

BAB III
LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Klien

Nama : Ny.A
No MR : 01.05.23.xx
Tanggal Pengkajian : 30 November 2021
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Umur : 58 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
BB : 62 Kg
Status : Menikah
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat Rumah : Perum PKL samarinda
Diagnosa Medis : Gagal Ginjal Kronik

2. Keluhan Utama

a. Saat Pengkajian Keluhan

Saat ini pasien cemas karena akan menjalani hemodialisa

b. Riwayat Perjalanan Penyakit

Riwayat kecelakaan ginjal kanan diangkat kurang lebih 9 tahun yang lalu. Sebelumnya pasien selalu demam tinggi kemudian berobat ke RS.

Dirgahayu oleh dokter Urologi dianjurkan untuk

diangkat ginjalnya yg sebelah kanan. Setiap akan HD pasien selalu merasa cemas karena terkadang ada pasien disebelah nya saat HD kondisinya memburuk. Pasien sudah cuci darah sejak 9 tahun yang lalu. Jadwal HD seminggu 2x setiap hari selasa dan jumat siang.

3. Data Khusus

a. Primery Survey

a) Breathing

RR 23 x/menit, irama nafas regular,pernapasan cuping hidungtidak ada, pergerakan dinding simetris, suara nafas vesikuler.

b) Brain

Kesadaran Compos mentis,GCS: E4V5M6,Saturasi O2: 99%.

c) Blood

TD : 160/90 mmHg, irama jantung teratur, oedema motorik bawah ,capillary refill kembali 4 detik, HR:78 x/mnt

d) Bladder

Klien tidakterpasang dower cateter, nyeri tidak ada, jumlah urin 50 cc per 24 jam, tidak ada distensi kandung kemih, urin berwarna kuning jernih, minum 3 gelas/hari, minum air putih

e) Bowel

Klien makan 3 kali sehari, tinggi protein , porsi makan habis ½ porsi / kali makan, bising usus 12 x/menit, klien BAB 1x /hari pagi hari, tidak ada distensi abdomen, tidak ada asites.

f) Bone

Temperatus : 36,7 derajat celcius, bentuk extremitas simetris,gerakan

sendi normal, pola aktivitas dibatasi, terdapat oedema pada ekstremitas bawah.

b. Secondary Survey (Pengkajian Head To Toe)

- a) Kepala : Mesocephal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi pada kulit kepala dan kulit bersih
- b) Rambut : beruban, distribusi rambut merata, rambut bersih dan tidak rontok
- c) Mata : konjungtivitis tidak anemis, sklera tidak interik, fungsi penglihatan sudah menurun, reflek cahaya positif, pupilisokor kanan kiri (2 mm/ 2mm)
- d) Telinga : tidak ada serumen dalam telinga, lubang telingapaten, fungsi pendengaran normal.
- e) Hidung : kavum nasi simetris, septum nasi paten, tidak ada sekret, fungsi penciuman normal
- f) Mulut : bibir merah muda, mukosa lembab, gigi utuh, tidak ada perdarahan gusi, lidah bersih, posisi simetris, tidak ada tonsilitis, ovula simetris
- g) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thiroid dan kelenjar getah bening
- h) Dada : bentuk dada normal, gerakan simetris tidak ada lesi, adaretraksi dinding nafas
- i) Paru : RR 23 x/menit, ekspansi dada simetris, taktil premetus simetris, perkusi sonor, Jantung : iktus cordis teraba pada ICS V mid clavicula sinistra, Nadi 78 x/menit, auskultasi suara jantung S1-S2 tunggal dan

reguler

j) Thorax

- 1) Inspeksi : tidak ada lesi, tidak ada tarikan dada
- 2) Palpasi : elevasi dada simetris\
- 3) Perkusi : terdengar sonor
- 4) Auskultasi : terdengar suara nafas vasikular

k) Abdomen

- 1) Inspeksi : bentuk datar (simetris), tidak ada bekas luka
- 2) Auskultasi : bising usus 12x/menit
- 3) Palpasi : tidak teraba massa, tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas, tidak ada pembesaran hepar / lien.
- 4) Perkusi : terdengar timpani.

l) Kulit : akral hangat, CRT 4 detik, turgor kulit kembali 4 detik, pitting edema derajat I, kulit lembab.

m) Genitalia : tidak ada kelainan, klien tidak menggunakan dower cateter

n) Rektum : tidak ada hemoroid

o) Ekstremitas : Ada edema pada kedua kaki, kekuatan otot ekstremitas penuh skor 5, aktivitas pasien terbatas, terpasang cimino pada tangan kanan

c. Pola Manajemen Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan – Manajemen Kesehatan

b) Arti sehat bagi klien : Klien mengatakan sehat itu sangat berharga dan mahal karena saat sehat bisa melakukan aktivitas.

c) Status kesehatan klien saat ini : Klien mengatakan saat ini sedang sakit

dan memerlukan perawatan agar penyakitnya cepat sembuh.

