

KARYA TULIS AKHIR
PENERAPAN TEORI *DISCIPLINED PROFESSIONAL RESPONS*
***THEORY* IDA JEAN ORLANDO PADA NY.P.M DENGAN**
CHRONIC KIDNEY DISEASE DI RUANG
CEMPAKA RSUD PROF. DR. W.Z.
JOHANES KUPANG

Karya Tulis Akhir Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan
Program Pendidikan Ners Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Poltekkes Kemenkes Kupang



OLEH:

YULIUS WONGA, S.Tr.Kep
PO5303211211569

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
2022

KARYA TULIS AKHIR
PENERAPAN TEORI *DISCIPLINED PROFESSIONAL RESPONS*
***THEORY* IDA JEAN ORLANDO PADA NY.P.M DENGAN**
CHRONIC KIDNEY DISEASE DI RUANG
CEMPAKA RSUD PROF. DR. W.Z.
JOHANES KUPANG

Karya Tulis Akhir Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan
Program Pendidikan Ners Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Poltekkes Kemenkes Kupang



OLEH:

YULIUS WONGA, S.Tr.Kep
PO5303211211569

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
2022

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yulius Wonga, S.Tr.Kep.

NIM : PO. 5303211211569

Program Studi : Profesi Ners

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis akhir yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksias perbuatan tersebut.

Kupang, 25, Agustus 2022

Pembuat pernyataan



Yulius wonga

PO5303211211569

Mengetahui
Pembimbing 1



Ns. Yoani M.V.D.Aty, S.Kep.,M.Kep
NIP. 197908052001122001

Mengetahui
Pembimbing 2



Simon S.Kleden, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 197409061997032005

LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulisan Akhir oleh Yulius Wonga, S.Tr.Kep.
NIM : PO.5303211211569 Penerapan teori *disciplinetd profesional respons teori*
Ida Jean Orlando *pelletier* pada Ny.P.M dengan *kronic kidney disease* di Ruang
Cempaka RSUD.Prof. Dr. W.Z Johannes kupang

Disusun oleh


Yulius Wonga, S.Tr. Kep
PO5303211211569

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Didepan Dewan Penguji Prodi Ners
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada tanggal, 25 Agustus 2022

Mengetahui
Pembimbing 1


Ns. Yoani M. V. B. Aty. S.Kep.,M.Kep
NIP. 197908052001122001

Mengetahui
Pembimbing 2

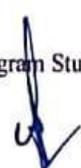

Simon S. Kleden, S. Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 197409061997032005

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan


Dr. Florentianus Tat,SKp., M.Kes.
NIP. 196911281993031005

Ketua Program Studi Profesi Ners


Ns. Yoani M. V. B. Aty. S.kep.,M.Kep
NIP. 197908052001122001

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulisan Akhir oleh Yulius Wonga, S.Tr.Kep.
NIM : PO.5303211211569 Penerapan teori *disciplinetd profesional respons teori*
Ida Jean Orlando *pelletier* pada Ny.P.M dengan *kronic kidney disease* di Ruangan
Cempaka RSUD.Prof. Dr. W.Z. Johannes kupang

Telah Disetujui Untuk Dilakukan Ujian Karya Tulis Akhir
Pada Tanggal, 25 Agustus 2022

Mengetahui
Penguji 1



Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep.,Ns.MSN
NIP. 199102122019022001

Mengetahui
Penguji 2



Simon S. Kleden, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 197409061997032005

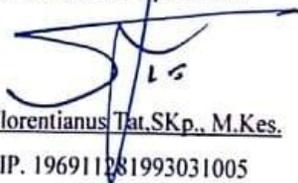
Mengetahui
Pembimbing 3



Ns. Yoani M. V. B. Aty, S.Kep.,M.Kep
NIP. 197908052001122001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes.
NIP. 196911281993031005

Ketua Program Studi Profesi Ners



Ns. Yoani M. V. B. Aty, S.kep.,M.Kep
NIP. 197908052001122001

BIODATA PENULIS

I. IDENTITAS

1. Nama : Yulius wonga
2. Tempat Tanggal Lahir : Kalembu Tillu, 28 februari 1998
3. Jenis Kelamin : Laki-laki
4. Agama : Kristen Protestan
5. Alamat : Jln. sumba Kel. Lasiana Kec. Kelapa lima

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tamat SDN Kalembu Tilltu, Tahun 2011
2. Tamat SMP Negeri Wewewa Barat, Tahun 2014
3. Tamat SMK Tunas Timur Elopada , Tahun 2017
4. Sejak Tahun 2017 Kuliah di Jurusan Keperawatan Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

MOTTO:

“Dihinapun Tiada Berkurang Di Pujipun Tiada Bertambah ”

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat serta bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul "penerapan teori disiplin etd profesional responstheori ida jean orlando pelletier pada Ny.P.M dengan kronic kidney disease di ruangan cempaka RSUD.Prof. Dr. W.Z Johannes kupang "

Dalam penyusunan Karya Tugas Akhir ini penulis telah mendapat banyak bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada Ibu Ns. Yoani M.V.B.Aty,S.Kep.,M.Kep selaku dosen pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan, arahan, serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tugas Akhir ini dan Simon S.Kleden,S.Kep.,Ns.,M.Ke pselaku dosen pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan, arahan, serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tugas Akhir. Tidak lupa penulis juga mengucapkan terimakasih

1. Ibu Dr. R.H. Kristina., SKM. M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang.
2. Bapak Dr. Florentianus Tat., S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang.
3. Ibu Ns. Yoani M.V.B. Aty, S.Kep.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang.
4. Bapak Pak Simon Sani Kleden S,Kep.,Ns,M.Kep Selaku Pembimbing 2
5. Ibu Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep.,Ns.MSN selaku dosen penguji
6. Ibu Elisabeth Herwanti,S.Kep.,M.Kes selaku doseme pembimbing akademik yang telah banyak membantu dan memberikan motivasi selama proses perkuliahan
7. Kedua orang tua tercinta yang selalu mendoakan dan memotivasi untuk senantiasa bersemangat dan tak mengenal kata putus asa. Terimakasih atas segala

dukungannya, baik secara material maupun moril hingga terselesaikannya Karya Tulis Akhir ini.

8. Kepada seluruh saudara/I, keluarga, dan orang-orang terkasih yang dengan tulus hati selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.
9. Teman-teman profesi Ners yang telah memberikan informasi, semangat, dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.
10. Semua pihak yang telah membantu hingga terselesaikannya Karya Tulis Akhir ini.

Penulis menyadari adanya keterbatasan di dalam penyusunan Karya Tulis Akhir ini. Besar harapan penulis akan saran dan kritik yang bersifat membangun. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Tulis Akhir ini bermanfaat bagi para pembaca dan pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Kupang, 09 Agustus 2022

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.P.M DENGAN CRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) DENGAN PENDEKATAN TEORI IDA JEAN ORLANDO DI RUANG CEMPAKA RSUD PROF. DR. W.Z. JOHANNES KUPANG”

Oleh: Yulius wonga

Mahasiswa Jurusan Keperawatan Prodi PPN Poltekkes Kemenkes Kupang

Email: yuliuswonga13@gmail.com

Latar Belakang: *Chronic Kidney Diseases (CKD)* merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme, gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum. *World Health Organization (WHO)* menyebutkan pertumbuhan jumlah penderita CKD pada tahun 2014 telah meningkat 50% dari tahun sebelumnya dan menjadi masalah besar di dunia karena sulit untuk disembuhkan. **Tujuan:** Untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kronic Kidney Disease (CKD) menggunakan pendekatan model Teori Ida Jean Orlando Di Ruang Cempaka RSUD. Prof. W.Z. Johannes Kupang. **Metode:** Rancangan studi adalah studi kasus. Dilaksanakan pada tanggal 4-7 Maret 2022 di ruang Cempaka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang terhadap Ny.P.M, pengambilan data melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi, lalu data dianalisa dengan pendekatan teori Sister Callista Roy. **Hasil:** Hasil pengkajian ditemukan Ny.M.P mengeluh pasien mengeluh sesak nafas, pasien mengatakan badan terasa lemah, seluruh badan dalam keadaan bengkak, pasien mengatakan bahwa badannya bengkak sudah dua minggu, seluruh badan terasa kesemutan dan sebagian dari aktivitas pasien di bantu oleh keluarga pasien seperti makan dan minum. Diagnose keperawatan yang ditegakan adalah Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas dan Resiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan faktor resiko disfungsi ginjal. Intervensi keperawatan diberikan dengan Manajemen jalan napas, Manajemen cairan dan Pencegahan syok. Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi Ny.M.P telah mampu menerima dan mengikut anjuran perawat melalui pemberian dukungan dan edukasi yang telah diberikan. **Simpulan:** perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional kepada penderita *Kronic Kidney Disease (CKD)* dapat menerapkan *Teori Ida Jean Orlando*

Kata Kunci: *Asuhan Keperawatan, Kronic Kidney Disease (CKD), Teori Ida Jean Orlando*

ABSTRACT

"NURSING CARE IN NY.P.M WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) WITH THE APPROACH OF TEORI IDA JEAN ORLANDO IN THE CEMPAKA ROOM, PROF. DR. W.Z. JOHANNES KUPANG"

By: Yulius wonga

Student of Nursing Department of PPN Poltekkes Kemenkes Kupang

E-mail: yuliuswonga13@gmail.com

Background: Chronic Kidney Diseases (CKD) is a progressive and irreversible kidney function disorder, where the body is unable to maintain metabolism, fails to maintain fluid and electrolyte balance which results in an increase in urea. CKD in 2014 has increased by 50% from the previous year and is a big problem in the world because it is difficult to cure. **Objective:** To find out the application of nursing care to patients with Chronic Kidney Disease (CKD) using the Ida Jean Orlando Theory model approach in the Cempaka Room of RSUD. Prof. W.Z. Johannes Kupang. **Methods:** The study design is a case study. It will be held on March 4-7 2022 in the Cempaka room of the RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang to Mrs. P.M, collecting data through interviews, physical examinations and documentation studies, then the data were analyzed using Sister Callista Roy's theoretical approach. **Results:** The results of the study found that Mrs. M.P complained that the patient complained of shortness of breath, the patient said the body felt weak, the whole body was swollen, the patient said that his body had been swollen for two weeks, the whole body felt tingling and some of the patient's activities were assisted by the patient's family such as eating and drink. Nursing diagnoses that were established were ineffective breathing pattern related to respiratory effort resistance and risk of ineffective renal perfusion related to risk factors for kidney dysfunction. Nursing interventions are provided with airway management, fluid management and shock prevention. Nursing implementation is carried out in accordance with a predetermined nursing plan. The results of the evaluation Mrs. M.P have been able to accept and follow the nurse's recommendations through the provision of support and education that has been given. **Conclusion:** nurses in providing professional nursing services to sufferers of Chronic Kidney Disease (CKD) can apply Ida Jean Orlando Theory

Keywords: *Nursing Care, Chronic Kidney Disease (CKD), Ida Jean Orlando Theory*

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	i
LEMBARAN PERSETUJUAN	ii
BIODATA PENULIS	iii
KATA PENGANTAR	vi
BAB 1_PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
BAB 2_TINJAUAN TEORI	1
2.1 Konsep CKD	1
2.1.1 Pengertian CKD	1
2.1.2 Etiologi CKD	1
2.1.3 Manifestasi.....	2
2.1.4 Pentalaksanaan.....	3
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang.....	6
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan dengan CKD	7
2.2.1 Pengkajian	7
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	11
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	11
2.3 Konsep Teori Keperawatan Menurut Ida Jean Orlando Pelletier.....	15
2.3.1 Biografi.....	15
2.3.2 Teori Yang Dikemukakan Jean Orlando	16
2.3.3 Paradigma Keperawatan Menurut Jean Orando	20
2.3.4 Disiplin Proses Keperawatan Dalam Teori Proses Keperawatan	20
BAB 3_STUDI KASUS.....	26
3.1 Gambaran Kasus.....	26

3.2	Asuhan Keperawatan Menurut Orlando	26
3.2.1	Pengkajian menurut Orlando	26
BAB 4	PEMBAHASAN	30
4.1	Perilaku Pasien	30
4.2	Reaksi Perawat	<u>33</u>
4.3	Tindakan Perawat	<u>33</u>
4.4	Profesionalisme	<u>34</u>
BAB 5	PENUTUP	35
5.1	Kesimpulan.....	35
5.1	Saran	36
DAFTAR PUSTAKA	38

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Chronic Kidney Diseases (CKD) merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme, gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum (Prihandini et al., 2020). *World Health Organization* (WHO) menyebutkan pertumbuhan jumlah penderita CKD pada tahun 2014 telah meningkat 50% dari tahun sebelumnya dan menjadi masalah besar didunia karena sulit untuk disembuhkan (Sumah, 2020).

Menurut *World Health Organization* (WHO) jumlah pasien *End Stage Renal Disease* (ESRD) dan menerima terapi pengganti ginjal *renal replacement therapy* (RRT) berdasarkan pada prinsip tranportair dan zat terlarut melewati membran semipermeabel dan kemudian membuang zat sisa dan semakin meningkat di seluruh dunia (Rahayu, 2021). Penderita penyakit *Chronic Kidney Diseases* (CKD) memiliki tingkat kematian lebih dari 75% dengan resiko rawat inap hingga 5 kali lebih tinggi. Diungkapkan dalam Sitoresmi et al., (2020) bahwa negara-negara Asia, Eropa, dan Amerika memiliki insidensi *Chronic Kidney Diseases* (CKD) dengan presentase 15% utamanya pada usia dewasa.

Insiden CKD bervariasi di berbagai negara dengan jumlah antara 100-150 per satu juta populasi per tahun di Eropa, 300 per satu juta populasi per tahun di Amerika Serikat, dan 400 per satu juta populasi per tahun di Taiwan (Maulana et al., 2021). Berdasarkan data *Renal Registry* tahun 2018 jumlah pasien *Chronic Kidney Diseases* (CKD) baru di Indonesia memiliki peningkatan dua kali lipat dibandingkan dengan tahun 2017 yaitu sebanyak 30.831 pasien pada tahun 2017 dan sebanyak 66.433 pasien pada tahun 2018. Berdasarkan data Riset Kesehatan

Dasar tahun 2018 di Indonesia ada peningkatan jumlah pasien Gagal Ginjal Kronik dari tahun 2013 yaitu 2,0 (permil) % dan tahun 2018 yaitu 3,8 (permil) % (Rahayu, 2021).

Peningkatan angka kejadian *Chronic Kidney Diseases* (CKD) dipengaruhi oleh banyak faktor dari beberapa penyakit sistemik seperti diabetes mellitus, glomerulonefritis kronis, pielonefritis. Hipertensi yang tidak dapat dikontrol: obstruksi, traktus urinarius, lesi herediter seperti penyakit gagal ginjal polistik, gangguan vaskuler, infeksi medikasi atau agen toksik (Rahayu *et al.*, 2018).

