

**BAB III**  
**LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

**A. Pengkajian**

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 15 April 2021 jam 07.00 WITA dengan menggunakan format pengkajian pasien keperawatan kritis.

1. Identitas pasien

Nama : Ny. M  
Umur : 54 Tahun  
No MR : 85.96.44  
Jenis kelamin : Perempuan  
Tanggal : 07 April 2021  
BB : 57 Kg  
Agama : Islam  
Status : Menikah  
Pendidikan : SLTA  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Alamat rumah : Km 28 Samboja  
Diagnosa medis : CKD

2. Keluhan utama

a. Saat MRS (10 April 2021)

Pasien mengatakan di bawa ke Rumah Sakit yang dirasakan pasien kaki bengkak dan perut bengkak, pasien di diagnosa gagal ginjal dan disarankan untuk melakukan cuci darah atau hemodialisis.

MK: Kelebihan volume cairan

b. Saat pengkajian (tanggal 15 April 2021, pukul 07.00 WITA)

Pasien mengatakan nyeri bagian pinggang dan pasien baru selesai melakukan cuci darah/hemodialisa yang kedua

P : Nyeri pinggang

Q: seperti ditusuk-tusuk

R: bagian pinggang

S: skala 5

T:  $\leq$  3menit

MK: Nyeri akut

c. Alasan dirawat di ruang HD

Pasien di diagnosa gagal ginjal dan disarankan untuk melakukan cuci darah atau hemodialisis, pasien cuci darah program kedua. Pasien sebelumnya di bawa ke RS Samboja dengan keluhan kaki dan perut bengkak, tetapi setelah pulang tidak ada perubahan sehingga suami membawa pasien ke RSUD AWS Samarinda.

MK: kelebihan volume cairan

3. *Primary survey*

a. *Airway*

Saat pengkajian tidak ada sumbatan pada jalan napas pasien.

MK: tidak ada masalah keperawatan

b. *Breathing*

Saat pengkajian pernapasan 22x/menit, pola nafas reguler, tidak ada

retraksi dinding dada, pengembangan dada simetris.

MK: tidak ada masalah keperawatan

c. *Circulation*

Saat pengkajian tekanan darah 170/100mmHg, nadi 94x/menit, CRT 3 detik, tidak ada sianosis, terpasang AVBL dengan tarikan 2kg (UF goal 2.000 cc)

MK: tidak ada masalah keperawatan

d. *Fluid*

**Tabel 3.1. Input dan Output Pasien**

Input	Cc	Output	Cc
Air (makan + minum)	800 cc	Feses	100 cc
Air metabolisme (5 cc x BB)	285 cc	IWL ( <i>Insensible Water Loss</i> )	855cc
Total	1085 cc	Total	955 cc

$$\begin{aligned}
 \text{Balance cairan} &= \text{input} - \text{output} \\
 &= 1085 - 955 \\
 &= 130 \text{ cc}
 \end{aligned}$$

MK: kelebihan volume cairan

4. *Secondary survey*

a. *Brain*

Saat pengkajian keadaan umum baik, GCS 15 (E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>), kesadaran composmentis, pupil kanan-kiri isokor (3mm/3mm).

MK: tidak ada masalah keperawatan

b. *Breathing*

Saat pengkajian pernapasan 22x/menit, pola nafas reguler, tidak ada

retraksi dinding dada, pengembangan dada simetris.

MK: tidak ada masalah keperawatan

c. *Blood*

Saat pengkajian tekanan darah klien 170/100 mmHg, nadi 94x/menit, CRT 3 detik, akral hangat, tidak ada sianosis, SpO2 98%

MK: Tidak Ada Masalah keperawatan

d. *Bladder*

Pasien mengatakan sulit buang air kecil lagi sejak setahun yang lalu.

Produksi urine sedikit 50cc/24 jam.

MK: gangguan eliminasi urin

e. *Bowel*

Pasien BAB 1x/hari, konsistensi lunak, tidak ada distensi abdomen, peristaltik usus 5x/menit

MK: tidak ada masalah keperawatan

f. *Bone*

Kekuatan otot pasien :

5		5
5		5

MK: tidak ada masalah keperawatan

5. Pengkajian pola fungsi kesehatan menurut Gordon

a. Pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan

Pasien mengatakan kesehatan sangatlah penting, sejak memiliki penyakit gagal ginjal ± 3 tahun pasien rutin cuci darah dan mematuhi diit yang

disarankan oleh petugas kesehatan.

MK: tidak ada masalah keperawatan

b. Pola nutris-metabolik

Pasien mengatakan berat badan standar pasien 57 kg, kenaikan berat badan bisa mencapai 2-3 kg. Tidak ada mual muntah dan gangguan menelan pada pasien. Pasien mengatakan mematuhi diit yang disarankan, dan keluarga pun sangat ketat dalam pembatasan konsumsi makanan Ny. M

MK: tidak ada masalah keperawatan

c. Pola eliminasi

Pasien mengatakan sedikit  $\pm 50$  cc/24 jam, frekuensi BAB pasien 1x sehari, konsistensi lunak, tidak ada distensi abdomen, peristaltik usus 5x/menit.

MK: gangguan eliminasi urin

d. Pola aktivitas-latihan

**Tabel 3.2. Instrumen Pengkajian Indeks Barthel**

No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1.	Makan ( <i>Feeding</i> )	0 : tidak mampu 1 : butuh bantuan 2 : mandiri	2
2.	Mandi ( <i>Bathing</i> )	0 : tergantung orang lain 1 : mandiri	2
3.	Perawatan diri ( <i>Grooming</i> )	0 : butuh bantuan orang lain 1 : mandiri	1
4.	Berpakaian ( <i>Dressing</i> )	0 : tergantung orang lain 1 : sebagian dibantu 2 : mandiri	2
5.	Buang air kecil ( <i>Bladder</i> )	0 : inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 : kadang inkontinensia (maks, 1x24 jam) 2 : kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	-

6.	Buang air besar ( <i>Bowel</i> )	0 : inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 : kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2 : kontinensia (teratur)	2
7.	Penggunaan toilet	0 : tergantung bantuan orang lain 1 : membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal 2 : mandiri	2
8.	Transfer	0 : tidak mampu 1 : butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2: bantuan kecil (1 orang) 3 : mandiri	3
9.	Mobilitas	0 : tidak mampu 1 : menggunakan kursi roda 2 : berjalan dengan bantuan satu orang 3 : mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti tongkat)	3
10.	Naik turun tangga	0 : tidak mampu 1 : membutuhkan bantuan (alat bantu) 1 : mandiri	2
Total			19

Interpretasi hasil:

20 : mandiri

12 – 19 : ketergantungan ringan

9 – 11 : ketergantungan sedang

5 – 8 : ketergantungan berat

0 – 4 : ketergantungan total

Hasil menunjukkan bahwa pasien ketergantungan ringan. Pasien mengatakan untuk aktivitas sehari-hari masih bisa melakukannya sendiri namun karena kondisinya, tidak banyak aktivitas yang bisa dilakukan pasien. Pasien merasa cepat lelah kalau melakukan aktivitas yang berlebih.

