

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.L DENGAN KASUS (CKD)  
CHRONIC KIDNEY DISEASE DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
OKSIGENASI DI RUANG RAHAMONGKILO RS BAHTERAMAS  
KARYA TULIS ILMIAH**



**KARYA TULIS ILMIAH**

*Disusun dan diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan  
pendidikan diploma III jurusan keperawatan politeknik kesehatan kemenkes  
kendari*

**OLEH :**

**DEVI**

**NIM. P00320018016**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLTEKKES KEMENKES KENDARI  
JURUSAN KEPERAWATAN  
2021**

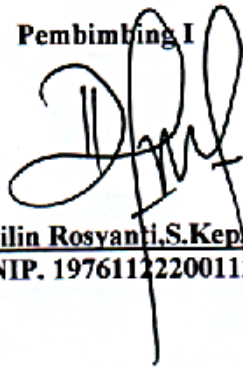
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.L DENGAN KASUS CKD DALAM  
PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI DI RUANG  
RAHAMONGKILO RS BAHTERAMAS**

**DEVI  
P00320018016**

Telah Mendapatkan Persetujuan dari Tim Pembimbing

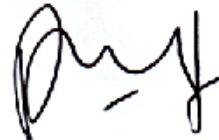
**Menyetujui**

**Pembimbing I**



**Dr. Lilin Rosyanti, S.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 197611222001122001

**Pembimbing II**



**Dwi Purnama Putri P.s.Kep., Ns., M.Kep**  
NIP. 197904132009122001

**Mengetahui ;  
Ketua Jurusan Keperawatan**

**Indriano Hadi, S.Kep., Ns., M.Kes**  
NIP. 197003301995031001



**HALAMAN PENGESAHAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.L DENGAN KASUS (CKD)  
CHRONIC KIDNEY DISEASE DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN  
OKSIGENASI DI RUANG RAHAMONGKILO RS BAHTERAMAS**

Yang disusun dan diajukan oleh :

**DEVI**  
**P00320018016**

Telah Dipertahankan Pada Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah di depan TIM  
Penguji

Pada Hari/Tanggal :           Maret 2020  
dan telah dinyatakan memenuhi syarat

**Tim Penguji :**

1. **Dr.Lilin Rosyanti,S.Kep.,Ns.,M.Kep.** ( ..... )
2. **Dwi Purnama Putri,P.S.Kep.,Ns.,M.Kep.** ( ..... )
3. **Nurfantri,S.Kep.,Ns.,M.Sc** ( ..... )
4. **Fitri Wijayati,S.Kep.,Ns.,M.Kep** ( ..... )
5. **Dwi Yanthi,S.Kep.,Ns.,M.Sc** ( ..... )

**Mengetahui :**

Ketua Jurusan Keperawatan

**Indriono Hadi,S.Kep.Ns.M.Kes**  
**NIP. 197003301995031001**



## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Devi  
NIM : P00320018016  
Institusi Pendidikan : Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes  
Kendari  
Judul karya tulis ilmiah : **Asuhan Keperawatan Pada Tn.L Dengan kasus (CKD)chronic kidney disease Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Di Ruang Rahamongkilo RS Bahteramas**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, makasaya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kendari,           Maret 2020

Yang Membuat Pernyataan,

**Devi**  
**NIM P00320018016**

## RIWAYAT HIDUP



### I. IDENTITAS

1. Nama Lengkap : DEVI
2. Tempat/ Tanggal Lahir : Sainoa, 29 April 2000
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku/ Bangsa : Bugis/Indonesia
6. Alamat : Desa Sainoa
7. No. Telp/ Hp : 082210403984

### II. PENDIDIKAN

1. SDN 1 Sainoa
2. SMPN 4 Bungku Selatan
3. SMAN 1 Bungku Selatan
4. Poltekkes Kemenkes Kendari 2018 – 2021

## **MOTTO**

*Setiap usahamu untuk mendekatkan diri kepadanya, setiap itu juga Allah akan mempermudah dan memperbaiki jalanmu. Segala yang diawali dengan niat baik maka akan dipermudah jalannya.*

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Segala puji bagi Allah *Azza Wajalla* yang telah memberikan rahmat, taufiq dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. L Dengan kasus (CKD) chronic kidney disease dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi”. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan dan arahan dari selaku pembimbing satu **Ibu Dr. Lilin Rosyanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep** selaku pembimbing dua **Dwi Purnama Putri P,s. Kep.,Ns.,M.Kep** yang senantiasa memberikan bimbingan dan masukan dalam proses pembuatan karya tulis ilmiah ini. Serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. **Ibu Askrening, SKM.,M.Kes.**, Selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari
2. **Bapak Indriono Hadi S.Kep, Ns, M.Kep** selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari
3. **Nurfantri, S.Kep.,Ns.,M.Sc** selaku penguji I, **Fitri Wijayanti. S.Kep.,Ns.,M. Kep** selaku penguji II, **Dwi Yanti.S.Kep.,Ns.,M.Sc** selaku penguji III, yang telah meluangkan waktu untuk memberikan kritik dan saran dalam karya tulis ilmiah ini
4. Semua Dosen Program Studi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari yang telah memberikan bimbingan dengan sabar dan ilmu yang bermanfaat.
5. Teristimewa ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orangtuaku tercinta almarhum **Bapak SUDARMIN** dan **IBU JUSMIATI** beserta keluarga yang telah memberikan cinta, perhatian, kasih sayang, membesarkan dan mendidik serta memberikan dukungan dan do'anya yang tulus kepada penulis demi kesuksesan penulis.

6. Kepada sahabat dan teman;teman saya yang selalu setia menemani dalam proses perkuliahan hingga ujian karya tulis ilmiah ini
7. Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi orang banyak.



## ABSTRAK

### **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. I Dengan Kasus CKD chronic kidney disease Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas”**

**Pembimbing I : *Dr.Lilin Rosyanti,S.Kep.,Ns,M.Kep***

**Pembimbing II : *Dwi Purnama Putri P,s. Kep.,Ns.,M.Kep***

Gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisi atau transplantasi ginjal.

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif dengan pendekatan studi kasus. Metode penelitian deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang. Hasil yang diharapkan oleh peneliti adalah melihat penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronis. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari stetoskop, thermometer, timbangan, pen light, dan tongue spatel, meteran. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan studi dokumentasi.

Hasil pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan, antara lain:  
1) pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Klien mengatakan sudah tidak merasa sesak lagi, dan pasien terlihat sudah merasa nyaman saat pemberian posisi semi fowler. 2) Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif. Klien mengatakan sudah tidak bengkak lagi pada tangan kanan, klien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik. Tekanan darah : 110/90 mmHg. Nadi : 90x/menit, Suhu: 36 C, Pernapasan: 20 x/menit,HGB : 7.9

g/dl) intervensi dihentikan.

.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Pemenuhan kebutuhan oksigenasi, *Chronic Kidney Disease*, pola nafas tidak efektif.**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI</b> .....	<b>i</b>
<b>KEASLIAN PENELITIAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	<b>iii</b>
<b>MOTTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penulisan .....	6
D. Manfaat Penulisan .....	7
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b> .....	<b>9</b>
A. Konsep Dasar Tentang CKD.....	9
B. Konsep Dasar Kebutuhan Oksigenasi.....	25
C. Konsep Dasar asuhan keperawatan Pada Kebutuhan Oksigenasi.....	34
D. Peran Perawat pada Pasien CKD .....	44
<b>BAB III METODE STUDI KASUS</b> .....	<b>45</b>
A. Rancangan Studi Kasus.....	45
B. Subyek Studi Kasus .....	45
C. Tempat dan Waktu Penelitian .....	47
D. Prosedur Penelitian.....	47
E. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	47
F. Keabsahan Data.....	49

G. Analisa Data .....	49
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>51</b>
A. Hasil Studi Kasus .....	51
B. Pembahasan.....	76
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	80
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>82</b>
A. Kesimpulan .....	82
B. Saran.....	83
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 4.1 Genogram tiga generasi..... 53

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronik Sesuai Dengan Derajadnya .....	11
Tabel 2.2 Perencanaan Asuhan Keperawatan pada Pasien Gagal Ginjal Kroni	39
Tabel 4.3 Pemeriksaan Laboratorium .....	60
Tabel 4.4 Klasifikasi data .....	61
Tabel 4.5 Analisa data.....	63
Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan.....	66
Tabel 4.7 Implementai dan evaluasi.....	68

## DAFTAR LAMPIRAN

1. Data Pengkajian Pasien Tn. L .....
2. Surat Keterangan Selesai Melakukan Studi Kasus.....
3. Surat bebas pustaka .....
4. Surat pengambilan data .....
5. Surat bebas administrasi .....

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar belakang

*Chronic Kidney Disease* (CKD) atau penyakit ginjal kronik merupakan masalah kesehatan diseluruh dunia yang berdampak pada masalah medik ,ekonomik dan sosial yang sangat besar bagi klien dan keluarganya, baik di negara-negara maju maupun dinegara-negara berkembang (Syamsiah, 2016).

Ginjal adalah salah satu organ utama sistem kemih atau uriner (*tractusurinarius*) yang berfungsi menyaring dan membuang cairan sampah metabolisme dari dalam tubuh. Fungsi ginjal secara umum antara lain yaitu sebagai filtrasi, pada akhirnya ginjal akan menghasilkan urine, keseimbangan elektrolit, pemeliharaan keseimbangan asam basa, *eritropoiesis* dimana fungsi ginjal produksi eritrosit, regulasi kalsium dan fosfor atau mengatur kalsium serum dan fosfor, regulasi tekanan darah, ekresi sisa metabolik dan toksin. Akibat dari berbagai penyebab dari gangguan ginjal dapat menurun fungsinya sehingga tidak berfungsi lagi yang disebut dengan gagal ginjal (Yakobus, 2019).

*Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan penurunan fungsi ginjal progresif yang *irreversibel* ketika ginjal tidak mampu mempertahankan



keseimbangan metabolik, cairan, dan elektrolit yang menyebabkan terjadinya uremia dan azotemia (Smeltzer, 2018).

Menurut World Health Organization (WHO), penyakit gagal ginjal kronis berkontribusi pada beban penyakit dunia dengan angka kematian sebesar 850.000 jiwa per tahun (Pongsibidang, 2016). Hasil penelitian Global Burden of Disease tahun 2010, penyakit gagal ginjal kronis merupakan penyebab kematian peringkat ke-27 di dunia, tahun 1990 dan meningkat menjadi urutan ke-18 pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 melaporkan prevalensi penyakit gagal ginjal kronis berdasarkan diagnosis dokter prevalensi gagal ginjal kronis pada pria di Indonesia sebesar 0,2% dan pada wanita di Indonesia sebesar 0,2%. Riskesdas juga melaporkan prevalensi gagal ginjal kronis terbesar terdapat pada klien berusia  $\geq 75$  tahun, yaitu sebesar 0.5%. di DKI Jakarta menduduki peringkat kelima sebanyak 1241 yang menderita penyakit CKD dari 34 Provinsi di Indonesia (Riskesdas, 2018).

Dalam perawatan pasien CKD, perawat dapat berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan (cara giver) kepada pasien, sebagai pendidik (edukator) dan sebagai fasilitator dalam menangani permasalahan yang dihadapi pasien. perawat harus memahami dengan benar perawatan dan pengobatan yang tepat

pada pasien CKD. Perawatan pasien dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan. Tindakan mandiri perawat dan kolaborasi sangat diperlukan dalam perawatan pasien untuk mencapai asuhan keperawatan yang berkualitas. (Syamsiah, 2016)

Kebutuhan oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme sel tubuh, mempertahankan hidup dan aktivitas berbagai organ atau sel. Jaringan yang melakukan metabolisme aerob, poses membentuk energi dengan oksigen, bergantung secara total pada oksigen, untuk bertahan hidup. Pada klien *chronic kidney disease* (CKD) cenderung di temukan adanya pernapasan yang cepat dan dangkal (kussmaul), irama napas yang tidak teratur, frekuensi napas yang meningkat diatas normal. (Syamsiah, 2016)

Keluhan utama yang paling sering di rasakan oleh penderita gagal ginjal kronik adalah sesak napas, napas tampak cepat dan dalam atau yang disebut pernafasan kussmaul. Hal tersebut dapat terjadi karena adanya penumpukan cairan didalam jaringan paru atau dalam rongga dada, ginjal yang terganggu mengakibatkan kadar albumin menurun. Selain di sebabkan karena penumpukan cairan, sesak napas juga dapat disebabkan karena pH darah

menurun akibat perubahan elektrolit serta hilangnya bikarbonat dalam darah. Selain itu rasa mual, cepat lelah serta mulut yang kering, juga sering di alami oleh penderita gagal ginjal kronik. Hal tersebut di sebabkan oleh penurunan kadar natrium dalam darah, karena ginjal tidak dapat mengendalikan ekskresi natrium, hal tersebut dapat pula mengakibatkan terjadinya pembengkakan (Bare, 2010).

Berdasarkan data awal dari RS bahtermas menunjukkan bahwa jumlah pasien gagal ginjal kronik rawat inap tahun 2018 berjumlah 507 pasien dimulai dari umur 5 sampai 65 tahun keatas, pada tahun 2019 berjumlah 517 dan pada tahun 2020 mengalami penurunan menjadi 411 pasien. Sedangkan pasien gagal ginjal kronik rawat jalan pada tahun 2018 sebanyak 118 pasien, pada tahun 2019 sebanyak 184 pasien dan pada tahun 2020 184 pasien (RSU. Bahtermas, 2021).