Penatalaksanaan gagal ginjal pada umumnya lebih bersifat suportif atau mengarah pada upaya mempertahankan fungsi ginjal dan homeostasis, membeikan edukasi serta wawan cara dan namun apabila sudah mengarah pada *Chronic Kidney Diseases* (CKD) dan *End Stage Renal Disease* (ESRD) lanjut atau apa bila laju filtrasi glomerulus < 15 ml/menit, maka pada kondisi ini pasien *Chronic Kidney Diseases* (CKD) memerlukan perawatan terapi pengganti ginjal, dialisis dan hemodialisis untuk mengatasi masalah penumpukan zat urea dalam darah (Mimi *et al.*, 2020).

Peran perawat dalam proses hemodialisis sangat besar dimana mempersiapkan pasien untuk hemodialisir dan mengantarkan pasien keruangan hemodialisa, dan karena buruknya dampak komplikasi tersebut, maka intervensi keperawatan harus dilakukan dengan tepat. Agar dapat terwujud status kesehatan yang optimal bagi pasien hemodialisis dengan cara memberikan asuhan keperawatan komprehensif dan holistik yang meliputi bio-psiko-sosio dan spiritual (Sitoresmi *et al.*, 2020).

Salah satu teori yang dapat di terapkan pada pasien dengan *Chronic Kidney Diseases* (CKD) sebagai suatu kondisi kronis penatalaksanaannya bergantung pada peran perawat. Pasien *Chronic Kidney Diseases* (CKD) membutuhkan perhatian dari perawat dalam mememnuhi kebutuhannya terkait pengaturan diet, pengobatan, monitoring cairan, dan hemodialisa. Teori yang di kemukakan Jean Orlando yaitu *disciplined professional respons theory* menekankan pada

hubungan timbal balik (*reciprocal relationship*) antara perawat dengan pasien. Jean Orlando menggunakan hubungan interpersonal sebagai landasan teorinya. Perhatian utamanya adalah sifat unik dari setiap individu/klien, yaitu ekspresi klien, baik verbal maupun nonverbal, menunjukkan/mengisyaratkan kebutuhan. Kegiatan atau tindakan keperawatan ditunjukkan untuk memenuhi kebutuhan klien. Teori proses keperawatan Orlando-Pelletier didasarkan pada premis bahwa hubungan perawat-pasien bersifat timbal balik, yang berarti bahwa tindakan yang satu memengaruhi yang lain (Risnah & Irwan, 2020). Penggunaan teori Orlando pada pasien dengan CKD lebih berfokus pada hubungan perawat dan pasien dalam memberikan asuhan keperawatan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien dengan membangun kepedulian perawat kepada pasien untuk kedisiplinan dalam melakukan pengobatan dan hemodialisa pada pasien dengan CKD. Seperti Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah kedua kelebihan volume cairan yaitu: menghitung balans cairan yaitu Membatasi jumlah cairan, Memonitor hasil lab elektrolit darah dan merencanakan hemodialisa.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk menggambarkan penerapan teori *disciplined professional respons theory* Orlando pada asuhan keperawatan pasien dengan CKD agar perawat dapat menjalankan peran dalam memenuhi kebutuhan pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. P.M dengan CKD dengan penerapan teori *Disciplined Profesional Respons Theory* Ida Jean Orlando Pelletier di ruangan cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. P.M dengan masalah kesehatan CKD di ruangan cempaka di RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang dengan penerapan teori *Disciplined Profesional Respons Theory* Ida Jean Orlando Pelletier.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Ny. P.M dengan CKD di ruangan cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan model teori *Disciplined Profesional Respons Theory* Ida Jean Orlando Pelletier.
2. Mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien Ny. P.M dengan masalah CKD ruangan Cempaka di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan model teori *Disciplined Profesional Respons Theory* Ida Jean Orlando Pelletier.
3. Mampu membuat perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa yang telah ditegakkan pada pasien Ny. P.M dengan masalah CKD di ruangan cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan model teori *Disciplined Profesional Respons Theory* Ida Jean Orlando Pelletier.
4. Mampu melaksanakan tindakan/implementasi keperawatan pada pasien Ny. P.M dengan masalah CKD di ruangan cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan model teori *Disciplined Profesional Respons Theory* Ida Jean Orlando Pelletier.
5. Mampu mengevaluasi dan mendokumentasikan hasil Asuhan keperawatan pada pasien Ny. P.M. dengan masalah CKD di ruangan cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan model teori *Disciplined Profesional Respons Theory* Ida Jean Orlando Pelletier.

1.4 Manfaat Penulisan

Manfaat yang diperoleh dalam penulisan karya tulis ilmiah ini meliputi :

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai bahan awal teori dalam memberikan Asuhan Keperawatan secara komperhensif pada pasien dengan CKD .

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi atau kepustakaan untuk meningkatkan kualitas belajar bagi mahasiswa terutama dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan menggunakan pendekatan teori *Disciplined Profesional Respons Theory* Ida Jean Orlando Pelletier.

2. Rumah Sakit

Sebagai masukan untuk Rumah sakit dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan pendekatan konsep model *Disciplined Profesional Respons Theory* Ida Jean Orlando Pelletier terhadap pasien dengan CKD.

3. Pasien/Kelarga

Sebagai sumber informasi kesehatan dalam rangka utuk tindakan pencegahan, serta menambah penegetahuan tentang CKD.

4. Mahasiswa

Informasi dan data tambahan dalam pedoman belajar serta penelitian terutama yang berhubungan dengan CKD.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep CKD

2.1.1 Pengertian CKD

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah gangguan fungsi renal yang progresif (secara bertingkat) dan irreversible (tidak dapat kembali) dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, akibat destruksi (penghancuran) struktur ginjal progresif dengan manifestasi penumpukan sisa metabolik (toksik uremik) di dalam darah (Sumah, 2020).

Chronic Kidney Diseases (CKD) merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat pulih kembali, dimana tubuh tidak mampu memelihara metabolisme, gagal memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit yang berakibat pada peningkatan ureum (Prihandini et al., 2020).

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah penyakit penurunan fungsi ginjal yang progresif dan tidak dapat lagi pulih atau kembali sembuh secara total seperti sediakala (irreversible) dengan laju filtrasi glomerulus (LFG) < 60 mL/menit dalam waktu 3 bulan atau lebih, sehingga tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit, yang menyebabkan uremia (Sudarmi, 2021).

Jadi dapat disimpulkan bahwa *Chronic Kidney Disease* (CKD) adalah gangguan fungsi ginjal yang sifatnya tidak dapat pulih kembali dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, akibat destruksi struktur ginjal progresif dengan manifestasi penumpukan toksik ureum dalam darah.

2.1.2 Etiologi CKD

Menurut Nuari & Widayati, (2017) etiologi dari *Chronic Kidney Disease* adalah sebagai berikut :

1. Diabetes mellitus : diabetes melitus merupakan gangguan metabolik dapat dilihat dengan tingginya kadar glukosa dalam darah atau disebut

dengan hiperglikemia dikarenakan adanya kerusakan pada kerja insulin atau sekresi insulin.

2. Pielonefritis : pielonefritis merupakan suatu penyakit infeksi pada saluran diperkemihan bagian atas, khususnya pada pelvis ginjal serta parenkim. Etiologi utama dari pielonefritis adalah *escherichia coli*.
3. Hipertensi tidak terkontrol : kondisi saat tekanan darah terhadap dinding arteri cukup tinggi. Biasanya hipertensi atau darah tinggi diartikan sebagai darah di atas 140/90, dan dianggap parah jika tekanannya di atas 180/120.
4. Obstruksi saluran kemih : obstruksi saluran kemih merupakan suatu penyumbatan yang terjadi pada pangkal kandung kemih. Kondisi ini menghambat atau menghentikan aliran urine menuju uretra yaitu saluran yang membawa urine keluar dari tubuh.
5. Penyakit ginjal polikistik : merupakan kelainan bawaan ketika kista berkembang pada ginjal. Kista pada penyakit ginjal polikistik merupakan kantung non-kanker yang berisi cairan seperti air. Hal ini dapat tumbuh membesar. Kebanyakan orang dengan kondisi ini mengalami CKD pada usia 60 tahun.
6. Gangguan vaskuler : penyakit vaskuler di otak atau disebut sebagai penyakit cerebrovaskular menjadi salah satu penyebab utama dari kematian selain penyakit kronik lain seperti CKD, dan kanker, dan jantung.

2.1.3 Manifestasi

Menurut Aisara *et al.*, (2018) terdapat beberapa manifestasi klinis yang dapat terjadi pada pasien dengan CKD yaitu sebagai berikut:

1. Gangguan kardiovaskuler : hipertensi, nyeri dada, dan sesak nafas akibat perikarditis, effuse perikardiak dan gagal jantung akibat penimbunan cairan, gangguan irama jantung dan edema.
2. Gangguan pulmoner : nafas dangkal, kussmaul (nafas cepat dan dalam), batuk dengan sputum kental dan riak suara krekels

3. Gangguan gastrointestinal : anoreksia (tidak ada nafsu makan), nausea, dan vomitus yang berhubungan dengan metabolisme protein dalam usus, perdarahan pada saluran gastrointestinal, ulserasi dan perdarahan mulut, nafas bau ammonia.
4. Gangguan muskuloskeletal : resiles leg sindrom (pegal pada kakinya sehingga selalu digerakan), burningfeet syndrom (rasa kesemutan dan terbakar, terutama ditelapak kaki), tremor, miopati (kelemahan dan hipertropi otot–otot ekstremitas)
5. Gangguan integumen : kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal – gatal akibat toksik, kuku tipis dan rapuh.
6. Gangguan endokrin : gangguan seksual seperti libido fertilitas dan ereksi menurun, gangguan menstruasi dan amenore. Gangguan metabolic glukosa, gangguan metabolik lemak dan vitamin D.
7. Gangguan cairan elektrolit dan keseimbangan asam basa : biasanya retensi garam dan air tetapi dapat juga terjadi kehilangan natrium dan dehidrasi, asidosis, hiperkalemia, hipomagnesemia, hipokalsemia.
8. Gangguan sistem hematologi : dapat terjadi anemia yang disebabkan karena berkurangnya produk eritropoetin, sehingga rangsangan eritropoesis pada sum–sum tulang berkurang, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksik, dapat juga terjadi gangguan fungsi trombosis dan trombositopeni.

2.1.4 Pentalaksanaan

1. Terapi farmakologis
 - a. Antasida :hyperphosphatemia dan hipokalsemia memerlukan antasida 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 tinggi antasida berbasis aluminium. Obat ini mengikat fosfor dalam saluran usus dan memungkinkan penggunaan dosis antasida yang lebih kecil. Kalsium karbonat dan fosforbinding, keduanya harus di berikan dengan makanan yang efektif. Antasida berbasis magnesium harus dihindari untuk mencegah keracunan magnesium.

- b. 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.
- c. 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.
- d. 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 askes vaskular, kejang, dan kelebihan Fe.

- e. 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. 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.
- f. Terapi dialysis :hemodialisis merupakan proses terapi sebagai pengganti ginjal yang menggunakan selaput membran semi permeabel berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan

cairan maupun elektrolit pada pasien gagal ginjal. Hemodialisis yang dijalani oleh pasien dapat mempertahankan kelangsungan hidup sekaligus merubah pola hidup pasien. Perubahan yang akan terjadi mencakup diet pasien, tidur dan istirahat, penggunaan obat-obatan, dan aktivitas sehari-hari. Pasien yang menjalani hemodialisis juga rentan terhadap masalah emosional seperti stress berkaitan dengan pembatasan diet dan cairan, keterbatasan fisik, penyakit, efek samping obat, serta ketergantungan terhadap dialisis yang akan berdampak terhadap menurunnya kualitas hidup pasien.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

1. Hematologi :melihat konsentrasi hemoglobin dan hematokrit pada penderita penyakit ginjal kronis, dimana biasanya penderita mengalami komplikasi berupa anemia dimana terjadi penurunan kadar hemoglobin dan hematokrit di dalam darah yang diakibatkan penurunan produksi eritropoietin, penurunan usia sel maupun akibat dari perdarahan gastrointestinal.
 2. Kimia darah :dilakukan pemeriksaan kadar nitrogen dalam darah *Blood Urea Nitrogen* (BUN)), dan kreatinin serum, dimana pada pemeriksaannya mengalami peningkatan di dalam darah yang menandakan adanya penurunan dari fungsi ginjal dalam mengekskresi kedua zat yang bersifat toksik didalam tubuh. Kreatinin serum merupakan indikator kuat bagi fungsi ginjal, dimana bila terjadi peningkatan tiga kali lipat kreatinin, maka menandakan penurunan fungsi ginjal sebesar 75%. Serum kreatinin juga digunakan dalam memperkirakan LFG.
 3. Analisa gas darah (AGD) :digunakan untuk melihat adanya asidosis metabolik yang ditandai dengan penurunan pH plasma.
2. Pemeriksaan urin :dilakukan pemeriksaan urinalisis yaitu untuk melihat adanya sel darah merah, protein, glukosa, dan leukosit didalam urin. Pemeriksaan urin juga untuk melihat volume urin yang biasanya <400

ml/jam atau oliguria atau urin tidak ada/anuria, perubahan warna urin bisa disebabkan karena ada pus, darah, bakteri, lemak, partikel koloid, miglobin, berat jenis <1.015 menunjukkan gagal ginjal, osmolalitas <350 menunjukkan kerusakan tubular.

3. Pemeriksaan radiologis : terdapat beberapa pemeriksaan radiologi antara lain ; sistokopi (melihat lesi pada kandung kemih dan batu), *voiding cystourethrography* (kateterisasi kandung kemih yang digunakan untuk melihat ukuran dan bentuk kandung kemih), ultrasound ginjal (mengidentifikasi adanya kelainan pada ginjal diantaranya kelainan struktural, batu ginjal, tumor, dan massa yang lain), urografi intravena (melihat aliran pada glomerulus atau tubulus, refluks vesikouter, dan batu), KUB foto (untuk menunjukkan ukuran ginjal), arteriogram ginjal (mengkaji sirkulasi ginjal dan mengidentifikasi ekstrasvaskuler, massa) (Smeltzer & Bare, 2015).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan dengan CKD

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya (Dinarti & Muryanti, 2017).

Pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan CKD adalah sebagai berikut:

1. Riwayat Kesehatan Sekarang :Biasanya klien masuk ke RS dengan keluhan utama bengkak pada seluruh tubuh, kelemahan. Disamping itu klien juga mengeluh mual dan muntah, berat badan menurun, diare kadang-kadang disertai nyeri perut, kram otot, gangguan tidur/istirahat.
2. Riwayat Penyakit :Riwayat Penyakit yang diderita klien sebelum CKD seperti DM, *glomerulonefritis*, hipertensi, rematik, hiperparatiroidisme, obstruksi saluran kemih, dan traktus urinarius bagian bawah juga dapat memicu kemungkinan terjadinya CKD.

