

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

**A. Pengkajian**

Pengkajian awal dilaksanakan pada tanggal 25 Mei 2022 jam 08.00 WITA dengan memakai format pengkajian klien keperawatan kritis.

1. Identitas pasien

Nama : Tn. M  
Umur : 36 Tahun  
Jenis kelamin : Laki-laki  
BB : 68,5 Kg  
Agama : Islam  
Status : Belum Menikah  
Pendidikan : SLTA  
Pekerjaan : Tidak Bekerja  
Alamat rumah : Jl. RE Martadinata Gg. Sederhana No 79  
Samarinda  
Diagnosa medis : CKD Stage V on HD

2. Keluhan utama

a. Saat Pengkajian (Tanggal 25 Mei 2022, Jam 08.00 WITA)

Klien mengatakan nyeri kepala, lelah.

P : Hipertensi

Q: seperti ditusuk-tusuk

R: bagian kepala

S: Skala 5

T: ± 3menit

b. Alasan dirawat di ruang HD

Klien adalah pasien rawat jalan yang menjalani proses hemodialisa setiap 1 minggu 2 kali yang sudah berlangsung selama 9 bulan (Bulan Agustus 2021) di RSUD AWS Samarinda, jadwal hemodialisa pasien adalah senin dan kamis siang. klien pernah dirawat dengan keluhan Anemia dimana Hb: 4 gr/dl, setelah menjalani pemeriksaan diketahui klien mengalami gagal ginjal kronik grade V.

c. Riwayat penyakit saat ini

Klien mengatakan sudah 9 bulan terakhir ini menjalani cuci darah dan didiagnosa gagal ginjal kronik grade V.

d. Riwayat penyakit dahulu

Klien menyebutkan menderita penyakit hipertensi ± 5 tahun ini. Klien rutin mengkonsumsi obat-obatan hipertensi untuk menurunkan tekanan darah tingginya.

e. Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan dikeluarganya ada yang menderita hipertensi namun tidak ada yang menderita gagal ginjal kronik.

3. Data Khusus

a. *Primary survey*

1. Airway

Pada saat dikaji jalan napas pasien tidak ada sumbatan.

## 2. Breathing

Saat pengkajian pernapasan 20x/menit, pengembangan dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, pola nafas reguler.

## 3. Circulation

Saat pengkajian tekanan darah 180/100 mmHg, nadi 92x/menit, CRT 3 detik, tidak ada sianosis, akral hangat, tidak ada perdarahan, T: 36,7<sup>0</sup>C

## b. Secondary Survey

### 1. Breathing

Saat pengkajian pernapasan 20x/menit, pola nafas reguler, pengembangan dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, pernafasan cuping hidung tidak ada, suara nafas vesikuler.

### 2. Brain

Saat pengkajian keadaan umum klien baik, GCS 15 (E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>), kesadaran composmentis, pupil kanan-kiri isokor (3mm/3mm). Penglihatan dalam batas normal, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, terdapat reflek cahaya, pendengaran dalam batas normal.

### 3. Blood

Saat dikaji didapatkan TD klien 180/100 mmHg, nadi 92x/menit, akral hangat, tidak ada sianosis, CRT 3 detik.

### 4. Bladder

Klien mengatakan BAK 4-5 kali/hari, tidak ada nyeri saat miksi, warna urin kuning, tidak ada distensi pada kandung kemih.

## 5. Bowel

Saat pengkajian klien mengatakan BAB 2x/hari, konsistensi lunak, peristaltik usus 5x/menit, tidak terdapat distensi abdomen.

## 6. Bone

Pada saat pengkajian tidak ada edema, klien terlihat lemah

Kekuatan otot pasien :

5	5
5	5

## 7. Fluid

**Tabel 3.1. Input dan Output Pasien**

Input	Cc	Output	Cc
Air (makan + minum)	900 cc	Feses	100 cc
		Urine	300 cc
Air metabolisme (5 cc x BB)	343 cc	IWL ( <i>Insensible Water Loss</i> )	670cc
<b>Total</b>	<b>1243 cc</b>	<b>Total</b>	<b>1070 cc</b>

Balance cairan = input – output

$$= 1243 - 1070$$

$$= + 173 \text{ cc}$$

## 4. Pengkajian pola fungsi kesehatan menurut Gordon

## a. Pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan

Pasien mengatakan kesehatan sangatlah penting, sejak memiliki penyakit gagal ginjal 9 bulan ini pasien rutin cuci darah dan mematuhi diet yang disarankan oleh petugas kesehatan.

## b. Pola nutris-metabolik

Klien mengatakan berat badan standar pasien 66 kg, kenaikan berat badan bisa mencapai 2-3 kg. Saat pengkajian berat badan 68,5 kg.

Tidak ada mual muntah dan gangguan menelan pada Klien. Klien mengatakan mematuhi diit yang disarankan, dan keluarga pun sangat ketat dalam pembatasan konsumsi makanan Tn. M

c. Pola eliminasi

Klien mengatakan BAK 4-5 kali/hari, frekuensi BAB pasien 2x sehari, konsistensi lunak, peristaltik usus 5x/menit, tidak terdapat distensi abdomen.

d. Pola aktivitas-latihan

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.

e. Pola tidur-istirahat

Pasien mengatakan pada malam hari biasanya tidur mulai jam 09.00 atau 10.00 malam dan bangun jam 5 subuh, frekuensi tidur klien 7-8 jam. Pada saat ingin tidur pasien mengatakan tidak ada masalah. Pasien biasa tidur di siang hari selama 1-2 jam.

f. Pola kognitif-perseptual

Pasien mengatakan menderita gagal ginjal kronik sudah 9 bulan yang lalu dan klien melakukan cuci darah secara rutin.

g. Pola persepsi diri-konsep diri

Pasien mengatakan masalah utama sekarang adalah penyakit yang dialaminya, pasien takut kalau sewaktu-waktu kondisinya tidak stabil.

