

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari Senin, Tanggal 05 Agustus 2024, jam 07:00 WIB diruang Flamboyan, RSUD Soedjati Soemodiardjo Purwodadi dengan auto/allo anamnesa:

1. Identitas Klien

Nama	:	Tn.K
Umur	:	52 Tahun
Alamat	:	Kuripan, Purwodadi
Agama	:	Islam
Pendidikan	:	SD
Pekerjaan	:	Petani
Tanggal Masuk	:	21 Juli 2024
No. Register	:	00579XXX
DX. Masuk	:	CKD On HD

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	:	Ny. J
Umur	:	50 Tahun
Alamat	:	Kuripan, Purwodadi
Pekerjaan	:	IRT
Agama	:	Islam
Hub. Dgn Klien	:	Suami

B. RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan Utama

Klien mengatakan lemas dan gelisah

2. Riwayat kesehatan sekarang

Pada tanggal 04 agustus 2024 klien mengatakan akan melaksanakan hemodialisa sesuai jadwal. klien datang kerumah sakit RSUD untuk melaksanakan hemodialisa, klien datang dengan keadaan kesadaran comatosus, dengan TD: 130/90, s: 36,7°C, N:97 x/menit, RR: 20 x/menit ,Spo2:97% . setelah dilakukan pemeriksaan klien melakukan tindakan HD.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 05 agustus 2024 setelah tindakan post hd, klien mengatakan lemas, mual serta bengkak pada ektermitas, serta didapatkan hasil pemeriksaan TD:140/70, N:82, S:37,:RR:24, serta terpasang infus RL 20tpm.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien menyebutkan pernah mengalami masalah serupa di masa lalu. Tanpa gagal, setelah setiap sesi definisi tinggi, klien akan menyuarakan kekhawatiran ini. Klien telah menerima 25 perawatan definisi tinggi. Tidak ada catatan klien yang menderita penyakit menular seperti tuberkulosis, AIDS, atau hepatitis.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut keterangan keluarga klien, tidak ada satu pun orang tua klien yang pernah mengalami penyakit yang diderita klien. Keluarga klien

menyatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti asma, dan tidak ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit menular seperti AIDS, TBC, atau hepatitis.

C. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

Pengkajian pola fungsional menurut Gordon yaitu:

1. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Sebelum sakit : Menurut klien, apabila terjadi penyakit yang menimpa dirinya atau anggota keluarganya, sangat penting untuk segera mencari pertolongan medis di fasilitas kesehatan terdekat. Juga mengatakan akan selalu menjaga kesehatannya dengan cara mengurangi makan garam.

Selama sakit: klien mengatakan kalau kesembahannya saat ini sangat penting. Klien mengatakan akan mengikuti semua aturan yang dianjurkan dari dokter maupun perawat agar cepat sembuh dan akan minum obat anti hipertensi.

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

Sebelum sakit : pengkajian nutrisi

Antropometri : tinggi badan : dan berat badan: IMT:

Biochemical : tidak terkaji

Clinical : tidak terkaji

Dit : klien mengatakan makan 3x sehari, pagi, siang dan sore, habis satu porsi dengan komposisi nasi, lauk, sayur, klien suka makanan yang manis dan asin

minum 1500 cc perhari.

Selama sakit: klien mengatakan tidak nafsu makan, klien makan 3x sehari habis setengah porsi klien mengatakan makan 3x sehari habis setengah porsi nasi tim rendah garam, lauk, sayur-sayuran yang sudah disediakan dari rumah sakit, klien minum air putih 2-3 gelas/hari, anjuran dari dokter minum 1500 cc /24 jam klien mendapatkan infus RL 20tetes/menit.

Antropometri: tinggi badan: 163 cm berat badan : 56kg IMT: 21,5

Biochemical : hemoglobin : 8,8 g/dl

Leukosit : 16140/uL

Trombosit : 122000/uL

Eritrosit : 2.82 10⁶/uL

Clinical: mata : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pandangan normal tidak mengalami gangguan. Rambut : beruban, bersih, lurus, tipis.

Kulit: CRT= 2 detik.

Diit: nasi tim rendah garam, lauk, sayur-sayuran habis setengah porsi dan minum air 2-3 gelas/hari (600 cc)

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit: klien mengatakan saat dirumah buang air besar 1x perhari dengan konsistensi lembek, warna feses kekuningan, bauk has feses dan tidak ada keluhan saat buang air besar. Klien buang air kecil 6-7 x perhari warna jernih, bauk has amoniak dan tidak ada keluhan saat buang air kecil.

