

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian

Dalam penelitian lokasi terdapat di Rumah Sakit Siti Khodijah yang terletak di Jalan Pahlawan 260 Sepanjang Kota Sidoarjo dan Provinsi Jawa Timur. Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang merupakan Rumah Sakit swasta Tipe B yang telah dilengkapi dengan fasilitas dan SDM yang handal. Rumah Sakit ini merupakan amal usaha persyarikatan Muhammadiyah cabang sepanjang yang didirikan pada tanggal 26 November 1967 dan untuk direktur saat ini yaitu dr. H. Muhammad Hamdan, Sp.S (K).

Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang memiliki pelayanan Medis Medical Check Up, Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis/ Sub-spesialis, Anak, Bedah, Kebidanan dan kandungan, Penyakit Dalam, Syaraf, THT, Mata, Paru, Jantung, Bedah Tulang, Alergi, Rehabilitas Medik. Pelayanan penunjang terdapat Laboratorium Patologi Klinik, Laboratorium Patologi Anatomi, X-ray, USG, ECG, Konsultasi Gizi, dan farmasi, asilitas ruangan terhadap UGD 24 jam, Rawat Jalan, Rawat Inap Kamar Bedah, ICU, NICU, dan Ruang OK.

MOTTO : Ikhlas dan ihsan dalam pelayanan

VISI Terwujudnya Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang yang unggul, profesional, dan paripura

MISI regional Jawa Timur. : Menjadi rumah sakit dalam kawasan regional Jawa timur.

4.1.2. Pengkajian Keperawatan

A. Identitas

Pasien 1 : Ny.S

Ny.S Umur 63 tahun berjenis kelamin perempuan, suku bangsa jawa, Indonesia, pekerjaan ibu rumah tangga, Pendidikan SD, alamat BUNGURASIH BARAT NO 61 RW2 RW2, WARU, BUNGURASIH, WARU, agama islam, MRS pada tanggal 05 Maret 2024 jam 20.00 dengan diagnosa medis CKD

Pasien 2 : Tn.S

Tn.S Umur 49 tahun berjenis kelamin laki-laki, suku bangsa jawa, Indonesia, pekerjaan karyawan swasta, Pendidikan SMK, alamat pondok wage indah 1 C/21 RT5 RW4 , wage taman, Sidorjo agama islam, MRS pada tanggal 18 Maret 2024 jam 18.00 dengan diagnosa medis Edema+CKD+Anemia.

B. Keluhan Utama

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengeluh bengkak pada muka dan kedua kaki dan tangannya

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengeluh bengkak pada kedua kakinya.

C. Riwayat kesehatan

1. Riwayat Kesehatan/Penyakit Sekarang

Pasien 1 : Ny.S :

Pasien mengatakan muka dan kedua kaki dan tangannya bengkak sudah 2 hari, merasa mual dan pusing , sebelum dibawa ke rumah sakit pasien

tidak melakukan apa-apa untuk mengurangi bengkak pada kedua kakinya akan tetapi pasien hanya meminum obat buat hipertensi yang dialaminya, akan tetapi tidak ada hasilnya dan pusing dan mual makin bertambah, pasien dibawa ke IGD pagi tanggal 05 Maret 2024. Pada saat pengkajian tanggal 06 maret 2024 jam 09.00 pasien mengatakan muka serta kedua tangan atas dan kakinya bengkak.

Pasien 2 : Tn.S :

Pasien mengatakan kedua kakinya bengkak sudah 3 hari, kadang-kadang merasa mual, sebelum dibawa kerumah sakit, pasien mengatakan seminggu yang lalu sempat mengalami masalah pada BAK nya dan dipasang kateter, pasien dibawa ke IGD pagi tanggal 18 Maret 2024 jam 18.00 karena merasa sesak dan pusing. Pada saat pengkajian tanggal 19 maret 2024 jam 13.00 terpasang O2 3 LPM, pasien mengatakan kedua kakinya bengkak.

2. Riwayat Kesehatan/Penyakit Dahulu

Pasien 1 : Ny.S :

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit lambung dan diabetes dirumah mengkonsumsi obat rutin (glimeperid 4 mg). dan mempunyai riwayat alergi obat neurosanbe, cataflam, ibu profen.

Pasien 2 : Tn.S ;

Pasien mengatakan seminggu yang lalu masuk rumah sakit karena susah BAK dan dipasang kateter, pasien mengatakan sebelumnya ada riwayat diabetess melitus dan hipertensi, pasien tidak mengkonsumsi obat rutin dirumah.

3. Riwayat Kesehatan/Penyakit Keluarga

Pasien 1 : Ny.S :

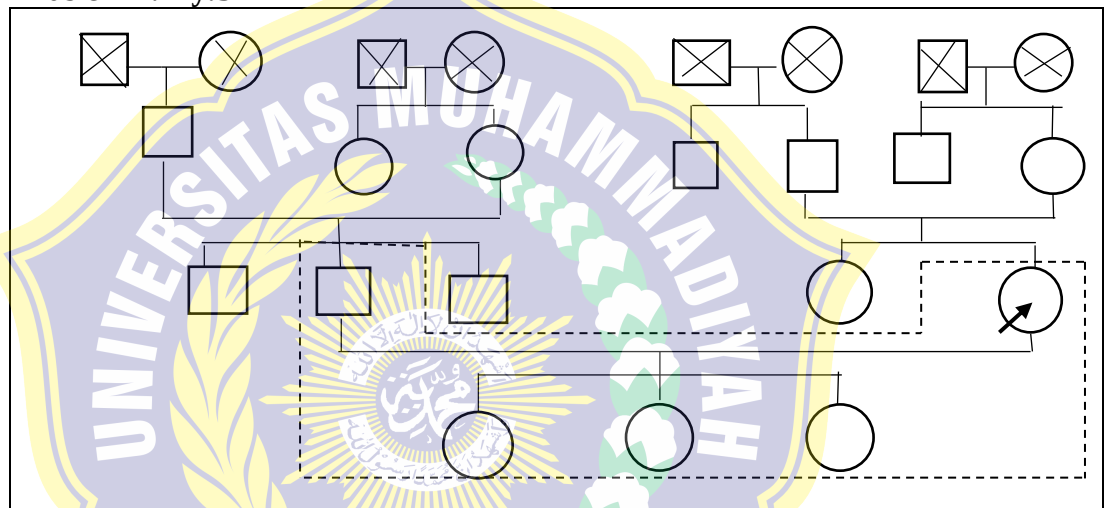
Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga

Pasien 2 : Tn.S ;

Pasien mengatakan bahwa dalam keluarga mempunyai riwayat penyakit keturunan. Dari ayah mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus.