Pada pasien CKD intervensi yang dapat di lakukan yaitu observasi tanda - tanda vital, pantau pola napas pernapasan, auskultasi suara napas, berikan posisi semi fowler pada pasien, berikan air hangat, pertahankan pemberian O<sub>2</sub>. (SIKI).

Dalam memaksimalkan pernapasan pasien dapat dilakukan dengan mengatur posisi pasien. Posisi duduk merupakan posisi yang efektif dalam

meningkatkan fungsi ventilasi paru-paru karena organ abdominal menekan diafragma sehingga kondisi ini membuat orang yang melakukan tindakan posisi duduk lebih mudah untuk bernapas. (Ratiningsih, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas menunjukkan bahwa pentingnya peran perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dalam mengatasi permasalahan pada pasien dengan *choronic kidney disease* (CKD), maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan pemberian posisi semi fowler dalam meningkatkan keefektifan pola napas pada pasien *choronic kidney disease* (CKD), karena pemberian posisi semi fowler sangat penting keefektifan pola napas, pemberian posisi semi fowler dapat di praktekkan serta tidak menimbulkan efek samping. Harapanya setelah diberikan prosedur pemberian posisi *high fowler* pada pola napas tidak efektif menjadi lebih efektif.

Penelitian supriadi, (2008), menyatakan bahwa pemberian posisi semi fowler membuat oksigen didalam paru-paru semakin meningkat sehingga memperingan kesukaran napas. Posisi ini akan mengurangi kerusakan membran alveolus akibat tertimbunya cairan. Hal tersebut dipengaruhi oleh gaya grafitasi sehingga oksigen delivery menjadi optimal. Sesak napas akan berkurang, dan akhirnya proses perbaikan kondisi klien lebih cepat.

Pernyataan ini didukung oleh teori yang menyatakan bahwa pemberian minum air putih hangat memberikan efek hidrostatis dan hidrodinamik dan hangatnya membuat sirkulasi peredaran darah khususnya pada daerah paru-paru agar menjadi lancar. Secara fisiologis, air hangat juga memberi pengaruh oksigenisasi dalam jaringan tubuh (Hamidin, 2012).

Dalam pemberian oksigen dalam asuhan keperawatan memerlukan dasar pengetahuan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi masuknya oksigen dari atmosfer hingga sampai ke tingkat sel dalam proses respirasi. Oksigen yang diberikan oleh perawat dimulai dari perencanaan sampai dengan pengawasan dalam pemberian oksigen.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Tn. I dengan kasus CKD dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas?.

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Adapun tujuan umum penulisan ini adalah agar mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Pada Tn. I dengan CKD dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan hasil pengkajian Pada Tn.I dengan kasus CKD dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas.
- b. Dapat merumuskan diagnosa keperawatan Pada Tn. I dengan kasus CKD dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas.
- c. Dapat mernentukan rencana keperawatan Pada Tn. I dengan kasus CKD dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas.
- d. Dapat mengimplementasikan tindakan keperawatan Pada Tn. I dengan kasus CKD dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas.
- e. Dapat menentukan evaluasi Pada Tn. I dengan kasus CKD dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi Penulis

Informasi yang di peroleh dari hasil penelitian ini dapat di jadikan sebagai masukan bagi petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi.

### 2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil dari asuhan keperawatan dapat di jadikan masukan tentangpasien yang

mengalami gagal ginjal kronik dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu pilihan dalam intervensi keperawatan manajemen kepatuhan pada pasien gagal ginjal kronik dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Dasar Tentang CKD**

##### **1. Pengertian CKD**

Berikut ini adalah pengertian tentang gagal ginjal kronik menurut beberapa ahli dan sumber di antaranya adalah :

- a. *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan penurunan fungsi ginjal progresif yang ireversibel ketika ginjal tidak mampu mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan, dan elektrolit yang menyebabkan terjadinya uremia dan azotemia (Bsyhskki, 2012).
- b. *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah penurunan fungsi ginjal yang bersifat persisten dan irreversible. Sedangkan gangguan fungsi ginjal yaitu penurunan laju filtrasi glomerulus yang dapat digolongkan dalam kategori ringan, sedang dan berat (Mansjoer, 2007)

Berdasarkan pengertian diatas dapat di simpulkan bahwa CKD adalah penyakit ginjal yang tidak dapat lagi pulih atau kembali sembuh secara total seperti sediakala. CKD adalah penyakit ginjal tahap akhir yang dapat disebabkan oleh berbagai hal. Dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit, yang meyebabkan uremia.



## 1. Etiologi

Dibawah ini ada beberapa penyebab CKD menurut Price, dan Wilson (2006) diantaranya adalah tubula intestinal, penyakit peradangan, penyakitvaskuler hipertensif, gangguan jaringan ikat, gangguan kongenital dan herediter, penyakit metabolik, nefropati toksik, nefropati obsruktif. Beberapa contoh dari golongan penyakit tersebut adalah :

- a. Penyakit infeksi tubulointerstinal seperti pielo nefritis kronik dan refluks nefropati.
- b. Penyakit peradangan seperti glomerulonefritis.
- c. Penyakit vaskular seperti hipertensi, nefrosklerosis benigna, nefrosklerosis maligna, dan stenosis arteria renalis.
- d. Gangguan jaringan ikat seperti Lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa, dan seklerosis sistemik progresif.
- e. Gangguan kongenital dan herediter seperti penyakit ginjal polistikistik, dan asidosis tubulus ginjal.
- f. Penyakit metabolik seperti diabetes militus, gout, dan hiperparatiroidisme, serta amiloidosis.
- g. Nefropati toksik seperti penyalahgunaan analgetik, dan nefropati timah.
- h. Nefropati obstruktif seperti traktus urinarius bagian atas yang terdiri dari batu, neoplasma, fibrosis retroperitoneal.

## 2. Klasifikasi

Klasifikasi gagal ginjal kronis berdasarkan derajat (stage) LFG ( *Laju Filtration Glomerulus*) dimana nilai normalnya adalah 125 ml/min/1,73m<sup>2</sup> dengan rumus kockrof – gault sebagaia berikut :

**Tabel 2.1 Klasifikasi penyakit ginjal kronik sesuai dengan derajatnya.**

Derajat	Penjel	LFG (ml/mn/1.73m <sup>2</sup> )
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau ↑	≥ 90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG ↑ atau ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG ↑ atau sedang	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG ↑ atau berat	15-29
5	Gagal ginjal	< 15 atau dialisis

Sumber : Sudoyo,2015

## 3. Patofisiologi

Patofisiologi penyakit ginjal kronis pada awalnya tergantung pada penyakit yang mendasarinya, tapi dalam perkembangan selanjutnya proses yang terjadi kurang lebih sama. Pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang masih tersisa (surviving nephrons) sebagai upaya kompensasi yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan growth factors. Hal ini mengakibatkan terjadinya hiperfiltrasi, yang diikuti oleh peningkatan kapiler dan aliran darah glomerulus. Proses adaptasi ini berlangsung singkat, akhirnya diikuti

oleh proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa. Proses ini akhirnya diikuti dengan fungsi nefron yang progresif, walaupun penyakit dasarnya sudah tidak aktif lagi. Adanya peningkatan aktifitas aksis renin-angiotensin-aldosteron intrarenal ikut memberikan kontribusi terhadap terjadinya hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas tersebut. Aktivitas jangka panjang aksis renin-angiotensin-aldosteron, sebagian diperantarai oleh growth factor seperti transforming growth factor  $\beta$  (TGF- $\beta$ ). Beberapa hal yang juga dianggap berperan terhadap progresifitas penyakit ginjal kronis adalah albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia. Terdapat variabilitas interindividual untuk terjadinya sklerosis dan fibrosis glomerulus maupun tubulointersitia

Pada stadium paling dini penyakit ginjal kronis, terjadi kehilangan daya cadang ginjal (renal reserve) pada keadaan dimana basal LFG (Laju Filtrasi Glomerulus) masih normal atau malah meningkat. Kemudian secara perlahan tapi pasti, akan terjadi penurunan fungsi nefron yang progresif, yang ditandai dengan peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 60%, pasien masih belum merasakan keluhan (asimtomatik), tapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. Sampai pada LFG sebesar 30%, mulai terjadi keluhan pada pasien

seperti nokturia, badan lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan. Sampai pada LFG di bawah 30% pasien memperlihatkan gejala dan tanda uremia yang nyata.

Seperti anemia, hipertensi gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah dan lain sebagainya. Pasien juga mudah terkena infeksi seperti infeksi saluran kemih, infeksi saluran napas, maupun infeksi saluran cerna. Juga akan terjadi gangguan keseimbangan cairan seperti hipo atau hipervolemia, gangguan keseimbangan elektrolit antara lain natrium dan kalium. Pada LFG di bawah 15% akan terjadi gejala dan komplikasi yang lebih serius, dan pasien sudah memerlukan terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal. Pada keadaan ini pasien dikatakan sampai pada stadium gagal ginjal (Brunner and Suddarth, 2014).

## **5. Manifestasi Klinis**

Menurut Suyono (2001) menjelaskan bahwa manifestasi klinis pada gagal ginjal kronik adalah sebagai berikut :

### **a. Gangguan pada sistem gastrointestinal**

- 1) *Anoreksia, nausea, vomitus* yang berhubungan dengan gangguan metabolisme protein di dalam usus, terbentuknya zat-zat toksin akibat metabolisme bakteri usus seperti ammonia dan *melil*

*guanidine* serta sebabnya muosa usus.

- 2) Faktor uremik disebabkan oleh ureum yang berlebihan pada air liur diubah oleh bakteri dimulut menjadi amoni sehingga nafas berbau amonia.
- 3) *Gastritis erosive, ulkus peptic* dan *colitis uremik*.

b. Kulit

- 1) Kulit berwarna pucat, anemia dan kekuning-kuningan akibat penmbunan *urokrom*. Gatal-gatal akibat toksin uremin dan pengendapan kalsium di pori-pori kulit.
- 2) *Ekimosis* akibat gangguan hematologi.
- 3) *Ure frost* : akibat kristalisasi yang ada pada keringat.
- 4) Bekas-bekas garukan karena gatal.

c. Sistem Hematologi

- 1) *Anemia* yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain : Berkurangnya produksi *eritropoitin*, *hemolisis* akibat berkurangnya masa hidup *eritrosit* dalam suasana uremia toksin, defisiensi besi, asam folat, dan lain-lain akibat nafsu makan yang berkurang, perdarahan, dan fibrosis sumsum tulang akibat *hipertiroidism* sekunder.
- 2) Gangguan fungsi *trombosit* dan *trombositopenia*.

d. Sistem saraf dan otot

- 1) *Restless Leg Syndrome*, pasien merasa pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan.

- 2) *Burning Feet Syndrome*, rasa semutan dan seperti terbakar terutama ditelapak kaki.
- 3) *Ensefalopati* metabolik, lemah, tidak bisa tidur, gangguan konsentrasi, *tremor*, *asteriksis*, *mioklonus*, kejang.
- 4) *Miopati*, kelemahan dan *hipertrofi* otot terutama ekstermitas proksimal.

e. Sistem kardiovaskuler

- 1) *Hipertensi* akibat penimbunan cairan dan garam atau peningkatan aktivitas sistem *renin angiotensin aldosteron*.
- 2) Nyeri dada dan sesak nafas akibat *perikarditis* atau gagal jantung akibat penimbunan cairan *hipertensif*.
- 3) Gangguan irama jantung akibat *aterosklerosis*, gangguan elektrolit dan klasifikasi metastasik.
- 4) *Edema* akibat penimbuna cairan.

f. Sistem Endokrin

- 1) Gangguan seksual, *libido*, *fertilitas*, dan ereksi menurun pada laki-laki akibat *testosteron* dan *spermatogenesis* menurun. Pada wanita timbul gangguan menstruasi, gangguan *ovulasi*, sampai *amenore*.
- 2) Gangguan metabolisme glukosa, resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin.
- 3) Gangguan metabolisme lemak.
- 4) Gangguan metabolisme vitamin D.

g. Gangguan Sistem Lain

- 1) Tulang *osteodistropi* ginjal,yaitu *osteomalasia*, *osteoslerosis*, *osteitisfibrosia* dan klasifikasi metastasik.
- 2) *Asidosis metabolik* akibat penimbuna asam organik sebagai hasil metabolisme.
- 3) Elektrolit : *hiperfosfotemia*, *hiperkalemia*, *hipokalsemia*.

**6. Penatalaksanaan**

a. Manajemen terapi

Tujuan dari manajemen adalah untuk mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasis selama mungkin. Semua faktor yang berkontribusi terhadap gagal ginjal kronis dan semua faktor yang reversibel (misal obstruksi) diidentifikasi dan diobati. Manajemen dicapai terutama dengan obat-obatan dan terapi diet, meskipun dialisis mungkin juga diperlukan untuk menurunkan tingkat produk limbah uremik dalam darah (Brunner and Suddarth, 2014)

1) Terapi farmakologis

Komplikasi dapat dicegah atau ditunda dengan pemberian anti hipertensi ,eritropoitin, suplemen Fe, suplemen fosfat, dan kalsium (Bruner and Suddarth,2014)

2) Antasida

Hyperphosphatemia dan hipokalsemia memerlukan antasid yang merupakan zat senyawa aluminium yang mampu mengikat fosfor pada makanan di dalam saluran pencernaan. Kekhawatiran jangka

panjang tentang potensi toksisitas aluminium dan asosiasi aluminium tingkat tinggi dengan gejala neurologis dan osteomalasia telah menyebabkan beberapa dokter untuk meresepkan kalsium karbonat di tempat dosis tinggiantasid berbasis aluminium. Obat ini mengikat fosfor dalam saluran usus dan memungkinkan penggunaan dosis antasida yang lebih kecil. Kalsium karbonat dan fosforbinding, keduanya harus diberikan dengan makanan yang efektif. Antasid berbasis magnesium harus dihindari untuk mencegah keracunan magnesium (Brunner and Suddarth, 2014).

