

Gambaran Kasus Tn. W Dengan Pneumonia Pada Gagal Ginjal Kronis Di RSUP Soeradji Tirtonegoro Klaten: A Case Report

Enggartyas Nur Prasetya¹, Dian Hudiawati², Agus Herianto³

^{1,2} Program Studi Profesi Ners/Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta

³Rumah Sakit Umum Pusat Soeradji Tirtonegoro, Klaten

*Email: j230215079@student.ums.ac.id, dianhudiawati@ums.ac.id

Abstrak

Keywords:

Pneumonia, CKD
Intensif Care Unit
(ICU)

Latar Belakang : Pneumonia merupakan infeksi komorbid yang sering dijumpai pasien dengan gagal ginjal kronis atau Chronic kidney disease (CKD). Pasien dengan CKD tidak hanya meningkatkan resiko pneumonia tetapi juga peningkatan keparahan pneumonia dibandingkan dengan pasien tanpa CKD. Resiko keseluruhan pneumonia lebih tinggi pada pasien CKD dibandingkan dengan penyakit penyerta lainnya (PPOK, asma dan diabetes).

Tujuan : tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran studi kasus pada pasien CKD dengan pneumonia dan dilakukan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik dengan pneumonia.

Metode : Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus serta melakukan asuhan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik dengan pneumonia di ICU RSUP Soeradji Tirtonegoro Klaten yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasi keperawatan.

Kesimpulan : pada kasus dalam pemberian asuhan keperawatan yang diberikan dapat memperbaiki kondisi pasien serta kolaborasi dengan tim medis lain. Pada kasus tersebut salah satu intervensi yang diterapkan yaitu pemberian relaksasi nafas dalam dan posisi semi fowler.

1. PENDAHULUAN

Pneumonia, baik *hospital-acquired pneumonia* (HAP) atau *healthcare-associated pneumonia* (HCAP) merupakan penyebab terbesar morbiditas dan mortalitas karena infeksi di rumah sakit (Ilma, Wahyono, & Sari, 2019). Pneumonia merupakan infeksi komorbid yang sering dijumpai pada pasien dengan gagal ginjal. Luaran klinis pasien yang menderita gagal ginjal dan

infeksi lebih buruk dibandingkan dengan pasien tanpa gagal

suhu tubuh meningkat. Saat berolahraga secara otomatis suhu tubuh akan meningkat. Namun denyut nadi

ginjal (Rini, Taruna, & Kurniawaty, 2016). Selain berpengaruh terhadap luaran klinis pasien, proses farmakokinetika seperti distribusi obat (termasuk volume distribusi dan ikatan protein) dan eliminasi (termasuk biotransformasi dan ekskresi ginjal)

dapat berubah karena gangguan ginjal (Ilma et al., 2019). Pada pasien dengan penyakit ginjal kronis (CKD), pneumonia merupakan penyebab signifikan rawat inap terkait infeksi. Beberapa penelitian telah menunjukkan peningkatan risiko rawat inap terkait pneumonia dan kematian pada pasien dengan CKD. Selain itu, pada pasien yang dirawat di rumah sakit dengan pneumonia, cedera ginjal akut (AKI) dikaitkan dengan hasil yang merugikan. Temuan ini menunjukkan hubungan antara penurunan fungsi ginjal dan hasil yang merugikan untuk pneumonia (Chen et al., 2019). Penyakit ginjal kronis (CKD), ditandai dengan penurunan fungsi ginjal, merupakan masalah kesehatan masyarakat utama yang mempengaruhi 10% dari populasi orang dewasa global (Ilma et al., 2019)

Gagal ginjal kronik ditandai dengan adanya gangguan fungsi ginjal dan penurunan progresif dan irreversible dari laju filtrasi glomerulus (GFR) (Rini et al., 2016). Pneumonia adalah salah satu sumber infeksi yang paling umum morbiditasnya pada pasien dengan penyakit ginjal kronis (CKD). Pneumonia pada pasien dengan CKD dikaitkan dengan peningkatan rawat inap, kejadian kardiovaskular dan mortalitas. Tingkat kematian terkait pneumonia pasien dengan CKD adalah 14 hingga 16 kali lipat lebih tinggi daripada populasi umum. Risikonya pneumonia rawat inap dan mortalitas

dalam waktu 30 hari meningkat seiring dengan penurunan fungsi ginjal pada pasien CKD (Chou et al., 2014).

