

### BAB III

#### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

##### A. Pengkajian Kasus

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 08 November 2021 jam 14.00 WITA dengan menggunakan format pengkajian pasien keperawatankritis.

###### 1. Identitas Klien

Nama Klien	: Tn. S
Umur	: 63 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Wiraswasta
Pendidikan	: SLTA
Agama	: Islam
Suku	: Jawa
Status perkawinan	: Menikah
Alamat	: Jl. Wahid Hasyim
Sumber pembiayaan	: BPJS
Diagnosa medis	: CKD on HD
Sumber informasi	: Klien dan Data rekam medik

Klien bernama Tn. S, berjenis kelamin laki-laki, usia 63 tahun, klien sudah menikah, beragama Islam, pendidikan terakhir SLTA, alamat rumah di Jl. Wahid Hasyim klien bekerja sebagai wiraswasta.

Klien sedang dirawat jalan di hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sejak 3 bulan yang lalu.

#### Keluhan Utama

a. Saat masuk Rumah Sakit (3 bulan yang lalu)

Klien mengatakan klien masuk karena hipertensi, mual, muntah, tidak mau makan dan klien di diagnosa gagal ginjal kronik 3 bulan yang lalu sehingga klien disarankan dokter untuk dilakukan pencucian darah.

b. Saat pengkajian (08 November 2021)

Klien dipasang *Needle Fistula* di tangan kiri. Kesadaran klien pada saat pengkajian dengan nilai GCS (*Glasgow Coma Scale*): *Eyes* 4 (membuka mata spontan), *Verbal* 5 (orientasi penuh), *Motorik* 6 (mengikuti perintah) dan didapatkan hasil 15 yaitu Composmentis (CM), Klien tidak merasa sesak, dan nyeri di bagian penusukan simino dengan skala nyeri 4, klien tampak menjaga tangan yang terpasang simino, terdapat edem diekstremitas bawah (kaki).

c. Alasan dirawat di rumah sakit

Klien mengalami gagal ginjal kronik dan kondisi klien lemah saat itu, sehingga klien dianjurkan untuk rawat jalan atau dilakukan hemodialisa. Jadwal hemodialisa pasien 2 kali seminggu yaitu pada hari senin dan kamis siang.

d. Riwayat penyakit dahulu

Klien mengatakan  $\pm$  2 tahun yang lalu menderita penyakit hipertensi, dan gejala penyakit jantung, klien mengkonsumsi obat-obatan hipertensi Amlodipin 10mg (dipagi hari) dan Micardis (dimalam hari)

untuk menurunkan tekanan darahnya, klien dulu merokok.

e. Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengannya (CKD) namun klien mengatakan bapaknya mempunyai penyakit hipertensi.

2. Data Khusus

a. *Primary Survey*

1) Airway

Tidak ada sumbatan pada jalan nafas yang berupa sekret/ darah.

2) Breathing

Respirasi 21x/menit, pola nafas reguler, tidak ada pernafasan bibir ataupun cuping hidung, tidak ada sianosis.

3) Circulation

Tidak ada perdarahan aktif, Nadi 85x/menit, tekanan darah 160/80 mmHg, akral dingin, tidak sianosis, temperature 36,5°C. CRT < 3 detik.

b. *Secondary Survey*

1) Breathing

Saat pengkajian RR klien 21x/i, klien tidak mengalami sesak nafas, tidak ada penumpukan sekret, tidak terdapat bunyi tambahan dilapangparu.

2) Brain

Saat pengkajian kesadaran: Compos Mentis, GCS: E<sub>4</sub>, M<sub>6</sub>, V<sub>5</sub>, reaksi pupil mata isokor (kanan dan kiri).

## 3) Blood

Saat pengkajian didapatkan TD= 160/80 mmHg, Nadi= 100x/i, nadi cepat serta dangkal dan reguler, akral teraba dingin, saat hemodialisa terapi injeksi heparin 0,8 cc dan diinjeksi melalui mesin.

## 4) Bladder

Klien tidak ada distensi pada kandung kemih, klien sulit BAK, warna urin kuning keruh, jumlah volume urin  $\pm$  50 ml/24 jam.

## 5) Bowel

Saat pengkajian klien tidak ada distensi pada abdomen, bising usus 14x/i, BAB klien 1x hari, klien makan nasi, sayur, dan lauk pauk, buah-buahan tetapi klien juga menghindari makanan yang bisa memicu naiknya tekanan darah seperti daun singkong.

## 6) Bone

Pada saat pengkajian tangan kiri terpasang needle fistula, tidak ada edem, klien mengalami nyeri pada area simino P : nyeri ketika banyak bergerak dan upaya klien untuk mengurangi nyeri adalah mencari posisi yang nyaman Q : seperti ditusuk-tusuk R : tangan kiri S (Wong baker): Skala 4, T : 5-10 menit.

Pada saat pengkajian didapatkan kekuatan otot klien

kanan kiri

5	4
5	5

## 7) Fluid

## a) Intake

- 1) Minum 200cc/24 jam
- 2) Air dalam makan : 150cc/24 jam
- 3) Basal metabolisme : 250
- 4) Total input : 600cc/24 jam

## b) Output

- 1) urine  $\pm$  50/24 jam
- 2) BAB  $\pm$  60CC/ 24 jam
- 3) IWL 36,25 CC/24 jam
- 4) Total Output : 146,25cc/24jam  

$$BC = \text{Input} - \text{Output}$$

$$600\text{cc} / 24 \text{ jam} - 146,25\text{cc} / 24 \text{ jam} = +453,75\text{cc}$$

## c. Pengkajian Tambahan

## 1) Pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan

Klien mengatakan saat ini sedang mengalami sakit ginjal dan susah untuk sembuh. Klien mengatakan takut jika tidak bisa sembuh dan pulang kerumah. Klien mengatakan sebelum di diagnosa mengalami penyakit ginjal klien mempunyai riwayat hipertensi. Saat ini klien sedang menjalani cuci darah sesuai jadwal yang telah dijadwalkan yaitu dua kali seminggu, dan klien sudah 3 bulan menjalani hemodialisa, Klien juga mengatakan sudah mengikuti anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan dan menjaga diet nyayang sesuai.

## 2) Pola nutrisi-metabolik

Klien mengatakan nafsu makan baik, BB : 58kg, klien makan 3 kali dalam sehari, tidak ada terdapat mual dan muntah, berat

badan klien setiap cuci akan bertambah 3-4 kg dari BB post hemodialisa. Konjungtiva anemis, akral teraba dingin, CRT < 3 detik. Tidak ada perdarahan. Klien tidak memiliki alergi terhadap makanan atau obat-obatan. BU 14x/i, tidak ada distensi pada abdomen, mukosa bibir kering, kulit berwarna keabuan dan kering.

3) Pola eliminasi

Klien mengatakan BAK jarang dalam sehari bisa 2 kali bahkan bisa 1 kali sedikit dan sangat susah untuk mengeluarkannya. BAB pasien 1 kali sehari namun bisa juga 2 hari sekali dengan konsistensisedikit keras .

4) Pola aktivitas-latihan

Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas yang berat, biladirumah pasien terkadang meminta bantuan untuk melakukan aktivitas, Kekuatan otot pada ekstremitas atas kiri 4, ekstremitas ataskanan dan bawah bernilai 5. Terdapat edem pada ekstremitas awah.

5) Pola tidur dan istirahat

Klien mengatakan biasa tidur jam 23.00 atau 24.00 malam namun sering terbangun setiap 2 jam sekali, (saat mempunyai penyakit gagal ginjal kronik) dan pada siang hari klien bisa tidur hanya sekitar 4-5 jam. Tetapi hampir setiap menjelang akan cuci darah pasien mengalami kesulitan untuk tidur.

