

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL

4.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Gresik. Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina adalah rumah sakit milik pemerintah Daerah kabupaten Gresik yang didirikan di Jalan Dr.Wahidin Sudirohusodo 243 B, Klanganan, Kebomas Kabupaten Gresik kode pos 61161 pada tanggal 16 Agustus 1975, dibangun oleh PT. Petro Kimia Gresik dan diresmikan oleh Gubernur Jawa Timur Bapak Moch. Noer. Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Gresik merupakan rumah sakit rujukan di Daerah Kabupaten Gresik dan sekitarnya. RSUD Ibnu Sina saat ini termasuk rumah sakit tipe B (Non Pendidikan) yang menempati areal tanah seluas 4.200.000m. RSUD Ibnu Sina memiliki beberapa unit pelayanan diantaranya 1. Instalasi Rawat Jalan yang terdiri dari 17 poliklinik, 2.Instalasi Rawat Inap yang terdiri dari 10 ruangan perawatan, 3. Instalasi lain seperti : Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Farmasi, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, CT SCAN, Unit Endoscopy, Poliklinik VIP serta Layanan Unggulan seperti Pelayanan Operasi Mata Tanpa Irisan (Phaceomulsifikasi), Unit Hemodialisa. Dalam hal pembahasan ini peneliti melakukan penelitian di RSUD Ibu Sina Gresik, di salah satu ruangan Rawat inap. Penelitian dilakukan diruangan rawat Inap Cempaka, dimana ruang rawat inap ini khusus untuk penyakit dalam.Ruangan Cempaka ini mempunyai grafik 10

Diagnosa medis terbanyak dalam 3 bulan terakhir tahun 2018. Termasuk gagal ginjal kronik merupakan penyakit tertinggi kedua setelah diabetes mellitus. Ruangan ini memiliki 1 kepala ruangan, 20 perawat ruangan, 3 Ahli gizi, 3 Farmasi, serta 6 Dokter. Ruangan ini memiliki 9 kamar yang terdiri dari kamar 1 terdapat 3 bed pasien dimana kamar 1 ini merupakan kamar dengan high care intensive. Kamar 2, 3, 4, 5, 6, dan 7 yang terdapat 2 bed. Untuk kamar 8 dan 9 terdapat 7 bed pasien dengan total keseluruhan bed 28 dimana disetiap ruangan dilengkapi dengan lemari dan tutup korden. Posisi pasien yang diteliti ada di kamar 8 pada bed A dan D.

4.1.2 Pengkajian Identitas

Pasien Pertama Tn. K

Tn. K umur 53 tahun berjenis kelamin laki-laki, suku bangsa Jawa Indonesia, Pekerjaan Kuli Bangunan, Pendidikan SD, Alamat Ds. Kedung rukem, RT 05 RW 02 Benjeng Gresik, agama islam, masuk rumah sakit pada tanggal 03.07.2018 pukul 15.00 WIB dengan diagnosa Medis GGK V + Anemia + Dyspepsia.

Pasien Kedua Tn. N

Tn. N, umur 49 tahun berjenis kelamin laki-laki, suku bangsa Jawa Indonesia, Pekerjaan petani, pendidikan terakhir SD, Alamat Ds Munggu RT 05 RW 02 Munggugianti Benjeng Gresik, agama islam, Masuk rumah sakit pada tanggal 06.07.2018 pukul 13.00 WIB dengan diagnosa medis GGK V + HM + DM + Anemia.

1. Keluhan Utama

Pasien pertama : Edema pada ekstremitas bawah disertai mual.

Pasien Kedua : Sesak Nafas

2. Riwayat Kesehatan

2.1 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien Pertama : Tn. K Mengatakan pada tanggal 03.07.2018 pukul 04.00 WIB pasien mengatakan kakinya terasa tebal dan bengkak, pukul 13.00 WIB pasien mengeluh mual jika diberi asupan makanan sedikit selalu ingin dimuntahkan, pasien lemas, kemudian keluarga menyarankan untuk membawa pasien ke pukesmas kedung doro. Tiba-tiba di pukesmas pasien muntah sebanyak 5 kali dengan kondisi pasien yang semakin pucat dan lemah setelah dicek dilaboratorium Hb pasien 6,3 gr/dL kemudian pasien muntah 1 kali dengan keterbatasan fasilitas, Akhirnya pada pukul 15.00 WIB pasien dirujuk ke RSUD Ibnu Sina Gresik. Setelah di IGD dilakukan pemeriksaan dan dokter mendiagnosa Anemia + GGK V kemudian disarankan oleh dokter untuk rawat inap, Pukul 18.50 WIB pasien di pindah ke ruang rawat inap cempaka dikamar 8 bed A.

Pasien Kedua :Tn. N Mengatakan pada tanggal 06.07.2018 pukul 11:00 WIB pasien mengatakan sepulang dari sawah sesak nafas namun pasien mengabaikannya kemudian jam 13.00 WIB pasien mengatakan setelah pulang sholat jumat beliau muntah darah merah segar, Keluarga panik kemudian membawa ke pukesmas Benjeng. Tiba di pukesmas benjeng pasien muntah darah 1 kali darah berwarna merah segar dan langsung dibuatkan

rujukkan ke RSUD Ibnu Sina untuk melakukan pemeriksaan lanjutan. Pukul 15:00 WIB tiba di IGD RSUD Ibnu Sina Gresik bersama keluarga, setelah di IGD di lakukan pemeriksaan oleh dokter dan mendiagnosa pasien HM + GGK V + Anemia di sarankan oleh untuk rawat Inap. Pukul 20.00 WIB pasien di pindah ke ruang rawat inap Cempaka di kamar 8 bed D.

3.2 Riwayat Penyakit Dahulu

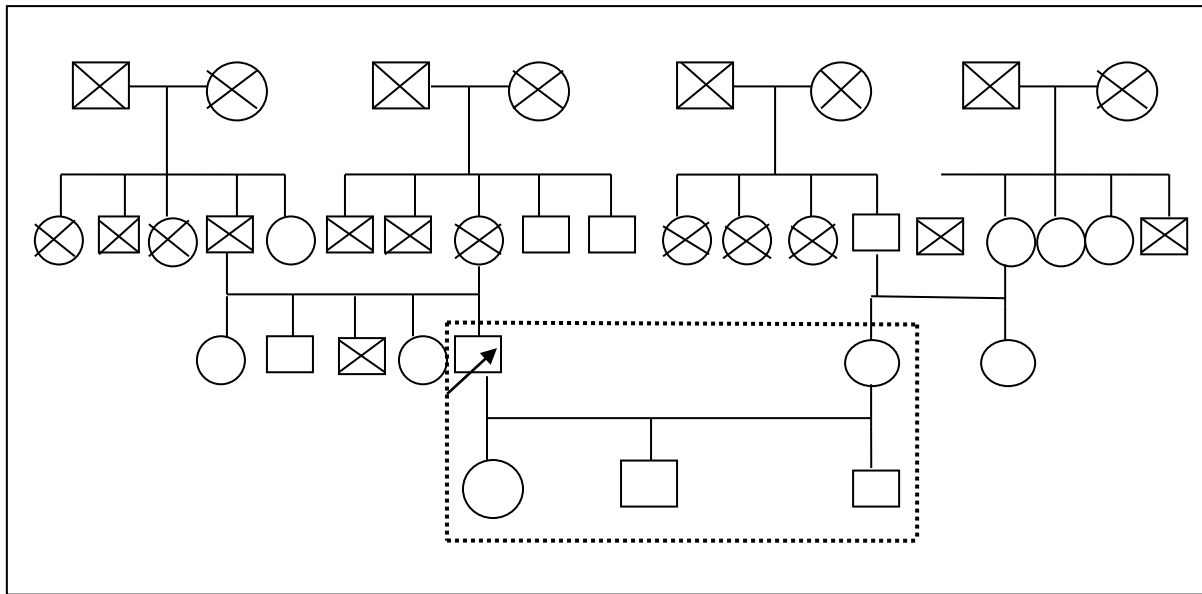
Pasien Pertama mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi, pernah menderita penyakit kencing batu 3 tahun lalu dan sudah dioperasi, gagal ginjal tahun 2017, sering keluar masuk rumah sakit, bulan April 2018 yang lalu sudah menjalani cuci darah namun tidak teratur.

