

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab 3 ini menguraikan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis Chronic Kidney Disease (CKD) HD reguler terkonfirmasi covid 19 di R F 2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Maka penulis menyajikan kasus yang penulis amati pada tanggal 06 Juli 2021, dengan data pengkajian pada tanggal 06 Juli 2021 jam 10.00 WIB. Pasien MRS di R F 2 tanggal 5 Juli 2021 jam 06.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien sendiri dan data SIM RS dengan no RM 41.xx.xx, Sebagai berikut:

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.3.1 Identitas Pasien**

Pasien adalah seorang laki-laki yang berinisial Tn. S berumur 70 tahun, beragama Islam, status pasien menikah. Pasien tinggal di Surabaya, suku/bangsa Jawa/Indonesia, pendidikan terakhir Sarjana dan bekerja sebagai pensiunan TNI. Penanggung jawab biaya adalah BPJS kesehatan.

##### **3.3.2 Riwayat kesehatan**

###### **1. Keluhan Utama**

Pasien mengatakan sesak nafas

###### **2. Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien mengatakan lemas sejak hari Jumat tanggal 2 Juli 2021 setelah menjalani hemodialisa, Pasien sudah dianjurkan MRS oleh Dokter pelaksana harian di R HD akan tetapi pasien menolak, pasien menunda tangani penolakan MRS dan selanjutnya pulang dengan alasan takut

Pada tanggal 05 Juli 2021 jam 02.00 WIB pasien datang ke IGD dengan mengeluh badan lemes, mual, tidak muntah, demam dan batuk pilek disangkal. Tn. S dilakukan tindakan pasang infus Nacl 0.9 % 7 tpm, dilakukan obs TTV, pemeriksaan lab dan foto thorax. Pasien dikirim ke R F 2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada jam 05.00 WIB.

Saat dikaji tanggal 6 Juli 2021 Tn. S mengeluh sesak nafas. Hasil observasi TTV TD. TD. 170/100 mmHg RR. 26x/mnt Spo2 94 % Suhu 36,7 ° C Nadi :95X/mnt keadaan umum lemah GCS 456.

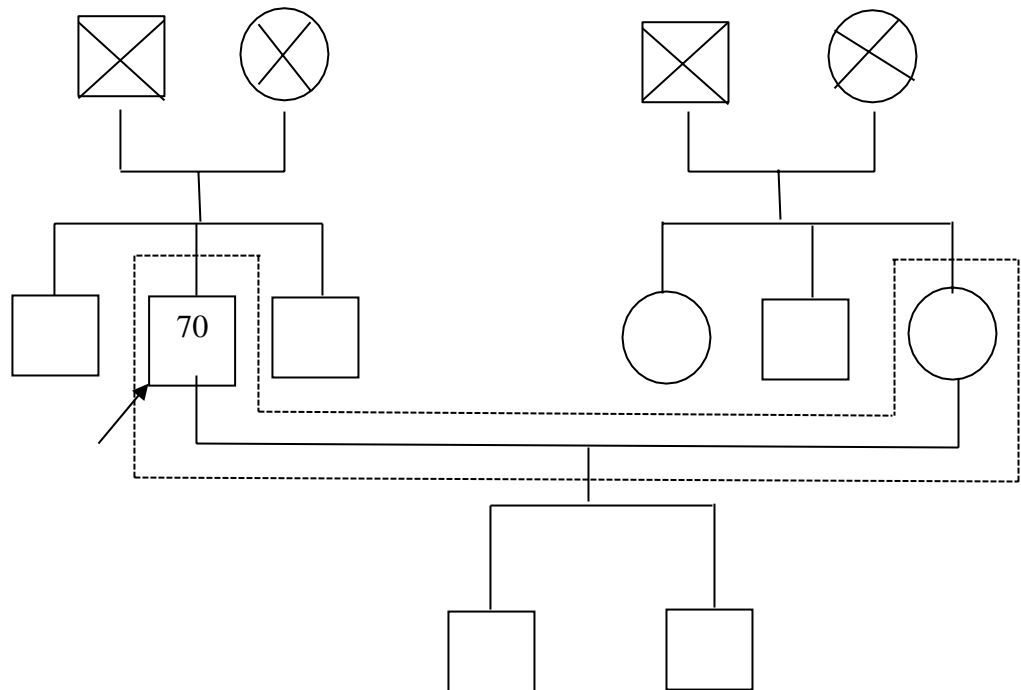
### **3. Riwayat Penyakit Dahulu**

Tn.S mengatakan memiliki riwayat penyakit DM sudah 6 tahunan pasien menjalani HD regular 2x seminggu sudah 3 tahun.