6) Pola kognitif-perseptual

Klien menderita gagal ginjal kronik sudah 3 bulan dan klien

selalu rutin melakukan cuci darah. Pasien mengatakan selama cuci darah yaitu 4 jam yang biasa ia rasakan nyeri dengan skala nyeri 4 dandidaerah fistula (saat pemasangan needle di tangan kiri).

7) Pola persepsi-konsep diri

Sejak menjalani cuci darah, kulit klien mengalami perubahan warna menjadi hitam dan kering. Klien datang ke Rumah Sakit selaludiantar dengan saudaranya dan anaknya ataupun temannya.

8) Pola seksual-reproduksi

Klien tidak memiliki masalah pada seksual dan reproduksi.

9) Pola koping dan toleransi stress

Klien mengatakan saat dirinya diharuskan menjalani cuci darah klien sangat kaget dan tidak percaya, klien selalu mengatakan takut dengan kematian. Sampai saat ini klien terkadang masih selalumemikirkan kenapa dia sampai di lakukan cuci darah. Klien juga mengatakan masih dapat mengambil keputusannya sendiri. Sedangkan untuk masalah kesehatannya klien rutin untuk melakukan pengobatan atau pembatasan diit makanan dan minuman. Saat dikaji dengan ZSRAS skor 45 (Cemas sedang).

10) Pola nilai dan keyakinan

Klien mengatakan beragama islam, klien juga sering berdoa danberdzikir untuk kesembuhannya. Klien biasa sholat 5 waktu.

### 3. Pemeriksaan Fisik (*head to toe*)

#### a. Kepala dan Leher

##### 1) Inspeksi

Bentuk kepala mesocephal, Rambut klien berdistribusi merata, kulit kepala kering, konjungtiva mata anemis, sclera ikterik, klien tidak menggunakan kacamata, telinga klien simetris, telinga klien tidak terdapat lesi dan serumen di kedua telinga, hidung klien tidak terdapat sekret atau sumbatan, tidak ada epistaksis. Mukosa bibir kering, gigi lumayan bersih, tidak terdapat stomatitis, klien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

##### 2) Palpasi

Tidak ada benjolan di kepala dan leher. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening saat di palpasi

#### b. Thorak

##### 1) Inspeksi

Bentuk normal, pergerakan dinding dada simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, klien tidak terpasang double lumen, tidak ada suara tambahan di lapang paru, tidak menggunakan otot bantu pernafasan.

##### 2) Palpasi

Tidak ada benjolan pada dada.

##### 3) Perkusi

Sonor

##### 4) Auskultasi

Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, bunyi jantung jantung murmur.

c. Paru

1) Inspeksi

Bentuk normal, pergerakan dinding dada simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, klien tidak terpasang double lumen, tidak ada suara tambahan di lapang paru, menggunakan otot bantu pernafasan.

2) Palpasi

Vocal fremitus teraba jelas dan sama pada dada kiri dan dada kanan.

3) Perkusi

Bunyi sonor, saat diauskultasi suara nafas vesikuler.

4) Auskultasi

Irama nafas reguler, RR 21x/i, suara nafas vesikuler, tidak ada suaranya nafas tambahan, bunyi jantung murmur.

d. Jantung

1) Inspeksi

Denyutan ictus cordis terlihat pada ICS V midclavikula kiri

2) Palpasi

Pada saat palpasi ictus cordis teraba di ICS V disebelah medial linea midclavikula sinistra

3) Perkusi

Pada saat perkusi suara pekak

4) Auskultasi

Pada auskultasi didapatkan bunyi S1 dan S2 lub dan dub.

e. Abdomen

1) Inspeksi

Membulat, Linea terlihat, striae tampak sedikit, tidak ada benjolan/massa

## 2) Auskultasi

Tidak ada distensi pada abdomen, suara peristaltik usus 14x/menit.

## 3) Palpasi

Kandung kemih teraba, tidak ada pembesaran hepar,

## 4) Perkusi

Hipertimpani

## f. Integumen

## 1) Inspeksi

Warna kulih sawo matang agak kehitaman, tidak terdapat jejas atau luka dna pigmentasi kulit berwarna sama.

## 2) Palpasi

Kulit klien teraba dingin dan bewarna kehitaman

## g. Genetalia

Tidak dilakukan pemeriksaan

## h. Rectum

Tidak ada hemoroid

## i. Ekstremitas

Kekuatan otot

5	4
5	5

Turgor kulit  $\geq$  3 detik, terdapat edema bagian estremitas, terdapat pitting edema derajat 1. Akral teraba dingin, kuku tampak pucat, dan klien mengatakan kaki terasa kebas.

## 5. Pemeriksaan Penunjang

## a) Laboratorium

Tgl : 04 - November - 2021

Tabel. 3.1 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
<b>HEMATOLOGI</b>			
Leukosit	7.79	4.80 - 10.80	10 <sup>3</sup> /μL
Eritrosit	2.00	4.70 - 6.10	10 <sup>6</sup> /μL
Hemoglobin	10.5	14.0 - 18.0	g/dL
Hematokrit	17.0	37.0 - 54.0	%
MCV	85.3	81.0 - 99.0	fL
MCH	27.3	27.0 - 31.0	pg
MCHC	32.0	33.0 - 37.0	g/dL
PLT	149	150 - 450	10 <sup>3</sup> /μL
RDW-SD	47.1	33.0 - 47.0	fL
RDW-CV	15.9	11.5 - 14.5	%
PDW	16.0	9.0 - 13.0	fL
MPV	9.1	7.2 - 11.1	fL
P-LCR	21	15 - 25	%
PCT	0.14	0.15 - 0.40	%
Neutroil#	4.5	1.5 - 7.0	10 <sup>3</sup> /μL
Neutroil%	57	40 - 74	%
Limfosit #	2.15	1.00 - 3.70	10 <sup>3</sup> /μL
Limfosit %	28	19 - 47	%
Monosit #	0.47	0.16 - 1.00	10 <sup>3</sup> /μL
Monosit %	6	3 - 9	%
Eosinofil #	0.62	0.00 - 0.80	10 <sup>3</sup> /μL
Eosinofil%	8	0 - 7	%
Basofil #	0.1	0.0 - 0.2	10 <sup>3</sup> /μL
Basofil%	1	0 - 1	%
<b>KIMIA KLINIK</b>			
Ureum	187.5	17.0 - 43.0	mg/dL
Creatinin	16.3	0.9 - 1.3	mg/dL