MK: intoleran aktivitas

e. Pola tidur-istirahat

Pasien mengatakan kebiasaan tidur malam jam 9 atau 10 malam dan bangun jam 5 subuh, frekuensi tidur klien 7-8 jam. Pasien mengatakan tidak ada masalah pada saat ingin tidur. Pasien biasa tidur siang selama 1-2 jam.

MK: tidak ada masalah keperawatan

f. Pola kognitif-perseptual

a) Penglihatan

Pasien mengatakan penglihatannya baik-baik saja, tidak rabun.

b) Pendengaran

Pasien mengatakan masih bisa mendengarkan dengan baik.

c) Pengecapan

Pasien mengatakan masih bisa merasakan semua rasa.

d) Penciuman

Pasien mengatakan penciumannya baik, tidak ada alergi terhadap aroma-aroma, dan masih bisa mencium aroma jeruk.

e) Sensasi

Pasien masih mampu merasakan sensasi tajam atau tumpul yang diberikan perawat.

MK: tidak ada masalah keperawatan

g. Pola persepsi diri-konsep diri

Pasien mengatakan masalah utama saat ini adalah penyakit yang dialaminya, pasien takut kalo sewaktu-waktu kondisinya tidak stabil.

MK: ansietas

h. Pola peran-hubungan

Pasien mengatakan saat ini tinggal bersama suami dan kedua anaknya, selama ini tidak ada masalah dalam keluarga baik kepada suami, anak maupun anggota keluarga lainnya. Pasien juga mengatakan selama ini berhubungan baik dengan tetangga. Saat pasien dirawat diruang hemodialisis anak perempuannya senantiasa mendampingi. Pasien mengatakan suami dan anaknya selalu memberi semangat kepadanya. pasien biasa membantu suaminya berjualan di warung, namun tidak banyak yang bisa dilakukan karena pasien mudah lelah saat melakukan aktivitas berlebih.

MK: kelelahan

i. Pola koping-ketahanan stress

Pasien mengatakan terkadang memikirkan mengenai penyakit ginjal yang dideritanya, terkadang pasien takut tentang kematian, tetapi tidak berkepanjangan karena mendapat dukungan dari suami dan anaknya.

MK: ansietas ringan

j. Pola nilai-keyakinan

Pasien beragama Islam, pasien mengatakan tetap menjalankan ibadah seperti biasanya dan selalu berdoa agar diberi kesembuhan.

MK: tidak ada masalah keperawatan



## 6. Pemeriksaan Fisik

### a. Kepala

Bentuk kepala mesocephal, simetris dan tidak ada lesi.

### b. Mata

Simetris, konjungtiva mata anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor (bereaksi terhadap cahaya).

### c. Telinga

Telinga simetris, tidak terdapat lesi dan serumen dikedua telinga, fungsi pendengaran pasien baik.

### d. Hidung

Simetris, tidak terdapat sekret atau sumbatan, tidak ada epistaksis, tidak ada gangguan penghidu.

### e. Mulut

Mukosa bibir kering, gigi lumayan bersih, tidak terdapat stomatitis, pasien tidak menggunakan gigi palsu. pasien makan minum per oral

### f. Leher

Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

### g. Dada

#### 1) Paru

Inspeksi : pola nafas reguler, tidak ada retraksi dinding dada, ekspansi dada simetris, RR 22x/menit

Palpasi : taktil fremitus teraba

Perkusi : sonor

Auskultasi: suara nafas vesikuler

2) Jantung

Inspeksi : ictus cordis tampak

Palpasi : ictus cordis teraba

Perkusi : pekak

Auskultasi: BJ1 BJ2 reguler

h. Abdomen

Inspeksi : simetris

Auskultasi : peristaltik usus 5x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa

Perkusi : tympani

i. Integumen

Kulit berwarna hitam, teraba hangat dan kering

j. Ekstremitas

Terpasang cimino pada tangan kiri, kekuatan otot pasien :

5	5
5	5

7. Pemeriksaan Penunjang

Hasil laboratorium tanggal 11 April 2021

- |               |               |             |
|---------------|---------------|-------------|
| a. Hemoglobin | : 9,3 g/dL    | (14.0-18.0) |
| b. Ureum      | : 264.0 mg/dL | (17.0-43.0) |
| c. Creatinin  | : 19,5 mg/dL  | (0.9-1.3)   |

$$\text{GFR} : \frac{(140-\text{umur}) \times \text{BB}}{72 \times \text{serum Cr}} = \frac{(140-54) \times 57}{72 \times 19,5} = \frac{4902}{1404} = 3,4 \text{ mL/min/1,73 m}^2$$

## 8. Analisa Data

**Tabel 3.3. Analisa Data**

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Data subyektif : Pasien mengatakan di diagnosa CKD ±3 tahun yang lalu dan dianjurkan cuci darah Data obyektif : 1. BB 57 kg, 2. Ureum: 264.0 mg/dL (17.0-43.0) 3. Creatinin: 19,5 mg/dL (0.9-1.3) 4. GFR: 3,4 mL/min/1,73 m <sup>2</sup> 5. Balance cairan: 495cc/24jam	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemi a
2.	Data subyektif: Pasien mengatakan nyeri di tengkuk leher P : tekanan darah tinggi Q: seperti ditusuk-tusuk R: tengkuk leher S: skala 3 T: ≤ 3menit Data obyektif : 1. Pasien meringis 2. Pasien memegang tengkuk lehernya terus 3. Pasien lemas 4. TD 170/100 mmHg	Agen cedera fisiologis	Nyeri akut
3.	Data subyektif: Pasien mengatakan BAK sedikit kurang lebih 50cc/24jam Data obyektif : Pasien cuci darah 2 kali seminggu, hari selasa dan jumat	Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih	Gangguan eliminasi urin
4.	Data subyektif : pasien mengeluh lemas dan penglihatan berkunang-kunang. Data obyektif : 1. Hb, 9,3 gr/dl 2. N 94x/menit 3. CRT 3 detik 4. Akral hangat	Peningkatan tekanan darah (hipertensi)	Perfusi perifik tidak efektif

	5. TD 170/100 mmHg 6. Pasien anemia		
5.	Data subyektif: Pasien mengatakan tidak dapat beraktivitas banyak karena mudah lelah Data obyektif: 1. Pasien terpasang cimino di tangan kiri 2. Pasien lemas	Imobilitas	Intoleran aktivitas
6.	Data subyektif: Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas Data obyektif: 1. Ekspresi wajah lesu 2. Mengantuk 3. HB: 9,3 g/dL (14.0-18.0) 4. Tingkat kelelahan pasien 46 diukur menggunakan kuesioner FSS	Kondisi fisiologis	Keletihan
7.	Data subyektif: Pasien mengatakan takut dengan kondisinya saat ini Data obyektif: Ekspresi wajah khawatir	Ancaman terhadap kematian	Ansietas

