

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Gambaran lokasi penelitian

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Kristen Lindimara terdapat di Kabupaten Sumba Timur terletak di Jl. Profesor Doktor WZ. Johanes, no 6, kelurahan prailiu Rumah Sakit ini Merupakan Rumah Sakit tipe D yang terdiri dari dua instalasi yaitu instalasi rawat jalan dan instalasi rawat inap. Instalasi rawat jalan terdiri dari poli umum, polibedah, poli anak, poli gigi dan mulut ,poli kebidanan dan KB. Poli VCT (voluntary consoling and testing) dan poli mata. Instalasi rawat inap yaitu ruangan kavernaum untuk pasien laki-laki dewasa, ruang samaria untuk pasien perempuan dewasa dan anak. Ruang VIP untuk semua umur ruang getsemani, untuk kebidanan untuk pasien baru melahirkan ruang samaria adalah salah satu instalasi rawat inap Rumah Sakit Kristen Lindimara yang di kususkan untuk pasien perempuan dewasa dan anak yang terdiri dari yang terdiri dari 11 ruangan yang terdiri dari 8 ruang rawat inap ,1 ruang petugas dan ruang administrasi, 1 ruang isolasi untuk kasus pasien-pasien menular dan, 1 ruang dapur dan gudang

#### A. Ketenagaan

##### Tabel 4.1

Distribusi ketenaga kerjaan di ruang Samaria Rumah Sakit Kristen Lindimara (table ini merupakan table yang pertama yang ada di bab 4)

Jenis tenaga	jumlah
Perawat (S1)	-
Perawat vokasiona (D3)	7
Perawat (SPK)	-
Adminstrasi (SMA)	1
Clining service (SMA)	2
<b>JUMLAH :</b>	<b>10</b>

Sumber ruang samaria Rumah Sakit Kristen Lindinmara .februari 2020

Dari table di atas dapat disimpulkan bahwa tenaga kerja paling banyak adalah perawat 7 orang dan paling sedikit adalah administrasi 1 orang

## 1. Pengkajian

### a. Identitas Klien

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan identitas pasien 1 dan pasien 2 sebagai berikut:

**Tabel 4.1 Identitas klien**

*Identitas partisipan di RS Kristen Lindimara di Ruangan Samaria payeti pada bulan februari 2020*

Identitas klien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. S	Tn.K
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki
Umur	60 Tahun	52 Tahun
Alamat	Lewa Paku	Mbullubokat
Pendidikan	SMA	SMP
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Petani
Suku/Bangsa	Sumba/ Indonesia	Sumba/ Indonesia
Tanggal Dirawat	17-02-2020	25-02-2020
Tanggal Pengkajian	19-02-2020	25-02-2020
Diagnose Medik	Hipokalemi	Hipokalemi
Penanggung jawab	Ny.k	Tn.s

b. Riwayat Penyakit

**Tabel 4.2 Riwayat penyakit**

*Riwayat penyakit dahulu partisipan di RS Kristen Lindimara di Ruangan Samaria payeti pada bulan februari 2020*

Riwayat penyakit	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan utama	Pasien mengatakan kedua kaki dan tangan tidak bisa di Gerakan	Pasien mengatakan Mual muntah
Riwayat penyakit sekarang	Pasien datang ke Rumah Sakit Kisten Lindimara di antar keluarga karena pasien tidak bisa mengerakkan kedua kaki dan tangan	Pasien datang ke rumah sakit di antar keluarga karena pasien mual muntah sejak 2 hari yang lalu
Riwayat penyakit Dahulu	Pasien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit dengan penyakit yang sama seperti penyakit yang di alami oleh pasien saat ini.	Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah di rawat di rumah sakit
Riwayat penyakit keluarga	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami riwayat penyakit turunan maupun penyakit menular lainnya	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami riwayat penyakit turunan maupun penyakit menular lainnya

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa pasien 1 memiliki keluhan utama kedua kaki dan tangan tidak bisa di gerakan, pasien 2 memiliki keluhan utama mual muntah sedangkan riwayat penyakit dahulu pasien 1 memiliki riwayat penyakit yang sama, sedangkan pasien 2 tidak pernah di rawat di rumah sakit

c. Perubahan Pola Kesehatan

Dari hasil pengkajian pasien 1 dan pasien 2 di dapatkan perubahan pola kesehatan sebagai berikut:

