

KARYA TULIS AKHIR

**PENERAPAN TEORI *SELF CARE* MENURUT DOROTHEA E. OREM
PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. K. M DENGAN
DIAGNOSA CHRONIC KIDNEY DESEASE (CKD)
DI RUANG ICU RSUD ENDE**



OLEH:

**NIRWAYA DJABA
NIM. PO5303211211601**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI NERS
2023**

KARYA TULIS AKHIR

**PENERAPAN TEORI *SELF CARE* MENURUT DOROTHEA E. OREM
PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. K. M DENGAN
DIAGNOSA CHRONIC KIDNEY DESEASE (CKD)
DI RUANG ICU RSUD ENDE**

Karya Tulis Akhir ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Profesi Keperawatan Pada Program Studi Ners
Keperawatan PoltekNIK Kesehatan Kemenkes Kupang



OLEH:

NIRWAYA DJABA
NIM. PO5303211211601

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI NERS
2023**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nirwaya Djaba,SST
NIM : PO. 5303211211601
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 dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksiasat perbuatan tersebut.

Kupang, 13 Januari 2023

Yang Membuat Pernyataan,


Nirwaya Djaba,SST
PO.5303211211601

Pembimbing 1


Dominggos Gonsalves,S.Kep.,Ns.,M.Sc
NIP. 197108061992031001

Mengetahui,

Pembimbing 2


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

LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulisan Akhir
PENERAPAN TEORI *SELF CARE* MENURUT DOROTHEA E. OREM PADA
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. K. M DENGAN DIAGNOSA
CHRONIC KIDNEY DESEASE (CKD)
DI RUANG ICU RSUD ENDE

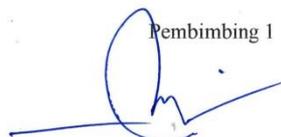
Disusun oleh


Nirwaya Djaba, SST
PO.5303211211601

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan di Depan Dewan Penguji Prodi Ners
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada tanggal, 20 Januari 2023

Mengetahui,

Pembimbing 1



Domingos Gonsalves, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP. 197108061992031001

Pembimbing 2



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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir

PENERAPAN TEORI *SELF CARE* MENURUT DOROTHEA E. OREM PADA
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. K. M DENGAN DIAGNOSA
CHRONIC KIDNEY DESEASE (CKD)
DI RUANG ICU RSUD ENDE

Disusun oleh


Nirwaya Djaba, SST
PO.5303211211601

Telah diuji dan dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Akhir
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Program Studi
Pendidikan Profesi Ners Pada Tanggal 20 Januari 2023

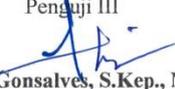
Penguji I


Gadur Blasius, S.Kep., Ns., M.Si
NIP. 196212311989031039

Penguji II


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

Penguji III


Domingos Gonsalves, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP. 197108061992031001

Mengesahkan,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners


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

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan


Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP. 19691281993031005



BIODATA PENULIS

A. Identitas Peneliti

1. Nama : Nirwaya Djaba, S.ST
2. Nim : PO.5303211211601
3. Tempat Tanggal Lahir : Ende, 31 Desember 1975
4. Suku/ bangsa : Ende / Indonesia
5. Agama : Islam
6. Alamat : Jln Ikan Paus, Kelurahan Tanjung, Kecamatan Ende Selatan, Kabupaten Ende-Flores

B. Riwayat Pendidikan

1. SDI Numba 2 1982-1989
2. SMP Swasta Tri Bhakti Basa 1989-1992
3. Madrasah Alyiah Negeri Ende 1993-1996
4. PAM-KT Kupang Jurusan Keperawatan 1996-1999
5. Diploma IV Keperawatan Medikal Bedah Poltekes Kemenkes Denpasar 2012-2013

C. Orang Tua

1. Bapak : Alm. H. Moh.Djaba
2. Ibu : Hj.Siti Nurdi

D. Keluarga

1. Status : Menikah
2. Suami : Lukman Pua Rangga, S.Pd
3. Anak-anak : Hasby, Najib, Tamam (HANATA)

MOTTO

“Belum terlambat untuk menjadi apapun yang di inginkan”

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat serta bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir yang berjudul “Penerapan Teori *Self Care* menurut Dorothea E.Orem pada Asuhan Keperawatan Pasien Tn. K.M dengan diagnosa Chronic Kidney Disease (CKD) di Ruang ICU RSUD Ende ” dengan baik dan tepat waktu.

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 Bapak Dominggos Gonsalves,S.Kep.,Ns.,M.Sc selaku dosen pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan, arahan, serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tugas Akhir. Ibu Ns. Yoany M.V.B.Aty,S.Kep.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan, arahan, serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tugas Akhir in dan Bapak Gadur Blasius,S.Kep.,Ns.,MSi selaku dosen Penguji pada ujian sidang Karya Tulis Akhir.

Penulis juga tidak lupa berterima kasih kepada :

1. Bapak Irfan, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementkes Kupang
2. Bapak Dr. Florentianus Tat., S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang;
3. Ibu Ns. Yoany M.V.B.Aty,S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kupang yang telah memberikan bimbingan, arahan, serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tugas Akhir ini;
4. Ibu Antonia Helena Hamu S.Kep.,Ns., M.Kep selaku koordinator pelaksanaan Profesi Ners yang telah memberi support, arahan, motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir.
5. Seluruh Dosen dan Staf Pengajar yang telah memfasilitasi dan membantu dalam proses penyusunan Karya Tulis Akhir.

6. Suami dan anak-anak tercinta (Hanata Family) 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;
7. Kepada seluruh saudara/i, keluarga, dan orang-orang terkasih yang dengan tulus hati selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir
8. Teman-teman profesi Ners yang telah memberikan informasi, semangat, dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini, dan semua pihak yang telah membantu hingga terselesainya 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, Januari 2023

Penulis

ABSTRAK

PENERAPAN TEORI SELF CARE MENURUT DOROTHEA E. OREM PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. K. M DENGAN DIAGNOSA CHRONIC KIDNEY DESEASE (CKD) DI RUANG ICU RSUD ENDE

Nirwaya Djaba, Dominggos Gosalfes

Email: nirwayadjaba@gmail.com

Profesi Ners Jurusan Kepewatan Kupang
Poltekkes Kemenkes Kupang

Xii +78 halaman, table ,gambar, lampiran

Latar belakang: *Chronic Kidney Disease* (CKD) merupakan merupakan penyakit yang sudah familiar di kalangan masyarakat Indonesia sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan. *Chronic Kidney Disease* mengalami peningkatan setiap tahunnya, di Indonesia merupakan ranking kedua pembiayaan terbesar dari BPJS Kesehatan setelah penyakit jantung. Peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah *Chronic Kidney Disease* dengan mengajarkan perawatan mandiri menggunakan Teori *self care Orem*. **Tujuan:** untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada Tn. K.M dengan masalah kesehatan *Chronic Kidney Disease* di Ruang ICU RSUD Ende dengan pendekatan Teori *Self Care* menurut Dorothea E. Orem. **Metode:** Rancangan studi adalah studi kasus. Dilaksanakan pada tanggal 13 - 15 Juni 2022 di Ruang ICU RSUD Ende. Pengambilan data melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan rekaman medik, lalu dianalisa dengan Teori *Self care Orem*. **Hasil:** Jalan napas terdapat sumbatan berupa sputum berwarna putih konsistensi kental, Membran mukosa dan bibir kering, pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien menggunakan alat bantu kateter, terpasang NGT dan pasien panas, suhu 39,5 °C Diagnosa yang ditegakan adalah Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme, Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan proses infeksi, dan Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi . Intervensi keperawatan diberikan dengan *supportive educative* meliputi Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial, Manajemen Jalan Napas dan Manajemen Hipertermi. Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Hasil Evaluasi Tn.K.M belum mampu meningkatkan *Self Care*. **Simpulan:** perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional kepada pasien *Chronic Kidney Disease* dapat menerapkan Teori *Self care* untuk meningkatkan perawatan mandiri pada pasien

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Chronic Kidney Disease, Self care Orem
Kepustakaan : 23 buku (2006-2022)

ABSTRAC

APPLICATION OF SELF CARE THEORY ACCORDING TO DOROTHEA E. OREM IN PATIENT NURSING CARE TN. K.M WITH DIAGNOSIS CHRONIC KIDNEY DESEASE (CKD) IN THE ICU ROOM OF ENDE HOSPITAL

By:

Nirwaya Djaba, Dominggos Gosalfes

Student of the Nursing Profession

Department of the Kupang Ministry of Health Poltekkes

Email : nirwayadjaba@gmail.com

Xii, +78 page, table, picture,

Background: Chronic Kidney Disease (CKD) is a disease that is well known among Indonesian people as an incurable disease. Chronic Kidney Disease has increased every year, in Indonesia it is the second largest financing from BPJS Kesehatan after heart disease. Chronic Kidney Disease has increased every year, in Indonesia it is the second largest financing from BPJS Kesehatan after heart disease. The role of nurses is very important in providing nursing care to patients with Chronic Kidney Disease problems by teaching independent care using Orem's self care theory. **Purpose:** to determine the application of nursing care to Mr. K.M with Chronic Kidney Disease health problems in the ICU Room of Ende Hospital with the Self Care Theory approach according to Dorothea E. Orem. **Method:** The study design is a case study. Held on 13 - 15 June 2022 in the ICU Room of Ende Hospital. Data collection through interviews, physical examination and medical records, then analyzed with Orem's Self care Theory. **Results:** The airway has a blockage in the form of thick white sputum, mucous membranes and dry lips, the patient has decreased consciousness, the patient uses a catheter, an NGT is installed and the patient is hot, the temperature is 39.5 0C The diagnosis that is enforced is a decrease in adaptive capacity intracranial associated with metabolic disorders, ineffective airway clearance associated with airway hypersecretion and infectious processes, and hyperthermia associated with infectious disease processes. Nursing interventions are provided in a supportive educative manner including Management of Increased Intracranial Pressure, Airway Management and Management of Hyperthermia. Implementation is carried out in accordance with the specified intervention. Evaluation results Mr.K.M has not been able to improve Self Care. **Conclusion:** nurses in providing professional nursing services to patients with Chronic Kidney Disease can apply the Theory of Self care to improve self-care for patients

Keywords : Nursing care, Chronic Kidney Disease, Self care Orem

Reference : 23 Books (2006-2022)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
BIODATA PENULIS.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN TEORI	7
A. Konsep Penyakit CKD	7
B. Konsep Asuhan Keperawatan CKD.....	19
C. Konsep Teori Self Care Orem	33
BAB III STUDI KASUS	50
A. Pengkajian	50
B. Diagnosa Keperawatan.....	51

C.	
Intervensi Keperawatan	53
D.	Imple
mentasi.....	54
E.	Evalu
asi	58
BAB IV PEMBAHASAN.....	62
A.	Peng
kajian	62
B.	Diag
nosa Keperawatan	64
C.	Inter
vensi Keperawatan	66
D.	Imple
mentasi Keperawatan	68
E.	Evalu
asi Keperawatan	71
BAB V PENUTUP	73
A.	Kes-
impulan	73
B.	Saran
.....	74
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Teori Defisit Perawatan Diri.....	40
Gambar 2.2 Tindakan Keperawatan Dalam <i>Self Care</i> Defisit	41

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cronic Kidney Disease (CKD) atau yang lebih dikenal dengan sebutan Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah penyakit yang sudah familiar dikalangan masyarakat Indonesia sebagai penyakit yang tidak dapat disembuhkan (Wahyuningsih, 2020).

World Health Organization (WHO, 2015) mengemukakan bahwa angka kejadian CKD diseluruh dunia mencapai 10% dari populasi, sementara itu pasien CKD yang menjalani hemodialisa diperkirakan mencapai 1,5 juta orang diseluruh dunia. Angka kejadiannya diperkirakan meningkat 8% setiap tahunnya. CKD menempati penyakit kronik dengan angka kematian tertinggi ke-20 didunia. Berdasarkan *National Chronic Kidney Disease Fact Sheet*, (2017) di Amerika Serikat, terdapat 30 juta orang dewasa (15%) memiliki penyakit CKD (Putri & Alini, 2020).

Perawatan penyakit ginjal di Indonesia merupakan ranking kedua pembiayaan terbesar dari BPJS Kesehatan setelah penyakit jantung (Infodatin, 2017). Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa penderita penyakit gagal ginjal di Indonesia sebesar 3,8 % naik dari 2.0% pada tahun 2013 (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Selain itu, gagal ginjal kronik termasuk 12 penyebab kematian umum di dunia, terhitung 1,1 juta kematian akibat Gagal Ginjal Kronik yang telah meningkat

sebanyak 31,7% sejak tahun 2010 hingga 2015 (Wahyuningsih, 2020). Data di ruangan ICU RSUD Ende didapatkan penderita dengan kasus CKD dalam 3 bulan terakhir, yakni dari bulan Mei-Juli 2022 sebanyak 12 kasus dari 100 pasien yang dirawat (Buku Register Ruang ICU RSUD Ende 2022).

Penanganan kasus CKD dapat dilaksanakan melalui konservatif yakni melakukan pemeriksaan laboratorium darah dan urine, optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan dan garam, diet TKRP (Tinggi Kalori Rendah Protein), Kontrol hipertensi, Kontrol ketidakseimbangan elektrolit, *Dialysis Peritoneal*. Dialisis biasanya dilakukan pada kasus-kasus *emergency*. Hemodialisis, yaitu dialisis yang dilakukan melalui tindakan infasif di vena dengan menggunakan mesin dan Operasi (Guswanti, 2019).

Salah satu teori yang sesuai dan dapat diterapkan pada pasien dengan kasus CKD sebagai suatu kondisi kronik yang manajemen penatalaksanaanya bergantung perawatan diri pasien adalah teori Self Care Orem. Teori Self Care ini dikemukakan oleh Dorothea E. Orem, fokus utama dari model konseptual Self Care ini adalah meningkatkan kemampuan seseorang atau keluarga dalam merawat dirinya atau anggota keluarganya secara mandiri sehingga tercapai kemampuan untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraannya (Andriyanti, 2018).

Dorothea E. Orem memberikan pelayanan keperawatan dengan memunculkan potensi pada tiap individu yang terganggu karena kondisinya yang sakit. Serta perawat memberikan motivasi kepada pasien untuk memenuhi kebutuhannya sendiri (*Self Care*) tanpa adanya ketergantungan kepada

orang lain. Sehingga pasien secara mandiri mengerti tentang pentingnya melakukan perawatan diri, untuk mencapai kesehatan yang optimal. Dalam proses pemberi asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan teori *Self Care Orem*, perawat membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan *Self Care* pasien yaitu *whole compensatory*, *partly compensatory*, dan *supportive educative*. Adapun kategori kebutuhan *Self Care* menurut Orem yaitu *universal*, *developmental*, dan *deviation Self Care requisites* (Aini, 2018).

Peran perawat sangat penting dalam merawat pasien CKD antara lain sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pendidik, pemberi asuhan keperawatan, pengorganisasi pelayanan kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan. Penerapan Teori Orem untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri meliputi pemeliharaan udara, air atau cairan, makanan, proses eliminasi normal, keseimbangan antara istirahat dan aktifitas, keseimbangan antara interaksi sosial dan solitud, pencegahan bahaya bagi kehidupan manusia, fungsi, dan kesejahteraan manusia, serta upaya untuk meningkatkan fungsi dan perkembangan individu dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi, keterbatasan, dan juga keinginan untuk normal (Risnah & Irwan, 2021)

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk menggambarkan penerapan teori *Self Care Orem* pada asuhan keperawatan pasien dengan CKD agar pasien dan keluarga bisa merawat diri sehingga mempercepat proses pemulihan dan mencegah terjadinya berbagai komplikasi.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. K.M dengan masalah kesehatan CKD diruangan ICU Rumah Sakit Umum Daerah Ende dengan pendekatan Teori Self Care menurut Dorothea E.Orem.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian keperawatan pada Tn. K.M dengan penyakit CKD menggunakan pendekatan *Teori Self Care* menurut Dorothea E.Orem di Ruang ICU RSUD Ende
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. K.M dengan penyakit CKD menggunakan pendekatan *Teori Self Care* menurut Dorothea E.Orem di Ruang ICU RSUD Ende
- c. Mampu merumuskan rencana tindakan keperawatan pada Tn. K.M dengan penyakit CKD menggunakan pendekatan Teori Self Care menurut Dorothea E.Orem di Ruang ICU RSUD Ende
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. K.M dengan penyakit CKD menggunakan pendekatan Teori Self Care menurut Dorothea E.Orem di Ruang ICU RSUD Ende
- e. Mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada Tn. K.M dengan penyakit CKD menggunakan pendekatan Teori Self Care menurut Dorothea E.Orem di Ruang ICU RSUD Ende

C. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Penulisan Karya Tulis Akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai perawatan penyakit *Chronis Kidney Disease* sebagai sarana pengembangan ilmu keperawatan dalam pembelajaran, maupun sebagai acuan intervensi yang diberikan dalam pelayanan keperawatan berdasarkan Teori Keperawatan *Self Care* Dorothea E. Orem.

2. Manfaat Praktis

1) Bagi Penulis

Penulisan Karya Tulis akhir ini juga bermanfaat untuk mengembangkan antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan sinkron atau tidak, karena dalam teori yang sudah ada tidak selalu sama dengan kasus yang terjadi, sehingga disusunlah Karya Tulis Akhir ini.

2) Bagi Institusi pendidikan

Hasil Karya Tulis akhir ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya bagi asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD.

3) Bagi RSUD Ende

Hasil Karya Tulis Akhir ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan keperawatan yang tepat khususnya untuk pemberian keperawatan asuhan keperawatan pada pasien CKD

4) Bagi Pasien

Agar pasien mendapatkan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

5) Bagi Masyarakat

Hasil Karya Tulis Akhir ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi dan informasi bagi masyarakat yang membaca supaya dapat mengetahui bagaimana merawat pasien dengan CKD sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada pasien dengan CKD.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit CKD

1. Pengertian

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan kerusakan ginjal yang menyebabkan ginjal tidak dapat membuang racun dan produk sisa darah, yang ditandai adanya protein dalam urin dan penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang berlangsung selama lebih dari tiga bulan (Angraini & Putri, 2016).

Chronic Kidney Disease (CKD) adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel pada suatu derajat dimana memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Salah satu sindrom klinik yang terjadi pada gagal ginjal adalah uremia. Hal ini disebabkan karena menurunnya fungsi ginjal (Ulianingrum, 2017).

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa CKD merupakan suatu penyakit perubahan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan irreversible yang tidak dapat lagi pulih atau kembali sembuh secara total seperti sediakala yang dapat disebabkan oleh berbagai hal dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan elektrolit, yang menyebabkan uremia.