Pasien Kedua mengatakan mempunyai riwayat penyakit DM sejak 8 bulan yang lalu, riwayat gagal ginjal 2017, bulan maret yang lalu muntah darah, 1 minggu yang lalu menjalani cuci darah namun tidak teratur.

3.3 Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien Pertama : mengatakan bahwa dalam anggota keluarga mempunyai riwayat penyakit keturunan. Dari ayah mempunyai riwayat Jantung dan gagal ginjal kronis, Ibu mempunyai riwayat hipertensi, asma sejak kecil, asma terjadi bila kecapekan dan terkena udara dingin.

Genogram Tn. K



Gambar 4.1 Genogram Pasien pertama

Keterangan:

□ = Laki-laki

⊗ = Perempuan Meninggal

○ = Perempuan

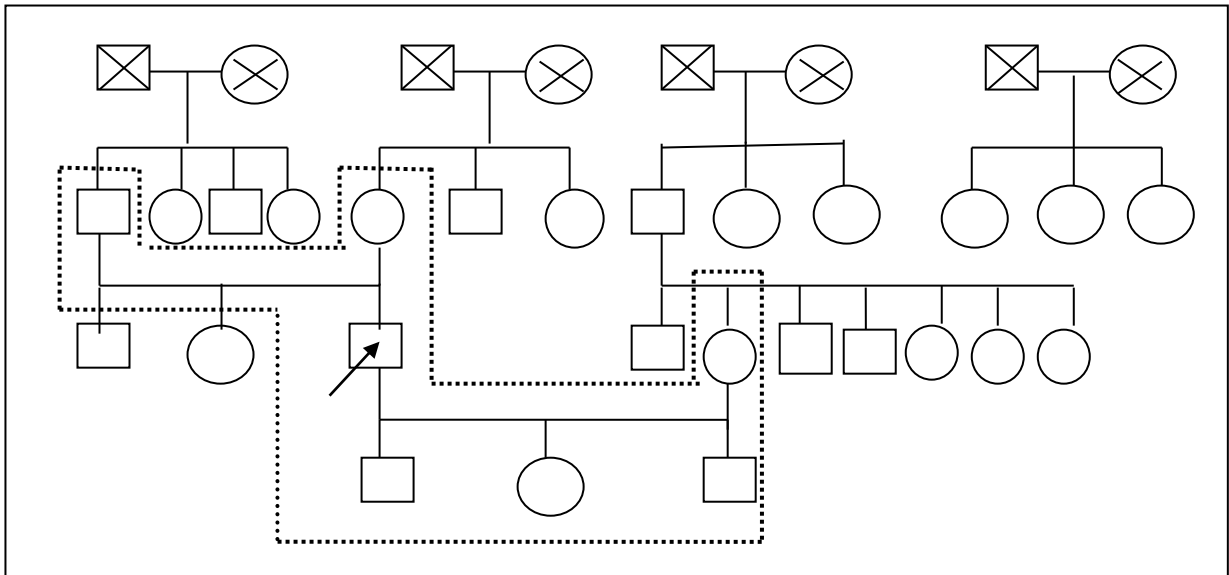
..... = Tinggal Serumah

⊗ = Laki-Laki Meninggal

◻↗ = Pasien

Pasien Kedua : mengatakan bahwa dalam anggota keluarga mempunyai riwayat penyakit keturunan. Ibu pasien menderita penyakit DM selama ± 2 tahun sampai kaki beliau diamputasi yang sebelah kanan, ayah pasien menderita HT dan ISK sejak 5 tahun yang lalu.

Genogram Tn. N



Gambar 4.2 Genogram Pasien kedua

Keterangan:

□ = Laki-laki

⊗ = Perempuan Meninggal

○ = Perempuan

..... = Tinggal Serumah

⊗ = Laki-Laki Meninggal

↗ = Pasien

POLA FUNGSI KESEHATAN**1. Pola Persepsi dan tata laksana hidup sehat****Pasien Pertama:**

SMRS: pasien mengatakan di rumah pasien jarang berolahraga, pasien sebagai kepala keluarga dan kalau sakit periksa ke pukesmas, mandi 3 kali sehari, dan sikat gigi 2 kali sehari.

MRS: pasien mengatakan hanya bisa berbaring di tempat tidur karena mual dan kaki terasa tebal, mandi 2 kali sehari (Pagi dan sore) dengan cara diseka diatas tempat tidur oleh istri.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

Pasien Kedua :

SMRS: pasien mengatakan, di rumah pasien jarang berolahraga, pasien kalau sakit hanya membeli obat di warung biasa, mandi 3 kali sehari, dan sikat gigi 1x kali perhari.

MRS: pasien mengatakan hanya bisa berbaring di tempat tidur karena sesak dan terkadang merasa mual dengan bau ruangan, tidak mandi hanya diseka bagian muka tiap pagi hari.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien Pertama:

SMRS: Pasien mengatakan di rumah makan sebanyak 2-3 kali sehari dengan menu sayur, nasi, lauk dalam 1 porsi habis. Bila ada buah – buahan terkadang pasien makan buah setelah makan. Pasien mengatakan minum \pm 2000 ml/hari air putih, teh, kopi,terkadang minum extrasjooss dan jamu serbuk ketika badan capek-capek. BB pasien sebelum sakit = 73 kg.

MRS: Pasien mengatakan jika makan mengalami mual, tidak ada kesulitan menelan, tidak terpasang NG tube. Antropometri (TB= 158 cm, BB= 75 kg lebar badan= 25,9 cm), Biokimia (BUN=336,4 mg/dl, HGB =6,3 g%, Serum Kreatinin = 36,75 mg/dl), Klinik (pusing, mual),Diet (makan 3x sehari dapat diet dari Rumah sakit Nasi Rendah Protein Rendah Garam (Ns RPRG) 2-3

sendok satu porsi tidak habis), input meliputi minum ± 1000 ml/hari air putih, teh hangat serta susu, infus 200 cc, obat - obatan 40 cc total input 1240 cc, output meliputi urine 500, IWL = 47. Balance Cairan adalah Intake = Output + IWL, 1240 cc = 547 cc.

Masalah keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Pasien Kedua :

SMRS: Pasien mengatakan di rumah makan sebanyak 3 kali sehari dengan menu sayur, nasi, lauk dan 1 porsi habis. Pasien mengatakan minum ± 2500 ml/hari air putih, sertakopi, Terkadang minuman dingin seperti kratingdeng dan extrajoss, BB pasien sebelum sakit = 84 kg.

MRS: Pasien mengatakan makan tidak enak, ingin mual ketika di ruangan bau menyengat, tidak ada kesulitan menelan, tidak terpasang NG Tube. Antropometri (TB = 163 cm, BB= 87 kg dan lebar badan = 43 cm), Biokimia(BUN = 115,0 mg/dl, HGB = 7,2g %, Serum Kreatinin =9,31 mg/dL), Klinik (pusing, mual), Diet (3x sehari dapat diet dari Rumah sakit Bubur Halus Diabetes Mellitus Rendah Protein Rendah Garam (BHDM RPRG) dalam 3 sendok makan 1 porsi tidak habis), minum ± 1200 ml/hri air putih, teh anget serta susu. infus 200 cc, obat - obatan 40 cc total input 1440 cc, output meliputi urine 750, IWL = 52. Balance Cairan adalah Intake = Output + IWL, 1440 cc = 802 cc

Masalah keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3. Pola Eliminasi

1) Eliminasi Alvi

Pasien Pertama:

SMRS: Pasien mengatakan di rumah BAB sebanyak 1 kali sehari dengan berbentuk padat, warna kuning kecoklatan, berbau khas, pasien tidak ada kesulitan saat buang air besar.