CKD dikaitkan dengan peningkatan risiko pneumonia pasien rawat jalan dan rawat inap. Risiko pneumonia adalah 1,97 kali lipat lebih tinggi pada pasien dengan CKD, 1,4 kali lipat lebih tinggi untuk pneumonia rawat jalan dan 2,17 kali lipat lebih tinggi untuk pneumonia rawat inap dibandingkan dengan pasien tanpa CKD. Pasien dengan CKD tidak hanya meningkatkan risiko pneumonia, tetapi juga peningkatan keparahan pneumonia dibandingkan dengan pasien tanpa CKD. Risiko keseluruhan pneumonia lebih tinggi pada pasien CKD dibandingkan dengan penyakit penyerta lainnya (PPOK, asma dan diabetes) (Chou et al., 2014).

Studi ini dilaksanakan di ICU RSUP Soeradji Tirtonegoro Klaten pada pasien pneumonia dengan gagal ginjal kronis.

2. METODE

Gambaran Kasus : Seorang laki laki berusia 82 tahun di rawat di ICU dengan keadaan umum lemah, kesadaran composmentis (E4M6V5), nafas cepat dan dalam (kusmaul) memberat sejak 3 hari yang lalu. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat CKD dan rutin melakukan hemodialisa 2x dalam seminggu sejak 2 tahun yang lalu. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan TD : 100/70 mmHg, N : 99x/m, RR: 32x/m S : 36°C, bentuk dada simetris kiri dan kanan, tidak ada jejas, ekspansi paru-paru

menurun, terdapat retraksi dinding dada dan pernafasan cuping hidung, palpasi vocal fremitus kanan dan kiri sama, tidak ada nyeri tekan, perkusi redup, auskultasi vesikuler. Dalam melakukan aktivitas dan personal hygiene pasien dibantu oleh perawat. Pemeriksaan resiko jatuh menggunakan skala MORSE didapatkan hasil 75 (resiko jatuh tinggi). Pasien mendapat terapi infus RL 20 tpm dan terapi oksigen 10 lpm dengan NRM.

Riwayat Kesehatan Pribadi Pasien di antar keluarga ke IGD RSUP Soeradji Tirtonegoro Klaten dengan keluhan sesak nafas 3 hari sebelum masuk rumah sakit, selama di rumah pasien belum mendapatkan pengobatan secara medis.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan 14 penilaian Virginia Anderson (Michael, Gbadebo, & AT, 2018).

1) Respirasi dan sirkulasi

Hasil pemeriksaan paru-paru di dapatkan data inspeksi bentuk dada simetris kiri dan kanan, tidak ada jejas, ekspansi paru-paru menurun, pernapasan cepat dan dalam (kusmaul), terdapat retraksi dinding dada dan pernafasan cuping hidung, palpasi vocal fremitus kanan dan kiri sama, tidak ada nyeri tekan, suara perkusi terdengar redup, auskultasi vesikuler.

Hasil pemeriksaan jantung di dapatkan data inspeksi bentuk dada simetris kanan dan kiri, ictus cordis tidak tampak, tidak ada jejas, palpasi Ictus cordis teraba di ICS 5 teraba kuat, tidak ada nyeri tekan, perkusi pekak, auskultasi bunyi jantung normal S1 dan S2 reguler.

2) Kebutuhan makan dan minum. Makan dengan bubur lunak habis $\pm 100\text{cc}/7$ jam dengan minum $\pm 50/7$ jam.

