

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Pasien

Insisial pasien Ny. Y usia 49 tahun, jenis kelamin perempuan, tanggal masuk 26 oktober 2021, berat badan 70kg, agama islam, status pernikahan menikah, pendidikan SD, pekerjaan ibu rumah tangga, diagnosa medis : CKD On HD

2. Data Khusus

a. Subjektif

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan berat badannya naik 3 kg dalam 3 hari

2) Symptom

a) Pasien mengatakan kedua kaki bengkak

b) Pasien mengatakan badannya terasa penuh

c) Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi.

d) Pasien mengatakan merasa mual seperti ingin muntah

e) Bau nafas amoniak

f) Pasien mengatakan nyeri ketika ditusuk jarum

g) P : Insersi Av Fistula

h) Q : Tertusuk

i) R : Area penusukan di lengan

j) S : 5 (Sedang)

k) T : 2-3 Menit

- 3) Alergies : Pasien mengatakan tidak memiliki alergi
- 4) Medication : Pasien mengatakan mengkonsumsi amlodipine dan mendapatkan injeksi hemapoetin 2000U1
- 5) Penyakit yang diderita : Pasien mengatakan memiliki hipertensi
- 6) Last meal (makan terakhir) : Pasien mengatakan makan nasi campur

b. Objektif

1) *Airway* :

Jalan nafas pasien paten/bebas tidak ada sumbatan

2) *Breathing* :

Pasien tidak sesak, tidak menggunakan otot tambahan, frekuensi pernafasan 27x/ menit , irama teratur, pasien tidak batuk, Spo2: 98%

3) *Circulation*

TD : 160/90 mmHg, nadi 90x/menit, irama regular MAP :113
Nadi : 80x/menit mudah teraba, Temperatur : 36°C , akral teraba dingin, CRT > 2 detik, terdapat edema grade II pada ekstremitas, turgor kulit 5 detik, nilai GFR : 10

4) *Disability*

Tingkat kesadaran pasien composmentis, pupil isokor, refleks cahaya +/+

c. *Secondary Survey*

1) *Brain*

GCS: E4V5M6, Pupil: Isokor, tidak terdapat masalah komunikasi verbal

2) *Breathing*

Saat pengkajian RR pasien 27x/menit, pasien tidak mengalami sesak nafas, tidak terdapat penumpukan secret, tidak terdapat suara nafas tambahan

3) *Blood*

Saat pengkajian didapatkan TD: 180/100 mmHg, MAP: 113 mmHg, Nadi: 80x/menit, nadi teraba cepat dan dangkal, akral teraba dingin , CRT > 2 detik,

4) *Bladder*

Pasien mengatakan dalam satu hari minum \pm 3-4 Aqua gelas atau sekitar 880 ml, pasien mengatakan kencingnya dalam satu hari hanya sedikit sekitar satu gelas aqua 220 ml. Diet Asupan Cairan perhari 720ml.

Tabel 3.1 Balance Cairan

Intake	Output
Air (Makanan+Minuman) : 150+880=1030ml	Urine = 220 ml Feses = 50ml
Jumlah 1030ml	Jumlah : 270ml

$$IWL = (15 \times BB) / 24 = (15 \times 70) / 24 = 43,75 \text{ ml/jam}$$

$$BC = CM - (CK + IWL) = 1030 \text{ ml} - (270 \text{ ml} + 43,75 \text{ ml}) = 1030 - 313,75 = 716 \text{ ml}$$

5) *Bowel*

Saat pengkajian tidak terdapat distensi abdomen, peristaltic usus 10x/menit, pasien mengatakan mual.

6) *Bone*

Pada saat pengkajian didapatkan kekuatan otot pasien 5 5 5 5
Terdapat pitting edema (+2) pada kedua tungkai pasien.

d. Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan Menurut Gordon

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan :

Pasien mengatakan bahwa menjaga kesehatan itu sangat penting dan dulu pasien kurang menjaga kesehatannya dengan baik. Pasien mengatakan sekarang hanya perlu rutin menjalani terapi hemodialisa ini untuk kesehatannya saat ini.