Sumber : Instalasi Laboratorium Patologi Klinik  
RSUD. Abdul Wahab Syahrani

## B. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Data Subyektif:</p> <p>a) Klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi dari bapak klien.</p> <p>b) Klien mengatakan kebas pada bagian kaki.</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>a) TTV: TD: 160/80 mmHg</p> <p>b) Akral teraba dingin</p> <p>c) Warna kuku pucat</p> <p>d) N:100x/i</p> <p>e) RR:21X/I</p> <p>f) T: 36.5°C</p> <p>g) CRT &lt; 3 detik</p>	Peningkatan tekanan darah (Hipertensi)	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
2.	<p>Data Subyektif:</p> <p>a) Klien mengatakan sudah selama kurang lebih 3 bulan menjalani proses cuci darah dengan jadwal dua kali dalam seminggu yaitu hari senin-kamis.</p> <p>b) klien mengatakan tangan kirinya terpasang cimino.</p> <p>Data Obyektif:</p> <p>a) Dipasang fistual needel ditangan kiri klien</p> <p>b) TTV: TD: 160/80 mmHg</p> <p>c) N:100X/menit</p> <p>d) RR:21X/menit</p> <p>e) T: 36.5°C</p>	Efek prosedur invasive	Risiko infeksi (D.0142)
3.	<p>Data Subyektif:</p> <p>a) Klien mengatakan nyeri di bagian tangan yang terpasang simino saat menjalani hemodialisa.</p> <p>b) P : terpasang simino</p> <p>c) Q : seperti ditusuk-tusuk</p> <p>d) R : Bagian tangan kiri</p> <p>e) S : skala 4</p> <p>f) T : ± 5-10 menit,</p> <p>Data Obyektif:</p> <p>a) Klien terpasang selang HD ditangan kirinya</p> <p>b) Klien sedang mengatur posisi senyaman mungkin</p> <p>c) Klien meringis jika bergerak</p>	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (D.0077)

	d) Klien menjaga daerah tangan yang terpasang simino		
4.	Data Subyektif: a) Klien mengatakan berat badan sebelum cuci darah 58 kg b) Klien mengatakan berat badan sesudah cuci darah 55 kg Data Obyektif: a) Akral dingin b) Terdapat oedema c) Terdapat pitting edema derajat 1 d) Balance Cairan +453,75 cc/24 jam e) Ureum : 187.5 mg/dL f) Creatinin : 16.3 mg/dL	Kelebihan asupan cairan	Hipervolemia (D.0022)
5.	Data Subyektif a) Klien mengatakan sedih dengan keadaanya sekarang karna mengalami penyakit yang cukup parah. b) Klien mengatakan takut jika tidak bisa sembuh dan pulang kerumah. Data Obyektif a) Klien bercerita tentang penyakit yang dialami saat ini. b) N : 100x/i c) Akral dingin d) Skor ZSRAS 45 (Cemas sedang)	Kurang terpapar informasi	Ansietas (D.0080)

### C. Diagnosa Masalah Keperawatan

- a. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan Asupan Cairan (D.0022)
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera fisiologis (D.0077)
- c. Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Darah Hipertensi (D.0009)
- d. Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi (D.0080)
- e. Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (D.0142)

## D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
<p>Hipervolemia (D.0022)</p>	<p>Setelah dilakukan tind. keperawatan selama 3x6 jam diharapkan hipervolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Keseimbangan Cairan ( L.05020)</b> Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema (5) Skala : (1) Meningkatkan (2) Cukup meningkat (3) Sedang (4) Cukup Menurun (5) Menurun</li> <li>2. Asupan Cairan (5)</li> <li>3. Keluaran Urin (5)</li> <li>4. Kelembaban membran mukosa (5)</li> <li>5. Kestabilan berat badan (5) Skala : (1) Menurun (2) Cukup Menurun (3) Sedang (4) Cukup Meningkatkan (5) Meningkatkan</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> <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 30-40</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.6. Ajarkan cara membatasi 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 diuretik</li> <li>1.9. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu</li> </ol>
<p>Nyeri akut (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan tind. Keperawatan selama 3x6 jam diharapkan nyeri</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Identifikasi</li> </ol>

	<p>dapat menurun dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Tingkat Nyeri ( L .08066)</b></p> <p>1. Keluhan nyeri (5)</p> <p>2. Meringis (5)</p> <p>3. Sikap Protektif (5)</p> <p>Skala :</p> <p>(1) Meningkatkan</p> <p>(2) Cukup meningkat</p> <p>(3) Sedang</p> <p>(4) Cukup menurun</p> <p>(5) Menurun</p> <p>4. Frekuensi Nadi (5)</p> <p>Skala :</p> <p>(1) Memburuk</p> <p>(2) Cukup Memburuk</p> <p>(3) Sedang</p> <p>(4) Cukup Membaik</p> <p>(5) Membaik</p>	<p>lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,dan intensitas nyeri</p> <p>2.2. Identifikasi Skala nyeri</p> <p>2.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p><b>Teraupetik</b></p> <p>2.4. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2.5. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>2.6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>2.7. Anjurkan menggunakan analgetik secaratepat</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>2.8. Kolaborasi pemberian obat analgetik</p>
<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif (D. 0009)</p>	<p>Setelah dilakukan tind. Keperawatan selama 3x6 jam diharapkan Perfusi Perifer Meningkatkan dengan Kriteria Hasil :</p> <p><b>Perfusi Perifer ( L.02011)</b></p> <p><b>Indikator :</b></p> <p>1. Kelemahan otot (5)</p> <p>2. Nyeri Ekstremitas (5)</p> <p>Skala:</p> <p>(1) Meningkatkan</p> <p>(2) Cukup Meningkatkan</p> <p>(3) Sedang</p> <p>(4) Cukup Menurun</p> <p>(5) Menurun</p> <p>3. Tekanan darah sistolik (5)</p> <p>Skala :</p> <p>(1) Memburuk</p> <p>(2) Cukup Memburuk</p> <p>(3) Sedang</p> <p>(4) Cukup Membaik</p>	<p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>3. 1 Periksa sirkulasi perifer(mis. Nadi perifer, edema, pengisian kalpiler, warna, suhu, angle brachial index)</p> <p>3. 2 Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi(mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>3. 3 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>3. 4 Memonitor waktu dan lama istirahat atau tidur pasien</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3. 5 Hindari pemasangan infus atau pengambilendarah di area keterbatasan perfusi</p> <p>3. 6 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi</p> <p>3. 7 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera</p> <p>3. 8 Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>3. 9 Lakukan hidrasi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3. 10 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>3. 11 Anjurkan berolahraga rutin</p> <p>3. 12 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, <i>jika perlu</i></p>

	(5) Membaik	<p>3. 13 Anjurkan menghindari penggunaan obatpenyekat beta</p> <p>3. 14 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat(mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>3. 15 Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi( mis. Rendah lemak jenuh, minyakikan, omega3)</p> <p><b>Manajemen Sensasi Perifer (I. 06195)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>3. 16 Identifikasi penyebab perubahan sensasi</p> <p>3. 17 Identifikasi penggunaan alat pengikat, prostesis, sepatu, dan pakaian</p> <p>3. 18 Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul</p> <p>3. 19 Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin</p> <p>3. 20 Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda</p> <p>3. 21 Monitor terjadinya parestesia, jika perlu</p> <p>3. 22 Monitor perubahan kulit</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3. 23 Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3. 24 Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air</p> <p>3. 25 Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak</p> <p>3. 26 Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah</p>
Anxietas (D.0080)	<p>Setelah dilakukan tind. Keperawatan selama 3x6 jam diharapkan cemas dapat menurun dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Tingkat Anxietas :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi (5)</li> <li>2. Perilaku Gelisah (5)</li> <li>3. Perilaku Tegang (5)</li> </ol> <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Meningkat</li> <li>(2) Cukup</li> <li>(5) Meningkat</li> </ol>	<p><b>Reduksi Anxietas (I.09314)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Identifikasi saat tingkat anxietas berubah(mis. Kondisi, waktu, stressor)</li> <li>4.2 Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>4.3 Monitor tanda anxietas (verbal dan nonverbal)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.4 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>4.5 Temani pasien untuk mengurangi kecemasan , <i>jika memungkinkan</i></li> <li>4.6 Pahami situasi yang membuat anxietas</li> <li>4.7 Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>4.8 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>4.9 Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> </ol>