Perhitungan Balance cairan/7 jam:

Diketahui :

BB: 50 kg, TB : 160

IMT : 19,53 (normal)

Input :

AM = 72,91 cc

Infus 20x7jam = 140 cc

Total Injeksi = 10 cc

Nutrisi = 150 cc

Total = 372,91 cc

Output :

IWL = 218,75 cc

Urine = 100 cc

Total = 318,75 cc

Balace Cairan = Input – Output

= (+) 54,16

3) Eliminasi

Pasien terpasang kateter untuk kebutuhan eliminasinya dengan jumlah $\pm 100\text{ml}/7\text{jam}$

4) Kebutuhan bergerak dan dapat mempertahankan postir dengan baik. Seluruh badan pasien mengalami pembengkakan (edema), posisi tidur pasien

berbaring telentang dengan bantal di bawah kakinya untuk menghindari *club foot* dan di bawah tangannya untuk menghindari odema pada daerah yang menghadap ke bawa

5) Tidur dan istirahat

Pasien istirahat dan tidur selama ± 10 jam sehari dan sering terbangun jika mendengar suara bising.

6) Mempertahankan suhu tubuh dengan normal, Suhu tubuh pasien teraba normal dengan suhu 37°C sehingga pasien di berikan selimut untuk menjaga kehangatan suhu tubuh

7) Pemeliharaan kebersihan tubuh Pasien di berikan sabin setiap pagi dan ganti pakaian serta sprej pasien, personal hygiene di bantu penuh oleh perawat ketika di RS

8) Pencegahan resiko cedera Pemeriksaan resiko cedera dilakukan menggunakan skala MORSE (Harun, Sujianto, & Johan, 2022).

9) Kebutuhan rohani. Pasien percaya kepada Allah SWT dan selalu berdoa untuk kesembuhan penyakitnya

10) Kebutuhan pekerjaan dan penghargaan. Pasien sebelum masuk RS sudah tidak bekerja karena sudah lansia dan pasien selalu di dukung oleh keluarga dalam kebutuhannya

11) Kebutuhan hiburan dan rekreasi Sebelum masuk RS pasien jarang untuk liburan atau sekedar rekreasi, pasien hanya menonton tv dan bermain dengan cucunya untuk menghibur diri.

12) Kebutuhan belajar dan memanfaatkan fasilitas kesehatan

13) Pasien sudah memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik dan pasien sudah terdaftar sebagai pengguna dari BPJS

b. Terapi Obat

1) Infus RL 20 tpm

2) Injeksi Omeprazole 40 mg/ 12jam

3) Injeksi MP 20 mg/8 jam

4) Injeksi Ceftriaxone 1 gr/ 12 jam

c. Pemeriksaan penunjang

1) X-Ray (Tanggal: 18 April 2022)

Gambar 1 Kesan :

- Radiologis mengarah awal pneumonia duplex
- Besar cor normal

2) Laboratorium

Tabel 1. Pencegahan resiko cedera (Skala MORSE)

No	Resiko	Skor	Hasil Penilaian
1	Riwayat jatuh yang baru/dalam 3 bulan terakhir	0 25	0
2	Diagnosis medis sekunder >1	0 25	25
3	Alat bantu jalan :		0
	Bed rest dibantu perawat	0	
	Penopang, tongkat/walker	15	
	Furniture	25	
4	Memakai terapi heparin lock/IV		25
5	Cara berjalan /berpindah		30
	Normal/bedrest/immobilisasi	0	
	Lemah	15	
	Terganggu	30	
6	Status mental		0
	Orientasi sesuai kemampuan diri	0	
	Lupa keterbatasan diri	15	
	Total		75 Tinggi

**Gambar 1.** X-ray Tgl 18/4/2022**Tabel 2.** Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 23 April 2022

Kimia Darah	Hasil	Nilai Normal	Satuan
HASIL AGD			
PCO ₂	33,2	35-45	mmHg
PO ₂	135,5	80-95	mmHg
SO ₂	98,2	96-98	%
DARAH RUTIN			
Hemoglobin	10,70	14,0-18,0	g/dL
Eritrosit	3,70	4,70 – 6,20	10 ⁶ /uL
Leukosit	27,86	4,8 – 10,8	10 ³ /uL
Trombosit	44	150 - 450	10 ³ /uL
Hematokrit	30,5	37-52	%
KIMIA KLINIK			