3. Pengkajian Biologis-Psikologis-Sosial :

a. Aktivitas Istirahat

Gejala : kelelahan ekstrem kelemahan dan malaise, gangguan tidur (insomnia/gelisah atau somnolen)

Tanda : kelemahan otot, kehilangan tonus, penurunan rentang gerak

b. Sirkulasi

Gejala : Riwayat hipertensi lama atau berat, palpitasi : nyeri dada (angina). Tanda : Hipertensi : nadi kuat, edema jaringan umum dan pittingpada kaki, telapak tangan, nadi lemah dan halus, hipotensi ortostatik menunjukkan hipovolemia yang jarang terjadi pada penyakit tahap akhir, friction rubpericardial (respon terhadap akumulasi rasa) pucat, kulit coklat kehijauan, kuning , kecenderungan pendarahan.

c. Integritas Ego

Gejala : Faktor stres, contoh finansial, hubungan, dan sebagainya. Peran tak berdaya, tak ada harapan, tak ada kekuatan

Tanda: Menolak, ansietas, takut, marah, mudah terangsang, perubahan kepribadian.

d. Eliminasi

Gejala: Peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan (malnutrisi). Anoreksia, malnutrisi, kembung, diare, konstipasi.

Tanda : Perubahan warna urin, contoh kuning pekat, merah, coklat, berwarna. Oliguria, dapat menjadi anuria.

e. Makan/Cairan

Gejala : Peningkatan berat badan cepat (edema), penurunan berat badan(malnutrisi). Anoreksia, nyeri ulu hati, mual / muntah, rasa metalik tidaksedap pada mulut (pernafasan amonia), penggunaan diuretic.

Tanda : Distensi abdomen / asietas, pembesaran hati (tahap akhir). Perubahanturgor kulit. Edem (umum, tergantung). Ulserasi gusi,

pendarahan gusi /lidah. Penurunan otot, penurunan lemak subkutan, tampak tak bertenaga.

f. Neorosensasi

Gejala : Sakit kepala, penglihatan kabur, kram otot/ kejang :sindrom Kaki, gelisah, kebas terasa terbakar pada telapak kaki. Kebas kesemutan dan kelemahan, khususnya ekstremitas bawah (neuropati perifer).

Tanda: Gangguan sistem mental, contoh penurunan lapang perhatian, ketidak mampuan berkonsentrasi, kehilangan memori, kacau, penurunan tingkat kesadaran, koma. Kejang, fasikulasi otot, aktifitas kejang, Rambut tipis, kuku rapuh dan tipis.

g. Nyeri/Kenyamanan

Gejala : Nyeri panggul, sakit kepala, kram otot/nyeri kaki. Memburuk pada malam hari.

Tanda : perilaku berhati-hati dan gelisah.

h. Pernapasan

Gejala: nafas pendek: dipsnea, nokturnal parosimal, batuk dengan/tanpa sputum kental atau banyak.

Tanda: takiepna, dispnea, peningkatan frekuensi atau kedalaman (Pernafasan kusmaul). Batuk produktif dengan sputum merah muda encer (edema paru).

i. Keamanan

j. Gejala : Kulit gatal ada/berulangnya infeksi

Tanda: Pruritus Demam (sepsis, dehidrasi; normotemia dapatsecara actual terjadi peningkatan pada klien yang mengalami suhu tubuh lebih rendah daripada normal (efek CKD/depresi responimum) Ptekie, araequimosi pada kulit Fraktur tulang; defosit fosfat, kalsium, (klasifikasi metastatik) pada kulit, jaringan lunak sendi, keterbatasan gerak sendi.

k. Seksualitas

Gejala : penurunan libido ; amenorea ; infertilitas.

l. Interaksi Sosial

Gejala : Kesulitan menentukan kondisi, contoh tak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Penampilan/keadaan umum Lemah, aktifitas dibantu, terjadi penurunan sensitifitas nyeri. Kesadaran klien dari composmentis sampai coma.
- b. Tanda-tanda vital :Tekanan darah naik, respirasi rate naik, dan terjadi dispnea, nadi meningkat dan reguler.
- c. Antropometri :Penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir karena kekurangan nutrisi, atau terjadi peningkatan berat badan karena kelebihan cairan.
- d. Kepala :Rambut kotor, mata kuning / kotor, telinga kotor dan terdapat kotoran telinga, hidung kotor dan terdapat kotoran hidung, mulut bau ureum, bibir kering dan pecah-pecah, mukosa mulut pucat dan lidah kotor.
- e. Leher dan tenggorok: peningkatan kelenjar tiroid, terdapat pembesaran tiroid pada leher.
- f. Dada: dispnea sampai pada edema pulmonal, dada berdebar-debar.Terdapat otot bantu napas, pergerakan dada tidak simetris, terdengar suara tambahan pada paru (rongkhi basah), terdapat pembesaran jantung, terdapat suara tambahan pada jantung.
- g. Abdomen :Terjadi peningkatan nyeri, penurunan peristaltik, turgor jelek, perut buncit.
- h. Genital :Kelemahan dalam libido, genitalia kotor, ejakulasi dini, impotensi, terdapat ulkus.
- i. Ekstremitas :Kelemahan fisik, aktifitas klien dibantu, terjadi edema, pengeroposan tulang,dan *Capillary Refill* lebih dari detik.

- j. Kulit :Turgor jelek, terjadi edema, kulit jadi hitam, kulit bersisik dan mengkilat /uremia, dan terjadi perikarditis.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal.

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)
2. Risiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal (D.0016)
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022)
5. Nausea berhubungan dengan gangguan kimiawi (D.0076)
6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)
7. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (D. 0003)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan keperawatan merupakan tahapan untuk menetapkan tujuan dan hasil yang di harapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan menurut Standar Luaran dan Intervensi Keperawatan Indonesia (SLKI-SIKI) adalah sebagai berikut :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009). Goal: Pasien akan meningkatkan perfusi perifer selama

dalam perawatan. Objektif: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka perfusi perifer meningkat, dengan Luaran utama : Perfusi perifer (L.02011) dengan kriteria hasil: Nadi perifer teraba kuat, Akral teraba hangat, warna kulit tidak pucat. Intervensi Keperawatan : Pemantauan tanda vital (I.02060): monitor tekanan darah, monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama), monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman), monitor suhu tubuh, memonitor oksimetri nadi, identifikasi penyebab perubahan tanda vital, atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

2. Risiko perfusi renal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi ginjal (D.0016). Goal: Pasien akan meningkatkan perfusi renal selama dalam perawatan. Objektif: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka perfusi renal meningkat, dengan Luaran utama : Perfusi renal (L.02013) dengan kriteria hasil: jumlah urine meningkat, mual menurun, muntah menurun, kadar urea nitrogen darah membaik, kadar kreatinin plasma membaik, kadar elektrolit membaik. Intervensi Keperawatan :Manajemen cairan (I.03098) : monitor status hidrasi, monitor berat badan harian, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, monitor status hemodinamik, catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam, berikan asupan cairan sesuai kebutuhan, berikan cairan intravena, kolaborasi pemberian diuretic.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077) Goal: Pasien mengatakan nyeri berkurang selama dalam perawatan Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun, dengan Luaran utama: Tingkat nyeri (L.08066) dengan kriteria hasil: nyeri berkurang, ekspresi wajah tenang, beristirahat dengan nyaman. Intervensi keperawatan Manajemen nyeri (I.08238): identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: akupuntur, terapi musik hopnosis, biofeedback, teknik

imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (D.0022) Goal : Pasien mengatakan hipervolemia berkurang selama dalam perawatan. Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka hipervolemia menurun. Luaran utama : Status Cairan (L.030280) dengan kriteria hasil: asupan cairan meningkat, haluaran urin meningkat, edema menurun, tekanan darah membaik, turgor kulit membaik. Intervensi keperawatan Manajemen Hipervolemia (I.03114) : periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan), monitor intake dan output cairan, monitor jumlah dan warna urin, batasi asupan cairan dan garam, tinggikan kepala tempat tidur, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan, kolaborasi pemberian diuretic, kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat deuretik, kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu.
5. Nausea berhubungan dengan gangguan kimiawi (D.0076). Goal : Pasien mengatakan hipervolemia berkurang selama dalam perawatan. Tujuan : setelah dilakukan intervensi maka tingkat nausea membaik. Luaran utama : Tingkat Nausea (L.08065) dengan kriteria hasil: nafsu makan membaik, keluhan mual menurun, takikardia membaik (60-100 kali/menit). Intervensi keperawatan : Manajemen Muntah (I.03118) :identifikasi pengalaman mual, identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup, identifikasi faktor penyebab mual, identifikasi antiemetik untuk mencegah mual, monitor mual, monitor asupan nutrisi dan kalori, kendalikan faktor lingkungan penyebab mual, kurangkan atau hilangkan keadaan penyebab mual, berikan makanan dalam jumlah kecil dan

menarik, berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, anjurkan sering memberihkan mulut kecuali jika merangsang mual, anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, ajarkan menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengatasi mual, (misalnya relaksasi, terapi musik)

6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054) Goal : pasien mengatakan mobilitas fisik meningkat selama dalam perawatan. Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka mobilitas fisik meningkat. Luaran dengan kriteria hasil: Mobilitas fisik (L.05042) dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, Gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Intervensi keperawatan: Dukungan mobilisasi (I.05173): identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi.
7. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus-kapiler (D. 0003). Goal :pasien mengatakan pertukaran gas meningkat selama dalam perawatan. Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan maka pertukaran gas meningkat. Luaran dengan kriteria hasil: Pertukaran gas (L.01003) dengan kriteria hasil : dispnea menurun, bunyi napas tambahan menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, Takikardia membaik, pola napas membaik. Intervensi keperawatan : Terapi oksigen (I.08250) : memonitor kecepatan aliran oksigen, memonitor posisi alat oksigen, memonitor aliran oksigen

secara periodic dan pastikan praksi yang di berikan cukup, memonitor efektifitas terapi oksigen, memonitor melepaskan oksigen saat makan, memonitor tanda-tanda hipoventilasi, memonitor tanda dan gejala toksikasih oksigen dan atelectasis, memonitor tingkat kecemasan karna terapi oksigen monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen, bersihkan secret pada mulut, hidung dan trakea, pertahankan kepatenan jalan nafas, siapkan dan atur alat pemberian oksigen, berikan oksigen tambahan jika perlu, tetap berikan oksigen pada pasien saat transportasi, gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien, ajarkan keluarga dan pasien menggunakan oksigen dalam rumah, kolaborasi penentuan dosis oksigen.

2.3 Konsep Teori Keperawatan Menurut Ida Jean Orlando Pelletier

2.3.1 Biografi

Menurut Orlando, keperawatan bersifat unik dan independent karena berhubungan langsung dengan kebutuhan pasien yang harus dibantu, nyata atau potensial serta pada situasi langsung. Teori Orlando berfokus pada pasien sebagai individu, artinya masing masing orang berada pada situasi yang berbeda. Orlando mendefinisikan kebutuhan sebagai permintaan/kebutuhan pasien dimana bila disuplai, dikurangi, atau menurunkan distress secara langsung atau bahkan meningkatkan perasaan tercukupi/wellbeing. Orlando menggambarkan model teorinya dengan lima konsep utama yaitu fungsi perawat profesional, mengenal perilaku pasien, respon internal atau kesegeraan, disiplin proses keperawatan serta kemajuan. Ida Jean Orlando-Pelletier dilahirkan pada tanggal 12 Agustus 1926, dari imigran Italia. Wafat pada tanggal 28 November 2007 di Boston. Ia dibesarkan selama Depresi dan menerima diploma keperawatan pada tahun 1947 dari Fakultas Kedokteran New York, Sekolah Perawat Rumah Sakit Flower Fifth Avenue. Dia mendapat gelar B.S. dalam keperawatan kesehatan masyarakat pada tahun 1951 dari St. John's University di Brooklyn, New York. Pada tahun 1954, Orlando-Pelletier meraih gelar M.A

dalam konsultasi kesehatan mental dari Columbia University Teachers College.

Selama tahun-tahun perkembangan pendidikannya, Orlando-Pelletier bekerja di berbagai tempat perawatan. Setelah menyelesaikan gelar M.A., Orlando-Pelletier mengajar selama 8 tahun di Yale School of Nursing di New Haven, Connecticut. Ketika berada di Yale, Orlando-Pelletier adalah rekan peneliti dan penyelidik utama dari hibah proyek federal yang berjudul "Integrasi Konsep Kesehatan Mental dalam Kurikulum Dasar," selama waktu itu ia mengumpulkan data sambil mengamati siswa berinteraksi dengan pasien dan anggota pendidikan lainnya dan tim kesehatan.

Setelah menganalisis data ini, Orlando-Pelletier melaporkan temuannya dalam sebuah buku yang diterbitkan di tahun 1961 dengan judul *The Dynamic Nurse Patient Relationship: Function dan Principles of Profesional Nursing Practice* (1990). Sejak publikasi awal, buku ini telah diterbitkan dalam lima bahasa lain selain bahasa Inggris. Informasi dalam buku ini membentuk dasar dari teori Proses Keperawatan Orlando Pelletier (Risnah & Irwan, 2020).

2.3.2 Teori Yang Dikemukakan Jean Orlando

Jean Orlando menggunakan hubungan interpersonal sebagai landasan teorinya. Perhatian utamanya adalah mencari tahu dan memenuhi kebutuhan mendesak pasien untuk bantuan. Menurut Orlando, menyusui responsif terhadap individu yang menderita, atau yang mengantisipasi rasa tidak berdaya. Ini berfokus pada proses perawatan dalam pengalaman langsung, dan berkaitan dengan memberikan bantuan langsung kepada pasien dalam pengaturan apa pun yang mereka temukan untuk tujuan menghindari, mengurangi, atau menyembuhkan rasa ketidak berdayaan pada pasien dan sifat unik dari setiap individu/klien, yaitu ekspresi klien baik verbal maupun nonverbal, menunjukkan/mengisyaratkan kebutuhan. Kegiatan atau tindakan keperawatan ditunjukkan untuk memenuhi kebutuhan klien. Teori keperawatan dari Orlando yang dikenal sebagai "*disciplined profesional*

respons theory”, menekankan pada hubungan timbal balik (*reciprocal relationship*) antara perawat dengan pasien. Teori proses keperawatan Orlando-Pelletier didasarkan pada premis bahwa hubungan perawat-pasien bersifat timbal balik, yang berarti bahwa tindakan yang satu memengaruhi yang lain. Orlando-Pelletier adalah salah satu dari pemimpin keperawatan pertama yang mengakui pentingnya partisipasi pasien dan kepedulian perawat yang disengaja dalam proses keperawatan. Orlando-Pelletier juga percaya bahwa profesi keperawatan berbeda dari profesi medis bahwa "tindakan keperawatan berasal dari pengalaman langsung pasien dan kebutuhan mendesak untuk bantuan". Dengan kata lain, Teori Orlando-Pelletier menyatakan bahwa "keperawatan itu unik dan mandiri karena menyangkut kebutuhan individu akan bantuan, nyata atau potensial, dalam situasi langsung. Proses keperawatan menyelesaikan ketidakberdayaan ini bersifat aktif dan dikejar dengan cara disiplin yang membutuhkan pelatihan. Orlando-Pelletier percaya bahwa tindakan seseorang harus didasarkan pada alasan bukan protokol "(Risnah & Irwan, 2020).