## B. Diagnosa Keperawatan

1. Hipervolemia b/d gangguan mekanisme reguler
2. Nyeri akut b/d agen cedera fisiologis
3. Gangguan eliminasi urin b/d Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
4. Perfusi jaringan perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan tinggi (hipertensi)
5. Intoleran aktivitas b/d imobilitas
6. Keletihan b/d kondisi fisiologis
7. Ansietas b/d Ancaman terhadap kematian

### C. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Hipovolemia b/d gangguan mekanisme reguler</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ansietas</li> <li>2. Asupan melebihi haluaran</li> <li>3. Edema</li> <li>4. Gangguan tekanan darah</li> <li>5. Gelisah</li> <li>6. Ketidakseimbangan elektrolit</li> <li>7. Penambahan berat badan dalam waktu sangat singkat</li> <li>8. Penuurunan hemoglobin</li> </ol>	<p><b>Keseimbangan Cairan Meningkat (L.05020)</b></p> <p>Setelah dilakukan tind. keperawatan selama 1 x 4 jam diharapkan hipervolemia dapat teratasi dengan indikator:</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asites (4)</li> <li>2. Edema perifer (4)</li> </ol> <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Asupan Cairan (4)</li> </ol> <p>Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkat</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipervolemia</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan)</li> <li>1.2. Monitor intake dan output cairan</li> <li>1.3. Monitor jumlah dan warna urin</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4. Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>1.5. Tinggikan kepala tempat tidur Edukasi</li> <li>1.6. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.7. Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>1.8. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat deuretik</li> <li>1.9. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu</li> </ol>
2.	<p>Nyeri akut b/d agen cedera biologis</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diaforesis</li> <li>2. Ekspresi wajah nyeri (meringis)</li> <li>3. Fokus pada diri sendiri</li> <li>4. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar</li> </ol>	<p><b>Penurunan nyeri ( L .08066)</b></p> <p>Setelah dilakukan tind. Keperawatan selama 1x4jam jam diharapkan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dapat teratasi dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2.2. Identifikasi skala nyeri</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.3. Ajarkan Teknik</li> </ol>

	<p>skala nyeri</p> <p>5. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>6. Perubahan selera makan</p> <p>7. Sikap melindungi area nyeri</p>	<p>2. Meringis (4)</p> <p>Keterangan 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>nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2.4. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>2.5. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>2.6. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>2.7. Kolaborasi pemberian obat analgetik</p>
3.	<p>Gangguan eliminasi urin b/d penyebab multipel</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <p>1. Anyang-anyangan</p> <p>2. Inkontinensia</p> <p>3. Retensi urin</p>	<p><b>Eliminasi Urine (L.04034)</b></p> <p>Setelah dilakukan tind. Kep selama 1x4 jam diharapkan gangguan eliminasi urine dapat teratasi teratasi dengan indikator:</p> <p>Indikator:</p> <p>1. Sensasi berkemih (5)</p> <p>Skala :</p> <p>1. Menurun</p> <p>2. Cukup menurun</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup meningkat</p> <p>5. Meningkat</p> <p>2. Distensi kandung kemih (4)</p> <p>3. Urine menetes (\$)</p> <p>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><b>Manajemen Eliminasi Urine (I.04152)</b></p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine</p> <p>3.2 Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine</p> <p>3.3 Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.4 Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih</p> <p>3.5 Batasi asupan cairan, <i>jika perlu</i></p> <p>3.6 Ambil sampel urine tengah (<i>midstream</i>) atau kultur</p> <p>Edukasi</p> <p>3.7 Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih</p> <p>3.8 Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine</p> <p>3.9 Anjurkan mengambil specimen urine midstream</p> <p>3.10 Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih</p>

			<p>3.11 Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot pinggul/berkemihan</p> <p>3.12 Anjurkan minum yang cukup, <i>jika tidak ada kontraindikasi</i></p> <p>3.13 Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.14 Kolaborasi pemberian obat suposituria uretra <i>jika perlu</i></p>
4.	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d hipertensi</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema</li> <li>2. Nyeri ekstremitas</li> <li>3. Perubahan karakteristik kulit (warna, elastisitas, kelembapan, kuku, suhu)</li> <li>4. Perubahan tekanan darah ekstremitas</li> <li>5. Waktu pengisian kapiler &gt;3 detik</li> </ol>	<p><b>Perfusi Jaringan Perifer (L.02011)</b></p> <p>Setelah dilakukan tind. Keperawatan selama 1x4 jam diharapkan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dapat teratasi dengan indikator:</p> <p><b>Indikator :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah sistolik (4)</li> <li>2. Tekanan darah diastolic (4)</li> <li>3. Turgor kulit (4)</li> </ol> <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup memburuk</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ol> <p>4. Kram otot (4)</p> <p>Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kalpiler, warna, suhu, angle brachial index)</p> <p>4.2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>4.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>4.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</p> <p>4.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi</p> <p>4.6 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <p>4.7 Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>4.8 Lakukan hidrasi</p> <p><b>Edukasi</b></p>

		<p>4.9 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>4.10 Anjurkan berolahraga rutin</p> <p>4.11 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu</p> <p>4.12 Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</p> <p>4.13 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>4.14 Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega3)</p> <p><b>Manajemen Sensasi Perifer (I. 06195)</b></p> <p>Observasi</p> <p>4.15 Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>4.16 Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu, dan pakaian</p> <p>4.17 Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul</p> <p>4.18 Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin</p> <p>4.19 Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</p> <p>4.20 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu</p> <p>4.21 Monitor perubahan kulit</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.22 Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p>Edukasi</p> <p>4.23 Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air</p>
--	--	---



			<p>4.24 Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak</p> <p>4.25 Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.26 Kolaborasi pemberian analgesik, <i>jika perlu</i></p> <p>4.27 Kolaborasi pemberian kortikosteroid, <i>jika perlu</i></p>
5.	<p>Intoleran aktivitas b/d imobilitas</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea setelah beraktivitas</li> <li>2. Kelelahan</li> <li>3. Ketidaknyamanan setelah beraktivitas</li> </ol>	<p><b>Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047)</b></p> <p>Setelah dilakukan tind. Kep selama 1x4 jamjam diharapkan toleran terhadap aktivitas dengan Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan lelah (4)</li> </ol> <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol> <p>2. Tekanan darah (4)</p> <p>Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup memburuk</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>5.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>5.3 Monitor pola dan jam tidur</li> <li>5.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.5 Sediakan lingkungan nyaman</li> <li>5.6 Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>5.7 Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</li> <li>5.8 Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.9 Anjurkan tirah baring</li> <li>5.10 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>5.11 Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>5.12 Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol>