Selama sakit :klien mengatakan selama dirumah sakit buang air besar 1 x sehari dengan konsistensi lembek, warna feses kekuningan, bauk has feses. Klien buang air kecil 4-5 x perhari dengan konsistensi warna kuning, bauk has amoniak dan tidak terpasang DC/ kateter.

4. Pola Latihan dan Aktivitas

Sebelum sakit: klien mengatakan mandi 2x sehari, keramas 3x dalam seminggu, kebersihan diri klien selalu terjaga dan dilakukan secara mandiri.

Table 3.1 pola latihan dan aktivitas sebelum sakit

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan	√				
Minum	√				
Mandi	√				
Berpakaian	√				
Berpindah	√				
Eliminasi	√				
Mobilisasi	√				

Keterangan :

0= mandiri

1= dibantu Sebagian

2= dibantu orang lain/keluarga

3= dibantu orang dan peralatan

4= ketergantungan/ tidak mampu

Selama sakit: klien mengatakan selama dirumah sakit hanya disibin aktivitas dibantu karena keadaan yang lemah, klien tidak dapat bekerja klien hanya bisa tiduran dan duduk diatas tempat tidur, jika klien mau mandi,makan, minum, berpakaian, dan eliminasi di bantu oleh keluarga.

Table 3.2 Pola latihan dan aktivitas selama sakit

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan		√			
Minum		√			
Mandi			√		
Berpakaian			√		
Berpindah		√			
Eliminasi				√	
Mobilisasi		√			

Keterangan :

0= mandiri

1= dibantu Sebagian

2= dibantu orang lain/keluarga

3= dibantu orang dan peralatan

4= ketergantungan/ tidak mampu

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit :klien mengatakan dapat beristirahat dengan nyenyak, tidak ada gangguan tidur, klien tidur 7-8 jam pada malam hari dan 2 jam pada siang hari tidak ada gangguan pada saat tidur.

Selama sakit :klien mengatakan tidur eristirahat dengan nyenyak, tidak ada

gangguan tidur, klien tidur 7-8 jam pada malam hari dan 2 jam pada siang hari tidak ada gangguan pada saat tidur.

6. Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Sebelum sakit : klien mengatakan dapat berkomunikasi dengan baik, saat diajak berkomunikasi klien dapat berkomunikasi dengan baik, tidak ada gangguan pada penciuman, perabaan dan klien juga ingat kejadian saat pasien dibawa ke rumah sakit.

Selama sakit : klien mengatakan klien dapat berkomunikasi dengan baik, intensitas komunikasi lemah, artikulasi jelas dan sehari-hari menggunakan Bahasa jawa dan Indonesia, tidak ada gangguan pada penciuman, perabaan dan klien juga ingat kejadian saat klien dibawa ke rumah sakit.

7. Pola Konsep dan Persepsi Diri

Persepsi diri : klien mengatakan bahwa dirinya sudah tidak berharga lagi bagi keluarga karena klien sudah tidak bisa bekerja, hanya bisa makan dan tidur saja, klien merasa dirinya hanya merepotkan keluarga.

Gambaran diri: klien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit

Ideal diri :klien mengatakan ingin dirinya cepat sembuh dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa ada gangguan.

Peran diri :klien mengatakan dirinya adalah seorang Ayah dari anaknya

dan seorang kakek bagi cucunya.

Identitas diri :klien seorang laki-laki, berumur 52th tahun mempunyai 2 orang anak dan klien masih tinggal bersama istri.

Harga diri :klien merasa sakit ini merepotkan keluarga karena keluarga klien harus merawat klien yang sedang dirawat di rumah sakit.

8. Pola Peran dan Hubungan

Sebelum sakit:klien mengatakan berperan sebagai Ayah dari 2 orang anaknya dan seorang kakek dari cucu-cucunya, tidak ada masalah dalam hubungan klien dengan keluarga, saudara maupun orang-orang yang ada disekitarnya.

Selama sakit : klien mengatakan berperan sebagai Ayah dari 2 orang anaknya, dan kakek dari cucu-cucunya, klien menjalani hubungan dengan keluarga, saudara, dokter, perawat maupun klien lainnya yang satu ruang dengan dirinya. Klien kooperatif dengan perawat, klien sering bertanya tentang perkembangan penyakit yang di deritanya.