Pasien mengatakan masih muda dan belum bekerja sehingga khawatir dengan kondisi sakitnya. Pasien juga mengatakan selama ini berhubungan baik dengan tetangga. Saat pasien dirawat diruang hemodialisis ibu senantiasa mendampingi. Pasien mengatakan ibu dan adiknya selalu memberi semangat kepadanya. pasien biasa membantu ibunya berjualan di warung, namun tidak banyak yang bisa dilakukan karena pasien mudah lelah saat melakukan aktivitas berlebihan.

h. Pola koping-ketahanan stress

Pasien mengatakan terkadang cemas dengan penyakitnya skala cemas 15 di ukur menggunakan *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* dan memikirkan mengenai penyakit ginjal yang dideritanya, terkadang pasien takut tentang kematian, tetapi tidak berkepanjangan karena mendapat dukungan dari ibu dan adiknya.

i. Pola nilai-keyakinan

Agama pasien islam, pasien mengatakan tetap menjalankan ibadah seperti biasanya dan selalu berdoa agar diberi kesembuhan.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Bentuk kepala mesocephal, simetris, rambut berdistribusi rata, serta tidak ada lesi.

b. Mata

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

## c. Telinga

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

## d. Hidung

Simetris, tidak terdapat sekret, tidak terdapat epitaksis, tidak ada gangguan penghidu.

## e. Mulut

Mukosa bibir kering, tidak terdapat sariawan, pasien tidak memakai gigi palsu, gigi bersih, pasien makan minum per oral.

## f. Leher

Kelenjar tiroid tidak ada pembesaran.

## g. Dada

## 1) Paru

Inspeksi : pola nafas reguler, tidak ada retraksi dinding dada, ekspansi dada simetris, RR 20x/menit

Palpasi : taktil fremintus 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

## 6. Terapi

a. Asam folat 1 mg (2x1)

b. Candesartan 16 mg (1x1)

c. Amlodipin 10 mg (1x1)

d. Carvedilol 6,25 mg (1x1)

e. Herbesser 200 mg (1x1)

f. Clopidogrel 7 mg (1x1)

g. Calitoz 500 mg (2x1)

h. Dopamet 250 mg (3x1)



## 7. Pemeriksaan Penunjang

## Hasil labororatorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
Kimia Klinik (06/04/2022)			
Ureum	233.2	17 - 43	mg/dL
Creatinin	19.3	0.6 – 1.1	mg/dL
HEMATOLOGI (12/05/2022)			
Leukosit	4.97	4.80 - 10.80	$10^3/\mu\text{L}$
Eritrosit	3.07	4.70 - 6.10	$10^6/\mu\text{L}$
Hemoglobin	8.4	14.0 - 18.0	g/dL
Hematokrit	25.5	37.0 - 54.0	%
PLT	139	150 - 450	$10^3/\mu\text{L}$
Laju edap darah	42	<10	mm/jam

$$\text{GFR} = \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{BB}}{72 \times \text{serum Cr}} = \frac{(140 - 36) \times 68,5}{72 \times 19,3} = \frac{7124}{1390} = 5,1 \text{ mL/min/1,73 m}^2$$

## 8. Analisa Data

Tabel 3.2. Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Data subyektif : 1. Pasien mengatakan di diagnosa CKD ±9 bulan yang lalu dan dianjurkan cuci darah 2. Pasien mengatakan berat badan naik 2,5 Kg Data obyektif : 1. BB 68,5 kg, 2. Ureum: 233,2 mg/dL.(17.0-43.0) 3. Creatinin: 19,3 mg/dL (0.9-1.1) 4. GFR: 5,1 mL/min/1,73 m <sup>2</sup> 5. Balance cairan: + 173 cc/24jam	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia
2.	Data subyektif: 1. Pasien mengatakan nyeri kepala P : tekanan darah tinggi Q: seperti ditusuk-tusuk R: kepala S: skala 5 T: ± 3 menit Data obyektif : 1. Pasien meringis 2. Pasien lemas 3. TD: 180/100 mmHg	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
3.	Data subyektif : 1. Pasien mengeluh lemas dan penglihatan berkunang-kunang.	Peningkatan tekanan darah	Perfusi perifer tidak efektif

	Data obyektif : 1. Hb, 8,4 gr/dl 2. N: 92 x/menit 3. CRT 3 detik 4. Akral hangat 5. TD: 180/100 mmHg 6. Pasien anemia		
4.	Data subyektif: 1. Pasien mengatakan mudah lelah saat beraktivitas Data obyektif: 1. Ekspresi wajah lesu 2. Mengantuk 3. HB: 8,4 g/dL (14.0-18.0) 4. Tingkat kelelahan pasien 47 diukur menggunakan kuesioner <i>Fatigue Severity Scale (FSS)</i>	Kondisi fisiologis	Keletihan
5.	Data subyektif: 1. Pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya saat ini 2. Pasien mengatakan terkadang memikirkan mengenai penyakit ginjal yang dideritanya 3. Pasien mengatakan terkadang takut tentang kematian, tetapi tidak berkepanjangan karena mendapat dukungan dari ibu dan adiknya. Data obyektif: 1. Ekspresi wajah khawatir 2. Skala cemas 15 diukur menggunakan <i>Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)</i>	Ancaman terhadap kematian	Ansietas

## B. Diagnosa Keperawatan

1. Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)
2. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)
3. Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah (D.0009)
4. Keletihan b/d kondisi fisiologis (D.0057)
5. Ansietas b/d Ancaman terhadap kematian (D.0080)

## C. Intervensi Keperawatan

### 1. Rencana Tindakan (3S)

**Tabel 3.3. Intervensi Keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	<p><b>Keseimbangan Cairan (L.03020)</b> Setelah dilaksanakan tind. kep dlm jangka waktu 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil (KH):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BB yang semula skala sedang (3) menjadi cukup membaik (4)</li> <li>2. Tekanan Darah yang semula skala cukup memburuk (2) menjadi cukup membaik (4)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</b> <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> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.3. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama</li> <li>1.4. Batasi asupan cairan dan garam</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.6. Kolaborasi pemberian diuretik</li> </ol>
2.	Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p><b>Tingkat nyeri ( L .08066)</b> Setelah dilaksanakan tind. Kep dlm jangka waktu 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri yang semula skala sedang (3) menjadi menurun (5)</li> <li>2. Meringis yang semula skala sedang (3) menjadi menurun (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b> <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>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.3. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2.4. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2.5. Anjurkan memonitor</li> </ol>