			Kolaborasi 5.13 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
6.	Keletihan b/d kelesuan fisiologis Batasan karakteristik: 1. Apatis  2. Kelelahan 3. Kurang energi 4. Mengantuk 5. Merasa bersalah karena tidak dapat menjalankan tanggung jawab 6. Peningkatan kebutuhan istirahat 7. Peningkatan keluhan fisik 8. Pola tidur tidak memuaskan	<b>Tingkat Keletihan (L.05046)</b> Setelah dilakukan tind. Kep selama 3x4jam diharapkan tidak ada keletihan dengan Indikator : 1. Verbalisasi lelah dan lesu (4) Skala : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun  2. Kemampuan melakukan aktivitas rutin (4) 3. Verbalisasi pemulihan tenaga (4) Skala : 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat	<b>Edukasi Aktivitas/Istirahat (1.12362)</b> Observasi 6.1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 6.2. Terapeutik 6.3. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat 6.4. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 6.5. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya 6.6. Lakukan intervensi <i>musikaromaterapi</i>  Edukasi 6.7. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin 6.8. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya 6.9. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 6.10. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) 6.11. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan
7.	Ansietas b/d ancaman pada status terkini Batasan karakteristik:	<b>Tingkat ansietas (L.09093)</b> Setelah dilakukan tind. Kep selama 1x4jam	<b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b> Observasi 7.1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.

	<p>1. Gelisah</p> <p>2. Mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan peristiwa hidup dalam</p>	<p>diharapkan ansietas menurun dengan</p> <p>Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku gelisah (4)</li> <li>2. Tekanan darah (4)</li> </ol> <p>Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	<p>Kondisi, waktu, stressor)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>7.3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>7.5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>7.6. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>7.7. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>7.8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>7.9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>7.10. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang kepada keluarga/orangtua</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.11. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>7.12. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>7.13. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>7.14. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>7.15. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> </ol>
--	---	---	--

## 1. Intervensi inovasi

Menurunkan tingkat kelelahan pasien dengan musik aromaterapi  
Aromaterapi adalah terapi atau pengobatan dengan menggunakan bau-bauan yang berasal dari tumbuh-tumbuhan, bunga, pohon yang berbau harum dan enak. Minyak astiri digunakan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan, sering digabungkan untuk menenangkan sentuhan penyembuhan dengan sifat terapeutik dari minyak astiri (Craig Hospital, 2013).

Intervensi yang akan dilakukan kepada pasien yaitu diawali dengan mengobservasi kondisi klien apakah ada alergi, kaji tingkat kelelahan pasien menggunakan kuesioner Fatigue Severity Scale (FSS). Sebelum menerapkan, penulis memperhatikan tanda-tanda vital, yang terdiri dari tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu badan. Selanjutnya pasien diposisikan senyaman mungkin atau semi fowler (setengah duduk) untuk melakukan intervensi musik aromaterapi.

Pemberian Musik aromaterapi ini diberikan berlangsung selama 15 menit dengan meletakkan kassa yang sudah ditetesi aromaterapi levender dan menghirup sambil mendengarkan natural musik. Di akhir intervensi peneliti mengobservasi ulang tanda-tanda vital dan tingkat kelelahan menggunakan kuesioner untuk mengetahui tingkat kelelahan pasca pemberian musik aromaterapi yang digunakan sebagai pembanding dalam pemberian intervensi (SOP terlampir).

Penelitian terkait yang membahas tentang perbandingan efek ekstrak

lavender untuk keletihan pada pasien hemodialisis menunjukkan hubungan yang signifikan antara menghirup ekstrak untuk kelelahan sehingga lavender itu lebih efektif daripada jeruk untuk mengurangi kelelahan (Cahyati, 2016).

#### D. Implementasi Keperawatan

**Tabel 3.5. Implementasi Keperawatan**

DX. KEP.	HARI,TGL , JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI PROSES	TTD
I	Selasa, 15 April 2021 07.00	1.1 memonitor TTV dan respon klien selama dialisis	S: pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi, pasien mengatakan badannya lemas O: Blood pump: 200, AP: 0, VP: 50, BP: 170/100mmHg, UF goal: 2.00, UF volume: 0	
	07.10	1.2 memonitor perubahan BB pasien sebelum dan setelah dialisis	S: pasien mengatakan berat naik 2 kg O: BB post HD: 57 kg	
II	07.00	2.1 melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif	S: Pasien mengatakan masih nyeri namun sudah lebih rileks P : tekanan darah tinggi Q: seperti ditusuk-tusuk R: tengkuk leher	
	08.00	2.3 mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri	S:pasien mengikuti instruksi perawat O:mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	
	08.30	2.1 Mengobservasi nyeri secara komprehensif	S: skala 3 T: ≤ 2menit O: TD 170/90 mmHg T: ≤ 3menit O: Pasien meringis, pasien memegang tengkuk lehernya terus, pasien lemas, TD 170/100 mmHg	
III	07.00	3.1 memonitor TTV dan respon klien selama dialisis		

	07.30	3.4 memantau tindakan hemodialisis	<p>S: Pasien mengatakan nyeri di tengkuk leher  P : tekanan darah tinggi  Q: seperti ditusuk-tusuk  R: tengkuk leher  S: skala 5</p> <p>S: pasien mengatakan cuci darah sudah sejak 3 tahun yang lalu dan rutin cuci darah sesuai jadwal yang di tentukan  O: pasien cuci darah 2 kali seminggu</p>
	08.00	3.1 memonitor TTV dan respon klien selama dialisis	<p>S: pasien mengatakan badannya lemas  O: Blood pump: 200, AP: 0, VP: 50, BP: 170/100mmHg, UF goal: 2.00, UF volume: 0.24</p>
	08.30	3.1 memonitor TTV dan respon klien selama dialisis	
	10.00	3.1 memonitor TTV dan respon klien selama dialisis	<p>S: pasien mengatakan lebih rileks  O: Blood pump: 200, AP: 0, VP: 80, BP: 160/100mmHg, UF goal: 2.00, UF volume: 0.32</p>
	10.30	3.1 memonitor TTV dan respon klien selama dialisis	<p>S: pasien mengatakan lebih rileks  O: Blood pump: 200, AP: 0, VP: 60, BP: 200/90mmHg, UF goal: 2.00, UF volume: 1.69</p>
IV	08.00	4.1 memonitor warna dan suhu kulit	<p>S: pasien mengatakan lebih rileks  O: Blood pump: 200, AP: 0, VP: 60, BP: 170/90mmHg, UF goal: 2.00, UF volume: 2.00</p>
	10.00	4.2 memonitor sianosis sentral dan perifer	<p>S: -  O: warna kulit hitam, akral hangat, T:37,3<sup>0</sup>C</p>
V	11.00	5.2 mengkaji adanya faktor yang menyebabkan	<p>S: -  O: CRT &lt; 3 detik</p>