Beberapa asumsi yang ada dalam Teori Orlando adalah (Risnah & Irwan, 2020) :

1. Bila pasien tidak dapat mengatasi kebutuhan mereka sendiri, mereka menjadi tertekan oleh perasaan tidak berdaya
2. Pasien adalah unik dan individual dalam merespon.
3. Praktek keperawatan berhubungan dengan orang dan lingkungan
4. Pasien membutuhkan bantuan untuk mengkomunikasikan kebutuhan mereka, Mereka tidak nyaman dan ambivalen terhadap kebutuhan ketergantungan mereka.
5. Orang bisa menjadi rahasia atau eksplisit tentang kebutuhan, persepsi, pikiran, dan perasaan mereka.
6. Situasi perawat dan pasien bersifat dinamis, tindakan dan reaksi dipengaruhi baik oleh perawat, maupun pasien
7. Orang melambungkan makna pada situasi dan tindakan yang tidak terlihat oleh orang lain.

8. Pasien masuk kedalam asuhan keperawatan melalui pengobatan.
9. Pasien tidak dapat menyatakan sifat dan makna kesusahannya tanpa bantuan perawat.
10. Setelah melakukan observasi kepada pasien, segera perawat melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya atau mencari tahu apakah pasien tidak butuh bantuan saat itu.
11. Setiap pengamatan yang dilakukan bersama dan diamati dengan pasien segera membantu dalam memastikan dan memenuhi kebutuhannya, atau mengetahui bahwa dia tidak membutuhkannya pada saat itu.
12. Perawat prihatin dengan kebutuhan pasien yang tidak dapat menemuinya sendiri.

Orlando mengemukakan beberapa konsep utama dalam teorinya, antara lain: konsep disiplin dalam keperawatan (*nursing process discipline*) yang juga dikenal dengan sebutan proses disiplin atau proses keperawatan. Disiplin proses keperawatan digambarkan dengan bentuk interaksi total (*totally interactive*) yang dilaksanakan tahap demi tahap pada apa yang terjadi antara perawat dan pasien dalam hubungan tertentu, perilaku pasien, reaksi perawat terhadap perilaku tersebut, tindakan yang harus dilakukan, komunikasi perawat terhadap pasiennya yang sifatnya segera, mengidentifikasi permasalahan pasien yang disampaikan kepada perawat, mengidentifikasi kebutuhan pasien, dan menanyakan untuk validasi dan perbaikan Orlando menekankan hubungan tindakan timbal balik antara pasien dan perawat. Ini menekankan pentingnya partisipasi pasien dalam proses keperawatan (Aini, 2018).

Orlando juga menganggap keperawatan sebagai profesi yang berbeda dan memisahkannya dari kedokteran. Dimana perawat menentukan tindakan keperawatan daripada diminta oleh perintah dokter, kebutuhan organisasi, dan pengalaman pribadi masa lalu. Tujuan Orlando adalah mengembangkan teori praktek keperawatan yang efektif. Teori tersebut menjelaskan bahwa peran perawat adalah untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhan mendesak pasien untuk mendapatkan pertolongan (Aini, 2018). Dalam

teorinya, Orlando menekankan hubungan timbal balik antara pasien dan perawat. Orlando menggambarkan model teorinya ini dengan empat konsep, yaitu:

a. Fungsi perawat profesional

Fungsi keperawatan profesional adalah prinsip pengorganisasian ini berarti mencari tahu dan memenuhi kebutuhan mendesak pasien yang meminta bantuan. Tanggung jawab perawat membantu apapun yang pasien butuhkan untuk memenuhi kebutuhan pasiennya. Menurut Orlando, keperawatan responsif terhadap individu yang menderita, atau yang mengantisipasi rasa tidak berdaya. Hal ini difokuskan pada proses perawatan dalam pengalaman langsung, dan berkaitan dengan memberikan bantuan langsung kepada pasien dalam situasi apapun yang mereka temukan untuk menghindari atau mengurangi rasa tidak percaya pada pasien.

b. Mengenal perilaku pasien

Mengenal perilaku pasien yaitu dengan mengobservasi apa yang dikatakan pasien maupun perilaku non-verbal yang ditunjukkan pasien.

c. Reaksi segera

Reaksi segera ialah respon internal yang segera dari perawat dan persepsi individu pasien, berfikir dan merasakan. Reaksi segera mencakup persepsi, ide, perasaan perawat dan pasien. Pasien mempersepsikan benda-benda dengan lima inderanya. Persepsi ini, merangsang pemikiran otomatis, dan setiap pikiran merangsang perasaan otomatis, menyebabkan pasien bertindak.

d. Disiplin proses keperawatan

Menurut George (1995 hlm 162) mengartikan disiplin proses keperawatan sebagai interaksi total (*totally interactive*) yang dilakukan tahap demi tahap, apa yang terjadi antara perawat dan pasien dalam hubungan tertentu, perilaku pasien, reaksi perawat terhadap perilaku tersebut dan tindakan yang harus dilakukan, mengidentifikasi

kebutuhan pasien untuk membantunya serta untuk melakukan tindakan yang tepat.

2.3.3 Paradigma Keperawatan Menurut Jean Orando

Definisi komponen paradigma keperawatan menurut orlando adalah (Risnah & Irwan, 2020):

1. Manusia

Orlando menggunakan konsep manusia karena dia menekankan individualitas dan sifat dinamis hubungan perawat-pasien. Baginya, manusia yang membutuhkan adalah fokus dari praktik keperawatan.

2. Kesehatan

Orlando berpendapat bahwa kesehatan adalah bebas dari ketidaknyamanan fisik dan mental, merasa adekuat dan sejahtera serta berkontribusi terhadap sehat. Dia menyatakan bahwa keperawatan berhubungan dengan individu yang membutuhkan pertolongan.

3. Lingkungan

Orlando benar-benar mengabaikan lingkungan dalam teorinya, hanya berfokus pada kebutuhan mendesak pasien, terutama hubungan dan tindakan antara perawat dan pasien (hanya seorang individu dalam teorinya, tidak ada keluarga atau kelompok yang disebutkan). Efek yang dimiliki lingkungan terhadap pasien tidak pernah disebut dalam teori Orlando.

4. Keperawatan

Orlando berbicara tentang keperawatan sebagai profesi yang unik dan independen dalam keprihatinannya akan kebutuhan individu dalam situasi segera. Upaya untuk memenuhi kebutuhan individu akan bantuan dilakukan dalam situasi interaktif dan dengan cara yang disiplin yang memerlukan pelatihan yang tepat.

2.3.4 Disiplin Proses Keperawatan Dalam Teori Proses Keperawatan

Seperti yang telah diuraikan diatas bahwa disiplin proses keperawatan dalam *nursing procces theory* dikenal dengan sebutan proses disiplin atau proses keperawatan. Disiplin proses keperawatan meliputi komunikasi perawat kepada pasiennya yang sifatnya segera, mengidentifikasi permasalahan klien yang disampaikan kepada perawat, menanyakan untuk validasi atau perbaikan. Disiplin proses keperawatan didasarkan pada ” proses bagaimana seseorang bertindak”. Tujuan dari proses disiplin ketika digunakan antara perawat dan pasien adalah untuk membantu pemenuhan kebutuhan pasien. Peningkatan perilaku pasien merupakan indikasi dari pemenuhan kebutuhan sebagai hasil yang diharapkan (Aini, 2018).

1. Perilaku Pasien

Disiplin proses keperawatan dilaksanakan sesuai dengan perilaku pasien .seluruh perilaku pasien yang tidak sesuai dengan permasalahan dapat dianggap sebagai ekpresi yang membutuhkan pertolongan, ini sangat berarti pada pasien tertentu dalam kondisi gawat harus dipahami. Orlando menekankan hal ini pada prinsip pertamanya ” dengan diketahuinya perilaku pasien , atau tidak diketahuinya yang seharusnya ada hal tersebut menunjukan pasien membutuhkan suatu batuan”.

Perilaku pasien dapat verbal dan non verbal.Inkonsistensi antara dua perilaku ini dapat dijadikan faktor kesiapan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien.Perilaku verbal yang menunjukan perlunya pertolongan seperti keluhan, permintaan, pertanyaan, kebutuhan dan lain sebagainya. Sedangkan perilaku nonverbal misalnya heart rate, edema, aktivitas motorik: senyum, berjalan, menghindari kontak mata dan lain sebagainya. Walaupun seluruh perilaku pasien dapat menjadi indikasi perlunya bantuan tetapi jika hal itu tidak dikomunikasikan dapat menimbulkan masalah dalam interaksi perawat-pasien. Tidak efektifnya perilaku pasien merupakan indikasi dalam memelihara hubungan perawat-pasien, ketidakakuratan dalam mengidentifikasi kebutuhan pasien yang diperlukan perawat, atau reaksi negatif pasien terhadap tindakan perawat. Penyelesaian masalah tidak efektifnya perilaku pasien

layak diprioritaskan. Reaksi dan tindakan perawat harus dirancang untuk menyelesaikan perilaku seperti halnya memenuhi kebutuhan yang emergensi.

2. Reaksi Perawat

Perilaku pasien menjadi stimulus bagi perawat, reaksi ini terdiri dari 3 bagian yaitu pertama perawat merasakan melalui indranya, kedua yaitu perawat berfikir secara otomatis, dan ketiga adanya hasil pemikiran sebagai suatu yang dirasakan. Contoh perawat melihat pasien merintih, perawat berfikir bahwa pasien mengalami nyeri kemudian memberikan perhatian Persepsi, berfikir, dan merasakan terjadi secara otomatis dan hampir simultan. Oleh karena itu perawat harus relajar mengidentifikasi setiap bagian dari reaksinya. Hal ini akan membantu dalam menganalisis reaksi yang menentukan mengapa ia berespon demikian. Perawat harus dapat menggunakan reaksinya untuk tujuan membantu pasien. Disiplin proses keperawatan menentukan bagaimana perawat membagi reaksinya dengan pasien. Orlando menawarkan prinsip untuk menjelaskan penggunaan dalam hal berbagi “ beberapa observasi dilakukan dan dieksplorasi dengan pasien adalah penting untuk memastikan dan memenuhi kebutuhannya atau mengenal yang tidak dapat dipenuhi oleh pasien pada waktu itu.

Orlando (1972) menyampaikan 3 kriteria untuk memastikan keberhasilan perawat dalam mengeksplor dan bereaksi dengan pasien, yaitu;

- a. Perawat harus menemuinya dan konsisten terhadap apa yang dikatakannya dan mengatakan perilaku nonverbalnya epada pasien
- b. Perawat harus dapat mengkomunikasikannya dengan jelas terhadap apa yang akan diekspresikannya
- c. Perawat harus menanyakan kembali kepada pasien langsung untuk perbaikan atau klarifikasi.

3. Tindakan Perawat

Setelah mevalidasi dan memperbaiki reaksi perawat terhadap perilaku pasien, perawat dapat melengkapi proses disiplin dengan tindakan keperawatan, Orlando menyatakan bahwa apa yang dikatakan dan dilakukan oleh perawat dengan atau untuk kebaikan pasien adalah merupakan suatu tindakan profesional perawatan. Perawat harus menentukan tindakan yang sesuai untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien. Prinsip yang menjadi petunjuk tindakan menurut Orlando yaitu perawat harus mengawali dengan mengeksplorasi untuk memastikan bagaimana mempengaruhi pasien melalui tindakan atau kata-katanya.

Perawat dapat bertindak dengan dua cara yaitu :tindakan otomatis dan tindakan terencana. Hanya tindakan terencana yang memenuhi fungsi profesional perawat. Sedangkan tindakan otomatis dilakukan bila kebutuhan pasien yang mendesak, misalnya tindakan pemberian obat atas intruksi medis. Dibawah ini merupakan kriteria tindakan keperawatan yang direncanakan:

- a. Tindakan merupakan hasil dari indentifikasi kebutuhan pasien dengan memvalidasi reaksi perawat terhadap perilaku pasien.
- b. Perawat menjelaskan maksud tindakan kepada pasien dan sesuai untuk memenuhi kebituhan pasien.
- c. Perawat memvalidasi efektifitas tindakan, segera setelah dilakukan secara lengkap
- d. Perawat membebaskan stimulasi yang tidak berhubungan dengan kebutuhan pasien ketika melakukan tindakan.

Tindakan otomatis tidak akan memenuhi kriteria tersebut. Beberapa contoh tindakan otomatis tindakan rutinitas, melaksanakan instruksi dokter, tindakan perlindungan kesehatan secara umum. Semua itu tidak membutuhkan validasi reaksi perawat .

4. Fungsi profesional

Tindakan yang tidak profesional dapat menghambat perawat dalam menyelesaikan fungsi profesionalnya, dan dapat menyebabkan tidak

adekuatnya perawatan pasien. Perawat harus tetap menyadari bahwa aktivitas termasuk profesional jika aktivitas tersebut direncanakan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan pasien.

Disiplin proses keperawatan adalah serangkaian tindakan dengan suatu perilaku pasien yang membutuhkan bantuan. Perawat harus bereaksi terhadap perilaku pasien dengan mempersepsikan, berfikir dan merasakan. Perawat membagi aspek reaksinya dengan pasien, meyakinkan bahwa tindakan verbal dan nonverbalnya adalah konsisten dengan reaksinya, dan mengidentifikasi reaksi sebagai dirinya sendiri, dan perawat mengunjungi pasien untuk memvalidasi reaksinya. Membagi reaksinya oleh perawat membantu pasien untuk menggunakan proses yang sama agar lebih efektif perlu komunikasinya. Selanjutnya tindakan yang sesuai untuk menyelesaikan kebutuhan adalah saling menguntungkan anatar pasien dan perawat. Setelah perawat bertindak , perawat segera katakan kepada pasien jika tindakannya berhasil interaksi. Secara keseluruhan interaksi , perawat meyakinkan bahwa perawat bebas terhadap stimulasi tambahan yang bertentangan dengan reaksinya terhadap pasien.