**Table 4.3 Perubahan status kesehatan**

No	Pola	Dirumah		Dirumah sakit	
		Pasien 1	Pasien 2	Pasien 1	Pasien 2
1	Nutrisi dan Cairan	Makan: 3x/hari, porsi habis nasi, lauk pauk dan sayur Minum: 6-8 gelas	Makan 3x/hari, porsi habis, nasi, lauk pauk dan sayur Minum : 4-5 gelas	Makan 2x/ hari hanya makan nasi lunak dan hanya habis ½ porsi. Minum: 4x/hari ½ gelas	Makan 1x/ hari nasi lunak, porsi kecil klien sering mual, Porsi makan sedikit : ½ porsi Pasien minum 2 gelas jika haus
2	Istirahat dan tidur	Pasien mengatakan tidur malam ±5-6 jam dan tidur siang ±1 jam	Pasien mengatakan tidur malam ± 7-8 jam dan tidur siang ±2 jam	Pasien mengatakan tidur malam ± 4-5 jam dan tidur siang ±30 menit	Pasien mengatakan tidur malam ± 6-7 jam dan tidur siang kadang-kadang
3	Eliminasi	BAB 1x/hari dan BAK 3-4x/hari	BAB 1x/hari dan BAK 3-4x/hari	BAB 1x/hari dan BAK 3-4x/hari	BAB 1x/hari dan BAK 3-4x/hari
4	Personal hygiene	Pasien mengatakan mandi 2x/hari namun tidak menyikat gigi	Pasien mengatakan mandi 2x/hari namun tidak menyikat gigi	Pasien mengatakan hanya di lap oleh keluarga di pagi hari dan tidak pernah sikat gigi	Pasien mengatakan hanya di lap oleh keluarga di pagi hari dan tidak pernah sikat gigi
5	Aktivitas	Pasien mengatakan aktivitas sehari-hari tanpa ada kesulitan bertani di	Pasien mengatakan aktivitas bertani di kebun dan di sawah	Pasien mengatakan masih lemas dan hanya tiduran di tempat tidur aktivitas di	Pasien mengatakan tidak ada aktivitas yang bisa dilakukan dan hanya berbaring

		Kebun		bantu total oleh Keluarga	saja,di Bantu Sebagian
6	Pola mekanisme dan koping	Pasien Mengatakan jika sakit sering berobat di Puskesmas Terdekat	Pasien Mengatakan jika sakit langsung periksa di Puskesmas	Pasien Mengatakan Akan berusaha Untuk sembuh dengan berobat di rumah sakit	Pasien Mengatakan yakin Bahwa Penyakitnya akan sembuh
7	Pola Kepercayaan	Pasien beragama Kristen Protestan	Pasien beragama Kristen protestan	Pasien Beragama Kristen Protestan	Pasien Beragama Kristen Protestan

Dari data di atas dapat di simpulkan

d. Observasi dan pemeriksaan fisik

**Table 4.4 Observasi dan pemeriksaan fisik**

<b>Observasi dan pemeriksaan fisik</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Keadaan umum	Kesadaran composmentis	Kesadaran composmentis
TTV	TD : 100/60 mmHg, N : 78 x/menit, S : 36,5 <sup>o</sup> c RR : 20 x/menit SPO <sub>2</sub> : 90%	TD : 120/90 mmHg, N : 80x/menit, S : 36 <sup>o</sup> c RR : 20x/menit SPO <sub>2</sub> : 96%
Pemeriksaan kepala	<b>Inspeksi:</b> Bentuk kepala normal,penyebaran rambut merata, warna rambut hitam <b>Palpasi :</b> tidak ada nyeri tekan pada kepala pasien	<b>Inspeksi :</b> bentuk Kepala normal, penyebaran rambut merata, warna rambut putih <b>Palpasi :</b> tidak ada nyeri tekan pada kepala pasien
Mata	<b>Inspeksi :</b> mata kiri dan Kanan simetris, Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, tidak kelainan pada iris, kornea tampak normal,	<b>Inspeksi :</b> mata kiri dan Kanan simetris, pucat,konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, tidak kelainan pada iris, kornea tampak normal, ketajaman