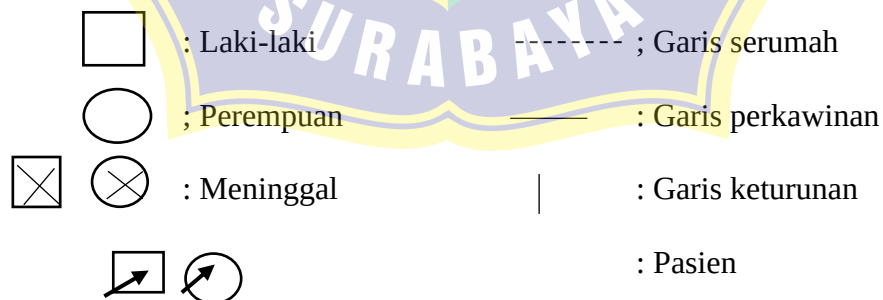
4. Genogram

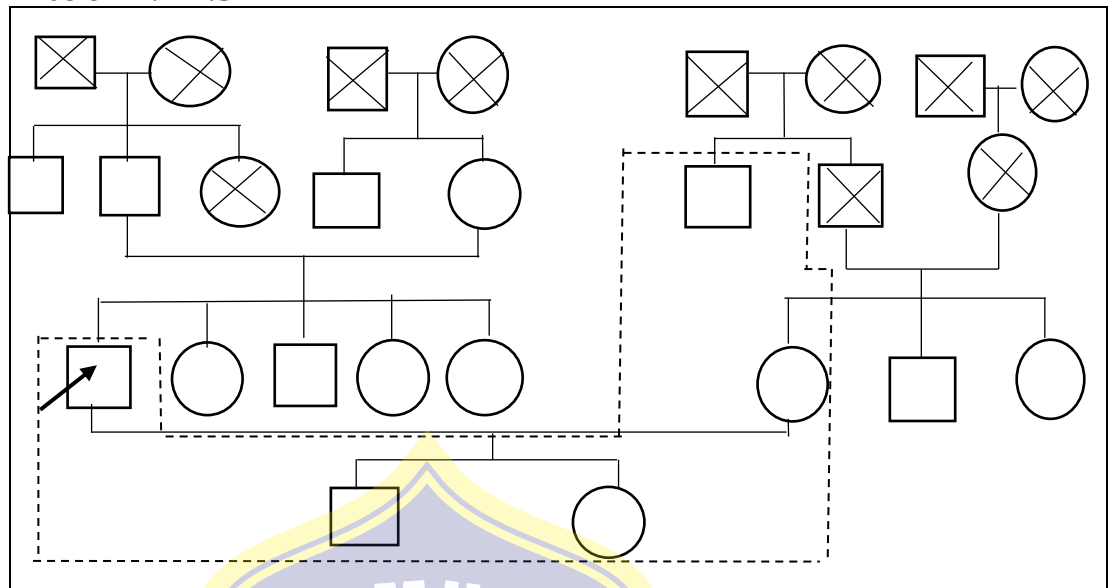
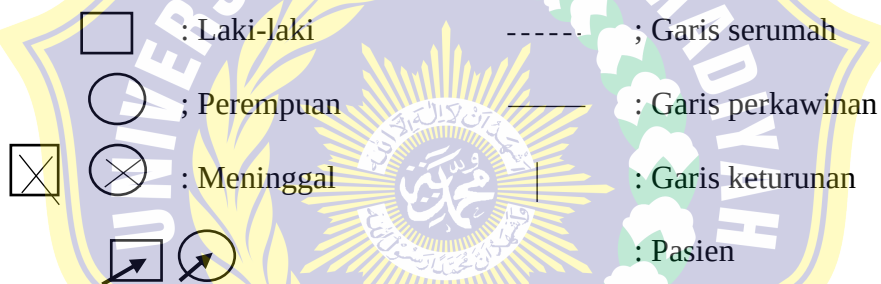
Pasien 1 : Ny.S



Gambar 4.1.2 Genogram

Keterangan :



Pasien 2 : Tn.S**Gambar 4.1.2 Genogram****Keterangan :****5. Vital Sign****Pasien 1 Ny.S :**

Tekanan darah 160/90 mmhg, MAP 113 mmhg, frekuensi pernapasan 21x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.1 derajat celcius. Nadi 86x/menit, berat badan 55.40 kg, tinggi badan 150 cm.

Pasien 2 Tn.S :

Tekanan darah 140/80 mmhg, MAP 100 mmhg, frekuensi pernapasan 19x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.4 derajat celcius. Nadi 90x/menit, berat badan 68.20. kg, tinggi badan 167 cm.

D. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi Dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengatakan mengerti tentang penyakit yang alami sekarang, mandi 2x sehari dengan diseka dibantu keluarga.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan mengetahui tentang penyakit yang alami sekarang, mandi 2x sehari dengan diseka dibantu keluarga.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

2. Pola Nutrisi Dan Metabolisme

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi 1/2 porsi rumah sakit dan sekitar minum 1.000 ml/24 jam karena malas minum dan tidak terpasang NGT.

Antropometri (BB=55 kg, TB 155 cm, LILA 24), biokimia (GDA=200 mg/dl, creatinin serum=1.1 mg/dl, ureum=96.5 mg/dl, BUN=45.1 mg/dl, natrium=135 mmol/L, kalium=6.2 mmol/L, chlorida=111 mmol/L), clinic (keadaan umum pasien tampak lemas dan sedikit pucat) Diet makan 3x sehari dari rumah sakit dengan tinggi kalori dan tinggi protein).

Pemeriksaan fisik yang menunjang :

Kepala : pada inspeksi keadaan rambut bersih. Palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada sekitar kepala. Tidak terdapat benjolan.

Muka : Inspeksi : tampak edema pada muka, wajah berbentuk oval, tidak ada lesi pada muka, keadaan muka bersih, tidak terdapat luka pada muka. palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada daerah sekitar muka.

Leher : inspeksi leher tampak bersih, tidak terdapat distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada kelenjar geah bening.

Mulut dan faring :

Inspeksi keadaan mulut dan gigi bersih, tidak ada nyeri telan

Abdomen :

Inspeksi tidak ada luka atau kemerahan pada daerah abdomen, tidak ada lesi, warna kulit merata, auskultasi terdengar bising usus 18x/menit, palpasi tidak ada nyeri tekan pada sekitar abdomen. Perkusi terdengar suara timpani.