- d) Perlindungan kesehatan (program skrinning, kunjungan ke pusat pelayanan kesehatan, diet, olahraga, latihan, manajemen stress, istirahat, faktor ekonomi : Klien sebelum masuk rumah sakit jarang berolah raga atau ke tempat pelayanan kesehatan karena sibuk dengan kerjaan serta merasa sehat dan tidak sakit. Klien dan keluarga menggunakan BPJS.
- e) Pemeriksaan diri sendiri (payudara, testis, vagina, tekanandarah, gula darah dan lain-lain) : Sebelum masuk rumah sakit klien jarang melakukan pemeriksaan karena sibuk bekerja sehari-hari.
- f) Riwayat medis hospitalisasi, pembedahan, dan penyakit keluarga : Klien pernah masuk rumah sakit beberapa kali dengan keluhan yang sama.
- g) Perilaku untuk mengatasi masalah kesehatan (diet, latihan dan olahraga, pengobatan , terapi) : Saat sakit klien pergi ke tempat pelayanan kesehatan, klien jarang berolah raga, tidak ada diet atau terapi.
- h) Pengobatan/penggunaan Obat (nama, dosis, aturan minum obat, obat diresepkan atau tidak diresepkan) : Klien pernah dirawat di rumah sakit tapi untuk obat klien lupa obat apa saja yang dikonsumsi
- i) Faktor resiko yang berhubungan dengan kesehatan (riwayat keluarga, gaya hidup, kebiasaan, status social, ekonomi yang rendah) : Klien suka minum kopi klien dari keluarga menengah dimana gaya hidup sederhana. Baik keluarga suami dan keluarga klien tidak ada riwayat

penyakit berbahaya atau menurun seperti penyakit diabetes melitus dan hipertensi.

- j) Hasil pemeriksaan fisik (status mental, sensori, memori, penglihatan, Pendengaran, Rasa, Sentuhan, Pembau, Refleks, Penampilan umum) : Penampilan umum baik, klien sadar, tidak ada gangguan pada panca indera, klien lemah dan aktifitas diatas tempat tidur.
- k) Pola Metabolik Nutrisi
- l) Kebiasaan makan (jumlah makanan yang dimakan, kudapan) : Saat dirumah klien makan 3 kali sehari yaitu pagi sebelum kerja, siang dan malam hari
- m) Jenis dan Jumlah (makanan dan minuman) : Menu makanan klien yaitu lauk pauk dan ikan, dalam porsi sesuai kebutuhan, untuk minuman klien biasa minum kopi, minuman berenergi dan air putih
- n) Pola makan (tiga hari terakhir, 24 jam terakhir) : Klien makan 3 kali sehari yaitu pagi, siang dan sore, klien juga kadang-kadang minum dan cemilan saat di rumah sakit
- o) Kebiasaan belanja dan memasak : Saat dirumah klien yang biasa berbelanja dan memasak sedangkan suaminya bekerja dan mencari uang
- p) Kepuasan terhadap berat badan sekarang : Klien mengatakan berat badan sekarang menurun dan agak kurus. Klien ingin berat badannya naik
- q) Faktor yang berpengaruh terhadap pemilihan makanan (agama, etnis, budaya, ekonomi) : Tidak ada pantangan atau larangan dalam

pemilihan makanan

- r) Persepsi akan kebutuhan metabolic : Klien mengatakan setiap hari kita harus makan makanan bergizi agar sehat dan tidak sakit.
- s) Faktor yang berhubungan dengan pemilihan makanan(aktivitas, penyakit, stress) : klien ada pantangan kentang dan santan. Selama di rawat di rumah sakit klien mendapatkan makanan sesuai dengan kondisi penyakitnya.
- t) Faktor pencernaan (selera makan, ketidaknyamanan, rasa dan bau, gigi, mukosa mulut, mual atau muntah, pembatasan makanan, alergi makanan) : Selama di rumah nafsu makan klien baik, tidak ada sakit gigi atau saat makan, tidak ada alergi pada makanan
- u) Riwayat yang berkaitan dengan fisik dan psikologis : Tidak ada riwayat dengan fisik atau psikologis.
- v) Hasil pemeriksaan fisik(survey keadaan umum, kulit, rambut, kuku, abdomen) : Keadaan umum klien lemah, kulit kering, rambut merata dan bersih, kuku pendek, tidak ada nyeri tekan

d. Pola Eliminasi

- a) Kebiasaan buang air kecil(Frekuensi, jumlah, warna, bau nyeri, nocturia, kemampuan mengontrol kemih, adanya perubahan, dan lain-lain) : Klien BAK 3 kali sehari dengan warna kadang kuning kadang jernih, bau khas klien dapat mengontrol saat mau BAK, jumlah urine pasien hanya 50cc/24 jam. Kebiasaan buang air besar(Frekuensi, jumlah, warna, konsistensi nyeri, kemampuan mengontrol BAB, adanya perubahan, dan lain-lain) : Klien biasa BAB 1 kali sehari

denga warna coklat, lunak, klien dapat mengontrol BAB.