			<p>nyeri secara mandiri</p> <p>2.6. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>2.7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
3.	Perfusi perifer tidak efektif b/d peningkatan tekanan darah (D.0009)	<p><b>Perfusi Perifer (L.02011)</b></p> <p>Setelah dilaksanakan tind. Kep dlm jangka waktu 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah sistolik yang semula skala cukup memburuk (2) menjadi cukup membaik (4)</li> <li>2. Tekanan darah diastolik yang semula skala cukup memburuk (2) menjadi cukup membaik (4)</li> </ol>	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, angle brachial index)</li> <li>3.2 Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>3.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>3.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.6 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu</li> <li>3.7 Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega3)</li> </ol>

4.	Keletihan b/d kondisi fisiologis (D.0057)	<p><b>Tingkat Keletihan (L.05046)</b></p> <p>Setelah dilakukan tind. Kep. dlm jangka waktu 3 x 24 jam diharapkan tingkat keletihan menurun dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi keletihan yang semula skala cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4)</li> <li>2. Kemampuan melakukan aktivitas rutin yang semula skala cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4)</li> <li>3. Verbalisasi pemulihan tenaga yang semula skala cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan keletihan</li> <li>4.2 Monitor keletihan fisik dan emosional</li> <li>4.3 Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4.4 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.5 Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</li> <li>4.6 Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.7 Anjurkan tirah baring</li> <li>4.8 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>4.9 Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala keletihan tidak berkurang</li> <li>4.10 Ajarkan strategi koping untuk mengurangi keletihan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.11 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol> <p><b>Aktivitas/Istirahat (1.12362)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.12 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik</li> <li>4.13 Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</li> <li>4.14 Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>4.15 Berikan kesempatan</li> </ol>
----	---	---	--

			<p>kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</p> <p>4.16 Lakukan intervensi <i>Massage and foot soak</i></p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>4.17 Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. kelelahan, sesak nafas saat aktivitas)</p>
5.	Ansietas b/d ancaman terhadap kematian (D.0080)	<p><b>Tingkat ansietas (I.09093)</b></p> <p>Setelah dilakukan tind. Kep dlm jangka waktu 3 x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku gelisah yang semula skala sedang (3) menjadi skala cukup menurun (4)</li> <li>2. Tekanan darah yang semula skala cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4)</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)</li> <li>5.2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>5.3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>5.5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>5.6. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>5.7. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5.8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>5.9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.10. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>5.11. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> </ol>

## 2. Intervensi inovasi

Menurunkan tingkat kelelahan pasien dengan *massage* dan *foot soak* adalah terapi atau pengobatan dengan mengkombinasikan pemijatan serta rendam kaki memakai air hangat (Farnia dan Rahmanian, 2019).

Intervensi yang akan dilaksanakan kepada pasien yakni dimulai dengan mengobservasi kondisi klien apakah ada alergi, kaji tingkat kelelahan pasien menggunakan kuesioner *Fatigue Severity Scale* (FSS). Sebelum menerapkan, penulis memperhatikan TTV (tanda-tanda vital), yang meliputi TD (tekanan darah), nadi, pernapasan serta temperatur badan. Kemudian pasien diposisikan dengan posisi duduk untuk melakukan intervensi perendaman dan dilanjutkan dengan pemijatan pada area kaki (Chao & Chiang, 2016).

Perendaman kaki ini diberikan berlangsung selama 20 menit dengan menggunakan air hangat dan dilanjutkan dengan pemijatan selama 30 menit. Di akhir intervensi peneliti akan melakukan observasi ulang tanda-tanda vital dan tingkat kelelahan menggunakan kuesioner untuk mengetahui tingkat kelelahan pasca pemberian *massage* dan *foot soak* yang digunakan sebagai pembandingan dalam pemberian intervensi (SOP terlampir). Sejalan dengan temuan riset terkait efektifitas rendam kaki dengan air hangat mengurangi kelelahan yang dilaksanakan selama 20 menit selama 3 hari (Wahda dan Ismahmudi, 2018).



Sedangkan intervensi pemijatan terbukti efektif menurunkan kelelahan yang telah dilakukan oleh Tusolihah dan Hidayat (2017), dengan melakukan pemijatan selama 30 menit pada pasien yang

dilaksanakan selama 3 hari berturut-turut menurunkan kelelahan pasien.








#### D. Implementasi Keperawatan







##### 1. Implementasi






**Tabel 3.4. Implementasi Keperawatan**






DX. KEP.	HARI, TGL, JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI PROSES	TTD																
I	Rabu, 25 Mei 2022 08.00	1.1 Memeriksa tanda-tanda vital (TD, Nadi, RR, Temp) dan memeriksa tanda kelebihan volume cairan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi</li> <li>▪ Pasien mengatakan badannya lemas</li> <li>▪ Pasien mengatakan tidak ada edema</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TD: 180/100mmHg</li> <li>▪ Nadi 92 kali/menit</li> <li>▪ RR 20x/menit</li> <li>▪ Tidak ada edema</li> </ul>																	
	08.05	1.2 Menghitung balance cairan (intake-output)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan sudah 2 kali BAK @ ± 150 cc</li> <li>▪ Pasien mengatakan kencing berwarna kuning</li> <li>▪ Pasien mengatakan minum 4 kali @ 100 ml</li> <li>▪ Pasien mengatakan BAB 2 kali</li> </ul> <p>O:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Input</th> <th>Cc</th> <th>Output</th> <th>Cc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Air (makan + minum)</td> <td>900 cc</td> <td>Feses Urine</td> <td>100 cc 300 cc</td> </tr> <tr> <td>Air metabolisme (5 cc x BB)</td> <td>343cc</td> <td>IWL</td> <td>670 cc</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>1243 cc</td> <td>Total</td> <td>1070 cc</td> </tr> </tbody> </table> <p>Balance cairan : intake –output 1243-1070= +173 cc/24 jam</p>	Input	Cc	Output	Cc	Air (makan + minum)	900 cc	Feses Urine	100 cc 300 cc	Air metabolisme (5 cc x BB)	343cc	IWL	670 cc	Total	1243 cc	Total	1070 cc	
Input	Cc	Output	Cc																	
Air (makan + minum)	900 cc	Feses Urine	100 cc 300 cc																	
Air metabolisme (5 cc x BB)	343cc	IWL	670 cc																	
Total	1243 cc	Total	1070 cc																	
















