pasien CKD ialah defisiensi hormon eritropoietin, dikarenakan ginjal tidak dapat memproduksi eritropoietin yang cukup. Eritropoietin adalah hormon yang memicu sumsum tulang untuk memproduksi sel darah merah. Kurangnya eritropoietin menyebabkan sumsum tulang membentuk lebih sedikit sel darah merah, yang akhirnya menyebabkan anemia. Anemia pada pasien CKD sebagian besar ditandai dengan morfologi normokrom normositer, yang berarti memiliki ukuran sel dan konsentrasi hemoglobin yang normal pada tiap sel darah merah.
Analisis ketahanan hidup lima tahun kanker tiroid yang dikelola di RSUP Dr. M. Djamil Padang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oktemoniza</li> <li>2. Wirisma arif harahap</li> <li>3. Tofrizal</li> </ol>	Journal kesehatan andalas tahun 2013	Penelitian retrospektif	Usia penderita kanker tiroid terbanyak didapatkan pada dekade ketiga. Jenis kelamin terbanyak didapatkan pada perempuan, dengan perbandingan perempuan dan laki-laki adalah 7:1. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketahanan hidup kanker tiroid secara bermakna adalah umur, ukuran tumor, dan jenis histopatologi tumor. Jenis kelamin, jenis operasi, dan dapat atau tidak dapat terapi adjuvant tidak mempengaruhi angka ketahanan hidup kanker tiroid secara bermakna pada penelitian ini.
Asuhan kasus: asuhan keperawatan pasien dengan efusi pleura	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Firdha rozak</li> <li>2. Hertuida clara</li> </ol>	Buletin Kesehatan Vol.6 No.1 Januari-Juli 2022 Tahun	Studi kasus	penyakit efusi pleura yang dialami klien disebabkan oleh permeabilitas kapiler, misalnya pada kejadian infeksi dan trauma sehingga mengakibatkan terjadi penyebaran tuberkulosis dari paru. Manifestasi klinik yang ada pada kasus dan sudah sesuai dengan teori tidak ada kesenjangan.