Tindakan terencana perawat terdiri dari lima tahap yang dikenal dengan proses keperawatan yaitu (Risnah & Irwan, 2020):

a. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, perawat melengkapi penilaian holistik terhadap kebutuhan pasien. Perawat menggunakan kerangka kerja keperawatan untuk mengumpulkan data subjektif dan objektif tentang pasien.

b. Diagnosa keperawatan

Tahap diagnosa menggunakan penilaian klinis perawat tentang masalah kesehatan. Diagnosa kemudian dapat dikonfirmasi dengan menggunakan tautan untuk menentukan karakteristik, faktor terkait dan faktor resiko yang ditemukan dalam penilaian pasien.

c. Perencanaan

Tahap perencanaan membahas masing-masing masalah yang didefinisikan dalam diagnosa. Setiap masalah diberikan tujuan atau hasil yang spesifik, dan setiap tujuan atau hasil diberikan intervensi keperawatan untuk membantu mencapai tujuan. Pada akhir tahap ini, perawat akan memiliki rencana asuhan keperawatan.

d. Implementasi

Pada tahap implementasi, perawat mulai menggunakan rencana asuhan keperawatan.

e. Evaluasi

Dalam tahap evaluasi, perawat melihat kemajuan pasien menuju tujuan yang ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan. Perubahan dapat dilakukan pada rencana asuhan keperawatan berdasarkan seberapa baik (atau buruknya) pasien maju menuju sasaran. Jika ada masalah baru yang diidentifikasi dalam tahap evaluasi, mereka dapat ditangani, dan prosesnya dimulai lagi untuk masalah spesifik tersebut.

BAB 3

STUDI KASUS

3.1 Gambaran Kasus

Pasien masuk Rumah sakit dan di rawat di IGD pada tanggal 03/04/2022, pukul 24.04, dengan keluhan sesak nafas dan edem seluruh tubuh. Setelah kondisi pasien mulai membaik pasien dipindahkan ke ruangan cempakan pada pukul 05.09. Pengkajian dilakukan pada hari selasa, 4/04/2022, pukul 08.20 Wita Ruangan cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Identitas klien Ny.P.M berjenis kelamin perempuan, usia 50 tahun dengan diagnosa medis CKD Keluhan utama Ny.P.M pasien mengeluh sesak nafas, badan terasa lemah, bengkak diseluruh tubuh, bengkak sudah dua minggu, seluru badan terasa kesemutan dan sebagian aktivitas pasien di bantu oleh keluarga pasien seperti mandi dan mobilisasi.

3.2 Asuhan Keperawatan Menurut Orlando

3.2.1 Pengkajian menurut Orlando

1. Perilaku Pasien

- a. Data Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia mengalami sesak nafas, rasa lemah, kesemutan pada jari-jari dan edem pada seluruh tubuh, sering merasa gatal di seluruh tubuh, pusing, memiliki riwayat Hipertensi (7 tahun). Riwayat sering konsumsi Kopi kurang lebih 500 cc/ hari dan jarang konsumsi air putih, sudah 4 bulan tidak melakukan Hemodialisa.
- b. Data Objektif: Pasien tampak sesak, pucat, lemah, cemas, gelisah, RR: 24x/mnt, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, CRT > 3 detik, akral dingin, Konjungtiva anemis, tampak edem pada seluruh tubuh dengan derajat 4 dengan kedalaman 8 mm dan sebagian dari aktivitas pasien di bantu oleh keluarga pasien seperti mobilisasi dan mandi, terpasang kateter dengan produksi urin 150 cc/24 jam, berwarna kuning gelap, berbusa dan berbau ammonia, kulit tampak kering, hasil pemeriksaan laboratorium kreatinin darah 2,95 mg/dL (0.00-1.10), urea N 56,40 mg/dL (6.00-20.00), natrium

darah 142 mmol/L (132-147), kalium darah 4,15 mmol/L (3.50-4.50), klorida darah 109 mmol/L (96-111), calcium ion 2,27 mmol/L (1.12-1.32), total calcium 4,57 mmol/L (2.20- 2.55), Hemoglobin 9,3 g/dl (12,0-16,0), Ht 29,0% (37,0-47,0), Jumlah eritrosit 3,91 (4,20-5,40).

2. Reaksi Perawat

- a. Pasien tampak bernafas cepat dan RR: 24x/mnt. Sehingga perawat menganalisa atau melaksanakan dan berpikir bahwa pasien mengalami sesak nafas yang dikarenakan perut pasien membesar yang berakibat pada penekanan pada diafragma dan paru-paru sehingga membuat pasien mengalami sesak nafas.
- b. Pasien mengalami peningkatan berat badan 5 kg dalam waktu 3 bulan dan pitting edem derajat 4 dengan kedalaman 8 mm, disini perawat berpikir bahwa pasien mengalami kelebihan volume cairan yang dikarenakan adanya gangguan fungsi ginjal yaitu sebagai pengatur keseimbangan cairan.

3. Tindakan keperawatan

- a. Tindakan yang dilakukan untuk mengurangi edem: menghitung balans cairan, batasi cairan, rencanakan hemodialisa.
- b. Tindakan yang dilakukan untuk mengurangi sesak nafas pasien: pemasangan O₂ nasal 3 L/mnt, beri posisi semi fowler dan nafas dalam

4. Fungsi Profesionalisme

a. Pengkajian

Pengkajian pada Ny. P.M berdasarkan teori Orlando difokuskan pada masalah yang dialami oleh pasien dimana berdasarkan pengkajian didapatkan bahwa pasien mengatakan bahwa ia mengalami sesak nafas, rasa lemah, kesemutan pada jari-jari dan edem pada seluruh tubuh, sering merasa gatal di seluruh tubuh, pusing, memiliki riwayat Hipertensi (7 tahun). Riwayat sering konsumsi Kopi kurang lebih 500 cc/ hari dan jarang konsumsi air putih, sudah 4 bulan tidak melakukan Hemodialisa.

Pasien tampak sesak, pucat, lemah, cemas, gelisah, RR: 24x/mnt, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, CRT > 3 detik, akral dingin, Konjungtiva anemis, tampak edem pada seluruh tubuh dengan derajat 4 dengan kedalaman 8 mm dan sebagian dari aktivitas pasien di bantu oleh keluarga pasien seperti mobilisasi dan mandi, terpasang kateter dengan produksi urin 150 cc/24 jam, berwarna kuning gelap, berbusa dan berbau ammonia, kulit tampak kering, hasil pemeriksaan laboratorium kreatinin darah 2,95 mg/dL (0.00-1.10), urea N 56,40 mg/dL (6.00-20.00), natrium darah 142 mmol/L (132-147), kalium darah 4,15 mmol/L (3.50-4.50), klorida darah 109 mmol/L (96-111), calcium ion 2,27 mmol/L (1.12-1.32), total calcium 4,57 mmol/L (2.20- 2.55), Hemoglobin 9,3 g/dl (12,0-16,0), Ht 29,0% (37,0-47,0), Jumlah eritrosit 3,91 (4,20-5,40).

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pada pengkajian diatas, reaksi perawat terhadap masalah yang dialami oleh Ny. P.M yaitu yang pertama Pasien tampak bernafas cepat dengan Respirasi: 24x/mnt, disini perawat berpikir bahwa pasien mengalami sesak nafas yang dikarenakan perut pasien membesar yang berakibat pada penekan pada diafragma dan paru-paru sehingga membuat pasien mengalami sesak nafas. Yang kedua yaitu pasien mengalami peningkatan berat badan 5 kg dalam waktu 3 bulan, pitting edem derajat 4 dengan kedalaman 8 mm, disini perawat berpikir bahwa pasien mengalami kelebihan volume cairan yang dikarenakan adanya gangguan fungsi ginjal yaitu sebagai pengatur keseimbangan cairan.

c. Intervensi

Setelah dianalisis, maka perawat perlu merencanakan tindakan untuk mengatasi segera masalah yang dialami oleh Ny. P.M dengan tetap menerapkan teori dari Orlando yaitu meliputi tindakan disiplin: Yang pertama untuk mengurangi sesak nafas pasien yaitu: beri posisi semi fowler, nafas dalam, dan kolaborasi pemasangan O₂ nasal 3 L/mnt.

Tindakan yang kedua dilakukan untuk mengurangi kelebihan volume cairan yaitu: menghitung balans cairan, batasi jumlah cairan, Monitor hasil lab elektrolit darah dan rencanakan hemodialisa.

d. Implementasi

Setelah perawat melakukan rencana perawat perlu melakukan tindakan untuk mengatasi segera masalah yang dialami oleh Ny.P.M dengan tetap menerapkan teori dari Orlando yaitu meliputi tindakan disiplin: Yang pertama untuk mengurangi sesak nafas pasien yaitu: Memberi posisi semi fowler, Melatih nafas dalam dan Melakukan kolaborasi pemasangan O2 nasal 3 L/mnt,. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah kedua kelebihan volume cairan yaitu: menghitung balans cairan yaitu Membatasi jumlah cairan, Memonitor hasil lab elektrolit darah dan rencanakan hemodialisa.

e. Evaluasi

Berdasarkan hasil perencanaan dan tindakan yang telah diberikan, evaluasi tindakan yang dilakukan berdasarkan penerapan pada Ny. P.M, Untuk masalah pertama yaitu sesak nafas: Data subjektif: pasien mengatakan tidak sesak nafas lagi, pasien tampak rileks dan RR: 20x/menit. Sedangkan masalah yang kedua yaitu kelebihan volume cairan: Data subjektifnya: Pasien mengatakan masih mengalami benngkak pada seluruh tubuh, Data Objektignya: pasien tampak edema seluruh tubuh Piting edem derajat 3 dengan kedalaman 6 mm, Produksi urin 200 cc/23 jam, kratinin darah 2,0 mg/dL, urea N 143 mg/dL, hemoglobin 9,3 g/dL,TTV: TD: 120/80 mmHg

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Perilaku Pasien

Data Subjektif: Pasien mengatakan bahwa ia mengalami sesak nafas, rasa lemah, kesemutan pada jari-jari dan edem pada seluruh tubuh, sering merasa gatal di seluruh tubuh, pusing, memiliki riwayat Hipertensi (7 tahun). Riwayat sering konsumsi Kopi kurang lebih 500 cc/ hari dan jarang konsumsi air putih, sudah 4 bulan tidak melakukan Hemodialisa.

Data Objektif: Pasien tampak sesak, pucat, lemah, cemas, gelisah, RR: 24x/mnt, terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, CRT > 3 detik, akral dingin, Konjungtiva anemis, tampak edem pada seluruh tubuh dengan derajat 4 dengan kedalaman 8 mm dan sebagian dari aktivitas pasien di bantu oleh keluarga pasien seperti mobilisasi dan mandi, terpasang kateter dengan produksi urin 150 cc/24 jam, berwarna kuning gelap, berbusa dan berbau ammonia, kulit tampak kering, hasil pemeriksaan laboratorium kreatinin darah 2,95 mg/dL (0.00-1.10), urea N 56,40 mg/dL (6.00-20.00), natrium darah 142 mmol/L (132-147), kalium darah 4,15 mmol/L (3.50-4.50), klorida darah 109 mmol/L (96-111), calcium ion 2,27 mmol/L (1.12-1.32), total calcium 4,57 mmol/L (2.20- 2.55), Hemoglobin 9,3 g/dl (12,0-16,0), Ht 29,0% (37,0-47,0), Jumlah eritrosit 3,91 (4,20-5,40).

Pengkajian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indri H.Susanti & Tri Sumami, 2021 dalam jurnal yang berjudul Gambaran Kelebihan Volume Cairan Pada Pasien Ny. P.M Dengan Kasus Gagal Ginjal Kronis Di Desa Ledug Kecamatan Kembaran, dimana penelitian ini dalam pengkajiam pada pasien dengan GGK yaitu ditemukan tekanan darah tinggi, edem pada kedua ekstremitas, peningkatan BUN, anemia, hipokalsemia, hiponatremia, peningkatan asam urat, proteinuria, pruritis, peningkatan kretinin, gatal-gatal pada pada kulit, kulit pucat dan pusing.

4.2 Reaksi Perawat

Pasien tampak bernafas cepat dan RR: 24x/mnt. Sehingga perawat menganalisa bahwa pasien mengalami sesak nafas yang dikarenakan perut pasien membesar yang berakibat pada penekanan pada diafragma dan paru-paru sehingga membuat pasien mengalami sesak nafas.

Pasien mengalami peningkatan berat badan 5 kg dalam waktu 3 bulan dan pitting edem derajat 4 dengan kedalaman 8 mm, disini perawat berpikir bahwa pasien mengalami kelebihan volume cairan yang dikarenakan adanya gangguan fungsi ginjal yaitu sebagai pengatur keseimbangan cairan.

Reaksi perawat diatas sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indri penelitian yang dilakukan oleh Indri H.Susanti & Tri Sumami, 2021 dalam jurnal yang berjudul Gambaran Kelebihan Volume Cairan Pada Pasien Ny. P.M Dengan Kasus Gagal Ginjal Kronis Di Desa Ledug Kecamatan Kembaran, dimana penelitian ini menjelaskan reaksi perawat yaitu perawat mengkaji kondisi pasien dimana pasien mengalami edem pada ekstremitas, asupan melebihi haluaran, berat badan meningkat drastis, disini perawat berpikir bahwa pasien mengalami kelebihan volume cairan yang dikarenakan adanya gangguan fungsi ginjal yaitu sebagai pengatur keseimbangan cairan.

4.3 Tindakan Perawat

Tindakan yang dilakukan untuk mengurangi sesak nafas pasien: kolaborasi pemasangan O₂ nasal 3 L/mnt, beri posisi semi fowler dan nafas dalam. Tindakan yang dilakukan untuk mengurangi edem: menghitung balans cairan, batasi cairan, rencanakan hemodialisa.

Tindakan perawat diatas sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Emma V. Hutagaol, 2017 dalam Jurnalnya yang berjudul Peningkatan Kualitas Hidup pada Penderita Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialis Melalui Psychological Intervention Di Unit Hemodialisa RS Royal Prima Medan Tahun 2016, dimana di dalam jurnalnya ini menjelaskan bahwa tindakan yang diberikan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik salah

satunya yaitu menjalani terapi Hemodialisa yang dimana bertujuan untuk mengambil zat yang bersifat Toksik (Zat Nitrogen) dalam tubuh ke dialyzer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan ketubuh pasien. Peran perawat selama pasien menjalani Hemodialisa yaitu memberikan asuhan keperawatan yang bersifat komprehensif dan holistic yang meliputi bio-spiko-sosial dan spiritual.