### 3) Antihipertensi dan kardiovaskuler agen

Hipertensi dapat dikelola dengan mengontrol volume cairan intravaskular dan berbagai obat antihipertensi. Gagal jantung dan edema paru mungkin juga memerlukan pengobatan dengan pembatasan cairan, diet rendah natrium, agen diuretik, agen inotropik seperti digitalis atau dobutamin, dan dialisis. Asidosis metabolik yang disebabkan dari gagal ginjal kronis biasanya tidak menghasilkan gejala dan tidak memerlukan pengobatan, namun suplemen natrium bikarbonat atau dialisis mungkin diperlukan untuk mengoreksi asidosis jika hal itu menyebabkan gejala (Brunner and Suddarth, 2014).

### 4) Agen antisezure

Kelainan neurologis dapat terjadi, sehingga pasien harus diamati jika



terdapat kedutan untuk fase awalnya, sakit kepala, delirium, atau aktivitas kejang. Jika kejang terjadi, onset kejang dicatat bersama dengan jenis, durasi, dan efek umum pada pasien, dan segera beritahu dosen segera. Diazepam intravena (valium) atau phenytoin (dilantin) biasanya diberikan untuk mengendalikan kejang. Tempat tidur pasien harus diberikan pengaman agar saat pasien kejang tidak terjatuh dan mengalami cedera (Brunner and Suddarth, 2014).

#### 5) Eritropoetin

Anemia berhubungan dengan gagal ginjal kronis diobati dengan eritropoetin manusia rekombinan (epogen). Pasien pucat (hematokrit kurang dari 30%) terdapat gejala nonspesifik seperti malaise, fatigability umum, dan intoleransi aktivitas. Terapi epogen dimulai sejak hematokrit 33% menjadi 38%, umumnya meredakan gejala anemia. Epogen diberikan baik intravena atau subkutan tiga kali seminggu. Diperlukan 2-6 minggu untuk meningkatkan hematokrit, oleh karena itu epogen tidak diindikasikan untuk pasien yang perlu koreksi anemia akut. Efek samping terlihat dengan terapi epogen termasuk hipertensi (khususnya selama awal tahap pengobatan), peningkatan pembekuan situs akses vaskular, kejang, dan kelebihan Fe (Brunner and Suddarth, 2014).

#### 6) Terapi gizi

Intervensi diet pada pasien gagal ginjal kronis cukup kompleks, asupan cairan dikurangi untuk mengurangi cairan yang tertimbun

dalam tubuh. Asupan natrium juga perlu diperhatikan untuk menyeimbangkan retensi natrium dalam darah, natrium yang dianjurkan adalah 40-90 mEq/ hari (1-2 gr natrium), dan pembatasan kalium. Pada saat yang sama, asupan kalori dan asupan vitamin harus adekuat. Protein dibatasi karena urea, asam urat, dan asam organik hasil pemecahan makanan dan protein menumpuk dalam darah ketika ada gangguan pembersihan di ginjal. Pembatasan protein adalah dengan diet yang mengandung 0,25 gr protein yang tidak dibatasi kualitasnya per kilogram berat badan per hari. Tambahan karbohidrat dapat diberikan juga untuk mencegah pecahan protein tubuh. Jumlah kebutuhan protein biasanya dilonggarkan hingga 60-80 gr/ hari (1,0 kg per hari) apabila penderita mendapatkan pengobatan *hemodialisis* teratur (Price dan Wilson, 2006). Asupan cairan sekitar 500 sampai 600 ml lebih banyak dari output urin selama 24 jam. Asupan kalori harus adekuat untuk pencegahan pengeluaran energi berlebih. Vitamin dan suplemen diperlukan karena diet protein yang dibatasi. Pasien dialisis juga kemungkinan kehilangan vitamin yang larut dalam darah saat melakukan hemodialisa (Brunner and Suddarth, 2014).

#### 7) Terapi dialisis

Hiperkalemi biasanya dicegah dengan memastikan dialisis yang memadai, mengeluarkan kalium dan pemantauan seksama terhadap semua obat-obatan baik peroral maupun intravena. Pasien harus diet

rendah kalium. Kayexalate, resin kation terkadang diberikan peroral jika diperlukan. Pasien dengan peningkatan gejala kronis gagal ginjal progresif. Dialisis biasanya dimulai ketika pasien tidak dapat mempertahankan gaya hidup yang wajar dengan pengobatan konservatif (Brunner and Suddarth, 2014).

Pengkajian dan penegakan diagnosa :

a. Laju filtrasi glomerulus

Penurunan LFG dapat dideteksi dengan pengujian kadar ureum kreatinin selama 24 jam. Nilai bersihan kreatinin akan menurun sedangkan kreatinin serum dan kadar BUN meningkat. Kreatinin serum merupakan indikator yang sensitif terhadap fungsi ginjal karena produksinya yang konstan dalam tubuh. BUN dipengaruhi tidak hanya dipengaruhi oleh ginjal, tetapi juga dipengaruhi oleh asupan protein, katabolisme, nutrisi parenteral, dan obat-obatan kortikosteroid.

b. Retensi natrium dan air

Penderita gagal ginjal kronis tidak dapat mengkonsentrasikan atau mengencerkan urin secara normal. Pada keadaan normal ginjal merespon masukan cairan dan elektrolit untuk menjaga kestabilan di dalam tubuh, namun hal tersebut tidak terjadi pada penderita gagal ginjal kronis. Pada beberapa kasus terdapat retensi natrium dan air sehingga meningkatkan resiko terjadinya edema, gagal jantung, dan hipertensi. Hipertensi dapat pula terjadi sebagai akibat

dari aktivasi dari respon berantai renin – angiotensin – aldosteron dan bersamaan dengan peningkatan aldosteron. Pasien lainnya memiliki kecenderungan untuk kehilangan garam dan menjadikannya beresiko terhadap terjadinya hipotensi dan hipovolemi, hal ini akan memperburuk keadaan uremik.

c. Asidosis

Penyakit gagal ginjal kronis, menyebabkan terjadinya asidosis metabolik karena ginjal tidak dapat mengeluarkan banyak peningkatan asam. Penurunan asam sekresi terutama hasil dari ketidakmampuan tubulus ginjal untuk mengsekresikan amonia ( $\text{NH}_3$ ) dan juga penurunan ekskresi kembali bikarbonat ( $\text{HCO}_3$ ) serta penurunan ekskresi fosfat dan asam organik lainnya.

d. Anemia

Anemia berkembang sebagai akibat dari produksi erythropoetin yang tidak memadai, rentang hidup singkat dari sel darah merah, kekurangan gizi, dan kecenderungan pasien perdarahan. Erythropoietin zat yang diproduksi oleh ginjal, merangsang tulang belakang untuk memproduksi sel darah merah. Pada ginjal, penurunan produksi erythropoetin dan hasil anemia yang mendalam menyebabkan kelelahan, angina, dan sesak napas.

Adapun rencana penatalaksanaan penyakit gagal ginjal sesuai dengan derajatnya

- a. Dengan LFG lebih dari atau sama dengan 90% yaitu dengan terapi penyakit dasar, kondisi komorbid, evaluasi pemburukan fungsi ginjal, memperkecil risiko kardiovaskular
- b. Dengan LFG 60-89% yaitu dengan menghambat pemburukan fungsi ginjal
- c. Dengan LFG 30-59% yaitu dengan evaluasi dan terapi komplikasi
- d. Dengan LFG 15-29% yaitu dengan memberikan persiapan untuk terapi pengganti ginjal
- e. Dengan LFG di bawah 15% yaitu dengan memberikan pengganti ginjal.

## **7. Pemeriksaan penunjang**

Di dalam memberikan pelayanan keperawatan terutama intervensi maka perlu pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan baik secara medis ataupun kolaborasi antara lain:

- a. Pemeriksaan lab darah
  - 1) Hematologi Hb,Ht,Eritrosit,Lekosit,Trombosit
  - 2) RFT (renal fungsi test) Ureum dan kreatinin
  - 3) LFT (liver fungsi test)
  - 4) Elektrolit Klorida,kalium,kalsium
  - 5) Koagulasi studi PTT,PTIK
  - 6) BGA
- b. Urine
  - 1) Urine rutin

2) Urena khusus: benda keton, analisa kristal batu

c. Pemeriksaan kardiovaskuler

1) ECG

2) ECO

d. Radidiagnostik

1) USG abnormal

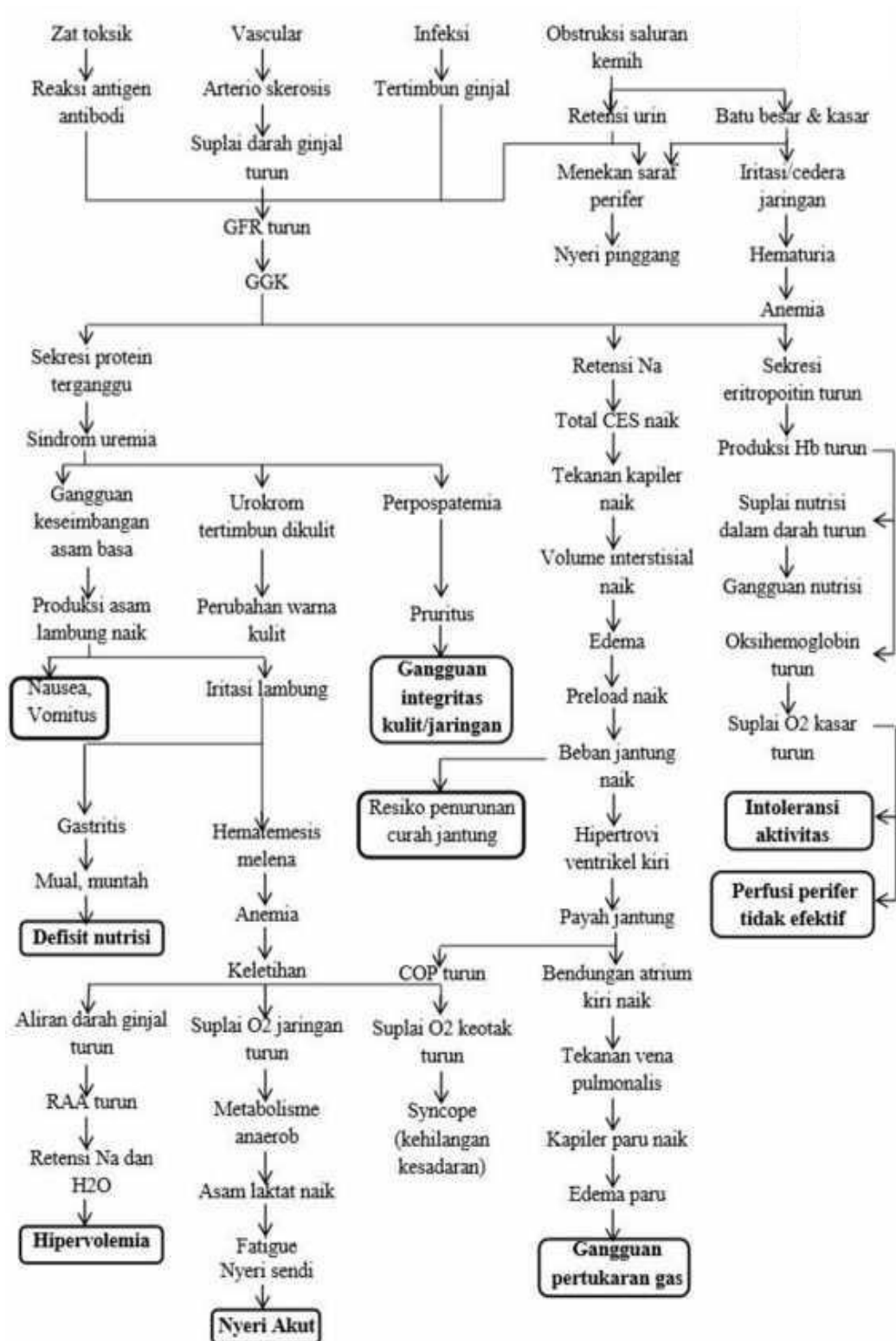
2) CT scan abdominal

3) BNO IVP FPA

4) Renogram

5) RPG/ (retio pielografi)

## 8. pathway



## **B. Konsep Dasar Kebutuhan Oksigenasi**

### **1. Pengertian oksigenasi**

Oksigenasi merupakan proses penambahan oksigen (O<sub>2</sub>) ke dalam sistem tubuh baik itu bersifat kimia atau fisika. Oksigen ditambahkan kedalam tubuh secara alami dengan cara bernapas. Pernapasan atau respirasi merupakan proses pertukaran gas antara individu dengan lingkungan yang dilakukan dengan cara menghirup udara untuk mendapatkan oksigen dari lingkungan dan kemudian udara dihembuskan untuk mengeluarkan karbon dioksida ke lingkungan (Saputra, 2013).