- b) Keyakinan budaya/kesehatan : Tidak ada keyakinan budaya atau kesehatan saat BAB.
 - c) Kemampuan perawatan diri (ke kamar mandi, kebersihandiri) : Saat dirumah klien mandiri ke kamar mandi dan bisa membersihkan diri.
 - d) Penggunaan bantuan untuk eliminasi (obat-obatan, enema) : Klien tidak mendapatkan pengobatan untuk melancarkan eliminasinya.
 - e) Tindakan mencegah sistitis : Tidak ada
 - f) Riwayat yang berhubungan dengan masalah fisik atau psikologis : Tidak ada riwayat yang berhubungan dengan masalah fisik atau psikologis dalam eliminasi
 - g) Hasil pemeriksaan fisik (abdomen, prostate) : Genitalia bersih, tidak terpasang kateter.
- e. Pola Aktivitas dan Latihan
- a) Aktifitas sehari hari yang dilakukan : Klien sehari hari sebagai ibu rumah tangga
 - b) Olah raga (jenis, tipe, frekuensi, durasi, intensitas) :Klien jarang olahraga
 - c) Aktifitas yang menyenangkan : Klien mengatakan senangsaat pergi liburan bersama keluarga
 - d) Keyakinan tentang latihan dan olahraga : Tidak ada keyakinan tentang latihan atau olah raga
 - e) Kemampuan merawat diri sendiri (pakaian : pakaian atas,pakaian bawah, mandi, makan, ke kamar mandi) : Klien bisa berpakaian dan

ke kamar mandi secara mandiri. Aktivitas (mandiri, tergantung perlu bantuan) : Klien mandiri, tidak tergantung dan memerlukan bantuan.

f) Penggunaan alat bantu (kruk, tongkat segi tiga, tongkat, dan lain-lain) : Klien tidak menggunakan alat bantu karena semua aktivitas dilakukan diatas tempat tidur

g) Faktor yang berhubungan (konsep diri dan sebagainya) : Selama rutin HD pasien kadang merasa lemas sehingga terkadang butuh bantuan bantuan dalam melakukan aktivitas.

h) Riwayat yang berhubungan dengan masalah fisik dan atau fisiologis) : Tidak ada Riwayat yang berhubungan dengan masalah fisik dan atau fisiologis dalam beraktivitas.

f. Pola Istirahat Dan Tidur

a) Kebiasaan tidur sehari hari (jumlah waktu tidur, jam tidurdan bangun, ritual menjelang tidur, lingkungan tidur, tingkat kesegaran tidur) : Saat dirumah klien tidur sekitar pukul 22.00 wib dan bangun jam 06.00 wib. Lama klien tidur antara 6-8 jam sehari. Sebelum tidur klien berdoa. Keyakinan budaya : Tidak ada keyakinan budaya yang dianut klien saat istirahat atau tidur

b) Penggunaan alat mepermudah tidur (obat, musik untuk relaksasi dan sebagainya) : Selama dirumah tidak adamenggunakan alat atau obat dalam istirahat dan tidur

c) Jadwal istirahat dan relaksasi : Klien kadang tidak nyenyak tidurnya jika sesak nafas.

- d) Gejala gangguan pola tidur : ada gejala gangguan dalam pola tidur saat dirumah sesak nafas
 - e) Faktor yang berhubungan dengan tidur (nyeri, suhu, proses penuaan)
: Klien tidak istirahat dan tidur karena sesak nafas
 - f) Riwayat yang berhubungan dengan masalah fisik dan atau psikologis
: Tidak ada riwayat yang berhubungan dengan masalah fisik dan atau psikologis dalam istirahat dan tidur.
 - g) Hasil pemeriksaan fisik terkait (survey keadaan umum) : Keadaan umum klien lemah, klien tampak bolak balik menanyakan keadaan pasien ketika menunggu antrian untuk HD dan oedema pada ekstremitas bawah.
- g. Pola Persepsi – Kognitif
- a) Gambaran tentang panca indera (penglihatan, pendengaran, perasa peraba dan penciuman) : Panca indera klien sudah mengalami penurunan dan tidak ada mengalami gangguan
 - b) Perubahan panca indera (penglihatan, pendengaran, perasa peraba dan penciuman) : Tidak ada perubahan pada panca indera klien.
 - c) Perubahan panca indera yang terjadi baru-baru ini : Tidak ada perubahan panca indera yang terjadi .
 - d) Persepsi ketidaknyamanan atau nyeri : Selama klien dirumah klien merasa kurang nyaman karena sesak nafas.
 - e) Keyakinan budaya yang terkait sesak : Tidak ada keyakinan budaya yang terkait sesak