2) Pola nutrisi /metabolic

BB Pre HD: 73Kg, BB Post HD:70Kg. TB: 160 cm

- Sebelum Sakit : Pasien mengatakan frekuensi makan sehari 2x sehari, pasien mengatakan dan menghabiskan 1 porsi makanan
- Selama sakit : Pasien mengatakan frekuensi makan sehari 2-3x sehari, pasien mengatakan tidak mengalami penurunan nafsu makan

3) Pola eliminasi

- Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAB sehari sekali dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK 3-4 x dalam sehari berwarna kuning
- Selama masuk RS : Pasien mengatakan BAB Seminggu 3-4

kali dengan konsistensi lunak. Pasien mengatakan BAK 1 kali dalam sehari berwarna kuning keruh, dan keluaranya sedikit ± segelas aqua atau setara dengan 220 ml/ hari.

4) Pola Aktivitas dan latihan

Tabel 3.2 Pola Aktivitas Klien

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan / minum	√				
Mandi	√				
Toileting	√				
Berpakaian	√				
Mobilisasi di tempat tidur	√				
Berpindah	√				
Ambulasi / ROM	√				

Keterangan :

0 = mandiri

1 = alat Bantu

2 = dibantu orang lain

3 = dibantu orang lain dan alat

4 = tergantung total

5) Pola perceptual

1) Penglihatan :

Pasien dapat melihat dengan baik, pasien tidak menggunakan alat bantu kacamata, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, tidak terdapat katarak

2) Pendengaran :

Pasien dapat mendengar dengan baik, fungsi telinga kiri dan kanan baik, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran

3) Pengecapan :

Pasien mampu membedakan sensasi rasa asin, pahit, manis pedas dan asam

4) Penciuman:

Penciuman pasien baik, tidak terlihat secret yang menumpuk

5) Sensasi :

Pasien dapat merasakan panas dan dingin, pasien dapat membedakan benda tajam dan benda tumpul

6) Pola tidur dan istirahat

- Sebelum sakit : Pasien mengatakan jarang tidur siang dan jam tidur malam 7-8 jam sehari, pasien mengatakan tidak ada masalah pada tidurnya
- Selama klien sakit : Pasien mengatakan tidur siang \pm 1jam dan jam tidur malam 6-7 jam sehari, pasien mengatakan tidak ada memiliki masalah dengan pola tidurnya.

7) Pola persepsi kognitif :

Pasien mengatakan mampu berkomunikasi dengan jelas dan suara jelas, pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pancaindra semua masih berfungsi dengan baik, pasien dapat berorientasi dengan waktu dan tempat

8) Pola persepsi konsep diri :

- 1) Body image : Pasien mengatakan menyukai seluruh tubuhnya
- 2) Ideal diri : Pasien menjalankan kewajibannya sebagai istri dan ibu dengan baik
- 3) Harga diri : Pasien mengatakan tidak merasa rendah diri dengan kondisinya sekarang
- 4) Peran : Pasien mengatakan dirinya adalah seorang istri dan ibu dari ketiga anaknya
- 5) Identitas diri : Pasien mengatakan seorang perempuan yang sudah menikah dan mempunyai 3 orang anak

9) Pola Peran dan Hubungan :

Ny. J berperan sebagai istri dan ibu dari ketiga anaknya, pasien mengatakan hubungannya dengan suami dan anak-anaknya sangat baik.

10) Pola Koping dan Toleransi stress :

Pasien mengatakan telah menerima dengan kondisinya sekarang dan hanya ingin focus untuk menjaga kesehatannya. Pasien berkonsultasi dengan keluarga dan tim kesehatan dalam mengatasi penyakitnya.

11) Pola Nilai dan kepercayaan :

Pasien mengatakan tidak memiliki pantangan apapun hanya saja harus membatasi jumlah minuman yang diminum, pasien juga mengatakan tidak terganggu dengan penyakitnya, pasien masih

bias melakukan Sholat 5 waktu setiap harinya dan selalu berdoa untuk kesehatannya saat ini.

e. Head to to assessment

- 1) Kepala : Bentuk normocephal
- 2) Mata : Tidak terdapat edema pada mata, tidak ada ikterus, konjungtiva anemis, respon terhadap cahaya +/+, pupil isochor.
- 3) Hidung : Bentuk simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ditemukan secret
- 4) Telinga : Bentuk simetris antara kiri dan kanan, tidak ada kelainan
- 5) Mulut dan faring : Mukosa bibir kering dan pucat
- 6) Leher : Trakea tidak ada pergeseran, tidak ada pembesaran tiroid, tidak terdapat distensi vena jugularis.
- 7) Torak :
 - a) Jantung :
 - Inspeksi : -
 - Perkusi : Tidak dilakukan pengkajian
 - Palpasi : Tidak dilakukan pengkajian
 - Auskultasi : Terdengar reguler suara jantung 1 dan 2 tanpa suara tambahan
 - b) Paru :
 - Inspeksi : Pergerakan dada simetris saat inspirasi maupun ekspirasi
 - Perkusi : tidak dilakukan pengkajian
 - Palpasi : teraba vocal fremitus pada posterior