MRS: pasien mengatakan BAB 1x/ hari, dengan berbentuk padat, warna kuning, berbau khas. pasien ke kamar mandi dibantu oleh keluarganya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

Pasien Kedua :

SMRS: Pasien mengatakan di rumah BAB sebanyak 1 kali sehari dengan berbentuk padat, warna kuning kecoklatan, berbau khas. Pasien tidak ada kesulitan saat buang air besar

MRS: pasien mengatakan belum bisa BAB dari awal masuk rumah sakit sampai sekarang terasa seperti mules tetapi tidak keluar

Masalah Keperawatan : Konstipasi

2) Eliminasi Uri

Pasien Pertama:

SMRS: Pasien mengatakan BAK dalam satu hari 3-4 kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih dan berbau khas, dan tidak ada kesulitan saat buang air kecil.

MRS: pasien mengatakan BAK dalam satu hari 1-2 kali berwarna kuning jernih berbau khas kira-kira sebanyak 150 - 300cc/ hari pasien tidak terpasang kateter.

Masalah Keperawatan : Gangguan eliminasi urine

Pasien Kedua :

SMRS: Pasien mengatakan BAK dalam satu hari 4-5 kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih dan berbau khas, dan tidak ada kesulitan saat buang air kecil.

MRS: Pasien mengatakan BAK dalam satu hari 2 kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih berbau khas kira-kira sebanyak 350-600cc/ hari, dan Pasien tidak terpasang keteter.

Masalah Keperawatan: Gangguan eliminasi urine

4. Pola Istirahat dan tidur

Pasien Pertama :

SMRS: pasien mengatakan di rumah biasanya tidur siang ± 1 jam ketika istirahat kerja siang pukul 12.00 – 13.00, Tidur malam mulai pukul 22.00 – 05.00 ± 7 jam dan total tidur sehari 8 jam.

MRS: Pasien mengatakan bisa tidur siang dan malam akan tetapi sering terbangun dikarenakan berisik sehingga tidurnya tidak nyenyak. Tidur siang dan malam ± 6 jam.

Masalah keperawatan : gangguan pola tidur.

Pada Pasien Kedua :

SMRS: pasien mengatakan di rumah biasanya jarang tidur siang karena bekerja di sawah seharian dan pulang sore pukul 16.00 terkadang habis maghrib rebahan sebentar ± 1 jam. Tidur malam mulai pukul (23.00 – 04.00) ± 6 jam. total tidur selama sehari selama 7 jam.

MRS: Pasien mengatakan tidur \pm 5 jam tetapi sering terbangun dikarenakan berisik bisping serta ruangan bau sehingga membuat tidak nyaman. Dan jarang tidur saat siang hari.

Masalah keperawatan : gangguan pola tidur.

5. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien Pertama:

SMRS: Pasien mengatakan selama di rumah pasien bekerja sebagai kuli bangunan.

MRS: Pasien mengatakan badannya lemas dan sakit semuanya tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya, hanya berbaring di tempat tidur seperti makan dan ke kamar mandi di bantu oleh sang istri.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

Pasien Kedua :

SMRS: Pasien mengatakan selama di rumah pasien bekerja sebagai petani, terkadang membantu anaknya menjual burung

MRS: Pasien mengatakan hanya bisa berbaring lemah sebagian aktifitasnya dibantu oleh anaknya dan istrinya (makan dan ke kamar mandi).

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Pola persepsi dan konsep diri

Pasien Pertama :

Gambaran diri : Pasien mengatakan mengerti tentang penyakit yang di deritanya, dan pasien menerima kondisi tubuhnya yang lagi sakit dan berharap agar dirinya cepat sembuh.

Harga Diri

Pasien mengatakan tidak merasa malu walau dirinya sedang di rawat di rumah sakit, karena beliau sering keluar masuk Rumah sakit.

Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan dapat berkumpul kembali dengan keluarganya.

Peran

Pasien mengatakan berperan sebagai ayah (kepala keluarga) sebagai tukang kuli bangunan. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien tidak bisa melakukan perannya hanya bisa berbaring diatas tempat tidur, dan pasien berperan sebagai pasien.

Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki serta anak kelima dari lima bersaudara.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

Pasien Kedua :**Gambaran diri**

Pasien mengatakan sudah mengerti tentang sakit yang dialaminya saat ini pasien hanya berharap agar dirinya cepat sembuh, dan pasien menerima pada kondisi tubuhnya yang lagi sakit.

Harga Diri

Pasien mengatakan tidak merasa malu walau dirinya sedang di rawat di rumah sakit.

Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin cepat berkumpul lagi dengan keluarganya di rumah.

Peran

Pasien mengatakan berperan sebagai ayah (kepala keluarga), pasien bekerja sebagai petani. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien tidak bisa melakukan perannya hanya bisa berbaring di atas tempat tidur, dan pasien berperan sebagai pasien.

Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan anak terakhir dari 3 bersaudara

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

7. Pola sensori dan kognitif**Pasien Pertama :**

Pasien mengatakan kelima panca indera berfungsi dengan baik,

Kognitif

Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya, tidak memahami cara pengobatan sehingga cuci darah tidak rutin sehingga keluar masuk rumah sakit.

Masalah keperawatan : Defisit Pengetahuan

Pasien Kedua :**Sensori**

Pasien mengatakan kelima panca indera berfungsi dengan baik, Pada indra penglihatan padangan pasien sedikit kabur.

Kognitif

Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dideritanya yaitu kencing manis, Gagal ginjal kronis stadium 5, pasien tidak mengerti tentang cara pengobatan penyakit ginjalnya, dan terapi pembatasan cairannya, pasien sering kebingungan dan mengeluh urine-nya sedikit.

Masalah keperawatan : Defisit Pengetahuan.

8. Pola reproduksi seksual**Pasien Pertama :**

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan pasien sudah menikah dan sudah punya 3 anak yaitu anak pertama perempuan, anak kedua dan ketiganya adalah laki-laki

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

Pasien Kedua :

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan pasien sudah menikah dan sudah punya 3 anak yaitu anak pertamanya laki-laki, keduanya perempuan, dan yang terakhir laki-laki.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

9. Pola hubungan peran**Pasien Pertama:**

Pasien mengatakan didalam keluarga pasien berperan sebagai ayah (kepala keluarga) dan menjalin hubungan baik dengan keluarganya dan anak-anaknya, dan masyarakat disekitarnya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

Pasien Kedua :

Pasien mengatakan didalam keluarga pasien berperan sebagai ayah (kepala keluarga) dan menjalin hubungan baik dengan keluarganya dan anak-anaknya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

10. Pola penanggulangan stres**Pasien Pertama :**

Pasien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan istri dan anaknya yang pertama. Pasien ingin cepet sembuh dan cepet pulang dikarenakan pasien ingin berkumpul dengan keluarganya dirumah.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

Pasien Kedua :

Pasien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan istrinya. Pasien ingin cepet sembuh dan ingin cepet pulang dikarenakan pasien merasa tidak enak tinggal dirumah sakit, tidak bisa tidur dengan nyenyak dan bau luka gangren yang sering membuat pasien mual sehingga pasien ingin tinggal dirumah.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

11. Pola tata nilai dan kepercayaan**Pasien Pertama :**

SMRS: Pasien mengatakan di rumah sholat 5 waktu dan biasanya pasien mengaji setelah sholat, pasien juga mengikuti yasinan rutin di RT-nya, selalu rutin mengikuti kegiatan keagamaan di masyarakat.