4.4 Profesionalisme

1. Pengkajian

Pengkajian pada Ny. P.M berdasarkan teori Orlando difokuskan pada masalah yang dialami oleh pasien dimana berdasarkan pengkajian didapatkan bawah pasien mengatakah bahwa bahwa ia mengalami sesak nafas, rasa lemah, kesemutan pada jari-jari dan edem pada seluruh tubuh, sering merasa gatal di seluruh tubuh, pusing, memiliki riwayat Hipertensi (7 tahun). Riwayat sering konsumsi Kopi kurang lebih 500 cc/ hari dan jarang konsumsi air putih, sudah 4 bulan tidak melakukan Hemodialisa. Pasien tampak sesak, pucat, lemah, cemas, gelisah, RR: 24x/mnt, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, CRT > 3 detik, akral dingin, Konjungtiva anemis, tampak edem pada seluruh tubuh dengan derajat 4 dengan kedalaman 8 mm dan sebagian dari aktivitas pasien di bantu oleh keluarga pasien seperti mobilisasi dan mandi, terpasang kateter dengan produksi urin 150 cc/24 jam, berwarna kuning gelap, berbusa dan berbau ammonia, kulit tampak kering, hasil pemeriksaan laboratorium kreatinin darah 2,95 mg/dL (0.00-1.10), urea N 56,40 mg/dL (6.00-20.00), natrium darah 142 mmol/L (132-147), kalium darah 4,15 mmol/L (3.50-4.50), klorida darah 109 mmol/L (96-111), calcium ion 2,27 mmol/L (1.12-1.32), total calcium 4,57 mmol/L (2.20- 2.55), Hemoglobin 9,3 g/dl (12,0-16,0), Ht 29,0% (37,0-47,0), Jumlah eritrosit 3,91 (4,20-5,40).

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pada pengkajian diatas, reaksi perawat terhadap masalah yang dialami oleh Ny. P.M yaitu yang pertama Pasien tampak bernafas cepat dengan Respirasi: 24x/mnt, disini perawat berpikir bahwa pasien mengalami sesak nafas yang dikarenakan perut pasien membesar yang berakibat pada penekan pada diafragma dan paru-paru sehingga membuat pasien mengalami sesak nafas. Yang kedua yaitu pasien mengalami peningkatan berat badan 5 kg dalam waktu 3 bulan, pitting edem derajat 4 dengan kedalaman 8 mm, disini perawat berpikir bahwa pasien mengalami kelebihan volume cairan yang dikarenakan adanya gangguan fungsi ginjal yaitu sebagai pengatur keseimbangan cairan.

3. Intervensi

Setelah dianalisis, maka perawat perlu merencanakan tindakan untuk mengatasi segera masalah yang dialami oleh Ny. P.M dengan tetap menerapkan teori dari Orlando yaitu meliputi tindakan disiplin: Yang pertama untuk mengurangi sesak nafas pasien yaitu: beri posisi semi fowler, nafas dalam, dan kolaborasi pemasangan O2 nasal 3 L/mnt. Tindakan yang kedua dilakukan untuk mengurangi kelebihan volume cairan yaitu: menghitung balans cairan, batasi jumlah cairan, Monitor hasil lab elektrolit darah dan rencanakan hemodialisa.

4. Implementasi

Setelah perawat melakukan rencana perawat perlu melakukan tindakan untuk mengatasi segera masalah yang dialami oleh Ny. P.M dengan tetap menerapkan teori dari Orlando yaitu meliputi tindakan disiplin: Yang pertama untuk mengurangi sesak nafas pasien yaitu: Memberi posisi semi fowler, Melatih nafas dalam dan Melakukan kolaborasi pemasangan O2 nasal 3 L/mnt,. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah kedua kelebihan volume cairan yaitu: menghitung balans cairan yaitu Membatasi

jumlah cairan, Memonitor hasil lab elektrolit darah dan rencanakan hemodialisa.

Implementasi perawat diatas sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indri penelitian yang dilakukan oleh Indri H.Susanti & Tri Sumami, 2021 dalam jurnal yang berjudul Gambaran Kelebihan Volume Cairan Pada Pasien Ny. P.M Dengan Kasus Gagal Ginjal Kronis Di Desa Ledug Kecamatan Kembaran, dimana implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi edem pada pasien dengan GGK yaitu Menghitung jumlah cairan yang masuk dan jumlah cairan yang keluar, membatasi jumlah cairan.

5. Evaluasi

Berdasarkan hasil perencanaan dan tindakan yang telah diberikan, evaluasi tindakan yang dilakukan berdasarkan penerapan pada Ny. P.M, Untuk masalah pertama yaitu sesak nafas: Data subjektif: pasien mengatakan tidak sesak nafas lagi, pasien tampak rileks dan RR: 20x/menit. Sedangkan masalah yang kedua yaitu kelebihan volume cairan: Data subjektifnya: Pasien mengatakan masih mengalami benngkak pada seluruh tubuh, Data Objektignya: pasien tampak edema seluruh tubuh Piting edem derajat 3 dengan kedalaman 6 mm, Produksi urin 200 cc/23 jam, kratinin darah 2,0 mg/dL, urea N 143 mg/dL, hemoglobin 9,3 g/dL,TTV: TD: 120/80 mmHg.

Evaluasi perawat diatas sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indri penelitian yang dilakukan oleh Indri H.Susanti & Tri Sumami, 2021 dalam jurnal yang berjudul Gambaran Kelebihan Volume Cairan Pada Pasien Ny. P.M Dengan Kasus Gagal Ginjal Kronis Di Desa Ledug Kecamatan Kembaran, dimana evaluasi kelebihan volume cairan pada pasien dengan GGK yaitu Data subjekti: Pasien mengatakan lemas dan bengkak pada ekstremitas bawah berkurang, Data Objektif: kaki pasien tampak bengkak berkurang, dan pitting edem > 2 detik.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian Menurut Orlando yaitu Perilaku Pasien (Data verbal dan non verbal): Data Verbal: Pasien mengatakan bahwa ia mengalami sesak nafas, rasa lemah, kesemutan pada jari-jari dan edem pada seluruh tubuh dan Data Non verbal Pasien tampak sesak, pucat, lemah, cemas, gelisah, RR: 24x/mnt, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, CRT > 3 detik, akral dingin, tampak edem pada seluruh tubuh dengan derajat 4 dengan kedalaman 8 mm dan sebagian dari aktivitas pasien di bantu oleh keluarga pasien seperti mobilisasi dan mandi, terpasang kateter, produksi urin 150 cc/24 jam, hasil pemeriksaan laboratorium kreatinin darah 2,95 mg/dL (0.00-1.10), urea N 56,40 mg/dL (6.00-20.00), natrium darah 142 mmol/L (132-147), kalium darah 4,15 mmol/L (3.50-4.50), klorida darah 109 mmol/L (96-111), calcium ion 2,27 mmol/L (1.12-1.32), total calcium 4,57 mmol/L (2.20- 2.55), Hemoglobin 9,3 g/dl (12,0-16,0), Ht 29,0% (37,0-47,0), Jumlah eritrosit 3,91 (4,20-5,40). Reaksi Perawat: Pasien tampak bernafas cepat dan RR: 24x/mnt. Sehingga perawat berpikir bahwa pasien mengalami sesak nafas yang dikarenakan perut pasien membesar yang berakibat pada penekan pada diafragma dan paru-paru sehingga membuat pasien mengalami sesak nafas. Pasien mengalami peningkatan berat badan 5 kg dalam waktu 3 bulan dan terjadinya penumpukan cairan di seluruh tubuh. Sehingga perawat berpikir bahwa pasien mengalami edem anasarka yang karena adanya gangguan fungsi ginjal yaitu sebagai pengatur keseimbangan cairan. Tindakan keperawatan: Tindakan yang dilakukan untuk mengurangi sesak nafas pasien: kolaborasi pemasangan O2 nasal 3 L/mnt, beri posisi semi fowler dan nafas dalam dan Tindakan yang dilakukan untuk mengurangi edem: menghitung balans cairan, batasi cairan.

2. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan pengkajian yaitu sesak nafas dan kelebihan volume cairan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi untuk masalah sesak nafas yaitu: Tindakan otomatis: Berikan terapi oksigen, Atur posisi semi fowler, Ajarkan teknik nafas dalam, Observasi pernapasan meliputi hitung RR dan dengar bunyi nafas dan masalah kelebihan volume cairan yaitu: Kaji udem, Anjurkan batasi cairan dan Hitung intake dan output dalam 24 jam dan rencanakan hemodialisis

4. Implementasi

Implementasi untuk masalah pertama (sesak nafas): Memberikan terapi oksigen, Mengatur posisi semi fowler, Mengajarkan teknik nafas dalam dan Mengobservasi pernapasan meliputi hitung RR dan dengar bunyi nafas dan implementasi masalah kedua (kelebihan volume cairan): Mengkaji udem, Menganjurkan batasi cairan dan Menghitung intake dan output dalam 24 jam dan merencanakan hemodialisis

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi masalah pertama: pasien mengatakan tidak sesak nafas lagi, Objektif: pasien tampak rileks dan RR: 20x/menit. Masalah ke 2 yaitu data subjektif: pasien mengatakan badan masih bengkak dan data objektif: pasien tampak edema seluruh tubuh, pitting edem derajat 4 dengan kedalaman 8 mm, kreatinin darah 2,0 mg/dL, urea N 143 mg/dL, Hemoglobin 9,3 g/dl (12,0-16,0), Ht 29,0% (37,0-47,0), Jumlah eritrosit 3,91 (4,20-5,40),TTV: TD: 120/80 mmHg, RR: 20x/menit.

5.1 Saran

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah mengamati lebih dekat perkembangan status kesehatan pasien untuk penulis selanjutnya.

1. Manfaat Teoritis

Sebagai bahan awal teori dalam memberikan Asuhan Keperawatan secara komperhensif pada pasien dengan CKD .

2. Manfaat Praktis.

a. Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi atau kepustakaan untuk meningkatkan kualitas belajar bagi mahasiswa terutama dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien CKD dengan menggunakan pendekatan teori *Disciplined Profesional Respons Theory* Ida Jean Orlando Pelletier.

b. Rumah Sakit

Sebagai masukan untuk Rumah sakit dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan pendekatan konsep model *Disciplined Profesional Respons Theory* Ida Jean Orlando Pelletier terhadap pasien dengan CKD

c. Pasien/Kelarga

Sebagai sumber informasi kesehatan dalam rangka utuk tindakan pencegahan, serta menambah penegetahuan tentang CKD dan di harapkan pasien mandiri pentingnya hidup sehat.

d. Mahasiswa

Informasi dan data tambahan dalam pedoman belajar serta penelitian terutama yang berhubungan dengan CKD.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N. (2018). *Teori Model Keperawatan*. Malang : Universitas Muhammadiyah Malang.
- Aisara, S., Azmi, S., & Yanni, M. (2018). Gambaran Klinis Penderita Penyakit Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1), 42-50. https://www.researchgate.net/publication/336803432_Gambaran_Klinis_Penderita_Penyakit_Ginjal_Kronik_yang_Menjalani_Hemodialisis_di_RSUP_Dr_M_Djamil_Padang
- Delanaye, P., Glassock, R. J., & De Broe, M. E. (2017). Epidemiology of chronic kidney disease: think (at least) twice! *Clinical Kidney Journal*, 10(3), 370–374. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5466090/>
- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan : Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Fitriani, D., Pratiwi, R. D., Saputra, R., & Haningrum, K. S. (2020). Hubungan Lama Menjalani Terapi Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik Di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Dr Sitanala Tangerang. *Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 4(1). <http://openjournal.wdh.ac.id/index.php/edudharma/article/view/44/39>
- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O’Callaghan, C. A., Lasserson, D. S., & Hobbs, F. D. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One*, 11(7). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4934905/>
- Maulana, I., Shalahuddin, I., & Hernawaty, T. (2021). Edukasi Pentingnya Melakukan Hemodialisa Secara Rutin Bagi Pasien Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 4(4), 897–906. <http://www.ejurnalmalahayati.ac.id/index.php/kreativitas/article/view/4076/pdf>
- Mimi, A., Hamzah, & Muhsinin. (2020). Pengaruh Terapi Foot Massage Terhadap Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di Rsdul Ulin Banjarmasin. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan*, 5(1), 36–51. <https://journal.stikessuakainsan.ac.id/index.php/jksi/article/view/194/119>
- Nuari, N., & Widayati, D. (2017). *Gangguan Pada Sistem Perkemihan dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta : Deepublisher.

- Prihandini, C. W., Gandari, N. K. M., & Widana, I. P. Y. (2020). Hubungan Resiliensi dengan Kualitas Hidup pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Ilmiah Pannmed*, 15(2), 273–278. <http://ojs.poltekkes-medan.ac.id/pannmed/article/view/737/562>
- Rahayu, F., Ramlis, R., & Fernando, T. (2018). Hubungan Frekuensi Hemodialisis Dengan Tingkat Stress Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 1(2), 139–153. <https://www.neliti.com/id/publications/256091/hubungan-frekuensi-hemodialisis-dengan-tingkat-stres-pada-pasien-gagal-ginjal-kr>
- Rahayu, T. G. (2021). Pengaruh Life Review Therapy Terhadap Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Komprehensif*, 7(1), 48–53. <https://journal.stikep-ppnijabar.ac.id/index.php/jkk/article/view/196/157>
- Ramelan, M. I., Ismonah, & Hendrajaya. (2013). Analisis faktor faktor yang mempengaruhi kepatuhan pembatasan asupan cairan pada klien dengan Chronic Kidney Disease yang menjalani Hemodialisis. *Jurnal Stikes Telogorejo*, 8(3), 22–31. <http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/index.php/ilmukeperawatan/article/view/181/205>
- Risnah, & Irwan, M. (2020). *Falsafah dan Teori Keperawatan Dalam Integrasi Keilmuan*. Makasar : Alauddin University Press.
- Sitoresmi, H., Irwan, A. M., & Sjattar, E. L. (2020). Intervensi Keperawatan Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis : Sistematis Review. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 6(1), 1–12. <https://journal.stikespemkabjombang.ac.id/index.php/jikep/article/view/451/411>
- Smeltzer, & Bare. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.
- Stanifer, J. W., Maro, V., Egger, J., Karia, F., Thielman, N., Turner, E. L., Shimbi, D., Kilaweh, H., Matemu, O., & Patel, U. D. (2015). The epidemiology of chronic kidney disease in Northern Tanzania: A population-based survey. *PloS One*, 10(4). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0124506>
- Sudarmi. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Cronic Kidney Disease (Ckd) Dengan Gangguan Pola Eliminasi Urin Intervensi Bladder Training (Delay Urination) Di Ruang Mamminasa Baji Rsud Labuang Baji Makassar*. http://repositori.uin-alauddin.ac.id/19548/1/SUDARMI_70900119043.pdf

- Sumah, D. F. (2020). Dukungan Keluarga Berhubungan dengan Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD dr . M . HAULUSSY Ambon. *Jurnal BIOSAINSTEK*, 2(1), 81–86. <https://www.jurnal.umm.ac.id/index.php/BIOSAINSTEK/article/view/351/237>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta : DPP PPNI.
- Zelle, D. M., Klaassen, G., Van Adrichem, E., Bakker, S. J., Corpeleijn, E., & Navis, G. (2017). Physical inactivity: a risk factor and target for intervention in renal care. *Nature Reviews Nephrology*, 13(3), 152–168. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28138130/>