- Auskultasi : bunyi nafas vesikuler tidak ditemukan ronchi ataupun wheezing

8) Abdomen

- a) Inspeksi : Bentuk : Bulat Menonjol
- b) Auskultasi : Bising usus 10x/menit
- c) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, Tidak teraba adanya massa, ballotment negatif
- d) Perkusi : Terdengar tympani pada 4 kuadran abdomen

9) Ekstrimitas : terdapat edema grade 2 pada tungkai kiri dan kanan, turgor kulit 5 detik, Kekuatan otot 5 5 5 5

10) Genitalia : pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada reproduksinya, pasien memiliki 3 orang anak.

f. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.3 Pemeriksaan laboratorium

No	Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
1	Eritrosit	3,56	10 ³ /uL	4.80-10.80
2	Leukosit	5.30	10 ⁶ /uL	4.70-6.10
3	PLT	145	10 ³ /uL	150-450
4	Hb.	8,9	%	14.0-18.0
6	Ureum	166,2	Mg/dL	16.6-48.5
7	Kreatinin	9,9	Mg/dL	0.7-1.2
8	GfR	10	ml/menit	90-120

B. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan berat badannya naik 3 kg dalam 3 hari, - Pasien mengatakan badannya terasa penuh - pasien mengatakan kakinya bengkak. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ditemukan edema pada ekstrimitas 	Kelebihan volume cairan	Hipervolemia

	<ul style="list-style-type: none"> - turgor kulit 5 detik - edema grade 2 - RR : 27x/menit - BB : pre HD = 73Kg - <i>Balance Cairan</i> : 716ml - <i>GFR</i> : 10mL/Menit 		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri ketika ditusuk jarum - P : Insersi Av Fistula - Q : Tertusuk - R : Area penusukan di lengan - S : 5 (Sedang) - T : 2-3 Menit <p>DO: Pasien meringis ketika dilakukan insersi Av fistula</p>	Agen pencedera fisiologis (insersi Av Fistula)	Nyeri Akut
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya sering kesemutan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral teraba dingin - CRT > 2 detik - Hb: 8,9 gr/dL - Eritrosit: 3,56 10⁶/μL 	penurunan konsentrasi HB	Perfusi perifer tidak efektif
4	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa mual - pasien mengatakan merasa ingin muntah <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat pucat - Ureum : 166,2 mg/dL - Bau nafas amoniak 	Gangguan biokimiawi (Uremia)	Nausea

C. Diagnosa Keperawatan sesuai prioritas

1. Hipervolemia b.d Kelebihan volume cairan
2. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (insersi Av Fistula)
3. Nausea b.d gangguan Biokimiawi (Uremia)
4. Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Hipervolemia	<p>Keseimbangancairan L.05020 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Integritas Kulit pasien membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan membaik dari skala 3 menjadi 5 - Turgor kulit membaik dari skala 3 menjadi 5 <p>Dengan skala :</p> <p>1 = memburuk 2 = cukup memburuk 3 = sedang 4 = cukup membaik 5 = membaik</p>	<p>Manajemen Hemodialisa I.01011</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi kesiapan hemodialisa 1.2 Monitor tanda-tanda vital 1.3 Monitor tanda vital pasca hemodialisa <p>Nursing</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Siapkan Peralatan hemodialisis 1.5 Lakukan prosedur dialisis dengan prinsip aseptik 1.6 Atur filtrasi sesuai kebutuhan penarikan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Mengajarkan Pembatasan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.8 Kolaborasi pemberian heparin pada blood line
2	Nyeri akut	<p>Tingkat Nyeri L.08066 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan Nyeri menurun dari skala 2 menjadi skala 4 - Meringis Menurun dari skala 2 menjadi skala 5 <p>Dengan Skala :</p> <p>1 = Meningkat 2 = Cukup Meningkat 3 = Sedang 4 = Cukup Menurun 5 = Menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri 2.2 identifikasi skala nyeri 2.3 identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>Coldtherapy Ice Pack</i>) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.5 ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.6 Kolaborasi pemberian analgesik bila perlu
3	Nausea	<p>Tingkat Nausea L.12111 Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x 8 jam diharapkan Tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan mual menurun dari skala 3 menjadi 5 - Perasaan ingin muntah menurun dari skala 3 menjadi 5 	<p>Manajemen Mual I.03117</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor mual <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.2 identifikasi factor penyebab mual <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.3 anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 3.4 ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengatasi mual