Ureum	99,1	19 - 44	mg/dL
Creatinin	2,77	0,70 – 1,10	mg/dL
BUN	46,3	7,0 – 18,0	mg/dL

Tabel 3. Diagnosa keperawatan

No	Data	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	DS :- DO : 1. Kesadaran Apatitis dengan GCS 12 (E4M6V2) 2. Nafas cepat dan dalam (kusmaul) 3. Ekspansi dada menurun 4. Terdapat retraksi dinding dada 5. Pernafasan cuping hidung 6. Perkusi dada redup 7. TTV TD: 100/70 mmHg, N : 99x/menit, RR: 32x/menit, S: 36 ^o C 8. Mendapat terapi oksigen 10 lpm dengan NRM. 9. Pemeriksaan Analisa Gas Darah : - PCO ₂ : 33,2 - PO ₂ : 135,5 10. Hasil X-Ray : pneumonia duplex	(D.0003) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	(L.01003) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Bunyi nafas tambahan menurun 2. Nafas cuping hidung menurun 3. PCO ₂ membaik 4. PO ₂ membaik 5. Pola nafas membaik	(I.01014) Pemantauan Respirasi Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 4. Auskultasi bunyi napas 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor nilai AGD 7. Monitor hasil x-ray toraks Terapeutik 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien (I. 01026) Terapi Oksigen Observasi 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran oksigen secara periodic dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 4. Monitor efektifitas terapi oksigen (analisa gas darah) 5. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan

				6. Monitor tanda-tanda hipoventilasi
				7. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen
				8. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen
				Terapeutik
				1. Pertahankan kepatenan jalan napas
				2. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen
				3. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien
				Kolaborasi
				1. Kolaborasi pemberian oksigen NRM 10 lpm

2.	DS :	(D. 0022)	(L.03020)	(I.03114)
	DO :	Hipervolemia	Setelah	Manajemen
	1. Ekstremitas atas dan bawah mengalami pembengkakan	berhubungan dengan kelebihan asupan cairan	dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:	Hipervolemia
	2. Balance cairan +) 54,16		1. Edema menurun	Observasi
	3. HB : 10,70 g/dL (turun) Hematokrit : 30,5 % BUN : 46,3 mg/dL Kreatinin : 2,77 mg/dL		2. Turgor kulit membaik	1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema dan suara nafas tambahan)
	4. Pernafasan cuping hidung			2. Monitor status hemodinamik (TD, MAP)
	5. Turgor kulit > 3 detik			3. Monitor intake dan output cairan
				4. Monitor tanda hemokonsentrasi (HB, Hematokrit dan BUN)
				5. Monitor kecepatan infus secara ketat
				Terapeutik
				1. Batasi asupan cairan dan garam
				2. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°
				Edukasi

				1. Ajarkan cara membatasi cairan
				Kolaborasi
				1. Kolaborasi pemberian diuretik
3.	DS : - DO : 1. Kesadaran Apatis dengan GCS 12 (E4M6V2) 2. Aktivitas dan personal hygiene dibantu oleh perawat	(D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	(L.13121) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka tingkat perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. kemampuan makan meningkat 4. kemampuan ke toilet (BAK/BAB) meningkat	(I.11348) Dukungan Perawatan Diri Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. 2. Monitor tingkat kemandirian. 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (Suasana hangat, rileks, privasi) 2. Sediakan keperluan pribadi (sabun mandi) 3. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 4. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
				(I.11349) Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK Observasi 1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia. 2. Monitor integritas kulit pasien Terapeutik

