

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan pada Ny.I dengan diagnosis medis CKD di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 15 April 2021 sampai dengan 19 April 2021. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. I dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

4.1.1 Identitas

Pasien bernama Ny.I, dengan rekam medis 201xxx, berjenis kelamin perempuan, berusia 42 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai ibu rumah tangga. Pasien masuk ke Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 11 April dengan diagnosis medis CKD.

4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan

Keluhan utama pasien sesak napas dan demam, pasien terus mengalami penurunan kesadaran. Saat dilakuka observasi TTV di IGD didapatkan hasil TD: 180/110 mmHg, RR 22x/menit(nassal canul 3lpm), nadi 92x/menit dan suhu 37,8,

BB 42 kg dan TB 155cm. Pasien mempunyai riwayat hipertensi dan tidak mempunyai alergi obat maupun makanan. Keadaan umum pasien sangat lemah dan kesadaran somnolen.

Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan salah satu penyakit yang menyerang organ ginjal dimana keadaan organ ginjal menurun secara progresif, kronik, maupun menetap dan berlangsung. Kriteria yang terdapat pada penyakit ginjal kronik ini adalah timbulnya kerusakan ginjal lebih dari 3 bulan dengan kata lain terjadinya kelainan structural maupun fungsional. Adapun tanda dan gejala penyakit Chronic Kidney Disease (CKD) antara lain terjadinya kelainan pada urin terdapat dalam protein, sel darah putih/leukosit, darah/eritrosit, bakteri, creatine darah naik, hemoglobin turun, protein yang selalu positif. Penyakit CKD ini dapat menyerang siapapun dari mulai balita hingga usia lanjut. Seiring pertumbuhannya penduduk juga salah satu faktor timbulnya penyakit CKD ini.(Fadilla et al., 2018)

Pembatasan cairan menjadikan penurunan intake per oral ini akan menyebabkan mulut kering dan lidah jarang teraliri air dan keadaan ini yang memicu keluhan haus, dalam proses fisiologi tubuh 30-60 menit setelah minum perasaan haus akan muncul kembali. Apabila tidak ada asupan cairan yang masuk, maka akan terjadi peningkatan tekanan osmotik plasma dan penurunan volume cairan ekstraseluler. Penurunan volume cairan ekstraseluler mengakibatkan penurunan perfusi darah ke ginjal yang akan mengaktifkan renin angiotensin dan aldosterone. Angiotensin II bekerja meningkatkan volume intravaskuler dengan menstimulasi rasa haus di hipotalamus sehingga penderita merasa ingin minum(Chronic et al., 2020).

Saat kelenjar ludah gagal memberikan cairan yang cukup untuk melembabkan mulut maka menghasilkan rasa haus. Efek pada rasa haus mengubah sensasi oral. Rasa haus normalnya akan segera hilang dengan cara minum, rasa haus juga dapat diatasi hanya dengan membasahi mulut tanpa ada air yang tertelan. Membasahi mulut dengan berkumur dapat mengurangi rasa haus. Berkumur menyebabkan otot-otot penguyah berkerja merangsang kelenjar parotis yang memproduksi kelenjar saliva menjadi meningkat sehingga rasa haus mengalami penurunan(Najikhah, 2020).

Menurut asumsi peneliti pada Ny.I mengalami CKD dengan menggambarkan bahwa Ny.I mengalami penurunan kesadaran dan sesak napas, terpasang ETT (pasien tidak bisa bicara karena terpasang intubasi endotrakeal yg dihubungkan dengan ventilator) , TD: 176/ 92 mmHg, N: 92 x/menit, S: 37,8°C, N: 28 x/menit (ETT terhubung dengan ventilator), GCS3X5,terdapat suara napas tambahan,pola makan 3x sehari (susu diberikan lewat NGT),

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mempunyai riwayat Hipertensi selama 1 tahun terakhir, pasien hanya mengonsumsi obat hipertensi ketika tekanan darahnya tinggi saja.