- f) Alat Bantu untuk menurunkan rasa tidak nyaman : Klien menggunakan kanul nasal dalam mengurangi sesak jika sedang HD.
 - g) Tingkat pendidikan : Pendidikan klien adalah SMA
 - h) Kemampuan mengambil keputusan : Kemampuan klien dalam mengambil keputusan selama dirumah berjalan dengan baik
 - i) Riwayat yang berhubungan dengan masalah fisik, perkembangan atau psikologis : Tidak ada riwayat yang berhubungan dengan masalah fisik, perkembangan atau psikologis dalam pola kognitif dan persepsi
 - j) Hasil pemeriksaan fisik terkait (keadaan umum neurologist) : Hasil pemeriksaan fisik baik, tidak ada gangguan dalam system neurologist. Klien mengatakan tahu dengan penyakitnya sekarang
- h. Pola Konsep Diri – Persepsi Diri
- a) Keadaan sosial (pekerjaan, situasi keluarga, kelompok sosial) : Saat dirumah klien kurang bersosialisasi dengan kelompok atau tetangga karena pekerjaan klien yang banyak menyita waktu.
 - b) Identitas personal (penjelasan tentang diri sendiri, kekuatan dan kelemahan yang dimiliki) : Klien mengatakan puas menjadi istri dan ibu bagi anak- anaknya.
 - c) Harga diri (perasaan mengenai diri sendiri) : Selama sakit klien merasa tidak berdaya karena membutuhkan perawatan yang panjang
 - d) Ancaman terhadap konsep diri (sakit, perubahan peran) : Selama klien sakit, klien lebih fokus dengan penyakit yang dialami
 - e) Riwayat berhubungan dengan masalah fisik dan atau psikologis : Tidak ada Riwayat berhubungan dengan masalah fisik dan atau

psikologis dengan pola konsep diri-persepsi diri

f) Hasil pemeriksaan fisik terkait (survey keadaan umum) : Keadaan umum klien lemah, klien menyadari kalau dirinya sedang sakit yang cukup parah dan harusmendapatkan perawatan jangka panjang

i. Pola Hubungan – Peran

a) Gambaran tentang peran (terkait dengan teman, rekan kerja dan keluarga) : Klien merupakan teman yang baik dan ramah untuk teman-teman dan keluarga.

b) Kepuasan atau ketidakpuasan menjalankan peran : Klien puas dan senang menjadi ibu.

c) Efek terhadap status kesehatan : Selama sakit kegiatan di rumah sebagai ibu rumah tangga sangat terbatas

d) Pentingnya keluarga (jumlah anak dan penilaiankemampuan menjadi orang tua) : Klien mempunyai 4orang anak. 1 laki-laki dan 3 orang perempuan. Selama menjadi orang tua klien mampu menjalankan perannya sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya

e) Struktur dan lingkungan keluarga : Dirumah klienmenjadi istri dan dilingkungan klien menjadi anggota masyarakat biasa

f) Proses pengambilan keputusan keluarga : Suami klien yang mengambil keputusan keluarga

g) Masalah atau dan keprihatinan keluarga : Selama klien dirawat di rumah sakit suami, anak dan keluarga klien khawatir akan keadaan klien dan berharap penyakit klien cepat sembuh.

h) Pola asuh atau membesarkan anak : Ke 4 anak klien di asuh dan

dibesarkan bersama suami dengan baik.

- i) Hubungan dengan orang lain : Hubungan klien dengan teman dan keluarga baik dan ramah karena klien mudah bergaul
 - j) Hubungan dekat : Klien sangat dekat dengan suami dan anaknya yang bungsu karena tinggal satu rumah
 - k) Riwayat yang berhubungan masalah fisik dan atau psikologis : Tidak ada Riwayat yang berhubungan masalah fisik dan atau psikologis dengan pola hubungan dan peran
 - l) Interaksi keluarga : Interaksi klien dengan anak dan keluarganya baik dan hanga dimana mereka saling bercanda dan berinteraksi dengan baik
- j. Pola Reproduksi - Seksualitas
- a) Masalah atau perhatian seksual : Tidak ada masalah seputar seksual klien atau perlu mendapatkan perhatian.
 - b) Gambaran perilaku seksual (perilaku seksual yang aman, dan sebagainya) : Perilaku seksual klien normal, tidak ada penyimpangan.
 - c) Pengetahuan yang berhubungan dengan seksualitas dan reproduksi : Tidak dikaji.
 - d) Efek terhadap status kesehatan : Selama dirawat di rumahsakit klien tidak pernah melaksanakan tugasnya sebagai ibu rumah tangga.
 - e) Riwayat menstruasi dan reproduksi : Tidak dikaji
 - f) Riwayat yang berhubungan masalah fisik dan atau psikologis : Tidak ada Riwayat yang berhubungan masalah fisik dan psikologis dalam

pola reproduksi- seksualitas.