II	08.10	1.3 Menimbang berat badan pasien	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan berat badan naik 2,5 kg</li> </ul> O:	
	08.15	1.4 Menganjurkan pasien untuk membatasi cairan yang masuk $\pm$ 600 cc/24 jam	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan akan membatasi jumlah minum yang dikonsumsi dalam sehari sebanyak <math>\pm</math> 600 cc setiap harinya dengan menakar minuman dalam botol aqua ukuran 600 ml.</li> </ul> O:	
	08.20	2.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (P, Q, R, S, T)	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih nyeri namun sudah lebih rileks</li> </ul> P : tekanan darah tinggi Q: seperti ditusuk-tusuk R: Kepala S: Skala 5 T: $\pm$ 3 menit O:	
	08.25	2.2 Mengukur Skala nyeri	S: - O:	
III	08.30	2.3 Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam)	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan akan mengikuti instruksi perawat melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> O:	 
	08.35	3.1 Memonitor warna dan suhu kulit	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan tidak ada keluhan demam</li> </ul> O:	
	08.40	3.2 Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi.</li> </ul> O:	






IV	08.45	4.1 Mengkaji penyebab kelelahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CRT 3 detik</li> <li>▪ Konjungtiva anemis</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan badannya lelah saat melakukan aktivitas berat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TD 180/100 mmhg</li> <li>▪ Nadi 92 x/menit</li> <li>▪ RR 20 x/menit</li> <li>▪ T: 36,7°C</li> </ul>	
	09.00	4.3 Memonitor pola tidur dan lamanya tidur	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan tidur malam 8 jam, tidur siang 1-2 jam</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien tampak rileks</li> </ul>	
	09.05	4.4 Mengukur kelelahan menggunakan <i>Fatigue Severity Scale</i> (kuesioner <i>FSS</i> )	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Skala tingkat kelelahan pasien 47</li> </ul>	
	09.10	4.16 Melakukan terapi massage dan rendam kaki dengan air hangat.	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan lebih tenang setelah diberikan massage dan rendam kaki oleh perawat.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ekspresi tampak rileks</li> </ul>	
	10.15	4.4 Mengukur kelelahan menggunakan <i>Fatigue Severity Scale</i> (kuesioner <i>FSS</i> )	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tingkat kelelahan pasien dari 47 menjadi 35 (tingkat kelelahan menurun)</li> </ul>	
V	10.20	5.1 Mengkaji penyebab cemas yang dirasakan pasien	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan takut dengan kondisi sakit yang dirasakan dengan kemungkinan risiko yang bisa terjadi dengan penyakitnya.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pasien tampak semangat bercerita</li> </ul>	
	10.25	5.3 Mengkaji respon kecemasan pasien baik verbal	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan terkadang masih memikirkan tentang</li> </ul>	








		maupun non verbal	penyakitnya.									
	10.30	5.7 Mendengarkan keluhan yang dirasakan oleh pasien	O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ekspresi pasien khawatir</li> <li>Skala cemas 15 diukur menggunakan <i>Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)</i></li> </ul> S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan terkadang masih memikirkan tentang penyakitnya.</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak semangat bercerita</li> </ul>	  								
	10.35	5.9 Menganjurkan Pasien untuk mengurangi kecemasan (dengan mendengarkan murottal quran, berzikir)	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan akan melakukan instruksi perawat</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak tenang dan rileks.</li> </ul>									
I	Kamis, 26 Mei 2022 08.00	1.1 Memeriksa tanda-tanda vital (TD, Nadi, RR, Temp) dan memeriksa tanda kelebihan volume cairan	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi</li> <li>Pasien mengatakan badannya lemas</li> <li>Pasien mengatakan tidak ada edema</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 170/90 mmHg</li> <li>N: 80x/menit</li> <li>RR: 20x/menit</li> <li>Tidak ada edema</li> </ul>									
	08.05	1.2 Menghitung Balance Cairan (Intake-Output)	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan kencing berwarna kuning</li> <li>Pasien mengatakan minum 4 kali @ 100 ml</li> <li>Pasien mengatakan BAK : 375 cc</li> <li>Pasien mengatakan BAB 2 kali</li> </ul> O: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Input</th> <th>Cc</th> <th>Output</th> <th>Cc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Air (makan</td> <td>900 cc</td> <td>Feses</td> <td>100 cc</td> </tr> </tbody> </table>	Input	Cc	Output	Cc	Air (makan	900 cc	Feses	100 cc	
Input	Cc	Output	Cc									
Air (makan	900 cc	Feses	100 cc									

				+		Urine	375	
				minum)			cc	
				Air	343cc	IWL	670	
				metabo			cc	
				lisme				
				(5 cc x				
				BB)				
				Total	1243	Total	114	
					cc		5 cc	
				Balance cairan : intake –output 1243-1145= +98 cc/24 jam.				
II	08.10	1.3	Menimbang berat badan pasien	S:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan berat badan masih sama dengan kemaren</li> </ul>			
	08.15	1.4	Menganjurkan pasien untuk membatasi cairan yang masuk ± 600 cc/24 jam	O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>BB 68,5 kg</li> </ul>			
				S:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan akan membatasi jumlah minuman yang diminum dalam sehari ± 600 cc/24 jam dengan menakar dalam botol aqua ukuran 600 ml.</li> </ul>			
				O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien kooperatif saat diberikan saran oleh perawat</li> </ul>			
	08.20	2.1	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (P, Q, R, S, T)	S:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyeri berkurang</li> </ul> <p>P : tekanan darah tinggi Q: seperti ditusuk-tusuk R: Kepala S: skala 4 T: ± 2menit</p>			
	08.25	2.2	Mengidentifikasi skala nyeri	O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 170/90 mmHg</li> <li>Pasien rileks</li> </ul>			
	08.30	2.3	Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam)	S: -				
				O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skala 4</li> </ul>			
				S:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan akan mengikuti instruksi perawat melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul>			
				O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tampak pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul>			