	ketajaman penglihatan normal . <b>Palpasi</b> : tidak ditemukan massa pada kedua mata pasien	pe nglihatan normal <b>Palpasi</b> : tidak ditemukan massa pada kedua mata pasien
Hidung	<b>Inspeksi</b> : bentuk hidung simetris dan tidak ada secret, <b>Palpasi</b> : tidak ada nyeri tekan pada hidung pasien	<b>Inspeksi</b> : bentuk hidung simetris dan tidak ada secret <b>Palpasi</b> : tidak ada nyeri tekan pada hidung pasien
Telinga	<b>Inspeksi</b> : bentuk telinga simetris, tampak kurang bersih telinga bagian dalam, membrane timpane tidak ada kelainan <b>Palpasi</b> : tidak ditemukan jejas atau benjolan	<b>Inspeksi</b> : bentuk telinga simetris, tampak kurang bersih telinga bagian dalam, membrane timpane tidak ada kelainan <b>Palpasi</b> : tidak ditemukan jejas atau benjolan
Mulut dan Tenggorokan	<b>Inspeksi</b> : warna bibir pucat, mukosa kering, lidah tampak kotor, tidak ada pembesaran tonsil	<b>Inspeksi</b> : warna bibir normal, mukosa kering, lidah tampak kotor, tidak ada pembesaran tonsil
Leher	<b>Inspeksi</b> : leher tampak simetris <b>Palpasi</b> : tidak ditemukan Pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid.	<b>Inspeksi</b> : leher tampak simetris <b>Palpasi</b> : tidak ditemukan pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid.
Toraks dan Paru	<b>Inspeksi</b> : bentuk dada normal, tidak ada kelainan pada tulang belakang dan retraksi dada normal <b>Palpasi</b> : vocal fremitus kanan dan kiri sama <b>Perkusi</b> : bunyi sonor <b>Auskultasi</b> : bunyi paru Vasekuler	<b>Inspeksi</b> : bentuk dada normal, terdapat retraksi dinding dada tidak ada kelainan pada bentuk dada, tidak ada kelainan pada tulang belakang dan retraksi dada normal <b>Palpasi</b> : vocal fremitus kanan dan kiri sama <b>Perkusi</b> : bunyi sonor

		<b>Auskultasi</b> : bunyi paru vesikuler
Jantung	<b>Inspeksi</b> : Ictus kordis tidak tampak <b>Palpasi</b> : Ictus kordis teraba di ICS ke V <b>Perkusi</b> : pekak <b>Auskultasi</b> : BJ I-II Regular	<b>Inspeksi</b> : Ictus kordis tidak tampak <b>Palpasi</b> : Ictus kordis teraba di ICS ke V <b>Perkusi</b> : pekak <b>Auskultasi</b> : BJ I-II regular
Abdomen	<b>Inspeksi</b> : bentuk simetris, tidak ada jejas/lesi <b>Palpasi</b> : tidak ada nyeri <b>Perkusi</b> : bunyi timpani <b>Auskultasi</b> : bising usus 24x/menit.	<b>Inspeksi</b> : bentuk simetris, tidak ada jejas/lesi <b>Palpasi</b> : tidak ada nyeri <b>Perkusi</b> : bunyi timpani <b>Auskultasi</b> : bising usus 34x/menit.
Ekstremitas	Ekstremitas atas bawah aktif tetapi ROM terbatas pada ekstremitas kiri atas karena terpasang infuse	Ekstremitas atas bawah aktif, tetapi ROM terbatas pada ekstremitas kiri atas karena terpasang infus
Genetalia	Pasien berjenis kelamin laki-laki	Pasien berjenis kelamin laki-laki
Kulit	Akral teraba dingin, kulit Keriput	Akral teraba panas, kulit Keriput

**a. Psikososial**

Dari hasil pengkajian psikososial klien 1 dan klien 2 didapatkan sebagai berikut:

**Table 4.5 Psikososial**

<b>Psikososial</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Sosial interaksi	Pasien mengatakan interaksi dengan sesama baik dan sering bergotong royong dalam usaha pertanian	Pasien mengatakan interaksi dengan sesama baik dan sering bergotong royong dalam usaha pertanian

Dukungan keluarga	Keluarga selalu mendukung proses penyembuhan pasien	Klien mengatakan bahwa selalu mendapat dukungan Dari keluarga dan orang lain yang merupakan tetangganya di kampung
Dukungan social	Pasien mengatakan bahwa peran keluarga sebagai kepala Keluarga adalah menafkahi	Pasien mengatakan bahwa peran keluarga sebagai kepala keluarga adalah menafkahi

## 2. Pemeriksaan Penunjang

Dari hasil pemeriksaan penunjang pasien 1 dan pasien 2 didapatkan sebagai berikut:

**Tabel 4.6 Ppemeriksaan penunjang pasien 1**

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Natrium	142	mmol/l	136-145
Kalium	2.80	mmol/l	3.30-5.10
Klorida	107	mmol/l	98-106

**Tabel 4.7 Pemeriksaan penunjang pasien 2**

*Hasil pemeriksaan penunjang partisipan di RS Kristen Lindimara di Ruangan Samaria payeti pada bulan february 2020*

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Natrium	140	Mmol/l	136-145
Kalium	3.00	Mmol/l	3.00
Klorida	106	Mmol/l	98-106

### 3. Terapi

**Tabel 4.8 Terapi**

Terapi yang di dapat pada partisipan di RS Kristen Lindimara di Ruangan Samaria payeti pada bulan february 2020

Pasien 1	Pasien 2
Ksr 3x1 tablet	IVFD Nacl 0,9% tetes 250 cc
Kcl 50mg (42cc/jam)	Cifproflosacin injeksi 2x400
IVFD Nacl 500 cc 20 tetes /menit	Paracetamol 3x500mg tablet

### 4. Analisa data

**Tabel 4.9 Analisa data**

Data	Masalah	Etiologi
<b>Pasien 1</b>		
Ds: pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kedua kaki dan tangan Do: Perut pasien tampak Lemah TD: 100/80 mmHg N: 78 x/menit S: 36 °C RR: 20 x/menit SPO2: 99%	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan metabolisme oleh karena kekurangan kalium
<b>Pasien 2</b>		
Ds: Pasien mengatakan mual muntah dan tidak ada selera makan Do : pasien tampak Lemah Dan tidak Menghabiskan Makanannya TD: 120/90 mmHg N: x/menit S: 36C RR: 20 x/menit SPO2: 99%	Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Mual muntah

## 5. Diagnosa keperawatan

**Tabel.4.10 Diagnosa keperawatan**

*Diagnosa keperawatan dari partisipan di RS Kristen Lindimara di Ruang Samaria payeti pada bulan februari 2020*

Keterangan	Diagnosa keperawatan
<b>Pasien 1</b>	1. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan metabolisme oleh karena kekurangan Kalium
<b>Pasien 2</b>	1. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d mual muntah

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa masalah atau Diagnosa Keperawatan yang muncul pada kasus adalah Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan metabolisme oleh karena kekurangan kalium, Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d mual muntah.

## 6. Intervensi keperawatan

**Tabel 4.11 Intervensi Keperawatan**

Perencanaan Tindakan Keperawatan Pada Pasien hipokalemi  
Di ruang Samaria Rumah Sakit Kristen Lindimara

Diagnosa keperawatan	Tujuan, Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
<b>Pasien 1</b> Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan metabolisme oleh karena kekurangan Kalium	setelah dilakukan Tindakan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan: gangguan mobilitas fisik teratasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi TTV</li> <li>2. Kaji kemampuan pasien dalam mobilitas fisik</li> <li>3. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLS secara individu sesuai kemampuan</li> <li>4. Kolaborasi pemberian terapi</li> </ol>

<b>Pasien 2</b> Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan b.d mual muntah	setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan: nutrisi terpenuhi dan mual muntah hilang	1. Observasi TTV 2. Evaluasi kebutuhan nutrisi 3. Anjurkan makan sedikit tapi Sering 4. Kalaborasi dengan ahli gizi
---	--	--

Dari data di atas rencana keperawatan yang di buat pada 2 responden yaitu:

1. Observasi TTV
2. Kaji kemampuan pasien dalam mobilitas fisik
3. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLS secara individu sesuai kemampuan
4. Kalaborasi pemberian terapi
5. Evaluasi kebutuhan nutrisi
6. Anjurkan makan sedikit tapi sering
7. Kalaborasi dengan ahli gizi

## 7. Implementasi keperawatan

**Tabel 4.12**

*Implementasi Keperawatan dari partisipan di RS Kristen Lindimara di Ruang Samaria payeti pada bulan februari 2020*