	<p>(3) Sedang (4) Cukup Menurun (5) Menurun</p> <p>4. Konsentrasi (5) Skala: (1) Memburuk (2) Cukup     memburuk (3) Sedang (4) Cukup membaik (5) Membaik</p>	<p>4.10 Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang kepada keluarga/orangtua</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>4.11 Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>4.12 Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>4.13 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>4.14 Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</p> <p>4.15 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>4.16 Latih kegiatan pengalihan dengan <i>Spiritual</i></p> <p><i>Guided Imagery (SGIM)</i></p>
Resiko infeksi (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tind. Keperawatan selama 3x6 jam diharapkan Integritas Kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Integritas Kulit Dan Jaringan meningkat (L.14125)</b></p> <p>1. Kerusakan lapisan kulit (5) 2. Kemerahan (5) 3. Nyeri (5) Skala : (1) Meningkatkan (2) Cukup Meningkatkan (3) Sedang (4) Cukup menurun (5) Menurun</p> <p>4. Suhu Kulit (5) Skala : (1) Memburuk (2) Cukup     Memburuk (3) Sedang (4) Cukup Membaik (5) Membaik</p>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>5.2 Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>5.3 Lakukan pemijatan pada area menonjolantulang, jika perlu</p> <p>5.4 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>5.5 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif</p> <p>5.6 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5.7 Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum)</p> <p>5.8 Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>5.9 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>5.10 Anjurkan menghindari terpapar suhu ektrime</p>

### **E. Intervensi Inovasi**

Intervensi yang dilakukan kepada pasien yaitu *Spiritual Guided Imagery* (SGIM), sebelum memulai terapi diawali terlebih dahulu dengan mengobservasi tingkat stres, selanjutnya terapis memposisikan klien nyaman mungkin dan setelah itu sesi dimulai dengan mendengarkan dzikir, terapi ini berlangsung selama 5-10 menit yang dapat mengurangi tingkat stress.

Mekanisme yang terjadi selama spiritual guided imagery (SGIM) adalah tercipta rasa rileks pada diri klien dan klien diajarkan untuk membimbing dirinya agar dalam posisi yang nyaman dan menyenangkan sehingga stres dapat menurun. Spiritual Guided imagery (SGIM) menciptakan rasa rileks dan tenang yang dapat menyebabkan penurunan hormon ACTH (Adrenocorticotrophic hormon). Penurunan ACTH menyebabkan penurunan kortisol yang merupakan hormon stres. Penurunan kortisol ini menyebabkan stres menurun. Selain itu, respon stres yang berbeda berkaitan erat dengan aktivitas HPA axis (sistem neuroendoktrin syaraf-hormon) yang berkaitan dengan pengaturan hormon kortisol dan sistem saraf simpatis yang berkaitan dengan denyut jantung dan tekanan darah. Respon HPA (Hipotalamus-hipofisis-adrenal) dan autonomik mempengaruhi performance seseorang dalam menghadapi ansietas. Penurunan respon HPA dan sympathoadrenal yang menyebabkan penurunan feedback negatif kortisol ke otak sehingga menyebabkan seseorang cenderung mudah stres (Wang, dkk, 2017).

## F. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan

Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon
Senin 08-11- 2021 Dinas Siang	Hipervolemia	<p>1.1 Memonitor membran mukosa, turgor kulit, monitor kelebihan cairan (Edema), dan berat badan klien.</p> <p>1.2 Menentukan jumlah, intake cairan, dan kebiasaan eliminasi.</p>	<p>S : -klien mengatakan berat badan 58 kg saat datang Dan setelah selesai HD 55 kg -Klien mengatakan berat badan setelah HD minggu lalu 55 kg klien mengatakan ada bengkak pada bagian kaki.</p> <p>O :- klien mengukur berat badan terlebih dahulu saat datang CRT &lt; 3 detik - Terdapat edem pada ekstremitas bawah - Pitting edema derajat 1 - Membrane mukosa kering S : klien mengatakan minum 200cc/24 jam.</p> <p>O : - Akral dingin - ada edema - Balance Cairan + 453,75 cc/24 jam - belum ada bak hari ini</p>
Senin 08-11- 2021 Dinas Siang	Nyeri Akut	<p>2.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif.</p> <p>2.2 Mengukur skala nyeri</p> <p>2.3 Menggali bersama pasien faktor-faktor yang dapat memperberat nyeri.</p> <p>2.4 Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan nyeri.</p>	<p>S : klien mengatakan nyeri di bagian terpasang simino saat menjalani Hemodialisa.</p> <p>P : terpasang simino</p> <p>Q : seperti ditusuk-tusukR : Bagian tangan kiri</p> <p>T : ± 5-10 menit,</p> <p>O : klien meringis dan memegang bagian tangan yang nyeri</p> <p>S : S : skala 4</p> <p>O: klien meringis</p> <p>S : klien mengatakan saat menjalani hemodialisa terjadi nyeri</p> <p>O : memberikan posisi yang nyaman yaitu semi fowler</p> <p>S : klien mengatakan skala nyeri 4 O : mengajarkan teknik relaksasi <i>SGIM</i></p>
Senin 08-11- 2021	Perfusi jaringan perifer tidak efektif	3.1 memeriksa nadi, edema, suhu kulit dan crt	S:-

Dinas Siang		<p>3.4 Menawarkan bantuan untuk meningkat kan tidur (Terapi Relaksasi).</p> <p>3.5 Menghindari pengukuran tekanan darah pada tangan kiri (simino)</p> <p>3.7 Mengganti peralatan perawatan per pasien, Memakai sarung tangan</p>	<p>O : nadi : 100x/I, edema pada ekstremitas bawah, akral dingin, crt &lt;3, pitting edema derajat 1.</p> <p>S : pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 2 tahun yang laluO : melakukan Terapi Relaksasi SGIM</p> <p>S : -</p> <p>O : TTV</p> <p>TD : 160/80 mmHgS : 36,5</p> <p>N : 100 X/mnt</p> <p>RR : 21 X/mnt</p> <p>CRT &lt; 3 detik</p> <p>S : -</p> <p>O : Perawat mengganti peralatan penusukan AV fistula</p> <p>Perawat mengganti hand scoond setiap berpindah pasien</p>
Senin 08-11- 2021 Dinas Siang	Ansietas	<p>4.1 Memonitor tanda ansietas seperti perilaku tegang, gelisah.</p> <p>4.8 Mengambarkan manfaat relaksasi serta jenis relaksasi yang tersedia (musik, bernafas dengan ritme,)</p> <p>4.4 Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman.</p> <p>4.15 Meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi</p> <p>4.3 Mendorong pengulangan teknik praktik-praktik tertentu secara berkala</p>	<p>S : -Klien mengatakan sudah tiga bulan di diagnosa mengidap penyakit ginjal</p> <p>-Klien mengatakan takut jika tidak bisa sembuh dan pulang kerumah</p> <p>O : -klien tampak gelisah dan tidak focus,</p> <p>-Nadi : 100x/i</p> <p>S: Klien mengatakan bersediaO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tentang manfaat relaksasi</li> <li>- Melakuakan pengkajian <i>pretest</i> tingkat stres menggunakan kuesioner ZSRAS</li> <li>- Jumlah skor dari kuesioner45</li> <li>- Melakukan terapi SGIMS</li> </ul> <p>: Klien mengatakan ingin berbaring saja</p> <p>O : -</p> <p>S : -</p> <p>O: - Klien memejamkan mata</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan SGIM melalui audio.</li> </ul> <p>S : - Klien mengatakan bersedia melakukannya di rumah</p>