III	08.35	3.1 Memonitor warna dan suhu kulit	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan badannya tidak demam</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Warna kulit kehitaman</li> <li>Akral hangat</li> <li>T:37,3°C</li> </ul>	
	08.40	3.2 Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>CRT 3 detik</li> </ul>	
IV	08.45	4.1 Mengkaji penyebab kelelahan	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan ia cepat lelah apabila banyak melakukan kegiatan</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemas</li> <li>TTV: 170/90 mmHg</li> </ul>	
	09.00	4.3 Memonitor pola tidur dan lamanya tidur	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan tidur 8 jam</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak rileks</li> </ul>	
	09.05	4.4 Mengukur kelelahan menggunakan <i>Fatigue Severity Scale</i> (kuesioner <i>FSS</i> )	S: - O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Skala tingkat kelelahan 42</li> </ul>	
	09.10	4.16 Melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat dan pijat kaki	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan akan mengikuti instruksi perawat</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan teknik rendam dan pijat kaki</li> </ul>	
	10.15	4.4 Mengukur kelelahan menggunakan <i>Fatigue Severity Scale</i> (kuesioner <i>FSS</i> )	S: - O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tingkat kelelahan pasien dari 42 menjadi 33 setelah dilakukan inovasi rendam kaki dengan air hangat dan pijat kaki.</li> </ul>	
V	10.20	5.1 Mengkaji penyebab cemas yang dirasakan klien	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>klien mengatakan takut dengan kondisi sakit yang dirasakan dengan kemungkinan risiko yang bisa</li> </ul>	

	10.25	5.3. Mengkaji respon kecemasan pasien baik verbal maupun non verbal.	<p>terjadi dengan penyakitnya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pasien tampak semangat bercerita</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan kondisinya sudah membaik dan lebih tenang menghadapi perawatan dan sakitnya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ekspresi pasien tenang dan rileks</li> <li>▪ Skala cemas 14 diukur menggunakan <i>Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)</i></li> </ul>	
	10.30	5.7. Mendengarkan keluhan yang dirasakan oleh pasien	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan terkadang masih memikirkan tentang penyakitnya.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien tampak bersemangat saat bercerita</li> </ul>	
	10.35	5.9. Menganjurkan pasien untuk mengurangi kecemasan (dengan mendengarkan murottal quran, berzikir)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan akan melakukan instruksi perawat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien tampak tenang dan rileks</li> </ul>	
I	Jumat, 27 Mei 2022 08.00	1.1. Memeriksa tanda-tanda vital (TD, Nadi, RR, Temp) dan memeriksa tanda kelebihan volume cairan.	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi.</li> <li>▪ Pasien mengatakan tidak ada edema</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TD: 160/90 mmHg</li> <li>▪ Nadi 89x/menit</li> <li>▪ RR: 22x/menit</li> <li>▪ Tidak ada edema</li> </ul>	
	08.05	1.2 Menghitung balance cairan (Intake-output)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan sudah 3 kali BAK ± 350 cc</li> <li>▪ Pasien mengatakan kencing berwarna kuning</li> <li>▪ Pasien mengatakan minum 3 kali @ 100 ml</li> <li>▪ Pasien mengatakan BAB 1</li> </ul>	

II	08.10	1.3	Menimbang berat badan pasien	<p>kali</p> <p>O:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Input</th> <th>Cc</th> <th>Output</th> <th>Cc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Air (makan + minum)</td> <td>800 cc</td> <td>Feses Urine</td> <td>50 cc 350 cc</td> </tr> <tr> <td>Air metabolisme (5 cc x BB)</td> <td>343cc</td> <td>IWL</td> <td>670 cc</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>1143 cc</td> <td>Total</td> <td>1070 cc</td> </tr> </tbody> </table> <p>Balance cairan : intake –output 1143-1070= +73 cc/24 jam</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan berat badan turun 1 kg</li> </ul>	Input	Cc	Output	Cc	Air (makan + minum)	800 cc	Feses Urine	50 cc 350 cc	Air metabolisme (5 cc x BB)	343cc	IWL	670 cc	Total	1143 cc	Total	1070 cc	
	Input	Cc	Output	Cc																	
	Air (makan + minum)	800 cc	Feses Urine	50 cc 350 cc																	
	Air metabolisme (5 cc x BB)	343cc	IWL	670 cc																	
	Total	1143 cc	Total	1070 cc																	
08.15	1.4	Menganjurkan pasien untuk membatasi cairan yang masuk ± 600 cc/24 jam	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BB: 67,5 kg</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan akan membatasi jumlah minuman yang masuk sebanyak ± 600 cc dalam botol aqua ukuran 600 cc/24 jam.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien kooperatif saat diberikan saran oleh perawat</li> </ul>																		
08.20	2.1	Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (P, Q, R, S, T)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TD: 160/90 mmHg</li> <li>▪ Pasien tampak rileks</li> </ul>																		
08.25	2.2	Mengukur skala nyeri	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Skala 0</li> </ul>																		
08.30	2.3	Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan meskipun sekarang tidak nyeri namun jika nyeri muncul klien akan melakukan teknik relaksasi napas dalam seperti yang diajarkan perawat.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengajarkan teknik relaksasi</li> </ul>																		