No	Diagnosa Keperawatan	Pasien 1		
		Hari / tanggal	Implementasi	Evaluasi
1.	Gangguan Mobilitas fisik b.d penurunan metabolisme oleh karena kekurangan Kalium	Selasa,18/02/2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobser vasi TTV</li> <li>2. Mengaji Kemampuan Pasien Dalam Mobilitas Fisik</li> <li>3. Melatih Pasien Dalam pemenuhan kebutuhan ADLS Secara Individu Sesuai kemampuan</li> <li>4. Kalaborasi pemberian Terapi</li> </ol>	<p>S:Pasien Mengatakan Tidak Mampu menggerakkan kedua kaki dan tangan</p> <p>O:Pasien Tampak Lemas dan berbaring di tempat tidur</p> <p>A:Masalah Belum Teratasi</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</p>
		Rabu,19/02/2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobser vasi TTV</li> <li>2. Mengaji kemampuan pasien dalam mobilitas fisik</li> <li>3. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLS secara individu sesuai</li> </ol>	<p>S:Pasien Mengatakan Tidak Mampu menggerakkan kedua kaki dan tangan</p> <p>O:Pasien Tampak Lemas dan berbaring di tempat tidur</p> <p>A:Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</p>

			kemampuan 4. Kalaborasi pemberian terapi	
		Kamis, 20/02/2020	1.Mengobservasi TTV 2.Mengaji kemampuan pasien dalam mobilitas fisik 3.Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLS secara individu sesuai kemampuan 4.Kalaborasi pemberian terapi	S:Pasien Mengatakan sudah mampu menggerakkan kedua kaki dan tangan O:Pasien tampak mampu menggerakkan kedua kaki dan tangan A:Masalah teratasi P:hentikan intervensi
		<b>Pasien 2</b>		
2.	Resiko nutrisi Kurang dari Kebutuhan tubuh b.d mual muntah	Selasa, 25/02/2020	1. Mengobservasi TTV 2. Mengevaluasi kebutuhan nutrisi 3. Menganjurkan makan sedikit tapi sering 4. Kalaborasi dengan ahli gizi	S: pasien mengatakan mual muntah O:pasien tampak lemah TD;120/70mmHg SPO2:94 % A:masalah belum teratasi P:lanjutkan intervensi
		Rabu, 26/02/2020	1. Mengobservasi TTV 2. Mengevaluasi kebutuhan nutrisi 3. Menganjurkan makan	S:pasien mengatakan mual muntah berkurang dan sudah mulai ada selera

			sedikit tapi sering Kalaborasi dengan ahli gizi	makan O:pasien makan menghabiskan ½ porsi makanan TD:130/86 mmHg N:73x/menit S:33,8° c SPO2:99% A:masalah teratasi Sebagian P:lanjutkan intervensi
		Kamis 27/02/2020	1. Mengobservasi TTV 2. Mengevaluasi kebutuhan nutrisi 3. Menganjurkan makan sedikit tapi sering Kalaborasi dengan ahli gizi	S:pasien mengatakan sudah ada selera makan O:pasien tampak menghabiskan makanannya TD:100/70 mmHg N:79x/menit S;36,5° c SPO2:96% A:masalah teratasi P:hentikan intervensi

## 8. Evaluasi Keperawatan

**Tabel.4.13**

*Evaluasi Keperawatan dari partisipan di RS Kristen Lindimara di Ruang Samaria payeti pada bulan februari 2020*

<b>Evaluasi</b>	<b>Hari ke-1 Selasa 18/02/2020</b>	<b>Harri ke-2 Rabu 19/02/2020</b>	<b>Hari ke-3 Kamis 20/02/2020</b>
<b>Pasien 1</b>	S:Pasien Mengatakan tidak mampu menggerakan kedua kaki dan tangan O:Pasien tampak lemas dan berbaring di tempat tidur A:Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi	S:Pasien Mengatakan tidak Mampu menggerakan kedua kaki dan Tangan O:Pasien tampak Lemas dan berbaring di tempat tidur A:Masalah teratasi sebagian P:Lanjutkan intervensi	S:Pasien Mengatakan sudah Mampu menggerakan kedua kaki dan Tangan O:Pasien mampu menggerakan Badan A:Masalah teratasi P:Hanjutkan Intervensi
<b>Pasien 2</b>	S: mengatakan pasien mual muntah O:pasien tampak lemah TD;120/70mmHg SPO2:94 % A:masalah belum teratasi P:lanjutkan intervensi	S: pasien mengatakan mual muntah berkurang dan sudah mulai ada selera makan O:pasien tampak menghabiskan makannya ½ Porsi TD;120/70mmHg SPO2:94 % A:masalah teratasi sebagian P:lanjutkan intervensi	S:pasien mengatakan sudah ada selera makan O:pasien tampak menghabiskan makanannya TD:100/70 mmHg N:79x/menit S;36,5° c SPO2:96% A:masalah teratasi P:hentikan Intervensi

#### **4.1.2 Pembahasan**

Penulis akan menjelaskan kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek yang dilakukan di Rumah Sakit Kristen Lindimara dalam studi kasus Asuhan Keperawatan pasien hipokalemi yang di ruang Samaria Rumah Sakit Kristen Lindimara Payeti yang dilakukan pada tanggal 18 februari sampai tanggal 09 maret 2020 yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Pembahasan ini merupakan pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi hingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan saat memberikan asuhan keperawatan.