Integumen :

Inspeksi warna kulit merata berwarna sawo matang, tidak terdapat luka atau kemerahan pada kulit, tidak ada lesi, turgor kulit baik CRT < 3 detik.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada nafsu makan, makan 3x sehari dengan porsi rumah sakit dihabiskan dan sekitar minum 700 ml/24 jam, tidak terpasang NGT.

Antropometri (BB=68 kg, TB 167 cm, LILA 26), biokimia (GDA=130 mg/dl, creatinin serum=7.8 mg/dl, ureum=148.3 mg/dl, BUN=69.3 mg/dl, natrium=128 mmol/L, kalium=3.3 mmol/L, chlorida=94 mmol/L), clinic (keadaan umum pasien tampak lemas) Diet (makan 3x sehari dari rumah sakit dengan tinggi kalori dan tinggi protein).

Pemeriksaan fisik yang menunjang :

Kepala : pada inspeksi keadaan rambut bersih. Palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada sekitar kepala. Tidak terdapat lesi ataupun massa.

Muka : Inspeksi : tidak tampak edema pada muka, wajah berbentuk oval, tidak ada lesi pada muka, keadaan muka bersih, tidak terdapat luka pada muka. palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada daerah sekitar muka

Leher : inspeksi leher tampak bersih, tidak terdapat distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada kelenjar geah bening.

Mulut dan faring :

Inspeksi keadaan mulut dan gigi bersih, tidak ada nyeri telan

Abdomen :

Inspeksi tidak ada luka atau kemarahan pada daerah abdomen, tidak ada lesi, warna kulit merata, auskultasi terdengar bising usus 19x/menit,

palpasi tidak ada nyeri tekan pada sekitar abdomen. Perkusi terdengar suara timpani.

Integumen :

Inspeksi warna kulit merata berwarna kuning langsung, tidak terdapat luka atau kemerahan pada kulit, tidak ada lesi, turgor kulit baik CRT < 3 detik.

Masalah Keperawatan ;

Tidak ada masalah keperawatan

3. Pola Eliminasi

Eliminasi Alvi :

Pasien 1 : Ny.S

SMRS : Pasien mengatakan biasanya dirumah BAB sehari 1X kadang 2 hari 1x dengan eksistensi padat, berwarna kuning khas. tidak ada hemoroid.

MRS : Pasien mengatakan tidak ada masalah pada BAB saat dirumah sakit, BAB 1X sehari dengan eksistensi padat berwarna kuning khas dan tidak ada hemoroid.

Pemeriksaan fisik yang menunjang :

Inguinal, genitalia dan anus :

Inspeksi keadaan genitalia bersih, tidak terdapat luka, kemerahan, lesi, dan hemoroid. Pasien tidak memakai pampers dan tidak terpasang kateter, palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen sekitar kandung kemih..

Pasien 2 : Tn.S

SMRS : Pasien mengatakan biasanya dirumah BAB sehari 1X kadang 2 hari 1x dengan eksistensi padat, berwarna kuning khas. tidak ada hemoroid.

MRS : Pasien mengatakan belum BAB sejak 2 hari masuk rumah sakit

Eliminasi Uri :

Pasien 1 : Ny.S

SMRS : Pasien megatakan biasanya dirumah BAK 3-6 kali sekitar +- 2000 cc dalam 24 jam dengan konsistensi kuning khas urin, bau khas urin

MRS : Pasien memakai pampers dan ganti pampers 2x sehari 420 cc dalam 6 jam.

Pemeriksaan fisik yang menunjang :

Inguinal, genitalia dan anus :

Inspeksi keadaan genetalia bersih, tidak terdapat luka, kemerahan, lesi, dan hemoroid. Pasien memakai pampers dan tidak terpasang kateter, palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen sekitar kandung kemih..

Masalah keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

Pasien 2 : Tn.S

SMRS : Pasien mengatakan biasanya BAK 3-6x sekitar 2.400 cc dalam 24 jam dengan konsistensi kuning khas, bau khas urin.

MRS : Pasien mengatakan tidak ada masalah dan kesulitan saat BAK.

BAK 6x dalam 24 jam, dengan konsistensi 600 cc dalam 6 jam berwarna kuning khas urin dan berbau khas urin.

Pemeriksaan fisik yang menunjang :

Inguinal, genitalia dan anus :

Inspeksi keadaan genetalia bersih, tidak terdapat luka, kemerahan, lesi, dan hemoroid. Pasien tidak memakai pampers dan tidak terpasang kateter, palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen sekitar kandung kemih.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

4. Pola Istirahat Dan Tidur**Pasien 1 : Ny.S**

SMRS : Pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur, biasanya tidur siang 2 jam dan tidur malam 8 jam (-+ 10 jam/24 jam)

MRS : : Pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur, tidur siang 2 jam dan tidur malam 9 jam.

Pemeriksaan fisik yang menunjang :**Thorak :**

Jantung : pada inspeksi iktus cordis tidak tampak, palpasi tidak terdapat nyeri tekan, perkusi pekak, auskultasi terdengar suara lup-dup

Paru-paru : bentuk dada simetris kanan dan kiri, warna kulit merata, taktil fremitus teraba sama, peregrakan dada simetris kanan dan kiri, perkusi sonor, auskultasi tidak terdapat suara napas tambahan wheezing dan ronchi suara S1-S2 tunggal.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

Pasien 2 : Tn.S

SMRS : Pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur, biasanya tidur +- 9 jam dalam 24 jam.

MRS : Pasien mengatakan tidur 10 jam dalam 24 jam.

Pemeriksaan fisik yang menunjang :

Thorak :

Jantung : pada inspeksi iktus cordis tidak tampak, palpasi tidak terdapat nyeri tekan, perkusi pekak, auskultasi terdengar suara lup-dup

Paru-paru : bentuk dada simetris kanan dan kiri, warna kulit merata, taktil fremitus teraba sama, peregrakan dada simetris kanan dan kiri, perkusi sonor, auskultasi tidak terdapat suara napas tambahan wheezing dan ronchi suara S1-S2 tunggal.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

5. Pola Aktivitas Dan Latihan

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti makan dan mandi pasien dibantu oleh keluarga karena kedua kaki bengkak dan kesusahan untuk berjalan. Dan pasien merasa pusing saat duduk, pasien mengatakan nyeri tekan pada kakinya yang bengkak.

Pemeriksaan fisik yang menunjang :

Ektremitas : inspeksi tampak edema pada kedua ektremitas atas dan bawah, tidak terdapat luka atau kemerahan pada ektremitas, palpasi terdapat nyeri tekan pada daerah yang bengkak.