2. Riwayat Penyakit Keluarga

Ayah pasien mempunyai riwayat DM dan Hipertensi kurang lebih selama 3 tahun terakhir, Ayah pasien memiliki riwayat tersebut karena turunan dari keduanyang orang tuanya.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. B1 (*Breath*/ Pernapasan)

Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breath/ Pernapasan*) didapatkan hasil Pada sistem pernafasan didapatkan nafas pasien dengan bantuan ventilator, terpasang ETT, bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada jejas pada dada, irama nafas reguler, suara nafas dispnea dan ada pemakaian otot bantu nafas. RR : 28 x/menit. Produksi sputum minimal

2. B2 (*Blood/Sirkulasi*)

Pada pemeriksaan fisik B2 (*Blood/ Sirkulasi*) didapatkan hasil pemeriksaan irama jantung reguler, Nadi: 98x/mnt, keadaan secara umum lemah, CRT: >2dtk, akral dingin Terpasang CVP nilainya 13 mmH₂O dan hasil GDA :91, tidak terdapat perdarahan pada gusi, tidak ada mimisan (epistaksis), tekanan darah 176/ 94 mmHg, nadi: 113x/ menit, S: 38,2°C. Saat melakukan pengkajian pada Ny. I pernah dilakukan terapi Hemodialisa

3. B3 (*Brain/persyarafan*)

Tingkat kesadaran somnolen, GCS: 3X5, pupil isokor, reflek fisiologis ada, reflek patologis ada, bentuk hidung simetris, septum di tengah, tidak ada polip, tidak ada kelainan, mata simetris reflek cahaya +/+, sklera tidak ikterus, tidak ada kelainan, telinga tidak terdapat gangguan pendengaran. Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien tidak dapat dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abduksen) pasien tidak dapat menggerakkan

kedua mata, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, Nervus VII (Fasialis), wajah pasien simetris, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (Glosofaringeus, Vagus) pasien makan lewat selang NGT, Nervus XI (Aksesorius) pasien mampu menggerakkan menggeser kanan dan kiri, Nervus XII (Hipoglosus) pasien terpasang ETT

4. B4 (*Bladder/Perkemihan*)

Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder/Perkemihan*) didapatkan hasil Pasien terpasang kateter urine, jumlah urine output =100cc, pasien memakai pampers. Tidak ada nyeri tekan, urine berwarna kuning.

5. B5 (*Bowl/Pencernaan*)

Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel/ Pencernaan*) didapatkan hasil Mukosa bibir kering, lidah bersih, tidak terdapat gigi palsu, bentuk abdomen datar, tidak terdapat muntahan, tidak terdapat melena, terpasang NGT, tidak terjadi diare, tidak terjadi konstipasi, tidak ada kelainan abdomen, BB: 42 KG, TB: 155cm

6. B6 (*Bone/Muskuloskeletal*).

Pada pemeriksaan fisik B6 (Bone) saat pengkajian didapatkan terpasang cvp, tulang klien tidak ada yang fraktur, kemampuan pergerakan sendi terbatas, kekuatan otot tangan kanan dan kiri minimal, kekuatan otot kaki kanan dan kiri minimal. dan imobilisasi. ekstremitas atas dextra 1111, ekstremitas atas sinistra 1111, ekstremitas bawah dextra 1111, ekstremitas bawah sinistra 1111. Kemampuan pergerakan sendi pasien terbatas dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran

7. Sistem integumen

Pada pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan pada kulit rambut berwarna hitam, tidak ada benjolan, kulit kepala cukup bersih, turgor kulit kering, warna kulit sawo matang.

8. Sistem Endokrin

Pada pemeriksaan sistem endokrin didapatkan hasil pemeriksaan kelenjar tiroid pada pasien tidak terkaji, karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

1.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada Ny.I dengan diagnosis medis CKD disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Pasien dengan bantuan ventilator, terpasang ETT, bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada jejas pada dada, irama nafas reguler, suara nafas dispnea dan ada pemakaian otot bantu nafas. TD: 176/92 mmHg, RR : 28 x/menit. Produksi sputum minimal (pasien tidak bisa bicara karena terpasang intubasi endotrakeal yg dihubungkan dengan ventilator).Pasien menggunakan otot bantu napas,Ekspirasi pasien memanjang.

Pola napas tidak efektif adalah inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi kuat. Penyebab terjadinya pola napas tidak efektif adalah Depresi pusat pernapasan, Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat

bernapas, kelemahan otot pernapasan), Deformitas dinding dada, Deformitas tulang dada, Gangguan neuromuskuler, Gangguan neurologis (mis. EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang), Imaturitas neurologis, Penurunan energi, Obesitas, Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, Sindrom hipoventilasi, Kerusakan invasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas), Cedera pada medulla spinalis, Efek agen farmakologis dan Kecemasan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Asumsi penulis pola napas tidak efektif diakibatkan karena pasien mengalami hipertensi yang tidak terkontrol. Akibat dari hipertensi tersebut terjadi penyempitan di pembuluh darah sehingga menghambat oksigen masuk ke ginjal, selain itu terlambat untuk melakukan pengobatan dan mengalami penurunan kesadaran