L

A

M

P

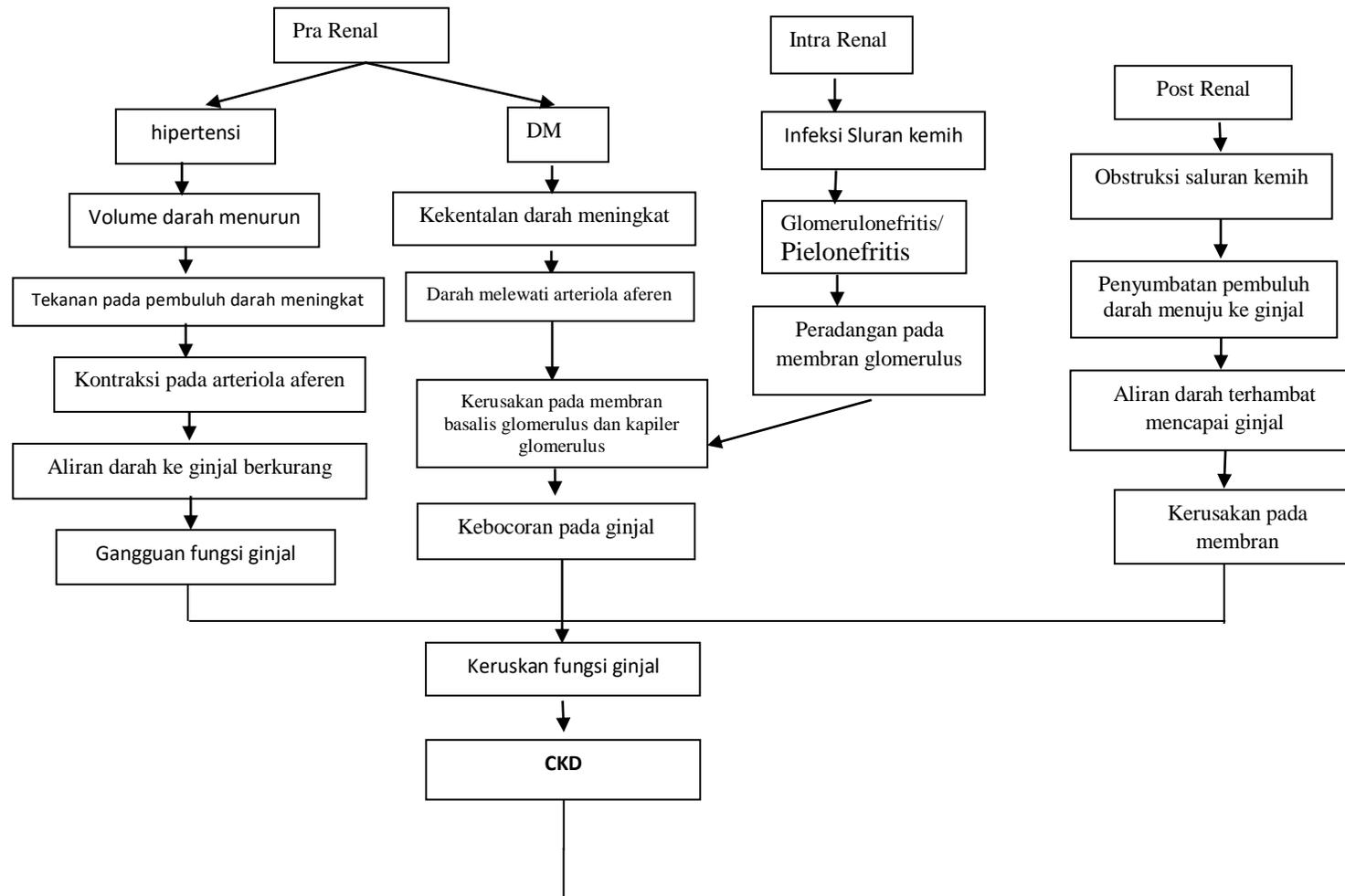
I

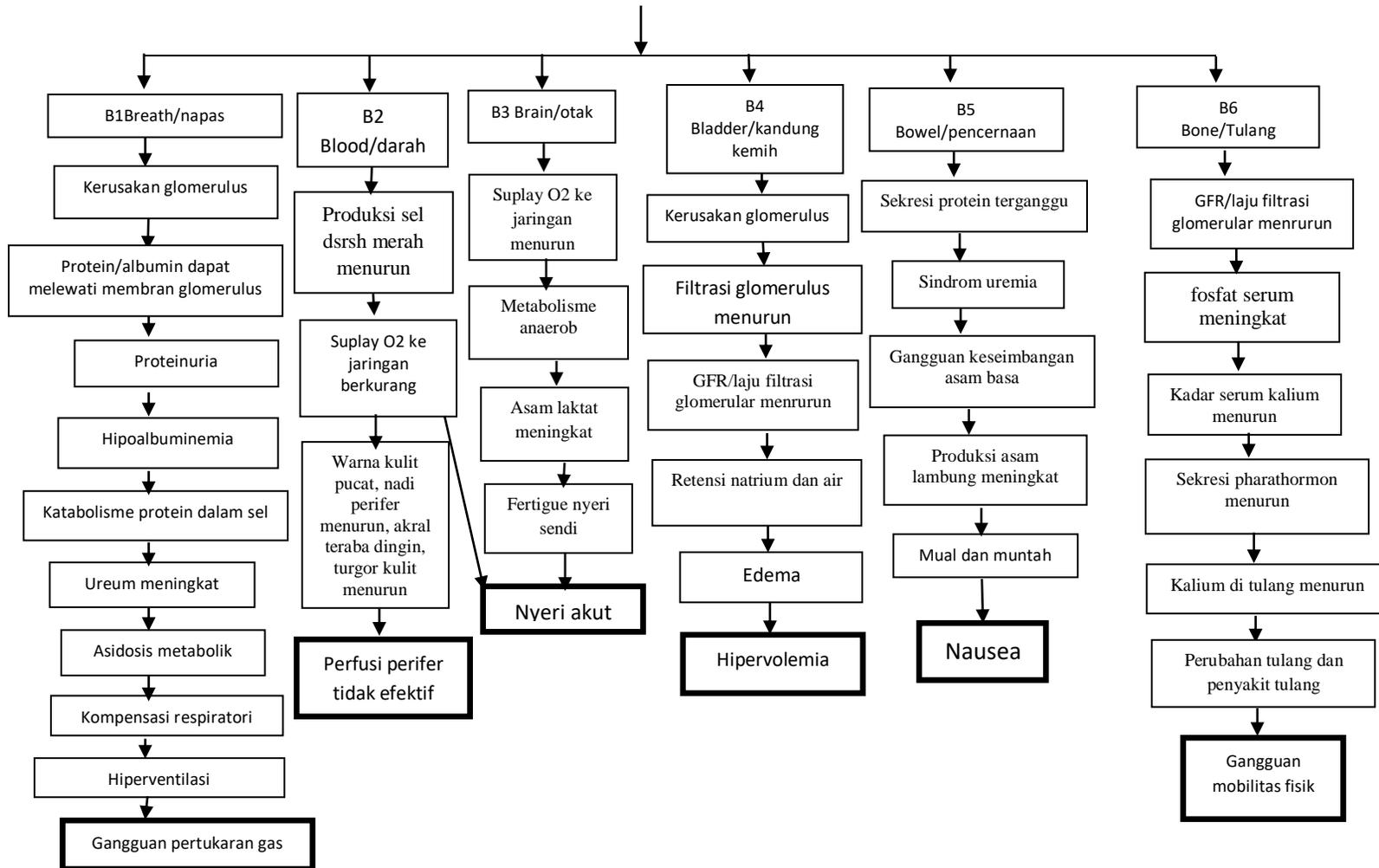
R

A

N

Patway:





Sumber:(Pahriyani,2021)

LAPORAN PENDAHULUAN PADA
PASIEN DENGAN CKD
(CHRONIC KIDNEY DISEASE)



OLEH:

NAMA : Yulius wonga
NIM : PO.5303211211569

Mengetahui

Pembimbing Akademik

NS-Simon Sani Kaden S.Pd.P. M.Pd.P

Pembimbing Klinik

NS Yoka M. Manu S.Ken
19871209 20100

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG
TAHUN 2022

acc 16/6/21

ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN CAD
DI RUANGAN EMPAKA.

OLEH

Nama = Yulius Wawan
NIM = 40 8303211 211869

Pembimbing Asisten:

NS. Sriani Sari, S.Kep. N. KEP

Pembimbing Utama

NS. Yona N. Mada, S.Kep. N. KEP

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
KUPANG JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
2021 / 2022

aeq 10/6/22

Lampiran 7

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDICAL BEDAH
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800258;
 Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : **XULIUS WANIGA**
 NIM : **PO 83022121509**

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ORANG DEWASA

Nama Pasien (inisial) : **Dikarya Mabilaba**
 Ruang/Kamar : **Cemapa**
 Diagnosa Medis : **CA - mahas tekd**
 No. Medical Record : **353033**
 Tanggal Pengkajian : **04-04-22**
 Masuk Rumah Sakit :

Jam : **04-04-2022**
 Jam : **16-30**

Identitas Pasien
 Nama Pasien (inisial) : **M - P M**
 Umur/Tanggal Lahir : **16-02-1992**
 Agama : **Islam**
 Pendidikan Terakhir : **SMP**
 Alamat : **Desa Dehe aot**

Jenis Kelamin : **Perempuan**
 Status Perkawinan : **Menikah**
 Suku Bangsa : **Timor / aot**
 Pekerjaan : **KRT**

Identitas Penanggung
 Nama (inisial) : **th - tyndah**
 Jenis Kelamin : **laki - laki**
 Alamat : **aot**

Pekerjaan : **Widiaswasta**
 Hubungan dengan klien : **Istri**

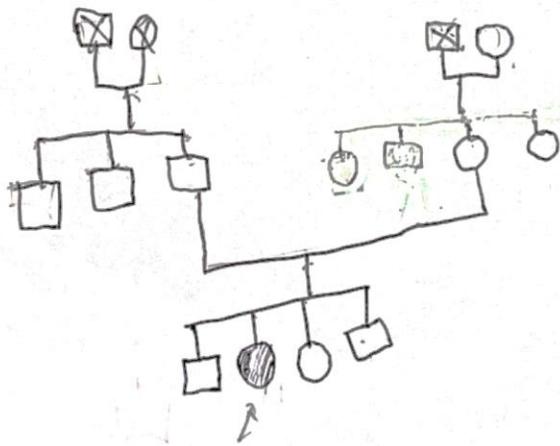
Riwayat Kesehatan

- Pengkajian Tingkat Kesadaran : **compar mentis**
 Verbal: **4**, Motorik: **5**, Eye: **6**
- Keluhan Utama
 • Kapan : **klia mematahkan hari pada paradek kiri di saat patah -**
 • Lokasi : **paradek kiri** **parus dan sakit haka**
- Riwayat Keluhan Utama
 • Mulai timbulnya keluhan :
 • Sifat keluhan : **berturut-turut**
 • Lokasi : **paradek kiri**
 • Keluhan lain yang menyertai :
 • Faktor pencetus yang menimbulkan serangan :
pada saat aktivitas ketika pasien dan masuk kamar mandi
 • Apakah keluhan: bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
bertambah saat mematahkan pasien
 • Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: **berobat**
- Riwayat Penyakit Sebelumnya
 • Riwayat penyakit yang pernah diderita
 o Ya **tidak**, Sebutkan
 Cara Mengatasi :

- Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis Waktu
 - Cara Mengatasi :
 - ✓ Tidak
- Riwayat Operasi
 - ✓ Ya , Jenis *selulitis* , Waktu *2019*
 - Tidak
- 5. Kebiasaan
 - Merokok
 - Ya , Jumlah: waktu
 - ✓ Tidak
 - Minum alkohol
 - Ya , Jumlah: waktu
 - ✓ Tidak
 - Minum kopi
 - ✓ Ya , Jumlah: *2 x / hari* , waktu *Pagi + sore* , Lamanya :
 - Tidak
 - Minum obat-obatan
 - Ya , Jenis, Jumlah: waktu
 - ✓ Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



- Keterangan =
- = laki-laki sehat
 - = perempuan sehat
 - ⊗ = laki-laki meninggal
 - ⊗ = perempuan meninggal
 - = perempuan pasien

- o - pola nafas tidak teratur ..
- o - Nadi .
- Kuku jatuh
- kelusabab integritas kulit

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital
 - Tekanan darah : 120/80 ..
 - Nadi : 100 ..
 - Pernapasan : 26 x/mnt ..
 - Suhu badan : 38.0 C ..
 - SpO2: 99%
2. Kepala dan leher
 - Kepala :
 - Sakit kepala : Pusing :
 - ya tidak
 - Bentuk :, ukuran dan posisi: normal abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, jelaskan : tidak ada
 - Masa : ada, jelaskan : tidak ada
 - Observasi Wajah : simetris asimetri, jelaskan
 - Penglihatan
 - Konjungtiva: meleah muda
 - Sklera: icterus
 - Pakai kaca mata : Ya, jelaskan : tidak
 - Penglihatan kabur : Ya, jelaskan : tidak
 - Nyeri :
 - Peradangan :
 - Operasi :
 - Jenis :
 - Waktu :
 - Tempat :
 - Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, jelaskan : tidak
 - Nyeri : Ya, jelaskan : tidak
 - Peradangan : Ya, jelaskan : tidak
 - Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya, jelaskan : tidak
 - Riwayat Polip : Ya, jelaskan : tidak
 - Sinusitis : Ya, jelaskan : tidak
 - Epistaksis : Ya, jelaskan : tidak
 - Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi :
 - Caries : Ya, jelaskan : tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, jelaskan : tidak
 - Gangguan bicara : Ya, jelaskan : tidak
 - Gangguan menelan : Ya, jelaskan : tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, jelaskan : tidak
3. Sistem Kardiovaskuler
 - Nyeri Dada : Ya, jelaskan : tidak
 - Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : compos mentis

Bentuk dada : abnormal, Jelaskan : normal
 Bibir : sianosis normal
 Kuku : sianosis normal
 Capillary Refill : Abnormal normal
 Tangan : Edema normal
 Kaki : Edema normal
 Sendi : Edema normal
 Ictus cordis/Apical Pulse : Teraba tidak teraba
 Vena jugularis : Teraba tidak teraba
 Perkusi : pembesaran jantung :
 Auskultasi : B J I : Abnormal normal
 B J II : Abnormal normal
 Murmur :