Kekuatan otot :

5	5
4	4

Neurologis :

Kesadaran kompos mentis, GCS 4-5-6, suara jelas

Masalah Keperawatan :

Intoleransi aktivitas

Hipervolemia

Nyeri akut

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan saat dirumah sakit pasien hanya berbaring dan duduk dan kadang-kadang ke kamar mandi, tidak ada masalah dengan pergerakan.

Pemeriksaan fisik yang menunjang :

Ektremitas : inspeksi tampak edema pada kedua ektremitas bawah, tidak terdapat luka atau kemerahan pada ektremitas, palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada daerah yang bengkak.

Kekuatan otot :

5	5
5	5

Neurologis :

Kesadaran kompos mentis, GCS 4-5-6, suara jelas

Masalah Keperawatan :

Hipervolemia

6. Pola Konsep Diri Dan Persepsi Diri

a. Gambaran Diri :

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengatakan menerima kondisi tubuhnya yang lagi sakit dan berharap dirinya cepat sembuh.

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan menerima kondisi tubuhnya yang lagi sakit dan berharap dirinya cepat sembuh.

b. Harga Diri :

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengatakan tidak merasa malu meskipun dirinya sedang dirawat di rumah sakit

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan tidak merasa malu meskipun dirinya sedang dirawat di rumah sakit.

c. Ideal Diri :

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa beraktivitas normal kembali seperti biasanya

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa beraktivitas normal kembali seperti biasanya

d. Peran Diri :

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengatakan berperan sebagai ibu rumah tangga. Pada saat dirawat di rumah pasien tidak bisa melakukan perannya seperti biasanya karena hanya berbaring di atas tempat tidur dan berperan sebagai pasien yang sedang menjalani perawatan.

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan berperan sebagai kepala keluarga dan bekerja sebagai karyawan swasta. Saat sakit pasien tidak menjalani perannya seperti biasanya dikarenakan dirawat di rumah sakit dan berperan sebagai pasien.

e. Identitas Diri :

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perempuan anak ke-2 dari dua bersaudara.

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang laki-laki anak pertama dari 5 bersaudara.

Masalah Keperawatan :

Pasien 1 : Ny.S

Tidak ada masalah keperawatan

Pasien 2 : Tn.S

Tidak ada masalah keperawatan

7. Pola Kognitif – Konseptual – Keadekuatan Sensori

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengatakan mengetahui tentang penyakit dan penganannya. pasien dapat melihat dan mendengar, mencium dengan baik. Tidak mengalami masalah pada panca indra.

Pemeriksaan fisik yang menunjang :

Mata : Inspeksi sklera berwarna putih, konjungtiva tampak anemis, tidak memakai alat bantu penglihatan, pupil isokor, Mata simetris kanan dan kiri, tidak terdapat lingkaran hitam disekitar mata, Palpasi Tidak terdapat nyeri tekan

Hidung :

Inspeksi lubang hidung simetris kanan dan kiri, kondisi hidung bersih tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak ada luka atau kemerahan pada hidung.

Telinga :

Inspeksi telinga simetris kanan dan kiri, keadaan telinga bersih tidak tampak serumen di sekitar telinga

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan mengetahui tentang penyakit dan penanganannya. pasien dapat melihat dan mendengar, mencium dengan baik. Tidak mengalami masalah pada panca indra.

Pemeriksaan fisik yang menunjang :

Mata : Inspeksi sklera berwarna putih, konjungtiva tampak anemis, kelopak mata tidak tampak menghitam, tidak memakai alat bantu penglihatan, pupil isokor. Palpasi Tidak terdapat nyeri tekan.

Hidung :

Inspeksi lubang hidung simetris kanan dan kiri, kondisi hidung bersih tidak terdapat pernapasang cuping hidung, tidak ada luka atau kemerahan pada hidung.

Telinga :

Inspeksi telinga simetris kanan dan kiri, keadaan telinga bersih tidak tampak serumen di sekitar telinga

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

8. Pola Reproduksi Seksual

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengatakan tidak ada masalah seksual. Pasien mengatakan dirinya sudah menikah dan sudah memiliki 3 orang anak. Pasien mengatakan sudah berhenti menstruasi (menopause). Saat ini pasien tidak menggunakan alat kontrasepsi.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan tidak ada masalah seksual, pasien mengatakan dirinya sudah menikah dan sudah memiliki 2 orang anak.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

9. Pola Hubungan Peran :**Pasien 1 : Ny.S**

Pasien mengatakan aktif mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat seperti pengajian dan hajatan.hubungan dengan keluarga dan masyarakat sekitarnya baik.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan aktif mengikuti kegiatan kemasyarakatan seperti pengajian di masjid dan perkumpulan masyarakat lainnya. hubungan dengan keluarga dan masyarakat sekitarnya baik.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

10. Pola Mekanisme Koping – Toleransi Satres**Pasien 1 ; Ny. S****Kemampuan mengendalikan setres :**

Pasien mengatakan ketika ada masalah pasien selalu cerita ke suami dan anak-anak nya

Sumber pendukung :

Pasien mengatakan sumber pendukung nya adalah keluarganya.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

Pasien 2 ; Tn. S

Kemampuan mengendalikan stres :

Pasien mengatakan ketika ada masalah pasien selalu cerita ke istri dan keluarganya yang lain.

Sumber pendukung :

Pasien mengatakan sumber pendukung nya adalah keluarganya.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

11. Pola Tata Nilai Dan Kepercayaan

Pasien 1 : Ny.S

Pasien mengatakan selama sakit tidak melakukan ibadah seperti biasanya.

Dan pasien mengatakan tidak ada kebiasaan atau kepercayaan dalam menangani masalah kesehatan yang dialami saat ini..

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

Pasien 2 : Tn.S

Pasien mengatakan melakukan sholat di atas tempat tidur dan pasien mengatakan tidak ada suatu kepercayaan atau kebiasaan tertentu untuk menangani masalah kesehatan yang dialami sekarang.