		<p>Dengan skala :</p> <p>1= meningkat</p> <p>2= cukup meningkat</p> <p>3= sedang</p> <p>4= cukup menurun</p> <p>5= menurun</p>	<p>Kolaborasi</p> <p>3.5 Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p>
4		<p>Perfusi Perifer L.02011</p> <p>SeTelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x 8 jam diharapkan peRfusi jarIngan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengisian kapiler membaik dari skala 2 menjadi 4 - Akral membaik dari skala 3 menjadi 5 - Turgor kulit membaik dari skala 2 menjadi 4 <p>Dengan skala :</p> <p>1= memburuk</p> <p>2= cukup memburuk</p> <p>3= sedang</p> <p>4= cukup membaik</p> <p>5= membak</p>	<p>Perawatan sirkulasi I.02079</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Periksa status perifer (Edema, nadi perifer, pengisian kapiler)</p> <p>4.2 Monitor hasil laboratorium yang diperlukan</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.3 Ambil sampel darah sesuai protokol</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.5 Kolaborasikan pemberian produk darah sesuai indikasi dokter</p>

E. Intervensi Inovasi

Menurut Ahlaqkul Kharimah dan Supratman (2020) prosedur penggunaan *coldtherapy* menggunakan *ice pack* yaitu dengan memasukan *ice pack* terlebih dahulu kedalam freezer sampai membeku, setelah membeku es dikeluarkan dari freezer dan di diamkan kurang lebih 10 menit sampai suhu es menjadi $\pm 13^{\circ}\text{C}$ yang diukur menggunakan thermometer es. Setelah suhu mencapai $\pm 13^{\circ}\text{C}$ es dimasukan kedalam kain dengan tujuan untuk menghindari es mencair, selanjutnya peneliti menggunakan untuk melakukan *ice massage* pada lokasi ipsilateral dengan arteriovenosa fistula yang akan dilakukan insersi selama 10 menit. Intervensi inovasi yang dilakukan adalah *Coldtherapy* menggunakan *ice pack* untuk mengurangi nyeri pada saat insersi

Av Fistula. Dilakukan kompres selama ± 10 menit pada pukul 12.30 WITA pada daerah tangan yang akan dilakukan penusukan. Pengukuran skala nyeri diukur menggunakan skala *Numeric Rating Scale*. Pengukuran dilakukan sebelum dan sesudah intrevensi selama tiga hari pada tanggal 26, 29 Oktober dan 2 November 2021 pada pukul 12.30 WITA untuk melihat keefektifan terapi yang telah dilakukan.

F. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

No	Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi Respon	TTD
1	Selasa, 26 Oktober 2021 12.00 12.00 12.15	Hipervolemia	1.2 Memonitor tanda-tanda vital 1.1 Mengidentifikasi kesiapan hemodialisa 1.4 Menyiapkan Peralatan hemodialisis 1.5 Melakukan prosedur dialisis dengan prinsip aseptik 1.6 Mengatur filtrasi sesuai kebutuhan penarikan 1.7 Mengajarkan Pembatasan cairan	1.2 S : Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi O : Pre HD : TD 160/90 mmHg , N : 90 x/mnt, S: 36,5 °C, RR : 27 x/mnt BB Pre Hd : 73 Kg 1.1 S : Pasien mengatakan siap dilakukan tindakan O : Pasien telah dilakukan <i>skinning</i> 1.4 S : - O : - <i>Dializer</i> telah terpasang sesuai indentitas pasien - Set HD telah disediakan seperti Av fistula, alcohol swap, handscoon, hepavik, duk 1.5 S : Pasien mengatakan siap dilakukan tindakan O : Melakukan desinfeksi di area insersi 1.6 S : Pasien mengatakan tarikan 3kg dan kecepatan 200 O : Blood pump: 200ml/menit; UF Goal : 3000 1.7 S : Pasien mengatakan membatasi minumnya selama dirumah O : Kebutuhan cairan pasien	