Kebutuhan Oksigenasi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme tubuh dalam mempertahankan kelangsungan hidup dan berbagai aktivitas sel tubuh dalam kehidupan sehari-hari. Kebutuhan oksigenasi dipengaruhi oleh beberapa factor seperti fisiologis, perkembangan, perilaku, dan lingkungan (Ernawati, 2012).

**Sistem Tubuh Yang Berperan Dalam Kebutuhan Oksigenasi.**  
Menurut Ardiansyah. 2012 sistem tubuh yang berperan dalam kebutuhan oksigenasi terdiri atas saluran pernafasan bagian atas, bagian bawah dan paru.

a. Pernafasan atas terdiri dari:

- 1) Hidung, proses oksigenasi diawali dengan masuknya udara melalui hidung.
- 2) Faring, merupakan pipa yang memiliki otot.



- 3) Laring, merupakan saluran pernafasan setelah faring
- 4) Epiglottis, merupakan katub tulang rawan yang bertugas membantu menutup laring pada saat proses menelan

b. Saluran Pernafasan Bagian Bawah

Saluran pernafasan bagian bawah berfungsi mengalirkan udara yang memproduksi surfaktan. saluran ini terdiri atas:

- 1) Trakea, merupakan kelanjutan dari laring sampai kira-kira ketinggian vertebrae torakalis kelima
- 2) Bronkus, merupakan bentuk percabangan atau kelanjutan dari trakea yang terdiri atas dua percabangan atau kelanjutan dari trakea yang terdiri atas dua percabangan kanan dan kiri.
- 3) Bronkiolus, Merupakan saluran percabangan setelah bronkus.
- 4) Alveoli, merupakan kantong udara tempat terjadinya pertukaran oksigen dengan karbondioksida.
- 5) Paru-paru (pulmo), paru-paru merupakan organ utama dalam sistem pernapasan

a. Proses Pernafasan

Proses pernapasan dapat dibagi menjadi dua tahap, yaitu pernapasan eksternal dan pernapasan internal. Pernapasan eksternal adalah proses pertukaran gas secara keseluruhan antara lingkungan eksternal dan pembuluh kapiler paru (kapiler pulmonalis), sedangkan pernapasan internal merupakan proses pertukaran gas antara pembuluh darah kapiler dan jaringan tubuh (Saputra, 2013). Poltekkes Kemenkes

Padang Tercapainya fungsi utama dari sistem pernapasan sangat tergantung dari proses fisiologi sistem pernapasan itu sendiri yaitu ventilasi pulmonal, difusi gas, transfortasi gas serta perfusi jaringan. Keempat proses oksigenasi ini didukung oleh baik atau tidaknya kondisi jalan napas, keadaan udara di atmosfer, otot-otot pernapasan, fungsi sistem kardiovaskuler serta kondisi dari pusat pernapasan (Atoilah & Kusnadi, 2013). Sel di dalam tubuh sebagian besarnya memperoleh energi melalui reaksi kimia yang melibatkan oksigenasi dan pembuangan karbondioksida. Proses Pertukaran gas dari pernapasan terjadi di lingkungan dan darah (Ernawati, 2012).

b. Pernapasan eksternal

Pernapasan eksternal dapat dibagi menjadi tiga tahapan, yaitu ventilasi pulmoner, difusi gas, dan transfor oksigen serta karbon dioksida ( Saputra, 2013).

- 1) Ventilasi Ventilasi merupakan pergerakan udara masuk dan kemudian keluar dari paru-paru (Tarwoto & Wartonah, 2011). Keluar masuknya udara dari atmosfer kedalam paru-paru terjadi karena adanya perbedaan tekanan udara yang menyebabkan udara bergerak dari tekanan yang tinggi ke daerah yang bertekanan lebih rendah. Satu kali pernapasan adalah satu kali inspirasi dan satu kali ekspirasi. Inspirasi merupakan proses aktif dalam menghirup udara dan membutuhkan energi yang lebih banyak dibanding dengan ekspirasi. Waktu yang dibutuhkan untuk satu kali inspirasi  $\pm 1 -$

1,5 detik, sedangkan ekspirasi lebih lama yaitu  $\pm 2 - 3$  detik dalam usaha mengeluarkan udara (Atoilah, 2013).

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2011), ada tiga kekuatan yang berperan dalam ventilasi, yaitu : compliance ventilasi dan dinding dada, tegangan permukaan yang disebabkan oleh cairan alveolus, dan dapat diturunkan oleh adanya surfaktan serta pengaruh otot-otot inspirasi. Compliance atau kemampuan untuk meregang merupakan sifat yang dapat diregangkannya paru-paru dan dinding dada, hal ini terkait dengan volume serta tekanan paru-paru. Struktur paru-paru yang elastic akan memungkinkan paru-paru untuk meregang dan mengempis yang menimbulkan perbedaan tekanan dan volume, sehingga udara dapat keluar masuk paru-paru.

- 2) Tekanan surfaktan. Perubahan tekanan permukaan alveolus mempengaruhi kemampuan compliance paru. Tekanan surfaktan disebabkan oleh adanya cairan pada lapisan alveolus yang dihasilkan oleh sel tipe II.
- 3) Otot-otot pernapasan. Ventilasi sangat membutuhkan otototot pernapasan untuk megembangkan rongga toraks.

c. Difusi

Difusi Menurut Tarwoto dan Wartonah (2011), difusi adalah proses pertukaran oksigen dan karbon dioksida dari alveolus ke kapiler pulmonal melalui membrane, dari area dengan konsentrasi tinggi ke area

dengan konsentrasi yang rendah. Proses difusi dari alveolus ke kapiler paru-paru antara oksigen dan karbon dioksida melewati enam rintangan atau barrier, yaitu : melewati surfaktan, membran alveolus, cairan intrainestinal, membran kapiler, plasma, dan membran sel darah merah. Oksigen berdifusi masuk dari alveolus ke darah dan karbon dioksida berdifusi keluar dari darah ke alveolus. Karbon dioksida di difusi 20 kali lipat lebih cepat dari difusi oksigen, karena CO<sub>2</sub> daya larutnya lebih tinggi. Beberapa faktor yang memengaruhi kecepatan difusi adalah sebagai berikut ;

- 1) Perbedaan tekanan pada membran. Semakin besar perbedaan tekanan maka semakin cepat pula proses difusi.
- 2) Besarnya area membrane. Semakin luas area membrane difusi maka akan semakin cepat difusi melewati membran.
- 3) Keadaan tebal tipisnya membran. Semakin tipis maka akan semakin cepat proses difusi.
- 4) Koefisien difusi, yaitu kemampuan terlarut suatu gas dalam cairan membran paru. Semakin tinggi koefisien maka semakin cepat difusi terjadi.
- 5) Transfor oksigen Sistem transfor oksigen terdiri atas paru-paru dan sistem kardiovaskuler. Penyampaian tergantung pada jumlah oksigen yang masuk ke dalm paru-paru (ventilasi), darah mengalir ke paru-paru dan jaringan (perfusi), kecepatan difusi, serta kapasitas kandungan paru ( Perry & Potter, 2009).

#### d. Jaringan

Menurut Atoilah (2013), untuk mencapai jaringan sebagian besar ( $\pm 97$  %) oksigen berikatan dengan haemoglobin, sebagian kecil akan berikatan dengan plasma ( $\pm 3$  %). Setiap satu gram Hb dapat berikatan dengan 1,34 ml oksigen bila dalam keadaan konsentrasi darah jenuh (100 %). Ada beberapa faktor-faktor yang memengaruhi transportasi oksigen, yaitu ;

- 1) Cardiac Output Saat volume darah yang dipompakan oleh jantung berkurang maka jumlah oksigen yang ditransport juga akan berkurang.
- 2) Jumlah eritrosit atau HB Dalam keadaan anemia oksigen yang berikatan dengan Hb akan berkurang juga sehingga jaringan akan kekurangan oksigen.
- 3) Latihan fisik Aktivitas yang teratur akan berdampak pada keadaan membaiknya pembuluh darah sebagai sarana transportasi, sehingga darah akan lancar menuju daerah tujuan.
- 4) Hematokrit Perbandingan antara zat terlarut atau darah dengan zat pelarut atau plasma darah akan memengaruhi kekentalan darah, semakin kental keadaan darah maka akan semakin sulit untuk ditransportasi.
- 5) Suhu lingkungan Panas lingkungan sangat membantu memperlancar peredaran darah.

c. Pernapasan internal

Pernapasan internal merupakan proses pertukaran gas antara pembuluh darah kapiler dan jaringan tubuh. Setelah oksigen berdifusi ke dalam pembuluh darah, darah yang banyak mengandung oksigen akan diangkut ke seluruh tubuh hingga mencapai kapiler sistemik. Di bagian ini terjadi pertukaran oksigen dan karbon dioksida antara kapiler sistemik ke sel jaringan, sedangkan karbon dioksida berdifusi dari sel jaringan ke kapiler sistemik (Saputra,2013). Pertukaran gas dan penggunaannya di jaringan merupakan proses perfusi. Proses ini erat kaitannya dengan metabolisme atau proses penggunaan oksigen di dalam paru (Atoilah & Kusnadi, 2013).

1) Ventilasi

Ventilasi merupakan proses keluar masuknya oksigen dari atmosfer ke dalam alveoli ke atmosfer. Proses ventilasi dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu adanya perbedaan tekanan antara atmosfer dengan paru, semakin tinggi tempat maka tekanan udara semakin rendah, demikian sebaliknya, semakin rendah tempat tekanan udara semakin tinggi. Pengaruh proses ventilasi lainnya adalah kemampuan paru untuk mengembang dan kemampuan kontraksi menyempitnya paru. Beberapa faktor yang mempengaruhi ventilasi yaitu adanya konsentrasi oksigen di atmosfer, adanya kondisi jalan napas yang baik, adanya kemampuan toraks dan alveoli pada paru-paru dalam melaksanakan ekspansi atau kembang kempis.

## 2) Difusi gas

Difusi gas merupakan pertukaran antara oksigen di alveoli dengan kapiler paru dan CO<sub>2</sub> di kapiler dengan alveoli. Proses pertukaran ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu luasnya permukaan paru, tebal membrane respirasi atau permeabilitas yang terdiri dari epitel alveoli dan interstisial, dan perbedaan tekanan dan konsentrasi O<sub>2</sub> (O<sub>2</sub> dari alveoli masuk ke dalam darah karena tekanan O<sub>2</sub> dalam rongga alveoli lebih tinggi dari tekanan O<sub>2</sub> dalam darah vena pulmonalis, masuk dalam darah secara difusi).

## 3) Transportasi Gas

Transportasi gas adalah proses pendistribusian O<sub>2</sub> kapiler ke jaringan tubuh dan CO<sub>2</sub> jaringan tubuh ke kapiler. Transportasi gas dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu curah jantung, kondisi pembuluh darah, latihan, perbandingan sel darah dengan darah secara kekeluruhan (hematokrit), serta eritrosit dan kadar Hb.

## 2. Faktor yang mempengaruhi kebutuhan oksigenasi

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi fungsi pernapasan, yaitu :

### a. Status kesehatan

Orang yang sehat sistem kardiovaskuler dan sistem pernapasan berfungsi dengan baik sehingga dapat memenuhi kebutuhan secara adekuat. Sebaliknya, orang yang mempunyai penyakit jantung ataupun penyakit pernapasan dapat mengalami kesulitan dalam pemenuhan kebutuhan oksigen tubuh. Penyakit pada sistem

kardiovaskuler berakibat pada terganggunya pengiriman oksigen ke sel-sel tubuh. Selain itu, penyakit-penyakit pada sistem pernapasan dapat mempunyai efek sebaliknya terhadap oksigen darah.

b. Lingkungan

Ketinggian, panas, dingin, dan polusi mempengaruhi oksigenasi. Makin tinggi daratan, makin rendah  $PaO_2$  sehingga makin sedikit  $O_2$  yang dapat dihirup individu. Sebagai akibatnya, individu pada daerah ketinggian memiliki laju pernapasan dan 26 jantung yang meningkat, juga kedalaman pernapasan yang meningkat. Sebagai kebutuhan oksigen juga akan meningkat.

c. Gaya Hidup

Kebiasaan merokok akan mempengaruhi status oksigenasi seseorang, sebab merokok dapat memperburuk penyakit arteri koroner dan pembuluh darah arteri. Nikotin yang terkandung dalam rokok dapat menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah perifer dan pembuluh darah koroner. Akibatnya, suplai darah ke jaringan menurun.

d. Gangguan Oksigenasi

Permasalahan pemenuhan kebutuhan oksigenasi tidak lepas dari adanya gangguan sistem respirasi dan sistem kardiovaskular. Secara garis besar, gangguan dikelompokkan menjadi tiga, yaitu gangguan irama/frekuensi pernapasan, insufisiensi pernapasan, dan hipoksia.



e. Usia

Perubahan yang terjadi karena penuaan yang mempengaruhi sistem pernapasan lansia menjadi sangat penting jika sistem mengalami gangguan akibat perubahan seperti emosional, pembedahan, anestesi prosedur lain. Perubahan-perubahan tersebut adalah dinding nada dan kerja silia berkurang, membrane mukosa menjadi lebih kering dan rapuh, terjadi penurunan kekuatan otot dan daya tahan, keadekuatatan ekspansi paru dapat menurun, penurunan efisiensi sistem imun. Seiring dengan penambahan umur, kapasitas paru juga akan menurun. Kapasitas paru orang berumur 30 tahun ke atas rata-rata 3.000 ml sampai 3.500ml, dan pada orang yang berusia 50 tahun kapasitas paru kurang dari 3.00ml.

f. Luas permukaan tubuh

Luasan permukaan tubuh berkaitan erat dengan berat badan dan tinggi badan. Semakin luas permukaan tubuh maka semakin banyak oksigen yang dibutuhkan oleh tubuh. Jenis kelamin kapasitas vital paru berpengaruh terhadap jenis kelamin seseorang. Volume dan kapasitas paru pada wanita kira-kira 20 sampai 25% lebih kecil daripada pria.