2. Tanda dan Gejala

Gejala klinis yang ditimbulkan *Chronic Kidney Disease* (CKD) menurut Guswanti, (2019) antara lain:

- a. Hipertensi, akibat retensi cairan dan natrium dari aktifitas sistem renin-angiotensin-aldosteron);
- b. Gagal jantung kongestif dan udem pulmoner (akibat cairan berlebihan)
- c. Perikarditis (akibat iritasi pada lapisan perikardial oleh toksik, pruritis, anoreksia, mual, muntah, dan cegukan, kedutan otot, kejang, perubahan tingkat kesadaran, tidak mampu berkonsentrasi)

Sedangkan menurut Ismail (2018), tanda gejala CKD dibagi menjadi 7 (tujuh) yaitu:

- a. Gangguan pada system gastrointestinal
 - 1) Anoreksia, nausea, vomitus yang berhubungan dengan gangguan metabolisme protein di dalam usus, terbentuknya zat-zat toksin akibat metabolisme bakteri usus seperti ammonia dan melilguanidine serta sebabnya mukosa usus
 - 2) Faktor uremik disebabkan oleh ureum ureum yang berlebihan pada air liur diubah oleh bakteri dimulut menjadi amoni sehingga nafas berbau amonia, dan
 - 3) Gastritis erosive, ulkus peptic dan colitis uremik
- b. Kulit
 - 1) Kulit berwarna pucat, anemia dan kuning-kuningan akibat penimbunan urokrom

- 2) Gatal-gatal akibat toksin uremin dan pengedapan kalsium dipori-pori kulit
 - 3) Eksimosis akibat gangguan hematologi
 - 4) Ure frost : akibat kristalisasi yang ada pada keringat
 - 5) Bekas-bekas garukan karena gatal
- c. Sistem Hematologi
- 1) Anemia yang dapat disebabkan oleh berbagai factor, antara lain : berkurangnya produksi eritropoitin, hemolisis akibat berkurangnya masa hidup eritrosit dalam suasana uremia toksin, defisiensi besi, asam folat, dan lain-lain akibat nafsu makan yang berkurang, perdarahan, dan fibrosis sumsum tulang akibat hipertiroidism sekunder.
 - 2) Gangguan fungsi trombosit dan trombositopenia
- d. Sistem saraf dan otot
- 1) Restless Leg Syndrom, pasien merasa pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan
 - 2) *Burning Feet Syndrome*, rasa semutan dan seperti terbakar terutama di telapak kaki;
 - 3) Ensefalopati metabolik, lemah, tidak bisa tidur, gangguan konsentrasi, tremor, asteriksis, mioklonus, kejang, dan
 - 4) Miopati, kelemahan dan hipertrofi otot terutama ekstermitas proksimal

- e. Sistem kardiovaskuler
 - 1) Hipertensi akibat penimbunan cairan dan garam atau peningkatan aktivitas system renin angiotensin aldosterone
 - 2) Nyeri dada dan sesak napas akibat perikarditis atau gagal jantung akibat penimbunan cairan hipertensif;
 - 3) Gangguan irama jantung akibat aterosklerosis, gangguan elektrolit dan klasifikasi metastasik, dan
 - 4) Edema akibat penimbunan cairan.
- f. Sistem Endokrin
 - 1) Gangguan seksual, libido, fertilitas, dan ereksi menurun pada laki-laki akibat testosteron dan spermatogenesis menurun. Pada wanita timbul gangguan menstruasi, gangguan ovulasi, sampai amenore;
 - 2) Gangguan metabolisme glukosa, resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin
 - 3) Gangguan metabolisme lemak, dan
 - 4) Gangguan metabolisme vitamin D.
- g. Gangguan system lain
 - 1) Tulang osteodistropi ginjal, yaitu osteomalasia, osteoslerosis, osteitis fibrosia dan klasifikasi metastasik;
 - 2) Asidosis metabolik akibat penimbunan asam organik sebagai hasil metabolisme, dan

3) Gangguan elektrolit seperti hiperfosfotemia, hiperkalemia, dan hipokalsemia.

3. Etiologi

Menurut Brunner dan Suddrath, (2017), gagal ginjal kronik atau CKD dapat disebabkan oleh :

- a. Infeksi, misalnya pielonefritis kronik (Infeksi Saluran Kemih), glomerulonefritis (penyakit peradangan). Pielonefritis adalah proses infeksi peradangan yang biasanya mulai di renal pelvis, saluran ginjal yang menghubungkan ke saluran kencing (ureter) dan parenchyma ginjal atau jaringan ginjal. Glomerulonefritis disebabkan oleh salah satu dari banyak penyakit yang merusak baik glomerulus maupun tubulus. Pada tahap penyakit berikutnya keseluruhan kemampuan penyaringan ginjal sangat berkurang;
- b. Penyakit vaskuler hipertensif, misalnya nefrosklerosis benigna, nefrosklerosis maligna, stenosis arteria renalis. Disebabkan karena terjadinya kerusakan vaskularisasi di ginjal oleh adanya peningkatan tekanan darah akut dan kronik;
- c. Gangguan jaringan ikat misalnya lupus eritematosus sistemik, poliarteritis nodosa, sklerosis sistemik progresif. Disebabkan oleh kompleks imun dalam sirkulasi yang ada dalam membrane basalis glomerulus dan menimbulkan kerusakan. Penyakit peradangan kronik dimana sistem imun dalam tubuh menyerang jaringan sehat, sehingga menimbulkan gejala diberbagai organ;

- d. Gangguan kongenital dan herediter misalnya penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal. Penyakit ginjal polikistik ditandai dengan kista multiple, bilateral, dan berekspansi yang lambat laun akan mengganggu dalam menghancurkan parenkim ginjal normal akibat penekanan, semakin lama ginjal tidak mampu mempertahankan fungsi ginjal sehingga ginjal akan menjadi rusak,
- e. Penyakit metabolic misalnya DM (Diabetes Melitus), gout, hiperparatiroidisme, amiloidosis. Penyebab terjadinya ini dimana kondisi genetik yang ditandai dengan adanya kelainan dalam proses metabolisme dalam tubuh akibat defisiensi hormon dan enzim. Proses metabolisme ialah proses memecahkan karbohidrat protein, dan lemak dalam makanan untuk menghasilkan energi;
- f. Nefropati toksik misalnya penyalahgunaan analgesic, nefropati timbal. Penyebab penyakit yang dapat dicegah bersifat reversibel, sehingga penggunaan berbagai prosedur diagnostik;
- g. Nefropati obstruktif, misalnya saluran kemih bagian atas kalkuli neoplasma, fibrosis retroperitoneal. Saluran kemih bagian bawah yaitu hipertropi prostat, striktur uretra, anomali kongenital pada leher kandung kemih dan uretra, dan
- h. Batu saluran kencing yang menyebabkan hidrolitiasis. Merupakan penyebab gagal ginjal dimana benda padat yang dibentuk oleh presipitasi berbagai zat terlarut dalam urin pada saluran kemih.

4. Pathofisiologi

Gagal ginjal kronik disebabkan oleh berbagai kondisi, seperti gangguan metabolic (DM), infeksi (Pielonefritis), Obstruksi Traktus Urinarius, Gangguan Immunologis, Hipertensi, Gangguan tubulus primer (nephrotoksin) dan Gangguan kongenital yang menyebabkan GFR menurun.

Pada waktu terjadi kegagalan ginjal sebagai nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesis nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam keadaan penurunan GFR/daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai $\frac{3}{4}$ dari nefron-nefron rusak. Beban bahan yang harus dilarut menjadi lebih besar daripada yang bisa di reabsorpsi berakibat diuresis osmotik disertai poliuri dan haus.

Selanjutnya karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak timbul disertai retensi produk sisa. Titik dimana timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80%-90%. Pada tingkat ini fungsi renal yang demikian lebih rendah itu. (Barbara C Long).

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normalnya diekskresikan ke dalam urin) tertimbun dalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap system tubuh. Semakin banyak timbunan

produk sampah maka gejala akan semakin berat (Smeltzer dan Bare, 2011).

5. Penatalaksanaan

Menurut Monika, (2019) penatalaksanaan medis pada pasien dengan Gagal Ginjal Kronik, dibagi menjadi 3 yaitu :

a. Konservatif

- 1) Melakukan pemeriksaan darah dan urine
- 2) Optimalisasi dan pertahankan keseimbangan cairan dan garam. Biasanya diusahakan agar tekanan vena jugularis sedikit meningkat dan terdapat edema betis ringan. Pengawasan dilakukan melalui pemantauan berat badan, urine serta pencatatan keseimbangan cairan.

3) Diet TKRP (Diet Tinggi Kalori rendah Protein)

Diet rendah protein (20-240 gr/hr) dan tinggi kalori menghilangkan gejala anoreksia dan nausea dari uremia serta menurunkan kadar ureum. Hindari pemasukan berlebih dari kalium dan garam.

4) Kontrol Hipertensi

Pada pasien hipertensi dengan penyakit ginjal, keseimbangan garam dan cairan diatur tersendiri tanpa tergantung pada tekanan darah. Sering diperlukan diuretik loop selain obat anti hipertensi (Guswanti, 2019).

5) Kontrol Ketidakseimbangan elektrolit

Yang sering ditemukan adalah hiperkalemia dan asidosis berat. Untuk mencegah hiperkalemia hindari pemasukan kalium yang banyak (batasi hingga 60 mmol/hr), diuretik hemat kalium, obat-obat yang berhubungan dengan ekskresi kalium (penghambat ACE dan obat anti inflamasi nonsteroid), asidosis berat, atau kekurangan garam yang menyebabkan pelepasan kalium dari sel dan ikut dalam kaliure-sis. Deteksi melalui kalium plasma dan EKG.

b. Dialisis Peritoneal

Dialisis biasa dilakukan pada kasus-kasus emergency. Sedangkan dialy-sis yang bisa dilakukan dimana saja yang tidak bersifat akut adalah CAPD (*Continues Ambulatori Peritonal Dialysis*).

1) Hemodialisis

Hemodialisis adalah dialisis yang dilakukan melalui tindakan invasif divena yang menggunakan mesin. Pada awalnya hemodialisis dilakukannya didaerah femoralis, namun untuk mempermudah dilakukan AV fistula, yaitu menggabungkan vena dan arteri double lumen, yaitu langsung pada daerah jantung (vaskularisasi ke jantung). Tujuannya untuk menggantikan fungsi ginjal dalam tubuh fungsi ekskresi yaitu membuang sisa-sisa metabolisme dalam tubuh, seperti ureum, kreatinin, dan sisa metabolisme yang lain (Guswanti, 2019).

2) Operasi

Operasi yang dapat dilakukan pada pasien dengan CKD adalah operasi pengambilan batu dan transplatasi ginjal.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien Chronic Kidney Disease (CKD) menurut Monika, (2019), antara lain:

- a. Hematologi
 - 1) Hemoglobin (Hb) kurang dari 7-8 gr/dl
 - 2) Hematokrit biasanya menurun
 - 3) Eritrosit
 - 4) Leukosit
 - 5) Trombosit
- b. LFT (Liver Fungsi Test)
- c. Elektrolit (Klorida, Kalium, Kalsium)
 - 1) AGD (Analisa Gas Darah) : penurunan asidosis metabolik (kurang dari 7)

Terjadi karena kehilangan kemampuan ginjal untuk mengekskresikan hidrogen dan amonak atau hasil akhir.
 - 2) Kalium

Peningkatan sehubungan dengan retensi sesuai dengan perpindahan seluler (asidosis) atau pengeluaran jaringan hemolisis.
 - 3) RFT (Renal Fungsi Test) : untuk pemeriksaan ureum dan kreatinin.
 - 4) BUN/kreatinin : kadar BUN (normal 5-25 mg/dl), kreatinin serum (normal 0,5-1,5mg/dl) natrium (normal: serum 135-

145 mmol/L; urine: 40-220 mEq/L/24 jam), dan kalium (normal: 3,5-5,0 mEq/L; 3-5,0 mmol/Lm [unit SI]) meningkat.

- 5) Urine rutin
- 6) Urine khusus : benda keton dan analisa kristal batu
- 7) Volume urine; kurang dari 400 ml/jam, oliguri dan atau anuria.
- 8) Warna urine : secara abnormal urine keruh, disebabkan bakteri, partikel, koloid dan fosfat
- 9) Sedimen : kotor, kecoklatan menunjukkan adanya darah
- 10) Berat jenis kurang dari 1.015 (menetap pada 1,015) menunjukkan kerusakan ginjal berat.
- 11) EKG : mungkin abnormal untuk menunjukkan keseimbangan elektrolit dan asam basa.
- 12) Endoskopi ginjal : dilakukan secara endoskopik untuk menentukan pelvis ginjal, pengangkatan tumor selektif.
- 13) USG abdominal
- 14) CT Scan abdominal
- 15) Renogram

RPG (*Retio Pielografi*) katabolisme protein bikarbonat menurun
PCO₂ menurun yang menunjukkan adanya abnormalis pada pelvis ginjal dan ureter.

7. Komplikasi

a. Anemia

Penyebab anemia pada CKD adalah multifaktorial dan termasuk penurunan produksi eritropoietin ginjal, berkurangnya umur sel darah merah, gangguan penyerapan zat besi usus yang dimediasi oleh hepcidin (pengatur utama sirkulasi zat besi) dan kehilangan darah berulang pada pasien pada hemodialisis. Oleh karena itu, anemia CKD biasanya normositik (dengan sel darah merah berukuran normal) dan normokromik (dengan kadar hemoglobin normal di dalam sel darah merah).

b. Mineral Bone Disorder

Chronic Kidney Disease–Mineral Bone Disorder (CKD-MBD) meliputi kelainan dalam metabolisme mineral, struktur tulang dan kalsifikasi ekstraskletal yang terjadi dengan CKD progresif. Pasien dengan CKD ringan (CKD G2) dapat mengalami penurunan serum 25 hydroxy vitamin D dan / atau 1,25 dihydroxyvitamin D₃ level, dan peningkatan serum *parathyroid hormone* (PTH) dan fibroblast growth factor 23 (FGF23) level - hormon utama yang mengatur tulang integritas dan homeostasis mineral (kalsium dan fosfat). Pasien dengan CKD-MBD lanjut mungkin mengalami nyeri tulang, kesulitan berjalan dan / atau kelainan bentuk tulang serta risiko patah tulang yang lebih tinggi. Pada anak-anak, retardasi pertumbuhan adalah manifestasi umum dari MBD serta perubahan terkait CKD pada sistem hormonal.

c. Hyperkalemia

Pasien dengan penyakit ginjal kronik (CKD) berisiko lebih besar mengalami hiperkalemia, yang berkontribusi pada peningkatan risiko aritmia jantung dan henti jantung. Ginjal memainkan peran penting dalam mempertahankan homeostasis kalium. Asupan kalium diet rata-rata 50-100 mEq setiap hari dalam diet Barat. Karena ekskresi feses mewakili 10% dari asupan ini, ekskresi ginjal merupakan mekanisme utama untuk menjaga keseimbangan kalium. Dalam keadaan sehat, 80-90% dari beban kalium yang disaring diserap kembali di tubulus proksimal dan lengkung Henle, dengan ekskresi kalium urin total ditentukan terutama oleh sekresi luminal di nefron distal.

Untuk alasan ini, pasien dengan CKD dapat mempertahankan fungsi ekskresi kalium normal sampai perkiraan laju filtrasi glomerulus (GFR) sangat terganggu. Namun, pasien dengan CKD yang lebih lanjut, dengan komplikasi asidosis metabolik dan mereka yang diobati dengan penghambat sistem renin-angiotensinaldosteron (RAAS) mungkin mengalami penurunan ekskresi kalium akut dan/atau kronik, dengan risiko selanjutnya untuk mengembangkan hiperkalemia.

d. **Asidosis Metabolik**

Asidosis metabolik terkait dengan penurunan ekskresi amonium ginjal total yang terjadi ketika GFR menurun menjadi 300 mg/g) dibandingkan pada populasi referensi tanpa penyakit ginjal. Sementara risiko kejadian kardiovaskular aterosklerotik konvensional meningkat dengan CKD, sebagian besar peningkatan risiko disebabkan oleh patologi non-

aterosklerotik, seperti hipertrofi ventrikel kiri dengan disfungsi diastolik dan sistolik, penyakit katup, dan kalsifikasi arteri.

B. Konsep Dasar Asuhan CKD

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan dan analisis informasi secara sistematis dan berkelanjutan. Pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data dan menempatkan data ke dalam format yang terorganisir.

a. Identitas

Diisi identitas klien dan identitas penanggung jawab. Berupa nama klien, nama penanggung jawab, alamat, nomer register, agama, pendidikan, tanggal masuk, dan diagnosa medis.

b. Usia

Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 prevalensi penderita meningkat seiring dengan bertambahnya umur, dan peningkatan tajam pada kelompok umur 35-44 tahun dibandingkan kelompok umur 25-34 tahun.

c. Jenis Kelamin

Prevalensi penderita gagal ginjal lebih banyak pada laki-laki dari pada perempuan.

d. Keluhan utama

Kelebihan volume cairan pada ekstremitas. Anasarka, sesak, kejang, hipertensi, lemah, letargi, anoreksia, mual, muntah, nafas pendek, dyspnea, takipnea.

e. Riwayat kesehatan sekarang

Pada pasien gagal ginjal kronik biasanya terjadi oliguria yaitu penurunan intake output yang disebabkan oleh terganggunya fungsi ginjal untuk mempertahankan homeostasis cairan tubuh dengan kontrol volume cairan, sehingga cairan menumpuk di dalam tubuh. Terjadi pembengkakan kaki atau edema perifer pada pasien yang merupakan akibat dari penumpukan cairan karena berkurangnya tekanan osmotik plasma dan retensi natrium dan air. Hampir 30% gagal ginjal kronik disebabkan oleh hipertensi dan prevalensi hipertensi pada pasien baru gagal ginjal kronik adalah lebih dari 85%.

f. Riwayat Kesehatan Terdahulu

1) Diabetes Melitus

DM tingkat lanjut menyebabkan komplikasi gangguan kesehatan berupa GJK yang menyebabkan komplikasi gangguan regulasi cairan dan elektrolit yang memicu terjadinya kondisi overload cairan pada penderita.

2) Hipertensi

Hipertensi merupakan penyebab kedua dari end stage renal disease atau gagal ginjal tahap akhir. 51-63 % dari seluruh penderita CKD mempunyai hipertensi.

3) Kaji Penggunaan analgetik

g. Riwayat Kesehatan Keluarga

Karena penyebab gagal ginjal bisa dari DM atau hipertensi, maka kaji apakah keluarga memiliki penyakit tersebut.

- h. Pola Kesehatan Sehari-hari
 - 1) Nutrisi
 - a) Makan : Anoreksia, *nausea*, *vomiting*, Diit rendah garam.
 - b) Minum : kurang dari 2 liter perhari
 - 2) Eliminasi BAK dan BAB
 - a) Eliminasi BAK : Oliguria (Pengeluaran atau output urin kurang dari 400 ml/kg/hari).
 - b) Eliminasi BAB : konstipasi atau diare
 - 3) Istirahat : terjadi gangguan pola tidur pada malam hari karena sering berkemih.
 - 4) Aktivitas : lemah dan kelelahan
- i. Pemeriksaan Fisik
 - 1) Hipertensi dengan keadaan tekanan darah berada pada 140/90 atau lebih, lemah dan kelelahan
 - 2) Pemeriksaan wajah dan mata: Edema, edema periorbital *red eye syndrome* akibat penimbunan atau deposit garam kalsium dan konjungtiva. Konjungtiva anemis.
 - 3) Pemeriksaan mulut dan faring: Ulserasi di mulut dan perdarahan, *metallic taste*, nafas bau ammonia, cegukan.
 - 4) Pemeriksaan Leher : : *Engorged neck veins*.

- 5) Pemeriksaan paru-paru : *Crackles, depressed cough reflex, thick tenacious sputum, pleuritic pain*, nafas pendek, takipnea, kussmaul, *uremic pneumonitis*.
- 6) Pemeriksaan abdomen : edema, perdarahan dari jalur gastrointestinal
- 7) Sistem Perkemihan : Oliguria, anuria, nokturia, dan proteinuria. Proteinuria menyebabkan kurangnya jenis protein dalam tubuh, salah satunya adalah albumin.
- 8) Pemeriksaan Integument ; Warna kulit abu sampai bronze, kulit kering, pruritus, ekimosis, purpura, kuku rapuh dan tipis, rambut kasar, edema anasarka. Pitting edema berada pada derajat II : kedalaman 3-5 mm dengan waktu kembali 5 detik.
- 9) Pemeriksaan anggota gerak : Kehilangan kekuatan otot, nyeri tulang, patah tulang, *foot drop*, edema pada ekstremitas.
- 10) Pemeriksaan Staus *Neuro* : Lemah, kelelahan, bingung, tidak dapat berkonsentrasi, diorientasi, tremor, *seizures, asterixis, restlessness of legs, burning of soles of feet, behavior changes*
- 11) Pemeriksaan sistem reproduksi : Infertile, amenore, *testicular atrophy*, libido berkurang, kram otot.

2.

Diagnosa Keperawatan

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus pasien dengan CKD/GGK adalah :

- a. Resiko perfusi serebral b.d penurunan konsentrasi hemoglobin
- b. Defisit nutrisi b.d faktor psikologis (keengganan untuk makan)
- c. Intoleransi Aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- d. Gangguan eliminasi urin
- e. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi
- f. Risiko syok
- g. Resiko Infeksi
- h. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d gangguan metabolisme
- i. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas dan proses infeksi

3. Intervensi Keperawatan

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

- a. Resiko Perfusi Serebral b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)

Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan perfusi perifer membaik (L.02011) dengan kriteria hasil :Warna kulit pucat menurun, Edema perifer menurun, Kelemahan otot menurun, Kram otot menurun, Turgor kulit membaik, Tekanan darah sistolik membaik, Tekanan darah diastolic membaik, Tekanan arteri rata-rata membaik.