MRS: Pasien mengatakan sholat 5 waktu di atas tempat tidur tetapi tidak ngaji, selalu berdoa untuk kesembuhannya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

Pasien Kedua :

SMRS: Pasien mengatakan di rumah sholat 5 waktu dan biasanya pasien sholat (magrib dan isyak) dimasjid dekat rumahnya, tidak mengikuti Yasinan

MRS: Pasien mengatakan sholat 5 waktu meski diatas kasur dan berdo'a agar cepet sembuh dari penyakitnya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

Pemeriksaan Fisik

1. Kesehatan umum

Pasien Pertama : keadaan penyakit pasien berat, tingkat kesadaran umum pasien kompos mentis, suara bicara jelas.

Pasien Kedua : keadaan penyakit pasien berat, tingkat kesadaran kompos metis, suara bicara serak.

Tanda-tanda vital

Pasien Pertama : Pasien pertama TD: 160/90 mmHg, Suhu: 36,8°C, Nadi: 85x/menit, RR: 20x/menit,

Pasien Kedua : Pasien kedua TD : 170/90 mmHg, Suhu : 36,6°C, Nadi : 88x/menit, RR : 24x/menit.

2. Kepala

Pasien Pertama:

Inspeksi: Kepala pasien berbentuk simetris, rambut berwarna hitam, sedikit beruban, tidak ada lesi, kulit kepala bersih.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan di kepala, tidak ada benjolan.

Pasien Kedua :

Inspeksi: Kepala pasien berbentuk simetris, rambut berwarna hitam beruban, tidak ada lesi, kulit kepala bersih.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan di kepala, tidak ada benjolan.

3. Muka

Pasien Pertama:

Inspeksi: Pada pasien pertama wajah berbentuk oval, wajah terlihat edema anasarka, tidak ada lesi pada wajah, kebersihan wajah pasien cukup.

Pasien Kedua :

Inspeksi : Wajah berbentuk bulat, tidak ada lesi pada wajah, wajah terlihat edema, kebersihan wajah cukup.

4. Mata

Pasien pertama:

inspeksi: Sekelera putih, konjungtiva tampak anemis, kelopak mata tampak sayu, mata normal tidak menggunakan alat bantu, kornea hitam, pupil isokor.

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan.

Pasien Kedua :

Inspeksi : Seklora putih, konjungtiva anemis, kelopak mata tampak bengkak, pandangan mata sedikit kabur, kornea hitam, pupil isokor.

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan.

5. Telinga

Pasien Pertama:

Inspeksi: Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, telinga tampak kurang bersih ada sedikit serumen, tidak ada nyeri, peradangan normal, tidak lesi.

Palpasi: Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

Pasien Kedua :

Inspeksi : Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada nyeri, peradangan normal, tidak lesi.

Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

6. Hidung

Pasien Pertama:

Inspeksi: Bentuk simetris, terdapat bulu hidung, tidak ada polip, bersih, tidak epitaksis, tidak ada sekret. hidung tidak terpasang bantuan alat pernafasan / O2 Nasal kanul, keadaan penciuman baik.

Palpasi: pada daerah sinus, frontalis, maksilaris, tidak ada nyeri tekan.

Pasien Kedua :

Inspeksi : Bentuk simetris, terdapat bulu hidung, tidak ada polip, bersih, tidak epitaksis, tidak ada sekret. hidung terpasang bantuan alat pernafasan / O2 Nasal kanul.

Palpasi : pada daerah sinus, frontalis, maksilaris, tidak ada nyeri tekan.

7. Mulut dan faring

Pasien Pertama:

Mulut bentuk simetris, mukosa bibir kering, gigi lengkap, kondisi gigi bersih, dan tidak ada pendarahan pada gusi, tidak ada stomatitis, pasien tidak ada kesulitan bicara, tidak ada pembesaran tonsilitis.

Pasien Kedua :

Mulut bentuk simetris, mukosa bibir kering pecah pecah, gigi berlubang satu pada daerah depan atas, kondisi gigi kotor, dan tidak ada pendarahan pada gusi, tidak ada stomatitis, pasien tidak ada kesulitan bicara, tidak ada pembesaran tonsilitis

8. Leher

Pasien Pertama:

Tidak ada kelainan, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada leher, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

PasienKedua:

Tidak ada kelainan, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada leher, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

9. Thorax

Pasien Pertama:

Jantung : Pada inspeksi iktus cordis tidak tampak, palasi tidak terdapat nyeri tekan, Perkusi pekak, Auskultasi terdengar lup-dup.

Paru Paru: Inspeksi simetris, warna kulit rata, taktil fremitus teraba sama, pengembangan dada antara kanan dan kiri sama, Perkusi sonor, Auskultasi tidak ada wheezing dan ronchi suara SI-S2 tunggal.

Pasien Kedua :

Jantung : Pada inspeksi iktus cordis tidak tampak, palasi tidak terdapat nyeri tekan, Perkusi pekak, Auskultasi terdengar lup-dup.

Paru Paru: Inspeksi simetris, warna kulit rata, taktil fremitus teraba sama, pengembangan dada antara kanan dan kiri sama, Perkusi sonor, Auskultasi terdengar ronchi.

10. Abdomen**Pasien Pertama:**

Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada asites, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, terdapat suara tympani, bising usus 18x/menit

Pasien Kedua :

Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada asites, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, terdapat suara tympani, bising usus 14x/menit.

11. Inguinal, genital dan anus**Pasien Pertama :**

Inguinal bersih, pasien tidak terpasang kateter tidak terdapat lesi, tidak ada peradangan. Anus bersih, tidak ada hemoroid, dan tidak ada lecet.

Pasien Kedua :

Inguinal bersih, pasien tidak terpasang kateter tidak terdapat lesi, tidak ada peradangan. Anus bersih, tidak ada hemoroid, dan tidak ada lecet.

12. Integumen**Pasien Pertama:**

Kulit berwarna sawo matang, akral hangat, terdapat odem kaki, terpasang selang infus pada tangan sebelah kiri, turgor kulit kembali \pm 3 detik.

Pasien Kedua :

Kulit berwarna sawo matang, akral hangat, tugor kulit kembali \pm 2 detik, terpasang selang infus pada tangan sebelah kiri, pada kedua kaki terdapat bintik - bintik luka warna hitam terkadang terasa gatal.

13. Ekstremitas dan neurologis**Pasien Pertama:**

Ekstremitas atas : untuk seluruh ekstremitas atas pada pasien pertama dapat di gerakkan semua mulai dari kepala sampai perut.

Ekstremitas bawah : untuk ekstremitas bawah bagian kaki terasa tebal dan bengkak, pergerakannya terbatas, GCS 4-5-6.

Kekuatan otot	5		5
	3		3

Pasien Kedua :

Ekstremitas atas : untuk seluruh ekstremitas atas pada pasien pertama dapat di gerakkan semua mulai dari kepala sampai perut.

Ekstremitas bawah : untuk ekstremitas bawah bengkak, bagian kaki ada bintik - bintik luka berwarna hitam dari luntur sampai mata kaki terkadang terasa gatal, pergerakannya terbatas GCS 4-5-6.