Masalah Keperawatan :

Tidak ada masalah keperawatan

E. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Pasien 1 : Ny.S

Tabel 4. 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien 1

PARAMETER	HASIL	NILAI NORMAL
KIMIA KLINIK		
Creatinin Serum H	10.2	0.7-1.2 mg/dl
Ureum H	203.8	17-43 mg/dl
BUN H	95.2	7-20 mg/dl
Gula Darah Acak/Sewaktu H	200	<200 mg/dl
ELEKTROLIT		
Natrium	135	136/145 mmol/L
Kalium H	6.2	3.5-5.1 mmol/L
Chloride H	111	98-107 mmol/L
DARAH LENGKAP		
HGB L	11.4	13.7-17.5 g/dl
RBC L	3.82	4.63-6.08
HCT	34.5	40.1-51.51.0 %
MCHC	33.6	32.3-36.5 d/dl
RWD-SD H	49.1	36.4;46.3fl
BASO %	0.2	0.1-1.2 %
NEUT% H	75.7	34.0-71.0 %
LYMPH% L	14.8	19.3-51.7 %
EO% L	0.01	0.04-0.36 %

Pasien 2 : Tn.S

Tabel 4. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien 2

PARAMETER	HASIL	NILAI NORMAL
KIMIA KLINIK		
Gula Darah Acak/Sewaktu	130	<200 mg/dl
Creatinin Setrum H	7.8	0.7-1.2 mg/dl
Ureum H	148.3	17-43 mg/dl
BUN H	69.3	7-20 mg/dl
ELEKTROLIT		
Natrium L	128	136/145 mmol/L
Kalium L	3.3	3.5-5.1 mmol/L
Chloride L	94	98-107 mmol/L
DARAH LENGKAP		
HGB L	9.9	13.7-17.5 g/dl
RBC L	3.20	4.63-6.08
HCT L	26.7	40.1-51.51.0 %
MCHC L	37.1	32.3-36.5 d/dl
IO% L	0.3	0.8-7.0%
BASO %	0.9	0.2-1.2 %
NEUT% H	79.3	34.0-67.9 %
LYMPH% L	10.1	21.8-53.1 %
EO% L	0.3	0.8-7.0 %

F. Terapi dan diet

Pasien 1 : Ny. S

1. Infus PZ 14 TPM
2. Injeksi Pantoparazole 1x1
3. Injeksi ondansetron 2x8 mg
4. Amlodipin 1x10 mg (1-0-0)
5. Furosemide 2x20 mg
6. D40 2 Unit Insulin (6x) 1 jam
7. Diet B 2100

Pasien 2 : Tn. S

1. Infus PZ D5 2 : 1 14 TPM
2. Injeksi pantoparazole 1x1
3. Injeksi ondansetron 2x8 mg
4. Furosemide 1x20 mg
5. Prorenal tab 3x1
6. Diet TKTP 2100 Kal

G. Daftar Masalah Keperawatan

Pasien 1 : Ny.S

- 1) Hipervolemia
- 2) Nyeri akut
- 3) Intoleransi aktivitas

Pasien 1 : Tn.S

- 1) Hipervolemia
- 2) Resiko konstipasi

13. Analisa Data

Pasien 1 : Ny.S

Tabel 4. 3 Analisa Data Pasien 1

Waktu	Data	Etiologi	Masalah
06/Maret/2024	Data Subjektif : Pasien mengatakan muka dan kedua tangan dan kakinya bengkak Data Objektif : 1. Muka dan Kedua ekstremitas atas dan bawah terlihat membengkak 2. Tanda-Tanda Vital : Tekanan darah 160/90 mmhg, MAP 113 mmhg, frekuensi pernapasan 21x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.1 drajad celcius. Nadi 86x/menit, berat badan 55 kg, tinggi badan 150 cm.	Gangguan meknisme regulasi	Hipervolemia

Pasien 2 : Tn.S**Tabel 4. 4 Analisa Data Pasien 2**

Waktu	Data	Etiologi	Masalah
20/Maret/2024	Data Subjektif : mengatakan kedua kakinya bengkak Data Objektif : 1. Kedua ekstremitas bawah terlihat membengkak 2. Tanda-tanda vital : Tekanan darah 140/80 mmhg, MAP 100 mmhg, frekuensi pernapasan 19x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.4 derajat celcius. Nadi 90x/menit, berat badan 68 kg, tinggi badan 167 cm.	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia

4.1.3. Diagnosa Keperawatan**Pasien 1 : Ny.S**

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan edema pada muka dan kedua ekstremitas atas dan bawah (D.0022 hal: 62)

Pasien 2 : Tn.S

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan edema pada kedua ekstremitas bawah (D.0022 hal: 62)

4.1.4. Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan

Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan edema pada kedua ekstremitas bawah (D.0022 hal: 62)

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam keseimbangan cairan dan keseimbangan asam basa meningkat dengan kriteria hasil : **SLKI (L.05020 hal.40/41)**

1. Edema menurun
2. Berat badan
3. Tekanan darah membaik

Intervensi keperawatan

Manajemen hipervolemia (I.03114)

Observasi :

1. Observasi tanda-tanda vital
2. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, reflek hepatojugular positif, suara napas tambahan)
3. Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia
4. Monitor intake dan output cairan
5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematocrit, berat jenis urin)
6. Monitor kecepatan infus secara ketat

Terapeutik :

7. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
8. Batasi asupan cairan dan garam

Edukasi :

9. Anjurkan melapor jika haluaran urin ,0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam
10. Anjurka melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari
11. Anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin

Kolaborasi :

12. Kolaborasi pemberian diuretic

4.1.5. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada kedua pasien , pelaksanaan tindakan dilakukan selama 3 hari perawatan di rumah sakit siti khodijah Muhammadiyah sepanjang sidoarjo.

Tabel 4. 5 Implementasi Keperawatan pasien 1 dan 2

Hari	Pelaksanaan	
	Pasien 1 (Ny.S)	Pasien 2 (Tn.S)
1.	06/Maret/ 2024 1. Jam 10.00 Mengobservasi tanda-tanda vital Respon : tekanan darah 160/90 mmhg, nadi 86 x / menit, frekuensi pernapasan 21x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.1 drajad celcius. 2. Jam 10.15 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia Respon : terdapat edema pada muka dan kedua ekstremitas bagian bawah, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada dispnea	19/Maret/2024 1. Jam 13.30 Mengobservasi tanda-tanda vital Respon : tekanan darah 140/80 mmhg, nadi 90 x / menit, frekuensi pernapasan 19x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.4 drajad celcius. 2. Jam 13.40 Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia Respon : terdapat edema pada muka dan kedua ekstremitas bagian bawah, tidak ada suara napas tambahan, dispnea 3. Jam 14.50 Menimbang berat badan