Intervensi Keperawatan (SIKI) *Perawatan Sirkulasi (I.02079)*.
Observasi: Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index). Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi). Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. *Terapeutik.* Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi., Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera, Lakukan pencegahan infeksi, Lakukan perawatan kaki dan kuku. Lakukan hidrasi. *Edukasi:* Anjurkan berhenti merokok. Anjurkan berolahraga rutin. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan

kulit kering pada kaki). Anjurkan program rehabilitasi vaskuler. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi(mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega3) dan Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan(mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

b. Defisit Nutrisi b.d Faktor Psikologis (Keengganan Untuk Makan)
(D.0019)

Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan kebutuhan nutrisi pada pasien akan membaik (L. 03030) dengan kriteria hasil : Porsi makan yang dihabiskan meningkat, Serum albumin meningkat, Nyeri abdomen menurun, Berat badan membaik, Frekuensi makan membaik, Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik dan Nafsu makan membaik.

Intervensi Keperawatan (SIKI) Manajemen Nutrisi (I. 03119)
Observasi: Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, Identifikasi makanan yang disukai, Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium. Terapeutik: Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan), Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Berikan suplemen

makanan, jika perlu, Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi. Edukasi: Anjurkan posisi duduk, jika mampu, Ajarkan diet yang diprogramkan. Kolaborasi: Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

c. Intoleransi Aktivitas b.d Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen (D.0056)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam (L.05047), Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) diharapkan keterbatasan aktifitas pada pasien meningkat dengan kriteria hasil : Kekuatan tubuh bagian atas meningkat, Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, Keluhan lelah menurun, Perasaan lemah menurun, Tekanan darah membaik, EKG iskemia membaik.

Intervensi Keperawatan (SIKI) Manajemen Energi (I.05178)

Observasi: Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas. Terapeutik: Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan), Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/aktif, Berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan, Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau

berjalan. Edukasi: Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan. Kolaborasi: Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

d. Gangguan Eliminasi Urine b.d Penurunan Kapasitas Kandung Kemih (D.0040)

Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan gangguan eliminasi urin (L.06053) dapat teratasi dengan kriteria hasil: Sensasi berkemih meningkat, Distensi kandung kemih menurun, Urine menetes menurun, Frekuensi BAK membaik.

Intervensi Keperawatan (SIKI) *Dukungan perawatan diri*: BAK/BAB (I.11349) *Observasi*: Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia, Monitor integritas kulit pasien. *Terapeutik*: Buka pakian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi, Dukung penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten, Jaga privasi selama eliminasi, Ganti pakian pasien jika perlu, Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan, Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal). *Edukasi*: Anjurkan BAB/BAK secara rutin, Anjurkan ke kamar mandi/toilet jika perlu.

e. Resiko Syok (D.0039)

Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam, diharapkan pasien terbebas dari resiko syok (L.03032) dengan kriteria hasil : Tingkat kesadaran meningkat, Akral dingin menurun, Pucat menurun, Haus menurun, Letargi menurun, Tekanan darah sistolik membaik, Tekanan darah diastolik membaik.

Intervensi Keperawatan (SIKI) *Pencegahan Syok* (I.02068)
Observasi: Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP), Monitor status oksigenasi, Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT), Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil, Periksa riwayat alergi. *Terapeutik:* Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%, Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu, Pasang jalur IV, jika perlu, Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin, jika perlu, Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi. *Edukasi:* Jelaskan penyebab/faktor resiko syok, Jelaskan tanda dan gejala awal syok, Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok, Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, Anjurkan menghindari allergen. *Kolaborasi:* Kolaborasi pemberian IV, jika perlu, Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu, Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu.

f. Resiko Infeksi (D.0142)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam (L.14137) , diharapkan tingkat infeksi pada pasien menurun dengan kriteria hasil :

Kebersihan badan meningkat, Letargi menurun, Kadar sel darah putih membaik, Kultur darah membaik, Kultur urin membaik, Kultur sputum membaik.

Intervensi Keperawatan (SIKI) Pencegahan infeksi (I.14539)
Observasi: Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.
Terapeutik: Batasi jumlah pengunjung, Berikan perawatan kulit pada area edema, Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Edukasi: Jelaskan tanda dan gejala infeksi, Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, Ajarkan etika batuk, Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

g. Hipervolemia b.d Gangguan Mekanisme Regulasi

Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) Keseimbangan Cairan (L.03020) Pasien akan terbebas dari hipervolemia selama dalam perawatan dengan kriteria hasil : Output urine meningkat, Tekanan darah membaik, Membran mukosa lembab.

Intervensi Keperawatan (SIKI) Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi: Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, suara napas tambahan), Identifikasi penyebab hipervolemia, monitor status hemodinamik, Monitor intake dan output cairan, Monitor tanda

hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine), Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat), Monitor efek samping diuretik. Terapeutik : Batasi asupan cairan dan garam, Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°. Kolaborasi: Kolaborasi pemberian terapi.

h. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d Gangguan Metabolisme

Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) Kapasitas Adaptif Intrakranial (06049). Tujuan: pasien akan meningkatkan kapasitas adaptif intrakranial dengan kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat, Gelisah menurun, Respon pupil membaik.

Intervensi Keperawatan (SIKI) Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial. Observasi : Observasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), Monitor CVP, jika perlu, Monitor status pernapasan, Monitor intake dan output cairan. Terapeutik : Minimalkan stimulus dengan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Cegah terjadinya kejang, Pertahankan suhu tubuh normal. Kolaborasi : Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu.

i. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Hipersekresi Jalan Napas dan Proses Infeksi Bersihan Jalan Napas (L.01001)

Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI) Tujuan : pasien akan terbebas dari ketidakefektifan jalan napas dengan Kriteria Hasil : Dalam jangka waktu 3x24 jam produksi sputum menurun, frekuensi napas membaik. Intervensi Keperawatan (SIKI) Manajemen Jalan Napas (I.01011). Observasi: Monitor pola napas, Monitor bunyi napas, Monitor sputum. Terapeutik : Posisikan semi-fowler atau fowler, Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Berikan oksigen, jika perlu. Kolaborasi : Kolaborasi pemberian espektoran.

4. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan adalah pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan secara langsung kepada pasien. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk membina hubungan saling percaya dan saling membantu, kemampuan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan evaluasi. Tahap pelaksanaan keperawatan (Andriyanti, 2018).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan keluarga. Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan

keluarga dalam mencapai tujuan (Andriyanti, 2018). Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu :

a. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif berfokus pada aktifitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni Subjektif (data berupa keluhan klien), Objektif (data hasil pemeriksaan), Analisa data (perbandingan data dengan teori), dan Planning (perencanaan). Evaluasi dibuat untuk masing-masing diagnose keperawatan.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi Sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait layanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir pelayanan.

C. Konsep Teori *Self Care* Orem

1. Biografi

Dorothea E. Orem lahir pada tanggal 15 Juli 1914 di Baltimore, Maryland, Amerika. Wafat 22 Juni 2007 di Savannah, Georgia, Amerika. Dia mengambil pendidikan di Providence Hospital School Of Nursing kemudian lulus pada tahun 1930. Dorothea E. Orem kemudian melanjutkan pendidikan dan meraih gelar Bachelor Of Science (BSc) pada bidang pendidikan keperawatan ditahun 1939, serta gelar master of science pada bidang pendidikan keperawatan di tahun 1945 dari Universitas Katolik Amerika dan terakhir, ia mendapatkan gelar doctor kehormatan dari Georgetown University di Washington, D.C., Pada tahun 1976 dengan latar belakang pendidikan tinggi, Orem disebut sebagai Ners Teorist (Risnah & Irwan, 2021).

Orem berpendapat bahwa untuk melakukan proses asuhan keperawatan maka harus dengan keyakinan bahwa setiap orang memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan pada dirinya sendiri sehingga akan membantu individu dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, memelihara kesehatannya dan mencapai kesejahteraan. Teori Orem ini dikenal sebagai self-care deficit theory. Orem memberikan label pada teorinya sebagai teori umum yang terdiri atas 3 teori terkait, yaitu teori self-care, teori self-care deficit, dan teori nursing system (Risnah & Irwan, 2021).

2. Konsep Teori Keperawatan Menurut Dorothea E. Orem

Model Orem adalah salah satu model konseptual yang paling sering dipakai dalam keperawatan. Teori ini berfokus pada pelayanan diri klien,

sehingga tujuan teori Orem adalah untuk membantu klien merawat dirinya sendiri. Keperawatan dibutuhkan oleh seseorang yang tidak mampu atau terbatas untuk melakukan *Self Care* secara terus menerus. Keperawatan diberikan bila berkurang kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan *Self Care* sesuai dengan *self care* demannya. Oleh karena itu teori Orem dikenal dengan sebutan "*teori Self Care*" (Aini, 2018).

Model ini didasarkan pada asumsi bahwa manusia memiliki kemampuan bawaan untuk melakukan perawatan diri, Manusia mandiri dan mampu mengendalikan dirinya sendiri dan mengoreksi dirinya sendiri. Ini menekankan tanggung jawab individual dan individu dan menekankan bahwa pencegahan dan pendidikan kesehatan adalah aspek kunci dari proses keperawatan. Menurut Orem, perawat harus melayani orang lain, membantu orang sakit dan merawatnya dengan baik. Tujuan profesi keperawatan adalah untuk mencapai tingkat perawatan mandiri pasien-kemandirian yang maksimal (Aini, 2018).

Tema sentral dari model konseptual perawatan Dorothea E. Orem adalah konsep perawatan diri dan ide deficit perawatan diri yang berkaitan erat. Konsep Orem pertama kali menyatakan idenya pada akhir 1950-an. Model Orem adalah salah satu model konseptual yang sering dipakai dalam keperawatan. Berfokus pada pelayanan diri klien, Orem mendefinisikan pelayanan diri sebagai sesuatu yang dipelajari, kegiatan yang bertujuan membantu diri untuk mengelola kehidupan yang diinginkan, kesehatan, perkembangan dan kesejahteraan. Tujuan teori Orem

adalah untuk membantu klien merawat dirinya sendiri. Pelayanan keperawatan penting saat klien tidak dapat memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, perkembangan atau sosial. Perawat mencari tahu mengapa klien tidak dapat memenuhi semua kebutuhan tersebut, apa yang harus dilakukan supaya klien mendapatkan kebutuhannya dan seberapa banyak perawatan diri yang dapat dilakukan klien (Aini, 2018).

Teori model Orem terdiri dari 3 perspektif teoritis berikut ini: teori perawatan diri, teori defisit perawatan diri dan teori sistem keperawatan (Aini, 2018).

3. Teori Perawatan Diri

Orem berpendapat bahwa teori perawatan diri yang ia kemukakan, merupakan bagian dari model konseptual keperawatan yang dapat diterapkan oleh semua profesional yang bekerja di bidang layanan kesehatan. Orem mendeskripsikan perawatan diri sebagai perilaku yang diperlukan secara pribadi dan berorientasi pada tujuan yang berfokus pada kapasitas individu itu sendiri untuk mengatur dirinya dan lingkungan dengan cara sedemikian rupa sehingga ia tetap bisa hidup, menikmati kesehatan dan kesejahteraan dan berkontribusi dalam perkembangannya sendiri. Secara singkat, perawatan diri memanifestasikan diri sebagai perilaku konkret, asuhan kompleks yang dilakukan untuk dan oleh seseorang. Perawatan diri secara umum dilakukan oleh orang dewasa, sedangkan orang yang sedang sakit (pasien) dan anak-anak bergantung pada asuhan tambahan yang diberikan oleh orang lain (asuhan dependen).

Dalam pandangan Orem perawatan diri merupakan proses pribadi yang bersifat unik. Self Care Agency adalah kemampuan seseorang untuk merawat diri sendiri (Self Care). Kemampuan individu untuk merawat diri sendiri dipengaruhi oleh "conditioning factor". Yang termasuk dalam conditioning factor adalah: faktor usia, jenis kelamin, tahap perkembangan, status kesehatan, orientasi sosiokultural, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga, gaya hidup, faktor lingkungan dan sumber-sumber yang tersedia yang adekuat. Secara normal orang dewasa mampu merawat diri sendiri. Bayi, anak-anak, lansia, orang sakit dan cacat membutuhkan bantuan penuh atau dibantu dalam kegiatan perawatan diri. Teori perawatan diri terdiri dari 3 konsep yaitu:

a. Perawatan Diri (*Self Care*).

Maksudnya perawatan pribadi untuk keberadaan sehat yang bisa dilakukan secara mandiri setiap hari. Hal ini tergantung pada usia, jenis kelamin, keadaan kesehatan, lingkungan sosial dan budaya, keluarga. Perawatan diri dihasilkan dari hubungan antara persyaratan terapeutik dan efek perawatan diri. Jika seseorang mengalami dependen Self Care, maka ia bergantung pada orang lain untuk membantu memenuhinya.

b. Manajemen dari efek *Self Care*

Kegiatan memulai perilaku self caring pada individu. Pasien harus mengetahui alasan mengapa mereka melakukan aktifitas tertentu. Mereka harus memutuskan bagaimana melakukan perawatan diri dan memilih urutan aktifitas.

c. Kebutuhan Perawatan Diri (*Self-Care Requisites*)

Kebutuhan perawatan diri oleh Orem dibagi menjadi 3 yaitu kebutuhan perawatan diri universal, perkembangan dan deviasi kesehatan

1) Kebutuhan Perawatan Diri Universal (*Universal Self Care Requisites*)

Kebutuhan ini ada pada setiap manusia dan berkaitan dengan fungsi kemanusiaan dan proses kehidupan, biasanya mengacu pada kebutuhan dasar manusia, meliputi:

- a) Pemeliharaan kecukupan intake udara
- b) Pemeliharaan kecukupan intake cairan
- c) Pemeliharaan kecukupan intake makanan
- d) Pemeliharaan keseimbangan antara aktifitas dan istirahat
- e) Pemeliharaan keseimbangan antara solitude (berdiam diri) dan interaksi sosial
- f) Mencegah ancaman kehidupan manusia, fungsi kemanusiaan dan kesejahteraan manusia
- g) Persediaan asuhan yang berkaitan dengan proses-proses eliminasi
- h) Meningkatkan fungsi normal manusia dan perkembangan kedalam kelompok sosial sesuai dengan potensi seseorang, keterbatasan seseorang dan keinginan seseorang untuk menjadi normal.

2) *Kebutuhan Perawatan Diri Perkembangan (Developmental Self Care Requisites)*

Kebutuhan yang berkaitan dengan pertumbuhan dan kemajuan individu. Kebutuhan tersebut mencakup kebutuhan perawatan diri universal namun berkaitan dengan bagaimana mereka secara spesifik diarahkan pada perkembangan. Sebagai contoh nutrisi dan istirahat merupakan kebutuhan universal, namun keduanya juga dapat secara spesifik berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan tubuh. Contoh lain kebutuhan ini adalah: tahap kehidupan saat ini dan perubahannya (misalnya, bayi baru lahir, remaja), serta situasi dan kejadian kritis yang mencegah pertumbuhan dan perkembangan individu (misalnya kurangnya pendidikan, kehilangan keluarga).

Dua kategori dari perawatan diri terkait perkembangan adalah menurut Christensen & Kenney, (2009) yaitu:

- a) Mempertahankan kondisi yang mendukung proses hidup dan meningkatkan perkembangan
- b) Mencegah efek yang membahayakan terhadap perkembangan manusia dan memberikan perawatan untuk mengatasi efek ini.

3) *Kebutuhan Deviasi Kesehatan (Therapeutic Requisites)*

Kebutuhan yang berkaitan dengan penyimpangan status kesehatan seperti sakit, luka atau kecelakaan yang dapat menurunkan kemampuan individu dalam memenuhi kebutuhan Self

Carenya, baik secara permanen maupun temporer. Kebutuhan ini meliputi:

- a) Mencari pengobatan yang tepat dan aman
- b) Mengetahui dampak dari patologi penyakit
- c) Memilih dan menerapkan prosedur atau tindakan-tindakan diagnostik, terapi dan rehabilitative yang tepat dan efektif
- d) Memahami dan menyadari dampak tidak nyaman dari program pengobatan
- e) Memodifikasi konsep diri untuk dapat menerima status kesehatannya
- f) Belajar hidup dengan keterbatasan sebagai dampak kondisi patologi

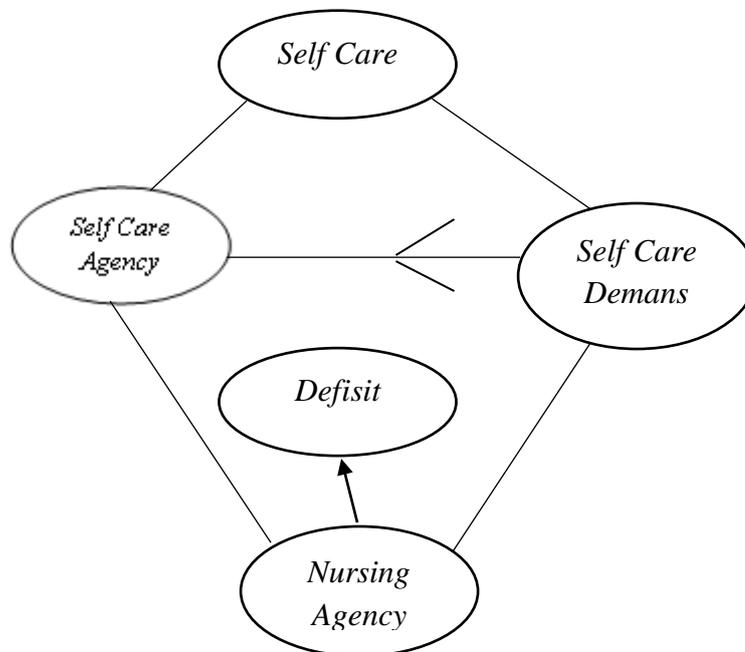
4. Teori Defisit Perawatan Diri (*Self Care Deficit*)

Merupakan hal utama dari teori general keperawatan menurut Orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika seorang dewasa (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan self care secara efektif. Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang atau tidak dapat terpenuhi atau adanya ketergantungan. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu Self Care:

- a. Tindakan yang dilakukan untuk orang lain;
- b. Memberikan petunjuk dan pengarahan;

- c. Memberikan dukungan fisik dan psikologis;
- d. Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal, dan
- e. Pendidikan

Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi Self Care. Orem menggambarkan hubungan diantara konsep yang telah dikemukakannya



Gambar 2.1 Teori Defisit Perawatan Diri (Risnah & Irwan, 2021)

Berdasarkan gambar diatas dapat dilihat bahwa jika kebutuhan lebih banyak dari kemampuan, maka keperawatan akan dibutuhkan. Tindakan-tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan pelayanan keperawatan dapat digambarkan sebagai domain keperawatan Orem, (2001). mengidentifikasi lima area aktifitas keperawatan, yaitu:

- a. Masuk kedalam dan memelihara hubungan perawat klien dengan individu, keluarga, kelompok sampai pasien dapat melegitimasi perencanaan keperawatan.
- b. Menentukan jika dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui keperawatan.
- c. Bertanggung jawab terhadap permintaan pasien, keinginan dan kebutuhan untuk kontak dan dibantu perawat.
- d. Menjelaskan, dalam bentuk keperawatan. memberikan dan melindungi klien secara langsung dalam bentuk keperawatan.
- e. Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan keperawatan dengan kehidupan sehari-hari klien ,atau perawatan kesehatan lain jika dibutuhkan serta pelayanan sosial dan edukasional yang dibutuhkan atau yang akan diterima.

5. Teori Sistem Keperawatan (*Nursing System*)

Nursing System adalah kegiatan keperawatan yang dilakukan karena individu/pasien mengalami defisit perawatan diri. *Nursing System*, yang didesain oleh perawat berdasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan klien melakukan aktifitas *Self Care* nya. Bila ada *Self Care* deficit yang berarti ada kesenjangan antara apa yang individu dapat lakukan (*Self Care agency*) dan apa yang dibutuhkan supaya'dapat berfungsi secara optimal (*Self Care demand*), sehingga keperawatan diperlukan.

Nursing Agency adalah orang yang dididik dan dilatih sebagai perawat yang membolehkan mereka untuk melakukan kegiatan, menge-

tahui dan membantu individu untuk memenuhi *Self Care Demand* nya melalui latihan dan pengembangan *Self Care Agency* nya sendiri.

Orem mengidentifikasi 3 klasifikasi dari nursing system untuk memenuhi kebutuhan *Self Care* klien.

a. *Wholly Compensatory System (WCS)*

WCS diperlukan oleh klien yang tidak mampu untuk memenuhi kebutuhannya sendiri secara langsung dan mengontrol pergerakan atau dalam pengobatan medis supaya tidak melakukan aktifitas. Perawat mengambil alih pemenuhan kebutuhan self care nya secara menyeluruh pada klien. WCS diberikan pada klien dengan tingkat ketergantungan yang tinggi, yakni :

- 1) Tidak mampu melakukan berbagai aktifitas misalnya pada klien koma;
- 2) Dapat melakukan gerakan tetapi tidak boleh ada gerakan, misalnya pada klien fraktur, dan
- 3) Tidak mampu memberi alasan tindakan *Self Care* tapi mungkin dapat ambulasi dan melakukan *Self Care* dengan pengawasan dan bimbingan, pada klien dengan retardasi mental.