		kelelahan	
	11.30		S: pasien mengatakan saat cuci darah pasien lebih banyak tidur O: pasien lemas
		1.5 memonitor pola tidur dan lamanya tidur	
VI	09.00	6.1 mengkaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan	S: pasien mengatakan tidur malam biasa 7-8 jam, tidur siang 1-2 jam O: -
	09.30	6.4 menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan (kuesioner FSS)	S: pasien mengatakan ia cepat lelah apabila banyak melakukan kegiatan O: pasien lemas
	09.45		S: pasien mengatakan badannya terasa lemas dan lelah O: tingkat kelelahan pasien 46 diukur menggunakan kuesioner FSS, yang berarti klien mengalami kelelahan
	10.15	6.7 melakukan terapi relaksasi untuk menghilangkan ketegangan otot (music aromaterapi)	
		6.4 menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan (kuesioner FSS)	S: pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap aroma dan bersedia untuk menghirup aromaterapi O: pasien tampak rileks.
VII	12.00		S: - O: Tingkat kelelahan pasien skala tingkat kelelahan pasien dari 46 menjadi 34 (tingkat kelelahan menurun)
	12.30	7.1 mengkaji tanda verbal dan non verbal kecemasan	
		7.4 Memotivasi klien untuk menghirup aromaterapi manual yang diberikan saat diruangan	S: pasien mengatakan lebih tenang setelah diberikan music aromaterapi oleh perawat pagi tadi O: ekspresi tampak rileks
			S: pasien mengatakan akan melakukan anjuran perawat O: Klien tampak tenang dan rileks

I	Rabu, 15 April 2021 07.10	1.2 memonitor perubahan BB	S: pasien mengatakan berat naik 2 kg O: BB post HD: 57,5 kg
	10.00	1.1 memonitor TTV	S S: pasien mengatakan badannya lemas O: Td 150/100mmHg, N : 80x/menit RR : 20X/menit
II	07.00	2.1 melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif	S: Pasien mengatakan masih nyeri namun sudah lebih rileks P : tekanan darah tinggi Q: seperti ditusuk-tusuk R: tengkuk leher
	08.00	2.3 mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri	S: pasien mengikuti instruksi perawat O: mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam
	08.30	2.1 Mengobservasi nyeri secara komprehensif	S: skala 5 T: ≤ 2menit O: TD 170/90 mmHg T: ≤ 3menit O: Pasien meringis, pasien memegang tengkuk lehernya terus, pasien lemas, TD 170/100 mmHg
IV	08.00	4.1 memonitor warna dan suhu kulit	S: pasien mengatakan badannya S: -
	10.00	4.2 memonitor sianosis sentral dan perifer	O: warna kulit hitam, akral hangat, T:37,3 <sup>0</sup> C
V	11.00	5.2 mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan	S: - O: CRT<3 detik
		1.6 memonitor pola tidur dan lamanya tidur	S: pasien mengatakan ia cepat lelah apabila banyak melakukan kegiatan O: pasien lemas
VI	09.00		S: pasien mengatakan tidur



VII	09.30	6.1 mengkaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan	malam biasa 7-8 jam, tidur siang 1-2 jam O: -  S: pasien mengatakan badannya terasa lemas dan lelah
	09.45	6.4 menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan (kuesioner FSS)	O: tingkat kelelahan pasien 41 diukur menggunakan kuesioner FSS, yang berarti klien mengalami kelelahan  S: - O: Pasien tampak lelah
	10.20	6.7 melakukan terapi relaksasi untuk menghilangkan ketegangan otot (music aromaterapi)	S: pasien mengikuti instruksi perawat O: mengajarkan teknik music aromaterapi
	12.00	6.4 menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan (kuesioner FSS)	S: Pasien mengatakan senang mengikuti terapi music aromaterapi dan lebih rilek saat ini O: Pasien tampak rileks, pasien mulai bercerita. Tingkat kelelahan pasien dari 41 menjadi 32 (tingkat kelelahan menurun)
	12.30	7.1 mengkaji tanda verbal dan non verbal kecemasan	S: Pasien mengatakan kondisinya udah membaik dan lebih tenang menghadapi perawatan dan sakitnya O: ekspresi klien tenang
I	Kamis,	7.4 menginstruksikan pasien untuk menggunakan aromaterapi lavender secara mandiri	S: Pasien mengatakan sudah melakukan teknik aromaterapi saat sore hari dan malam hari O: pasien tampak tenang dan rileks
		1.2 memonitor perubahan	S: pasien mengatakan berat naik

	17 April 2021 jam 07.10 10.00	BB pasien sebelum dan setelah dialisis  1.1 memonitor TTV dan respon klien selama dialisis	2 kg O: BB post HD: 57,5 kg  S S: pasien mengatakan badannya lemas O: Blood pump: 200, AP: 120, VP: -12, BP: 150/100mmHg, UF goal: 2.50, UF volume: 0,02
II	07.00	2.1 melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif	S: Pasien mengatakan masih nyeri namun sudah lebih rileks P : tekanan darah tinggi Q: seperti ditusuk-tusuk R: tengkuk leher
	08.00	2.3 mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri	S:pasien mengikuti instruksi perawat O:mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam
	08.30	2.1 Mengobservasi nyeri secara komprehensif	S: skala 3 T: ≤ 2menit O: TD 170/90 mmHg T: ≤ 3menit O: Pasien meringis, pasien memegang tengkuk lehernya terus, pasien lemas, TD 170/100 mmHg
III	07.00	3.4 melakukan hemodialisis	
	07.30	3.1 memonitor TTV dan respon klien selama dialisis	S: pasien mengatakan rutin cuci darah sesuai jadwal yang di tentukan O: pasien cuci darah 2 kali seminggu
	08.00	3.1 memonitor TTV dan respon klien selama dialisis	S: Pasien mengatakan nyeri di tengkuk leher P : tekanan darah tinggi Q: seperti ditusuk-tusuk R: tengkuk leher S: skala 2
	08.30	3.1 memonitor TTV dan	S: pasien mengatakan badannya lemas