3. Jam 10.25 Menimbang berat badan Respon : berat badan 55.40 kg, tinggi badan 150 cm. 4. Jam 10.35 Memonitor status hemodinamik Respon : tekanan darah 160/90 mmhg, MAP 113 mmhg, frekuensi jantung/nadi 86x /menit. 5. Jam 10.50 Memonitor tanda hemokonsentrasi Respon : natrium 135 , kalium 6.2, clorida 105, BUN 95.2, ureum 203.8, creatinine serum 10.2 , hematokrit 34.5. HB 11.2. 6. Jam 11.20 Memonitor kecepatan infus Respon : Kecepatan infus 14 tpm 7. Jam 11.25 Menganjurkan membatasi cairan dan garam Respon : keluarga dan pasien dapat menerima dan memahami tentang pembatasan asuan cairan dan natrium 8. Jam 11.50 Memonitor intake dan output cairan Respon : Intake Minum : 125 ml/6 jam Infus : 400cc/6 jam Output Urin : 420 cc/6 jam 9. Jam 12.10 Menganjurkan untuk melapor jika haluaran urin <0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam Respon : keluarga mngatakan bahwa keluarga mengganti pempers pasien 2 kali sehari sekitar 480cc/6 jam setelah ditimbang 10. Jam 12.20 menganjurkan untuk melapor jika BB	Respon : berat badan 68.20 kg, tinggi badan 167 cm. 4. Jam 14.55 Memonitor status hemodinamik Respon : tekanan darah 140/80 mmhg, MAP 100 mmhg, frekuensi jantung/nadi 89x /menit 5. Jam 15.05 Memonitor tanda hemokonsentrasi Respon : natrium 128 , kalium 3.3, clorida 94, BUN 69.3, ureum 148.3, creatinin Serum 7.8, hematokrit 26.7. HB 9.9. 6. Jam 15.10 Memonitor kecepatan infus Respon : Kecepatan infus 14 tpm 7. Jam 15.17 Menganjurkan membatasi cairan dan garam Respon : keluarga dan pasien dapat menerima dan memahami tentang pembatasan asuan cairan dan natrium 8. Jam 15.20 Memonitor intake dan output cairan Respon : Intake Minum : 110 ml/6 jam Infus : 410 cc/6 jam Output Urin : 420 cc/6 jam 9. Jam 15.25 Menganjurkan untuk melapor jika haluaran urin <0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam Respon : keluarga mngatakan bahwa pasien BAK 550cc/6 jam 10. Jam 15.38 Menganjurkan untuk melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari Respon : BB 68.10 kg 11. Jam 15.46 Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin Respon : keluarga pasien memahami dan dapat mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin 12. Jam 17.55 memberikan kolaborasi obat :
---	--

	bertambah > 1 kg dalam sehari Respon : BB 55.15 kg 11. Jam 12.25 mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin Respon : keluarga pasien memahami dan dapat mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin 12. Jam 13.00 kolaborasi pemberian obat : Injeksi furosemide 2x 20 mg Injeksi Pantoparazole 1x1 Injeksi ondansetron 2x8 mg Amlodipin 1x10 mg (1-0-0) D40 2 Unit Insulin Respon : Tidak ada keluhan setelah pemberian obat, tidak ada sesak, gatal, atau kemerahan	Injeksi pantoparazole 1x1 Injeksi ondansetron 2x8 mg Injeksi Furosemide 1x20 mg Prorenal tab 3x1 Respon : Tidak ada keluhan setelah pemberian obat, tidak ada sesak, gatal, atau kemerahan
2.	07/Maret/ 2024 1. Jam 09.00 Memeriksa tanda gejala hipervolemia Respon : terlihat pada kedua ekstremitas sedikit terdapat edema 2. Jam 09.10 Memonitor intake dan output Respon : Intake : Minum : 120 ml/6 jam Infus : 400cc/6 jam Output Urin : 490 cc/6 jam 3. Jam 09.20 Memonitor kecepatan infus Respon : Kecepatan infus 14 tpm 4. Jam 10.25 Menimbang berat badan Respon : 55.25 kg 5. Jam 11.00 Observasi tanda-tanda vital Respon : tekanan darah 150/90 mmhg, MAP 110,	20/Maret/2024 1. Jam 14.10 Memeriksa tanda gejala hipervolemia Respon : terlihat pada kedua ekstremitas sedikit terdapat edema 2. Jam 14.15 Memonitor intake dan output Respon : Intake : Minum : 120 ml/6 jam Infus : 400cc/6 jam Output Urin : 490 cc/6 jam 3. Jam 14.20 Memonitor kecepatan infus Respon : Kecepatan infus 14 tpm 4. Jam 14.50 Menimbang berat badan Respon : 68.12 kg 5. Jam 15.30 Observasi tanda-tanda vital Respon : tekanan darah 140/90 mmhg, MAP 106, Nadi 85 x / menit, RR 20X/menit, SPO2 98%, Suhu 36.5

	Nadi 85 x / menit, RR 20X/menit, SPO2 98%, Suhu 36.5 6. Jam 13.00 Memberikan kolaborasi obat : Injeksi furosemide 2x 20 mg Injeksi Pantoparazole 1x1 Injeksi ondansetron 2x8 mg Amlodipin 1x10 mg (1-0-0) D40 2 Unit Insulin Respon : Tidak ada keluhan setelah pemberian obat, tidak ada sesak, gatal, atau kemerahan	6. Jam 18.00 Memberikan kolaborasi obat : Injeksi pantoparazole 1x1 Injeksi ondansetron 2x8 mg Injeksi Furosemide 1x20 mg Prorenal tab 3x1 Respon : Tidak ada keluhan setelah pemberian obat, tidak ada sesak, gatal, atau kemerahan
3.	08/Maret/ 2024 1. Jam 09.20 Memeriksa tanda gejala hipervolemia Respon : terlihat pada kedua ekstremitas tidak terdapat edema 2. Jam 09.25 Memonitor intake dan output Respon : Intake : Minum : 120 ml/6 jam Infus : 400cc/6 jam Output Urin : 500 cc/6 jam 3. Jam 09.30 Memonitor kecepatan infus Respon : Kecepatan infus 14 tpm 4. Jam 10.25 Menimbang berat badan Respon : 55.15 kg 5. Jam 11.10 Observasi tanda-tanda vital Respon : tekanan darah 140/80 mmhg, MAP 120, Nadi 84 x / menit, RR 20X/menit, SPO2 95%, Suhu 36.2 6. Jam 13.20 Memberikan kolaborasi obat : Injeksi furosemide 2x 20 mg Injeksi Pantoparazole 1x1 Injeksi ondansetron 2x8 mg	21/Maret/2024 1. Jam 14.00 Memeriksa tanda gejala hipervolemia Respon : terlihat pada kedua ekstremitas tidak terdapat edema 2. Jam 14.10 Memonitor intake dan output Respon : Intake : Minum : 130 ml/6 jam Infus : 400 cc/6 jam Output Urin : 610 cc/6 jam 3. Jam 14.20 Memonitor kecepatan infus Respon : Kecepatan infus 14 tpm 4. Jam 14.50 Menimbang berat badan Respon : 68.10 kg 5. Jam 16.00 Observasi tanda-tanda vital Respon : tekanan darah 130/80 mmhg, MAP 96, Nadi 84 x / menit, RR 20X/menit, SPO2 95%, Suhu 36.2 6. Jam 18.00 Memberikan kolaborasi obat : Injeksi pantoparazole 1x1 Injeksi ondansetron 2x8 mg Injeksi Furosemide 1x20 mg Prorenal tab 3x1