			O : - Menyarankan melakukan berulang ketika di rumah
Senin 08-11- 2021 Dinas Siang	Resiko Infeksi	5.2 membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien  5.4 Menggosok kulit pasien dengan anti bakteri yang sesuai	S : - O: Mengganti laken dari pasien sebelumnya  S :- O : klien tampak rileks
Senin 15-11- 2021 Dinas Siang	Hipervolemia	1.1 Memonitor membran mukosa, turgor kulit, monitor kelebihan cairan (Edema), dan berat badan klien. 1.2 Menentukan jumlah, intake cairan, dan kebiasaan eliminasi	S : -klien mengatakan berat badan 58 kg saat datang Dan setelah selesai HD 54 kg -klien mengatakan ada bengkak pada kaki kanan dan kiri. O : - klien mengukur berat badan terlebih dahulu saat datang CRT < 3 detik - Terdapat edem pada ekstremitas bawah - Pitting edema derajat 1 - Membrane mukosa kering S : klien mengatakan minum 200cc/24 jam. O : - Akral dingin - ada edema - pitting edema 1 derajat - Balance Cairan + 453,75 cc/24 jam - bak hari 50cc
Senin 15-11- 2021 Dinas Siang	Nyeri Akut	2.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. 2.3 Menggali bersama pasien faktor-faktor yang dapat memperberat nyeri. 2.4 Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan nyeri.	S : klien mengatakan nyerinya sudah tidak terlalu terasa O : klien sedang menjalani hemodialisa, klien sedang tertidur S :klien mengatakan nyeri muncul ketika menjalani hemodialisa khususnya di area penusukan O : memberikan posisi yang nyaman. S : klien mengatakan skala nyeri 3 O:menganjurkan untuk menggunakan teknik relaksasi SGIM
Senin 15-11- 2021	Perfusi jaringan perifer tidak efektif	3.1 memeriksa nadi, edema, suhu kulit dan crt	S:- O : nadi : 85x/I, edema pada ekstremitas bawah, akral dingin, crt <3

Dinas Siang		<p>3.2 Menawarkan bantuan untuk meningkatkan tidur (Terapi Relaksasi).</p> <p>3.5 Menghindari pengukuran tekanan darah pada tangan kiri (simino)</p> <p>3.7 Mengganti peralatan perawatan per pasien, Memakai sarung tangan</p>	<p>S : Klien mengatakan jika tidur malam memulai tidur sekitar jam 23.00 dan sering terbangun pada saat malam. Klien mengatakan bersedia</p> <p>O : -</p> <p>S: klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi</p> <p>O: TTV TD : 150/80 mmHgS : 36,5 X/mnt N : 85 X/mnt R : 20X/mnt</p> <p>S : -</p> <p>O : Perawat mengganti peralatan penusukan AV fistula Perawat mengganti hand scoond setiap berpindah pasien</p>
Senin 15-11- 2021 Dinas Siang	Ansietas	<p>4.1 Mengambarkan manfaat relaksasi serta jenis relaksasi yang tersedia (musik, bernafas dengan ritme.)</p> <p>4.4 Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman.</p> <p>4.5 Meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi</p> <p>4.8 Mendorong pengulangan teknik praktik-praktik tertentu secara berkala</p>	<p>S : - Klien mengatakan sering melakukan terapi relaksasi ketika di rumah</p> <p>O : - Melakukan terapi relaksasi <i>SGIM</i></p> <p>S : Klien mengatakan bagian kepala badnya di tinggikan saja</p> <p>O : meninggikan kepala 40 derajat</p> <p>S : -</p> <p>O: - Klien memejamkan mata - Memberikan <i>SGIM</i></p> <p>S : - Klien mengatakan bersedia melakukannya di rumah</p> <p>O : - Menyarankan melakukan berulang ketika di rumah</p>
Senin 15-11- 2021 Dinas Siang	Resiko Infeksi	<p>5.2 membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien</p> <p>5.4 menganjurkan klien menggunakan minyak atau petroleum pada kulit yang kering</p>	<p>S : -</p> <p>O: Mengganti laken dari pasien sebelumnya</p> <p>S : Klien mengatakan suka menggunakan minyak zaitun</p> <p>O : anak klien membantu mengusapkan minyak zaitun di area tangan dan kaki klien.</p>

<p>Kamis 18-11- 2021 Dinas Siang</p>	<p>Hipervolemia</p>	<p>1.9 Memonitor berat badan</p> <p>1.8 Memonitor membran mukosa, turgor kulit, monitor kelebihan cairan (Edema)</p> <p>1.6 Menentukan jumlah, intake cairan, dan kebiasaan eliminasi.</p>	<p>S : -klien mengatakan berat badan 58 kg saat datang Dan setelah selesai HD 54 kg -klien mengatakan ada bengkak pada bagian kaki.</p> <p>O : -klien mengukur berat badan terlebih dahulu saat datang CRT &lt; 3 detik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat edem pada ekstremitas bawah</li> <li>- Pitting edema derajat 1</li> <li>- Membrane mukosa kering</li> </ul> <p>S : klien mengatakan minum 200cc/24 jam.</p> <p>O : - Akral dingin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ada edema</li> <li>- Balance Cairan + 453,75 cc/24 jam</li> </ul> <p>- klien mengatakan ada bak tadi pagi tapi sedikit. Warna kuning keruh.</p>
<p>Kamis 18-11- 2021 Dinas Siang</p>	<p>Nyeri Akut</p>	<p>2.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif.</p> <p>2.3 Menggali bersama pasien faktor-faktor yang dapat memperberat nyeri.</p> <p>2.4 Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan nyeri.</p>	<p>S : klien mengatakan nyeri sudah berkurang, nyeri hanya saat penusukan. Saat berjalan hd sudah tidak terlalu nyeri.</p> <p>O : klien tampak tersenyum, klien tampak sedikit rileks</p> <p>S : klien mengatakan sudah tidak terlalu nyeri saat menjalani hemodialisa</p> <p>O : memberikan posisi yang nyaman.</p> <p>S : klien mengatakan skala nyeri 3 O : mengajarkan teknik relaksasi <i>SGIM</i></p>
<p>Kamis 18-11- 2021 Dinas Siang</p>	<p>Perfusi jaringan perifer tidak efektif</p>	<p>3.2 Menawarkan bantuan untuk meningkat kan tidur (Terapi Relaksasi).</p> <p>3.4 Memonitor waktu dan lama istirahat atau tidur pasien</p> <p>3.7 Mengganti peralatan perawatan per pasien, Memakai sarung tangan</p>	<p>S : -</p> <p>O : Terapi <i>SGIM</i></p> <p>S : Klien mengatakan jika tidur malam memulai tidur sekitar jam 23.00 dan sering terbangun pada saat malam.</p> <p>O : -</p> <p>S : -</p> <p>O : Perawat mengganti peralatan penusukan AV fistula Perawat mengganti hand scoond setiap berpindah pasien</p>