		respon klien selama dialisis	O: Blood pump: 200, AP: 0, VP: 50, BP: 170/100mmHg, UF goal: 2.00, UF volume: 0.24 S: pasien mengatakan lebih rileks
	10.00	3.1 memonitor TTV dan respon klien selama dialisis	O: Blood pump: 200, AP: 0, VP: 80, BP: 160/100mmHg, UF goal: 2.00, UF volume: 0.32  S: pasien mengatakan lebih rileks
IV	08.00	4.1 memonitor warna dan suhu kulit	O: Blood pump: 200, AP: 0, VP: 60, BP: 200/90mmHg, UF goal: 2.00, UF volume: 1.69
	10.00	4.2 memonitor sianosis sentral dan perifer	S: pasien mengatakan lebih rileks O: Blood pump: 200, AP: 0, VP: 60, BP: 170/90mmHg, UF goal: 2.00, UF volume: 2.00 S: -
V	11.00	5.2 mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan	O: warna kulit hitam, akral hangat, T:37,3°C
	11.30	1.7 memonitor pola tidur dan lamanya tidur	S: pasien mengatakan saat cuci darah pasien lebih banyak tidur O: pasien lemas
VI	09.00	6.1 mengkaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan	S: pasien mengatakan tidur malam biasa 7-8 jam, tidur siang 1-2 jam O: -
	09.30	6.4 menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan (kuesioner FSS)	S: pasien mengatakan ia cepat lelah apabila banyak melakukan kegiatan O: pasien lemas
	09.45	6.7 melakukan terapi relaksasi untuk menghilangkan ketegangan	S: pasien mengatakan badannya terasa lemas dan lelah O: tingkat kelelahan pasien 40 diukur menggunakan kuesioner FSS, yang berarti klien

		otot (music aromaterapi)	mengalami kelelahan	
	10.20		S: pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap aroma dan bersedia untuk menghirup aromaterapi lavender O: pasien tampak rileks, dan sedikit tersenyum.	
VII	12.30	6.4 menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan (kuesioner FSS)	S: Pasien mengatakan akan selalu melakukan terapi aromaterapimusik walaupun tidak ada perawat, pasien mengatakan lebih rilek setelah melakukannya O: Pasien lebih banyak tersenyum dan tertawa. Skala tingkat kelelahan pasien dari 40 menjadi 23 (tidak mengalami kelelahan)	
		7.1 mengkaji tanda verbal dan non verbal kecemasan	S: Pasien mengatakan sudah baik dan sekarang lebih bersemangat O: Ekspresi wajah rilek	
		7.4 menginstruksikan untuk tetap menerapkan teknik aromaterapi yang sudah diberikan perawat	S: Pasien mengatakan akan selalu menggunakan aromaterapi pada saat nanti sudah pulang ke rumah O: Pasien tampak menghirup aromaterapi lavender yang diberikan perawat	

### 1. Implementasi Inovasi

Implementasi inovasi tindakan pemberian music aromaterapi pada Ny. M dilakukan untuk menurunkan tingkat kelelahan pasien. Intervensi yang akan dilakukan kepada pasien yaitu diawali dengan mengobservasi kondisi klien apakah ada alergi, kaji tingkat kelelahan pasien

menggunakan kuesioner *Fatigue Severity Scale* (FSS). Sebelum menerapkan, penulis memperhatikan tanda-tanda vital, yang terdiri dari tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu badan. Selanjutnya pasien diposisikan senyaman mungkin atau *semi fowler* (setengah duduk) untuk melakukan intervensi music aromaterapi.

Pemberian music aromaterapi ini berlangsung selama 15 menit dengan meletakkan kassa yang sudah ditetesi aromaterapi lavender. Di akhir intervensi peneliti mengobservasi ulang tanda-tanda vital dan tingkat kelelahan menggunakan kuesioner untuk mengetahui tingkat kelelahan pasca pemberian musik aromaterapi yang digunakan sebagai pembanding dalam pemberian intervensi (SOP terlampir).

- a. Hasil implementasi inovasi tindakan pemberian musik aromaterapi untuk pasien CKD dengan keletihan.

Sebelum dilakukan pemberian music aromaterapi pasien diperiksa kondisi umum dan tanda-tanda vital dan menjawab pertanyaan kuesioner FSS, setelah itu sesi dimulai selama 15 menit. Setelah itu pasien diukur lagi tingkat kelelahannya dengan menggunakan kuesioner FSS.

**Tabel 3.6. Skor Kelelahan Sebelum dan Sesudah Pemberian Musik****Aromaterapi**

Hari, Tanggal	Skor Tingkat Kelelahan Pre Implementasi	Skor Tingkat Kelelahan Post Implementasi
Selasa, 15 April 2021	46 ( skor $\geq 36$ menunjukkan pasien mengalami tingkat kelelahan yang signifikan)	34 (skor $< 36$ menunjukkan pasien tidak mengalami kelelahan)
Rabu, 16 April 2021	41 ( skor $\geq 36$ menunjukkan pasien mengalami tingkat kelelahan yang signifikan)	32 (skor $< 36$ menunjukkan pasien tidak mengalami kelelahan)
Jumat, 17 April 2021	40 ( skor $\geq 36$ menunjukkan pasien mengalami tingkat kelelahan yang signifikan)	23 (skor $< 36$ menunjukkan pasien tidak mengalami kelelahan)

**E. Evaluasi Keperawatan****Tabel 3.7. Evaluasi Keperawatan**

Hari, Tgl, Jam	Dx. Kep.	Evaluasi Hasil	TTD																
Selasa, 15 April 2021	<b>I</b>	<p>S: pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi, pasien mengatakan badannya lemas, pasien mengatakan berat naik 2 kg  O: Blood pump: 200, AP: 0, VP: 60, BP: 170/90mmHg, UF goal: 2.00, UF volume: 2.00, BB post HD: 57 kg  A: masalah kelebihan volume cairan teratasi sebagian dari indikator sebagai berikut :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ansietas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Edema peirfer</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Asupan Cairan</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 saat cuci darah selanjutnya</p>	Indikator	pre	taget	post	Ansietas	2	4	3	Edema peirfer	2	4	3	Asupan Cairan	2	4	3	
	Indikator	pre	taget	post															
Ansietas	2	4	3																
Edema peirfer	2	4	3																
Asupan Cairan	2	4	3																
<b>II</b>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri di tengkuk leher  P : tekanan darah tinggi  Q: seperti ditusuk-tusuk  R: tengkuk leher  S: skala 2  T: <math>\leq 3</math>menit  Pasien mengikuti instruksi perawat  O: Pasien meringis, pasien memegang tengkuk lehernya</p>																		