### **4. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien sekarang dan tidak memiliki penyakit menular ataupun penyakit keturunan.

## 5. Genografi Keluarga



Ket :



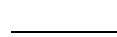
Laki – laki



Satu Rumah



Perempuan



Garis Perkawinan



Meninggal



Garis Keturunan



Pasien

**Gambar 3.1** Genogram Keluarga Tn. S

## 6. Riwayat Alergi

Tn. S mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obat-obatan atau makanan

### 3.3.3 Pemeriksaan fisik

#### 1. Keadaan umum

Kesadaran composmetis

TD. 170/100 mmHg                      Nadi : 95 x/mnt  
S. 36.7 ° C                                RR : 26 x/mnt  
BB saat MRS 103,5 kg                    BB setelah HD yang lalu 100 kg  
Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

## **2. B 1 Breath (Pernafasan)**

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, terdapat otot bantu nafas tambahan, irama nafas iregular, sesak nafas, tidak ada batuk, tidak ada sputum, dan tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi tidak didapatkan vocal premitus. Pada pemeriksaan perfusi suara sonor. Pada pemeriksaan auskultasi tidak terdapat suara tambahan, suara nafas vesikuler, RR 26x/mnt.

Masalah keperawatan : gangguan pertukaran gas

## **3. B 2 (Kardiovaskuler)**

Pada pemeriksaan inspeksi terdapat oedema pada kedua ekstremitas bawah, tidak terdapat perdarahan. Pada pemeriksaan palpasi ictus cordis teraba pada ICS 4-5 mid clavicular sinistra, tidak terdapat nyeri dada, irama jantung regular, CRT < 2 detik, akral hangat, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Tekanan Darah 170/100 mmHg, nadi 95 x/menit. Pada pemeriksaan perkusi terdapat suara pekak, pada pemeriksaan auskultasi terdapat suara S1 S2 tunggal.

Masalah keperawatan : hypervolemia

## **4. B 3 Brain (Persyarafan dan penginderaan)**

Pada pemeriksaan inpeksi keadaan umum cukup, kesadaran compos metis, GCS 456, bentuk kepala bulat simetris dan tidak ada kelainan, tidak ada paralisis, bentuk hidung simetris, septum terletak di tengah, tidak ada polip,

bentuk mata simetris dan tidak ada kelainan, reaksi pupil isokor, reflek cahaya +/+, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, lapang pandang pasien baik, bentuk telinga simetris, tidak ada kelainan pada telinga, tidak ada alat bantu pendengaran, kebersihan lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan, cara bicara padat dan jelas. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), brudziynki (-), babinzky (-), kerniks (-). Pada pemeriksaan perkusi triceps (+/+), patela (+/+) dan achilles (+/+).

**a. Nervus I (Olfaktorius)**

Sifatnya sensori mensarafi hidung membawakan rangsangan aroma dari aroma rongga hidung ke otak.

Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih.

**b. Nervus II (Optikus)**

Sifatnya sensori, mensarafi bola mata membawa rangsangan penglihatan ke otak

Pasien mampu membaca tulisan dengan jarak 30 cm.

**c. Nervus III (Okulomotorius)**

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orital atau sebagian pembuka mata. mampu menggerakkan mata ke kanan dan ke kiri.

**d. Nervus IV (Trochler)**

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital, sebagai pemutar bola mata.

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri.

**e. Nervus V (Trigeminus)**

Sifatnya majemuk bertanggung jawab untuk mengunyah

Sensori : Pasien mampu merasakan sentuhan tangan

Motorik : Pasien ampu menggertakan gigi.

**f. Nervus VI (Abdusen)**

Sifatnya motorik, sebagai pemutar bola mata ke arah luar. Pasien ampu melihat kesegala arah

**g. Nervus VII (Fasial)**

Sifatnya majemuk, sebagai miik wajah dang menghantarkan rasa pengecap.