Tindakan keperawatan terdiri atas melakukan perawatan diri terapeutik klien, mengompensasi ketidakmampuan klien, dan mendukung dan melindungi klien (Christensen & Kenney, 2009)

b. *Partly Compensatory Nursing System*

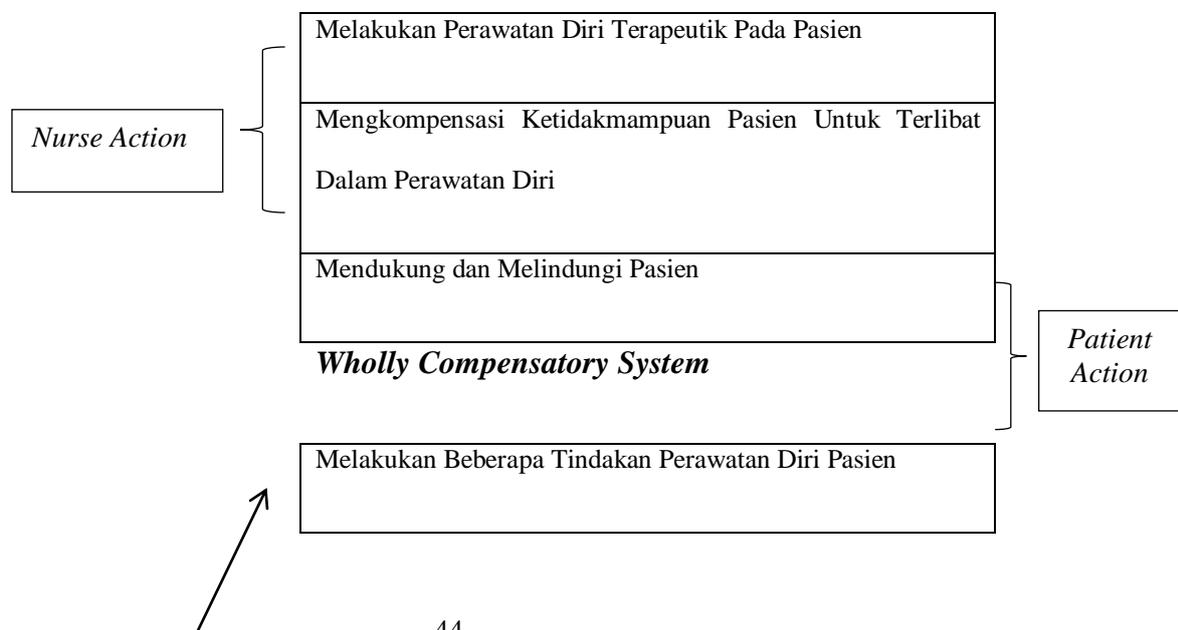
Situasi dimana perawat dan klien bersama-sama melakukan asuhan

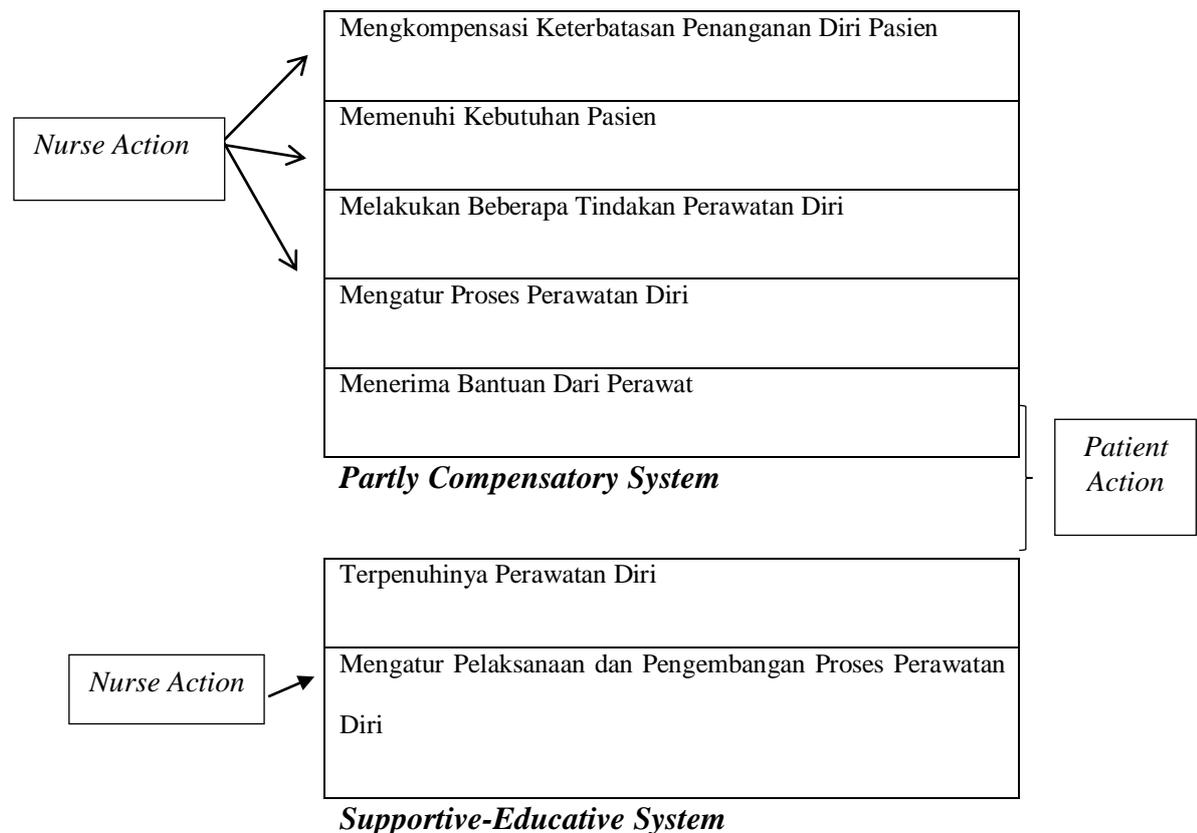
perawatan, *Self Care* dan atau ambulasi, perawat mengambil alih beberapa aktifitas yang tidak dapat dilakukan oleh klien dalam pemenuhan kebutuhan self care nya, misalnya klien lansia diabetes melitus.

c. *Supportive-Educative System*

Klien mampu dan dapat belajar untuk melakukan *Self Care* yang dibutuhkan, tetapi memerlukan bantuan. Pada sistem ini klien melakukan semua kebutuhan *Self Care* nya. Klien membutuhkan bantuan untuk pembuatan keputusan, mengendalikan perilakunya dan mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan. Peran perawat adalah meningkatkan *Self Care agency* dari klien misalnya klien dengan diabetes melitus diajarkan untuk menyuntik sendiri, dan lain-lain. Perawat dapat membantu klien dengan memberikan bimbingan, dukungan, pengajaran, atau perubahan lingkungan.

Dalam teori *Self Care*, mana saja kegiatan yang menjadi tanggung jawab pasien dan perawat dijelaskan pada gambar di bawah ini (Aini, 2018)





Gambar 2.2 Tindakan Keperawatan Dalam *Self Care* Defisit (Aini, 2018)

6. Paradigma Keperawatan

Orem mendefinisikan konsep paradigma keperawatan sebagai berikut (Basford & Slevin, 2006) dalam (Aini, 2018)

a. Manusia

Manusia dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk perawatan diri dan perawatan bagi anggota keluarga yang mengalami ketergantungan, manusia termotivasi untuk memberikan perawatan semacam itu. Tindakan dan perilaku manusia terkait dengan tujuan yang ingin dicapainya. Belajar dipengaruhi oleh usia,

kemampuan mental, budaya, masyarakat dan keadaan emosional individu. Jika seorang manusia gagal menguasai tingkat perawatan diri tertentu, orang lain harus melakukannya dan memberikan perawatan kepadanya.

b. Lingkungan

Komponen lingkungan meliputi faktor lingkungan, elemen lingkungan, kondisi lingkungan dan perkembangan lingkungan. Lingkungan yang berkaitan dengan kehidupan manusia adalah fisik, biologi dan sosial.

c. Sehat dan Sakit

Definisi sehat menurut Orem adalah sehat secara fisik, mental, interpersonal dan sosial. Semua aspek ini tidak dapat dipisahkan dan saling berhubungan. Definisi kesehatan tercermin dalam konsep perawatan kesehatan preventif yang meliputi perawatan kesehatan primer (perawatan kesehatan dan perawatan), pencegahan sekunder (pengobatan penyakit) dan pencegahan tersier (pencegahan komplikasi).

Jika individu dalam keadaan sehat maka mereka dapat dan memenuhi sendiri deficit perawatan diri yang mereka alami. Sebaliknya, jika mereka sakit atau cedera, orang tersebut bergeser dari status agens perawatan diri menjadi status pasien atau penerima asuhan. Penyamaan sehat dengan perawatan diri dalam hal ini berarti sehat sakit tidak dibahas sebagai konsep yang berbeda. Akan timbul masalah disini jika orang yang sehat tidak atau tidak dapat melakukan perawatan diri, atau

jika ada orang yang sakit namun dapat melakukan perawatan untuk dirinya sendiri.

d. Keperawatan

Perawatan diri terapeutik yang dirancang untuk melengkapi kebutuhan perawatan diri. Tindakan keperawatan dibagi dalam 3 kategori, yaitu *Wholy Compensatory System*, *Partly Compensatory*, dan *Nursing System* dan *Supportive-Educative System*.

7. Konsep Asuhan Keperawatan menurut Orem

Praktisi keperawatan dalam melaksanakan fungsinya perlu menerapkan teori atau model yang sesuai dengan situasi tertentu. Pada kondisi awal, kombinasi dari beberapa teori atau model dapat dipertimbangkan, tetapi jika dipergunakan secara konsisten dapat dilakukan analisa atau evaluasi terhadap efektivitasnya. Dengan menggunakan berbagai teori dan model keperawatan, maka fokus dan konsekuensi praktek keperawatan dapat berbeda. Hubungan teori Orem dengan proses keperawatan dapat digambarkan sebagai berikut:

a. Pengkajian

Penerapan pengkajian dengan menggunakan *Self Care Theory* dari Dorothea E Orem dimana Orem berpendapat bahwa manusia adalah individu atau kelompok yang tidak mampu secara terus menerus mempertahankan *Self Care* untuk hidup dan sehat, pemulihan dari sakit atau trauma atau coping dan efeknya. Orem juga mendefinisikan, keperawatan merupakan individu atau kelompok yang tidak mampu

secara terus menerus mempertahankan *Self Care* untuk hidup dan sehat, pemulihan dari sakit atau trauma atau koping dan efeknya. Dalam model tersebut keperawatan terdiri dari tujuan perawat dan aktifitas perawat.

Tujuan keperawatan adalah menurunkan tuntutan *Self Care* pada tingkat dimana klien dapat memenuhinya, ini berarti menghilangkan *Self Care Deficit*. Pengkajian menurut orem difokuskan pada: *Universal Self Care Requisite, Developmental Self Care Requisite, Dan Health Deviation Self Care* (Andriyanti, 2018).

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut Orem dalam penegakan diagnosa mengacu pada, diagnosa keperawatan yang aktual, resiko tinggi dan kemungkinan. Teori Orem masih lebih berfokus pada masalah fisiologis, namun diagnosa dapat dikembangkan ke masalah lain sesuai hirarki kebutuhan dasar yang dikembangkan Maslow (Andriyanti, 2018).

c. Intervensi Keperawatan

Menurut Orem intervensi Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat diri pada klien berkurang dari yang dibutuhkan untuk memenuhi *Self Care* yang sebenarnya sudah diketahui. Sistem pemberian asuhan keperawatan yang diberikan berdasarkan teori *Self Care* Orem meliputi *wholly compensatory nursing system, partially compensatory nursing system, dan supportive educative*. Berdasarkan teori Orem tindakan keperawatan dapat dilakukan dalam bentuk *guid-*

ance, teach, support, dan providing development environment (Hermalia, Yetti, Masfuri, & Riyanto, 2020).

Teori Orem mengidentifikasi beberapa metode untuk memberikan bantuan, yaitu: memberikan pelayanan langsung dalam bentuk tindakan keperawatan, memberikan arahan dan memfasilitasi kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhannya secara mandiri (*guidance*), memberikan dorongan secara fisik dan psikologik agar klien dapat mengembangkan potensinya agar klien dapat melakukan perawatan secara mandiri (*support*), memberikan dan mempertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan pribadi klien untuk meningkatkan kemandirian dalam perawatannya (*providing development environment*), dan mengajarkan klien tentang prosedur dan aspek-aspek tindakan agar klien dapat melakukan perawatan dirinya secara mandiri (*teach*) (Andriyanti, 2018).

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang sudah dibuat dan setiap implementasi akan ada respons hasil dari pasien setiap harinya. Implementasi keperawatan ini dilakukan dengan tujuan pasien mampu melakukan *Self Care* secara mandiri dengan penyakit yang dialami sehingga pasien mencapai derajat kesembuhan yang optimal dan efektif (Andriyanti, 2018).

e. Evaluasi Keperawatan

Menurut Orem, evaluasi dilakukan untuk mengetahui perkembangan pasien atas tindakan yang telah dilakukan sehingga dapat disimpulkan apakah tujuan asuhan keperawatan tercapai atau belum (Andriyanti, 2017).

BAB III

STUDI KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan menggunakan format kemudian disesuaikan dengan pendekatan teori *Self Care* Orem. Pengkajian dilakukan di RSUD Ende, pada tanggal 13 Juni 2022 di Ruangan ICU. Pengkajian menurut Orem difokuskan pada: *Universal Self Care requisite* (Kebutuhan Perawatan Diri Universal)

1. Pemeliharaan kecukupan intake udara (oksigenasi): jalan napas terdapat sumbatan berupa sputum berwarna putih konsistensi kental RR:

44x/menit terdapat otot bantu pernapasan, pasien tidak terpasang ETT, tidak terpasang ventilator, Irama napas teratur, kedalaman teratur, terdengar suara napas grungli, SpO₂: 99%, Pasien Dispnea, Terpasang O₂ 10 lpm NRM. Hasil laboratorium : : Ureum darah: 99,38 mg/dl, Kreatinin darah: 2,98 mg/dl dan BUN: 71,2 mg/dl, GDS : 385 mg/dl, GD 1 430 mg/dl, GD 2 jam PP 348 mg/dl dengan hasil ECG : sinus takikardi.

2. Pemeliharaan kecukupan cairan (Cairan dan elektrolit): Membran mukosa dan bibir kering, pasien terpasang NGT dan mendapat cairan nutrisi per NGT 200cc/4 jam, residu (+) lendir 5-10 cc, menggunakan alat bantu kateter 3.way No.20, urine output 200 cc/3 jam Pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah 158/92 mmHg, nadi 120 x/menit, SPO₂ : 99 %. Pasien juga mendapatkan infus NaCl 0,9% 60 cc/jam atau 20 tpm. Pasien panas suhu : 39,5 derajat celcius
3. Pemeliharaan kecukupan intake makanan (Nutrisi): Keadaan gigi pasien tidak lengkap, terdapat karies, pasien tidak menggunakan gigi palsu, Pasien dengan kesadaran somnolen Pasien menggunakan NGT No.16 dengan diet susu diabetasol 6 x 200 cc diberikan oleh perawat
4. Pemeliharaan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat : pasien Tn.K.M mengalami penurunan kesadaran yakni kesadaran somnolen, dimana pasien hanya berbaring di tempat tidur, menggerakkan kaki dan tangan tanpa sadar, membuka mata bila ada rangsangan, dan tidak bisa bicara atau menegeluarkan suara. Pasien tampak lemah dan gelisah.

5. Pemeliharaan kesehatan yang berkaitan dengan proses eliminasi : pasien terpasang kateter folley no.16, ada urine tertampung di urne bag 200 cc/3jam, warna kuning pekat, berbau amoniak, pasien terpasang pampers dan di ganti 2 kali sehari pada pagi dan sore. BAB pasien 2 hari sekali, lembek dan berbau khas.
6. Keseimbangan antar manyendiri dan interaksi sosial: pasien tidak mampu berinteraksi dengan perawat dan dengan orang sekitrnya. Pasien kesadaran menurun (Somnolen) E3V1M3. Pasien selalu didampingi oleh anak dan mantunya bergantian selain perawat yang merawatnya.

B. Diagnosa Keperawatan

Penegakkan Diagnosa Keperawatan untuk mengatasi masalah pada Tn.K.M.dengan pendekatan teori Self care dengan menggunakan Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Berdasarkan hasil pengumpulan data, maka dapat ditegakkan beberapa masalah keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme (**D.0066**) dibuktikan dengan pasien tampak terbaring lemah, gelisah, kesadaran somnolen, GCS E₃M₃V₁, respon pupil melambat +2/+2. Tanda-tanda Vital: Tekanan darah 158/92 mmHg, nadi 120 x/menit, SPO₂: 99 %.Suhu: 39,5°C dengan hasil lab: Ureum darah: 99,38 mg/dl, Kreatinin darah: 2,98 mg/dl dan BUN: 71,2 mg/dl, GDS : 385 mg/dl, GD 1 430 mg/dl, GD 2 jam PP 348 mg/dl dengan hasil ECG : sinus takikardi.

- b. Bersihan Jalan Napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan proses infeksi (**D.001**) dibuktikan dengan terdapat sumbatan pada jalan napas berupa sputum berwarna putih, Pasien tampak sesak, konsistensi kental, RR: 44x/menit terdapat otot bantu pernapasan, pasien tidak terpasang ETT, tidak terpasang ventilator, Irama napas teratur, kedalaman teratur, Suara napas, ronkhi gurgling ada lendir di jalan napas, SpO₂: 99%, Pasien Dispnea, Terpasang O₂ 10 lpm NRM,
- c. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi (**D.0130**), yang dibuktikan dengan pasien teraba badan panas, gelisah, suhu 39,5 derajat celsius, takikardi, Hasil lab : 22,8 ul

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan untuk mengatasi masalah pada Tn. K.M.dengan pendekatan teori Self Care dengan menggunakan buku SIKI dan SLKI tahun 2018 dilakukan perencanaan keperawatan sebagai berikut:

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme, Goal: Selama perawatan di ruang ICU 3x24 jam diharapkan pasien akan meningkatkan kapasitas adaptif intrakranial. **Luaran Kapasitas Adaptif Intrakranial (06049)** dengan kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat, Gelisah menurun dan Respon pupil membaik. Intervensi yang ditetapkan **Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial**

(I.09325) *Observasi:* Observasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), Monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), Monitor status pernapasan dan Monitor intake dan output cairan. *Terapeutik:* Minimalkan stimulus dengan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Hindari manuver valsava, Cegah terjadinya kejang dan Pertahankan suhu tubuh normal. *Kolaborasi:* Kolaborasi pemberian diuretik osmosis: pemberian Furocemid 1x20mg/iv.

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan proses infeksi, Goal: selama perawatan di ruang ICU 3 x 24 jam diharapkan bersihan jalan napas pasien meningkat (**L.01001**) dengan Kriteria Hasil:, Produksi sputum menurun, wheezing menurun, gelisah menurun dan Frekuensi napas dan pola napas membaik. Intervensi yang ditetapkan **Manajemen Jalan Napas (I.01011)** *Observasi:* Monitor pola napas, Monitor bunyi napas, dan Monitor sputum, *Terapeutik:* Pertahankan kepatenan jalan napas, Posisikan *semi-fowler* atau *fowler*, Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Berikan minum hangat, Lakukan fisioterapi dada dan Berikan oksigen, jika perlu. *Kolaborasi:* Kolaborasi pemberian espektoran, yakni combivent nebulizer 3 x 1 repsul. *Edukasi:* Jelaskan pada keluarga tujuan dan manfaat dari pengisapan lendir.

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi. Goal ; setelah dilakukan tindakan keperawatan di ruang ICU 1x6 jam, di harapkan

termoregulasi membaik (**L.14134**), dengan kriteria hasil : Takikardi menurun, suhu tubuh membaik, (dalam batas normal), kadar glukosa darah membaik, pengisian kapiler membaik, tekanan darah membaik. Intervensi : **Manajemen Hipertermi (I.15506)**. *Observasi* : Identifikasi penyebab hipertermi, monitor suhu tubuh, monitor kadar elektrolit, monitor haluaran urine dan monitor komplikasi akibat dari hipertermi. *Teraupetik*; Pantau alat pemantau suhu kontinyu, longgarkan atau lepaskan pakaian, lakukan pendinginan eksternal yakni dengan memberi kompres dingin pada dahi, leher, abdomen dan aksila. *Kolaborasi* : pemberian antipiretik parasetamol 3x1 gr/iv.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan setelah perencanaan disusun. Tindakan keperawatan dimulai dari tanggal 13 sampai dengan 15 Juni 2022.