		<p>terus, pasien lemas, TD 170/100 mmHg, memberikan music aromaterapi lavender</p> <p>A: masalah nyeri akut teratasi sebagian dengan indikator sebagai berikut :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi 2.3 dirumah dan saat cuci darah selanjutnya</p>	Indikator	pre	taget	post	Nyeri	3	5	4	Meringis	3	5	4									
Indikator	pre	taget	post																				
Nyeri	3	5	4																				
Meringis	3	5	4																				
	<b>III</b>	<p>S: pasien mengatakan cuci darah sudah sejak 3 tahun yang lalu dan rutin cuci darah sesuai jadwal yang di tentukan</p> <p>O: pasien cuci darah 2 kali seminggu</p> <p>A: masalah gangguan eliminasi urin teratasi sebagian dari indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi kandung kemih</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Sensai berkamih</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Urin menetes</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi melakukan hemodialisis 2 kali seminggu</p>	Indikator	pre	Taget	post	Distensi kandung kemih	3	4	3	Sensai berkamih	2	5	3	Urin menetes	4	4	3					
Indikator	pre	Taget	post																				
Distensi kandung kemih	3	4	3																				
Sensai berkamih	2	5	3																				
Urin menetes	4	4	3																				
	<b>IV</b>	<p>S: pasien mengatakan kaki dan perutnya tidak bengkak</p> <p>O: warna kulit hitam, akral hangat, T:37,3°C, CRT 3 detik, tidak edema, TD 129/78 mmHg</p> <p>A: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi sebagian dari indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TD sistole</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>TD diastole</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Turgor</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kram Otot</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>	Indikator	pre	Taget	post	TD sistole	3	4	3	TD diastole	3	4	3	Turgor	3	4	3	Kram Otot	3	4	3	
Indikator	pre	Taget	post																				
TD sistole	3	4	3																				
TD diastole	3	4	3																				
Turgor	3	4	3																				
Kram Otot	3	4	3																				
	<b>V</b>	<p>S: pasien mengatakan saat cuci darah pasien lebih banyak tidur</p> <p>O: pasien lemas</p> <p>A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi sebagian dari indikator skala 3 menjadi 4</p> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>																					

	<p><b>VI</b></p>	<p>S: pasien mengatakan ia cepat lelah apabila banyak melakukan kegiatan, pasien mengatakan badannya terasa lemas dan lelah, pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap aroma dan bersedia untuk menghirup aromaterapi</p> <p>O: pasien lemas, tingkat kelelahan pasien 46 diukur menggunakan kuesioner FSS, yang berarti klien mengalami kelelahan, pasien tampak rileks, skala tingkat kelelahan pasien dari 46 menjadi 34 (tingkat kelelahan menurun)</p> <p>A: masalah kelelahan teratasi dari indikator sebagai berikut :</p> <table border="1" data-bbox="659 748 1197 1064"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kelelahan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan aktivitas rutin</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi Pemulihan tenaga</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>	Indikator	pre	Taget	post	Verbalisasi kelelahan	3	4	3	Kemampuan aktivitas rutin	3	4	3	Verbalisasi Pemulihan tenaga	3	4	4	
Indikator	pre	Taget	post																
Verbalisasi kelelahan	3	4	3																
Kemampuan aktivitas rutin	3	4	3																
Verbalisasi Pemulihan tenaga	3	4	4																
	<p><b>VII</b></p>	<p>S: pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya saat ini, pasien mengikuti instruksi perawat</p> <p>O: ekspresi wajah khawatir, memberikan musik aromaterapi</p> <p>A: masalah ansietas teratasi sebagian dari skala indikator sebagai berikut :</p> <table border="1" data-bbox="659 1375 1197 1496"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku Gelisah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>	Indikator	pre	Taget	post	Perilaku Gelisah	3	4	4	Tekanan Darah	3	4	3					
Indikator	pre	Taget	post																
Perilaku Gelisah	3	4	4																
Tekanan Darah	3	4	3																
<p>Rabu, 16 April 2021</p>	<p><b>I</b></p>	<p>S: pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi, pasien mengatakan badannya lemas, pasien mengatakan berat naik 2 kg</p> <p>O: Blood pump: 200, AP: -80, VP: 20, BP: 180/90mmHg, UF goal: 2.50, UF volume: 2.50, BB post HD: 57,5 kg</p> <p>A: masalah kelebihan volume cairan teratasi sebagian dari indikator</p> <table border="1" data-bbox="659 1883 1197 1919"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	pre	taget	post													
Indikator	pre	taget	post																



		<table border="1"> <tr> <td>Ansietas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Edema peirfer</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Asupan Cairan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P: pertahankan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 saat cuci darah selanjutnya</p>	Ansietas	3	4	3	Edema peirfer	3	4	3	Asupan Cairan	3	4	3					
Ansietas	3	4	3																
Edema peirfer	3	4	3																
Asupan Cairan	3	4	3																
	<b>II</b>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri di tengkuk leher  P : tekanan darah tinggi  Q: seperti ditusuk-tusuk  R: tengkuk leher  S: skala 2  T: ≤ 2menit  pasien mengikuti instruksi perawat  O: Pasien meringis, Pasien memegang tengkuk lehernya terus, Pasien lemas, TD 129/78 mmHg, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>A: masalah nyeri akut teratasi sebagian dari indikator skala 3 menjadi 2  P: lanjutkan intervensi 2.3 dirumah dan saat cuci darah selanjutnya</p>	Indikator	pre	taget	post	Nyeri	4	5	4	Meringis	4	5	5					
Indikator	pre	taget	post																
Nyeri	4	5	4																
Meringis	4	5	5																
	<b>III</b>	<p>S: pasien mengatakan cuci darah sudah sejak 3 tahun yang lalu dan rutin cuci darah sesuai jadwal yang di tentukan  O: pasien cuci darah 2 kali seminggu  A: masalah gangguan eliminasi urin teratasi dari indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi kandung kemih</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sensai berkamih</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Urin menetes</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi melakukan hemodialisis2 kali seminggu</p>	Indikator	pre	Taget	post	Distensi kandung kemih	3	4	4	Sensai berkamih	3	5	3	Urin menetes	3	4	4	
Indikator	pre	Taget	post																
Distensi kandung kemih	3	4	4																
Sensai berkamih	3	5	3																
Urin menetes	3	4	4																
	<b>IV</b>	<p>S: pasien mengatakan kaki dan perutnya tidak bengkak  O: warna kulit hitam, akral hangat, T:37,2°C, CRT 3 detik, tidak edema  A: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer</p>																	