Sensori : Pasien mampu merasakan rasa teh manis

Motorik : Pasien mampu tersenyum dan mengerutkan dahi.

**h. Nervus VIII (Vestibulokokhlearis)**

Sifatnya sensori, berperan sebagai audiotori dan vestibular sebagai penerjemaan.

Pasien mampu mendengar dengan baik.

**i. Nervus IX (Glosofaryngeal)**

Berperan sebagai menelan dan respon sensori terhadap rasa pahit di lidah.

Pasien mampu menelan.

**j. Nervus X (Vagus)**

Sifatnya majemuk mensarafi faring, laring dan palatum Pasien mampu menelan.

**k. Nervus XI (Asesoris)**

Sifatnya motorik, saraf ini bekerja sama dengan vagus untuk memberi informasi ke otot laring dan faring.

Otot bantu pernafasan sternokleidomastoideus teraba dan terlihat.

**l. Nervus XII Hipoglosal)**

Sifat motorik, mensarafi otot-otot lidah

Pasien ampu menjulurkan lidah.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

**5. B4 Bladder (Perkemihan dan Genetalia)**

Pada pemeriksaan inpeksi pasien terpasang urine cateter, Frekuensi urine sebelum masuk rumah sakit  $\pm 5$  x/hari dengan jumlah urine 200 cc dalam 24 jam, warna kuning dan frekuensi sesudah masuk rumah sakit dengan jumlah urine 250 cc dalam 24 jam, warna kuning jernih. Pemeriksaan palpasi tidak ada distensi pada area kandung kemih.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

**6. B5 Bowel (Pencernaan)**

Pada pemeriksaan inspeksi, mulut tampak bersih, membran mukosa kering, tidak terdapat gigi palsu, tidak ada kelainan pada faring. Pola nutrisi SMRS: Frekuensi makan 3x/hari, jenis nasi bebas tidak ada pantangan dan porsi makan 1 porsi. Frekuensi minum 1 gelas/hari dengan jumlah  $\pm 600$  cc/ hari berjenis air

putih. Pola nutrisi MRS : frekuensi makan 3x/hari, jenis Lunak diet TKRP habis 1 porsi bubur saja dari makanan yang disediakan dari RS. Frekuensi minum 1 gelas/hari dengan jumlah  $\pm 250$  cc/24 jam berjenis air putih. Pasien tidak mengalami penurunan nafsu makan, tidak mual tidak ada nyeri telan, perut acites, tidak ada kelainan pada abdomen, tidak ada kelainan pada rectum dan anus.

Pola eliminasi alvi SMRS : pola BAB pasien 1x/hari dengan konsistensi padat lunak, warna kuning kecoklatan. Pola Eliminasi MRS : mulai masuk RS sampai hari ini, pasien belum BAB. Pada saat palpasi tidak teraba pembesaran hepar, tidak teraba pembesaran lien, tidak ada nyeri tekan abdomen. Perkusi timpani pada daerah lambung. Pada auskultasi bising usus 15x/menit (5-35x/menit).

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

### **7. B6 Bone (Muskuloskeletal & Intergumen)**

Pada pemeriksaan inpeksi rambut dan kulit kepala tampak bersih, warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, tidak ada patikie. Tidak ada kelainan tulang dan tidak ada kelainan jaringan atau trauma, ROM bebas.

5555	5555
5555	5555

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### **8. Endokrin**

Thyroid : Tidak teraa pebesaran kelenjar thyroid

Hiperglikemia : Tidak ada hiperglikemia



Hipoglikemia : Tidak ada hipoglikemia

### 9. Seksual-Reproduksi

Pasien berstatus menikah, tidak ada gangguan dalam memenuhi kebutuhan biologisnya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### 10. Kemampuan Perawatan Diri

**Tabel 3.1** Kemampuan Perawatan Diri Pada Tn. S dengan diagnose medis CKD HD regular terconfirm covid 19 di R F 2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