**C. konsep Dasar asuhan keperawatan kebutuhan oksigenasi**

a. Pengkajian keperawatan

Tujuan pengkajian adalah mengumpulkan data objektif dan subjektif dari klien. Adapun data yang terkumpul mencakup informasi klien, keluarga, masyarakat, lingkungan, atau budaya, (Deswani 2001).

Dimulai dengan mengumpulkan data tentang:

1) Biodata pasien

Nama, alamat, umur, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, nama penanggung jawab dan catatan kedatangan.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Alasan utama klien datang kerumah sakit atau pelayanan kesehatan

b) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan klien yang dirasakan saat melakukan pengkajian.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan keluarga adalah mengkaji riwayat keluarga apakah ada yang menderita penyakit yang sama.

d) Pemeriksaan fisik

(1) Hidung dan sinus

(2) Inspeksi : cuping hidung, deviasi septum, perforasi, mukosa ( warna, bengkak, eksudat, darah), keseimbangan hidung .

(3) Palpasi : sinus frontalis, sinus maksilaris

(4) Faring Inspeksi : warna, simetris, eksudat ulserasi, bengkak

(5) Trakea Palpasi : dengan cara berdiri kesamping kanan pasien, letakkan jari tengah pada bagian bawah trakea dan raba trakea ke atas, kebawah dan sampai sehingga kedudukan trakea dapat diketahui.

(6) Thoraks Inspeksi :Postur, bervariasi misalnya pasien dengan masalah pernapasan kronis klavikulanya menjadi elevasi keatas.

(7) Bentuk dada, pada bayi berbeda dengan orang dewasa

(8) Pola napas, dalam hal ini perlu dikaji kecepatan atau frekuensi  
Status frekuensi

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi adalah :

1) Pola napas tidak efektif. Yaitu inspirasi dan/atau ekspirasi yaitu tidak memberikan ventilasi adekuat. Tanda-tandanya :

- a) Dispnea
- b) Peningkatan kecepatan pernapasan
- c) Napas dangkal atau lambat
- d) Retraksi dada
- e) Pembesaran jari (clubbing finger)
- f) Pernapasan melalui mulut
- g) Penambahan diameter anterior posterior
- h) Sianosis, fail chest, artopnea
- i) Vomitus
- j) Ekspansi paru tidak simetris

## **1. Definisi**

Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas

## **2. Tindakan**

## **3. Observasi**

- a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
- c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

## **4. Terapeutik**

- a. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
- b. Posisikan semi-Fowler
- c. Berikan minum hangat
- d. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- e. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- f. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- g. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- h. Berikan oksigen, jika perlu

## **5. Edukasi**

- a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontradiksi
- b. Ajarkan teknik batuk efektif

## **6. Kolaborasi**

- a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, espektoran, mukolitik, jika perlu

Tabel 2.1  
Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien Gagal Ginjal Kronik  
(Sumber: SIKI, 2018)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ventilasi semenit meningkat</li> <li>b. Kapasitas vita meningkat</li> <li>c. Diameter thoraks anterior posterior meningkat</li> <li>d. Tekanan ekspirasi meningkat</li> <li>e. Tekanan inspirasi meningkat</li> <li>f. Dispnea meningkat</li> <li>g. Penggunaan otot bantu napas meningkat</li> <li>h. Pemanangan fase ekspirasi meningkat</li> <li>i. Ortopnea menurun</li> <li>j. Pernapasan purset-lip menurun</li> <li>k. Pernapasan cuping hidung menurun</li> <li>l. Frekuensi napas membaik</li> <li>m. Kedalaman napas membaik</li> <li>n. Ekskresi dada membaik</li> </ol>	Manajemen jalan napas <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas</li> <li>b. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>c. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> <li>d. monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mempertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)</li> <li>b. Posisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>c. Berikan minuman air hangat</li> <li>d. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>e. Lakukan pengisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>f. Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal</li> <li>g. Keluarkan sumbatan benda padat dengan vorsep McGill</li> </ol>

			<p>h. Berikan oksigen jika perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontra indikasi</p> <p>b. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, espektoran, mukolitik, jika perlu</p>
2	Hipovolemi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka status cairan membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Kekuatan nadi meningkat</p> <p>Turgor kulit meningkat</p> <p>Output5 urine meningkat</p> <p>Ortopnea menurun</p>	<p>Manajemen cairan</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Memonitoir status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</p> <p>b. Memonitor berat badan harian</p>

		<p>Dispnea menurun  <i>Paroxysmal nocturnal dyspnea</i> (PND) menurun  Edema anasarka menurun  Edema perifer menurun  Berat badan menurun  Distensi vena jugularis menurun  Suara napas tambahan menurun  Kongesti paru menurun  Perasaan lemah menurun  Konsentrasi urin menurun  Frekuensi nadi membaik  Tekanan darah membaik  Tekanan nadi membaik  Membran mukosa membaik  <i>Jugular venous pressure</i> (JVP) membaik  Kadar hb membaik  Kadar ht membaik  Central venous pressure membaik  Refluks hepatojugular membaik  Berat badan membaik  Hematomegali membaik  oliguria membaik  Intake cairan membaik  Status mental membaik  Suhu tubuh membaik</p>	<p>c. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis  d. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium  e. Monitor status hemodinamik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam</li> <li>Berikan cairan intravena, jika perlu</li> <li>Memertahankan kepatenan jalan nafas</li> <li>Memeriksa oksigen</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan asupan cairan ml/hari jika tidak ada kontra indikasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu</li> </ol>
--	--	---	--

## **i. Implementasi**

Implementasi merupakan langkah keempat dalam proses asuhan keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi kesehatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan yang di prioritaskan.

Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Kozier et al., 2010)

Menurut Purwaningsih & Karlina (2010) ada 4 tahap operasional yang harus di perhatikan oleh perawat dalam melakukan implementasi keperawatan, yaitu sebagai berikut :

### **1. Tahap Prainteraksi**

Membaca rekam medis pasien, mengeksplorasi perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan profesional pada diri sendiri, memahami rencana keperawatan yang baik, menguasai keterampilan teknis keperawatan, memahami rasional ilmiah dan tindakan yang akan dilakukan, mengetahui sumber daya yang di perlukan, memahami kode etik dan aspek hukum yang berlaku dalam pelayanan keperawatan, memahami standar praktik klinik keperawatan untuk mengukur keberhasilan dan penampilan perawat harus meyakinkan

### **2. Tahap Perkenalan**

Mengucapkan salam, memperkenalkan nama, menanyakan nama, umur, alamat pasien, menginformasikan kepada pasien tujuan dan



tindakan yang akan dilakukan oleh perawat, memberitahu kontrak waktu, dan memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang tindakan yang akan dilakukan

### 3. Tahap Kerja

Menjaga privasi pasien, melakukan tindakan yang sudah direncanakan, hal-hal yang perlu di perhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energy pasien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasaaman, kondisi pasien, respon pasien terhadap tindakan yang telah di berikan.

### 4. Tahap Terminasi

Beri kesempatan pasien untuk mengekspresikan perasaannya setelah di lakukan tindakan oleh perawat, berikan feed back yang baik kepada pasien dan puji atas kerjasama pasien, kontrak waktu selanjutnya, rapikan peralatan dan lingkungan pasein dan lakukan terminasi, berikan salam sebelum meninggalkan pasien, lakukan pendokumentasian

## **f. Evaluasi**

Evaluasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi di lakukan terus-menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setiap selesai tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP sebagai polapikirnya.

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah di laksanakan.

O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah di

laksanakan.

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

1. Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
2. Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebahagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.
3. Masalah belum teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
4. Muncul masalah baru, jika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru.

#### **D. Peran Perawat pada Pasien CKD**

Peningkatan kualitas hidup penderita CKD sangat penting guna meminimalkan komplikasi lebih lanjut. Peran perawat menjadi faktor yang sangat penting dalam mengatasi masalah kesehatan pada pasien ckd. Peran tersebut diantaranya peran sebagai *care provider* yaitu memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif, perawat juga bisa berperan sebagai edukator yaitu memberi penyuluhan kepada pasien penderita ckd dan keluarga pasien, selain itu perawat juga bisa berperan

sebagai konsultan, kolaborasi, advokat (pembelah) dan pendidik.  
(Ernawati, 2012).

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUIS**

#### **A. Rancangan Studi Kasus**

Desain yang digunakan pada studi kasus ini adalah deskriptif kualitatif dalam bentuk *karya tulis ilmiah* yang mengeksplorasi suatu masalah asuhan keperawatan pada pasien yang *Chronic Kidney Disease (CKD)*. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subyek studi kasus yang di gunakan dalam studi kasus keperawatan merupakan individu dengan kasus yang akan di teliti secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria subyek penelitian yang akan di pilih, sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi, meliputi :
  - a. Pasien berjenis kelamin laki-laki.
  - b. Subyek terdiri dari 1 orang Pasien Dewasa dengan diagnosa *Chronic Kidney Disease (CKD)*.
  - c. Pasien dewasa dengan rentang usia 40 – > 50 tahun.
  - d. Pasien yang dirawat di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas
  - e. Pasien bersedia menjadi responden selama penelitian studi kasus berlangsung.

2. Kriteria eksklusi, meliputi :
  - a. Pasien tidak kooperatif
  - b. Pasien tidak bersedia menjadi responden
  - c. Pasien dengan penurunan kesadaran

### **C. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini telah dilakukan di Rumah Sakit Bahteramas pada bulan Mei tahun 2021.

### **D. Prosedur Penelitian**

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa melakukan penyusunan penelitian dengan metode karya tulis ilmiah
2. Mahasiswa melakukan ujian karya tulis ilmiah, setelah karya tulis ilmiah disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data dengan karya tulis ilmiah.
3. Mahasiswa melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet.
4. Mahasiswa melakukan konsultasi kepada pembimbing.
5. Setelah disetujui mahasiswa kemudian membuat karya tulis ilmiah dari kedua subjek.
6. Mahasiswa melakukan analisis asuhan keperawatan pada kasus pasien

## **E. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

### **1. Teknik Pengumpulan Data**

Pada sub bab ini di jelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan

#### **a. Wawancara**

Wawancara selalu ada dua pihak yang masing-masing memiliki kedudukan yang berbeda, pihak satu sebagai pencari informasi dan pihak yang lain sebagai pemberi informasi (Sugiyono, 2009).

Wawancara yang dilakukan pada klien maupun pada keluarga. Hasil wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

#### **b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik**

Selain wawancara, teknik pengumpulan data yang lain adalah observasi dan pemeriksaan fisik. Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung ke objek penelitian untuk melihat dari dekat kegiatan yang dilakukan (Sugiyono, 2009).

Hasil dari observasi dan pemeriksaan fisik yaitu tentang mengenai keadaan umum klien, respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan. Pada pemeriksaan fisik dengan pendekatan IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi) pada tubuh klien untuk mengetahui kelainan yang dirasakan oleh klien.

c. Studi dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu (Sugiyono, 2009). Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan suatu data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Studi dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan melihat hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium, radiologi, ataupun pemeriksaan fisik lainnya untuk mengetahui kelainan-kelainan pada Pasien.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kendari.

**F. Keabsahan Data**

Keabsahan data yang dilakukan peneliti dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh peneliti dengan melakukan pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan sehingga menghasilkan sebuah data yang akurat. Selain itu, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan minimal selama tiga hari, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang teliti.

## **G. Analisa Data**

Analisis data merupakan hal yang kritis dalam proses penelitian kualitatif, sehingga hipotesis dapat dikembangkan dan dievaluasi menurut Stainback dalam (Sugiyono, 2015).

Pada penelitian analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Dalam mengemukakan data dikelompokkan berdasarkan data subjektif yang berasal dari pasien atau keluarga dan data objektif yang berasal dari pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Dari data hasil pengkajian selanjutnya mengelompokkan data dengan menganalisa data yang sesuai untuk menegakkan diganosa keperawatan. Setelah menegakkan diagnosa keperawatan selanjutnya peneliti membuat rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Kemudian membuat rencana asuhan keperawatan, barulah melakukan tindakan asuhan keperawatan guna mngurangi keluhan yang ada. Tindakan dilakukan sesuai standar operasional, di akhir peneliti membuat hasil evaluasi penelitian



## BAB IV

### HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Studi Kasus

##### A. Hasil Studi Kasus

###### 1. Pengkajian

###### a. Identitas Klien

Nama	: Tn.L
Jenis Kelamin	: laki laki
Umur/Tanggal Lahir	: 63 Tahun
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: sma
Pekerjaan	: pensium
Pendapatan	: 600.000.
Tanggal MRS	: 27 Februari 2021

###### b. Identitas Penanggung

Nama	: Tn. M
Jenis Kelamin	: Laki – laki
Pekerjaan	: polri
Hubungan dengan klien	: anak kandung
Alamat	: andonuhu btn regensi

## 2. Riwayat Kesehatan

### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

#### 1) Keluhan utama

Klien mengatakan sesak napas

#### 2) Riwayat keluhan

Klien mengatakan saat berbaring ia merasa sesak.