	<p>teratasi sebagian dari indikator skala 2 menjadi 4</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TD sistole</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>TD diastole</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Turgor</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kram Otot</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>	Indikator	pre	Taget	post	TD sistole	3	4	3	TD diastole	3	4	3	Turgor	3	4	4	Kram Otot	3	4	4	
Indikator	pre	Taget	post																			
TD sistole	3	4	3																			
TD diastole	3	4	3																			
Turgor	3	4	4																			
Kram Otot	3	4	4																			
<b>V</b>	<p>S: pasien mengatakan saat cuci darah pasien lebih banyak tidur</p> <p>O: pasien lemas</p> <p>A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi sebagian dari indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lelah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>	Indikator	pre	taget	post	Lelah	3	4	3	Tekanan Darah	3	4	3									
Indikator	pre	taget	post																			
Lelah	3	4	3																			
Tekanan Darah	3	4	3																			
<b>VI</b>	<p>S: pasien mengatakan ia cepat lelah apabila banyak melakukan kegiatan, pasien mengatakan badannya terasa lemas dan lelah, pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap aroma dan bersedia untuk menghirup aromaterapi</p> <p>O: pasien lemas, tingkat kelelahan pasien 41 diukur menggunakan kuesioner FSS, yang berarti klien mengalami kelelahan, pasien tampak rileks, skala tingkat kelelahan pasien dari 41 menjadi 32 (tingkat kelelahan menurun)</p> <p>A: masalah keletihan teratasi dari indikator sebagai berikut :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kelelahan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan aktivitas rutin</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi Pemulihan tenaga</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>	Indikator	pre	Taget	post	Verbalisasi kelelahan	3	4	4	Kemampuan aktivitas rutin	3	4	4	Verbalisasi Pemulihan tenaga	3	4	4					
Indikator	pre	Taget	post																			
Verbalisasi kelelahan	3	4	4																			
Kemampuan aktivitas rutin	3	4	4																			
Verbalisasi Pemulihan tenaga	3	4	4																			
<b>VII</b>	<p>S: pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya saat</p>																					

		<p>ini, pasien mengikuti instruksi perawat</p> <p>O: ekspresi wajah khawatir, mengajarkan teknik relaksasi distraksi</p> <p>A: masalah ansietas teratasi sebagian dari skala indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku Gelisah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>	Indikator	pre	Taget	post	Perilaku Gelisah	3	4	4	Tekanan Darah	3	4	3					
Indikator	pre	Taget	post																
Perilaku Gelisah	3	4	4																
Tekanan Darah	3	4	3																
Kamis, 17 April 2021	<b>I</b>	<p>S: pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi, pasien mengatakan badannya lemas, pasien mengatakan berat naik 2 kg</p> <p>O: Blood pump: 195, AP: 90, VP: 0, BP: 160/90mmHg, UF goal: 2.50, UF volume: 2.50, BB post HD: 57 kg</p> <p>A: masalah kelebihan volume cairan teratasi sebagian dari indikator sebagai berikut :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ansietas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Edema perifer</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Asupan Cairan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 saat cuci darah selanjutnya</p>	Indikator	pre	taget	post	Ansietas	3	4	4	Edema perifer	3	4	4	Asupan Cairan	3	4	3	
	Indikator	pre	taget	post															
	Ansietas	3	4	4															
Edema perifer	3	4	4																
Asupan Cairan	3	4	3																
<b>II</b>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri di tengkuk leher</p> <p>P : tekanan darah tinggi</p> <p>Q: seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: tengkuk leher</p> <p>S: skala 2</p> <p>T: ≤ 1menit</p> <p>pasien mengikuti instruksi perawat</p> <p>O: Pasien meringis, pasien memegang tengkuk lehernya terus, pasien lemas, TD 129/78 mmHg, memberikan aromaterapi lavender dan music terapi</p> <p>A: masalah nyeri akut teratasi dengan indikator :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Pertahankan Intervensi intervensi 2.3 dirumah dan saat cuci darah selanjutnya</p>	Indikator	pre	taget	post	Nyeri	4	5	5	Meringis	4	5	5						
Indikator	pre	taget	post																
Nyeri	4	5	5																
Meringis	4	5	5																
<b>III</b>	<p>S: pasien mengatakan cuci darah sudah sejak 3 tahun yang lalu dan rutin cuci darah sesuai jadwal yang di</p>																		

	<p>tentukan</p> <p>O: pasien cuci darah 2 kali seminggu</p> <p>A: masalah gangguan eliminasi urin teratasi dari indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Sebelum</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distensi kandung kemih</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sensai berkamih</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Urin menetes</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi melakukan hemodialisis 2 kali seminggu</p>	Sebelum	pre	Taget	post	Distensi kandung kemih	4	4	4	Sensai berkamih	3	5	5	Urin menetes	4	4	4					
Sebelum	pre	Taget	post																			
Distensi kandung kemih	4	4	4																			
Sensai berkamih	3	5	5																			
Urin menetes	4	4	4																			
<b>IV</b>	<p>S: pasien mengatakan kaki dan perutnya tidak bengkak</p> <p>O: warna kulit hitam, akral hangat, T:37,2°C, CRT 3 detik, tidak edema</p> <p>A: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian dari indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TD sistole</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>TD diastole</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Turgor</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kram Otot</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>	Indikator	pre	Taget	post	TD sistole	3	4	3	TD diastole	3	4	3	Turgor	3	4	4	Kram Otot	3	4	4	
Indikator	pre	Taget	post																			
TD sistole	3	4	3																			
TD diastole	3	4	3																			
Turgor	3	4	4																			
Kram Otot	3	4	4																			
<b>V</b>	<p>S: pasien mengatakan saat cuci darah pasien lebih banyak tidur</p> <p>O: pasien lemas</p> <p>A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi sebagian dari indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lelah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>	Indikator	pre	taget	post	Lelah	3	4	4	Tekanan Darah	3	4	3									
Indikator	pre	taget	post																			
Lelah	3	4	4																			
Tekanan Darah	3	4	3																			
<b>VI</b>	<p>S: pasien mengatakan ia cepat lelah apabila banyak melakukan kegiatan, pasien mengatakan badannya terasa lemas dan lelah, pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap aroma dan bersedia untuk menghirup aromaterapi</p> <p>O: pasien lemas, tingkat kelelahan pasien 40 diukur menggunakan kuesioner FSS, yang berarti klien mengalami kelelahan, pasien tampak rileks, skala tingkat kelelahan pasien dari 40 menjadi 23 (tingkat kelelahan</p>																					

		<p>menurun)</p> <p>A: masalah kelelahan teratasi dari indikator sebagai berikut :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kelelahan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan aktivitas rutin</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi Pemulihan tenaga</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>	Indikator	pre	Taget	post	Verbalisasi kelelahan	3	4	4	Kemampuan aktivitas rutin	3	4	4	Verbalisasi Pemulihan tenaga	3	4	4	
Indikator	pre	Taget	post																
Verbalisasi kelelahan	3	4	4																
Kemampuan aktivitas rutin	3	4	4																
Verbalisasi Pemulihan tenaga	3	4	4																
	<b>VII</b>	<p>S: pasien mengatakan sudah berserah diri atas apa yang terjadi pada dirinya, pasien mengikuti instruksi perawat</p> <p>O: mengajarkan teknik relaksasi distraksi</p> <p>A: masalah ansietas teratasi dari skala indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku Gelisah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: pertahankan intervensi untuk perawatan selanjutnya</p>	Indikator	pre	Taget	post	Perilaku Gelisah	3	4	4	Tekanan Darah	3	4	4					
Indikator	pre	Taget	post																
Perilaku Gelisah	3	4	4																
Tekanan Darah	3	4	4																