2. Risiko ketidakseimbangan elektrolit

Pasien mengalami risiko ketidakseimbangan elektrolit dengan faktor risiko yaitu disfungsi ginjal atau gagal ginjal. Ginjal merupakan salah satu organ vital pada tubuh manusia yang sangat penting peranannya dalam metabolisme tubuh. Apabila terjadi gangguan fungsi pada ginjal oleh karena penyakit yang kronis maka akan bisa mempengaruhi gangguan fungsi pada organ tubuh lainnya (Udayana et al., 2019).

Risiko ketidakseimbangan elektrolit artinya berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit. Faktor risiko yang terkait diantaranya ketidakseimbangan cairan (dehidrasi dan intoksikasi), kelebihan volume cairan, gangguan mekanisme regulasi (diabetes), efek samping prosedur, diare, muntah, disfungsi ginjal dan disfungsi regulasi endokrin. Kondisi

klinis terkait yaitu gagal ginjal, anoreksia nervosa, DM, Penyakit chronic, gastroenteritis, pankreatitis, cedera kepala, kanker, trauma multipel, luka bakar dan anemia sel sabit (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Chronic Kidney Disease (CKD) atau penyakit ginjal kronis merupakan kegagalan fungsi ginjal (unit nefron) yang berlangsung perlahan-lahan karena penyebab berlangsung lama dan menetap yang mengakibatkan penumpukan sisa metabolit (toksik uremik) sehingga ginjal tidak dapat memenuhi kebutuhan biasa lagi dan menimbulkan gejala sakit. Pilihan terapi bagi pasien dengan penyakit ginjal kronis ada 2 macam yakni dialysis atau transplantasi ginjal (Yang et al., 2013).

Asumsi penulis penyebab pasien mengalami risiko ketidakseimbangan elektrolit diakibatkan karena serum Natrium, Kalium dan Chlorida rendah yaitu Natrium 128,6 mEq/L (135-145 mEq/L), Kalium 3,23 mmol/L (3,5-5,0 mmol/L), Chlorida 84,2 mmol/L (96-106 mmol/L)

3. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik

Pasien tidak bisa bicara karena terpasang intubasi endotrakeal yg dihubungkan dengan ventilator. Saat dilakukan pengkajian Urine pasien keluar sedikit dan Berkemih tidak tuntas. Pada pasien gagal ginjal terjadi gangguan pada tekanan darahnya, sehingga diperlukan pemantauan (observasi) khusus pada pasien gagal ginjal kronik pre hemodialysis yang mengalami tekanan darah tinggi (Moewardi, 2020). Adanya pembatasan intake cairan yang dilakukan pada pasien yang menjalani hemodialisa

menimbulkan efek timbul rasa haus yang menyebabkan mulut pasien kering karena produksi saliva yang berkurang, sehingga produksi urine juga menurun (Najikhah, 2020)

Menurut asumsi penulis Ny. I mengalami gangguan eliminasi urine ditunjukkan bahwa produksi urine 100-200cc/24 jam, hal itu bisa terjadi karena adanya pembatasan minum untuk penderita CKD selain dan terapi hemodialisa yang dijalani selama di Rumah sakit.

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, ketidakbugaran fisik.

Kekuatan otot pasien menurun, rentang gerak ROM pasien menurun, sendi kaku, gerakan terbatas dan fisik pasien lemah hal ini dikarenakan lamanya tirah baring yang di alami pasien. Pasien mengalami penurunan kesadaran adalah penyebab utama gangguan mobilitas fisik terjadi. Gangguan Mobilitas Fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penyebab gangguan tersebut yaitu kerusakan integritas tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal dan neuromuskular, efek agen farmakologis, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan persepsi sensori. Gejala mobilitas fisik yaitu kekuatan otot menurun, ROM menurun, nyeri saat bergerak, sendi kaku, gerakan terbatas dan fisik lemah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

ROM atau rentang gerak adalah gerakan-gerakan sendi dalam kisaran maksimum dimana setiap sendi pada tubuh dapat melakukannya dalam kondisi normal. Latihan ROM dilakukan secepat mungkin ketika pasien dalam kondisi stabil. Latihan ini direncanakan secara individual untuk mengakomodasi keragaman yang luas dalam tingkat gerakan yang dapat dicapai oleh berbagai kelompok usia (Basuki, 2018). *Range of motion* adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, di mana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. Tujuan ROM adalah : Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, Memelihara mobilitas persendian, Merangsang sirkulasi darah dan Mencegah kelainan bentuk (Subhan, 2014).