				<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung penggunaan pispot/urinal secara konsisten 2. Sediakan alat bantu (kateter eksternal, urinal) <p>(I.11350) Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan 2. Fasilitasi mengenakan pakaian 3. Jaga privasi selama berpakaian
4	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran Apatis dengan GCS 12 (E4M6V2) 2. Skala MORSE 75 (resiko jatuh tinggi) 3. Pasien mendapatkan terapi infus RL 20 tpm dan terapi oksigen 10 lpm dengan NRM. 	(D.0143)	(L.14138)	<p>(I.14540)</p> <p>Pencegahan Jatuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor resiko jatuh (usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, gangguan keseimbangan) 2. Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shif <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 2. Pasang handrail tempat tidur

d. Diagnosa keperawatan

Berikut merupakan diagnosa dan intervensi keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien dengan kategori SDKI, SLKI dan SIKI menurut PPNI (2016), PPNI (2019) dan PPNI (2018)

e. Implementasi dan evaluasi keperawatan

Implementasi dari intervensi keperawatan dilakukan selama pasien dirawat di ICU. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada masalah utama gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi dengan melakukan pengkajian kondisi umum pasien, memonitor tanda-tanda vital dari bedside monitor, memonitor saturasi oksigen dan pola nafas pasien, melakukan auskultasi pada pasien memonitor aliran oksigen.

sesuai advis dokter dan memposisikan pasien semifowler. Pada masalah

keperawatan hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, implementasi yang dilakukan dengan

memonitor tanda-tanda vital, memonitor intake dan output cairan, memonitor hasil laboratorium (HB, Hematokrit dan BUN), dan memposisikan tinggi kepala tempat tidur 30-40⁰C.

Pada masalah keperawatan deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dengan membantu dalam melakukan aktivitas dan personal hygiene, memonitor tingkat kemandirian pasien dan menjaga privasi pasien.

Implementasi keperawatan pada masalah resiko jatuh dapat dilakukan dengan memasang handrail tempat tidur, memastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci dan memposisikan tempat tidur dalam posisi terendah.

Evaluasi adalah tahap akhir proses keperawatan. Pada kasus diatas didapatkan empat diagnosa keperawatan. pada

diagnosa utama masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian karena pasien masih mengeluh sesak, diagnosa kedua hipervolemia belum teratasi karena tubuh pasien masih bengkak, diagnosa ketiga defisit perawatan diri teratasi sebagian karena dan diagnosa keempat resiko jatuh tidak terjadi. Hal ini dikarenakan kondisi klien yang telah memiliki komplikasi dan membutuhkan perawatan medis lebih lama, sehingga hal ini tetap dilanjutkan namun dilakukan oleh para tenaga medis di rumah sakit.

3.2 Pembahasan

CKD dengan pneumonia memiliki resiko peningkatan di rawat inap salah satunya di ICU. Hasil studi terdahulu menyatakan bahwa risiko pneumonia meningkat 1,97 kali lipat lebih tinggi pada pasien dengan CKD dibandingkan pada pasien dengan penyakit penyerta lainnya (COPD, asma, dan diabetes) (Chou et al., 2014).

CKD merupakan kerusakan ginjal yang terjadi selama lebih dari 3 bulan, berdasarkan kelainan patologis atau petanda kerusakan ginjal seperti proteinuria. Jika tidak ada tanda kerusakan ginjal,

diagnosis penyakit ginjal kronik dapat ditegakkan dengan nilai laju filtrasi glomerulus. Pada kasus ini pasien didiagnosa CKD Stage V berdasarkan perhitungan laju filtrasi glomerulus $13,3 \text{ ml/ menit/1,73m}^2$. Hal ini sejalan dengan pernyataan Fadhilah (2016) bahwa nilai laju filtrasi glomerulus kurang dari $15 \text{ ml/ menit/1,73m}^2$ menunjukkan CKD Stage V. CKD Stage V merupakan tahapan terakhir dari penyakit ginjal kronis. Tahapan ini menandai bahwa ginjal sudah tidak mampu menjalani fungsinya dengan baik, yaitu untuk menyaring dan membuang 'limbah' serta cairan yang berlebih dari dalam tubuh. Komplikasi yang dapat terjadi salah satunya adalah pneumonia. Komplikasi ini berkontribusi pada morbiditas dan mortalitas yang tinggi serta memengaruhi kualitas hidup yang buruk (Karinda, Sugeng, & Moeis, 2019).