Kekuatan otot

5		5
3		3

Pemeriksaan penunjang

Pasien Pertama :

1. Hasil pemeriksaan laboratorium

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium pasien 1 di RSUD Ibnu

Sina tanggal 03/07/18

Parameter	Hasil	Nilai Normal
HEMATOLOGI		
HGB	6.3[g/dL]	13,0-18,0
Leukosit	7300	4500-11000
LED	-	0-15
PCV	22 [%]	40-50 [%]
Trombosit	161.000	150000- 450000/ μ L
MCV	86	80-94
MCH	27	26-32
MCHC	32	32-36
FUNGSI GINJAL		
BUN	336,4	4,8-23 mg/dL
Serum Creatinin	36,75	L.dewasa 0,7-1,2 mg/dL, anak 0,5-12 mg/dL
GULA DARAH		
Gula Darah Acak	147	\leq 200 mg/dL
FUNGSI HATI		
SGOT	32,9	0-31 UL
SGPT	47,1	0-32 UL
ELEKTROLIT		
(CT) / CARETIUM		
Natrium (Na)	151	135-146 mmo/L
Kalium (K)	2,5	3,5 – 5,5
Chloride (Cl)	117	98-108 mmo/L

2. Hasil pemeriksaan Radiologi pada pasien pertama

1. Foto Thorax : Cor: besar dan normal, Pulmo: Tak tampak lesi aktif atau lama, Sinus costophrenicus bilateral normal, Tulang-tulang baik, Soft tissue normal.

3. Terapi

Pasien pertama

Tanggal :03 Juli 2018

- 1) Infus kidmin 200cc/24 jam
- 2) Ceftriaxone 2x1000mg/24 jam
- 3) Antrain 3x1000 mg/24 jam
- 4) OndanCentron 3x8mg/24 jam
- 5) Ksr 1x1/24 jam
- 6) Piracetam 1x400 gr/24 jam
- 7) Tomit 2x10 mg/24 jam
- 8) Pantoprazole 2x40mg/24 jam
- 9) As.Folac 2x 400 mcg/24 jam
- 10) Infus kidmin 200cc/24 jam

Pasien Kedua :

1. Hasil pemeriksaan laboratorium

Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Laboratorium pasien 2 di RSUD Ibnu

Sina tanggal 06/07/18

Parameter	Hasil	Nilai Normal
HEMATOLOGI		
HGB	7.2[g/dL]	13,0-18,0
Leukosit	10000	4500-11000
LED	100	0-15
PCV	22 [%]	40-50 [%]
Trombosit	193.000	150000- 450000/ μ L
MCV	86	80-94
MCH	28	26-32
MCHC	33	32-36
FUNGSI GINJAL		

BUN	115,0	4,8-23 mg/dL
Serum Creatinin	9,31	L.dewasa 0,7-1,2 mg/dL, anak 0,5-12 mg/dL
GULA DARAH		
Gula Darah Acak	389	≤ 200 mg/dL
FUNGSI HATI		
SGOT	71,4	0-31 UL
SGPT	33,1	0-32 UL
ELEKTROLIT		
(CT) / CARETIUM		
Natrium (Na)	140	135-146 mmo/L
Kalium (K)	5,1	3,5 – 5,5
Chloride (Cl)	111	98-108 o/L

2. Hasil pemeriksaan Radiologi pada pasien kedua

1. Hasil USG : S. Sirosis Hepatis, S Plenomegali
2. Foto Thorax : Cor: besar dan normal, Pulmo: Tak tampak lesi aktif atau lama, Sinus costophrenicus bilateral normal, Tulang-tulang baik, Soft tissue normal

3. Terapi

Pasien kedua

Tanggal :06 Juli 2018

1. Infus kidmin 200cc/24 jam
2. Ceftriaxone 2x1000 mg/24 jam
3. ACT/NR 3x6ui/24 jam
4. Lantus 0-0-10/24 jam
5. Kalnex 3x 500/24 jam
6. Vit K 3x1/24 jam
7. Tomit 2x10 mg/24 jam
8. Pantoprazole 2x40mg/24 jam
9. As.Folac 2x 400 mcg/24 jam

Daftar Masalah**Keperawatan**

Daftar masalah yang muncul dari **pasien pertama** sebagai berikut :

1. Kelebihan Volume Cairan
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
3. Gangguan pola tidur
4. Gangguan eliminasi urine
5. Intoleransi Aktifitas
6. Defisit Pengetahuan

Pada pasien kedua :

1. Kelebihan Volume Cairan
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan
3. Defisit perawatan diri
4. Konstipasi
5. Ketidakefektifan pola nafas
6. Gangguan pola tidur
7. Gangguan eliminasi urine
8. Intoleransi Aktifitas
9. Defisit Pengetahuan

4.1.3 Analisa Data

A. Pasien Pertama

Tabel 4.5 Analisa Data pasien 1

Tanggal	Data	Masalah	Kemungkinan Penyebab
04/07/2018 (08.00)	<p>a. Data Subyektif : pasien mengatakan kedua kakinya bengkak serta terasa tebal, merasa mual.</p> <p>b. Data Obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien bedrest 2. wajah pasien tampak pucat 3. Vital sign : Tekanan darah : 160/90 mmHg, Suhu: 36,8°C, Nadi: 85x/menit, RR: 20x/menit 4. Palpasi turgor kulit tidak elastis 5. Extremitas bawah pada bagian kanan kiri edema 6. Intake oral 1000 cc, infuz kidmin 200 cc, obat – obatan 40 cc total input 1240 cc 7. UT 500 cc per 24 jam 8. Hasil Laboratorium HGB 6,3 g/dL, BUN 336,4 mg/dL, Serum Creatinin 36,75 mg/dL 	Kelebihan Volume Cairan	<p>Retensi Na dan Air</p> <p>↓</p> <p>Total CES Meningkat</p> <p>↓</p> <p>Tekanan Kapiler meningkat</p> <p>↓</p> <p>Volume interstitial meningkat</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan tekanan hidrostaltik</p> <p>↓</p> <p>Edema</p>

B. Pasien Kedua

Tabel 4.6 Analisa Data pasien 2

Tanggal	Data	Masalah	Kemungkinan Penyebab
06/07/2018 (08.00)	a. Data Subyektif : pasien mengatakan sesak, mual ketika makan. b. Data Obyektif : 1. pasien bedrest 2. Vital sign : Tekanan darah : 170/90 mmHg, Suhu: 36,6°C, Nadi: 88x/menit, RR: 24x/menit 3. Ektremitas bawah pada bagian kanan kiri edema ada bintik luka hitam-hitam 4. Intake oral 1200 cc, infus kidmin 200 cc, obat-obatan 40 cc total input 1440 cc 5. Otput 750 cc per 24 jam 6. Hasil Laboratorium HGB 7,2 g/dL, BUN 115,0 mg/dL, Serum Creatinin 9,31 mg/dL	Kelebihan Volume Cairan	Penurunan GFR ↓ Retensi Na dan Air ↓ Total CES Meningkat ↓ Tekanan Kapiler meningkat ↓ Volume interstitial meningkat ↓ Preload naik ↓ Beban jantung meningkat ↓ Sesak

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

A. Pasien pertama Tn. K

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

B. Pasien kedua Tn.N

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi

4.1.5 Rencana Keperawatan

Masalah keperawatan prioritas pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu Kelebihan Volume Cairan b/d gangguan mekanisme regulasi, rencana tindakan yang

akan di lakukan bertujuan mencapai kriteria hasil antara lain: Terbebas dari edema, mempertahankan tanda- tanda vital dalam batas normal, tidak mengalami dispnea.

Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan pada pasien 1 (Tn.K) dan pasien 2 (Tn.N)

Pasien 1 (Tn. K)	Pasien 2 (Tn. N)
1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat	1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium yang berkaitan dengan keseimbangan cairan (HGB, BUN, Serum Creatinin, SGOT SGPT),	2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium yang berkaitan dengan keseimbangan cairan (HGB, BUN, Serum Creatinin, SGOT SGPT), cek GDA
3. Beri edukasi tentang pembatasan diet	3. Beri edukasi tentang pembatasan diet termasuk 3J
4. Monitor tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respiratori)	4. Monitor tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respiratori)
5. Kaji lokasi edema	5. Kaji lokasi edema
6. Kolaborasi dengan tim medis akan pemberian terapi diuretik.	6. Kolaborasi dengan tim medis akan pemberian terapi diuretik.