g) Hasil pemeriksaan terkait (survey keadaan umum, genitalia, payudara., rectum, perineum) : Genitalia klien bersih, tidak ada lesi atau luka, terpasang dower cateter

k. Pola Toleransi Terhadap Stress - Koping

a) Sifat pencetus stress yang terjadi baru-baru ini : Klien memikirkan penyakit yang diderita karena sudah beberapa hari tidak sembuh

b) Tingkat stress yang dipersepsikan : Klien tidak terlalu memikirkan penyakitnya karena klien yakin akan sembuh

c) Gambaran respon umum dan khusus terhadap stress :Klien cemas dengan keadaannya dan memikirkan kapan akan sembuh

d) Perubahan kehidupan dan kehilangan : Dirumah klien kesehariannya ibu rumah tangga dan bercengkrama dengan keluarga

e) Strategi koping yang biasa digunakan : Klien biasanya tenang dan istirahat apabila cemas memikirkan penyakitnya.

f) Penilaian kemampuan pengendalian akan kejadian yang dialami : Klien sudah tahu dengan penyakit yang diderita sekarang karena sudah berulang kambuhnya

g) Pengetahuan dan penggunaan tehnik manajemen stress : Apabila klien cemas dan memikirkan penyakitnya maka yang dilakukan klien adalah tenang dan istirahat

h) Hubungan manajemen stress dengan dinamika keluarga : Dirumah saat klien cemas atau khawatir klien membawa kerja karena dengan bekerja stress atau cemas klien akan hilang

- i) Riwayat yang berhubungan masalah fisik dan ataupsikologis :
Klien tidak ada riwayat yang berhubungan masalah fisik dan atau psikologis pola toleransi terhadap stress – koping
- j) Hasil pemeriksaan terkait (survey keadaan umum) : Klientampak tenang dan banyak istirahat, menurut klien penyakit yang diderita pasti akan sembuh setelah mendapatkan perawatan

1. Pola Keyakinan-Nilai

- a) Latar belakang budaya/etnik : Klien merupakan asli suku Bugis, dimana untuk keyakinan klien beragama islam. Klien sehari-hari melakukan ibadah sesuai dengan agama dan kebudayaan yang dianut
- b) Status ekonomi, perilaku kesehatan yang berkaitan dengan kelompok budaya/etnik : Klien dari keluarga menengah kebawah, apabila klien atau keluarga sakit maka dibawa ke tempat pelayanan kesehatan, klien jarang menggunakan herbal dalam pengobatan
- c) Tujuan hidup : Klien mengatakan hidup didunia ini untuk mencari amal dan berbuat baik kepada sesama manusia dan beribadah
- d) Hal yang penting bagi klien dan keluarga : Klien mengatakan hal yang penting bagi keluarga adalah agama
- e) Pentingnya agama/spritualitas bagi klien dan keluarga : Klien megatakan dengan agama keluarga akan senantiasa untuk bertakwa dan menjalankan semua perintahya.
- f) Dampak masalah kesehatan terhadap spiritualitas : Selama sakit

klien kadang tidak sholat jika sedang dalam keadaan sesak.

g) Hasil pemeriksaan fisik terkait (survey keadaan umum) : Keadaan umum klien lemah, klien hanya terbaring diatas Ranjang.

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil Lab tanggal 20 November 2021

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Penunjang

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Satuan	Hasil	Nilai Normal
20 November 2021	Hematologi			
	Leukosit	x 10 ³	8,50	4,80-10,80
	Eritrosit	x 10 ⁶	4,24	4,20-5,40
	Hemoglobin	g/dl	8,7	12-16
	Hematokrit	%	28,0	37,0-54,0
	Platelet	x 10 ³	300	150-450
	Laju endap darah	mm/ jam	45	<15
	Kimia klinik			
	GDS	mg/dl	105	60-150
	HBA1C	%	5,5	4,3-5,8
	Bilirubin total	mg/dl	0,7	0,3-1,2
	Bilirubin direct	mg/dl	0,2	0,0-0,8
	Bilirubin indirect	Mg/dl	0,5	
	Albumin	g/dl	4,1	3,2-4,8
	Cholesterol	mg/dl	214	150-220
	Trigleserida	mg/dl	218	<250
	HDL	mg/dl	47	>35
	LDL	mg/dl	123	160-189
	Asam urat	mg/dl	6,1	1,1-7,8
	Ureum	mg/dl	222,0	19,3-49,2
Creatini	mg/dl	15,5	0,5-1,1	