III	08.35	3.1 Memonitor warna dan suhu kulit	<p>nafas dalam</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan tidak ada keluhan panas</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Warna kulit kehitaman</li> <li>Akral hangat</li> <li>T:37<sup>0</sup>C</li> </ul>	
	08.40	3.2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi.	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CRT 3 detik</li> <li>Konjungtiva anemis</li> </ul>	
IV	08.45	4.1. Mengkaji penyebab kelelahan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan ia cepat lelah apabila banyak melakukan kegiatan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemas</li> <li>TD: 160/90 mmHg</li> </ul>	
	09.00	4.3 Memonitor pola tidur dan lamanya tidur	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan tidur 7 jam</li> </ul> <p>O: -</p>	
	09.05	4.4 Menggunakan kelelahan menggunakan menggunakan <i>Fatigue Severity Scale</i> (kuesioner <i>FSS</i> )	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tingkat kelelahan pasien 40 diukur menggunakan kuesioner <i>FSS</i>, yang berarti klien mengalami kelelahan</li> </ul>	
	09.10	4.16 Melakukan terapi massage dan foot soak	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyaman dan rileks selama dilakukan perendaman kaki dan pijatan kaki</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien rilek dan mengikuti proses terapi rendam dan pijat kaki yang diberikan perawat</li> </ul>	
	10.15	4.4 Mengukur kelelahan pasien menggunakan <i>Fatigue Severity Scale</i> (kuesioner <i>FSS</i> )	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tingkat kelelahan pasien dari 40 menjadi 26 setelah dilakukan inovasi rendam kaki air hangat dan pijat kaki</li> </ul>	
	10.20	4.17 Menginstruksikan	<p>S:</p>	



V	10.25	5.1 Mengkaji penyebab cemas yang dirasakan pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan akan tetap melakukan terapi rendam kaki dengan air hangat dan pijat kaki.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien tampak bersungguh-sungguh.</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan saat ini sudah tidak cemas lagi karena sudah menyerahkan segalanya kepada Allah SWT.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien tampak semangat bercerita.</li> </ul>	
	10.30	5.3 Mengkaji respon kecemasan pasien baik verbal maupun non verbal	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan sudah tidak cemas</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien tampak rileks setelah mengungkapkan masalah</li> </ul>	
	10.35	5.7 Mendengarkan keluhan yang dirasakan oleh pasien	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan sudah pasrah dengan penyakitnya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien tampak bersemangat saat bercerita</li> </ul>	
	10.40	5.9 Mengajukan pasien untuk mengatasi kecemasan jika suatu saat muncul kembali (dengan mendengarkan murottal quran, berzikir)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan sudah mengikuti instruksi perawat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengikuti instruksi selama sesi intervensi dikerjakan</li> </ul>	

## 2. Implementasi Inovasi *Massage* dan *Foot Soak*

Implementasi inovasi tindakan pemberian rendam dan pijat kaki pada Tn. M dilakukan untuk menurunkan tingkat kelelahan pasien. Intervensi yang akan dilaksanakan kepada klien yakni dimulai dengan mengobservasi kondisi klien apakah ada alergi, kaji tingkat kelelahan

klien menggunakan kuesioner *Fatigue Severity Scale* (FSS). Sebelum menerapkan, penulis memperhatikan TTV (tanda-tanda vital), yang meliputi TD (tekanan darah), nadi, pernapasan serta temperatur badan. Kemudian klien diposisikan senyaman mungkin yakni posisi duduk untuk melakukan intervensi *massage* dan *foot soak*.

Pemberian rendam dan pijat kaki ini berlangsung selama 20 menit untuk perendaman dengan air hangat dan dilanjutkan pemijatan selama 30 menit. Di akhir intervensi peneliti mengobservasi ulang tanda-tanda vital dan tingkat kelelahan menggunakan kuesioner untuk mengetahui tingkat kelelahan pasca pemberian rendam kaki air hangat dan *massage* kaki yang dipakai sebagai pembandingan dalam pemberian intervensi (SOP terlampir).

### 3. Hasil implementasi inovasi tindakan pemberian *massage* dan *foot soak* untuk pasien CKD dengan keletihan

Sebelum dilakukan pemberian *massage* dan *foot soak* pada klien diperiksa kondisi umum dan tanda-tanda vital dan menjawab pertanyaan kuesioner FSS, setelah itu sesi dimulai selama 20 menit rendam kaki dan pemijatan selama 30 menit. Setelah itu pasien diukur lagi tingkat kelelahannya dengan menggunakan kuesioner FSS.

**Tabel 3.5. Skor Kelelahan Sebelum dan Sesudah Pemberian Massage dan Foot Soak**

Hari, Tanggal	Skor Tingkat Kelelahan Pre Implementasi	Skor Tingkat Kelelahan Post Implementasi
Rabu, 25 Mei 2022	47 ( skor $\geq 36$ menunjukkan pasien mengalami tingkat kelelahan yang signifikan)	35 (skor $< 36$ menunjukkan pasien tidak mengalami kelelahan)
Kamis, 26 Mei 2022	42 ( skor $\geq 36$ menunjukkan pasien mengalami tingkat kelelahan yang signifikan)	33 (skor $< 36$ menunjukkan pasien tidak mengalami kelelahan)
Jumat, 27 Mei 2022	40 ( skor $\geq 36$ menunjukkan pasien mengalami tingkat kelelahan yang signifikan)	26 (skor $< 36$ menunjukkan pasien tidak mengalami kelelahan)


Pengelolaan klien Tn, M dengan pemberian intervensi inovasi *massage* dan *foot soak* dibandingkan dengan klien kontrol yakni Ny. N yang tidak diberikan intervensi inovasi *massage* dan *foot soak* dapat dilihat dengan pengukuran skor kelelahan sebagai berikut :



**Tabel 3.6 Skor Kelelahan Klien Intervensi dan Kontrol**



Hari, Tanggal	Skor Tingkat Kelelahan Tn. M	Hari, Tanggal	Skor Tingkat Kelelahan Ny. N
Rabu, 25 Mei 2022	35 (skor <36 menunjukkan pasien tidak mengalami kelelahan)	Senin, 30 Mei 2022	40 ( skor ≥36 menunjukkan pasien mengalami tingkat kelelahan yang signifikan)
Kamis, 26 Mei 2022	33 (skor <36 menunjukkan pasien tidak mengalami kelelahan)	Selasa, 31 Mei 2022	41 ( skor ≥36 menunjukkan pasien mengalami tingkat kelelahan yang signifikan)
Jumat, 27 Mei 2022	26 (skor <36 menunjukkan pasien tidak mengalami kelelahan)	Rabu, 01 Juni 2022	40 ( skor ≥36 menunjukkan pasien mengalami tingkat kelelahan yang signifikan)