Kamis 18-11- 2021 Dinas Siang	Ansietas	<p>4.1 Mengambarkan manfaat relaksasi serta jenis relaksasi yang tersedia (musik, bernafas dengan ritme,)</p> <p>4.4 Mendorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman.</p> <p>4.5 Meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi</p> <p>4.8 Mendorong pengulangan teknik praktik-praktik tertentu secara berkala</p>	<p>S : Klien mengatakan ketika dirumah melakukan terapi relaksasi ini saat rumah sedangsepi agar bisa lebih tenang</p> <p>O : - Melakukan terapi SGIMS : Klien mengatakan ingin berbaring</p> <p>O : -</p> <p>S : -</p> <p>O: - Klien memejamkan mata - Memberikan terapi SGIM - klien mengikuti lantunan dzikir yang di dengar</p> <p>S : - Klien mengatakan akan selalu mengulang relaksasi ini ketikaada waktu</p> <p>O : - Menyarankan melakukan berulang ketika di rumah - melakukn pengkajian <i>posttest</i> menggunakan kuesioner ZSRAS - Jumlah skor dari kuesioner 40 (Cemas ringan)</p>
Kamis 18-11- 2021 Dinas siang	Resiko Infeksi	<p>5.2 membersihkan lingkungan dengan baiksetelah digunakanuntuk setiap pasien</p> <p>5.4 menganjurkan klien menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p>	<p>S : -</p> <p>O: Mengganti laken dari pasien sebelumnya</p> <p>S : klien mengatatakan sudah dioles minyak zaitun</p> <p>O : kulit klien tampak lembab</p>

a. Implementasi Inovasi

Implementasi inovasi tindakan pemberian Spiritual Guided Imagery (SGIM) Pada Tn. S tindakan yang dilakukan guna menurunkan tingkat stres dengan terlebih dahulu menanyakan kesiapan klien untuk dilakukan tindakan terapi, selanjutnya terapis menjelaskan tujuan dilakukan relaksasi *spiritual guided imagery* (SGIM) lalu meminta klien wudhu (alternatif tayammum),

kemudian memposisikan klien senyaman mungkin dan setelah itu mendengarkan imajinasi yang mengkombinasikan dengan ilustrasi spiritualitas pada klien. Terapi ini berlangsung selama 5-30 menit.

b. Hasil intervensi inovasi Spiritual Guided Imagery (SGIM)

Setelah dilakukan terapi sebanyak 3 kali pertemuan yang dilakukan pada tanggal 08,15,18 November di ruangan Hemodialisa RSUD Abdul Wahab Sjahranie di dapatkan hasil dari kuesioner HSS (Hemodialisis Stres Scale) *pre test* pada tanggal 08 November di dapatkan hasil 45 poin pada *pre test* yang berarti tingkat stres sedang, dan pada *post test* tanggal 18 November di dapat kan hasil 40 point yang berarti tingkat stres ringan

Tabel. 3.5 Hasil Intervensi Inovasi

Tanggal	Pretest	Posttes	Keterangan
08-11-2021	45 Skor		Kuesioner (ZSRAS)
15-11-2021			
18-11-2021		40 Skor	Kuesioner (ZSRAS)

**G. Evaluasi Keperawatan**

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
Senin 08-11- 2021	Hipervolemi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan berat badan 58 kg saat datang</li> <li>- klien mengukur berat badan terlebih dahulu saat datang</li> <li>- klien mengatakan ada bengkak pada bagian kaki.</li> <li>-klien mengatakan minum 200cc/24 jam.</li> <li>-klien mengatakan belum ada bak hari ini O :</li> </ul> <p>- CRT &lt; 3 detik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral dingin</li> <li>- edema pada kaki</li> <li>- Pitting edema derajat 1</li> <li>- balance Cairan + 453,75 cc/24 jam</li> <li>- bibir tampak kering</li> </ul>

		<p>A:</p> <table border="1" data-bbox="614 264 1404 544"> <thead> <tr> <th>Kreteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edema</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>menurun</td> </tr> <tr> <td>Asupan Cairan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Keluaran Urin</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Kelembapan membrane mukosa</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>sedang</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan hipervolemi belum teratasiP :</p> <p>Lanjutkan dan pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suaranapas tambahan)</li> <li>1.2 Monitor intake dan output cairan</li> <li>1.3 Monitor jumlah dan warna urin</li> <li>1.4 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40</li> </ol>	Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	ket	Edema	3	5	4	Cukup					menurun	Asupan Cairan	3	5	3	Sedang	Keluaran Urin	3	5	3	Sedang	Kelembapan membrane mukosa	3	5	3	sedang
Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	ket																												
Edema	3	5	4	Cukup																												
				menurun																												
Asupan Cairan	3	5	3	Sedang																												
Keluaran Urin	3	5	3	Sedang																												
Kelembapan membrane mukosa	3	5	3	sedang																												
<p>Senin 08-11- 2021</p>	<p>Nyeri Akut</p>	<p>S :-klien mengatakan nyeri di bagian terpasang simino saat menjalani Hemodialisa. P : terpasang simino Q : seperti ditusuk-tusukR : Bagian tangan kiri T : ± 5-10 menit, - klien mengatakan skala nyeri 4 O : - klien meringis dan memegang bagian tangan yang nyeri - klien mengatakan saat menjalai hemodialisa terjadi nyeri - memberikan posisi yang nyaman. - mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam - nadi 100x/i</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="614 1272 1418 1480"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Akhir</th> <th>ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasiP :</p> <p>Pertahankan dan lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas, dan intensitas nyeri.</li> <li>2.3 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>2.4 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasanyeri</li> </ol>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	ket	Keluhan nyeri	3	5	3	Sedang	Meringis	3	5	3	Sedang	Sikap protektif	3	5	3	Sedang	Frekuensi nadi	3	5	3	Sedang					
Kriteria Hasil	Awal	Target	Akhir	ket																												
Keluhan nyeri	3	5	3	Sedang																												
Meringis	3	5	3	Sedang																												
Sikap protektif	3	5	3	Sedang																												
Frekuensi nadi	3	5	3	Sedang																												

<p>Senin 08-11- 2021</p>	<p>Perfusi Jaringan Perifer tidak efektif</p>	<p>S : Klien mengatakan jika tidur malam memulai tidur sekitar jam 23.00 dan sering terbangun pada saat malam. Klien mengatakan tidak merasa kram atau kesemutan. Hanya merasa kaku pada tangan saat proses hd</p> <p>O : - Terapi Relaksasi Spiritual. - Klien memegang tangan kiri (simino). CRT &lt; 3 detik TTV TD : 160/80 mmHg      S : 36,5 N : 100 X/mnt              R : 21 X/mnt - terdapat edem pada ekstremitas bawah - pitting edema derajat 1</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="675 667 1436 840"> <thead> <tr> <th>Kreteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kelemahan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Nyeri ekstremitas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan perfusi jaringan perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan dan pertahankan Intervensi 3.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index) 3.4 Memonitor waktu dan lama istirahat atau tidur pasien 3.6 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi</p>	Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Kelemahan otot	3	5	3	Sedang	Nyeri ekstremitas	3	5	3	Sedang	Tekanan darah sistolik	3	5	3	Sedang					
Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																							
Kelemahan otot	3	5	3	Sedang																							
Nyeri ekstremitas	3	5	3	Sedang																							
Tekanan darah sistolik	3	5	3	Sedang																							
<p>Senin 08-11- 2021</p>	<p>Ansietas</p>	<p>S : - Pasien mengatakan sudah tiga bulan di diagnosa mengidap penyakit ginjal</p> <p>O : - Menjelaskan tentang CKD - keluarga klien menemani klien saat proses hemodialisa - Melakukan pengkajian <i>pre test</i> tingkat stres menggunakan kuesioner ZSRAS - Jumlah skor dari kuesioner 45 - Melakukan terapi relaksasi spiritual SGIM</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="675 1447 1436 1720"> <thead> <tr> <th>Kreteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Perilaku gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Perilaku tegang</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Konsentrasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Ansietas belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan dan pertahankan intervensi 4.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 4.3 Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)</p>	Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	3	Sedang	Perilaku gelisah	3	5	3	Sedang	Perilaku tegang	3	5	3	Sedang	Konsentrasi	3	5	3	Sedang
Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																							
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	3	Sedang																							
Perilaku gelisah	3	5	3	Sedang																							
Perilaku tegang	3	5	3	Sedang																							
Konsentrasi	3	5	3	Sedang																							