	SGPT	μL	12	10-49
	SGOT	μL	18	<34
	HBSag		Non reaktif	Non reaktif
	Elektrolit			
	Natrium	mmol/L	137	135-155
	Kalium	mmol/L	4,5	3,6-5,5
	Chloride	mmol/L	105	98-108

B. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kaki masih agak bengkak - Klien mengatakan sudah didiagnosa gagal ginjal kurang lebih 9 tahun - Klien mengatakan makan nasidan lauk 1 porsi - Klien mengatakan BAK hanya 50cc/hari <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ttv: - TD:160/90mmHg - N:78 x/menit - RR:23 x/menit - T: 36° C - Tungkai kedua kaki odemaringan - BB pre HD:63 Kg - BB post HD:62 Kg - 4.Ureum : 220,0 mg/dL - Creatinin 15,5 mg/dL - 5.HB : 8,7 gr/dl HT: 28,0 % 	<p>Gangguan Mekanisme Regulasi</p>	Hipervolemia
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan mengatakan badannya lemas. - Klien cemas dengan keadaan penyakitnya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien hanya tiduran - konjungtiva anemis - Kesadarannya compos mentis, GCS 15 TD: 160/90 mmHg 	<p>Ancaman pada Status Terkini</p>	Ansietas

	RR: 23x/menit HR: 78x/menit S:36°C -klien mondar –mandir menanyakan kondisi pasien lain yg sedang HD pada saat menunggu giliran HD		
3.	DS: - klien mengatakan mengatakan badannya lemas. - klien mengatakan kadang sesak nafas DO : - klien tampak lemas - terpasang cimino pada tangan kanan - aktivitas dibantu keluarga -Kesadarannya compos mentis,	Imobilitas	Intoleransi aktivitas
4.	DS: -Klien mengatakan kedua kaki masih bengkak. DO: - TD: 160/90 mmHg - RR: 23x/menit - HR: 78x/menit - S:36°C	Peningkatan tekanan darah (Hipertensi)	Perfusi perifer tidak efektif

C. Diagnosa Keperawatan

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
2. Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas
4. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (Hipertensi).






D. Intervensi Keperawatan






Tgl/ Jam	Dx. Keperawatan SDKI	SLKI	SIKI
30-11- 2021	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<p>Keseimbangan cairan (L.05020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam keseimbangan cairan meningkat dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluaran urin (5) Keterangan : 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 2. Edema (5) Keterangan : 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 3. Tekanan darah (5) 4. Berat badan (5) Keterangan : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>Manajemen Hipervolemia (I.03114) Observasi : 1.1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan) 1.2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 1.3. Batasi cairan dan asupan garam Edukasi : 1.4. Ajarkan cara mengukur intake dan output 1.5. Ajarkan cara membatasi cairan</p>
30-11- 2021	Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini	<p>Tingkat ansietas (I.09093) Setelah dilakukan tind. Kep selama 3 x 24 jam diharapkan ansietas menurun dengan Indikator: 1. Tidak dapat beristirahat 2. Perasaan gelisah 3. Wajah tegang 4. Peningkatan</p>	<p>Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk</p>





		<p>tekanandarah</p> <p>5. Fatigu</p> <p>eSkala:</p> <p>6. Berat</p> <p>7. Cukup berat</p> <p>8. Sedang</p> <p>9. Ringan</p> <p>10. Tidak ada</p>	<p>menumbuhkan kepercayaan</p> <p>5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan , jikamemungkinkan</p> <p>6. Pahami situasi yang membuat anxietas</p> <p>7. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>10. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang kepada keluarga/orangtua</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>12. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>13. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>14. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</p> <p>15. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>
30-11-2021	Intoleran aktivitas Berhubungan dengan Imobilitas	<p>Toleransi aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24jam toleransi aktivitas meningkat dengan KH :</p> <p>1. Kemudahan dalam Melakukan aktivitas sehari-hari (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1. Menurun</p> <p>2. Cukup menurun</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup meningkat</p> <p>5. Meningkat</p>	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi :</p> <p>3.1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>3.2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3.3. Monitor pola dan jam tidur</p> <p>3.4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selamamelakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3.5. Lakukan latihan rentang gerakpasif atau aktif</p> <p>3.6. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan</p>



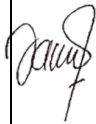
		<p>2. Keluhan lelah (5)</p> <p>3. Perasaan lemah (5)</p> <p>(5) Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Edukasi :</p> <p>3.7. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>
30-11-2021	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah	<p>Perfusi perifer (L.02011)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam perfusi perifer meningkat dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warna kulit pucat (5) 2. Edema (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>3. Tekanan darah sistolik (5)</p> <p>4. Tekanan darah diastolik (5)</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 4.2 Identifikasi factor Resiko gangguan sirkulasi (diabetes, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 4.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas tangan dengan keterbatasan perfusi 4.4 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 4.5 Lakukan pencegahan infeksi 4.6 Lakukan perawatan kaki dan kuku <p>Edukasi :</p> <p>4.7 Anjurkan berolahraga rutin</p> <p>Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit</p>
Tgl / Jam	Dx. Keperawatan SDKI	SLKI	SIKI
			<p>terbakar</p> <p>4.8 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>4.9 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki)</p>