Asumsi penulis penyebab mobilitas fisik diakibatkan karena lamanya tirah baring dan pasien mengalami penurunan kesadaran yang menyebabkan otot-otot tubuh melemah.

1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan pada Ny.I dengan diagnosis medis CKD disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Tujuan keperawatan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x4 jam diharapkan Pola Napas Membaik, dengan kriteria hasil luaran utama pola napas membaik, Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu napas menurun Frekuensi napas membaik. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Rencana keperawatan, intervensi utama (Manajemen jalan napas):
Monitor pola napas dengan cara menghitung RR, Monitor bunyi napas dengan cara auskultasi, Posisikan semi fowler atau fowler, Lakukan penghisapan lendir, Berikan oksigen melalui ETT yang terhubung dengan ventilator .
intervensi pendukung (pemantauan respirasi): memonitor frekuensi (28x/menit), irama (irreguler) , kedalaman (panjang) dan upaya napas (tidak bisa bernapas spontan dibantu dengan ventilator), monitor pola napas (terdapat otot bantu pernapasan), monitor adanya sputum (sputum minimal), monitor saturasi oksigen (saturasi oksigen 98%), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2. Risiko ketidakseimbangan elektrolit

Tujuan keperawatan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x4jam diharapkan keseimbangan elektrolit Membaik, dengan kriteria hasil : Serum Natrium meningkat, Serum Kalium meningkat, Serum Klorida dari meningkat

Rencana keperawatan, intervensi utama (pemantauan elektrolit) :
Monitor hasil pemeriksaan serum (HCT, natrium, kalium, BUN),
Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektroli, Monitor kehilangan cairan, Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (CVP 13),
Dokumentasikan hasil pemantauan. Intervensi pendukung (pemantauan Cairan): monitor frekuensi nadi (nadi 92x/menit) dan kekuatan nadi (nadi teraba lemah), monitor frekuensi napas (frekuensi napas 28x/menit),
monitor tekanan darah (tekanan darah 176/92 mmHg) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik

Tujuan keperawatan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x4jam diharapkan eliminasi urine Meningkat dengan kriteria hasil: Sensasi berkemih membaik, Frekuensi BAK membaik. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Rencana keperawatan, intervensi utama (manajemen eliminasi urine): Monitor eliminasi urine frekuensi urine 100-200 cc/24 jam, aroma khas dan warna kuning pekat, Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih yaitu pencatatan dilakukan pada jam 8 pagi dan sanagat sedikit,. Intervensi pendukung (pencegahan infeksi): monitor tanda dan gejala infeksi yaitu dengan melakukan pemeriksaan pada genitalia pasien apakah terdapa tanda infeksi pada daerah yang terpasang kateter, berikan perawatan kulit dengan menyeka setiap hari, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien berguna agar tidak terpapar virus/bakteri yang terdapat dari pasien atau lingkungan pasien. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, ketidakbugaran fisik.

Tujuan Keperawatan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x4jam maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat 5555 5555, Rentang gerak (ROM) meningkat, Kelemahan fisik menurun . (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Rencana Keperawatan ,intervensi utama (Dukungan Mobilisasi):
Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya,Identifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi, Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Fasilitas aktivitas mobilasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), Fasilitas melakukan pergerakan,Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi bertujuan agar pasien atau keluarga bisa paham dengan apa yang dilakukan dan tidak terjadi kesalah pahaman saat melakukan mobilisasi. Intervensi pendukung (dukungan ambulasi):
identifikasi adanya nyeri saat dilakukan mobilisasi dengan melihat reaksi pasien,monitor frekuensi jantung dan tekanan darah untuk mengetahui adanya peningkatan pada frekuensi jantung dan tekanan darah saat dilakukan mobilisasi, monitor kondisi selama ambulasi dengan melihat pasien apakah nyaman atau tidak dengan tindakan tersebut(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya.

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Pasien tidak bisa bicara karena terpasang intubasi endotrakeal yg dihubungkan dengan ventilator, pasien tampak sesak napas, RR : 28x/mnt, pola napas dispnea terpasang intubasi endotrakeal tersambung ventilator

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu: intervensi utama memonitor pola napas dengan cara menghitung RR (RR 28x/menit), Monitor bunyi napas dengan cara auskultasi terdapat bunyi napas tambahan, memposisikan semi fowler atau fowler ,dilakukan penghisapan lendir melalui Orhopharingeal didapatkan sputum minima, diberikan oksigen melalui ventilator (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019).