9. Pola Reproduksi dan Seksual

Sebelum sakit :klien seorang laki-laki, sudah menikah dan mempunyai seorang anak, klien mengatakan sudah tidak pernah melakukan hubungan seksual karena sudah tua dan sudah tidak mampu melakukannya, dulu klien saat berhubungan seksual tidak ada keluhan.

Selama sakit :klien selama dirumah sakit klien tidak pernah melakukan

hubungan seksual karena kondisi klien saat ini.

10. Pola Mekanisme Koping

Sebelum sakit :klien mengatakan saat klien mempunyai masalah terutama masalah kesehatan dan akan mencari solusi yang terbaik dengan merundingkan dengan keluarga dan berobat ke pelayanan kesehatan terdekat.

Selama sakit :klien mengatakan saat klien mengalami masalah terutama masalah kesehatan atau keluhan terhadap penyakit klien langsung menanyakan pada perawat dan dokter yang merawatnya.

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Sebelum sakit : klien mengatakan beragama islam, klien ibdah sholat tepat waktu dan klien sering mengikuti acara pengajian yang dilakukan di desanya.

Selama sakit: klien mengatakan tidak bisa melakukan ibadah sholat karena kondisinya saat ini, pasien hanya berdoa untuk kesembuhannya.

D. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum

Kesadaran :composmentis E: 4 M: 5 V:6 GCS= 15

Penampilan :lemah

2. Tanda-tanda vital

- a. Tekanan darah : 140/70 mmHg
- b. RR : 24x/menit
- c. Nadi : 82x/menit
- d. Suhu : 37 °C
- e. spO2 : 98%

3. Tinggi Badan : 163 cm, Berat Badan : 56kg

IMT : 21,5

4. Kepala

- a. Bentuk kepala: simetris, mesocephal, tidak ada lesi pada kepala
- b. Finger Pain: sedang
- c. Rambut : tipis, tekstur halus, sedikit ikal, Panjang, warna hitam terdapat uban, tidak ada lesi di kulit kepala, rambut bersih.
- d. Mulut: kondisi mulut lidah lembab, simetris, bibir lembab, tidak terdapat stomatitis, dan tidak ada pelebaran tonsil.
- e. Mata : kondisi mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, penglihatan normal tidak ada gangguan, mata terlihat sayu dan berair.
- f. Hidung: kondisi hidung simetris, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada penumpukan secret, fungsi penciuman baik, tidak ada polip dan/tidak ada sinusitis.
- g. Telinga: simetris, tidak ada penumpukan serumen serta tidak ada gangguan pendengaran/ pendengaran normal.

- h. Leher: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan tidak ada peningkatan vena juguralis.

5. Dada

- a. Paru-paru

Inspeksi : bentuk simetris, terlihat retraksi inter costa pada saat inspirasi dan ekspirasi

Palpasi : tidak adanya nyeri di ruas iga, vocal fremitus teraba lebih keras sebelah kanan dan pengembangan paru kanan dan kiri sama.

Perkusi : bunyi sosnor di seluruh lapang dada

Auskultasi : bunyi paru vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi atau wheezing.

- b. Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak tampak

Palpasi : ictus cordis teraba pada intercostal ke V linea diameter 2 cm

Perkusi : bunyi jantung pekak pada dada kiri intercostal 2 lateral sinistra sternum intercostal 3 di line midklavikula sampai sternum intercostal 4 di line midklavikula sampai sternum, intercostal 5 di 2 cm lateral sinistra line midklavikula sampai sternum.

Auskultasi : bunyi regular S1 dan S2 (lup dup) tidak ada bunyi jantung tambahan seperti mur-mur di apeks vertikel kiri.

6. Abdomen

Inspeksi : bentuk perut sedikit kembung, tidak ada benjolan umbilicus

Auskultasi : peristaltic usus 15x/menit

Perkusi : timpani diseluruh kuadran 1,2,3,dan 4

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

7. Genitalia: bersih,tidak terdapat lesi,tidak terpasang DC kateter
8. Anus : bersih, tidak ada hemoroid
9. Ekstremitas

Superior : tidak ada kelainan bawaan, kedua tangan dapat digerakan, tangan sebelah kanan terpasang infus RL 20 tpm, terdapat odema,tidak ada varises, akral hangat.

Inferior : tidak ada kelainan bawaan, kedua kaki dapat digerakan,tidak ada cacat, terdapat odema dan tidak ada varises.