E. Implementasi


No. Dx	Hari, Tgl, Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Selasa 30/11/21 Jam 10.00	<p>1.1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara nafas tambahan)</p> <p>1.2. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>1.3. Mengajarkan Membatasi cairan dan asupan garam</p>	<p>S : Klien mengatakan ada bengkak di tangan dan kaki</p> <p>O : tangan dan kaki klien terlihat bengkak</p> <p>S : Klien mengatakan minum air putih selama 24 jam hanya sekitar 3 gelas aqua, kencing hanya 3-4 kali sekitar 300 cc/24 jam</p> <p>O : -</p> <p>S : Klien mengatakan patuh akan diet yang dianjurkan oleh ahli gizi dari rumah sakit, tetapi kadang memang suka curi 2 minum</p> <p>O : Klien terlihat paham dan mengerti</p>	  
2	Selasa 30/ 11/21 Jam 10.30	<p>2.1. mengkaji tanda verbal dan non verbal kecemasan</p> <p>2.4. menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi autogenik</p>	<p>S: pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya saat ini</p> <p>O: ekspresi wajah khawatir</p> <p>S: pasien mengikuti instruksi perawat</p> <p>O: mengajarkan teknik relaksasi autogenik</p>	 





No. Dx	Hari, Tgl, Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		<p>2.13 Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>1.8. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p>	<p>S :Suami pasien mengatakan jika jadwal pasien cuci darah suami selalu menemani</p> <p>O : Suami pasien selalu mendampingi saat pasien cuci darah.</p> <p>S : Klien mengatakan sangat cemas jika melihat teman disebelahnya saat HD kondisinya memburuk</p> <p>O :-</p>	  
3.	<p>Senin 29/11/21 Jam 11.00</p>	<p>3.1 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p>	<p>S : Klien mengatakan sering lelah dalam melakukan aktivitas</p> <p>O : Klien terdiagnosa CKD dan sudah hemodialisa selama kurang lebih 9 tahun, hemodialisa setiap Selasa dan Jumat</p>	 
		<p>3.2 Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3.3 Memonitor pola dan jam tidur</p>	<p>S : Klien mengatakan sering lelah dalam melakukan aktivitas, Klien mengatakan saat sakit ini lebih banyak sabar dan berharap cepat sembuh</p> <p>O : Klien terlihat hanya berbaring di tempat tidur, klien tampak tersenyum</p> <p>S : klien mengatakan tidur malambiasa 7-8 jam dan tidur siang sekitar 1-2 jam</p> <p>O :-</p>	




		3.4 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	S: klien mengatakan jika banyak beraktivitas nafas menjadi cepat dan pendek O : klien terlihat lemes	
No. Dx	Hari, Tgl, Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Selasa, 30/11/2021 Jam 16.00	1.2 Memonitor intake dan output cair 1.5 Mengajarkan cara membatasi cairan	S : klie mengatakan minum sekitar 1 gelas aqua dan makan 3x1 hari sebanyak 1 porsi dalam sekali makan dan pasien BAK 1-2 kali sehari sebanyak kurang lebih 50 cc O : - S : klien mengatakan paham dan mengerti dalam membatasi cairan O : klien tampak mengangguk dan bisa menyebut Diit yang di anjurkan	
2	Selasa, 30/11/2021 Jam 16.15	2.4 Mengajarkan tehnik relaksasi autogenik	S : Klien mengatakan rasanya nyaman O : Klien tampak nyaman	
3	Selasa, 30/11/2021 Jam 16.30	3.7 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	S: klien mengatakan melakukan aktivitas secara bertahap sesuai anjuran O: mengamjurkan klien untuk melakukan aktivitas (berdiri kurang lebih 5 menit)	




4	Rabu, 1/12/20 21 Jam 16.00	1.2 Memonitor intake dan output cairan	S : Klien mengatakan masih sama seperti kemarin minum sekitar 1 gelas aqua dan makan 3x1 hari sebanyak 1 porsi dalam sekali sebanyak 1 porsi dalam sekali makan dan pasien BAK 1-2 kali makan dan pasien BAK 1-2 kali sehari sebanyak kurang lebih 50 cc O : -	
5	Rabu,1/ 1 2/2021 Jam 16.15	2.7 Mengajarkan tehni relaksasi autogenik	S : Klien mengatakan merasatenang O : Klien tampak rileks	
6	Rabu, 01/12/ 20 21 Jam 16.30	3.7 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Gerak	S: klien mengatakan melakukan aktivitas secara bertahap sesuai anjuran O: menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas (berjalan 2 langkah)	