1. Penyebab/faktor pencetus: Klien mengatakan penyebab sesak karena penyakitnya

2. Sifat keluhan: Nyeri seperti tertusuk-tusuk

3. Lokasi dan penyebarannya: Klien mengatakan bagian dada

4. Skala keluhan: Skala nyeri 3

5. Mulai lamanya keluhan: 3 hari yang lalu

6. Hal-hal yang meringankan/memperberat: Hal yang meringankan dengan meminum obat dan yang memperberat saat makan dan minum

### b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien pernah dirawat di RS dengan masalah gagal ginjal

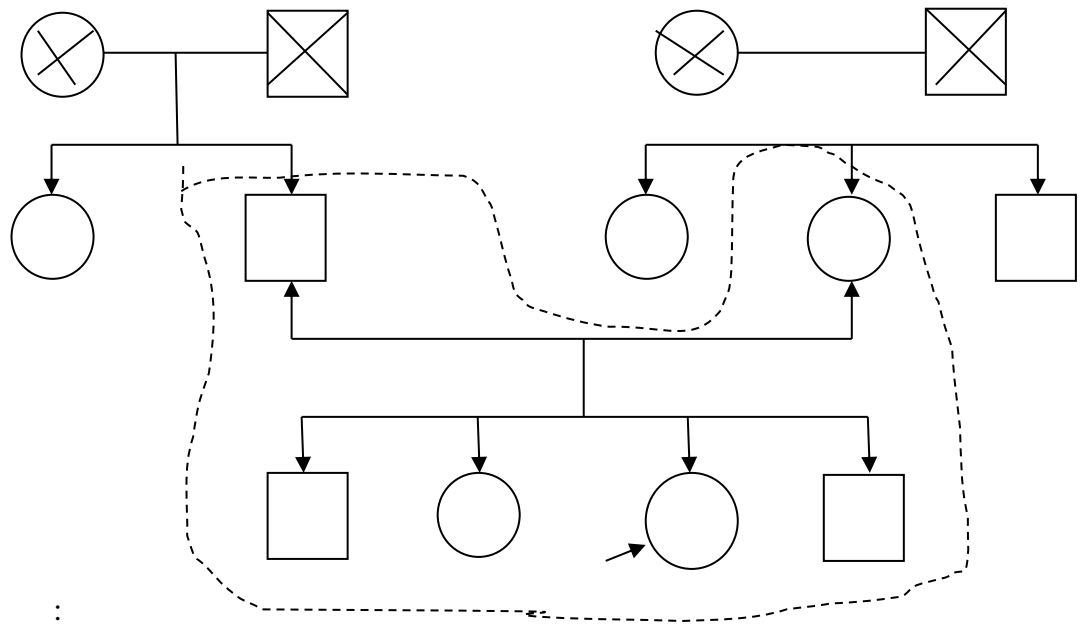
### c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengan klien.

Pengkajian genogram sebagai berikut.

Genogram

1. Genogram :



**Gambar 4.1 Genogram tiga generasi**

Keterangan :

□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

↗ : Klien

— : Tinggal serumah

⊗ : Meninggal dunia

□ → ○ : Hubungan perkawinan

Riwayat kesehatan anggota keluarga diketahui tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit serupa dan tidak ada keluarga yang mempunyai penyakit menular atau menurun.

### 3. Pemeriksaan Fisik

#### a. Keadaan umum

Keadaan umum pasien lemah

#### b. Kesadaran

Tingkat kesadaran pasien komposmentis dengan GCS E3 M6 V5

Tanda-tanda vital

1. Tekanan darah: 180/100 MmHg

2. Pernapsan : 30 kali/menit

3. Nadi : 80 kali/menit

4. Suhu: 36°C

#### c. Berat badan dan tinggi badan

1. Berat badan: 56 kg

2. Tinggi badan: 160 cm

3. IMT: 143,4

#### d. Kepala

##### 1. Kepala

Bentuk kepala normal (bulat), keadaan kulit kepala bersih tidak ada kotoran, tidak ada nyeri nyeri kepala, rambut tidak mudah tercabut, tidak mengalami alopesia, sebagian rambut memutih.

##### 2. Mata

Mata simetris kanan dan kiri, sclera tidak ikterik, tidak ada edema pada kelopak mata, konjungtiva pucat, pupil isokor, tidak mengalami ptosis, reflex kornea normal, tidak mengalami

nistagmus, tidak mengalami diplopia, tidak mengalami photopobia

### 3. Telinga

Pengkajian pada telinga ditemukan telinga simetris, tidak ada sekret dan serumen, ketajaman pendengaran baik dan tidak ada tinnitus dan nyeri. Pengkajian pada hidung didapatkan hidung simetris, tidak ada perdarahan, secret dan nyeri, fungsi penciuman baik

### 4. Hidung

Pengkajian pada hidung didapatkan hidung simetris, tidak ada perdarahan, secret dan nyeri, fungsi penciuman baik.

### 5. Mulut

Hasil pengkajian pada mulut didapatkan bahwa fungsi berbicara tidak baik kelembaban bibir lembab, posisi uvula normal, mukosa bibir lembab, keadaan tonsil baik tidak ada radang, stomatitis dan tremor lidah tidak ada, warna lidah merah muda dan nampak bersih, mulut agak berbau, gigi nampak tidak lengkap, gigi kurang bersih, ada karies, suara parau tidak ada, tidak kesulitan menelan dan tidak nyeri saat menelan, kemampuan mengunyah baik dan fungsi mengecap normal.

### 6. Leher

Hasil pengkajian pada leher diperoleh mobilitas leher normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran kelenjar limfe serta

tidak ada pelebaran vena jugularis dan pada trakhaea adanya hambatan jalan udara pada paru-paru.

7) Thoraks

Pengkajian pada dada didapatkan bahwa dada simetris kiri dan kanan, pengembangan dada normal, tidak ada retraksi dinding dada, tanda jejas tidak ada, taktil fremitus sama antara kanan dan kiri, massa tidak ada dispnea ada sesak napas (ronki) maupun ortopnea terjadi pada saat pasien baring. Perkusi thoraks tidak normal adanya suara napas tambahan whengi, suara nafas wheezing : bunyi nafas tambahan (ronchi) dan terdapat nyeri pada dada. Hasil pengkajian pada jantung diperoleh iktus kordis normal, adanya tonjokan kecil yang sifatnya lokal, ukuran jantung normal, adanya nyeri dada dan palpitasi, bunyi jantung normal (lup-dup). Hasil pengkajian abdomen diperoleh warnakulit abdomen sawo matang, tidak ada distensi abdomen, ostomy tidak ada, tanda jejas dan massa. Peristaltik 16x/mnt, suara perkusi abdomen timpani dan tidak ada nyeri tekan.

8) Jantung

Hasil pengkajian pada jantung diperoleh iktus kordis normal, adanya tonjokan kecil yang sifatnya lokal, ukuran jantung normal, adanya nyeri dada dan palpitasi, bunyi jantung normal (lup-dup).

9) Abdomen

Hasil pengkajian abdomen diperoleh warnakulit abdomen sawo matang, tidak ada distensi abdomen, ostomy tidak ada, tanda jejas dan massa. Peristaltik 16x/mnt, suara perkusi abdomen timpani dan tidak ada nyeri tekan.

10) Pengkajian sistem saraf diperoleh tingkat kesadaran apatis (acuh tak acuh), koordinasi baik, memori tidak mampu mengingat dengan baik, orientasi baik, keseimbangan nampak baik serta tidak ada konfusi, kelumpuhan, gangguan sensasi dan kejang-kejang. Hasil pengkajian refleks biseps, refleks trisep, lutut dan achilles menunjukkan normal, refleks patologis yang dikaji babinski normal. Tanda-tanda seperti kaku kuduk/kernig sign, brudzinski I, brubzinski II tidak ditemukan.

11) Pengkajian anus, perianal dan genitalia tidak dilakukan. Pengkajian ekstremitas diperoleh warna kulit sawo matang, purpura/ekimosis tidak ada, atropi tidak ada, hipertropi tidak ada, lesi tidak ada, pigmentasi tidak ada, luka, deformitas sendi tidak ada pergeseran sendi, deformitas tulang tidak ada pergeseran tulang, tremor adanya tremor pada kaki, varises tidak ada pembuluh darah membesar dan timbul, edema adanya edema dibagian ekstremitas atas bawah, turgor kulit menurun, kelembapan kulit lembab, *capillary tefilling time (crt) : < 3 detik*, pergerakan terganggu tidak dapat bergerak dengan baik, kekuatan otot lemah

dan tonus otot lemah, serta kekuatan lemah.

12) Pengkajian oksigenasi

dasar pada kebutuhan oksigenasi didapatkan bahwa klien batuk, klien tidak mampu mengeluarkan sputum, ada produksi sputum, dispnea adanya sesak napas, dan ortopnea, tidak bisa baring karena sesak, menggunakan otot bantu pernafasan dan sianosis adanya sianosis berwarna ke abu-abuan.

13) Kebutuhan cairan dan elektrolit

Pada pengkajian kebutuhan cairan dan elektrolit frekuensi minum sehari sebelum sakit 2 liter perhari dan sesudah sakit satu liter perhari, jenis minuman yang tidak disukai sebelum sakit tidak ada dan sesudah sakit tidak ada, jenis minuman yang disukai sebelum sakit teh dan sesudah sakit tidak ada, perasaan haus sebelum sakit tidak ada dan sesudah sakit haus, kelemahan sebelum sakit tidak lemah dan sesudah sakit lemah, program pembatasan cairan sebelum sakit tidak ada dan sesudah sakit tidak ada.

Perhitungan balans cairan intake cairan minum sebelum sakit 15000 ml setelah sakit 8000 ml, makan sebelum sakit normal sesudah sakit tidak normal, cairan intravena sebelum sakit tidak ada setelah sakit ada, obat cair sebelum sakit tidak ada setelah sakit ada, output cairan sebelum sakit tidak ada setelah sakit ada, *sensible watwr loss (SWL)* sebelum sakit tidak ada setelah sakit tidak ada. BAK sebelum sakit baik setelah sakit tidak baik, BAB sebelum



sakit baik setelah sakit tidak baik, muntah sebelum sakit tidak ada setelah sakit tidak ada, cairan stoma sebelum sakit tidak ada setelah sakit tidak ada, drainase sebelum sakit tidak ada setelah sakit tidak ada, *insensible water loss (SWL)* sebelum sakit tidak ada setelah sakit tidak ada, pernapasan sebelum sakit tidak ada setelah sakit adanya dispnea, kulit sebelum sakit normal setelah sakit nampak kulit pucat, peningkatan suhu tubuh sebelum sakit tidak ada setelah sakit ada. Total output sebelum sakit 28 setelah sakit 28, input- output sebelum sakit 1928 setelah sakit 1578 total: 350.

Table 4.2  
Pemeriksaan laboraterium

Hematologi			
WBC	578	10 <sup>3</sup> /uL	4.00-10.00
HGB	5.0	g/DI	12.0-16.0
HCT	34.9	%	37.0-48.0
PLT	180	10 <sup>3</sup> /uL	150-400
LIMPH	0.80	10 <sup>3</sup> /uL	20.0-40.0
MONO	0.36	10 <sup>3</sup> /uL	2.00-8.00
Golongan darah	0		
Kimia darah			
Gula darah sewaktu	108		70-180 mgdl
Ureum	224		15-44 mg/dl
Creatinin	19.7		05-12 Mg/dl
Elektrolit			
Natrium (Na)	115.7		135-145 mg/dl
Kalium (K)	5.66		3.5-5.55

4. Terapi yang diberikan

Terapi yang diberikan	Dosis
IVFD Ringer lactat 12 Tpn	
Furosemid 10 mg/inj	1x1
Amplodipine 5 mg	1x1
Clonidine 5 mg	1x1
PCT inf.500 mg	2x1
Lansoprasole 30 mg	2x1
Ibuprofen 200 mg	2x1
PRC 200 cc/3 Kolf	1x1 kolf/transfuse on HD 2 kolf

Tabel 4.3 klasifikasi data

<b>Data subjektif</b>	<b>Data objektif</b>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sesak nafas</li> <li>- Klien mengatakan sulit berbicara karena sesaknya</li> <li>- Klien mengatakan nyeri dada saat bernapas</li> <li>- Klien mengatakan ia tidak bisa baring karena sesak</li> <li>- Klien mengatakan mengalami edema pada tangan</li> <li>- Klien mengatakan sering mengeluh haus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nampak klien tidak bisa baring karena sesak</li> <li>- Nampak klien terpasang (O<sub>2</sub>) 3 liter/menit</li> <li>- Nampak klien gelisah</li> <li>- Nampak terdengar suara napas tambahan</li> <li>- Nampak bunyi napas menurun</li> <li>- Nampak frekuensi napas berubah</li> <li>- Nampak pola napas berubah</li> <li>- Nampak kantong mata klien edema</li> <li>- Nampak kelopak mata klien edema</li> <li>- Nampak tangan klien edema kanan</li> <li>- Nampak tekanan darah meningkat</li> <li>- Nampak nampak kantung mata bengkak</li> <li>- Nampak turgor kulit pucat</li> </ul>