		<p>4.13 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>4.16 Latih kegiatan pengalihan dengan <i>Spiritual Guided Imagery</i> (SGIM)</p>																									
<p>Senin 08-11- 2021</p>	<p>Resiko Infeksi</p>	<p>S : klien mengatakan nyeri dibagian simino saat disuntikO: - Mengganti laken dari pasien sebelumnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memberikan minyak zaitun untuk melembabkan kulit pasien</li> <li>- tidak ada kemerahan, hanya dibagian terpasang simino</li> </ul> <p>Tidak ada macula dan papula, tidak ada bengkak Suhu kulit dinginA</p> <p>:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kreteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Suhu Kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan dan pertahankan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</li> <li>5.2 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</li> <li>5.3 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</li> <li>5.4 Anjurkan menghindari terpapar suhu ektrime</li> </ol>	Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Kerusakan lapisan kulit	3	5	3	Sedang	Kemerahan	3	5	3	Sedang	Nyeri	3	5	3	Sedang	Suhu Kulit	3	5	3	Sedang
Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																							
Kerusakan lapisan kulit	3	5	3	Sedang																							
Kemerahan	3	5	3	Sedang																							
Nyeri	3	5	3	Sedang																							
Suhu Kulit	3	5	3	Sedang																							
<p>Senin 15-11- 2021</p>	<p>Hipervolemia</p>	<p>S : - klien mengatakan berat badan 58 kg saat datang - klien mengukur berat badan terlebih dahulu saat datang - klien mengatakan ada bengkak pada bagian kaki. -klien mengatakan minum 200cc/24 jam.</p> <p>O : - CRT &lt; 3 detik - Akral dingin - edema pada ekstremitas bawah Pitting edema derajat 1 - Balance Cairan + 453,75 cc/24 jam BAK 50cc</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kreteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edema</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup menurun</td> </tr> <tr> <td>Asupan Cairan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Keluaran Urin</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Kelembapan membrane mukosa</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Meningkat</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah kelebihan volume cairan teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan dan pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan)</li> </ol>	Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Edema	3	5	4	Cukup menurun	Asupan Cairan	3	5	4	Cukup Meningkat	Keluaran Urin	3	5	3	Sedang	Kelembapan membrane mukosa	3	5	4	Cukup Meningkat
Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																							
Edema	3	5	4	Cukup menurun																							
Asupan Cairan	3	5	4	Cukup Meningkat																							
Keluaran Urin	3	5	3	Sedang																							
Kelembapan membrane mukosa	3	5	4	Cukup Meningkat																							

		<p>1.2 Monitor intake dan output cairan</p> <p>1.3 Monitor jumlah dan warna urin</p> <p>1.5 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40</p>																									
<p>Senin 15-11- 2021</p>	<p>Nyeri Akut</p>	<p>S : - klien mengatakan nyeri di bagian simino saat menjalaniHemodialisa sudah berkurang</p> <p>- klien mengatakan skala nyeri 3O :</p> <p>- klien tidur</p> <p>- klien tampak rileks</p> <p>- nadi 85x/i</p> <p>- memberikan posisi yang nyaman.</p> <p>- mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Menurun</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Menurun</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Menurun</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Membaik</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan dan pertahankan Intervensi</p> <p>2.1 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas, dan intensitas nyeri.</p> <p>2.2 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>2.3 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasanyeri</p>	Kriteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Keluhan nyeri	3	5	4	Cukup Menurun	Meringis	3	5	4	Cukup Menurun	Sikap protektif	3	5	4	Cukup Menurun	Frekuensi nadi	3	5	4	Cukup Membaik
Kriteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																							
Keluhan nyeri	3	5	4	Cukup Menurun																							
Meringis	3	5	4	Cukup Menurun																							
Sikap protektif	3	5	4	Cukup Menurun																							
Frekuensi nadi	3	5	4	Cukup Membaik																							
<p>Senin 15-11- 2021</p>	<p>Perfusi jaringan Perifer tidak efektif</p>	<p>S : Klien mengatakan jika tidur malam memulai tidur sekitar jam 23.00 dan sering terbangun pada saat malam.Klien mengatakan mampu berjalan sendiri</p> <p>Klien mengatakan tidur saat dilakukan cuci darahKlien mengatakan memiliki riwayat hipertensi Klien mengatakan tidak nyeri lagi</p> <p>O : - Terapi Relaksasi Spiritual</p> <p>TTV</p> <p>TD : 150/80 mmHg      S : 36,5 X/mntN</p> <p>: 85 X/mnt              R : 20 X/mnt</p> <p>CRT &lt;3 detik</p> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kreteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kelemahan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang Cukup</td> </tr> <tr> <td>Nyeri ekstremitas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Menurun</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> </tbody> </table>	Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Kelemahan otot	3	5	3	Sedang Cukup	Nyeri ekstremitas	3	5	4	Menurun	Tekanan darah sistolik	3	5	3	Sedang					
Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																							
Kelemahan otot	3	5	3	Sedang Cukup																							
Nyeri ekstremitas	3	5	4	Menurun																							
Tekanan darah sistolik	3	5	3	Sedang																							

		<p>Masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan dan pertahankan Intervensi</p> <p>3.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)</p> <p>3.2 Monitor waktu dan lama istirahat atau tidur pasien</p> <p>3.3 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas pada keterbatasan perfusi</p>																									
<p>Senin 15-11- 2021</p>	<p>Ansietas</p>	<p>S : -klien mengatakan sering melakukan terapi relaksasi ketika di rumah -klien mengatakan mencoba berserah diri dan selalu mengingat Allah</p> <p>O : -klien mengatakan nyaman Klien terpejam saat mendengarkan arahan Klien tampak rileks Klien tampak tertidur</p> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Menurun</td> </tr> <tr> <td>Perilaku gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Menurun</td> </tr> <tr> <td>Perilaku tegang</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Menurun</td> </tr> <tr> <td>Konsentrasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Membaik</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Ansietas belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan dan pertahankan intervensi</p> <p>4.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)</p> <p>4.2 Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)</p> <p>4.3 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>4.4 Latih kegiatan pengalihan dengan <i>Spiritual Guided Imagery</i> (SGIM)</p>	Kriteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	4	Cukup Menurun	Perilaku gelisah	3	5	4	Cukup Menurun	Perilaku tegang	3	5	4	Cukup Menurun	Konsentrasi	3	5	4	Cukup Membaik
Kriteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																							
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	4	Cukup Menurun																							
Perilaku gelisah	3	5	4	Cukup Menurun																							
Perilaku tegang	3	5	4	Cukup Menurun																							
Konsentrasi	3	5	4	Cukup Membaik																							
<p>Senin 15-11- 2021</p>	<p>Resiko Infeksi</p>	<p>S : -klien mengatakan suka menggunakan minyak zaitun -klien mengatakan anaknya sudah mengoleskan minyak zaitun ke tubuh klien</p> <p>O : - Mengganti laken dari pasien sebelumnya - Perawat mengganti peralatan penusukan AV fistula - Perawat mengganti hand scoond setiap berpindah pasien - tidak ada kemerahan, kulit sedikit teraba kering, suhu kulit dingin 35.7</p> <p>A :</p>																									

			Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																														
			Kerusakan lapisan kulit	3	5	4	Cukup Menurun																														
			Kemerahan	3	5	4	Cukup Menurun																														
			Nyeri	3	5	4	Cukup Menurun																														
			Suhu Kulit	3	5	4	Cukup Membaik																														
		<p>Masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasiP :</p> <p>Lanjutkan dan pertahankan Intervensi</p> <p>5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p>5.2 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>5.3 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>5.4 Anjurkan menghindari terpapar suhu ektrime</p>																																			
Kamis 18-11- 2021	Hipervolemia	<p>S : - klien mengatakan berat badan 58 kg saat datang - klien mengukur berat badan terlebih dahulu saat datang - klien mengatakan ada bengkak pada bagian kaki. -klien mengatakan minum 200cc/24 jam.</p> <p>O : - CRT &lt; 3 detik - Akral dingin - ada edema di kaki kanan dan kiri - pitting edema derajat 1 - Balance Cairan + 435,75 cc/24 jam - membrane mukosa kering - bak 1x kuning keruh dan sedikit , 20cc</p> <p>Af:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kreteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edema</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup menurun</td> </tr> <tr> <td>Asupan Cairan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Keluaran Urin</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> <tr> <td>Kelembapan membrane mukosa</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Meningkat</td> </tr> <tr> <td>Kestabilan berat badan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah kelebihan volume cairan teratasi sebagianP :</p> <p>Lanjutkan dan pertahankan intervensi</p> <p>1.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan)</p> <p>1.2 Monitor intake dan output cairan</p> <p>1.3 Monitor jumlah dan warna urin</p> <p>1.5 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40</p>						Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Edema	3	5	4	Cukup menurun	Asupan Cairan	3	5	4	Cukup Meningkat	Keluaran Urin	3	5	3	Sedang	Kelembapan membrane mukosa	3	5	4	Cukup Meningkat	Kestabilan berat badan	3	5	3	Sedang
Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																																	
Edema	3	5	4	Cukup menurun																																	
Asupan Cairan	3	5	4	Cukup Meningkat																																	
Keluaran Urin	3	5	3	Sedang																																	
Kelembapan membrane mukosa	3	5	4	Cukup Meningkat																																	
Kestabilan berat badan	3	5	3	Sedang																																	

<p>Kamis 18-11- 2021</p>	<p>Nyeri Akut</p>	<p>S : - klien mengatakan nyeri di bagian tangan saat menjalani Hemodialisa sudah tidak begitu terasa - klien mengatakan skala nyeri 3 O : - klien tampak rileks - klien meletakkan selimut dibawah tangannya - memberikan posisi yang nyaman. - mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam SGIM jika nyeri kembali terasa - nadi 80x/i</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="619 568 1406 875"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Menurun</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>Menurun</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Menurun</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Membaik</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan dan pertahankan Intervensi 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2.3 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 2.4 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>	Kriteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Keluhan nyeri	3	5	4	Cukup Menurun	Meringis	3	5	5	Menurun	Sikap protektif	3	5	4	Cukup Menurun	Frekuensi nadi	3	5	4	Cukup Membaik
Kriteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																							
Keluhan nyeri	3	5	4	Cukup Menurun																							
Meringis	3	5	5	Menurun																							
Sikap protektif	3	5	4	Cukup Menurun																							
Frekuensi nadi	3	5	4	Cukup Membaik																							
<p>Kamis 18-11- 2021</p>	<p>Perfusi Jaringan Perifer tidak efektif</p>	<p>S : Klien mengatakan jika tidur malam memulai tidur sekitar jam 23.00 dan sering terbangun pada saat malam. Klien mengatakan bisa berjalan sendiri ke kamar mandi. Nyeri di bagian penusukan hemodialisa. O : - Terapi Relaksasi Spiritual TTV TD : 150/80 mmHg      S : 36 N : 80 X/mnt            R : 20 X/mnt Tonus otot 5/5 5/5 -Klien tampak rileks -Klien tidur</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="675 1594 1442 1800"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kelemahan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Menurun</td> </tr> <tr> <td>Nyeri ekstremitas</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Menurun</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan perfusi jaringan perifer tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan dan pertahankan Intervensi</p>	Kriteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Kelemahan otot	3	5	4	Cukup Menurun	Nyeri ekstremitas	3	5	4	Cukup Menurun	Tekanan darah sistolik	3	5	3	Sedang					
Kriteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																							
Kelemahan otot	3	5	4	Cukup Menurun																							
Nyeri ekstremitas	3	5	4	Cukup Menurun																							
Tekanan darah sistolik	3	5	3	Sedang																							

		<p>3.1 Periksa sirkulasi perifer(mis. Nadi perifer, edema, pengisiankapiler, warna, suhu, angkle brachial index)</p> <p>3.4 Memonitor waktu dan lama istirahat atau tidur pasien</p> <p>3.6 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas padaketerbatasan perfusi</p>																									
Kamis 18-11- 2021	Ansietas	<p>S : - Klien mengatakan ketika dirumah melakukan terapi relaksasi inisaat rumah sedang sepi agar bisa lebih tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lebih tenang</li> <li>- Klien mengatakan merasa dilindungi</li> <li>- Klien mengatakan merasa diperhatikan</li> </ul> <p>O : - keluarga klien menemani klien saat proses hemodialisa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Melakukan pengkajian <i>post test</i> tingkat stres menggunakankuesioner ZSRAS</li> <li>- Jumlah skor dari kuesioner 40 (Ringan)</li> <li>-Melakukan terapi relaksasi spiritual</li> </ul> <p>A :</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>Kreteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Menurun</td> </tr> <tr> <td>Perilaku gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>Menurun</td> </tr> <tr> <td>Perilaku tegang</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>Menurun</td> </tr> <tr> <td>Konsentrasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> <td>Cukup Membaik</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan Ansietas teratasi sebagianP : lanjutkan dan pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi,waktu, stressor)</li> <li>4.3 Monitor tanda anxietas (verbal dan non verbal)</li> <li>4.13 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>4.16 Latih kegiatan pengalihan dengan <i>Spiritual Guided Imagery</i> (SGIM)</li> </ul>	Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	4	Cukup Menurun	Perilaku gelisah	3	5	5	Menurun	Perilaku tegang	3	5	5	Menurun	Konsentrasi	3	5	4	Cukup Membaik
Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																							
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	5	4	Cukup Menurun																							
Perilaku gelisah	3	5	5	Menurun																							
Perilaku tegang	3	5	5	Menurun																							
Konsentrasi	3	5	4	Cukup Membaik																							
Kamis 18-11- 2021	Resiko Infeksi	<p>S : - klien mengatakan sudah dioles minyak zaitun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak ada nyeri</li> </ul> <p>O : - Mengganti laken dari pasien sebelumnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawat mengganti peralatan penusukan AV fistula</li> <li>- Perawat mengganti hand scoond setiap berpindah pasien</li> <li>- kulit klien masih kering</li> <li>- suhu kulit 36</li> <li>- tidak ada kemerahan</li> <li>- nyeri dibagian penusukan siminoA :</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>Kreteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>target</th> <th>Akhir</th> <th>Ket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>Sedang</td> </tr> </tbody> </table>	Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket	Kerusakan lapisan kulit	3	5	3	Sedang															
Kreteria Hasil	Awal	target	Akhir	Ket																							
Kerusakan lapisan kulit	3	5	3	Sedang																							

			Kemerahan	3	5	4	Cukup Menurun
			Nyeri	3	5	4	Cukup Menurun
			Suhu Kulit	3	5	4	Cukup Membaik
<p>Masalah keperawatan resiko infeksi teratasi sebagianP :</p> <p>Lanjutkan dan pertahankan Intervensi</p> <p>5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, peneurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p>5.4 Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering</p> <p>5.5 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>5.10 Anjurkan menghindari terpapar suhu ektrime</p>							