	16.00		1.3 memonitor tanda vital pasca hemodialisa	1.3 dalam sehari : 720mL S : Pasien mengatakan merasa lebih ringan pada tubuhnya O : TD : 160/90 mmhg, N : 87xm, RR : 23x, T : 36,4 BB Post HD : 70Kg Turgor Kulit 3 detik	
2	12.00	Nausea	3.1 memonitor Mual 3.2 mengidentifikasi factor penyebab mual 3.3 Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup 3.4 Mengajarkan relaksasi nafas dalam untuk	3.1 S : Pasien mengatakan merasa mual seperti ingin muntah O : Keadaan umum pasien sedang 3.2 S : Pasien mengatakan merasa penuh diperut O : Ureum meningkat 166 mg/dL 3.3 S : Pasien mengatakan akan mencoba untuk tidur selama proses hd O : Pasien memejamkan mata 3.4 S : Pasien mengataka akan mencoba melakukan sambil mencoba tidur O : Pasien mengikuti instruksi yang diberikan	
3	12.00	Perfusi perifer tidak efektif	4.1 Memeriksa status perifer (Edema, pengisian kapiler) 4.2 Memonitor hasil laboratorium hb	4.1 S : pasien mengatakan kedua kakinya bengkak O : Akral teraba dingin, CRT > 2 detik, Edema (+2) pada kedua tungkai 4.2 S : Pasien mengatakan terakhir cek lab minggu lalu O : Hb : 8,9 mg/dL	
1	Jumat, 29 Oktober 2021 13.00 13.00 13.20	Hipervolemia	1.2 Memonitor tanda-tanda vital 1.4 Mengidentifikasi kesiapan hemodialisa 1.1 Menyiapkan Peralatan hemodialisis 1.5 Melakukan prosedur dialisis	1.2 S : Pasien mengtakan memiliki penyakit hipertensi O : Pre HD : TD 170/100 mmHg , N : 90 x/mnt, S: 36 °C, RR : 25 x/mnt BB Pre Hd : 72,8 Kg 1.4 S : Pasien mengatakan siap dilakukan tindakan O : Pasien telah dilakukan <i>skinning</i> 1.1 S : - O : - Dializer telah terpasang sesuai indentitas pasien - Set HD telah disediakan seperti Av fistula, alcohol swap, handscoon, hepavik, duk 1.5 S : Pasien mengatakan siap	

			dengan prinsip aseptik 1.6 Mengatur filtrasi sesuai kebutuhan penarikan 1.7 Mengajarkan Pembatasan cairan 1.3 Memonitor tanda vital pasca HD	dilakukan tindakan O : Melakukan desinfeksi di area insersi 1.6 S : Pasien mengatakan tarikan 3kg dan kecepatan 200 O : Blood pump: 200ml/menit; UF Goal : 3000 1.7 S : Pasien mengatakan membatasi minumannya selama dirumah O : Kebutuhan cairan pasien dalam sehari : 720mL 1.3 S : - O TD : 150/90 mmhg, N : 80x/m, RR : 20x, T : 36,4 BB Post HD : 70Kg turgor Kulit 3 detik	
	12.30		3.1 Memonitor Mual 3.3 Mengajarkan istirahat dan tidur yang cukup	3.1 S : Pasien mengatakan tidak merasa mual O : keadaan umum pasien baik 3.3 S : Pasien mengatakan akan tidur saat proses hemodialisa O : pasien mengikuti anjuran	
	12.30		4.1 Memeriksa status perifer (Edema, pengisian kapiler) 4.4 Mengajarkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur	4.1 S : - O : Akral teraba hangat, CRT > 2 detik, Edema pada tungkai kiri dan kanan (+2), Turgor 5 detik 4.4 S : Pasien mengatakan saat ini rutin minum obat amlodiphin secara teratur O : Pasien teratur mengkonsumsi obat amlodiphine	
1	Selasa 02 Nov 2021 12.15 12.20	Hipervolemia	1.2 Memonitor tanda-tanda vital 1.4 Mengidentifikasi kesiapan hemodialisa 1.1 Menyiapkan Peralatan hemodialisis	1.2 S : Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi O : Pre HD : TD 170/100 mmHg , N : 90 x/mnt, S: 36 °C, RR : 27 x/mnt BB Pre Hd : 73,2 Kg 1.4 S : Pasien mengatakan siap dilakukan tindakan O : Pasien telah dilakukan <i>skinning</i> 1.1 S : - O : - Dializer telah terpasang sesuai identitas pasien - Set HD telah disediakan seperti Av fistula, alcohol swap, handscoon, hepavik,	