	SMRS	MRS	Skor :
Mandi	1	4	1 : Mandiri
Berpakaian/dandan	1	4	2 : Alat bantu
Toileting/eliminasi	1	4	3 : Dibantu orang lain dan
Mobilitas di tempattidur	1	1	alat4:Tergantung/
Berpindah	1	3	tidak mampu
Berjalan	1	3	
Naik tangga	1		
Berbelanja	1		
Memasak	1		
Pemeliharaan rumah	1		
Alat bantu berupa :			
MASALAH	Deficit perawatan diri		

### 11. Personal Hygiene

Pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit mandi 2x sehari dengan sabun mandi, menggosok gigi 2x saat pagi dan sore hari, mencuci rambut 2x seminggu dengan shampo. Saat masuk Rumah Sakit, pasien mengatakan hanya diseka tiap pagi dan sore, menggosok gigi 1x saat pagi hari dan selama di Rumah Sakit pasien belum mencuci rambut.

## 12. Istirahat Tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit tidur malam jam 21.00 – 04.00 WIB, kebiasaan sebelum tidur adalah berdoa. Pasien mengatakan tidur siang kurang lebih 1 jam sekitar jam 13.00-14.00. Saat di Rumah Sakit pasien tidur malam  $\pm$  7 jam, Pasien sering terbangun tiap malam karena cemas dan sulit untuk tidur lagi bila sudah terbangun

Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur

## 13. Perseptual-Psiko-Sosio-Spiritual

### a. Persepsi terhadap sehat sakit

Menurut pasien sehat adalah kemampuan untuk beraktivitas dengan lancar, sedangkan sakit tubuh terasa lemas dan tidak berdaya sehingga aktivitas terganggu.

### b. Konsep diri

- 1) Gambaran diri : Pasien mengatakan keadaan sekarang membutuhkan perawatan hingga bisa melakukan aktivitas dengan baik
- 2) Identitas diri : Pasien mengatakan berjenis kelamin laki-laki dan berumur 70 tahun
- 3) Peran diri : Pasien adalah seorang pensiunan TNI, memiliki 2 anak tinggal dirumah dengan istrinya saja.
- 4) Ideal diri : Pasien gelisah, takut tidak bisa sembuh dan beraktivitas kembali bahkan pasien takut menghadapi kematian.
- 5) Harga diri : Pasien mengatakan tidak terasa malu dengan penyakit yang di alami saat ini.

Kemampuan berbicara lancar, bahasa yang digunakan Jawa dan Indonesia.

Pasien tampak tegang menghadapi dirinya terkonfirmasi covid 19, pasien cemas sulit tidur pada malam hari bila terbangun. Selama diruuh sakit pasien berbaring saja dan berdoa berdzikir.

Masalah Keperawatan : ansietas

### 3.3.4 Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 3.2** Hasil laboratorium Tn. S dengan diagnosa medis *chronic kidney disease* (CKD) HD regular terkonfirmasi covid 19 di R F 2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya tanggal 5 Juli 2021

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
BUN	56	mg/dL	8-24
Creatin	20,39	mg/dL	0,6-1,2
Natrium	141,3	mEq/L	135-145
Kalium	4.05	mEq/L	3,5-5,3
SGOT	36	u/L	5-40
SGPT	17	u/L	7-56
D-Dimer	1320	mg/dL	500
Swab PCR	Positif (CT value 21,64)		negatif

**Tabel 3.3** Hasil thorax foto TN. S dengan diagnosa medis *chronic kidney disease* (CKD) HD regular terkonfirmasi covid 19 di R F 2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya tanggal 5 Juli 2021

Jenis pemeriksaan	Hasil
Thorax foto	Pneumonia

### 3.1.5 Pemberian terapi

**Tabel 3.4** Terapi obat TN. S dengan diagnosa medis *chronic kidney disease* (CKD) HD regular terkonfirmasi covid 19 di R F 2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Tanggal	Terapi	Dosis	Fungsi
6 Juli 2021	Infus Nacl 0,9 %	500 cc/24 jam/iv	Mengganti cairan tubuh
	Inj omeprazole	2 x 40 mg/iv	Mengurangi produksi asam lambung
	Inj Dexamethason	2 x 5 mg/iv	Mengatasi reaksi alergi dan penyakit autoimun
	Zinc	1 x 1 tab/oral	Memperkuat kekebalan tubuh
	Vitamin D	1 x 1 tab/oral	Menjaga daya tahan tubuh
	Azitromicin	1 x 500 mg/oral	Mengobati infeksi bakteri dan virus