	<p>- Nampak membran mukosa kering</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 180/100 Mmhg</p> <p>P: 30 x/menit</p> <p>N: N: 80 x/menit</p> <p>S: 36 °C</p>
--	--

Tabel. 4.4 Analisa data

No	Diagnosa	Etiologi	Masalah
	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sesak nafas</li> <li>- Klien mengatakan mengatakan batuk</li> <li>- Klien mengatakan tidak mampu batuk karena sesak</li> <li>- Klien mengatakan sulit berbicara karena sesaknya</li> <li>- Klien mengatakan nyeri dada saat bernapas</li> <li>- Klien mengatakan ia tidak bisa baring karena sesak</li> </ul> <p>DO:</p>	<p>Gagal ginjal</p> <p>↕</p> <p>Penuerunan fungsi ginjal</p> <p>↕</p> <p>Retensi Na</p> <p>↕</p> <p>Total CES, tekanan kapiler, volume intertisial naik</p> <p>↕</p> <p>Udema pada proload naik</p> <p>↕</p> <p>Beban jantung naik</p> <p>↕</p> <p>Hipertrofi ventrikanl kiri terjadi payah</p>	<p>Pola napas tidak efektif</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nampak klien tidak bisa baring karena sesak</li> <li>- Nampak klien terpasang (02) 3 liter/menit</li> <li>- Nampak klien tidak mampu batuk</li> <li>- Nampak sputum berlebihan</li> <li>- Nampak klien gelisah</li> <li>- Nampak bunyi napas menurun</li> <li>- Nampak frekuensi napas berubah</li> <li>- Nampak pola napas berubah</li> <li>-</li> </ul> <p>TTV:</p> <p>TD: 180/100 Mmhg  P: 33 X/M  N: 80 X/menit  S:36 °C</p>	<p style="text-align: center;">jantung kiri</p> <p style="text-align: center;">⇕</p> <p style="text-align: center;">Bendungan atrium kiri naik</p> <p style="text-align: center;">⇕</p> <p style="text-align: center;">Tekanan vena pulmonalis</p> <p style="text-align: center;">⇕</p> <p style="text-align: center;">Kapiler paru naik terjadi odema paru</p> <p style="text-align: center;">⇕</p> <p style="text-align: center;">Gangguan petukaran gas</p>	
---	--	--

<p><b>2</b></p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mengalami edema pada tangan</li> <li>- Klien mengatakan edema pada kelopak mata dan kantong mata</li> <li>- Klien mengatakan mengeluh haus</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nampak tangan klien edema</li> <li>- Nampak turgor kulit menurun</li> <li>- Nampak membran mukosa kering</li> <li>- Nampak tekanan darah meningkat</li> </ul> <p>ttv :</p> <p>TD : 180/100 MmHg</p> <p>P: 30 X/M</p> <p>N: 80 X/menit</p> <p>S: 36 °C</p>	<p>Stimulus kronis pada ginjal</p> <p>↕</p> <p>Fungsi ginjal abnormal</p> <p>↕</p> <p>Penurunan ekskresi natrium dan air</p> <p>↕</p> <p>Edema</p>	<p>Hipovolemia</p>
-----------------	--	--	--------------------

tabel 4.5 intervensi keperawatan

NO	DAIGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
1	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Batuk efektif menurun menjadi meningkat</p> <p>Produksi sputum meningkat menjadi menurun</p> <p>Mengi meningkat menjadi menurun</p> <p>wheezing meningkat menjadi memburuk</p> <p>dispnea meningkat menjadi menurun</p> <p>ortopnea meningkat menjadi menurun</p> <p>sulit berbicara meningkat menjadi menurun</p> <p>sianosis meningkat menjadi menurun</p> <p>gelisah meningkat menjadi menurun</p> <p>frekuensi napas memburuk menjadi membaik</p> <p>pola napas memburuk menjadi membaik</p>	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi :</p> <p>Identifikasi dan mengelola pola kepatenan jalan napas</p> <p>Monitor pola napas</p> <p>Monitor bunyi napas</p> <p>Monitor sputum (jumlah,warna,aroma)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>Posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p> <p>Periksa oksigen jika perlu</p> <p>Edukasi:</p> <p>Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika perlu</p> <p>Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>kolaborasi pemberian bronkodilator, espektoran, mukolitik, jika perlu,</p>
2	Hipovolemia b/d kekurangan cairan aktif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka status cairan membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Kekuatan nadi menurun menjadi meningkat</p> <p>Turgor kulit menurun menjadi meningkat</p> <p>Ortopnea meningkat menjadi menurun</p>	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <p>Observasi</p> <p>Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah.)</p>



		<p>Dispnea meningkat menjadi menurun</p> <p>Suara napas tambahan meningkat menjadi menurun</p> <p>Perasaan lemah meningkat menjadi menurun</p> <p>Keluhan haus meningkat menjadi menurun</p> <p>Frekuensi nadi memburuk menjadi membaik</p> <p>Tekanan darah memburuk menjadi membaik</p> <p>Tekanan nadi memburuk menjadi membaik</p> <p>Membran mukosa memburuk menjadi membaik</p> <p>Kadar hb memburuk menjadi membaik</p> <p>Berat badan memburuk menjadi membaik</p> <p>Intake cairan memburuk menjadi membaik</p> <p>Status mental memburuk menjadi membaik</p> <p>Suhu tubuh memburuk menjadi membaik</p>	<p>Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>Hitung kebutuhan cairan</p> <p>Berikan asupan cairan oral</p> <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCL, RL)</p>
--	--	---	--

Tabel 4.6 Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Impelemntasi keperawatan	Evaluasi keperawatan
1	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas	Rabu 3 maret 2021	09:00	Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas Hasil: Adanya benda asing di jalan napas	S : Klien Mengatakan masih sesak nafas O :
			09:30	Memonitor Pola Nafas Hasil:	P:Klien mengatakan masih masih nyeri dada karena sesak Q :
			10:00	Klien masih sesak (dispnea) Memonitor Bunyi Nafas	R : nyeri terus menerus
			10:30	Hasil Bunyi napas (wheezing) terdengar seperti siulan yang sangat liris. Monitor sputum Hasil : Jumlah, warna, aroma.	S : klien mengatakan nyeri tekan skala nyeri 3 T : nyeri dada timbul setiap setiap menaraik napas
			11:00	Memposisikan Semi fowler posisi setengah duduk setelah 2 jam Hasil: Klien mengatakan dengan pemberian perubahan posisi semi fowler sesaknya berkurang dan ia merasa nyaman Mengajarkan teknik batuk efektif Hasil : Dengan melakukan teknik batuk efektif klien merasa nyaman saat menarik napas	A : pola nafas tidak efektif belum teratasi P : interfensi dilanjutkan

				<p>Memberikan oksigen</p> <p>Hasil:</p> <p>Terapi oksigen 3 liter lpm</p> <p>Mengajarkan Asupan Cairan</p> <p>Hasil</p> <p>IVFD Ringer lactate 12 tpm</p> <p>PCT inf.500 mg</p> <p>Kolaborasi Pemberian Obat</p> <p>Hasil</p> <p>Furosemid 10 mg/inj</p>	
2	Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif	Kamis4 maret 2021	<p>13:15</p> <p>Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (misalnya). Frekuensi nadi meningkat, Hasil: Nadi 80 kali/menit reguler Tekanan darah menurun Hasil 160/90 MmHg Turgor kulit menurun Hasil Nampak turgor kulit pucat Membran mukosa kering Hasil Nampak bibir pucat Volume urin menurun haus meningkat hasil:</p> <p>14:15</p>	<p>S :</p> <p>Klien Mengatakan masih mengalami edema pada tangan Klien mengatakan masih tidak nafsu makan O :</p> <p>Nampak tangan dan mata klien masih bengkak Nampak klien tidak nafsu makan Nampak klien pucat Nampak klien lemah A: Hipovolemia belum teratasi P: Intervensi intervensi dilanjutkan</p>	

			14:30	<p>Tangan klien masih bengakak</p> <p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Menghitung kebutuhan cairan</p> <p>hasil:</p> <p>klien membutuhkan banyak cairan</p> <p>Memberikan asupan cairan oral</p> <p>Hasil:</p> <p>Asupan oral klien</p> <p>Pemberian infuse</p> <p>Transfuse darah</p> <p>Hasil</p> <p>Klien kekurangan hb</p>	
4	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas	Jum'a5 maret 2021	09:00  09:30	<p>Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas</p> <p>Hasil:</p> <p>Adanya benda asing di jalan napas</p>	<p>S :</p> <p>Klien Mengatakan memposisikan semi fowler dapat membantu mengurangi sesak</p> <p>O :</p>

			<p>10:00</p> <p>11:00</p>	<p>Memonitor Pola Nafas Hasil: Klien masih sesak (dispnea)</p> <p>Memonitor Bunyi Nafas Hasil Bunyi napas (wheezing) terdengar seperti siulan yang sangat liris.</p> <p>Memposisikan Semi fowler posisi setengah duduk setelah 2 jam Hasil: Klien mengatakan dengan pemberian perubahan posisi semi fowler sesaknya berkurang dan ia merasa nyaman</p> <p>Memberikan oksigen Hasil: Terapi oksigen 3 liter lpm</p> <p>Mengjaurkan Asupan Cairan Hasil IVFD Ringer lactate 12 tpn PCT inf.500 mg Kolaborasi Pemberian Obat Hasil Furosemid 10 mg/inj</p>	<p>P:Klien mengatakan nyeri dada karena sesak berkurang</p> <p>Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: klien mengatakan nyeri dada berkurang</p> <p>S :skala nyeri 2</p> <p>T: nyeri dada setiap 5 menit dan hilang timbul</p> <p>A: pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : interfensi dilanjutkan</p>
5	Hipovolemia b/d kekurangan	Rabu 3 maret 2021	13:00	<p>Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (misalnya). Frekuensi nadi meningkat,</p>	<p>S : Klien Mengatakan edema pada tangan berkurang</p>

	cairan aktif			<p>Hasil: Nadi 80 kali/menit reguler Tekanan darah menurun</p> <p>Hasil 160/90 MmHg</p> <p>13:30 Turgor kulit menurun</p> <p>Hasil 14:15 Nampak turgor kulit pucat Membran mukosa kering</p> <p>Hasil 14:30 Nampak Nampak bibir pucat Volume urin menurun haus meningkat</p> <p>hasil: 15:00 Tangan klien masih bengkak Memonitor intake dan output cairan</p> <p>15:30 Menghitung kebutuhan cairan hasil: klien membutuhkan banyak cairan Memberikan asupan cairan oral</p> <p>Hasil: Asupan oral klien Transfuse darah</p> <p>Hasil Klien kekurangan hb</p>	<p>Klien mengatakan nafsu makan sedikit membaik</p> <p>O : Nampak tangan dan mata klien masih bengkak Nampak klien tidak nafsu makan Nampak klien pucat Nampak klien lemah</p> <p>A: Hipovolemia belum teratasi</p> <p>P: Intervensi intervensi dilanjutkan</p>
--	--------------	--	--	---	---

6	Pola napas tidak efektif b/d hambatan upaya napas	Kamis 4 maret 2021	09:00	Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas Hasil:	S : Klien mengatakan sesaknya sudah tidak ada lagi
			09:30	Adanya benda asing di jalan napas Memonitor Pola Nafas Hasil:	O : P:Klien mengatakan nyeri dada karena sesak sudah tidak ada
			10:00	Klien sudah tidak sesak lagi Memonitor Bunyi Nafas	Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk teratasi
			10:30	Hasil Bunyi napas normal (reguler) Latih napas dalam Hasil	R: klien mengatakan sudah tidak nyeri dada S : skala nyeri 0
			11:00	Dengan memberikan latihan napas dalam klien mengatakan nyeri dada saat bernapas berkurang  Memposisikan Semi fowler setelah 2 jam Hasil: Klien mengatakan dengan pemberian perubahan posisi semi fowler klien sudah tidak sesak lagi Memberikan oksigen Hasil: Klien sudah tidak terpasang oksigen Mengajarkan Asupan Cairan Kolaborasi Pemberian Obat	T: nyeri dada sudah teratasi A: pola napas tidak efektif sudah teratasi  P : Interfensi di hentikan

7	Hipovolemia b/d kekurangan cairan aktif	Jum'at 6 maret 20021	13:00	Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (misalnya). Frekuensi nadi meningkat, Hasil: Nadi 80 kali/menit reguler Tekanan darah Hasil Menurun 110/90 Turgor kulit pucat	S : Klien Mengatakan tangan tidak edema lagi Klien mengatakan nafsu makan meningkat O : Nampak tangan klien tidak edema lagi Nampak klien nafsu makan Nampak klien tidak pucat Nampak masih terlihat lemah
			13:30	Hasi; Nampak turgor kulit tidak pucat lagi	A: Hipovolemia sudah teratasi
			14:15	Membran mukosa kering Hasil Nampak bibir tidak kering lagi Volume urin menurun haus meningkat hasil:	P: Intervensi dilanjutkan
			14:30	nampak tangan tidak bengkak Memonitor intake dan output cairan menghitung kebutuhan cairan hasil:	
			15:00	klien membutuhkan banyak cairan memberikan asupan cairan oral Hasil: Asupan oral klien tercukupi	



				menganjurkan Asupan oral klien Transfuse darah Hasil Hb normal	
--	--	--	--	--	--

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang kesenjangan antara kasus dan teori yang diperoleh dari hasil studi kasus Tn.L dengan gagal ginjal kronik dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi. Untuk memudahkan pembahasan maka peneliti membagi menjadi 5 tahapan yaitu, pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan dengan uraian sebagai berikut.