Pada gambaran kasus diatas diagnosa utama yang dapat ditegakkan yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi yang ditandai dengan gejala sesak nafas. Menurut Sari, Rumende, & Harimurti (2016) terdapat sebanyak 74% pasien pneumonia

mengeluhkan sesak nafas. Berkurangnya sensitifitas dari pusat pernafasan terhadap hipoksia atau hiperkapnia pada pasien usia lanjut mengakibatkan hilangnya respon ventilasi pada kasus-kasus akut. Tidak hanya pada pneumonia, sesak nafas juga disebabkan oleh pasien CKD yang menjalani hemodialisis karena kelebihan cairan (Wijayanti, Isro'in, & Purwanti, 2017).

Selain sesak nafas, hasil pemeriksaan fisik menunjukkan nafas cepat dan dalam (kusmaul), ekspansi paru-paru menurun, terdapat retraksi dinding dada, pernafasan cuping hidung, perkusi redup, auskultasi vesikuler, serta hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan PCO_2 33,2 mmHg dan PO_2 135,5 mmHg,

Diagnosa kedua yang dapat ditegakkan yaitu hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan yang ditandai dengan adanya edema di seluruh tubuh. CKD yang menyebabkan beragam faktor kompleks mempengaruhi peningkatan cairan intrasel, sehingga menyebabkan kebocoran intrasel yang mengakibatkan air dan pembuluh kapiler masuk ke dalam jaringan dan menyebabkan edema. Edema yang tidak diatasi dapat

mengganggu sistem pernafasan seperti pernafasan kusmaul yang merupakan respon asidosis metabolik, efusi pleura, edema paru. Terapi untuk mengurangi edema adalah dengan membatasi asupan cairan dan natrium, hemodialisis proses pembersihan produk sampah dan air dalam darah, dan pemberian obat golongan diuretika dengan cara menghambat reabsorpsi natrium pada tubulus distal (Fatchur, Ulastyawati, & Palupi, 2020).

Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan data kreatinin 2,77 mg/dL dan BUN 46,3 mg/dL. Pemeriksaan kreatinin menjadi indikator penting untuk mengetahui fungsi ginjal. Jika terjadi disfungsi renal maka kemampuan filtrasi kreatinin akan berkurang dan kreatinin serum akan meningkat. Peningkatan kadar kreatinin serum dua kali lipat mengindikasikan adanya penurunan fungsi ginjal sebesar 50% (Loho, Rambert, & Wowor, 2016).

Diagnosa ketiga yang dapat ditegakkan yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Hasil observasi menunjukkan aktivitas dan personal hygiene pasien dibantu penuh oleh perawat. Menurut Sari et al., (2016),

sebanyak 41,9% subjek mengalami penurunan status fungsional pada pasien CKD dengan pneumonia. Pada pasien usia lanjut, kemampuan untuk berfungsi sesuai dengan gaya hidup yang diinginkan harus menjadi pertimbangan penting dalam perencanaan perawatan. Karenanya, perubahan pada status fungsional harus dievaluasi dan diintervensi lebih lanjut. Perubahan status fungsional, gangguan metabolik, episode jatuh yang berulang ataupun eksaserbasi akut dari penyakit kronik bisa menjadi gejala yang paling utama muncul atau bahkan menjadi satu-satunya manifestasi pneumonia pada pasien usia lanjut. Perubahan status fungsional ditandai dengan ketidakmampuan seorang usia lanjut dalam melakukan aktivitas yang biasa dilakukan sehari-hari.

Diagnosa keempat yang dapat ditegakkan yaitu risiko jatuh yang ditandai dengan kekuatan otot menurun dan skala MORSE (skor 75). Hasil penilaian menggunakan asesmen *risiko jatuh* skala MORSE didapatkan nilai 75 yang menunjukkan risiko jatuh tinggi. Berdasarkan pernyataan (Sari et al., 2016), penderita Pneumonia pada usia lanjut dapat bermanifestasi

sebagai jatuh akibat perubahan status mental, hipotensi postural, ataupun kelemahan umum. Pneumonia merupakan bagian dari faktor intrinsik sistemik yang dapat memicu timbulnya gangguan keseimbangan dan jatuh.