4.1.6 Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi dilakukan pada Kedua Pasien terjadi perbedaan untuk pasien 1 (Tn.K) pelaksanaan tindakan keperawatan di lakukan selama 4 hari perawatan sedangkan pada pasien kedua (Tn.N) dilakukan perawatan selama 6 di rumah sakit Ibnu Sina Gresik untuk pendokumentasi kami mencantumkan 3 hari perawatan.

Tabel 4.7 Pelaksanaan rencana tindakan pasien Gagal ginjal Kronis dengan kelebihan volume cairan di ruang Cempaka RSUD Ibnu Sina Gresik. Bulan Juli 2018

Hari	Pelaksanaan	
	Pasien 1	Pasien 2
1	<p>04 Juli 2018</p> <ol style="list-style-type: none"> Membina hubungan Saling percaya kepada pasien dan keluarga (nama, profesi, tujuan) Respon pasien: sangat kooperatif namun keluarga masih belum kooperatif. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat Respon : pasien dan keluarga memahami Intake: <ol style="list-style-type: none"> Minum 200 Infus dan obat- obatan 40 cc Output: Urine Memonitoring hasil pemeriksaan laboratorium Hasil Lab : HGB= 6,3 g/dL BUN= 336,4 mg/dL Serum creatinin= 36,75 mg/dL Memberikan edukasi tentang pembatasan diit Respon : pasien dan keluarga masih tampak bingung 	<p>06 Juli 2018</p> <ol style="list-style-type: none"> Jam 08.00 Membina hubungan Saling percaya kepada pasien dan keluarga (nama, profesi, tujuan) Respon : pasien dan keluarga masih belum kooperatif. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat Respon : pasien dan keluarga memahami Intake: <ol style="list-style-type: none"> Minum 75 Infus dan obat- obatan 40 cc Output: Urine 50 cc Memonitoring hasil pemeriksaan laboratorium Hasil Lab : HGB= 7,2 g/dL BUN= 115,0 mg/dL Serum creatinin= 9,31 mg/dL GDA =348 Memberikan edukasi tentang pembatasan diit Respon : pasien dan keluarga

	<p>5. Memonitoring tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respiratori) Respon : pasien kooperatif Hasil : TD = 150/80 mmHg Suhu = 36,5 °C Nadi = 85x/menit RR = 20x/menit</p> <p>6. Berkolaborasi dengan tim medis akan pemberian terapi diuretik.</p>	<p>masih tampak bingung</p> <p>5. Memonitoring tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respiratori) Respon : pasien kooperatif Hasil : TD = 160/80 mmHg Suhu = 36,2 °C Nadi = 85x/menit RR = 25x/menit</p> <p>6. Berkolaborasi dengan tim medis akan pemberian terapi diuretik.</p>
2	<p>05 Juli 2018</p> <p>1. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat Respon : pasien dan keluarga memahami Intake: 1. Minum 50 cc 2. Infus dan obat- obatan 40 cc Output: Urine belum BAK</p> <p>2. Memonitoring hasil pemeriksaan laboratorium Hasil Lab : HGB= 7,3 g/dL BUN= 305,4 mg/dL Serum creatinin= 35,8 mg/dL</p> <p>3. Memberikan edukasi tentang pembatasan diit Respon : pasien dan keluarga masih mulai mengerti</p> <p>4. Memonitoring tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respiratori) Respon : pasien kooperatif Hasil : TD = 160/90 mmHg Suhu = 36,4°C Nadi = 88x/menit RR = 20x/menit</p> <p>5. Berkolaborasi dengan tim</p>	<p>07 Juli 2017</p> <p>1. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat Respon : pasien dan keluarga memahami Intake: 1. Minum 240 cc 6. Infus dan obat- obatan 50 cc Output: Urine 150 cc</p> <p>2. Memonitoring hasil pemeriksaan laboratorium Hasil Lab : HGB= 9,2 g/dL BUN= 100,0 mg/dL Serum creatinin= 9,31 mg/dL GDA =300</p> <p>3. Memberikan edukasi tentang pembatasan diit Respon : pasien dan keluarga masih mulai mengerti</p> <p>3. Memonitoring tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respiratori) Respon : pasien kooperatif Hasil : TD = 160/90 mmHg Suhu = 36,6 °C Nadi = 84x/menit RR = 23x/menit</p>

	<p>medis akan pemberian terapi diuretik.</p>	<p>4. Berkolaborasi dengan tim medis akan pemberian terapi diuretik.</p>
3	<p>06 juli 2018</p> <ol style="list-style-type: none"> Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat Respon : pasien dan keluarga memahami Intake: <ol style="list-style-type: none"> Minum 100 cc Infus dan obat- obatan 90 cc Output: Urine 100 cc Memonitoring hasil pemeriksaan laboratorium Hasil Lab : HGB= 10,3 g/dL BUN= 305,4 mg/dL Serum creatinin= 35,8 mg/dL Memberikan edukasi tentang pembatasan diit Respon : pasien dan keluarga masih mengerti Memonitoring tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respiratori) Respon : pasien kooperatif Hasil : TD = 150/90 mmHg Suhu = 36,6 °C Nadi = 85x/menit RR = 20x/menit Berkolaborasi dengan tim medis akan pemberian terapi diuretik. 	<p>08 Juli 2018</p> <ol style="list-style-type: none"> Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat Respon : pasien dan keluarga memahami Intake: <ol style="list-style-type: none"> Minum 100 cc Infus dan obat- obatan 50 cc Output: Urine 50 cc Memonitoring hasil pemeriksaan laboratorium Hasil Lab : HGB= 12,2 g/dL BUN= 110,0 mg/dL Serum creatinin= 7,31 mg/dL GDA = 294 Memberikan edukasi tentang pembatasan diit Respon : pasien dan keluarga masih mengerti Memonitoring tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respiratori) Respon : pasien kooperatif Hasil : TD = 160/90 mmHg Suhu = 36,6 °C Nadi = 85x/menit RR = 24x/menit Berkolaborasi dengan tim medis akan pemberian terapi diuretik.

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi kami lakukan dalam 6 hari dan kami dokumentasikan pada hari ke 3

Tabel 4.9 Evaluasi Asuhan keperawatan dengan masalah kelebihan volume cairan pada pasien gagal ginjal kronik di ruang cempaka RSUD Ibnu sina Gresik bulan juli 2018

Hari	Evaluasi	
	Pasien 1	Pasien 2
1	<p>04 juli 2018</p> <p>S : Pasien mengatakan kakinya bengkak dan terasa gatal</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien bedrest 2. wajah pasien tampak pucat 3. Vital sign : <p>Tekanan darah : 160/90 mmHg, Suhu: 36,8°C, Nadi: 85x/menit, RR: 20x/menit. Palpasi turgor kulit tidak elastis</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ektremitas bawah pada bagian kanan kiri edema 5. Intake oral 240 cc, infuz kidmin 50cc 6. UT kosong (belum BAK dari kemarin pukul 23.00 sampai pagi ini, terakhir BAK kemarin jam 21.00 ±100cc). 7. Hasil Laboratorium HGB 6,3 g/dL, BUN 336,4 mg/dL, Serum Creatinin 36,75 mg/dL <p>A : masalah kelebihan volume cairan belum teratasi P : intervensi dilanjutkan.</p>	<p>06 Juli 2018</p> <p>S : Pasien mengatakan sesak dan mual ketika makan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien bedrest 2. Vital sign : <p>Tekanan darah : 170/90 mmHg, Suhu: 36,6°C, Nadi: 88x/menit, RR: 24x/menit</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ektremitas bawah pada bagian kanan kiri edema ada bintik luka hitam-hitam 4. Intake oral 100 cc, infus kidmin 50cc 5. UT 50 cc kencing 1 kali <p>Hasil Laboratorium HGB 7,2 g/dL, BUN 115,0 mg/dL, Serum Creatinin 9,31 mg/dL, GDA 348</p> <p>A : masalah kelebihan volume cairan belum teratasi P : intervensi dilanjutkan.</p>
2	<p>05 juli 2018</p> <p>S : Pasien mengatakan kaki terasa tebal dan bengkak</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien bedrest 2. wajah pasien tampak 	<p>07 juli 2018</p> <p>S : Pasien mengatakan kaki terasa gatal ,sesak berkurang, masih mual.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien bedrest