## E. Evaluasi Keperawatan



**Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan**




Hari, Tgl, Jam	Dx. Kep.	Evaluasi Hasil	TTD																
Rabu, 25 Mei 2022 10:50	<b>I</b>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi</li> <li>▪ Pasien mengatakan badannya lemas</li> <li>▪ Pasien mengatakan berat badan naik 2,5 kg</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TD: 170/100mmHg</li> <li>▪ N: 90 x/menit</li> <li>▪ RR: 20x/menit</li> <li>▪ T: 36,7<sup>0</sup> C</li> <li>▪ BB: 68,5 kg</li> <li>▪ Balance Cairan: +173 cc/24 jam</li> </ul> <p>A: Masalah hipervolemia teratasi sebagian dari indikator sebagai berikut :</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BB</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Balance 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.</p>	Indikator	pre	taget	post	BB	3	4	3	Tekanan Darah	2	4	3	Balance Cairan	3	4	3	
Indikator	pre	taget	post																
BB	3	4	3																
Tekanan Darah	2	4	3																
Balance Cairan	3	4	3																

10.55	<b>II</b>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan nyeri di kepala berkurang</li> </ul> <p>P : tekanan darah tinggi  Q: seperti ditusuk-tusuk  R: kepala  S: skala 4  T: ± 3menit</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien rileks</li> <li>▪ TD 170/100 mmHg.</li> <li>▪ N: 90 x/menit</li> <li>▪ RR: 20x/menit</li> <li>▪ T: 36,7<sup>0</sup> C</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian dengan indikator sebagai berikut :</p> <table border="1" data-bbox="715 763 1251 871"> <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: Pertahankan intervensi 2.1, 2.2, 2.3.</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												
11.00	<b>III</b>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan kaki dan perutnya tidak bengkak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Warna kulit kehitaman</li> <li>▪ Akral hangat</li> <li>▪ T:36,7<sup>0</sup>C</li> <li>▪ CRT 3 detik</li> <li>▪ Tidak ada edema</li> <li>▪ TD 170/100 mmHg</li> </ul> <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian dengan indikator sebagai berikut:</p> <table border="1" data-bbox="715 1368 1251 1440"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Pertahankan intervensi 3.1, 3.2.</p>	Indikator	pre	Taget	post	Tekanan Darah	2	4	3					
Indikator	pre	Taget	post												
Tekanan Darah	2	4	3												



11.05	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan tidak dapat beraktivitas banyak karena mudah lelah, tetapi setelah diberikan inovasi rendam kaki dengan air hangat dan pijat kaki klien mengatakan lelah berkurang.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien lemas</li> <li>▪ Tingkat kelelahan pasien 47 diukur menggunakan kuesioner FSS, yang berarti klien mengalami kelelahan, setelah dilakukan inovasi rendam kaki dengan air hangat dan pijat kaki, pasien tampak rileks, skala tingkat kelelahan pasien dari 47 menjadi 35 (tingkat kelelahan menurun)</li> </ul> <p>A: Masalah kelelahan teratasi sebagian dari indikator sebagai berikut :</p> <table border="1" data-bbox="715 759 1249 1010"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kelelahan</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan aktivitas rutin</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi Pemulihan tenaga</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Pertahankan intervensi 4.1, 4.3, 4.4, 4.16.</p>	Indikator	pre	Taget	post	Verbalisasi kelelahan	2	4	3	Kemampuan aktivitas rutin	2	4	3	Verbalisasi Pemulihan tenaga	2	4	3	
Indikator	pre	Taget	post																
Verbalisasi kelelahan	2	4	3																
Kemampuan aktivitas rutin	2	4	3																
Verbalisasi Pemulihan tenaga	2	4	3																
11.10	V	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan cemas berkurang.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ekspresi wajah rileks</li> <li>▪ TD: 170/100mmHg</li> <li>▪ N: 90 x/menit</li> <li>▪ RR: 20x/menit</li> <li>▪ T: 36,7<sup>0</sup> C</li> <li>▪ Skala cemas 15 diukur menggunakan <i>Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)</i></li> </ul> <p>A: Masalah ansietas teratasi sebagian dari skala indikator sebagai berikut :</p> <table border="1" data-bbox="715 1507 1249 1619"> <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>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Pertahankan intervensi 5.1, 5.3, 5.7, 5.9.</p>	Indikator	pre	Taget	post	Perilaku Gelisah	3	4	4	Tekanan Darah	2	4	3					
Indikator	pre	Taget	post																
Perilaku Gelisah	3	4	4																
Tekanan Darah	2	4	3																
Kamis, 26 Mei 2022 10.50	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi</li> <li>▪ Pasien mengatakan badannya lemas</li> <li>▪ Pasien mengatakan berat badan naik 2,5 kg</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TD: 170/90mmHg</li> <li>▪ N: 89 x/menit</li> <li>▪ T: 37,3<sup>0</sup> C</li> </ul>																	

10.55		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RR: 20x/menit</li> <li>▪ BB: 68,5 Kg</li> <li>▪ Balance Cairan : + 98 cc/ 24 jam</li> </ul> <p>A: Masalah hipervolemia teratasi sebagian dari indikator sebagai berikut:</p> <table border="1" data-bbox="715 409 1249 555"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BB</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> <tr> <td>Balance 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.</p>	Indikator	pre	taget	post	BB	3	4	3	Tekanan Darah	3	4	3	Balance Cairan	3	4	3	
Indikator	pre	taget	post																
BB	3	4	3																
Tekanan Darah	3	4	3																
Balance Cairan	3	4	3																
11.00	<b>II</b>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang</li> </ul> <p>P : tekanan darah tinggi Q: seperti ditusuk-tusuk R: kepala S: skala 3 T: ± 2menit</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien rileks</li> <li>▪ TD: 170/90mmHg</li> <li>▪ N: 89 x/menit</li> <li>▪ T: 37,3<sup>0</sup> C</li> <li>▪ RR: 20x/menit</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian dengan indikator sebagai berikut:</p> <table border="1" data-bbox="715 1189 1249 1301"> <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>P: Pertahankan intervensi 2.1, 2.2, 2.3.</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																
11.00	<b>III</b>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan kaki dan perutnya tidak bengkak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Warna kulit kehitaman</li> <li>▪ Akral hangat</li> <li>▪ T:37,2<sup>0</sup>C</li> <li>▪ CRT 3 detik</li> <li>▪ Tidak ada edema</li> <li>▪ TD: 170/90 mmHg</li> </ul> <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian dari indikator sebagai berikut:</p> <table border="1" data-bbox="715 1827 1249 1939"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keletihan</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Pertahankan intervensi 3.1, 3.2.</p>	Indikator	pre	Taget	post	Keletihan	2	4	3	Tekanan Darah	2	4	3					
Indikator	pre	Taget	post																
Keletihan	2	4	3																
Tekanan Darah	2	4	3																