F. Evaluasi Keperawatan

Tgal/ Jam	No.D x	EVALUASI SOAP	Paraf
Selasa, 30/11/2021 12.30	I	S : - Klien mengatakan BB terakhir adalah 63 kg O : - Ke dua kaki terlihat edema - BAK kurang lebih 300 cc Capillary raffyl kurang 4 detik A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1.1. Monitor intake dan output cairan 1.2. Batasi cairan dan asupan garam 1.3. Ajarkan cara mengukur intake dan output 1.4. Ajarkan cara membatasi cairan	

	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan mengatakan badannya lemas. - Klien cemas dengan keadaan penyakitnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien hanya tiduran - konjungtiva anemis - aktivitas dibantu keluarga - -Kesadarannya compos mentis, GCS 15. - TD: 160/90 mmHg RR: 26x/menitHR: 78x/menit S:36°C <p>A: Masalah belum teratasi</p>	
	II	<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1Gunakan pendekatan yang menenangkan 2.2Monitor tingkat kecemasan pasien 2.3Temani pasien untuk memberikan keamanan dan 2.4mengurangi cemas dengan Latihan relaksasi autogenik 2.5Libatkan keluarga untuk mendampingi pasien 2.6Berikan informasi mengenai diagnosis, tindakan, prognosis 2.7bantu pasien mengenai situasi yang menimbulkan kecemasan 	
	III	<p>S: - Klien mengatakan sering lelah dalam melakukan aktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sering lelah dalam melakukan aktivitas, Klien mengatakan saat sakit ini lebih banyak sabar dan berharap cepat sembuh - klien mengatakan tidur malam biasa 7-8 jam dan tidur siang sekitar 1-2 jam <p>O: - Klien terdiagnosa CKD dan sudah hemodialisa selama kurang lebih 9 tahun,hemodialisa setiap selasa dan jumat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat hanya berbaring di tempat tidur, klien tampak tersenyum - klien terlihat lemes <p>A : Masalah keperawatan Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.7</p>	 

Rabu, 1/12/2021	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan BB terakhir adalah 63 kg <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ke dua kaki terlihat edema - BAK kurang lebih 300 cc Capillary raffyl kurang 4 detik <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor intake dan output cairan 2.2 Batasi cairan dan asupan garam 2.3 Ajarkan cara mengukur intake dan output 2.4 Ajarkan cara membatasi cairan 	
	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan mengatakan badannya lemas. - Klien cemas dengan keadaan penyakitnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien hanya tiduran - konjungtiva anemis - aktivitas dibantu keluarga - -Kesadarannya compos mentis, GCS 15. <p>TD: 160/90 mmHg RR: 26x/menit HR: 78x/menit S:36°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Gunakan pendekatan yang menenangkan 2.2 Monitor tingkat kecemasan pasien 2.3 Temani pasien untuk memberikan keamanan dan 2.4 mengurangi cemas dengan Latihan relaksasi autogenik 2.5 Libatkan keluarga untuk mendampingi pasien 2.6 Berikan informasi mengenai diagnosis, tindakan, prognosis 2.7 bantu pasien mengenai situasi yang menimbulkan kecemasan 	
	III	<p>S: Klien mengatakan melakukan aktivitas secara bertahap sesuai anjuran</p> <p>O : Menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas (berdiri kurang lebih 5 menit)</p> <p>A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi</p>	

		P : Lanjutkan intervensi 3.7	
Kamis, 2/12/20 21	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan BB terakhir adalah 63 kg <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ke dua kaki terlihat edema - BAK kurang lebih 300 cc Capillary raffyl kurang 4 detik <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Monitor intake dan output cairan 1.2. Batasi cairan dan asupan garam 1.3. Ajarkan cara mengukur intake dan output 1.4. Ajarkan cara membatasi cairan 	
	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan mengatakan badannya lemas. - Klien cemas dengan keadaan penyakitnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien hanya tiduran - konjungtiva anemis - aktivitas dibantu keluarga - Kesadarannya compos mentis, GCS 15. TD: 160/90 mmHg - RR: 26x/menit HR: 78x/menit S:36°C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Gunakan pendekatan yang menenangkan 2.2 Monitor tingkat kecemasan pasien 2.3 Temani pasien untuk memberikan keamanan dan 2.4 mengurangi cemas dengan Latihan relaksasi autogenik 2.5 Libatkan keluarga untuk mendampingi pasien 2.6 Berikan informasi mengenai diagnosis, tindakan, prognosis 	
	III	<p>S: Klien mengatakan melakukan aktivitas secarabetahap sesuai anjuran</p> <p>O : Menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas (berdiri kurang lebih 5 menit)</p> <p>A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.7</p>	