Hari pertama dilakukan pada tanggal 13 Juni 2022. Implementasi untuk diagnosa keperawatan pertama: **Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme** : Mengkaji tingkat kesadaran pasien yakni pasien dengan tingkat kesadaran somnolen, Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK dengan memantau tekanan darah dan MAP, Nadi, pernapasan, suhu, gambaran ECG dan SPO2 terdeteksi di alat monitor ECG di samping pasien dan dipantau setiap jam. Meminimalkan stimulus dengan lingkungan yang tenang, mengatur posisi semi fowler. Mencegah terjadinya kejang dengan pemberian haloperidol 0,5mg/NGT.

Diagnosa Keperawatan kedua : **Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan proses infeksi** : Me-

monitor pola napas, mendengarkan bunyi napas, terdapat bunyi ronchi, Memonitor sputum, adanya sputum kental berwarna putih ditenggorokan dan sumbatan jalan napas, Melakukan suction berkala, mengatur posisi semifoler dan memberi nebulizer ventolin 1 tube. Mempertahankan posisi oksigen masker NRM 10 lpm. Melakukan cek residu cairan NGT, hasil (+) ada lendir, di bersihkan (kumbah lambung) dan memberi air putih hangat 50 cc.

Diagnosa Keperawatan ketiga : **Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi.** Mengidentifikasi penyebab hipertermi, mengukur suhu pasien, pasien panas, melakukan kompres dingin pada daerah dahi, aksila, abdomen, menghitung balance cairan setiap 3 jam, memasang alat pemantau suhu secara kontinyu, melayani parasetamol 1 gram / iv. Melayani meropenem 1 gram dan melayani injeksi levofloxacin 500 mg/iv.

Hari kedua dilakukan pada tanggal 14 Juni 2022 saat dinas pagi dengan diagnosa keperawatan **Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme** : Memantau tingkat keasadaran pasien, yakni pasien masih dengan kesadaran somnolen, mengobservasi tanda-tanda vital pasien yakni tekanan darah : 123/69 mmHg, nadi 106 x/menit, suhu 36,8 derajat celcius, SPO2: 99-100 x/menit, RR 32 x /menit. Memantau gambaran ECG pasien, masih tergambar sinus takikardi. Meminimalkan stimulus dengan lingkungan yang tenang. Melakukan perawatan diri pasien, mulai mengganti baju, mengganti pampers, membersihkan seluruh tubuh termasuk bagian genitalia, perawatan kulit, membersihkan mulut dan mengatur posisi tidur miring ke kiri, kanan setiap 2 jam. Melakukan pengam-

bilan darah puasa dan 2 jam PP sesuai jadwal untuk mengetahui perkembangan glukosa darah.

Diagnosa kedua **Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan proses infeksi**. Memonitor pola napas, mendengarkan bunyi napas, terdapat bunyi ronchi, Memonitor sputum, adanya sputum kental berwarna putih ditenggorokan, Memonitr adanya sumbatan jalan napas, Melakukan suction berkala, mengatur posisi head up, melakukan oral hygiene dan memberi nebulizer ventolin 1 tube. Mempertahankan posisi oksigen masker NRM 10 lpm. Melakukan klaring fibrasi.

Diagnosa ketiga **Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi**. . Mengukur suhu pasien yakni 36,8 derajat celcius, pasien panas mulai turun, menganjurkan keluarga mengompres bila suhu panas di atas 37,5 derajat celcius, menghitung balance cairan setiap 3 jam, terlampir di catatan balance cairan, memasang alat pemantau suhu secara kontinyu, melayani parasetamol 1 gram / iv. Melayani meropenem 1 gram dan melayani injeksi levofloxacin 500 mg/iv.

Hari ke tiga dilakukan pada tanggal 15 Juni 2022 dengan diagnosa keperawatan **Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme** : Memantau tingkat kesadaran pasien, yakni pasien masih dengan kesadaran apatis E3V3M4, mengobservasi tanda-tanda vital pasien yakni tekanan darah : 125/76 mmHg, nadi 110 x/menit, suhu 37,2 derajat celcius, SPO2: 99 x/menit, RR 30x /menit, akral hangat. Memantau gambaran ECG pasien, masih tergambar sinus takikardi. Meminimalkan

stimulus dengan lingkungan yang tenang. Melakukan perawatan diri pasien, mulai mengganti baju, mengganti pampers, membersihkan seluruh tubuh termasuk bagian genitalia, perawatan kulit, membersihkan mulut dan mengatur posisi tidur miring ke kiri, kanan setiap 2 jam.

Diagnosa kedua hari ketiga **Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan proses infeksi.** Memonitor pola napas, mendengarkan bunyi napas, terdapat bunyi ronchi, Memonitor sputum, adanya sputum kental berwarna putih ditenggorokan, Memonitor adanya sumbatan jalan napas, Melakukan suction berkala, mengatur posisi head up, melakukan oral hygiene dan memberi nebulizer ventolin 1 tube. Mempertahankan posisi oksigen masker NRM 10 lpm. Melakukan klbing fibrosi. Mengganti O₂ masker NRM dengan Masker 5 lpm, memantau pernapasan, serta menurun pemberian O₂ masker ke nasal kanul 3 lpm, tetap memantau pernapasan.

Diagnosa ketiga dihari ketiga **Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi.** . Mengukur suhu pasien yakni 37,2 derajat celcius, pasien panas mulai turun, menganjurkan keluarga mengompres bila suhu panas di atas 37,5 derajat celcius, menghitung balance cairan setiap 3 jam, terlampir di catatan balance cairan, memasang alat pemantau suhu secara kontinyu, melayani parasetamol 1 gram / iv. Melayani meropenem 1 gram dan melayani injeksi levofloxacin 500 mg/iv.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pasien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respons pasien terhadap tindakan yang dilakukan. dan ini hasil evaluasi terakhir pada saat pergantian shift

Evaluasi hari pertama pada tanggal 13 Juni 2022 jam 14.00 diagnosa keperawatan **Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme** S: -. O pasien tampak terbaring lemah, kesadaran somnolen, GCS E₃M₃V₁, terpasang O₂ 10 lpm nasal NRM, , balance cairan (+) 60 cc/6jam TTV TD: 125/76 mmHg, RR: 35-44 kali per menit, N: 108 x per menit, S : 36,9 °C, Ureum darah : 99,38 mg/dl, Kreatinin darah: 2,98 mg/dl, BUN: 71,2 Hb : 10,6 g/dl setelah post transfusi 2 bag, golongan darah A; nilai leukosit 22,8 ul, GDS 430 m/dl. A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-9.

Diagnosa kedua **Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas dan proses infeksi** S: -, O: pasien tampak sesak, RR: 35-44 kali per menit, terdapat otot bantu napas, terdapat bunyi ronchi, sputum putih kental, batuk tidak efektif, pasien tampak gelisah, terpasang O₂ 10 lpm NRM, A: masalah belum teratasi, dan P: lanjutkan intervensi 1-6.

Diagnosa ketiga **Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi.** S : keluarga mengatakan panasnya sudah mulai turun. O : akral hangat, pasien agak tenang, gelisah berkurang. Suhu 36,9 derajat celcius, kesadaran somnolen, nilai leukosit 22,8 ul, GDS 430 m/dl, A : masalah teratasi. P : In-

tervensi tetap dipertahankan, kompres bila suhu di atas 37,5 derajat celsius, dan bila suhu terlalu turun, beri selimut dan menggosok dengan minyak kayu putih

Evaluasi hari kedua di tanggal 14 Juni 2022 **Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme** S: -. O pasien tampak terbaring lemah, posisi semifowler, kesadaran somnolen, GCS E₃M₃V₁, terpasang O₂ 10 lpm NRM, , balance cairan +95/6 jam, TTV TD: 138/86 mmHg, RR: 35 kali per menit, N: 106 x per menit, S : 37 °C, residu (-) terpasang NGT dan kateter; nilai leukosit 22,8 ul, GDS 339 mg/dl. A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi 1-9.

Diagnosa kedua **Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas dan proses infeksi** S : keluarga mengatakan masih sesak napas, masih terdengar bunyi napas, O : pasien tampak sesak, RR: 30, terdapat otot bantu napas, terdapat bunyi ronchi, sputum putih kental, batuk tidak efektif, pasien tampak gelisah, terpasang O₂ 10 lpm NRM, A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi 1-6.

Diagnosa ketiga **Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi. S** : keluarga mengatakan panasnya sudah mulai turun. O : akral hangat, pasien agak tenang, gelisah berkurang. Suhu 37 derajat celsius, kesadaran somnolen, nilai leukosit 22,8 ul, GDS 339 mg/dl, A : masalah teratasi. P : Intervensi tetap dipertahankan, kompres bila suhu di atas 37,5 derajat celsius, dan bila suhu terlalu turun, beri selimut dan menggosok dengan minyak kayu putih.

Evaluasi hari ke tiga tanggal 15 Juni 2022 diagnosa keperawatan pertama **Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme** S: -. O pasien tampak terbaring lemah, posisi semi-fowler, kesadaran apatis, GCS E₃M₄V₃, terpasang O₂ 3 lpm nasal kanul, TTV TD: 142/82 mmHg, RR: 30 kali per menit, N: 106 x per menit, S : 36,5 °C, residu (-) terpasang NGT dan kateter; nilai leukosit 22,8 ul, GDS 339 mg/dl. A: masalah teratasi sebagian, P: lanjutkan intervensi 1-9. Pasien persiapan mau rujuk untuk tindakan cuci darah (hemodialisa). Keluarga menolak untuk rujuk.

Diagnosa kedua **Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas dan proses infeksi** S : keluarga mengatakan sesak napasnya mulai berkurang, O : pasien sesak berkurang, RR: 30, pasien agak tenang, terdapat bunyi ronchi, sputum putih kental berkurang, batuk tidak efektif, terpasang O₂ 3 lpm nasal kanul, A : masalah teratasi sebagian P : intervensi 1-6 dipertahankan.

Diagnosa ketiga **Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi. S** : keluarga mengatakan panasnya sudah mulai turun. O : akral hangat, pasien agak tenang, gelisah berkurang. Suhu 36,5 derajat celsius, kesadaran apatis, nilai leukosit 22,8 ul, GDS 339 mg/dl, A : masalah teratasi. P : Intervensi tetap dipertahankan, kompres bila suhu di atas 37,5 derajat celsius, dan bila suhu terlalu turun, beri selimut dan menggosok dengan minyak kayu putih.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Hasil pengkajian *Universal Self Care* requisite pada pasien Tn. K.M, mengalami sesak napas, RR: 44 kali per menit, SpO² : 99% terdapat otot bantu napas, terdapat bunyi ronchi, sputum putih kental, batuk tidak efektif, pasien tampak gelisah dan berbaring lemah, Pasien menggunakan kateter urine untuk kebutuhan eliminasi dan NGT no 16. Pasien mendapat makan minum per NGT 6x 200 cc, kesadaran somnolen GCS E3M3V1. Pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah 158/92 mmHg, nadi 120 kali per menit, SPO₂: 99 %. suhu 39,5 derajat celcius, pasien dengan panas. Pasien juga mendapatkan terapi NaCl 0,9% 20 tpm, Pengkajian didapatkan hasil adanya penurunan kesadaran yakni kesadaran somnolen dengan GCS E3M3V1 dengan riwayat penyakit sebelumnya adalah Diabetes Melitus dan Hipertensi dan sempat kejang 1x maka permasalahannya adalah Penurunan kapasitas adaptif berhubungan dengan gangguan metabolisme dimana pada hasil laboratorium ditemukan fungsi ginjal meningkat, GDS dan GDP lebih dari nilai normal serta hasil leukositnya meningkat. Sehingga muncul gejala seperti sesak napas, adanya ronchi, kesadaran menurun, peningkatan tekanan darah dan hipertermi. Pasien dengan kesadaran somnolen GCS E3M3V1. Untuk hubungan sosialnya tidak dapat dikaji tapi keluarga pasiennya sering datang untuk kunjungi (Husada, 2020).

Penelitian menunjukkan bahwa penderita gagal ginjal kronis sebagian besar memiliki riwayat hipertensi (77,8%) dan riwayat diabetes mellitus (62,2%). Penelitian oleh (Andriyanti, 2017). menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tekanan darah dengan kadar kreatinin pasien. Sejalan dengan hal tersebut Kusmiati & Nurjanah (2018) pada penelitiannya menyebutkan bahwa kadar kreatinin tidak normal yaitu yang mengalami peningkatan kadar kreatinin, hal ini disebabkan karena hipertensi dalam jangka waktu yang lama yaitu lebih dari 2 tahun dapat merusak pembuluh darah sehingga fungsi ginjal terganggu. Tekanan pada dinding lateral pembuluh darah Yang berlebihan di pembuluh darah arteri sehingga terjadi penyempitan arteri yang mengakibatkan kurangnya suplai oksigen keseluruhan tubuh termasuk ke ginjal, sehingga memicu kadar kreatinin meningkat. Selain oleh karena hipertensi, diketahui pula sebagian besar penderita memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus (Andriyanti, 2017). pada penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara diabetes mellitus dengan gagal ginjal kronis. Smeltzer (2016) menjelaskan bahwa Nefropati diabetik timbul akibat dari kadar glukosa yang tinggi menyebabkan terjadinya glikosilasi protein membran basalis, sehingga terjadi penebalan selaput membran basalis, dan terjadi pula penumpukkan zat serupa glikoprotein membran basalis pada mesangium sehingga lambat laun kapiler-kapiler glomerulus terdesak, dan aliran darah terganggu yang dapat menyebabkan glomerulosklerosis dan hipertrofi nefron. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan studi yang dilakukan oleh (Husada, 2020) yang menunjukkan adanya hubungan ber-

makna antara diabetes mellitus dengan kadar kreatinin serum pada penderita gagal ginjal.

Hasil pengkajian antara teori dan kasus sejalan dengan teori (Suarniati, 2019) menyatakan dengan teorinya Pada pasien CKD, terjadi penurunan fungsi ginjal, jumlah nefron yang sudah tidak berfungsi menjadi meningkat, maka ginjal tidak akan mampu dalam menyaring urine. Kemudian dalam hal ini, glomerulus akan kaku dan plasma tidak dapat di filter dengan mudahnya lewat tubulus sehingga terjadi retensi natrium dan cairan yang mengakibatkan ginjal tidak mampu dalam mengkonsentrasikan atau mengencerkan urine secara normal sehingga terjadi oliguria

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan kasus Tn. K.M dengan CKD diagnosa keperawatan yang ditegakan berdasarkan hasil kajian pada kebutuhan perawatan diri pasien (Self Care requisites) yang sejalan dengan teori Self Care Orem dan mengacu pada diagnosa keperawatan yang aktual, risiko tinggi, dan kemungkinan serta lebih berfokus pada masalah fisiologis namun di kembangkan ke masalah lain sesuai hirarki kebutuhan dasar yang dikembangkan Maslow (Andriyanti, 2017)

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada Tn.K.M sesuai dengan hasil pengkajian yang ditemukan adalah Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme, Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan proses infeksi serta Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi.

Diagnosa Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme berdasarkan (PPNI, 2016). terdapat 6 penyebab untuk penurunan kapasitas adaptif intrakranial dan yang di pilih adalah gangguan metabolisme. Diagnosa Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme diangkat karena tekanan darah yang meningkat, peningkatan kadar ureum dalam darah dan ketoasidosis diabetik sehingga kesadaran pasien menurun, sesak napas, gelisah dan respon pupil melambat.

Diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan proses infeksi berdasarkan (PPNI, 2016).terdapat 10 penyebab dan yang dipilih hipersekresi jalan napas. Diagnosa Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas diangkat karena ada bunyi Ronchi,terdapat otot bantu pernapasan, terdapat sputum dan dispnea. Penelitian (Guswanti, 2019) Penyakit CKD berupa sesak nafas akibat penumpukan cairan di paru-paru. Sesak nafas sering kali ditemukan pada penderita Chronic Kidney Diseases (CKD). Salah satu faktor pencetus terjadinya sesak nafas adalah hipertensi. Hipertensi yang tidak terkontrol akan menyebabkan arteri di sekitar ginjal menyempit, melemah, dan mengeras. Kerusakan pada arteri ini akan menghambat darah yang diperlukan oleh jaringan sehingga menyebabkan nefron tidak bisa menerima oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan.

Diagnosa Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi berdasarkan (PPNI, 2016). terdapat 8 penyebab dan yang dipilih proses penyakit infeksi. Diagnosa ini diangkat karena aktual didapatkan pasien dengan suhu

tubuh yang panas yakni suhu : 39,5 derajat celcius, akral hangat, gelisah, sesak napas, ronchi, adanya lendir kental warna putih dan nilai leukosit yang tinggi serta pasien dengan riwayat penyakit DM yang lama.

C. Intervensi Keperawatan

Pemberian Asuhan keperawatan dengan teori Orem Pada Tn.K.M supportive-educative system dan wholly compensatory system dipilih karena Tn.K.M memiliki ketergantungan dalam memenuhi perawatan diri dan juga membutuhkan dukungan dari perawat dan keluarga agar mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Hal ini sejalan dengan yang dijelaskan Aini (2018) bahwa Supportive-Educative System dan wholly compensatory system digunakan jika klien mampu dan dapat belajar untuk melakukan Self Care yang dibutuhkan, tetapi memerlukan bantuan dan tindakan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhannya. Pada sistem ini klien melakukan semua tindakan Self Care-nya.

Pada masalah keperawatan Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme Semua intervensi yang dilakukan Observasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), Monitor CVP jika perlu, Monitor status pernapasan dan Monitor intake dan output cairan. Terapeutik : Minimalkan stimulus dengan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Cegah terjadinya kejang dan Pertahankan suhu tubuh normal. Kolaborasi :Kolaborasi pemberian di-

retik osmosis, jika perlu. Menurut penulis rencana tindakan keperawatan yang ditetapkan pada Tn.K.M sejalan dengan teori menurut (PPNI, 2016). dan Pemberian Asuhan keperawatan dengan teori Orem Pada Tn.K.M supportive educative dan beberapa metode untuk memberikan bantuan, yaitu: Memberikan arahan pelayanan langsung dalam bentuk tindakan keperawatan, memberikan arah dan memfasilitasi kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhannya secara mandiri (guidance).

Pada masalah keperawatan Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan proses infeksi Rencana tindakan keperawatan yang ditetapkan pada Tn.K.M sejalan dengan teori menurut (PPNI, 2018). dan di dukung dengan hasil penelitian oleh (Rizki, 2017) tindakan keperawatan yang perlu dilakukan untuk penatalaksanaan pola napas tidak efektif adalah Observasi: Monitor pola napas, Monitor bunyi napas, dan Monitor sputum, Terapeutik: Pertahankan kepatenan jalan napas, Posisikan semi-fowler atau fowler, Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Berikan minum hangat, Lakukan fisioterapi dada dan Berikan oksigen, sesuai kebutuhan. Kolaborasi: Kolaborasi pemberian espektoran, yakni combivent nebulizer 3 x 1 repsul. Edukasi: Jelaskan pada keluarga tujuan dan manfaat dari pengisapan lendir. Pemberian Asuhan keperawatan dengan teori Orem Pada Tn.K.M supportive educative dan beberapa metode untuk memberikan bantuan, yaitu: Memberikan arahan pelayanan langsung dalam bentuk tindakan keperawatan, memberikan arah dan memfasilitasi kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhannya secara mandiri (guidance), memberikan

dorongan secara fisik dan psikologik agar klien dapat mengembangkan potensinya untuk dapat melakukan perawatan secara mandiri (support).