11.05	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan ia cepat lelah apabila banyak melakukan kegiatan, namun sesudah dilakukan inovasi rendam kaki dengan air hangat dan pijat kaki lelah berkurang.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemas</li> <li>Tingkat kelelahan pasien 42 diukur menggunakan kuesioner FSS, yang berarti klien mengalami kelelahan, pasien tampak rileks sesudah dilakukan inovasi rendam kaki dengan air hangat dan pijat kaki skala tingkat kelelahan pasien dari 42 menjadi 33 (tingkat kelelahan menurun)</li> </ul> <p>A: Masalah keletihan teratasi sebagian dari indikator sebagai berikut :</p> <table border="1" data-bbox="715 797 1251 1048"> <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>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 4.1, 4.3, 4.4, 4.16.</p>	Indikator	pre	Taget	post	Verbalisasi kelelahan	3	4	4	Kemampuan aktivitas rutin	3	4	3	Verbalisasi Pemulihan tenaga	3	4	4	
Indikator	pre	Taget	post																
Verbalisasi kelelahan	3	4	4																
Kemampuan aktivitas rutin	3	4	3																
Verbalisasi Pemulihan tenaga	3	4	4																
11.10	V	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan cemas berkurang</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ekspresi wajah rileks</li> <li>TD: 170/90mmHg</li> <li>N: 89 x/menit</li> <li>T: 37,3<sup>0</sup> C</li> <li>RR: 20x/menit</li> <li>Skala cemas 14 diukur menggunakan <i>Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)</i></li> </ul> <p>A: Masalah ansietas teratasi sebagian dari skala indikator sebagai berikut:</p> <table border="1" data-bbox="715 1581 1251 1693"> <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 5.1, 5.3, 5.7, 5.9.</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																
Jumat, 27 Mei 2022 10.50	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi</li> <li>Pasien mengatakan berat badan turun 1 kg</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 160/90mmHg</li> <li>N: 89 x/menit</li> </ul>																	

10.55		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RR: 22x/ menit</li> <li>▪ T: 37<sup>0</sup> C</li> <li>▪ BB: 67,5 kg</li> <li>▪ Balance Cairan: +73 cc/24 jam</li> </ul> <p>A: Masalah hipervolemia teratasi sebagian dari indikator sebagai berikut :</p> <table border="1" data-bbox="711 443 1246 591"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BB</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> <tr> <td>Balance 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.</p>	Indikator	pre	taget	post	BB	3	4	4	Tekanan Darah	3	4	4	Balance Cairan	3	4	3	
Indikator	pre	taget	post																
BB	3	4	4																
Tekanan Darah	3	4	4																
Balance Cairan	3	4	3																
11.00	<b>II</b>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan sudah tidak nyeri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien tampak rileks</li> <li>▪ TD: 160/90mmHg</li> <li>▪ N: 89 x/menit</li> <li>▪ RR: 22x/ menit</li> <li>▪ T: 37<sup>0</sup> C</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi dengan indikator sebagai berikut:</p> <table border="1" data-bbox="711 1048 1246 1160"> <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 2.1, 2.2, 2.3.</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																
11.05	<b>III</b>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan kaki dan perutnya tidak bengkak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Warna kulit kehitaman</li> <li>▪ Akral hangat</li> <li>▪ T:37<sup>0</sup>C</li> <li>▪ CRT 3 detik</li> <li>▪ Tidak ada edema</li> <li>▪ TD: 160/90mmHg</li> </ul> <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dari indikator sebagai berikut:</p> <table border="1" data-bbox="711 1653 1246 1727"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>pre</th> <th>Taget</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Pertahankan intervensi 3.1, 3.2.</p>	Indikator	pre	Taget	post	Tekanan Darah	3	4	4									
Indikator	pre	Taget	post																
Tekanan Darah	3	4	4																
11.05	<b>IV</b>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan tidak dapat beraktifitas banyak karena mudah lelah, namun sesudah diberikan inovasi rendam kaki dengan air hangat dan pijat kaki klien mengatakan lelah berkurang.</li> </ul>																	



11.10	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tingkat kelelahan pasien 40 diukur menggunakan kuesioner FSS, yang berarti klien mengalami kelelahan, namun setelah diberikan inovasi rendam kaki dengan air hangat dan pijat kaki pasien tampak rileks, skala tingkat kelelahan pasien dari 40 menjadi 26 (tingkat kelelahan menurun)</li> </ul> <p>A: Masalah keletihan teratasi dari indikator sebagai berikut :</p> <table border="1" data-bbox="715 548 1251 801"> <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 4.1, 4.3, 4.4, 4.16, 4.17.</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															
V	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengatakan sudah berserah diri kepada Allah atas apa yang terjadi pada dirinya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien tampak rileks</li> <li>▪ TD: 160/90mmHg</li> <li>▪ N: 89 x/menit</li> <li>▪ RR: 22x/ menit</li> <li>▪ T: 37<sup>0</sup> C</li> </ul> <p>A: Masalah ansietas teratasi dari skala indikator sebagai berikut:</p> <table border="1" data-bbox="715 1261 1251 1373"> <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.5.1, 5.3, 5.7, 5.9.</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															