4. Sistem Respirasi

- Keluhan :
 - Inspeksi :
 Jejas : Ya, Jelaskan : tidak
 Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : Normal
 Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) tidak
 Irama Napas : teratur tidak teratur
 Retraksi otot pernapasan : Ya tidak
 Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan *ORZ.. NOKAL.. KAWA* tidak
 Perkusi : Cairan : Ya tidak *3 liter*
 Udara : Ya tidak
 Massa : Ya tidak
 - Auskultasi :
 Inspirasi : Normal Abnormal
 Ekspirasi : Normal Abnormal
 • Ronchi : Ya tidak
 • Wheezing : Ya tidak
 • Krepitasi : Ya tidak
 • Rales : Ya tidak
 Clubbing Finger : Normal Abnormal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan :
 b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : Normal
 - Keadaan bibir : lembab kering
 - Keadaan rongga mulut
 Warna Mukosa : *mudah... mudah* tidak
 Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan tidak
 Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan normal
 Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan
 - Keadaan abdomen
 Warna kulit : *baik... normal* tidak
 Luka : Ya, Jelaskan normal
 Pembesaran : Abnormal, Jelaskan

- Keadaan rektal

- Luka : Ya, Jelaskan tidak
 Perdarahan : Ya, Jelaskan tidak
 Hemmoroid : Ya, Jelaskan tidak
 Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan..... tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik :

- d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan normal
 Udara : Abnormal, Jelaskan normal
 Massa : Abnormal, Jelaskan normal

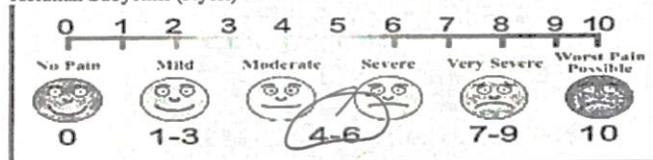
e. Palpasi :

- Tonus otot: Abnormal, Jelaskan normal
 Nyeri : Abnormal, Jelaskan normal
 Massa : Abnormal, Jelaskan normal

6. Sistem Persyarafan

a. Keluhan :

b. Keluhan Subyektif (Nyeri)



P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri)

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan serta deskripsi sifat nyeri yang dirasakan *1-3 menit dan bila tidak timbul*)

R = region/tempat (lokasi sumber & penyebarannya) *perut bagian*

S = severity/tingkat berat nyeri (skala nyeri 1-10) *4*

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya) *pada saat aktivitas, 19-1-3 hari*

- c. Tingkat kesadaran: *compos mentis* GCS (EMV): *15*
- d. Pupil : Isokor anisokor
- e. Kejang : Abnormal, Jelaskan normal
- f. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan tidak
- g. Parasthesia : Ya, Jelaskan tidak
- h. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan normal
- i. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan normal
- j. Reflexes : Abnormal, Jelaskan normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan :
- b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Nyeri otot : ada tidak ada
- d. Nyeri Sendi : ada tidak ada

- e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan normal
- f. kekuatan otot : Atropi hiperthropl normal



8. Sistem Integumentari
- a. Rash : ada, Jelaskan..... tidak ada
- b. Lesi : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Turgor : normal Warna : sawa, kuning normal
- d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan normal
- e. Petechie : ada, Jelaskan..... tidak ada
- f. Lain lain:.....

9. Sistem Perkemihan
- a. Gangguan : ancing menetes ontinensia retensi
- gross hematuri disuria poliuri
- oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak tidak
- nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine : 1-0.50 cc/hari
- e. Intake cairan : oral : cc/h parenteral :
- f. Bentuk alat kelamin : Normal Tidak normal, sel kan.....
- g. Uretra : Normal hipospadia/Epispadia
- Lain-lain :

10. Sistem Endokrin
- a. Keluhan :
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Lain - lain :

11. Sistem Reproduksi
- a. Keluhan :
- b. Wanita : Siklus menstruasi : normal
- Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan normal
 - Riwayat Persalinan: normal
 - Abortus:.....
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan normal
 - Lain-lain:.....
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
- d. Lain-lain:.....

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)
- A. Nutrisi
1. Kebiasaan :
- Pola makan : Baik
 - Frekuensi makan : Baik
 - Nafsu makan : Baik

- Makanan pantangan :
 - Makanan yang disukai : buah-buahan
 - Banyaknya minuman dalam sehari : 4-6 gelas / 1 liter 1 gelas
 - Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai :
 - BB : 70 kg TB : 1.69 cm
 - Kenaikan/Penurunan BB : 5 kg, dalam waktu :
 - 2. Perubahan selama sakit :
- B. Eliminasi**
1. Buang air kecil (BAK)
 - a. Kebiasaan
 - Frekuensi dalam sehari : 2-3x Warna : kekuningan
 - Bau : pekat Jumlah/ hari : 1.000 cc
 - b. Perubahan selama sakit :
 2. Buang air besar (BAB)
 - a. Kebiasaan : 2-3x Frekuensi dalam sehari : batuk
 - Warna : kekuningan Bau : pekat
 - Konsistensi : lencir
 - b. Perubahan selama sakit :
- C. Olah raga dan Aktivitas**
- Kegiatan olah raga yang disukai : Jalan Pagi
 - Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Tidak teratur
- D. Istirahat dan tidur**
- Tidur malam jam : 17 = 00
 - Bangun jam : 07 = 00
 - Tidur siang jam : 12 = 00
 - Bangun jam : 16 = 00
 - Apakah mudah terbangun : tidak
 - Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : tidak
- Pola Interaksi Sosial**
1. Siapa orang yang penting/ terdekat : suami dan anak-anak
 2. Organisasi sosial yang diikuti : ahisah keluarga
 3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik
 - Status rumah : mirip sendiri
 - Cukup/ tidak : Cukup
 - Bising/ tidak : tidak
 - Banjir/ tidak : tidak
 4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercaya/ terdekat :
 5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga :
 6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik
- Kegiatan Keagamaan/ Spiritual**
1. Ketaatan menjalankan ibadah : baik
 2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan :

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita :
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya :
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya :

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			
1	Kreatinin	0.5 - 0.9	210	✓		
2	Glukosa darah	75 - 126	126			
3	Urea	17 - 43	145	✓		
4	Hemoglobin	12.0 - 16.0	9.3			
5						
6						
7						

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

a. Foto gigi dan mulut :

.....

b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :

.....

c. Cholescystogram :

.....

d. Foto colon :

.....

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonografi :

.....

Biopsy :

.....

Colonoscopy :

.....

DII :

.....

Penatalaksanaan/pengobatan
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan

.....

- Obat 6 benar (indikasi dan Indikasi)

- Minoxidil 3x20 mg/10
- Nifedipin 20 TPM
- Minoxidil 2x1 20mg/10
- vit B-complex 3x1

- Lain-lain

Kasus ini berkaitan dengan infeksi kistik pada H. pylori karena
kami adanya efusi peritonium dalam bisa di serikan
* tidak tampak kelainan pada saat foto rontgen lambung

No.	Jenis obat	Dosis dan cara pemberian	Indikasi	Kontra indikasi
1.	ketorolak	3x30mg / IV	Alergi aspirin, turunan prokainamid, pembedahan LV, distrofi homolitik hamil dan menyusui, anak < 16 tahun.	Kontra indikasi obat ini hanya untuk kalangan medis tetapi jangan pindahkan hasil selang setelah operasi
2.	Ranitidin	2x1 ampul / IV	pylori, krusak lambung dan duodenum, dispepsia, esofagus erosif, kondisi hipersercretasi, stres ulser	Bisa didapat mikroskopis peritonit akut dan hipersensitivitas terhadap katekolamin
3.	vit B complexes	3x1	jika membantu menghambat kebutuhan vitamin B complexes di dalam tubuh.	Bisa terdapat riwayat alergi dengan obat ini dan hipersensitivitas
4.	NaCl 20 TPN			

ace 16/6/22

Yok

A. Analisa data

data - data	Masalah	Pertimb.
<p>DS = Peran pergerakan secara napas</p>	<p>Peran napas tidak efektif</p>	<p>Hambatan upaya napas</p>
<p>DO2 - Peran hampek mengangkut darah ke seluruh tubuh</p> <p>- Peran hampek mengangkut O2 ke seluruh tubuh 3 liter</p> <p>- Peran hampek penambahan elastisitas</p> <p>- tanda-tanda vital</p> <p>TD = 120/80 mmHg</p> <p>S = 36^oC</p> <p>M = 60 x/menit</p> <p>RR = 26 x/menit</p> <p>SpO2 = 92%</p>		
<p>DS = -</p>	<p>Peran inteksi</p>	<p>terusahan intesitas kulit</p>
<p>DO2 = -</p>		

- B. Diagnosis keperawatan
1. Peran napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas di buktikan dengan pergerakan otot banda napas, pemasangan O2 nasal kanul 3 liter dan peran hampek paru respirasi normal
 2. Peran inteksi di buktikan dengan terusahan intesitas kulit.

C. Intervensi keperawatan

SDkt	SIkt	SKt
<p>Peran napas tidak efektif</p> <p>b.d. Hambatan upaya napas</p>	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 30 menit seluruh @ 2 jam kontrapaksi maka peran napas membantu dengan</p>	<p>Mahasiswa Peran napas (1.01.11)</p> <p>Observasi =</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor peran napas produksi, usaha napas dan kesadaran. 2. Monitor bentuk napas membantu buruh, kelengkapan.

KKY

			<p>Pranatal luka (1-1-1564)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menohir karakteristik luka warna, ukuran, bau. 2. Menohir tanda-tanda infeksi. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan jumlah Nektar 2. Berikan Salep yang sesuai di kulit 3. Perhatikan tingkat semu semu perawatan luka 4. Pasang pembalutan sesuai jenis luka. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alur kerja mengobservasi keadaan tulang bawahi dan paha. 2. Perhatikan prosedur perawatan kulit sesuai prosedur <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi.
--	--	--	---

D. Implementasi dan Evaluasi

DA	Waktu/ Hari/ Jam	Implementasi	Evaluasi
	Kabu, 06-03-22		S: Pasien merasa sakit
	Jam = 18:00	1. Menohir pola napas pasien: warna napas, dan kelembaban.	Sesak napas
	18:20	2. Menohir bentuk napas tindakan vitalitas	C: Pasien tampak sehat RR 26 X/ menit
	18:40	3. Memeriksa bagaimana keadaan jumlah napas dengan hasil chariot dan sputum	A: Pola napas tidak aktif belum fiksasi
	16:00	4. Memeriksa posisi semi Fowler dan tidur.	P: Kolaborasi di lakukan.
	17:00	5. Memeriksa tingkat napas	
	17:20	6. Memeriksa oksigen:	

(RKY)

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING I

 <p>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</p>	LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULISAN AKHIR POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG PROFESI NERS		 <p>POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG</p>

NO	Hari/ Tanggal	Topik Bimbingan	Pembimbing		Mahasiswa	
			Nama	Paraf	Nama	Paraf
1	Jumat,29 juli 2022	Konsultasi bab 1	<u>Ns.Yoani</u> <u>M.V.B.Aty.</u> <u>S.Kep.,M.Kep</u>		Yulius wonga	
2	Selasa,02 agustus 2022	Konsultasi revisi revisi dari bab 1	<u>Ns.Yoani</u> <u>M.V.B.Aty.</u> <u>S.Kep.,M.Kep</u>		Yulius wonga	
3	Rabu,03 agustus 2022	Konsultasi bab 1 sampai bab 2	<u>Ns.Yoani</u> <u>M.V.B.Aty.</u> <u>S.Kep.,M.Kep</u>		Yulius wonga	
4	Kamis,04 agustus 2022	Konsultasi revisi bab 1 sampai bab 2	<u>Ns.Yoani</u> <u>M.V.B.Aty.</u> <u>S.Kep.,M.Kep</u>		Yulius wonga	

5	Senin, 08 agustus 2022	Konsultasi bab 1,2 sampai bab 3	<u>Ns. Yoani</u> <u>M.V.B.Aty,</u> <u>S.Kep.,M.Kep</u>		Yulius wonga	
6	Selasa, 16 agustus 2022	Konsultasi revisi dari bab 1,2 sampai bab 3	<u>Ns. Yoani</u> <u>M.V.B.Aty,</u> <u>S.Kep.,M.Kep</u>		Yulius wonga	
7	Kamis, 18 Agustus 2022	Konsultasi Bab 1-4	<u>Ns. Yoani</u> <u>M.V.B.Aty,</u> <u>S.Kep.,M.Kep</u>		Yulius wonga	
8	Senin, 22 Agustus 2022	Konsultasi revisi Bab 1-4	<u>Ns. Yoani</u> <u>M.V.B.Aty,</u> <u>S.Kep.,M.Kep</u>		Yulius wonga	
9	Sabtu, 27 Agustus 2022	Konsultasi Bab 1-5	<u>Ns. Yoani</u> <u>M.V.B.Aty,</u> <u>S.Kep.,M.Kep</u>		Yulius wonga	
10	Senin, 29 Agustus 2022	Acc	<u>Ns. Yoani</u> <u>M.V.B.Aty,</u> <u>S.Kep.,M.Kep</u>		Yulius wonga	

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING II

	LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBINGAN KARYA TULISAN AKHIR POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG PROFESI NERS	

NO	Hari/ Tanggal	Topik Bimbingan	Pembimbing		Mahasiswa	
			Nama	Paraf	Nama	Paraf
1	Jumat,29 juli 2022	Konsultasi bab 1	Simon S.Kleden,S.Kep.,N s.,M.Kep		Yulius Wonga	
2	Selasa,02 agustus 2022	Konsultasi revisi revisi dari bab 1	Simon S.Kleden,S.Kep.,N s.,M.Kep		Yulius Wonga	
3	Rabu,03 agustus 2022	Konsultasi bab 1 sampai bab 2	Simon S.Kleden,S.Kep.,N s.,M.HSc		Yulius Wonga	
4	Kamis,04 agustus 2022	Konsultasi revisi bab 1 sampai bab 2	Simon S.Kleden,S.Kep.,N s.,M.Kep		Yulius Wonga	

5	Senin, 08 agustus 2022	Konsultasi bab 1,2 sampai bab 3	Simon S.Kleden, S.Kep., N s., M.Kep		Yulius Wonga	
6	Selasa, 16 agustus 2022	Konsultasi revisi dari bab 1,2 sampai bab 3	Simon S.Kleden, S.Kep., N s., M.Kep		Yulius Wonga	
7	Kamis, 18 Agustus 2022	Konsultasi Bab 1-5	Simon S.Kleden, S.Kep., N s., M.Kep		Yulius Wonga	
8	Senin, 22 Agustus 2022	Konsultasi revisi Bab 1-5	Simon S.Kleden, S.Kep., N s., M.Kep		Yulius Wonga	
9	Sabtu, 27 Agustus 2022	Acc	Simon S.Kleden, S.Kep., N s., M.Kep		Yulius Wonga	