### **1. Pengkajian.**

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan menurut Effendy (dermawan, 2012).

Saat penulis melakukan pengkajian pada Tn.L tanggal 3 maret 2021 didapat data melalui klien dan keluarga, bahwa Tn.L tidak mengetahui pasti penyebab sehingga klien menderita gagal ginjal. Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif yaitu klien mengeluh sesak, klien mengeluh nyeri dada saat bernapas, klien mengeluh tidak bisa baring karena sesak.

Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa salah satu tanda dan gejala dari penyakit gagal ginjal adalah klien merasakan sesak.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. (SDKI,2018)

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yaitu pola napas efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Hal ini ditandai dengan adanya keluhan sesak dan perubahan pada frekuensi dan irama pernapasan.

Pola tidak efektif adalah ketidakmampuan inspirasi dan atau ekspresi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Batasan karakteristik dari pola napas tidak efektif adalah dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspriasi memanjang, pola napas abnormal (takipnea, bradipnea, hiperventilasi, *kussmaul*, *cheyne-strokes*). (Nanda, 2015)

Hal ini sesuai berdasarkan teori yang dikemukakan penulis pada BAB II. Pada Dimana pada penyakit gagal ginjal, diagnosa keperawatan yang biasa muncul adalah diagnosa pola napas tidak efektif.

## **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan individu, keluarga dan komunitas. (SIKI, 2018)

Intervensi asuhan keperawatan pada pasien mengacu pada perencanaan yang telah penulis susun berdasarkan buku standar intervensi keperawatan indonesia yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi yang telah dipilih sesuai kebutuhan pasien penderita penyakit gagal ginjal kronik dengan masalah bersihan jalan napas tidak efektif menggunakan terapi oksigen yang terdiri diantaranya yaitu pertama observasi: monitor pola napas, monitor bunyi napas tambahan, terapeutik: pertahankan kepatenan jalan napas, posisikan semi-fowler atau fowler, berikan minum air hangat, berikan oksigen, edukasi: anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, kolaborasi: kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik jika perlu.

Adapun tindakan mandiri yang dilakukan adalah pemberian posisi semi fowler untuk mengurangi sesak yang dirasakan klien. Tujuan ini juga sesuai dengan tujuan yang ditetapkan teori yaitu melaporkan bahwa sesak dapat menurun dalam menggunakan posisi semi fowler. Posisi Semi Fowler adalah memposisikan pasien dengan posisi setengah duduk dengan menopang bagian kepala dan bahu menggunakan bantal, bagian lutut ditekuk dan ditopang dengan bantal, serta bantalan kaki harus mempertahankan kaki pada posisinya (Ruth, 2015).

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari intervensi keperawatan yang telah disusun pada tahap intervensi. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan klien. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan kegiatan komunikasi. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan

meliputi : tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan yang bersifat edukatif dan kolaboratif.

Implementasi keperawatan dilaksanakan selama 3 hari dimulai tanggal 3-4 & 5 Maret. Dimana semua tindakan yang dilakukan selalu berorientasi pada rencana yang telah dibuat berdasarkan standar intervensi Indonesia sehingga dapat tercapai sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan.

Pada saat memposisikan pasien semi fowler, penulis mengubah posisi klien dari 20 derajat menjadi 45 derajat atau posisi setengah duduk. Dimana dengan posisi tersebut klien merasa nyaman dan sesak yang dirasakan berkurang. Penulis memposisikan klien berdasarkan standar operasional. Namun ada poin yang tidak mengikuti SOP, dimana penulis tidak memberikan penahan di bawah kaki klien dikarenakan klien merasa nyaman jika kaki klien lurus.

## **5. Evaluasi keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal.

Implementasi dilakukan selama 3 hari sejak tanggal 3-4 & 5 maret 2021, dimana tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan sebelumnya sehingga dapat tercapai sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan.

Pada hari pertama sebelum dilakukan tindakan keperawatan posisi semi fowler pasien masih mengeluh sesak, setelah dilakukan tindakan keperawatan

posisi semi fowler klien masih merasa sesak. Rasa sesak klien mengalami penurunan berangsur-angsur pada implementasi hari ketiga. Penurunan sesak yang dialami klien dikarenakan pemberian terapi farmakologis yang disertai terapi non farmakologis.

Setelah dilakukan pengamatan selama 3 hari didapatkan evaluasi pasien pada hari ke 3 yaitu klien sudah tidak merasa sesak dan pemberian oksigen juga dihentikan. Sehingga intervensi dihentikan pada hari ke 3. Penurunan rasa sesak dengan memposisikan posisi semi fowler dibuktikan dengan teori.

## **6. Analisis Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan mengenai penerapan posisi semi fowler terhadap kepatenan jalan napas pada klien dengan gagal ginjal didapatkan hasil sesak yang dirasakan klien menurun, pada implementasi hari ketiga sesak yang dirasakan klien menurun. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan hasil sebelum dan sesudah diberikan intervensi posisi semi fowler, hal ini membuktikan bahwa penerapan posisi semi fowler efektif menurunkan sesak pada klien gagal ginjal. Beberapa penelitian terdahulu juga membuktikan bahwa penerapan posisi semi fowler dapat menurunkan sesak pada klien dengan gagal ginjal.

### **C. Keterbatasan Studi Kasus**

Keterbatasan studi kasus yang dilakukan selama tiga hari di ruang rahamongkilo ini, diantaranya yaitu membutuhkan waktu yang relatif lama untuk mendapatkan pasien yang sesuai dengan kriteria penulis. Keterbatasan lainnya penulis tidak dapat mengontrol pasien selama 24 jam.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah menguraikan asuhan keperawatan pada Tn.L dengan Gagal Ginjal Kronik yang merupakan pengamatan dan pengkajian langsung pada klien yang di rawat di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas. Maka dalam bab ini penulis akan menyimpulkan saran-saran guna memberikan peningkatan mutu pelayanan pasien dengan kasus Gagal Ginjal Kronik dan rekan-rekan keperawatan pada umumnya. Adapun kesimpulan dan saran sebagai berikut :

#### **A. Kesimpulan**

Gagal ginjal kronik merupakan penyakit ginjal tahap akhir yang menyebabkan gangguan fungsi normal ginjal yang disebabkan oleh beberapa faktor. Pada kasus Nn.L ini gagal ginjal kronis yang dialaminya disebabkan oleh peradangan hal ini dipengaruhi oleh pola hidup Nn.L yang tidak sehat karena sering mengkonsumsi minuman suplemen. Setelah melakukan pengkajian fisik, pemeriksaan laboratorium dan diagnostik penulis mampu mengangkat diagnosa keperawatan diantaranya : bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan COP (cardiac output), gangguan kelebihan volume cairan berhubungan dengan output yang kurang, gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang kurang. Dalam memberikan asuhan keperawatan gagal ginjal kronik lebih diutamakan monitoring keseimbangan cairan, intake dan output dengan tujuan untuk meminimalkan komplikasi lainnya.

## **B. Saran**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Nn.L dengan Gagal Ginjal Kronik di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas, maka disamping kesimpulan diatas, penulis akan memberikan saran guna untuk meningkatkan mutu pelayanan terutama pada pasien gagal ginjal kronik ataupun pasien yang lain yaitu sebagai berikut :

1. Untuk perawat di Ruang Rahamongkilo Rumah Sakit Bahteramas, hendaknya penanganan pasien gagal ginjal kronik lebih ditingkatkan lagi kerja sama antar petugas pelayanan kesehatan dalam hal diutamakan untuk pasien gagal ginjal kronik dan memonitor intake dan output. Tindakan keperawatan selalu menjaga prinsip aseptik agar tidak terjadi infeksi
2. Untuk Mahasiswa D III Keperawatan Poltekkes Kendari, hendaknya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pasien gagal ginjal kronik lebih ditingkatkan lagi dalam menambah ilmu pengetahuan tentang penyakit gagal ginjal kronik agar dalam menangani pasien tersebut dapat dilakukan secara optimal.
3. Untuk pasien gagal ginjal kronik hendaknya bisa hidup tegar dengan menerima kondisi penyakit dengan ikhlas. Hidup sehat dengan pola baru yaitu dengan penuh kesadaran. Mawas diri, ikuti diit rendah kalori, batasi input cairan, kelola stress, berhentilah konsumsi suplemen.
4. Untuk keluarga memberikan support dan motivasi untuk menumbuhkan semangat hidup, serta bersedia menanggung sumber dana, mengingat biaya terapi yang cukup mahal.



## DAFTAR PUSTAKA

- Atoilah, Elang M. Kusnadi, Engkus. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Manusia*. Garut : In Media.
- Brunner, & Suddarth. (2014). *Keperawatan Medikal-Bedah* (12th ed.; Eka Anisa Mardela, Ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Doenges E, Marilyn, dkk. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi 3. Jakarta : EGC.
- Deswani. (2011). *Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis*. Jakarta.
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja* (1st ed.). Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Ernawati. (2012). *Konsep dan Aplikasi Keperawatan dalam Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia*. (A. Rifai, Ed.). Jakarta: Trans Info Media.
- Huda, Nuratif dan Hardhi Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa NANDA NIC-NOC*. Jakarta : Media Action.
- Kozier, et al. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik* Edisi 7. Jakarta: EGC
- LeMone, Priscillia, dkk. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 5. Alih bahasa: Egi Komara Yudha, dkk. Jakarta: EGC.
- Mansjoer, A dkk. 2007. *Kapita Selekta Kedokteran, Jilid 1 edisi 3*. Jakarta : Media Aesculapius.
- Medical Record RSIJ Cempaka Putih. (2016). *Data Pasien CKD yang Di Rawat Inap 3Bulan Terakhir*. Jakarta: tidak di publikasi.
- Potter, P. A & Perry, A. G. (2012). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*, Alih bahasa: Renata Komalasari. Jakarta: EGC.

- Price, Sylvia A. & Lorraine M. Wilson. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6 Volume 2*. Jakarta : EGC. 2010.
- Purwaningsih, Wahyu; Karlina, Ina. (2010). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Muha Medika.
- Ruth M. 2015. *Physiotherapy For Respiratory And Cardiac Problems*. Churchill Livingstone : London.
- Smeltzer & Bare. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Edisi 12*. Alih bahasa: Devi Yulianti, Amelia Kimin. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth. Volume 2 Edisi 8*. Jakarta : EGC. 2014.
- Sudoyo. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI. 2015.  
Suwitra K. *Penyakit Ginjal Kronik*. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, et al., 3rd ed. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : Interna Publishing 2015 : 1035-1040.
- Suryono. (2011). *Metodelogi penelitian kesehatan*. Jogjakarta: Mitra Cendikia.
- Saputra, 2013. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*, Yogyakarta : Numed
- Tarwoto dan Wartonah. 2011. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* Jakarta. Salemba Medika.
- Wong, D.L,dkk. 2008. *Pedoman Klinik Keperawatan Pediatrik*. Jakarta. Buku Kedokte



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**



*Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota kendari 93232*  
*Telp. (0401) 390492. Fax(0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com*

**SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA**

**NO: UT.04.01/1/220/2021**

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Devi  
NIM : P00320018016  
Tempat Tgl. Lahir : Sainoa, 29 April 2000  
Jurusan : D.III Keperawatan  
Alamat : Lr. Ambon Permai

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Tahun 2021

Kendari, 15 Juni 2021

Kepala Unit Perpustakaan  
Politeknik Kesehatan Kendari



**Irmayanti Tahir, S.I.K**  
**NIP. 19750914199903200**



**KEMENTERIAN KESEHATAN R I  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232  
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: [poltekkes\\_kendari@yahoo.com](mailto:poltekkes_kendari@yahoo.com)

Nomor : LB.02.01 / 1 / 1972 / 2021  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Pengambilan Data Awal Penelitian

Yang Terhormat,  
1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari  
2. Direktur RSUD Bahteramas

di-  
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Devi  
NIM : P00320018016  
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. L dengan Chronik Kidney Disease (CKD) dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi di Ruang Rahamongkilo RSUD Bahteramas

Mohon kiranya dapat diberikan izin pengambilan data awal penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 24 Mei 2021

Direktur,

**Askrening, SKM., M.Kes.**  
NIR.196909301990022001



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**



Jl. Jend.A.H Nasution No. G.14 Anduonohu Kota Kendari 93232  
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail [poltekkeskendari@yahoo.com](mailto:poltekkeskendari@yahoo.com)

**SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI**

**Nomor: PP.04.03/5/ /2021**

Dengan ini menyatakan bahwa:

**Nama : Devi**  
**Nim : P00320018016**

Benar-benar telah melunasi SPP Semester I s.d VI yang terkait dengan Jurusan Keperawatan, dengan bukti sebagai berikut:

1. Slip Pembayaran SPP Semester I s.d Semester VI

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, ...30/... Juli 2021  
Bendahara Jurusan Keperawatan

  
**Faridah Haris, SE**  
**NIP. 197109072007012002**