	<p style="text-align: center;">pucat</p> <p>3. Vital sign : Tekanan darah : 160/90 mmHg, Suhu: 36,9°C, Nadi: 81x/menit, RR: 21x/menit</p> <p>4. Palpasi turgor kulit tidak elastis</p> <p>5. Ektremitas bawah pada bagian kanan kiri edema</p> <p>6. Intake oral 50 cc, infuz kidmin 50cc</p> <p>7. UT kosong (belum BAK dari kemarin pukul 23.00 sampai pagi ini, terakhir BAK kemarin jam 21.00 ±100cc).</p> <p>8. Hasil Laboratorium HGB 7,3 g/dL, BUN 305,4 mg/dL, Serum Creatinin 35,8 mg/dL</p> <p>A : masalah kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5.</p>	<p>2. Vital sign : Tekanan darah : 150/80 mmHg, Suhu: 37,3°C, Nadi: 89x/menit, RR: 24x/menit</p> <p>3. Ektremitas bawah pada bagian kanan kiri edema ada bintik luka hitam-hitam</p> <p>4. Intake oral 240 cc, infus kidmin 50cc</p> <p>5. UT 150 cc kencing 1 kali jam 23.00 dan pagi ini belum kencing</p> <p>Hasil Laboratorium HGB 9,2 g/dL, BUN 100,0 mg/dL, Serum Creatinin 9,31 mg/dL, GDA 300</p> <p>A : masalah kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4.</p>
3	<p style="text-align: center;">06 juli 2018</p> <p>S : Pasien mengatakan kaki terasa tebal, masih mual.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien bedrest 2. wajah pasien tampak pucat 3. Vital sign : Tekanan darah : 160/90 mmHg, Suhu: 36,9°C, Nadi: 81x/menit, RR: 21x/menit Palpasi turgor kulit elastis 4. Ektremitas bawah pada bagian kanan kiri edema 5. Intake oral 100 cc, infuz kidmin 50cc 6. UT 50 cc 7. Hasil Laboratorium HGB 10,3 g/dL, BUN 305,4 mg/dL, 	<p style="text-align: center;">08 juli 2018</p> <p>S : Klien mengatakan sesak berkurang, kaki bagian bawah terasa gatal</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien bedrest 2. Vital sign : Tekanan darah : 160/80 mmHg, Suhu: 36,°C, Nadi: 85x/menit, RR: 23x/menit 3. Ektremitas bawah pada bagian kanan kiri edema ada bintik luka hitam-hitam 4. Intake oral 100 cc, infus kidmin 50cc 5. UT 0 cc kencing 1 kali <p>Hasil Laboratorium HGB 12,2 g/dL, BUN 110,0 mg/dL, Serum Creatinin 7,31 mg/dL, GDA 294</p> <p>A : masalah kelebihan volume</p>

	Serum Creatinin 35,8 mg/dL A : masalah kelebihan volume cairan sebagian teratasi P : intervensi dilanjutkan	belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
--	---	--

4.2 PEMBAHASAN

Sesuai dengan tujuan penelitian yang telah dibuat penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan dengan masalah kelebihan volumecairan pada pasien gagal ginjal kronik di ruang cempaka RSUD Ibnu Sina Gresik yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi.

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengumpulan data, penulis awalnya mengalami kesulitan karena keluarga pasien tertutup, namun seiring berjalannya waktu dengan memaksimalkan pendekatan BHSP yang kuat serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis memberikan asuhan keperawatan kepada kedua pasien sehingga terjalin hubungan yang kooperatif anantara penulis dengan pasien maupun pihak keluarga yang menjaga pasien di ruang cempaka RSUD Ibnu Sina Gresik. Berdasarkan hasil pengkajian antara pasien 1 dan pasien 2 sama sama mengalami kelebihan volume cairan dimana pemasukkan lebih besar daripada haluaran, pada pasien pertama didapatkan input dari infus kidmin 50 cc serta input oral 240 cc totalnya 290cc, Output 50cc pada pukul 22.00 dari jam 23.00 sampai pukul 08.15 belum BAK kedua ekstremitas baawah bengkak pasien mengeluh kedua kakinya terasa tebal, wajah pasien pucat, sedangkan pada pasien kedua

didapatkan data input oral 350 cc dari infus kidmin 50 cc total keseluruhan 400 cc, Output 150 cc pada pukul 23.00 pagi ini blm BAK, pasien mengeluh sesak, mual, kedua ekstremitas bengkak dan terdapat bintik bintik hitam pada ekstremitas bawah terkadang mengeluh gatal. Berdasarkan tinjauan kasus pertama dan kedua didapatkan hasil pada hari pertama intake lebih banyak dari pada output.

Pada gagal ginjal kronik (GGK) biasanya dipengaruhi oleh pengabdian diet yaitu pada metabolisme mineral, kalium, fosfat, dan protein. Karena ketidakpatuhan dietnya dapat menimbulkan gangguan metabolisme kalium dan fosfat yang dapat berdampak pada komplikasi yaitu peningkatan kalium (hiperkalemi) yang bisa mempengaruhi sistem konduksi listrik jantung bila konsentrasi kalium semakin meningkat maka akan berlanjut pada irama jantung menjadi tidak normal dan seketika bisa henti jantung, sehingga hal ini membuat kemampuan tubuh gagal mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit serta dapat menurunkan fungsi dimana produk akhir metabolisme protein yang secara normal diekskresikan dalam urine namun tertimbun dalam darah sehingga terjadi uremia, Semakin banyak timbunan produk sampah dalam ginjal maka akan semakin berat rusaknya fungsi ginjal dan menimbulkan efek atau gejala pada tubuh manusia yaitu edema di daerah ekstremitas bawah maupun dikelopak mata saat bangun pagi hal ini menghambat aliran darah ke seluruh tubuh yang semestinya aliran darahnya mengalir keseluruh tubuh menjadi terhambat dan menyebabkan kinerja jantung meningkat dan bisa menimbulkan sesak nafas (As'adi, 2012).

Berdasarkan data diatas antara tinjauan kasus dan tinjauan teori tidak berkesenjangan, Kedua pasien mengalami masalah yang sama yaitu kelebihan

volume cairan, namun keluhan kedua pasien berbeda untuk pasien 1 mengeluh edema pada kedua ekstremitas bawah terasa tebal dikarenakan kondisi pada pasien berbeda dalam arti tingkat kelebihan volume cairannya berbeda untuk pasien 1 terjadi edema karena penumpukan cairan dalam darah terjadi di ekstremitas bawah karena letaknya jauh dari jantung. Dan pasien kedua mengalami sesak nafas hal tersebut bisa terjadi dikarenakan kondisi kalium yang tinggi sehingga menyebabkan kerja jantung semakin meningkat, aliran darah yang seharusnya dialirkan ke seluruh tubuh menjadi terhambat.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan pasien. Diagnosa keperawatan yang sama antara pasien pertama dan pasien kedua, yaitu Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Berdasarkan tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami penyakit Gagal Ginjal Kronik menurut NANDA (2015) yaitu Kelebihan Volume Cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

Mekanisme regulasi adalah keseluruhan sistem pengatur tubuh manusia, sistem pengatur atau sistem regulasi yang ada dalam tubuh manusia sangat banyak diantaranya sistem penyaringan yang dilakukan oleh ginjal. Jika dalam sistem sudah rusak berarti fungsi dalam sistem tersebut telah menurun atau bahkan tidak berfungsi dengan baik, seperti halnya ginjal yang berfungsi dalam penyaringan darah dan hasil penyaringan yang tidak terpakai akan disekresikan dalam urine. Kesamaan antara pasien 1 dan pasien 2 adalah penyebabnya sama sama

mengalami pemasukkan yang lebih banyak daripada haluaran dikarenakan adanya gangguan pada mekanisme regulasi.