Kekuatan otot:

4	4
4	4

Kategori : pergerakan aktif melawan gravitasi dan sedikit tahanan.

Tabel 3.3 pengukuran skala kekuatan otot

Skala	Kekuatan (%)	Deskripsi
0	0	Kontraksi otot tidak terdeteksi
1	10	Kejapan yang hampir tidak terdeteksi atau bekas kontraksi dengan observasi atau palpasi.
2	25	Pergerakan aktif bagian tubuh dengan mengalami gravitasi
3	50	Pergerakan aktif hanya melawan gravitasi dan tidak melawan tahanan
4	75	Pergerakan aktif melawan gravitasi dan sedikit tahanan
5	100	Peregrakan aktif melawan tahanan penuh tanpa adanya kelelahan oto serta kekuatan otot normal.

10. Kuku dan Kulit : warna kulit gelap , turgor kulit baik,terdapat oedem, CRT = 2 detik, akral hangat, kulit kotor dan lengket, kuku Panjang.

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : Tn. K

Tanggal : 04 agustus 2024

Table 3.4 hasil pemeriksaan latoratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	N. Rujukan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	8,8	g/dl	13.2-17
Lekosit	16140	/uL	3800- 10600
Trombosit	122000	/uL	150000- 40000
Eritrosit	2.82	10^6/uL	4.4-5.9
Hitungjenis lekosit			
Eosinophil %	0	%	2-4
Basophil %	0	%	0-1
Neutrophil batang%	0	%	3-5
Neutrophil segmen%	78	%	50-70
Limfosit %	8	%	25-40
Monosit%	6	%	2-8
Golongan darah	O		
KIMIA			
Faal Ginjal			
Ureum	135.0	mg/dL	10-50
Creatinine	8.1	mg/dL	0,6-1,4
GulaDarah sewaktu	81	mg/dL	70-140

2. Therapy Obat

Table 3.5 terapi obat

Nama Obat	Rute	Dosis	Indikasi
Infus RL	IV	20 tpm	Sebagai sumber elektrolit dan air untuk menambah cairan pada tubuh.
Asam Folat	Oral	3x1mg	Anemi, Kebutuhan diet, pencegahan neural tube defects pengurangan penurunan kardio.
Inj. Furosemide	IV	20 ampul	Untuk mengatasi penumpukan cairan dalam tubuh atau edema.
Lansoprazole	Oral	30 mg	Untuk mengatasi kondisi yang berkaitan dengan peningkatan asam lambung

I. ANALISA DATA

Nama:Tn. K

Ruang : Flamboyan

Umur: 52th

Dx. Medis : CKD On HD

Tabel 3.6 Analisa Data

No	Hari/TGL	DATA FOKUS	MASALAH	TTD
1.	Senin, 05/08/2024	DS: klien mengatakan terasa bengkak diseluruh tubuh DO: ekstremitas klien terdapat edema serta dilakukan tindakan ttv	Hipervolemia D.(0022)	<i>Aripin</i>

<p>didapatkan hasil TD: 140/70 N:82 RR:24 S:37 C spO2: 98%</p>				
2.	Senin 05/08/2024	DS: klien mengatakan badan terasa lemas seperti tidak ada tenaga DO: klien tampak lemas serta sulit untuk menggerakkan tubuh	Itoleransi aktivitas D.(0056)	<i>Anipin</i>
3.	Senin 05/08/2024	DS: klien mengatakan merasa hawatir serta takut akan efek samping dari terapi hemodialisa DO: klien tampak gelisah serta tampak cemas dengan kondisi saat ini	Ansietas D.(0080)	<i>Anipin</i>

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama : Tn. K

Ruang : Flamboyan

Umur : 52th

Dx. Medis : CKD On HD

Tabel 3.7 Diagnosa Keperawatan

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Tgl Teratasi	TTD
1.	Senin 05/08/2024	Hipervolemia b.d Efek Agen Farmakologis Dibuktikan Dengan Terdapat Oedem Pada		<i>Anipin</i>

Ekstremitas.				
D. 0022				
2.	Senin, 05/08/2024	Intoleransi Kelemahan	Aktivitas dibuktikan dengan	b.d Klien Mengeluh Badan Lemas.
				D. 0056
3.	Senin, 05/08/2024	Ansietas dibuktikan	b.d Krisis Situasional dengan	Pasien Tampak Gelisah. D.0080
<hr/>				