Keluhan utama yang paling sering dirasakan oleh penderita gagal ginjal kronik adalah sesak nafas, nafas tampak cepat dan dalam atau yang disebut pernafasan kussmaul. Hal tersebut dapat terjadi karena adanya penumpukan cairan di dalam jaringan paru atau dalam rongga dada, ginjal yang terganggu mengakibatkan kadar albumin menurun. Selain disebabkan karena penumpukan cairan, sesak nafas juga dapat disebabkan karena pH darah menurun akibat perubahan elektrolit serta hilangnya bikarbonat dalam darah. Selain itu rasa mual, cepat lelah serta mulut yang kering, juga sering di alami oleh penderita gagal ginjal kronik. Hal tersebut disebabkan oleh penurunan kadar natrium dalam darah, karena ginjal tidak dapat mengendalikan ekskresi natrium, hal tersebut dapat pula mengakibatkan terjadinya pembengkakan. (Reyva., 2016)

Menurut Asumsi penulis karena masalah utama pasien yaitu karena napas pasien kussmaul dan mengi, pasien juga tidak bisa bernafas spontan

dan mengalami penurunan kesadaran, jadi dilakukan terapi oksigen dengan ETT intubasi endotrakeal yang tersambung langsung dengan ventilator.

2. Risiko ketidakseimbangan elektrolit

Risiko ketidakseimbangan elektrolit artinya berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit. Faktor risiko yang terkait diantaranya ketidakseimbangan cairan (dehidrasi dan intoksikasi), kelebihan volume cairan, gangguan mekanisme regulasi (diabetes), efek samping prosedur, diare, muntah, disfungsi ginjal dan disfungsi regulasi endokrin.

Berdasarkan target dengan intervensi utama: memonitor hasil pemeriksaan serum (natrium 138,6 mg/dl, kalium 3,23 mg/dl, BUN 25mg/dl), Mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit, Memonitor kehilangan cairan, Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia (JVP meningkat, CVP meningkat), Mendokumentasikan hasil pemantauan. Intervensi pendukung (pemantauan Cairan): monitor frekuensi nadi 92x/menit, kekuatan nadi, memonitor frekuensi napas, memonitor tekanan darah 176/92 mmHg.

Pada pasien CKD sangat memerlukan dukungan keluarga tanpa dukungan dari keluarga, pengetahuan dan sikap pasien dia tidak akan mampu mematuhi program diet yang sudah ditentukan. Diet rendah natrium bertujuan untuk membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah. Dan garam mengandung unsur natrium yang bersifat menahan air, serta konsumsi garam dapat menyebabkan tumpukan cairan dalam tubuh. Sehingga pada pasien CKD harus dilakukan pembatasan asupan natrium untuk

mengurangi penumpukan cairan dalam tubuh dan akan mengurangi rasa haus(Makassar, 2018).

3. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik

Gangguan eliminasi urine ditunjukkan bahwa produksi urine 100-200cc/24 jam, hal itu bisa terjadi karena dari efek pengobatan dan terapi hemodialisa yang dijalani selama di Rumah sakit.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu intervensi utama (manajemen eliminasi urine): memonitor eliminasi urine (Frekuensi 100cc/24 jam, warna khas),mencatat waktu-waktu dan haluaran berkemih ,melakukan kolaborasi pemberian obat supositoria uretra jika itu diperlukan. Intervensi pendukung (pencegahan infeksi): memonitor tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan kulit(menyeka), cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.

Keefektifan pembatasan jumlah cairan pada pasien CKD bergantung kepada beberapa hal, antara lain pengetahuan pasien terhadap jumlah cairan yang boleh diminum. Upaya untuk mencipta-kan pembatasan asupan cairan pada pasien CKD diantaranya dapat dilakukan melalui pemantauan intake output cairan per harinya, sehubungan dengan intake cairan pasien CKD bergantung pada jumlah urin 24 jam.

Pemantauan dilakukan dengan cara mencatat jumlah cairan yang diminum dan jumlah urin setiap harinya pada chart/tabel. Sehubungan dengan pentingnya program pembatasan cairan pada pasien dalam rangka mencegah komplikasi serta mempertahankan kualitas hidup, maka perlu dilakukan analisis praktek terkait intervensi dalam mengontrol jumlah asupan cairan melalui pencatatan jumlah cairan yang diminum serta urin yang dikeluarkan setiap harinya (Angraini & Putri, 2016).