	Amlodipin 1x10 mg (1-0-0) D40 2 Unit Insulin Respon : Tidak ada keluhan setelah pemberian obat, tidak ada sesak, gatal, atau kemerahan	Respon : Tidak ada keluhan setelah pemberian obat, tidak ada sesak, gatal, atau kemerahan
--	---	--

4.1.6. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 6 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 dan 2

Hari	Evaluasi	
	Pasien 1 (Ny.S)	Pasien 2 (Tn.S)
1.	06/Maret/2024 S : pasien mengatakan muka dan kedua kaki dan tangannya bengkak O : Terdapat edema pada muka dan kedua ekstremitas bagian atas dan bawah, Tanda-tanda vital : tekanan darah 160/90 mmhg, MAP 113, nadi 86 x / menit, frekuensi pernapasan 21x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.1 drajad celcius.BB 55.40 kg, TB 150 cm.Intake : Minum : 125 ml/6 jam, Infus : 400cc/6 jam. Output : Urin : 420 cc/6 jam, hemokonsentrasi : natrium 135 , kalium 6.2, clorida 105, BUN 95.2, ureum 203.8, creatinin Serum 10.2 A ; Hipervolemia belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2,4,6,7,12	19/Maret/2024 S : Pasien mengatakan kedua kakinya bengkak O : Terdapat edema pada kedua ekstremitas bagian bawah, Tanda-tanda vital ; tekanan darah 140/80 mmhg, MAP 100, nadi 90 x / menit, frekuensi pernapasan 19x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.4 drajad celcius. BB 68.20 kg, TB 167 cm. Intake : Minum : 110 ml/6 jam, Infus : 410 cc/6 jam. Output : Urin : 550 cc/6 jam. hemokonsentrasi : natrium 128 , kalium 3.3, clorida 94, BUN 69.3, ureum 148.3, creatinin Serum 7.8 A : Hipervolemia belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2,4,6,7,12.
2.	07/Maret/2024 S : Pasien mengatakan mukanya sudah tidak bengkak hanya kedua kaki dan tangannya masih sedikit bengkak kedua ekstremitas bagian atas dan bawah, Tanda-tanda vital : tekanan darah 150/90 mmhg, MAP 110, nadi 86 x / menit, frekuensi pernapasan	20/Maret/2024 S : Pasien mengatakan kedua kakinya masih sedikit bengkak O : Terdapat edema pada kedua ekstremitas bagian bawah, Intake : Minum : 120 ml/6 jam, Infus : 400cc/6 jam. Output : Urin : 490 cc/6 jam, BB 68.12 kg, tekanan darah 140/90 mmhg, MAP 106, Nadi 85 x / menit, RR

	21x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.1 drajad celcius. BB 55.25 kg, TB 150 cm. intake : Minum : 125 ml/6 jam, Infus : 400cc/6 jam. Output : Urin : 420 cc/6 jam, A ; Hipervolemia teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1,2,4,6,7,12	20X/menit, SPO2 98%, Suhu 36.5 A ; Hipervolemia teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1,2,4,6,7,12
3.	08/Maret/2024 S : Pasien mengatakan kedua kaki dan tangannya sudah tidak bengkak O : Tidak terdapat edema pada kedua ektremitas bagian atas dan bawah, Tanda-tanda vital : tekanan darah 140/80 mmhg, MAP 100, nadi 86 x / menit, frekuensi pernapasan 21x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.1 drajad celcius. BB 55.15 kg, TB 150 cm. Intake : Minum : 125 ml/6 jam, Infus : 400cc/6 jam. Output : Urin : 420 cc/6 A ; Hipervolemia teratasi P : Intervensi dihentikan	21/Maret/2024 S : Pasien mengatakan kedua kakinya sudah tidak bengkak O : tidak terdapat edema pada kedua ektremitas bagian bawah, Intake : Minum : 130 ml/6 jam, Infus : 400 cc/6 jam. Output : Urin : 610 cc/6 jam, BB 68.10, Tanda-tanda vital : tekanan darah 130/80 mmhg, MAP 96, Nadi 84 x / menit, RR 20X/menit, SPO2 95%, Suhu 36.2 A ; Hipervolemia sudah teratasi P : Intervensi dihentikan (pasien persiapan pulang)

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 pada pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dengan masalah hipervolemia di rumah sakit Siti Khodijah Muhammadiyah sepanjang Sidoarjo yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi keperawatan.

4.2.1. Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil tinjauan kasus yang didapatkan pada kedua pasien mengeluh adanya pembengkakan. hasil pengkajian pada pasien 1 Ny.S tanggal 06 maret 2024 pasien mengeluh bengkak pada muka dan kedua tangan dan kakinya , hemoglobin 11.2, BUN 95, serum kreatinin 10.2 , natrium 135 tanda-tanda vital : tekanan darah 160/90 mmhg, MAP 113, nadi 86 x / menit, frekuensi pernapasan 21x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.1 drajad celcius. BB 55.40 kg, TB 150 cm. sedangkan Pasien 2 Pada tanggal 19 maret pasien mengeluh kakinya bengkak, hemoglobin 9.9, BUN 148.3, serum kreatinin 7.8, natrium 128 tanda-tanda vital : tekanan darah 140/80 mmhg, MAP 100, nadi 90 x / menit, frekuensi pernapasan 19x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.4 drajad celcius. BB 68.20 kg, TB 167 cm.