	12.30		1.5 Melakukan prosedur dialisis dengan prinsip aseptik	1.5 S : Pasien mengatakan siap dilakukan tindakan O : Melakukan desinfeksi di area insersi	
	16.00		1.6 Mengatur filtrasi sesuai kebutuhan penarikan	1.6 S : Pasien mengatakan tarikan 3kg dan kecepatan 200 O : Blood pump: 200ml/menit; UF Goal : 3000	
			1.7 Mengajarkan Pembatasan cairan	1.7 S : Pasien mengatakan membatasi minumannya selama dirumah O : Kebutuhan cairan pasien dalam sehari : 720	
			1.3 Memonitor tanda vital pasca HD	1.3 S : - O TD : 150/90 mmhg, N : 80x/m, RR : 20x, T : 36,4 BB Post HD : 70Kg turgor Kulit 3 detik	
2	Selasa 02 Nov 2021 12.15	Nausea	3.1 memonitor Mual	3.1 S : Pasien mengatakan tidak merasakan mual O : keadaan umum baik	
3	Selasa 02 Nov 2021 12.15	Perfusi perifer tidak efektif	4.1 Memeriksa status perifer (Edema, pengisian kapiler)	4.1 S : - O : Akral teraba hangat, CRT > 2 detik, Edema (+), Turgor kulit > 3 detik	

G. Implementasi Inovasi *Coldtherapy*

Tabel 3.7 Implementasi Terapi inovasi Keperawatan

No	Hari/ Tanggal /Jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi Respon	TT D
1	Selasa, 26 Okt 2021 12.00 Wita	Nyeri Akut	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	2.1 S : Pre : - Pasien mengatakan nyeri ketika ditusuk jarum - P : Insersi Av Fistula - Q : Tertusuk - R : Area penusukan di lengan - S : 5 (Sedang) - T : 2-3 Menit O : -	
			2.2 Mengidentifikasi skala nyeri	2.2 S : Pasien mengatkan nyeri skala 5 (sedang) O : Mengukur skala pasien menggunakan <i>NRS</i>	
			2.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	2.3 S : Pasien mengeluh nyeri saat dilakukan insersi/penusukan O : Pasien meringis saat dilakukan	

					prosedur insersi
2	Jumat, 29 Okt 2021 13.10 Wita	Nyeri Akut	2.4 Memberikan teknik <i>Coldtherapy Ice Pack</i> untuk mengurangi nyeri 2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Mengidentifikasi skala nyeri 2.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	2.4 2.1 2.2 2.3	S : Post - Pasien mengatakan merasa seperti mati rasa saat di lakukan kompres menggunakan ice pack O : Pasien diberikan coldtherapy selama ± 10 Menit S : - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang setelah diberikan terapi dingin - Pasien mengatakan lebih nyaman dikompres dahulu sebelum di lakukan tindakan - P : Insersi Av fistula - Q : Tertusuk - R : Area penusukan di lengan - S : 2 (ringan) - T : 1- 2 menit O : 2.2 S : Pasien mengatakan nyerinya berkurang menjadi skala 2 (ringan) O : Nyeri pasien diukur menggunakan <i>NRS</i> 2.3 S : Pasien mengatakan nyerinya jauh berkurang O : Pasien tidak meringissaat dilakukan insersi
3	Selasa, 02 Nov 2021 12.20 Wita		2.4 Memberikan teknik <i>Coldtherapy Ice Pack</i> untuk mengurangi nyeri 2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Mengidentifikasi skala nyeri 2.3 mengidentifikasi respon nyeri non verbal	2.4 2.1 2.2 2.3	S : Post - Pasien mengatakan lebih nyaman dilakukan kompres terlebih dahulu sebelum dilakukan tindakan insersi O :Pasien diberikan coldtherapy selama ± 10 Menit 2.1 S : - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakansangat jauh berkurang sejak diberikan terapi dingin - P : Insersi Av fistula - Q : Tertusuk - R : Area penusukan di lengan - S : 2 (ringan) - T : 1- 2 menit 2.2 S : Pasien mengatakan nyerinya berkurang menjadi skala 2 (ringan) O : Nyeri pasien diukur menggunakan <i>NRS</i> 2.3 S : Pasien mengatakan nyerinya jauh berkurang O : Pasien tidak meringissaat dilakukan insersi

H. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan

No	Hari/ Tanggal l/Jam	Diagnosa	Evaluasi	TTD																				
1	Selasa 26 Oktober 2021 16.00	Hipervolemia	<p>S : Pasien mengatakan badannya terasa lebih ringan dan tidak terlalu merasa penuh O : TD 150/80 mmHg , N : 90 x/mnt, S: 36,5 °C, RR : 27 x/mnt Keadaan umum : Baik BB Post HD : 70Kg Turgor Kulit 3 detik A :Masalah keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Turgor kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi (1.1,1.2,1.3,1.4,1.5,1.6,1.7)</p>	No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Berat badan	2	5	4	2	Turgor kulit	2	5	4						
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah																				
1	Berat badan	2	5	4																				
2	Turgor kulit	2	5	4																				
2	Selasa 26 Oktober 2021 16.00	Nausea	<p>S : Pasien mengatakan mual berkurang setelah selesai cuci darah Pasien mengatakan tidak ada perasaan ingin muntah O : Keadaan Umum : Baik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan Mual</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Perasaan ingin muntah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>A : Masalah Keperawatan teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi (3.1,3.3,3.4)</p>	No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Keluhan Mual	2	5	4	2	Perasaan ingin muntah	2	5	5						
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah																				
1	Keluhan Mual	2	5	4																				
2	Perasaan ingin muntah	2	5	5																				
3	Selasa 26 Oktober 2021 16.00	Perfusi jaringan tidak efektif	<p>S : Pasien mengatakan kakinya sudah tidak kesemutan lagi O :Akral teraba dingin, CRT 2 detik ,Edems (-) A :Masalah keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pengisian kapiler</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Akral</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Turgor kulit</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi (4.1,4.4)</p>	No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Pengisian kapiler	3	4	4	2	Akral	3	5	3	3	Turgor kulit	2	4	4	
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah																				
1	Pengisian kapiler	3	4	4																				
2	Akral	3	5	3																				
3	Turgor kulit	2	4	4																				

4	Selasa 26 Oktober 2021 16.00	Nyeri akut	<p>S : Pre Inovasi pemberian coldtherapy : - Pasien mengatakan masih merasa nyeri ketika dilakukan penusukan - Pasien mengatakan nyeri sedang dengan skala 5 (sedang)</p> <p>O : - Pasien masih meringis ketika dilakukan insersi</p> <p>A : Masalah Keperawatan Belum Teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan Nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Inovasi Pemberian Coldtherapy (2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5)</p>	No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Keluhan Nyeri	2	4	2	2	Meringis	2	5	2					
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah																			
1	Keluhan Nyeri	2	4	2																			
2	Meringis	2	5	2																			
1	Jumat, 29 Oktober 2021 17.00	Hipervolemia	<p>S : Pasien mengatakan badannya terasa lebih ringan dan tidak terlalu merasa penuh</p> <p>O : TD : 160/90 mmhg, N : 87x/m, RR : 22x, T : 36,4 BB Post HD : 70,2 Kg Turgor Kulit 3 detik</p> <p>A :Masalh keperawatan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Berat badan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Turgor kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Pertahankan intervensi (1.1,1.2,1.3,1.4,1.5,1.6,1.7)</p>	No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Berat badan	2	5	4	2	Turgor kulit	2	5	4					
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah																			
1	Berat badan	2	5	4																			
2	Turgor kulit	2	5	4																			
2	Jumat, 29 Oktober 2021 17.00	Nausea	<p>S : Pasien mengatakan tidak merasa mual serta keinginan untuk muntah</p> <p>O : Keadaan Umum : Baik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan Mual</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Perasaan ingin muntah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>A : Masalah Keperawatan teratasi</p> <p>P : Pertahankan Intervensi (3.1)</p>	No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Keluhan Mual	2	5	5	2	Perasaan ingin muntah	2	5	5					
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah																			
1	Keluhan Mual	2	5	5																			
2	Perasaan ingin muntah	2	5	5																			
3	Jumat, 29 Oktober 2021 17.00	Perfusi jaringan tidak efektif	<p>S : Pasien mengatakan saat ini tidak ada merasa kesemutan tau keram pada kaki dan tangannya</p> <p>O : Akral teraba hangat, CRT <2 detik, Edems (-), Turgor kulit 3 detik</p> <p>A :Masalah keperawatan teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pengisian kapiler</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Akral</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Turgor kulit</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Pertahankan intervensi (4.1, 4.4)</p>	No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Pengisian kapiler	3	4	4	2	Akral	3	5	4	3	Turgor kulit	2	4	4
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah																			
1	Pengisian kapiler	3	4	4																			
2	Akral	3	5	4																			
3	Turgor kulit	2	4	4																			
4	Jumat, 29 Oktober 2021	Nyeri akut	<p>S : Post Inovasi Coldtherapy: S :</p>																				