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, ketidakbugaran fisik.

Kekuatan otot pasien menurun, rentang gerak ROM pasien menurun, sendi kaku, gerakan terbatas dan fisik pasien lemah hal ini dikarenakan lamanya tirah baring yang di alami pasien. Pasien mengalami penurunan kesadaran adalah penyebab utama gangguan mobilitas fisik terjadi.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan yaitu intervensi utama (Dukungan Mobilisasi): Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi, Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

ROM atau rentang gerak adalah gerakan-gerakan sendi dalam kisaran maksimum dimana setiap sendi pada tubuh dapat melakukannya

dalam kondisi normal. Latihan ROM dilakukan secepat mungkin ketika pasien dalam kondisi stabil. Latihan ini direncanakan secara individual untuk mengakomodasi keragaman yang luas dalam tingkat gerakan yang dapat dicapai oleh berbagai kelompok usia (Basuki, 2018). *Range of motion* adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, di mana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. Tujuan ROM adalah : Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, Memelihara mobilitas persendian, Merangsang sirkulasi darah dan Mencegah kelainan bentuk (Subhan, 2014).

1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan

evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien.

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.I sebagai berikut: keadaan umum pasien tampak lemah, mukosa bibir pasien kering, pemeriksaan tanda-tanda vital: nadi: 92 x/menit, suhu: 37,8°C, RR 28x/menit. Masalah pola napas tidak efektif pada Ny.I berada pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1, 2,3, 4, 5.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.I sebagai berikut: keadaan umum pasien tampak lemah, mukosa bibir pasien kering, pemeriksaan tanda – tanda vital: nadi: 95 x/menit, RR : 26x/menit,suhu: 37°C. Masalah Pola napas tidak efektif pada Ny.I berada pada masalah teratasi sebagian serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1, 3, 4, 5.

2. Risiko ketidakseimbangan elektrolit

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.I sebagai berikut: keadaan umum pasien tampak lemah, mukosa bibir pasien kering, pemeriksaan tanda-tanda vital: nadi: 92 x/menit, suhu: 37,8°C, RR 28x/menit (natrium 138,6 mg/dl, kalium 3,23 mg/dl, BUN 25mg/dl). Masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit pada Ny.I berada pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1, 2,3, 4.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.I sebagai berikut: keadaan umum pasien tampak lemah, mukosa bibir pasien kering, pemeriksaan tanda-tanda vital: nadi: 92 x/menit, suhu: 37,8°C, RR 28x/menit (natrium 138,6 mg/dl, kalium 3,23 mg/dl, BUN 25mg/dl). Masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit pada Ny.I berada pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1, 2,3.

3. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.I sebagai berikut: keadaan umum pasien tampak lemah, mukosa bibir pasien kering, pemeriksaan tanda-tanda vital: nadi: 92 x/menit, suhu: 37,8°C, RR 28x/menit, produksi urine 200cc/24 jam. Masalah gangguan eliminasi urine pada Ny.I berada pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1, 2,3, 4.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.I sebagai berikut: keadaan umum pasien tampak lemah, mukosa bibir pasien kering, pemeriksaan tanda-tanda vital: nadi: 92 x/menit, suhu: 37,8°C, RR 28x/menit produksi urine 100cc/24 jam. Masalah gangguan eliminasi urine pada Ny.I berada pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1, 2,3.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, ketidakbugaran fisik

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.I sebagai berikut: keadaan umum pasien tampak lemah, mukosa bibir pasien kering, pemeriksaan tanda-tanda vital: TD: 176/92, nadi: 92 x/menit, suhu: 37,8°C, RR 28x/, pasien mengalami penurunan kesadaran. Masalah gangguan mobilitas fisik pada Ny.I berada pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1, 2,3, 4,5,6.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.I sebagai berikut: keadaan umum pasien tampak lemah, mukosa bibir pasien kering, pemeriksaan tanda-tanda vital: TD: 184/95, nadi: 92 x/menit, suhu: 37,8°C, RR 28x/, pasien mengalami penurunan kesadaran. Masalah gangguan mobilitas fisik pada Ny.I berada pada masalah belum teratasi serta intervensi yang diberikan tetap melanjutkan intervensi 1, 2,3.