III. RENCANA KEPERAWATAN

Intervensi Keperawatan dalam laporan kasus KTI sebagai berikut:

Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan

No.	Hari/ tanggal	SLKI	SIKI	TTD
Senin 05/08/2024	Keseimbangan Cairan (L.03020)	Manajemen Hipervolemia (I.03114). Observasi: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan keseimbangan cairan meningkat. Dengan kriteria hasil a. Asupan cairan meningkat b. Asupan makanan meningkat c. Edema	1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hypervolemia 3. Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika perlu 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, ortostatik, hipovolemia, hipokalmia,	<i>Anipin</i>

-
-
- menurun hiponatremia)
- d. Ansietas Terapeutik:
- menurun 1. Timbang berat badan setiap hari pada
- e. Tugor Kulit waktu yang sama
- menbaik 2. Batasi asupan cairan dan garam
3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat
- Edukasi :
1. Anjurkan melapor jika haluanan urin $<0,5$ ml/jam dalam 6 jam
 2. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari
 3. Anjurkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluanan cairan
 4. Ajarkan cara membatasi cairan
- Kolaborasi
1. Kolaborasi pemberian diuretik
 2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik
 3. Kolaborasi pemberian continuous renel replacement therapy (CRRT), jika perlu
-

05/08/2024 (L.05047) (I. 05178)

Setelah dilakukan Observasi

Tindakan
keperawatan 3x24
jam diharapkan
toleransi aktivitas
meningkat
Dengan kriteria
hasil:

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh
yang mengakibatkan kelelahan
2. Monitor kelelahan fisik dan emosional
3. Monitor pola dan jam tidur
4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan
selama melakukan aktivitas

Terapeutik :

- a. Keluhan lelah menurun 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)
 - b. Persaan lemah menurun 2. Lakukan Latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
 - c. Warna kulit membaik 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika dapat berpindah atau berjalan

Edukasi :

- 1. Anjurkan tirah baring
 - 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
 - 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda gejala kelelahan tidak berkurang
-

-
-
4. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan kolaborasi :
1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Senin,	Tingkat Ansietas	Reduksi Ansietas (I. 09314)	<i>Anripin</i>
05/08/2024	(L.09093)	Observasi :	
	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun Dengan kriteria hasil:	1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)	
		2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan	
		3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)	
		Terapeutik :	
	a. Verbalisasi kebingungan menurun	1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	
	b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun		
	c. Perilaku		

-
- | | |
|---------------------------------|---|
| g. gelisah
menurun | 2. Batasi rangsangan eksternal selama
terapi dilakukan |
| d. Perilaku tegang
menurun | 3. Temani pasien untuk mengurangi
kecemasan, jika memungkinkan |
| e. Keluhan
pusing
menurun | 4. Pahami situasi yang membuat
ansietas |
| f. Pola tidur
menurun | 5. Motivasi mengidentifikasi situasi
yang memicu kecemasan |
- Edukasi
1. Jelaskan prosedur, termasuk
sensasi
-

yang mungkin
dialami

2. Informasikan secara
factual mengenai
diagnosis,
pengobatan, dan
prognosis
3. Latih kegiatan
pengalihan untuk
mengurangi
ketegangan
4. Latih penggunaan
mekanisme
pertahanan diri yang
tepat
5. Latih Teknik
relaksasi pemberian
aromaterapi
lavender

Kolaborasi

1. Kolaborasi
pemberian obat
antiansietas, jika
perlu
-
-

IV. IMPLEMENTASI

Implementasi Kperawatan dalam laporan kasus Karya Tulis Ilmiah sebagai berikut :

Tabel 3.9 Tabel Implementasi Keperawatan

Hari/tgl	No	Implementasi	Respon Hasil	TTD
		DX		
Senin, 05 agustus 2024 07:20 WIB	DX 1, 2, 3	Memonitor Tanda- anda Vital/ TTV	DS: klien mengatakan bersedia untuk diperiksa tanda-tanda vital DO: TD: 130/90 mmHg S: 36,2 C N: 98x/menit RR: 22x/menit spO2: 92%	<i>Anipin</i>
07: 35 WIB	DX 1	Mengidentifikasi penyebab hipervolemia	DS: klien mengatakan terasa bengkak pada seluruh tubuh klien DO: terdapat odem pada tubuh klien	
07: 40 WIB	DX 2	Mengidentifikasi gangguan fungsi	DS: klien mengatakan lemas serta tidak bisa	<i>Anipin</i>