Berdasarkan teori salah satu manifestasi klinis CKD yaitu edema karena ketidakmampuan ginjal dalam mengekskresikan cairan yang tidak diperlukan oleh tubuh sehingga mengakibatkan adanya peningkatan natrium dan air dalam cairan ekstraseluler menyebabkan adanya pergeseran cairan menuju cairan intertisial karena volume cairan ekstraseluler yang berlebih, sehingga timbulah penumpukan cairan pada intertisial maupun jaringan yang menyebabkan munculnya edema. Edema terjadi akibat pertukaran cairan dan elektrolit antara plasma dan jaringan intertisial yang berlebih. Edema yang mengumpul pada rongga dinamakan efusi, misalnya efusi perikardium maupun efusi pleura. Kemudian edema dalam rongga peritoneum dinamakan asites serta edema yang bersifat umum dinamakan edema anasarka. Pada pasien gagal ginjal kronik memiliki ciri khas edema pada jaringan perifer serta pada jaringan periorbital. Timbulnya edema menandakan tubuh mengalami masalah hipervolemia atau kelebihan volume cairan (Nuratif &

Kusuma, 2015). Tanda dan gejala yang muncul pada hipervolemia seperti ortopnea, dispnea, paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), edema anasarka dan/ edema prefer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, jugular venous pressure (JVP) meningkat, reflek hepatojugular positif, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali, kadar HB/HT menurun, oliguria, intake lebih banyak dari pada output, dan kongesti paru (SDKI, 2017)

Berdasarkan tinjauan kasus dan tinjauan teori diatas peneliti menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori pada kasus karena tanda dan gejala yang ada pada teori seperti pembengkakan juga dialami oleh kedua pasien.

4.2.2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data yang didapatkan Pada kedua pasien yang telah dilakukan asuhan keperawatan terdapat kesamaan masalah keperawatan yaitu hipervolemia. pasien 1 Ny.S mengatakan muka dan kedua kaki dan tangannya bengkak dan pasien 2 Tn.S mengatakan kedua kaki nya bengkak.

Pada pasien CKD dapat menyebabkan terjadinya hipervolemia yaitu Peningkatan volume cairan intravascular, intertisial, dan/atau intraseluler (SDKI, 2017) . Perumusan suatu diagnosa dapat disimpulkan dengan data yang telah digali saat pengkajian yang dianalisa terlebih dahulu (SDKI, 2017).

Berdasarkan hasil analisa yang didapatkan pada keduap pasien 1 dan pasien 2 masalah keperawatan yang dapat ditemukan adalah hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi.

4.2.3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada kedua pasien yaitu 1) observasi tanda-tanda vital 2) periksa tanda dan gejala hipervolemia 3) timbang berat badan 4) monitor status hemodinamik 5) monitor tanda hemokonsentrasi 6) monitor kecepatan infus 7) anjurkan membatasi cairan dan garam 8) monitor intake dan output cairan 9) anjurkan untuk melapor jika haluaran urin < 0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam. 10) anjurkan untuk melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari 11) ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin 12) kolaborasi pemberian obat.

Intervensi untuk mengatasi hipervolemia yang dialami dilakukan tindakan keperawatan manajemen hipervolemi seperti 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan) 2) Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI) jika tersedia 3) Monitor intake dan output cairan 4) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, hematokrit, BUN, berat jenis urin) 5) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat) 6) Monitor kecepatan infus secara ketat 7) Monitor efek samping diuretic (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) 8) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 9) Batasi asupan cairan dan garam 10) Anjurkan melapor jika haluaran urin $< 0,5$ ml/kg/jam dalam 6 jam 11) Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari 12) Ajarkan cara mengukur dan mencatat haluaran cairan 13) Ajarkan cara membatasi cairan 14) Kolaborasi pemberian diuretik 15) Kolaborasi penggantian kalium akibat diuretik. (SIKI, 2018).

Berdasarkan intervensi tinjauan kasus dan teori diatas peneliti mengambil 12

rencana tindakan secara teori karena peneliti hanya melakukan rencana tindakan yang memungkinkan dan dibutuhkan oleh pasien akan tetapi rencana tindakan keperawatan pada kedua pasien dilakukan sesuai tinjauan teori yang sudah disusun yaitu mengarah pada masalah prioritas utama yang terjadi pada tinjauan kasus, yaitu masalah hipervolemia yang meliputi manajemen hipervolemia.

4.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada kedua pasien dilakukan selama 3 hari dengan melakukan pelaksanaan tindakan manajemen hipervolemia 1) Mengobservasi tanda-tanda vital. 2) Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia. 3) menimbang berat badan. 4) Memonitor status hemodinamik. 5) Memonitor tanda hemokonsentrasi. 6) Memonitor kecepatan infus. 7) Menganjurkan membatasi cairan dan garam. 8) Memonitor intake dan output cairan 9) Menganjurkan untuk melapor jika haluaran urin < 0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam. 10) menganjurkan untuk melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari. 11) mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urin. 12) memberikan kolaborasi pemberian obat.

Berdasarkan hasil dan teori di atas, menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan pada kedua pasien sejalan dengan teori intervensi yang sudah di rencanakan.

4.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari ke-3 pasien 1 Ny.S selama 3 hari pelaksanaan yaitu : **S** : Pasien mengatakan muka dan kedua kaki dan tangannya sudah tidak bengkak **O** : Tidak terdapat edema pada muka, kedua ekstremitas bagian atas dan bawah, Tanda-tanda

vital : tekanan darah 140/80 mmhg, MAP 100, nadi 86 x / menit, frekuensi pernapasan 21x/menit, SPO2 97%, suhu tubuh 36.1 derajat celcius. BB 55.15 kg, TB 150 cm. Intake : Minum : 125 ml/6 jam, Infus : 400cc/6 jam. Output : Urin : 420 cc/6 jam, **A** ; Hipervolemia teratasi, **P** : Intervensi dihentikan

Evaluai hari ke-3 pasien 2 Tn.S selama 3 hari pelaksanaan yaitu **S** : Pasien mengatakan kedua kakinya sudah tidak bengkak, **O** : tidak terdapat edema pada kedua ekstremitas bagian bawah, Intake : Minum : 130 ml/6 jam, Infus : 400 cc/6 jam. Output : Urin : 610 cc/6 jam, BB 68.10, Tanda-tanda vital : tekanan darah 130/80 mmhg, MAP 96, Nadi 84 x / menit, RR 20X/menit, SPO2 95%, Suhu 36.2 **A** ; Hipervolemia sudah teratasi **P** : Intervensi dihentikan (pasien persiapan pulang).

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien yang dilakukan dengan pengamatan dan menyakikan langsung kepada pasien yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan SOAP. Evaluai yang diharapkan pada masalah hipervolemia yaitu, edema menurun, berat badan membaik, tekanan darah membaik. (SLKI, 2019).

Pada tahap evaluasi ditemukan kesamaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada hari ke-3 dalam 3 hari tindakan perawatan yang dilakukan didapatkan hasil pada kedua pasien edema menurun, berat badan membaik, tekanan darah membaik.