4. KESIMPULAN

Pada kasus gagal ginjal kronis dengan pneumonia intervensi keperawatan dengan SIKI dapat memperbaiki kondisi pasien dengan kolaborasi dengan tim medis lain. Pada kasus tersebut juga dapat memberikan terapi non farmakologis seperti relaksasi nafas dalam dan memberikan posisi semi fowler pasien untuk membantu memperbaiki kondisi pasien.

REFERENSI

- Chen, C. you, Hsu, S. chang, Hsieh, H. ling, Suk, C. won, Hsu, Y. pin, Sue, Y. mou, ... Liu, C. te. (2019). Microbial etiology of pneumonia in patients with decreased renal function. *PLoS ONE*, 14(5), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216367>
- Chou, C. Y., Wang, S. M., Liang, C. C., Chang, C. T., Liu, J. H., Wang, I. K., ... Wang, R. Y. (2014). Risk of

- pneumonia among patients with chronic kidney disease in outpatient and inpatient settings. *Medicine (United States)*, 93(27), 1–4. <https://doi.org/10.1097/MD.000000000000174>
- Fadhilah, A. Z. (2016). Chronic Kidney Disease, Stage V. *J Agromed Unila*, 1(2), 109–113. <https://doi.org/10.32388/yzopkc>
- Fatchur, M. F., Ulastyawati, & Palupi, L. M. (2020). Kombinasi Ankle Pumping Exercise dan Contrast Bath Terhadap Penurunan Edema Kaki Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik. *Indonesian Journal of Nursing Health Science ISSN*, 5(1), 1–10.
- Harun, S., Sujianto, U., & Johan, A. (2022). Pengkajian Resiko Jatuh Skala MORSE DAN STRATIFY. *Jurnal Ilmiah*, 17(1), 1–13.
- Ilma, D. L., Wahyono, D., & Sari, I. P. (2019). Perkiraan Kadar Seftazidim dalam Darah pada Pasien Pneumonia dengan Gangguan Fungsi Ginjal. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi (Journal of Management and Pharmacy Practice)*, 9(3), 143–150. <https://doi.org/10.22146/jmpf.37624>
- Karinda, T. U. S., Sugeng, C. E. C., & Moeis, E. S. (2019). Gambaran Komplikasi Penyakit Ginjal Kronik Non Dialisis di Poliklinik Ginjal-Hipertensi RSUP Prof . Dr . R . D . Kandou. *Jurnal E-Clinic (eCl)*, 7(2), 169–175. Retrieved from <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/26878>
- Loho, I. K. A., Rambert, G. I., & Wowor, M. F. (2016). Gambaran kadar ureum pada pasien penyakit ginjal kronik stadium 5 non dialisis. *Jurnal E-Biomedik*, 4(2), 2–7. <https://doi.org/10.35790/ebm.4.2.2016.12658>
- Michael, O. A., Gbadebo, A. O., & AT, A. (2018). Prevalence, pattern and determinants of myths and misconceptions among patients with diabetes mellitus in South West Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 8(2), 62–67.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.

- Rini, S., Taruna, A., & Kurniawaty, E. (2016). Laki-Laki 58 Tahun Dengan Gagal Ginjal Kronik Ec. Nefropathy Diabetik dan Ulkus Diabetik. *JPM Ruwa Jural*, 2(1), 53–56.
- Sari, E. F., Rumende, C. M., & Harimurti, K. (2016). Factors Related to Diagnosis of Community-Acquired Pneumonia in the Elderly. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 3(4), 183–192.
- Wijayanti, W., Isro'in, L., & Purwanti, L. E. (2017). Analisis Perilaku Pasien Hemodialisis dalam Pengontrolan Cairan Tubuh. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 1(1), 10. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v1i1.3>
- 71