### 3.2 Analisa Data

Hasil pengkajian Tn. S didapatkan diagnosis keperawatan sebagai berikut:

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1	<p>DS : pasien mengeluh sesak nafas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-KU lemah</li> <li>-RR 26 x/menit</li> <li>-Oedema pada kedua ekstremitas bawah</li> <li>-BB meningkat sesudah HD yang lalu 100 Kg saat MRS 103.5 Kg (dalam waktu 4 hari naik 3,5 kg)</li> <li>-intake cairan lebih banyak dari output</li> </ul>	Gangguan mekanisme regulasi	<p>Hypervolemia</p> <p>SDKI D.0022</p> <p>Kategori : fisiologis</p> <p>Sub kategori : nutrisi dan cairan</p>
2	<p>DS : pasien mengatakan sesak nafas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Terdapat bunyi nafas tambahan</li> <li>-pasien tampak gelisah</li> <li>-Terdapat nafas cuping hidung</li> <li>-RR 26 x/menit</li> </ul>	Ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi	<p>Gangguan pertukaran gas</p> <p>SDKI D.0003</p> <p>Kategori : fisiologis</p> <p>Sub kategori : respirasi</p>
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien merasa khawatir dengan kondisi sakitnya</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien tampak teganga</li> <li>-Pasien tampak gelisah</li> <li>-Pasien sulit tidur bila terbangun</li> <li>-Frekuensi nafas meningkat</li> <li>-Frekuensi nadi meningkat</li> </ul>	Ancaman terhadap konsep diri	<p>Ancietas</p> <p>SDKI D.0080</p> <p>Kategori : Psikologis</p> <p>Sub kategori : integritas ego</p>

### 3.3 Rencana Keperawatan

**Tabel 3.5** Rencana Tindakan TN. S dengan diagnosa medis CKD HD regular terconfirm covid 19 di R F 2 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

No	Diagnosis keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kondisi volume cairan intravaskuler, interstitial, dan/atau intraseluler membaik Kriteria hasil : 1. Dispnea menurun 2. Oedema perifer menurun 3. Berat badan menurun 4. Suara nafas tambahan menurun 5. Turgor kulit membaik	Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (misal ortopnea, dyspnea, edema) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (misal tekanan darah) 4. Monitor komplikasi durante hemodialisa 5. Monitor intake dan output cairan Edukasi 1. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 2. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi 1. Lakukan tindakan Hd sesuai prescribe Dokter HD 4 jam, Uf 2000 ml, QB 100-250 ml/menit, QD 500 ml/menit, heparin standart, dialisat bicarbonate.	Observasi 1. Mengetahui adanya hipervolemia 2. Mengetahui penyebab hipervolemia dapat terjadi 3. Mengidentifikasi status hemodinamik 4. Mengidentifikasi adanya komplikasi durante hemodialisa Edukasi 1. Mengetahui asupan dan haluaran cairan Kolaborasi 1. Mengurangi odema dengan penarikan ultrafiltrasi
2	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan oksigenasi meningkat	Tindakan : Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas	Observasi 1. Mengidentifikasi perubahan irama dan frekuensi nafas 2. Mengidentifikasi perubahan pola

	seimbangan ventilasi-perfusi	<p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea menurun</li> <li>2. Bunyi nafas tambahan menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. nafas cuping hidung menurun</li> <li>5. Takikardia membaik</li> <li>6. Pola nafas membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea)</li> <li>3. Monitor adanya produk sputum</li> <li>4. Monitor adanya sumbatan jalan nafas</li> <li>5. Auskultasi bunyi nafas</li> <li>6. Monitor saturasi oksigen</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>nafas</li> <li>3. Mengetahui produk sputum</li> <li>4. Mengetahui adanya sumbatan nafas</li> <li>5. Mengetahui saturasi oksigen</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui interval respirasi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien memahami prosedur</li> </ol>
3	Ancietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam diharapkan ancietas menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Perilaku tegang menurun</li> <li>4. Konsentrasi membaik</li> <li>5. Pola tidur membaik</li> <li>4. Orientasi membaik</li> <li>5. Kontak mata membaik</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ancietas berubah (waktu, stressor)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda stressor</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ancietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih tehnik relaksasi</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui tingkat ancietas</li> <li>2. Mengetahui tanda stressor</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menimbulkan suasana nyaman</li> <li>2. Menimbulkan situasi lebih tenang</li> <li>3. Pasien lebih tenang</li> <li>4. Pasien lebih yakin</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien lebih rilek</li> </ol>