Pada masalah keperawatan Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi. Rencana tindakan yang ditetapkan adalah dengan melakukan manajemen hipertermi yakni : observasi Identifikasi penyebab hipertermi, monitor suhu tubuh, monitor kadar elektrolit, monitor haluaran urine dan monitor komplikasi akibat dari hipertermi. Teraupetik; Pantau alat pemantau suhu kontinyu, longgarkan atau lepaskan pakaian, lakukan pendinginan eksternal yakni dengan memberi kompres dingin pada dahi, leher, abdomen dan aksila. Kolaborasi : pemberian antipiretik parasetamol 3x1 gr/iv. Pemberian Asuhan keparawatan dengan teori Orem Pada Tn.K.M supportive educative dan beberapa metode untuk memberikan bantuan, yaitu: Memberikan arahan pelayanan langsung dalam bentuk tindakan keperawatan, memberikan arah dan memfasilitasi kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhannya secara mandiri (guidance), memberikan dorongan secara fisik dan psikologik agar klien dapat mengembangkan potensinya untuk dapat melakukan perawatan secara mandiri (support).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan ini dilakukan dengan tujuan pasien mampu melakukan *Self Care* secara mandiri dengan penyakit yang dialami sehingga pasien mencapai derajat kesembuhan yang optimal dan efektif (Andriyanti, 2017)

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme. Semua intervensi yang dilakukan mengobservasi atau memantau penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral dengan mengontrol pemeriksaan hasil lab GDS, GDP, 2 jam PP, dan fungsi ginjal), Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), Monitor status pernapasan dan Monitor intake dan output cairan. Terapeutik: Minimalkan stimulus dengan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Cegah terjadinya kejang dan Pertahankan suhu tubuh normal. :Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, yakni injeksi Furosemid 20mg ekstra. Implementasi yang bisa dilakukan pada pasien dengan Chronic Kidney Disease (CKD) yaitu dengan melakukan tindakan pemantauan cairan. Pemantauan cairan merupakan tindakan memonitor atau memantau cairan yang masuk (intake cairan) dan cairan yang keluar dari tubuh (output cairan) selama 24 jam. Pemantauan cairan penting dilakukan untuk mencegah kelebihan volume yang akan berakibat pada perburukan ginjal.

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekreasi jalan napas dan proses infeksi, Semua intervensi yang dilakukan Monitor pola napas, Monitor bunyi napas, dan Monitor sputum, Terapeutik: Posisikan semi-fowler atau fowler, Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik dan Berikan oksigen, jika perlu, Kolaborasi pemberian espektoran.

Penelitian (Aprioningsih & Susanti, 2021) Memberikan terapi oksigen sesuai program terapi dengan respon klien mengatakan sesak nafasnya berkurang, klien terlihat lebih nyaman, klien terlihat gelisahanya berkurang dan klien terlihat berkurang menggunakan otot bantu nafas. Pemberian terapi oksigen dapat mengurangi sesak nafas dan meningkatkan kadar dan nilai saturasi oksigen, Mengajarkan teknik nonfarmakologi (napas dalam) dengan respon klien mengatakan lebih bisa mengontrol pola napasnya dan klien terlihat pola napasnya kembali efektif saat terjadi sesak nafas. Melakukan penghisapan lendir, agar tidak terjadi sumbatan di jalan napas dan pemberian Nebulizer dengan obat ventolin yang berfungsi sebagai pengencer dahak dilanjutkan dengan fisioterapi dada, sehingga jalan napas menjadi bersih dan kebutuhan oksigen keseluruh tubuh terpenuhi.

Tindakan keperawatan pada diagnosa keperawatan **hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi**, semua intervensi sudah dilakukan, bahkan dipantau dengan menggunakan alat pemantau suhu secara kontinyu supaya bisa mengevaluasi setiap saat sehingga tidak jatuh dalam keadaan yang lebih buruk. Dengan memberi kenyamanan dan kompres hangat/dingin, merubah posisi tidur membuat pasien merasa lebih nyaman, suhu tubuh kembali normal. Manfaat kompres air hangat adalah menurunkan suhu dan memberikan sensasi hangat, dan rasa nyaman pada tubuh. Hypotalamus akan memberikan sinyal melalui sumsum tulang belakang setelah area tubuh yang di tuju diberikan kompres. Setelah hypothalamus dirangsang maka sinyal akan dikeluarkan melalui sistem efektor untuk mengaktifkan

reseptor penguapan untuk mengeluarkan keringat dan terjadi vasodilatasi. Vasodilatasi merupakan perubahan pembuluh darah menjadi sedikit besar. Proses ini diatur oleh Medulla Oblongata sebagai vasomotor di otak, dibawah pengaruh hypothalamic bagian anterior. Vasodilatasi ini akan menyebabkan kehilangan panas melalui kulit meningkat, sehingga terjadi penurunan suhu tubuh (Permatasari, et al, 2013).

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan setiap hari selama 3 hari pada saat selesai shif. Diagnosa keperawatan pertama Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme evaluasi sebagian teratasi yakni pada hari ketiga evaluasi pasien berada pada tingkat kesadaran apatis yang sebelumnya somnolen, Diagnosa kedua Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas dan proses infeksi evaluasi sebagian teratasi, dimana pasien masih merasa sesak, napas ireguler, lendir berkurang, terpasang oksigen nasal kanul 3 LPM. Diagnosa ketiga adalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi, evaluasi sudah sesuai harapan yakni pasien suhu tubuh kembali normal, Tekanan darah dalam batas normal dan kesadaran dari somnolen menjadi apatis. Penulis dalam hal ini dapat menyimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana dari ketiga diagnosa

keperawatan yang ditetapkan yaitu belum maksimal tapi menunjukan kearah perkembangan yang lebih baik sesuai yang diharapkan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah selesai melakukan asuhan keperawatan yang komperenshif pada pasien Tn.K.M dengan diagnosa medis CKD, General wekkness, DM tipe 2 dan Anemia pada tanggal 13 Juni 2022 menggunakan pendekatan teori Self Care menurut Dorethea E. Orem di Ruangan ICU di Rumah Sakit Umum Daerah Ende, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian : Pengkajian dilakukan dengan menggunakan teori Orem yaitu dan *Universal self care requisite* dan, *Developmental self care requisite*
2. Perumusan masalah keperawatan berdasarkan *teori Self Care* pasien dari hasil pengkajian menurut aplikasi teori Orem yang telah dilakukan yaitu Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme, Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas dan proses infeksi serta Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit infeksi. Disini penegakan diagnosa mengacu pada diagnosa keperawatan yang aktual sebagai prioritas kasus yang dapat mengancam jiwa dan memperburuk keadaan pasien Tn, K.M dengan keadaan kritis yang dirawat di ruang ICU
3. Pemberian intervensi yang diberikan untuk mengatasi masalah pada Tn. K.M dengan pendekatan teori *Self Care* Orem dengan menggunakan SLKI dan SIKI. Pemberian intervensi keperawatan pada Tn.K.M untuk

masalah keperawatan yang ada berdasarkan teori Orem dilakukan dengan *wholly compensatory nursing system, partially compensatory nursing system, supportive-educative system.*

4. Implementasi dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang sudah dibuat dan setiap implementasi akan ada respon hasil dari pasien setiap harinya. Implementasi pada Tn.K.M dilakukan selama 3 hari perawatan yaitu pada tanggal 13 Juni sampai 15 Juni 2022 yakni manajemen peningkatan tekanan intrakranial, manajemen jalan napas dan manajemen hipertermi dengan perawatan pasien yang total care
5. Evaluasi dilakukan pada hari ke 3 perawatan, dimana tingkat kesadaran pasien dari somnolen menjadi apatis, pasien sebelumnya menggunakan oksigen NRM di ganti dengan oksigen nasal kanul 3 lpm dan masalah hipertermi teratasi sebagian, walaupun suhu tubuh sudah dalam batas normal, namun nilai leukositnya belum mencapai normal, kemungkinan peningkatan suhu tubuh akan terulang kembali.

B. Saran

Dalam hal ini Penulis memberkan beberapa saran setelah mengamati lebih dekat perkembangan status kesehatan pasien:

1. Bagi Penulis selanjutnya

Diharapkan untuk penulis selanjutnya lebih aktif lagi mengembangkan antara teori *Self Care* Orem dan kasus pada pasien CKD atau kasus pasien lainnya yang ada dilapangan sehingga bisa meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis akhir ini dapat digunakan sebagai acuan untuk pengembangan ilmu keperawatan dengan penerapan teori *Self Care Orem* dalam pemberian asuhan keperawatan.

3. Bagi RSUD Ende

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai SOP, sehingga pasien akan mendapatkan pelayanan yang holistic dan komprehensif.

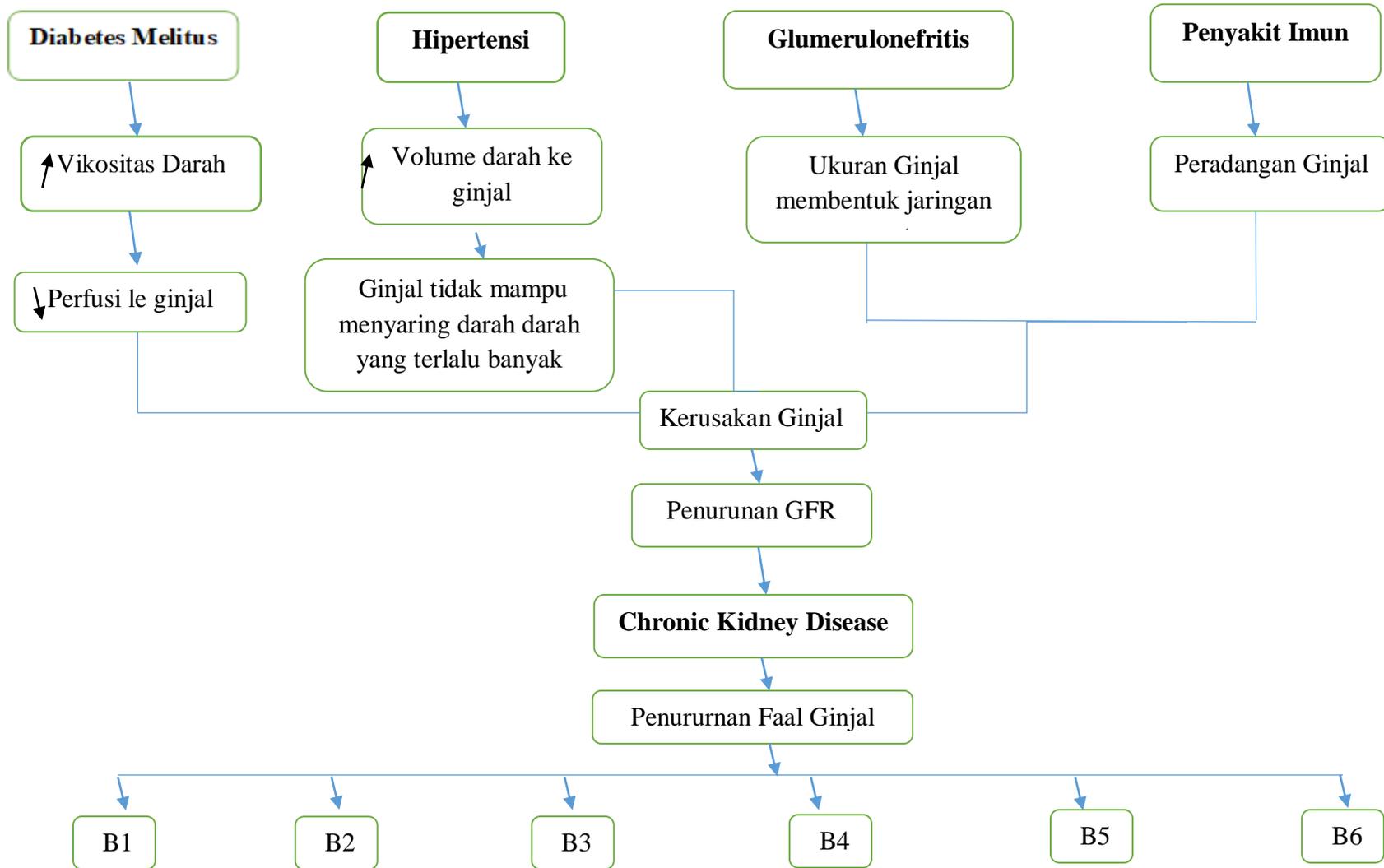
DAFTAR PUSTAKA

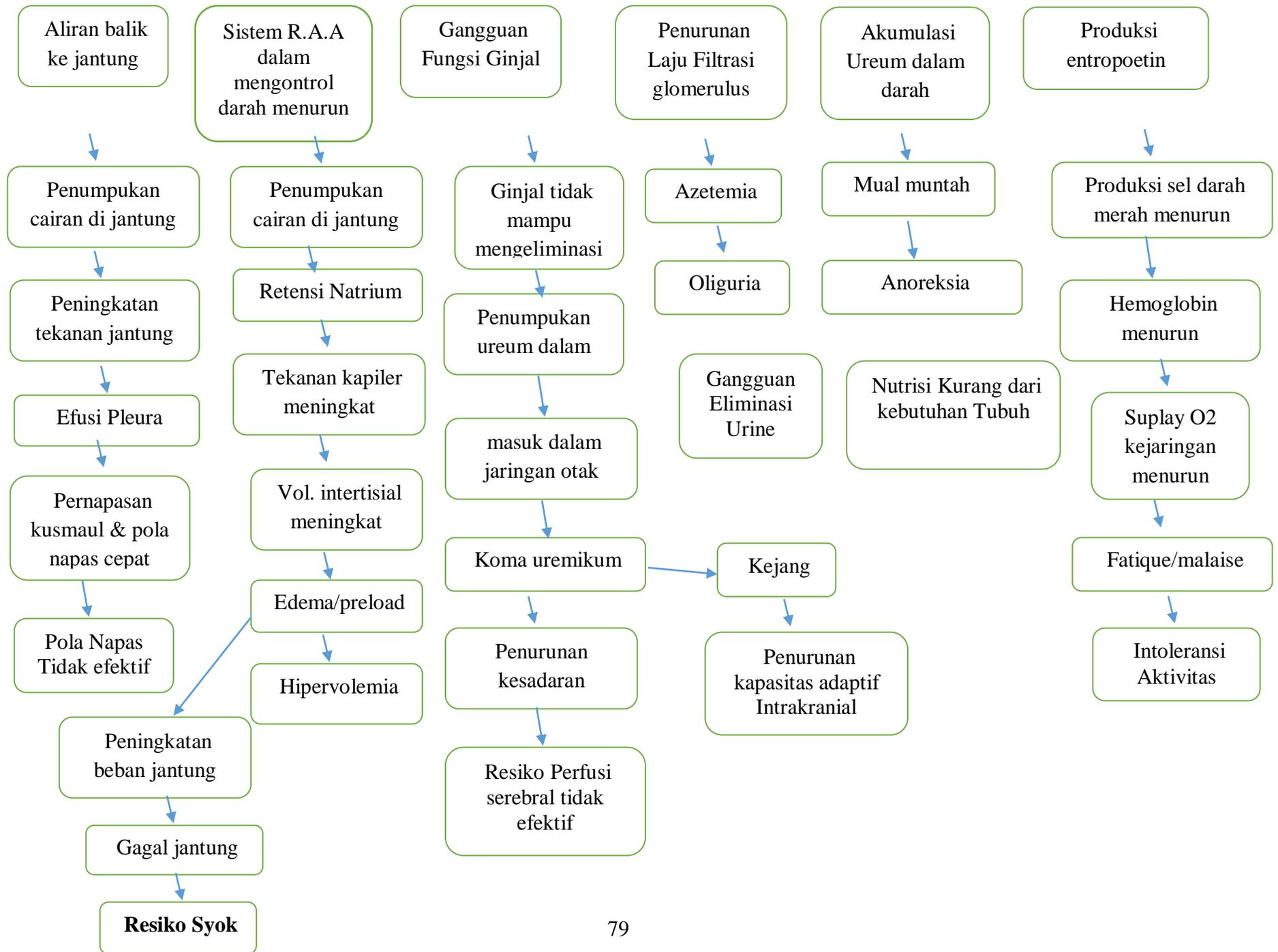
- Aini, Nur. (2018). *Teori Model Keperawatan Beserta Aplikasinya Dalam Keperawatan*. Malang : UGM Press.
https://books.google.co.id/books?id=_QZ-DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false
- Andriyanti, Liya. (2018). Aplikasi Teori Dorothy Orem Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Pada Ny Y Dengan Kasus Infeksi Post Sectio Cesaria Di Rumah Sakit Kota Bengkulu. *Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 54–59. <https://jurnal.unived.ac.id/index.php/jnph/article/view/577/503>
- Angraini, Fany & Arcellia Farosya Putri. (2016). Pemantauan Intake Output Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dapat Mencegah Overload Cairan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19(3), 152–160. <https://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/475>
- Assahra, Hanifah Naim Ayu dan Prima Trisna Aji2 (2020). Cairan, Asuhan keperawatan pada pasien CKD dalam pemenuhan kebutuhan. *Cairan, Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD Dalam Pemenuhan Kebutuhan*. https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1346/1/Naskah%20Publikasi_Hanifah%20Naim%20Ayu%20Assahra_P17229.pdf
- Basford, Lynn dan Oliver Slevin (Eds.). (2006). *Teori dan praktek keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Baughman, Diane C dan Joann C Hackley (2017). *Keperawatan Medikal Bedah Buku Saku dari Brunner, & Suddrath*. Jakarta : EGC. <https://books.google.co.id/books?id=SP3Gj97OJisC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
- Buku Register Ruangan ICU RSUD Ende. (2022). *Kasus CKD periode 2021-2022*. RS Umum Daerah Ende.
- Guswanti. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisa Di Ruang Flamboyan Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Karya Tulis Ilmiah. poltekkes Kemenkes Kaltim. <https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/395/>
- J, Christensen Paula, & Kenney Janet . W. (2009). *Proses Keperawatan Aplikasi Model Konseptual* (4th ed.). Jakarta : EGC.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Profil Kesehatan indonesia .*Infodatin : Tetap Produktif, Cegah dan Atasi Chronic Kidney Disease*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. https://pafi.or.id/media/upload/20201109020742_466.pdf

- Masi, Gresty N.M. dan Rina Kundre. (2017). *Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Comorbid*. Jurnal Keperawatan.5(2). <https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/jkp/article/view/25163>
- Mediarti, Devi. (2020). *Ilmu keperawatan Medical*. Bandung : Media Sain Indonesia. <https://repository.poltekkespalembang.ac.id/items/show/3689>
- Narsa, Angga Cipta. (2021). Studi Kasus: Pasien Gagal Ginjal Kronis (Stage V) dengan Edema Paru dan Ketidakseimbangan Cairan Elektrolit. jurnal sains dan Kesehatan .4(1).<https://jsk.farmasi.unmul.ac.id/index.php/jsk/article/view/1685>
- Orem, Dorothea E. Susan G. Taylor., dan Kathie McLaughlin Renpenning (2001). *Nursing Conceptof Practice. The Mosby Company*. The Mosby Company.: St Louis.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesi: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : DPP PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesi: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta : DPP PPNI.
- Putri, Dinda Pratiwi dan Syaefunnuril Anwar Huda. (2021). *Asuhan Keperawatan Dengan Sirkulasi : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada Tn . E Akibat Cedera Kepala Ringan Di Ruang Tulip RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2021 Karya Tulis Ilmiah*. Universitas Medika Suherman <https://repository.medikasuherman.ac.id/xmlui/handle/123456789/2663>
- Risnah, Risnah dan Irwan Muhammad (2021). *Falsafah Dan Teori Keperawatan Dalam Integrasi Keilmuan*. Alauddin University Press. http://repositori.uin-alauddin.ac.id/17880/1/Buku_FALSAFAH%20DAN%20TEORI%20%20KEPERAWATAN%20DALAM%20INTEGRASI%20KEILMUAN%20OK.pdf
- Rizki, T. (2017). Asuhan keperawatan klien yang mengalami CKD dengan kelebihan Volume Cairan. *Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami CKD Dengan Kelebihan Volume Cairan*.
- Smeltzer & Bare. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta : DPP PPNI.
- Ulianingrum, Yuni. (2017). *Analisa Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Dengan Pemberian Intervensi Inovasi Terapi Pijat Kaki Terhadap Nyeri Kram Otot Samarinda*. <https://dspace.umkt.ac.id/bitstream/handle/463.2017/272/KIAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wahyuningsih, Sri Atun. (2020). Terapi Thought Stopping, Relaksasi Progresif dan Psikoedukasi terhadap Penurunan Ansietas Pasien GGK Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 648–660. <https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JKS/article/view/1094>

LAMPIRAN : 1. Pathway





Lampiran : 2

LAPORAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN CRONIC
KIDNEY DISEASE (CKD) KOMPLIKASI PADA Tn. K.M**

DI RUANG ICU RSUD ENDE

Tanggal 13 s/d 15 Juni 2022



OLEH : NIRWAYA DJABA

NIM : P05303211211601

**POLTEKKES KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG
PRODI PENDIDIKAN
PROFESI NERS
2021/2022**

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan pasien ICU/kritis

Nama pasien : Tn. K.M
No.RM : 001168
Tanggal lahir : 01-07-1938
Jenis kelamin : laki-laki
Tanggal pengkajian : 13-06-2022, jam : 07.30
Sumber data : dari anaknya , keluarga dan status pasien
Rujukan : dari ruangan penyakit dalam tanggal 10-06-2022, jam
21.30
Diagnosis rujukan : general wekkness, AKI dd CKD, DM tipe 2, Anemia,
Pendidikan pasien : SD (SGB = Sekolah Guru Bawah}
Pekerjaan pasien : Pensiun Guru SD
Keluhan utama : awal masuk keluarga klien mengatakan sesak napas dan
penurunan kesadaran.