	17.00		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang setelah diberikan terapi dingin - Pasien mengatakan lebih nyaman dikompres dahulu sebelum di lakukan tindakan - P : Insersi Av fistula - Q : Tertusuk - R : Area penusukan di lengan - S : 2 (ringan) - T : 1- 2 menit <p>O : Pasien tidak meringis saat dilakukan insersi A : Masalah Keperawatan Teratasi Sebagian</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan Nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Pertahankan Intervensi (2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5)</p>	No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Keluhan Nyeri	2	4	4	2	Meringis	2	5	5						
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah																				
1	Keluhan Nyeri	2	4	4																				
2	Meringis	2	5	5																				
1	Selasa 02 November 2021 16.00	Hipervolemia	<p>S : Pasien mengatakan badannya terasa lebih ringan dan tidak terlalu merasa penuh O : TD : 160/90 mmhg, N : 87xm, RR : 22x, T : 36,4 BB Post HD : 70Kg Turgor Kulit 3 detik A :Masalah keperawatan Teratasi sebagian</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Berat badan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Turgor kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Pertahankan intervensi (1.1,1.2,1.3,1.4,1.5,1.6,1.7)</p>	No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Berat badan	3	5	5	2	Turgor kulit	3	5	4						
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah																				
1	Berat badan	3	5	5																				
2	Turgor kulit	3	5	4																				
2	Selasa 02 November 2021 16.00	Nausea	<p>S : Pasien mengatakan tidak merasa mual serta keinginan untuk muntah O : Keadaan Umum : Baik</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan Mual</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Perasaan ingin muntah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>A : Masalah Keperawatan teratasi P : Pertahankan intervensi (3.1)</p>	No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Keluhan Mual	2	5	5	2	Perasaan ingin muntah	2	5	5						
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah																				
1	Keluhan Mual	2	5	5																				
2	Perasaan ingin muntah	2	5	5																				
3	Selasa 02 November 2021 16.00	Perfusi jaringan tidak efektif	<p>S : Pasien mengatakan saat ini tidak ada merasa kesemutan pada kakinya O : Akral teraba hangat, CRT <2 detik, Edems (-), Turgor kulit 3 detik A :Masalh keperawatan teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tujuan</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pengisian kapiler</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Akral</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Turgor kulit</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Pertahankan Intervensi (4.1, 4.4)</p>	No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Pengisian kapiler	3	4	4	2	Akral	3	5	5	3	Turgor kulit	2	4	4	
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah																				
1	Pengisian kapiler	3	4	4																				
2	Akral	3	5	5																				
3	Turgor kulit	2	4	4																				

4	Selasa 02 November 2021 16.00	Nyeri akut	Post Inovasi Coldtherapy: S : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri yang dirasaka sangat jauh berkurang sejak diberikan terapi dingin - P : Insersi Av fistula - Q : Tertusuk - R : Area penusukan di lengan - S : 2 (ringan) - T : 1 menit O : Pasien tidak meringis saat dilakukan insersi A : Masalah teratasi														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="496 680 576 719">No</th> <th data-bbox="576 680 935 719">Tujuan</th> <th data-bbox="935 680 1158 719">Sebelum</th> <th data-bbox="1158 680 1374 719">Target</th> <th data-bbox="1374 680 1509 719">Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="496 719 576 757">1</td> <td data-bbox="576 719 935 757">Keluhan Nyeri</td> <td data-bbox="935 719 1158 757">2</td> <td data-bbox="1158 719 1374 757">4</td> <td data-bbox="1374 719 1509 757">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="496 757 576 792">2</td> <td data-bbox="576 757 935 792">Meringis</td> <td data-bbox="935 757 1158 792">2</td> <td data-bbox="1158 757 1374 792">5</td> <td data-bbox="1374 757 1509 792">5</td> </tr> </tbody> </table>			No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah	1	Keluhan Nyeri	2	4	4	2	Meringis	2	5	5
No	Tujuan	Sebelum	Target	Sesudah													
1	Keluhan Nyeri	2	4	4													
2	Meringis	2	5	5													
P : Pertahankan Intervensi (2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5)																	