		tubuh yang mengakibatkan kelelahan	duduk terlalu lama DO: klien tampak lemas serta lesu	
07: 55 WIB	DX 3	Memonitor tanda-tanda Ansietas (verbal/nonverbal)	DS: klien mengatakan was-was setiap akan menjalani hemodialisa dan khawatir akan penyakit yang dideritanya DO: klien tampak lemas, gelisah dan tampak tegang	<i>Anipin</i>
08: 10 WIB	DX 1,2	Meninggikan bagian kepala klien 30', dengan posisi semi fowler	DS: klien mengatakan bersedia untuk diberikan posisi semi fowler DO: klien tampak lebih nyaman saat diberikan posisi semi fowler	<i>Anipin</i>
08:25 WIB	DX 1	Memonitor intake dan out put cairan	DS: klien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan DO: terpasang infus RL 20 tpm	<i>Anipin</i>

08:30 WIB	DX 1	Memberikan obat injeksi Injeksi furosemide untuk mengatasi penumpukan cairan dalam tubuh.	DS: klien mengatakan bersedia diberikan obat injeksi DO: tidak timbul alergi saat diberikan obat injeksi	<i>Anipin</i>
08:50 WIB	DX 3	Memberikan informasi tentang terapi relaksasi aroma terapi lavender dan cara untuk menerapkan aroma terapi tersebut dan meminta klien untuk melakukannya	DS: klien mengatakan bersedia untuk mendengarkan informasinya dan bersedia untuk melakukannya DO: klien tampak antusias mendengarkan dan memahami cara melakukannya	<i>Anipin</i>
9:20 wib	DX 3	Mengajarkan kepada keluarga penerapan aroma terapi lavender secara mandiri	DS: keluarga mengatakan bersedia diajarkan pelaksanaan aroma terapi lavender DO: keluarga tampak kooperatif dan memahami apa yang diajarkan oleh perawat	<i>Anipin</i>

Selasa, 06 agustus 2024 07:30 WIB	DX 1,2,3	Mengukur tanda- tanda vital	DS: klien mengatakan bersedia DO: TD: 120/90 mmHg S: 36 C N: 95x/menit RR: 22x/menit spO2:94%	<i>Anipin</i>
07:50 WIB	DX 1	Memonitor intake dan output cairan	DS: Klien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan DO: Terpasang Infus RL 20 tpm	<i>Anipin</i>
08: 20 WIB	DX 1	Memberikan terapi obat injeksi furosemide untuk mengatasi penumpukan cairan dalam tubuh.	DS: klien mengatakan bersedia diberikan obat injeksi DO: obat telah dimasukan melalui jalur IV	<i>Anipin</i>
08: 30 WIB	DX 1,2	Memberikan posisi semi fowler pada klien	DS: klien mengatakan bersedia DO: klien tampak nyaman dengan posisi semi fowler	<i>Anipin</i>

10:00 WIB	DX 3	Memberikan terapi aroma terapi lavender untuk mengurangi rasa cemas serta memberikan ketenangan pada klien	DS: klien mengatakan bersedia dilakukan tindakan terapi aroma terapi lavender DO: klien tampak kooperatif, klien mampu memikuti, mengerti dan paham dengan anjuran perawat. Klien tampak tenang selama diberikan terapi aroma terapi lavender	<i>Anipin</i>
10:30 wib	DX 3	Monitor tanda-tanda ansietas (verbal/non verbal)	DS: klien mengatakan sedikit lebih tenang dan rileks saat diberikan terapi lavender. DO: klien tampak lebih rileks serta nyaman saat istirahat	<i>Anipin</i>
11:30 WIB	DX 1,2,3	Mengkaji tanda-tanda vital klien	DS: klien mengatakan bersedia untuk diperiksa tanda-tanda vital DO: TD; 160/90 mmHg N: 94x/menit	<i>Anipin</i>