Riwayat keperawatan saat ini : pasien pindahan dari ruang perawatan penyakit dalam karena kesadaran menurun, Saat ini pasien masih belum sadar, panas, kesadaran somnolen, sesak napas, napas bunyi, terbaring lemah di tempat tidur, terpasang oksigen NRM 10 lpm, infus NaCL 0,9 %, 60 cc/jam dengan infus pump, terpasang NGT, kateter foley, dan di pantau monitor ECG. Tanda-tanda vital ; Tekanan darah : 158/92 mmHg, suhu : 39,5 derajat Celsius, nadi 120 x menit, SPO2 : 99-100%, RR: 44 x/menit

Riwayat kesehatan masa lalu :Keluarga mengatakan psien mengalami penyakit Diabetes mellitus tipe 2 sudah menjalani pengobatan hampir kurang lebih 10 tahun dengan mendapat suntikan insulin. Pasien pernah dirawat di RS 3 tahun yang lalu dengan sakit yang sama dan karena ketuaan. Keluarga mengatakan pasien rajin control kesehatan di tempat praktek dokter keluarga. keluarga mengatakan sebelum masuk RS, pasien mengeluh batuk, lendir susah keluar dan berobat ke tempat praktek

1. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem Pernafasan

Jalan napas ada sumbatan berupa sputum kental berwarna putih kehijauan. RR 44 x/menit, penggunaan otot bantu napas, terpasang oksigen 10 lpm NRM. Tidak terpasang ETT, tidak terpasang ventilator, irama napas teratur dan kadang tidak teratur, terdengar suara napas gurgling

b. Sistem kardiovaskuler:

1)Sirkulasi perifer : nadi : 120 x/ menit. Tekanan darah 158/92 mmHg, pulsasi kuat, akral dingin, warna kulit pucat, tidak cyanosis

2)Sirkulasi jantung : irama jantung teratur, tidak nyeri dada (pasien mengalami penurunan kesadaran), dan tidak ada perdarahan. Sebelumnya pasien mengalami penurunan Hemoglobin dan dilakukan pemberian tranfusi darah PRC 2 bag, golongan darah A.

c. Sistem saraf pusat

Kesadaran somnolen, GCS : 7, Eye ; 3, motoric; 3, verbal ;1.
Kekuatan otot : lemah

d. Sistem Gastrointestinal : tidak ada distensi abdomen, tidak asites, ada peristaltic usus : 12 x/menit, Buang air besar terakhir : sehari sebelum pengkajian (kemarin) berwarna kuning dan ada lendir. terpasang NGT, diet cair 8 x 200 cc diabetasol susu. Residu (+) lendir \pm 35 cc dan ada stoesel

e. Sistem perkemihan : warna kuning keruh, tidak ada distensi, menggunakan kateter urine, jumlah urine 200 cc/3jam

f. Sistem muskuloskeletal dan integument : turgor kulit elastis, tidak terdapat luka , ada kesulitan bergerak, karena penurunan kesadaran, dan tidak menggunakan alat bantu

g. Alat invasive yang digunakan

- tidak terpasang drain/WSD

- terpasang IV line NaCl 0,9 % 60 cc/jam
- Terpasang NGT, residu + keruh dan ada lendir. Diet cair diabetasol 200 cc/4 jam (cek residu)

2. Riwayat Psikososial dan Spiritual

a. Psikososial

- Komunitas yang diikuti : anaknya mengatakan pernah menjadi ketua KUB dilingkungannya,. setelah mulai sakit-sakit, pasien tidak ikut lagi kegiatan ibadah dilingkungan maupun ke gereja. Anaknya mengatakan klien melakukan kegiatan ibadahnya di rumah saja apalagi selama pandemic covid.
- Koping klien terhadap sakitnya : anaknya mengatakan bahwa bapaknya menerima sakitnya karena memang sudah tua dan rasa tidak berdaya, semuanya semata-mata tergantung dari anaknya.
- Hubungan keluarga harmonis, istri klien sudah meninggal sejak 15 tahun yang lalu, memiliki 2 anak lelaki, dan orang terdekat klien adalah anak lelaki yang pertama.

b. Spiritual.

Kebiasaan keluarga/ pasien untuk mengatasi stress dari sisi spiritual adalah dengan berdo"a dan baca alkitab. Klien beragama katolik, dan sudah menjalani rangkaian spiritual keagamaan yakni sudah melakukan minyak suci sebagai penguatan terhadap kekutan batinnya terhadap sang pencipta.

3. Kebutuhan Edukasi

Terdapat hambatan dalam pembelajaran, yakni pasien tidak sadar, tidak mendengar dan tidak melihat, pasien sudah lansia (Gerontik). Edukasi dilakukan pada anaknya dan keluarga. emosinya sangat baik, yakni keluarga pasien selalu melakukan komunikasi dengan petugas, dan selalu bertanya tentang perkembangan penayakitnya dan tindakan yang dilakukan. Tidak butuh penterjemah, karena keluarga sangat mengerti dan fasih berbahasa Indonesia. Kebutuhan edukasi yang dipilih adalah diagnosa dan manajemen penyakit, diet dan nutrisi, tindakan

keperawatan (kompres hangat) dan mengatur posisi miring kiri dan kanan setiap 2 jam. Bersedia dikunjungi keluarga, kerabat dan rohaniawan.

4. Resiko Cedera/jatuh : 15 (pasien dengan resiko jatuh)

Format scoring resiko pasien jatuh

Format	Kriteria	Score
Usia	60-70	2
	>70	1
Status mental *	Bingung terus-menerus	2
	Kadang-kadang bingung	4
	Penurunan tingkat kooperatif	2
Riwayat jatuh dalam 1 bulan terakhir	1 – 2 kali	2
	Berulang-ulang	3
Eliminasi	Pakai kateter/ostomi	1
	Kebutuhan eliminasi dibantu	3
	Incontinensia /urgency	5
Gangguan penglihatan *		1
Mobilisasi	Tidur berbaring di tempat tidur/duduk dikursi	3
	Gaya berjalan, melangkah lebar	1
	Kehilangan keseimbangan berdiri/jalan	1
	Penurunan koordinasi otot	1
	Kesukaran berjalan/sempyongan	1
	Menggunakan alat bantu cruke/ walker	1
Obat beresiko	Menggunakan 1 obat	1
	Menggunakan 2 atau lebih	2
Hospitalisasi	3 hari dirawat sejak masuk/rujuk	2
	2 hari pembedahab/melahirkan	2
Menggunakan alat	IV line	1
	Terapi anti embiolitik	1
Total score		43

Keterangan : pasien diobservasi selama 24 jam jika hasil score >10 atau yang diberi tanda * pasien tersebut beresiko jatuh. Lakukan tindakan pencegahan (pasien safety)

5. Status Fungsional

Aktivitas dan mobilisasi : perlu bantuan

Aktivitas	Skor				
	0	1	2	3	4
Makan/ minum				√	
Berpakaian				√	
Mandi				√	
Toiletting				√	
Mobilisasi				√	
Berpindah				√	

Keterangan :

Penilaian Aktivitas :

- 1 = Mandiri
- 2 = Alat bantu
- 3 = Bantuan
- 4 = Bantuan orang lain dan alat
- 5 = Semua dengan bantuan

(Semua aktivitas klien dibantu keluarga dan perawat)

6. Skala Nyeri

Nyeri : tidak (pasien tidak sadar)

7. Skrinning Gizi

Berdasarkan malnutrition screening Tool /MST adalah 3 dikonsulkan dengan tim gizi, menimbang pasien lansia, ditetapkan sesuai diet dari DPJP. Diet susu Diabetasol 200cc/4 jam

8. Data Teraphy

- Paracetamol 3 x 1 gr/iv - NaCl 0,9% 60 cc/jam
- Meropenem 3 x 1 gr/iv - Novorapid 3 x 10 iu
- Levofloxacin 1 x 500 mg/iv - Levemir 1 x 6 iu
- Omeprazole 2 x 40 mg/iv - Combivet nebulizer 3 x 1 repsul

9. Teraphy medis /penatalaksanaan :

- Infus Nacl 0,9 % 60 cc/jam - Vital sign setiap jam
- Susu diabetasl 8 x 200 cc /NGT, cek residu, bila keruh GC sampai jernih
- Suction berkala
- Cek GD I/II dan sewaktu di jam 22.00
- Oksigen 10 lpm NRM
- Oral higiene
- Mobilisasi miring kiri dan kanan setiap 2 jam
- Balance cairan/ 3 jam
- Thorax foto bila stabil
- Transfusi PRC 1 bag/hari (sudah dilayani 2 bag PRC)

10. Hasil pemeriksaan penunjang

- a. Hasil laboratorium terbaru, pada tanggal 12 Juni 2022, meliputi :

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan
Hemoglobin	10.6 g/dl	11.7-15.5
Hematokrit	31.70 %	35-37
Leukosit	22.8 ul	3.6-11.0
Trombosit	191 ul	150-400
Albumin	2.1 g/dl	-
Ureum	99,38 mg/dl	10-58 mg/dl
Kreatinin	2,98 mg/dl	0,8-1,2 mg/dl
GDS	385 mg/dl	70-140 mg/dl
SGOT/PT	29,7/45 uL	0-26/4-38 uL
Golongan darah	A+	
GD puasa tgl 13-06-2022	430 mg/dl	< 100 mg/dl
GD 2 jam PP	348 mg/dl	< 140 mg/dl

Pemeriksaan AGD tidak dilakukan karena reagen untuk pemeriksaan stoknya habis.

- b. ECG

Kesan : sinus takikardia, Nonspecific ST and T wave Abnormality, Abnormal ECG Vent rate 132 bpm, QRS duration 76 MS PR internal 114 MS RR interval 454 MS, P – R – T axes III 83 35

- c. Foto Thorax : belum dilakukan, karena keadaan belum stabil

Analisa Data

Berdasarkan pengkajian dan pemeriksaan fisik maka dapat dilakukan analisa data ditemukan 3 masalah utama, yakni:

No	Data pasien (DS & DO)	Etiologi	Masalah
1	<p>DS: -</p> <p>DO :Sesak napas, napas cepat, bunyi napas ronchi dikedua lapang paru, gurgling ada lendir dijalan napas. RR : 44 kali /menit, SPO2 99-100%. terpasang oksigen 10 lpm NRM. Nadi 120 x/menit. Kesadaran somnolens (GCS : 7)</p>	Obstruksi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif
2.	<p>DS; keluarga mengatakan pasien badan teraba hangat.</p> <p>DO; teraba badan panas, suhu 39,5 derajat celcius, sesak napas dan takikardi. Lab; Nilai leukosit 22,8 uL</p>	Proses penyakit infeksi	Hipertermi
3.	<p>DS: keluarga mengatakan pasien tidak sadar</p> <p>DO : kesadaran menurun (somnolen E;3, V;1; M;3), tampak terbaring lemah, gelisah, respon pupil melambat +2/+2, Tanda-tanda Vital: Tekanan darah 158/92 mmHg, nadi 120 x/menit, SPO2: 99 %.Suhu: 39,5°C dengan hasil lab: Ureum darah: 99,38 mg/dl, Kreatinin darah: 2,98 mg/dl dan BUN: 71,2 mg/dl, GDS : 385 mg/dl, GD 1 430 mg/dl, GD 2 jam PP 348 mg/dl dengan hasil ECG : sinus takikardi.</p>	Gangguan metabolisme	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

B. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan dan prioritas masalah	Kode
1	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan napas, dibuktikan dengan</p> <p>DS: keluarga mengatakan pasien sesak napas dan kesadaran menurun</p> <p>DO :Sesak napas, napas cepat, napas ronchi dikedua lapang paru, gurgling (ada lendir dijalan napas). RR : 44 kali /menit, SPO2 99-100%. terpasang oksigen 10 lpm NRM. Nadi 120 x/menit. Kesadaran somnolens (GCS : 7)</p>	D.0001
2	Hipertermi berhubungan dengan Proses penyakit infeksi, dibuk-	D.0130

	<p>tikan dengan</p> <p>DS; keluarga mengatakan pasien panas</p> <p>DO; teraba badan panas, suhu 39,5 derajat celcius, sesak napas dan takikardi. Lab; Nilai leukosit 22,8 uL GDS : 430 mg/dl. TD: 158/92</p>	
3.	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme dibuktikan dengan</p> <p>DS : keluarga mengatakan pasien belum sadar</p> <p>DO : pasien tampak terbaring lemah, gelisah, kesadaran somnolen, GCS E₃M₃V₁, respon pupil melambat +2/+2. Tanda-tanda Vital: Tekanan darah 158/92 mmHg, nadi 120 x/menit, SPO₂: 99 %.Suhu: 39,5°C dengan hasil lab: Ureum darah: 99,38 mg/dl, Kreatinin darah: 2,98 mg/dl dan BUN: 71,2 mg/dl, GDS : 385 mg/dl, GD 1 430 mg/dl, GD 2 jam PP 348 mg/dl dengan hasil ECG : sinus takikardi.</p>	D.0066

C. Rencana Keperawatan

Nama: Tn.K.M No. CM : 001168

Hari/tgl	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Senin, 13-06-2022	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan napas, dibuktikan dengan</p> <p>DS: keluarga mengatakan pasien sesak napas dan kesadaran menurun</p> <p>DO :Sesak napas, napas cepat, napas ronchi di kedua lapang paru, terdengar suara gurgling (ada lendir di jalan napas). RR : 44 kali/menit, SPO2 99-100%. terpasang oksigen 10 lpm NRM. Nadi 120 x/menit.</p>	<p>Tujuan : selama perawatan di ruang ICU 3 x 24 jam diharapkan bersihkan jalan nafas L. 01001 meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk berkurang - Lendir berkurang - Ronchi berkurang - Tidak terdengar gurgling - Frekuensi pernapasan dalam batas normal (12-24 x/menit) - Tidak gelisah - SPO2 membaik 	<p>Manajemen Jalan Nafas I.01011</p> <p>a. Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing,, ronchi kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>b. Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan semi-fowler atau fowler - Lakukan fisioterapi dada, jika perlu - Berikan minuman hangat - Berikan oksigen, jika perlu <p>c. Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi <p>d. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran mukolitik, <p>Pemantauan Respirasi I.01014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auskultasi bunyi napas - Monitor saturasi oksigen - Monitor hasil X-Ray thoraks <p>Pengisapan jalan napas I.01020</p>

Hari/tgl	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Senin, 13-06-2022	<p>Kesadaran somnolens (GCS : 7)</p> <p>Hipertermi berhubungan dengan Proses penyakit infeksi, dibuktikan dengan DS; keluarga mengatakan pasien panas</p> <p>DO; teraba badan panas, suhu 39,5 derajat celcius, sesak napas dan takikardi.</p> <p>Lab; Nilai leukosit 22,8 uL.GDS : 430 mg/dl.</p> <p>Tekanan darah : 158/92 mmHG</p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan di ruang ICU 1 x 6 jam, diharapkan termoregulasi membaik.</p> <p>L.14134, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh membaik (dalam batas normal) - Kadar glukosa darah membaik - Pengisian kapiler membaik - Tekanan darah membaik. 	<p>Skrining tuberculosis I.01024</p> <p>I. 15506 Manajemen Hipertermi <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipertermia - Monitor suhu tubuh setiap 2 jam - Monitor haluaran urine <p><i>Teraupetik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Beri kompres hangat pada dahi, aksila dan kedua lipatan paha <p>I.14578 Regulasi Temperatur <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan dan nadi. - Monitor dan catat tanda dan gejala hipertermi dan hipotermi

Hari/tgl	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Senin, 13-06-2022	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme dibuktikan dengan</p> <p>DS : keluarga mengatakan pasien belum sadar</p> <p>DO : pasien tampak terbaring lemah, gelisah, kesadaran somnolen, GCS E₃M₃V₁, respon pupil melambat +2/+2.</p> <p>Tanda-tanda Vital: Tekanan darah 158/92</p>	<p>Tujuan : selama perawatan di ruang ICU 3 x 24 jam diharapkan pasien akan meningkatkan kapasitas adaptif intrakranial. Luaran Kapasitas Adaptif Intrakranial (06049) dengan kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat, Gelisah menurun dan Respon pupil membaik.</p> <p>Intervensi yang ditetapkan</p>	<p><i>Teraupetik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau alat pemantau suhu kontinyu - Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat - Sesuaikan suhu lingkungan dengan suhu ruangan <p><i>Kolaborasi</i> : pemberian antipiretik, parasetamol infus 3 x 1 gr</p> <p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)</p> <p><i>Observasi</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), - Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>), - Monitor status pernapasan dan - Monitor intake dan output cairan. <p><i>Terapeutik</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimalkan stimulus dengan lingkungan yang tenang, - Berikan posisi semi fowler, - Hindari manuver valsava,

Hari/tgl	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	mmHg, nadi 120 x/menit, SPO2: 99 %.Suhu: 39,5°C dengan hasil lab: Ureum darah: 99,38 mg/dl, Kreatinin darah: 2,98 mg/dl dan BUN: 71,2 mg/dl, GDS : 385 mg/dl, GD 1 430 mg/dl, GD 2 jam PP 348 mg/dl dengan hasil ECG : sinus takikardi.		<ul style="list-style-type: none"> - Cegah terjadinya kejang dan - Pertahankan suhu tubuh normal. <i>Kolaborasi:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis: pemberian Furocemid 1x20mg/iv

D. Implementasi

Nama : Tn. K.M No.CM : 001168

Tgl/jam	No. dx	Implementasi	Paraf
13-06-22 Jam 07.10	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan assessment pada pasien - Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital - mengkaji keadaan umum dan keluhan pasien/keluarga, serta membaca catatan pada lembaran monitor pasien <p>Hasil : keluarga pasien mengatakan merasa sesak napas, ada riwayat batuk sebelumnya, panas dan kesadaran menurun (somnia) Pasien tampak sakit berat, sesak napas, nafas cepat dan dangkal</p> <p>TTV : Tekanan darah : 158/92 mmHg, suhu : 39,5 derajat Celsius, nadi 120 x menit, SPO2 : 99-100%, RR: 44 x/menit</p>	Waya
Jam 08.10	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital dan saturasi oksigen, kesadaran - Memonitor adanya sumbatan jalan nafas - Auskultasi bunyi nafas - Mengatur posisi ekstensi dan head up 15 derajat - mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan memasang oksigen NRM 10 lpm - Monitor saturasi oksigen - Mengganti selimut dengan kain yang tipis - Melakukan suction berkala - Melakukan kompres hangat pada area dahi, kedua aksila dan lipatan paha - Melayani parasetamol 1 gram /iv <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 147/82 mmHg, suhu : 39,2 derajat Celsius, nadi 122 x menit, SPO2 : 99%, RR: 42 x/menit nafas cepat, bunyi nafas ronchi, suara napa gronggli, ada lendir putih kental</p>	Waya
Jam 09.00	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor dan membaca hasil TTV dimonitor ECG, saturasi dan tingkat kesadaran - Melayani injeksi Meropenem 1 gram /intra vena - menganjurkan keluarga melakukan kompres hangat pada area dahi, kedua aksila dan lipatan paha - Melakuakan cek residu NGT - Melakukan kumbah lambung sampai jernih sebanyak 3 kali, - Melayani air putih sebanyak 200 cc/NGT <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 135/79 mmHg, suhu : 38,6 derajat Celsius, nadi 112 x menit, SPO2 : 99%, RR: 40 x/menit, kesadaran somnolen, keluarga melakukan kompres hangat pada area yang ditentukan, residu (+) 35 cc berwarna keruh dan bercampur lendir, ada</p>	Waya