Pada gejalanya kedua pasien mempunyai perbedaan yaitu pada pasien pertama dari tanda mayor mengalami edema anasarka, BB meningkat dalam waktu singkat, untuk tanda minor pasien satu mengalami penurunan Hb dan Oliguria, intake lebih banyak dari output (balans cairan positif). Sedangkan pada pasien kedua dari tanda mayor pasien mengalami dispnea, edema anasarka, BB meningkat dalam waktu singkat, untuk tanda minor pasien kedua mengalami penurunan Hb, oliguria, Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif). Dari data diatas dapat ditarik kesimpulan tidak ada kesenjangan diagnosa antara pasien pertama dan pasien kedua dan sesuai dengan tinjauan pustaka. Namun tidak semua diagnosa pada tinjauan pustaka muncul dalam tinjauan kasus karena ada beberapa faktor diantaranya kondisi dari tiap individu, asupan diet yang sudah diperbaiki, lamanya pengobatan.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Pada tahap perencanaan dibuat untuk mengatasi masalah kelebihan volume cairan pada pasien 1 dan pasien 2. Perencanaan keperawatan kelebihan volume cairan bertujuan untuk mengatasi kelebihan volume cairan dengan harapan keadaan berkurang atau dalam keadaan seimbang selama 3 kali 24 jam, dengan kriteria hasil terbebas dari edema. Penulis berfokus kepada kedua pasien dengan masalah keperawatan kelebihan volume cairan yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus dengan melakukan hal hal sebagai berikut: pertahankan catatan intake output yang akurat, monitor hasil pemeriksaan laboratorium yang berkaitan dengan keseimbangan cairan, Monitor

vital sign, kaji luas edema, kolaborasi pemberian diuretik. Namun ada tambahan rencana keperawatan untuk pasien kedua yaitu cek GDA dan edukasi tentang diet 3J.

Hal tersebut tidak terjadi kesenjangan dengan tinjauan teori. Di dalam teori rencana asuhan keperawatan dengan masalah kelebihan volume cairan menurut (NIC), beberapa perencanaan yang bisa dilakukan diantaranya: pertahankan catatan intake output yang akurat, monitor hasil pemeriksaan laboratorium yang berkaitan dengan keseimbangan cairan, monitor vital sign, kaji luas edema, kolaborasi pemberian diuretik.

Berdasarkan data diatas perencanaan tindakan keperawatan pada pasien gagal ginjal kronik terhadap kedua pasien (Tn. K dan Tn. N) ini sama yaitu sama sama memantau intake dan output, namun pada pasien kedua (Tn. N) ada tambahan perencanaan yaitu cek GDA dikarenakan pada pasien kedua ada penyakit penyerta yaitu diabetes mellitus, jika hal ini terus berkelanjutan kerja ginjal semakin berat.

4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Dalam tahap pelaksanaan keperawatan penulis telah melaksanakan semua tindakan yang ada dalam rencana tindakan keperawatan diantaranya mengobservasi intake output, mengobservasi vital sign, memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga akan pembatasan batasan diet, memberikan motivasi kepada pasien untuk melakukan pengobatan secara rutin, mendorong keluarga untuk memberikan semangat kepada pasien akan menjalani terapi pengobatan, mengobservasi hasil pemeriksaan laboratorium, Memodifikasi lingkungan pasien agar terasa nyaman (membatasi penunggu pasien). Untuk pasien yang kedua ada

tambahan rencana tindakan yaitu cek GDA dan edukasi tentang diet 3J sudah dilaksanakan.

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012). Semua pelaksanaan keperawatan telah dikerjakan oleh peneliti terhadap kedua pasien namun dalam pelaksanaan ini lebih mengutamakan tindakan pemantuan intake output dan cek GDA pada pasien kedua. Faktor intake output pada pasien sangat mempengaruhi ke tahap evaluasi selanjutnya, untuk cek GDA pada pasien kedua ini untuk mengontrol kerja ginjal pada pasien kedua ada penyakit penyertanya yaitu diabetes mellitus. Diabetes akan merusak sistem saraf dalam tubuh termasuk sistem syaraf yang ada pada organ ginjal. Kerusakan ini menyebabkan penderita kesulitan buang air kecil karena tubuh tidak bisa mengkosongkan kandung kemih. Akibatnya terjadi penumpukan urine pada kandung kemih yang semakin menekan posisi ginjal. Tekanan ini menyebabkan ginjal terluka dan mengalami penurunan fungsi. Banyaknya jumlah urine yang tertahan pada kandung kemih adalah awal dari infeksi ginjal karena pertumbuhan bakteri yang meningkat pesat dan terlebih kadar glukosa yang tinggi pada urine.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi keperawatan tinjauan kasus dilakukan dengan berpacu pada kriteria hasil yang sudah ditetapkan dalam perencanaan. Dalam tinjauan kasus evaluasi yang dicapai pada pasien 1 selama 4 hari perawatan didapatkan edema

berkurang, turgor kulit elastis, tanda- tanda vital dalam batas normal, tidak mengalami dispnea. Sedangkan pada pasien kedua selama 6 hari perawatan didapatkan edema berkurang turgor kulit elastis, tanda tanda vital dalam batas normal, tidak mengalami dispnea. Pada tahap evaluasi keperawatan tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada pasien dan keluarga pasien yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.

Evaluasi keperawatan di lakukan untuk meninjau kriteria dengan cara membandingkan adanya perubahan kondisi pasien sebagai tolak ukur keberhasilan dari tujuan dan tindakan keperawatan yang telah di berikan. Dan dapat digunakan sebagai acuan dalam menentukan perencanaan keperawatan selanjutnya. (Nikmatur, 2012). Tahap akhir adalah evaluasi keperawatan dimana hasil akhir keberhasilan ditentukan dengan berpacu pada kriteria hasil yang tercantum dalam perencanaan keperawatan. Kriteria hasil yang diharapkan antara lain : Terbebas dari edema dan efusi. Maksudnya bila sudah tidak terjadi edema dapat ditarik kesimpulan bahwasanya cairan dan elektrolit dalam tubuh seimbang, tidak terjadi penyumbatan aliran darah, kriteria hasil yang kedua yaitu tanda- tanda vital dalam batas normal dalam arti seperti yang dijelaskan diatas bahwasanya orang gagal ginjal kronik dengan masalah kelebihan volume cairan terjadi hiperkalemi bisa memicu peningkatan tekanan darah kerja jantung meningkat, Tidak mengalami dispnea adalah tidak terjadi gangguan pada pernafasan, karena bila kondisi

kelebihan volume cairan yang berlebihan jantung akan bekerja keras dalam mengalirkan darah seluruh tubuh sehingga menyebabkan payah jantung, jantung terdesak sampai ke paru sehingga bisa menimbulkan sesak nafas

Evaluasi akhir dari pasien pertama dan kedua adalah masalah kelebihan volume cairan sama-samateratasi, dilihat dari semua kriteria hasil yang terpenuhi dari masing-masing pasien. Untuk pasien pertama didapatkan hasil yaitu edema pada ekstremitas bawah berkurang, output dan input seimbang, Tanda tanda vital dalam batas normal, tidak mengalami dispnea, hasil laboratoriu terutama BUN normal. Sedangkan pada pasien kedua didapatkan evaluasi akhir edema berkurang, intake output seimbang, tanda tanda vital dalam batas, tidak terjadi dispnea, dan hasil laboratorium terutama BUN dan GDA stabil.