			S: 36 C RR: 22x/menit	
Rabu,07 agustus 2024 07: 38 WIB	DX 1,2,3	Mengukur tanda- tanda vital	DS : klien mengatakan bersedia DO: TD : 110/80mmHg N: 94 x/menit S: 36 C RR: 22 x/menit	<i>Anipin</i>
07:50 wib	DX 1	Mengidentifikasi penyebab Hipervolemia	DS: klien mengatakan terasa bengkak pada seluruh tubuh klien DO: odem pada tubuh klien sudah mengecil	<i>Anipin</i>
08: 00 WIB	DX 3	Mengidentifikasi tanda-tanda ansietas serta perasaan klien pada pagi ini	DS: klien mengatakan cemas sudah sedikit berkurang DO: klien tampak lebih tenang serta rileks	<i>Anipin</i>
08: 20 WIB	DX 2	Mengidentifikasi kekuatan otot klien	DS: klien mengatakan sudah bisa bangun untuk duduk sendiri. DO: klien dapat duduk dalam wktu yang cukup lama	<i>Anipin</i>

08:35 WIB	DX 1	Memonitor intake dan out put cairan	DS: Klien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan DO: terpasang infus RL 20 tpm	<i>Anipin</i>
08:55 WIB	DX 3	Memberikan terapi aroma terapi lavender	DS: klien mengatakan bersedia diberikan terapi aroma terapi lavender. DO: klien tampak tenang dan rileks	<i>Anipin</i>
09:00 WIB	DX 1	Memberikan terapi obat injeksi furosemide untuk mengatasi penumpukan cairan dalam tubuh.	DS: klien mengatakan bersedia diberikan terapi obat DO: terapi obat injeksi diberikan melalui iv	<i>Anipin</i>
10: 50 WIB	DX 3	Mengidentifikasi tanda-tanda ansietas serta perasaan klien setelah diberikan terapi	DS: Klien mengatakan sudah merasa lebih rileks dan tenang. DO: klien tampak lebih rileks dan tampak sedikit lebih segar	<i>Anipin</i>
11:15 WIB	DX 1,2,3	Memeriksa keadaan klien, serta	DS : klien mengatakan sudah sedikit lebih baik	<i>Anipin</i>

memonitor tanda tanda vital klien	DO: klien tampak lebih segar Td:110/80 N:94 RR:20 S:36 Klien dijadwalkan untuk pulang pada jam 15:00
-----------------------------------	---

V. EVALUASI

Tindakan Keperawatan yang dilakukan penulis sesuai dengan perencanaan

Tabel 3. 10 Evaluasi Keperawatan

Hari/ tgl	DX	Evaluasi (SOAP)	TTD
Senin, 05 Agustus 2024 10:50 WIB	DX 1	S: klien mengatakan masih terasa bengkak pada tangan,kaki serta pipi O: terdapat odem pada ektermitas klien A: masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	<i>Anipin</i>

10:55 WIB	DX 2	S: klien mengatakan masih merasa lemas serta tidak kuat untuk duduk O: klien tampak lemas serta berbaring A: masalah belum teratasi P: lanjutkan Intervensi	<i>Anipin</i>
11:50 WIB	DX 3	S: klien mengatakan masih merasa cemas dan khawatir. Klien juga mengatakan bersedia diberikan terapi aroma lavender O: klien tampak gelisah serta klien tampak kooperatif menerima informasi mengenai terapi aroma terapi lavender yang akan diberikan A: masalah belum teratasi P: lanjutkan Intervensi	<i>Anipin</i>
Selasa, 06 agustus 2024	DX 1,2,3	S: klien mengatakan mau diperiksa tekanan darah nya Kembali O: TD : 120/90mmHg N: 94 x/menit S: 36 C RR: 22 x/menit A: masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	<i>Anipin</i>
07:45 WIB			

10:30 WIB	DX 3	DS: klien mengatakan masih sedikit merasa gelisah serta cemas dengan kondisinya saat ini O: klien masih tampak cemas, akan tetapi sudah sedikit lebih membaik A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	<i>Aripin</i>
Rabu,07 agustus 2024 10:40 WIB	DX 1,2,3	S: klien mengatakan bersedia diukur tanda tanda vital, klien juga mengatakan bengkak pada tangan, kaki dan pipi sudah sedikit mengecil O: TD : 110/80mmHg N: 94 x/menit S: 36 C RR: 22 x/menit Odem klien tampak mengecil A: masalah teratasi pasien persiapan pulang P: pertahankan intervensi	<i>Aripin</i>
11:55 WIB	DX 3	S: klien mengatakan sudah merasa lebih rileks serta tidak gelisah dengan kondisinya. O: klien tampak lebih baik dan segar TD : 110/80mmHg	<i>Aripin</i>

N: 94 x/menit

S: 36 C

RR: 22 x/menit

A: masalah teratas klien persiapan
pulang
P: pertahankan intervensi dirumah