Tgl/jam	No. dx	Implementasi	Paraf
		stosel	
10.00	1 2 3	<p>Memonitor tanda-tanda vital dan saturasi oksigen, kesadaran</p> <p>Delegatif/penatalaksanaan pemberian terapi obat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Omeprazole 40 mg/iv - Nebulizer ventolin 1 repsul - Melakukan suction berkala - Melayani skin test alergi obat levofloxacin - Baca hasil skintest, hasil negative - Melayani injeksi levofloxacin 500 mg /iv <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 137/84 mmHg, suhu : 38,4 derajat Celsius, nadi 116 x menit, SPO2 : 99%, RR: 38 x/menit, kesadaran somnolen. tidak alergi terhadap obat yang diberikan. suction ada lendir putih kental. Keluarga masih tetap kompres hangat</p>	Waya
11.00	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital dan saturasi oksigen, kesadaran - Monitor aliran oksigen - Monitor efektifitas terapi oksigen - Cek residu dan melakukan kubah lambung sampai jernih sebanyak 2 kali - Melayani obat oral sirup sucrifat 10 cc /NGT - Mengatur posisi tidur miring kiri <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 128/81 mmHg, suhu : 37,9 derajat Celsius, nadi 114x menit, SPO2 : 100%, RR: 38 x/menit, kesadaran somnolen. Oksigen 10 lpm NRM. hasil residu 30 cc masih stosel berkurang dan masih ada lendir</p>	Waya
12.00	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor dan membaca hasil TTV dimonitor ECG, saturasi dan tingkat kesadaran - Mengganti cairan baru Nacl 0,9 % 60 cc/jam dengan infus pump - Membuang urine, menghitung balance cairan - menganjurkan keluarga menggosok dada dan punggung dengan minyak kayu putih dan minyak VCO untuk memberi kehangatan dan kelembaban kulit - Mengganti alat tenun dan pakaian pasien - Melakukan clabbing fibrasi dipunggung dan dada pasien <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 131/79 mmHg, suhu : 37,1 derajat Celsius, nadi 110x menit, SPO2 : 99%, RR: 34x/menit, kesadaran somnolen. Oksigen 10 lpm NRM. Balance cairan output (urine : 600 cc/, residu 65 cc dan IWL 165 cc= 830cc/6jam), input (infus 300 cc + injeksi 340 cc, air putih 250 cc = 890 cc). BC=+60 cc/6jam</p>	Waya

Tgl/jam	No. dx	Implementasi	Paraf
13.00	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor dan membaca hasil TTV dimonitor ECG, saturasi dan tingkat kesadaran - Mengatur posisi pasien tidur lurus, head up 15 derajat - cek residu (-), melakukan kumbah lambung 1 x sampai jernih - Melayani injeksi Novorapid 10 unit - Melayani diet susu diabetasol 200 cc/NGT - menganjurkan keluarga untuk berhenti kompres, menggosok akril dengan minyak kayu putih agar tidak terjadi hipotermi <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 125/76 mmHg, suhu : 36,9 derajat Celsius, nadi 108x menit, SPO2 : 99%, RR: 35x/menit, kesadaran somnolen, kaki tangan sudah bisa digerkan, Oksigen 10 lpm NRM. NGT residu(-) diet 200 cc</p>	Waya
14-06-22 Jam 07.10	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan assessment pada pasien - Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital - mengkaji keadaan umum dan keluhan pasien/keluarga, serta membaca catatan pada lembaran monitor pasien <p>Hasil : keluarga pasien mengatakan merasa sesak napas, ada riwayat batuk sebelumnya, panas dan kesadaran menurun (somnolen) Pasien tampak sakit berat, sesak napas, nafas cepat dan dangkal</p> <p>TTV : Tekanan darah : 123/69 mmHg, suhu : 36,8 derajat Celsius, nadi 106 x menit, SPO2 : 99-100%, RR: 32 x/menit</p>	Waya
Jam 08.10	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital dan saturasi oksigen, kesadaran - Memonitor adanya sumbatan jalan nafas - Auskultasi bunyi nafas - Mengatur posisi ekstensi dan head up 15 derajat - mempertahankan kepatenan jalan nafas dengan memasang oksigen NRM 10 lpm - Monitor saturasi oksigen - Melakukan oral hygiene dengan membersihkan mukosa mulut dengan air hangat + betadin kumur - Melakukan suction berkala - Melayani parasetamol 1 gram /iv <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 137/78 mmHg, suhu : 36,7 derajat Celsius, nadi 104 x menit, SPO2 : 99%, RR: 30 x/menit napas cepat, bunyi nafas ronchi, suara napa grongli, berkurang, ada lendir putih kental. mukosa mulut bersih dan lembab. Pasien tidak panas, akril hangat.</p>	Waya
Jam 09.00	1 2	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor dan membaca hasil TTV dimonitor ECG, saturasi dan tingkat kesadaran - Melayani injeksi Meropenem 1 gram /intra vena 	Waya

Tgl/jam	No. dx	Implementasi	Paraf
	3	<ul style="list-style-type: none"> - Melaksanakan cek residu NGT, hasil (-) - Melayani diet susu 200 cc per NGT <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 135/79 mmHg, suhu : 36,9derajat Celsius, nadi 108 x menit, SPO2 : 99%, RR: 34x/menit, kesadaran somnolen, mukosa mulut bersih dan lembab. Pasien tidak panas, akral hangat.</p>	
10.00	1 2 3	<p>Memonitor tanda-tanda vital dan saturasi oksigen, kesadaran</p> <p>Delegatif/penatalaksanaan pemberian terapi obat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Omeprazole 40 mg/iv - Nebulizer ventolin 1 repsul - Melayani injeksi levofloksasin 500 mg /iv <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 126/84 mmHg, suhu : 36,8 derajat Celsius, nadi 110 x menit, SPO2 : 99%, RR: 30 x/menit, kesadaran somnolen. tidak alergi terhadap obat yang diberikan</p>	Waya
11.00	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda vital dan saturasi oksigen, kesadaran - Monitor aliran oksigen - Monitor efektifitas terapi oksigen - Mengatur posisi tidur miring kanan <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 128/81 mmHg, suhu : 37,9 derajat Celsius, nadi 114x menit, SPO2 : 100%, RR: 38 x/menit, kesadaran somnolen.</p>	Waya
12.00	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor dan membaca hasil TTV dimonitor ECG, saturasi dan tingkat kesadaran - Mengganti cairan baru Nacl 0,9 % 60 cc/jam dengan infus pump - Membuang urine, menghitung balance cairan - menganjurkan keluarga menggosok dada dan punggung dengan minyak kayu putih dan minyak VCO untuk memberi kehangatan dan kelembaban kulit - Mengganti alat tenun dan pakaian pasien - Melakukan clabbing fibrasi dipunggung dan dada pasien - Melakukan suction berkala - Mengambil sampel dahak untuk pemeriksaan BTA <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 131/79 mmHg, suhu : 37,1 derajat Celsius, nadi 110x menit, SPO2 : 99%, RR: 34x/menit, kesadaran somnolen. Oksigen 10 lpm NRM. Balance cairan output (urine : 600 cc/, residu 65 cc dan IWL 165 cc= 830cc/6jam), input (infus 300 cc + injeksi 340 cc, air putih 250 cc = 890 cc). BC=+60 cc/6jam</p>	Waya
13.00	1 2	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor dan membaca hasil TTV dimonitor ECG, saturasi dan tingkat kesadaran - Mengatur posisi pasien tidur lurus, head up 15 derajat - cek residu (-), 	Waya

Tgl/jam	No. dx	Implementasi	Paraf
	3	<ul style="list-style-type: none"> - Melayani injeksi Novorapid 10 unit - Melayani diet susu diabetasol 200 cc/NGT - Mengatur pasien miring kanan <p>Hasil : TTV : Tekanan darah : 138/86 mmHg, suhu : 37,0 derajat Celsius, nadi 108x menit, SPO2 : 99%, RR: 35x/menit, kesadaran somnolen, kaki tangan sudah bisa digerkan, Oksigen 10 lpm NRM. NGT residu(-) diet 200 cc.pasien miring kekanan. luka decubitus (-)</p>	

Evaluasi

Tgl/jam/no.dx	SOAP	Paraf
13-06-2022 jam 14.00 DX 1	<p>S: Keluarga mengatakan pasien sesak, belum sadar penuh</p> <p>O: Suara napas ronkhi dan gurgling, sesak (+), RR 35-44 x /menit, SPO2 98-100%, Oksigen NRM 10 Lpm, posisi head up 45 derajat, kesadaran somnolen</p> <p>A: Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing,, ronkhi kering) - Monitor spuntum (jumlah, warna, aroma) - Beri posisi semi fowler atau fowler - Lakukan fisioterapi dada, jika perlu - Berikan minun hangat /NGT - Berikan oksigen, sesuai kebutuhan - Ajarkan teknik batuk efektif - Penatalaksanaan terapi nebulizer combivent 1 repsul/ 8 jam sesuai jadwal 	Waya
13-06-2022 jam 14.00 DX 2	<p>S: Keluarga mengatakan panas berkurang</p> <p>O : teraba badan panas berkurang, sesak napas agak berkurang dan tak-ikardi. Lab; Nilai leukosit 22,8 uL.GDS : 430 mg/dl. TTV : Tekanan darah : 125/76 mmHg, suhu : 36,9 derajat Celsius, nadi 108x men-</p>	Waya

Tgl/jam/no.dx	SOAP	Paraf
	<p>it, SPO2 : 99%, RR: 35x/menit, kesadaran somnolen</p> <p>A : Masalah hipertermi teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dipertahankan</p> <ul style="list-style-type: none"> - kompres hangat bila panas dan suhu naik - penatalaksanaan pemberian terapi antipiretik parasetamol 1 gr/8 jam - Penatalaksanaan pemberian antibiotik: Meropenem 3 x 1 gr/iv dan Levofloxacin 1 x 500 mg/iv sesuai jadwal - pantau suhu (TTV) setiap jam 	
<p>13-06-2022 jam 14.00 DX 3</p>	<p>S :-</p> <p>O : kesadaran menurun (somnolen E;3, V;1; M;3), terpasang NGT. Diet cair per NGT 200 cc/ 8 jam, residu (-), lendir berkurang. respon pupil melambat +2/+2. Tanda-tanda Vital: Tekanan darah 125/76 mmHg, nadi 108 x/menit, SPO2: 99 % .Suhu: 36,9°C</p> <p>A : masalah Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme,</p> <p>P : intervensi dipertahankan</p> <ul style="list-style-type: none"> - - Observasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler kesadaran menurun), - Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>), - Monitor status pernapasan dan - Monitor intake dan output cairan. <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimalkan stimulus dengan lingkungan yang tenang, - Berikan posisi semi fowler, - Hindari manuver valsava, - Cegah terjadinya kejang dan - Pertahankan suhu tubuh normal. 	

Tgl/jam/no.dx	SOAP	Paraf
	<p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis: pemberian Furocemid 1x20mg/iv 	
<p>14-06-2022 jam 14.00 DX 1</p>	<p>S: Keluarga mengatakan pasien sesak, belum sadar penuh</p> <p>O: Suara napas ronkhi berkurang, tidak ada gurgling, sesak (+), RR 35-38 x /menit, SPO2 98-100%, Oksigen NRM 10 Lpm, posisi head up 45 derajat, kesadaran somnolen</p> <p>A: Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing,, ronkhi kering) - Monitor spuntum (jumlah, warna, aroma) - Beri posisi semi fowler atau fowler - Lakukan fisioterapi dada, jika perlu - Berikan minuman hangat /NGT - Berikan oksigen, sesuai kebutuhan - Ajarkan teknik batuk efektif - Penatalaksanaan terapi nebulizer combivent 1 repsul/ 8 jam sesuai jadwal 	<p>Waya</p>
<p>14-06-2022 jam 14.00 DX 2</p>	<p>S: -</p> <p>O : teraba badan panas berkurang, sesak napas agak berkurang dan tak-ikardi. Lab; Nilai leukosit 22,8 uL.GDS : 230 mg/dl. TTV : Tekanan darah : 125/76 mmHg, suhu : 36,9 derajat Celsius, nadi 108x menit, SPO2 : 99%, RR: 35x/menit, kesadaran somnolen</p> <p>A : Masalah hipertermi teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dipertahankan</p> <ul style="list-style-type: none"> - kompres hangat bila panas dan suhu naik - Penatalaksanaan pemberian antibiotik: Meropenem 3 x 1 gr/iv dan Levofloxacin 1 x 500 mg/iv sesuai jadwal 	

Tgl/jam/no.dx	SOAP	Paraf
	<ul style="list-style-type: none"> - penatalaksanaan terapi antipireti parasetamol 1 gr/ 8 jam - pantau suhu (TTV) setiap jam 	
14-06-2022 jam 14.00 DX 3	<p>S :-</p> <p>O : kesadaran menurun (sommolen E;3, V;1; M;3), terpasang NGT. Diet cair per NGT 200 cc/ 8 jam, residu (-), lendir berkurang.</p> <p>A : masalah Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme,</p> <p>P : intervensi dipertahankan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler kesadaran menurun), - Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>), - Monitor status pernapasan dan - Monitor intake dan output cairan. <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimalkan stimulus dengan lingkungan yang tenang, - Berikan posisi semi fowler, - Hindari manuver valsava, - Cegah terjadinya kejang dan - Pertahankan suhu tubuh normal. 	Waya

EVLUASI - CATATAN PERKEMBANGAN

Tgl/jam/no.dx	Catatan perkembangan	Paraf
15-06-2022 DX 1 jam 07.00	<p>S: Keluarga mengatakan pasien sesak, belum sadar penuh</p> <p>O: Suara napas ronkhi berkurang, sesak (+), RR 30 x /menit, SPO2 99% Oksigen NRM 10 Lpm, posisi head up 45 derajat, kesadaran apatis. (E:3,V:3, M: 4)</p> <p>A: Bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p>	Waya

Tgl/jam/no.dx	Catatan perkembangan	Paraf
Jam 07.15	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing,, ronkhi kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) - Beri posisi semi fowler atau fowler - Lakukan fisioterapi dada, jika perlu - Berikan minum hangat /NGT - Berikan oksigen, sesuai kebutuhan <p>I : - memonitor pola napas pasien (frekuensi, kedalaman dan usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - memonitor lendir atau sputum - mengatur posisi tidur head up dan merubah posisi tidur setiap 2 jam <p>Hasil : pasien tampak masih lemah, masih terdengar ronchi, tidak nampak gurgling , ada retraksi dada, terpasang oksigen 10 LPM. RR 30 x menit</p>	Waya
Jam 07.55	<p>; menurunkan oksigen NRM 10 lpm ke 8 lpm, sambil memantau saturasi oksigen</p> <p>Hasil : SPO2 97-99 %</p>	
Jam 08.55	<p>; mengganti oksigen NRM ke oksigen nasal kanul 3 lpm, sambil memantau saturasi oksigen, mengatur posisi tidur yang nyaman.</p> <p>Hasil : SPO2 ; 97-99 %</p>	
Jam 10.00	<ul style="list-style-type: none"> - melayani nebulier combivent 1 repsul - menganjurkan pasien menghirup uap nebulizer yang mengandung obat inhaler - melakukan fisioterapi dada dengan clabing dan vibrasi - melakukan suction berkala <p>Hasil : pasien mendapat terapi inhaler combivent, lendir (+) sedikit</p>	
Jam 10.30	<p>– menggosok dada dan punggung dengan minyak kayu putih</p>	
Jam 11.00	<ul style="list-style-type: none"> - memantau tanda-tanda vital <p>Hasil : RR: 28 x menit, suhu : 36,5 derajat celcius, tekanan darah</p>	

Tgl/jam/no.dx	Catatan perkembangan	Paraf
Jam 10.00	- Mengatur posisi mring kanan, menggosok punggung dengan minyak VCO+minyak kayu putih untuk perawatan kulit, dan clabing punggung Hasil ; pasien terasa nyaman dan bisa tidur	Waya
Jam 12.00	- melayani injeksi levofloxacin 500 mg/iv	
Jam 14.00	S : - O : akral hangat, teraba suhu tidak panas, Suhu : 36,8 derajat celcius, A ; masalah hipertermi berhubungan dengan infeksi teratasi sebagian P : intervensi dipertahankan.	Waya
Tgl/jam/no.dx	Catatan perkembangan	Paraf
15-06-2022 DX 3 Jam 07.00	S : - O : kesadaran apatis (E;3, V;3; M;4), terpasang NGT. Diet cair per NGT 200 cc/ 8 jam, residu (-), lendir berkurang. A : masalah Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan gangguan metabolisme, P : intervensi dipertahankan - Observasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler kesadaran menurun), - Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>), - Monitor status pernapasan dan - Monitor intake dan output cairan.	Waya
Jam 08.25	- Minimalkan stimulus dengan lingkungan yang tenang, - Berikan posisi semi fowler,	
Jam 09.05	- Hindari manuver valsava, - Cegah terjadinya kejang dan - Pertahankan suhu tubuh normal.	
Jam 11.00	I : - Melakukan oral hygiene dengan betadin kumur dan	
Jam 14.00	melakukan suction berkala	

Tgl/jam/no.dx	Catatan perkembangan	Paraf
	<ul style="list-style-type: none"> - melakukan cek residu, hasil (-), melayani susu diabetasol 200 cc/NGT - melayani injeksi meprazole 40 mg/ iv <p>E : Keadaan umum masih lemah, terbaring di empat tidur, kesadaran apatis, , tidak panas, akral hangat.terpasang infus Nacl 0,9 5 20 tpm</p>	Waya



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS AKHIR

NAMA PEMBIMBING : Dominggus Gonsalves S.Kep.,M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	Senin, 12 Desember 2022	Persiapkan data-datanya Buat BAB I sampai BAB III, rapikan	
2	Kamis, 22 Desember 2022	Buatkan daftar isi kata pengantar Perbaiki sesuai koreksi	
3	Selasa, 2 Januari 2023	Lanjutkan BAB IV Perbaiki sesuai koreksi	
4	Rabu, 3 Januari 2023	Usahkan buat halaman/nomor halaman Susun secara baik dari halaman awal sampai lampiran	
5	Kamis, 04 Januari 2023	Perbaiki lembar persetujuan Perbaiki rujukan pembahasan	
6	Jum'at, 13 Januari 2023	Perbaiki lembar pengesahan, Konsul komplit makalah, perbaiki yang coret, rapikan, perhatikan tulisan, daftar isi sesuai komputerisasi,	
7	Senin, 15 Januari. 2023	ACC, tanda tangan. siap hubungi dosen penguji	

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA****DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**

POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS AKHIR**

NAMA PEMBIMBING : Ns. Yoany M.V.B. Aty,S.Kep.,M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	Jum'at, 12 Agustus 2022	Konsultasi Judul : dan penentuan judul menurut teori, salah satu teori sesuai dengan kasus	
2	Jumat ,11 Novem- ber 2022	ACC Judul, Lanjut buat BAB 1 sesuai referensi data	
3	Senin,19 Desember 2022	ACC BAB I Lanjutkan BAB II sampai selesai	
4	Kamis,22 Desem- ber 2022	Tambahkan BAB 2 pengkajian menurut Orem Daftar Pustaka sesuai Mendeley Lanjut buat BAB III	
5	Selasa, 27 Desem- ber 2022	ACC BAB III, lanjut BAB IV pembahasan	
6	Rabu, 4 Januari 2023	Revisi BAB IV Pembahasan berdasarkan teori dan jurnal serta kasus yang di buat. Lanjut BAB V penutup	
7	Jum'at, 13 Januari 2023	Konsul komplit makalah, perbaiki yang coret, rapikan, perhatikan tulisan, daftar isi sesuai komputerisasi,	
8	Rabu, 17 Januari. 2023	ACC, tanda tangan. siap hubungi dosen penguji	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR REVISI KARYA TULIS AKHIR

Nama : Nirwaya Djaba

NIM : P05303211211601

Judul KTA : Penerapan *Teori Self care* menurut Dorothea E.Orem pada asuhan keperawatan pasien Tn. K.M dengan diagnose Chronic Kidney Disease (CKD) diRuang ICU RSUD Ende

N O	PEN- GUJI	YANG DI REVISI	NAMA PENGUJI/ PARAF
1	Penguji I	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki nama gelar penguji• Perbaiki dan perhatikan huruf, tanda baca dan pengetikan• Kutipan pengarang sesuai yang tertera di daftar pustaka	Gadur Blasius,S.Kep.,M.Si
2	Penguji II	<ul style="list-style-type: none">• Pada pengkajian kasus pasien BAB III berfokus pada universal self care, karena pasien dengan kesadaran menurun• Pembahasan di sertakan dengan jurnal atau penelitian sebelumnya (masih kurang di pengkajian)	Yoani M.V.B.Aty, S.Kep.,Ns, M.Kep
3	Penguji III	<ul style="list-style-type: none">• Pada BAB V dibuat lebih singkat• Saran di pertajam	Domingos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,M.Sc