### 3.3 Tindakan dan Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.6** Tindakan dan Evaluasi Keperawatan TN. S dengan diagnosa medis CKD HD regular terconfirm covid 19 di R F 2 RSPALdr. Ramelan Surabaya

No Dx	Waktu (Tgl & jam)	Tindakan	TT wat	Waktu Tgl & jam	Catatan Perkembangan	TT wat
1.2.3	Selasa, 6 Juli 2021 10.00	Membina hubungan pada pasien dengan cara memperkenalkan diri dan tujuannya	Ss	Selasa, 6 Juli 2021	S : Pasien mengatakan sesak nafas berkurang	Ss
1.2.3	10.15	Melakukan pengkajian dan anamneses pada Tn. S	Ss		O : - TD. 150/90 mmHg - N. 94 x/menit	
1,2.3	10.30	Melakukan observasi TTV pada Tn. S TD. 170/100 mmHg N. 95 x/menit RR. 26 x/menit Spo2 96 %	Ss	15.30	- RR 24 x/menit - Spo2 99 % - Oedema ekstremitas berkurang - Penurunan BB tidak dapat dievaluasi px blm kuat timbang BB	
1.2	10.35	Memberikan oksigen 5 lpm	Ss		A : Masalah teratatsi sebagian	
2	10.45	Memberikan posisi semi fowler	Ss		P : intervensi dilanjutka	

1.2	10.50	Memeriksa tanda dan gejala hypervolemia (missal ortopnea, dyspnea, edema)	Ss		1. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 2. Lakukan tindakan Hd sesuai prescribe Dokter (dilakukan tindakan Hd sesuai jadwal)	
1	10.55	Mengidentifikasi penyebab hypervolemia	Ss			
1.2	11.00	Memonitor status hemodinamik (misal tekanan darah)	Ss			
1	11.15	Melakukan tindakan Hd sesuai prescribe Dokter	Ss	15.30	S : Pasien mengatakan sesak nafas berkurang	
1	11.30	Memonitor komplikasi durante hemodialisa	Ss		O : - TD. 150/90 mmHg - N. 94 x/menit - RR 24 x/menit - Spo2 99 %	Ss
1	11.45	Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan	Ss		A : Masalah teratasi sebagian	
1.2	11.50	Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	Ss		P : Intervensi di lanjutkan 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan	



2	12.00	Memonitor bunyi napas tambahan (missal gurgling, mengi, wheezing, ronchi)	Ss		(missal gurgling, mengi, wheezing, ronchi. 3. .Posisikan semi fowler atau fowler 4. Berikan oksigenasi 5. Lakukan tindakan Hd sesuai prescribe	
3	12.00	mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (waktu, stressor)	Ss			
3	12.15	Memonitor tanda-tanda stressor	Ss			
1.2.3	12.30	Melaksanakan Obs TTV TD.160/100 mmHg RR 25 x/menit N. 95 x/menit	Ss	15.30	S : Pasien mengatakan perasaan nya mulai lebih tenang, rasa gelisah berkurang  O : - Pasien tampak lebih tenang - Pasien tampak tidur pada saat durante HD  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Pahami situasi yang membuat ansietas	Ss
3	13.00	Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Ss			
3	13.15	Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan	Ss			
3	13.30	Memahami situasi yang membuat ansietas	Ss			

3	13.35	Mendengarkan dengan penuh perhatian	<b>Ss</b>		3. Mengingatn kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	
3	13.50	Menggunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan	<b>Ss</b>		4. mengingatn penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat	
3	14.00	Melatih tehnik relaksasi	<b>Ss</b>			
1,2,3	14.15	Melaksanakan observasi TTV TD. 150/90 mmHg RR 24x/menit Nadi 94x/menit Spo2 99 %	<b>Ss</b>			
3	14.30	Mengakhiri tindakan hemodialisa	<b>ss</b>			