#### **4.1.3 Pengkajian**

Pengkajian adalah pemikiran dasar yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang keadaan kesehatan pasien. Pengumpulan data yang dilakukan penulis saat pengambilan kasus pada tanggal 18 februari 2020 pukul 09.00 WITA dengan wawancara, observasi langsung serta pemeriksaan fisik. Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan peneliti terhadap dua pasien, didapatkan keluhan, Pasien 1 kedua kaki dan tangan,tidak bisa di gerakan, sedangkan Pasien 2 didapatkan data yang meliputi Mual muntah dan tidak ada selera.

Dari hasil pengkajian yang dilakukan oleh penulis menemukan semua data yang ada pada teori tidak semua dimiliki oleh pasien, tetapi kondisi atau keluhan pasien saat pengkajian terdapat pada teori. Adapun data yang tidak ditemukan pada kedua responden yaitu gelisah.

Jadi berdasarkan hasil pengkajian di atas maka penulis mengambil kesimpulan bahwa teori dan praktek ditemukan tidak ada kesenjangan

#### **4.1.4 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah di peroleh melalui pengkajian. Diagnosa keperawatan ini dapat digunakan sebagai keputusan klinik yang mencakup respon pasien, keluarga dan komunitas terhadap suatu yang berpotensi sebagai masalah kesehatan.

Diagnosa Keperawatan pada pengkajian tersebut pada 2 responden yaitu Pasien 1 gangguan mobilitas fisik b.d kekurangan kalium. pasien 2 kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d mual muntah.

#### **4.1.5 Intervensi keperawatan dan Implementasi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan Intervensi keperawatann yang di lakukan pada pasien ke 2 responden yaitu :

1. Observasi TTV
2. Kaji kemampuaam pasien dalam mobilitas fisik
3. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLS secara individu sesuai kemampuan
4. Kalaborasi pemberian terapi
5. Evaluasi kebutuhan nutrisi
6. Anjurkan mkan sedikit tapi sering
7. Kalaborasi dengan ahli gizi

yang akan dilakukan oleh perawat. Dari dignosa yang muncul, selanjutnya dibuat rencana keperawatan sebagai langkah untuk melakukan tindakan pemecahan masalah keperawatan.

#### **4.1.6 Evaluasi Keperawatan**

Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respons pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi terjadi kapan saja perawat berhubungan dengan pasien. Penekanannya adalah pada hasil pasien. Perawat mengevaluasi apakah perilaku pasien mencerminkan suatu kemunduran atau kemajuan dalam diagnose keperawatan (Wijayaningsih, 2013)

Evaluasi yang di dapatkan pada pasien 1 masalah dapat teratasi pada Hari ke 3 sedangkan pasien 2 masalah teratasi pada hari ke 3 dengan kriteria Evaluasi pasien tampak tenang.

#### **4.2.3 Intervensi keperawatan dan Implementasi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan Intervensi keperawatann yang di lakukan pada pasien ke 2 responden yaitu :

1. Observasi TTV
2. Kaji kemampuan pasien dalam mobilitas fisik
3. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLS secara individu sesuai kemampuan
4. Kalaborasi pemberian terapi
5. Evaluasi kebutuhan nutrisi
6. Anjurkan makan sedikit tapi sering
7. Kalaborasi dengan ahli gizi

yang akan dilakukan oleh perawat. Dari dignosa yang muncul, selanjutnya dibuat rencana keperawatan sebagai langkah untuk melakukan tindakan pemecahan masalah keperawatan.

#### **4.2.4 Evaluasi Keperawatan**

4.2.Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respons pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi terjadi kapan saja perawat berhubungan dengan pasien. Penekanannya adalah pada hasil pasien. Perawat mengevaluasi apakah perilaku pasien mencerminkan suatu kemunduran atau kemajuan dalam diagnose keperawatan (Wijayaningsih, 2013)

Evaluasi yang di dapatkan pada pasien 1 masalah dapat teratasi pada Hari ke 3 sedangkan pasien 2 masalah teratasi pada hari ke 3 dengan kriteria Evaluasi pasien tampak tenang.