

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hasil pengamatan tentang data umum pasien dan tentang gambaran lokasi umum praktik keperawatan yaitu ruang Hemodialisa RSUD Jayapura, Papua. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 27 dan 30 Januari 2020 dengan jumlah sampel sebanyak 1 pasien. Adapun hasil tinjauan dari kasus kelolaan tersebut diuraikan sebagai berikut:

3.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penatalaksanaan asuhan keperawatan ini dilakukan di RSUD Jayapura yang terletak di Jalan Kesehatan No.1, Kelurahan Bhayangkara, Distrik Jayapura Utara, Kota Jayapura - Papua. RSUD Jayapura merupakan salah satu dari 3 rumah Sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Papua dan merupakan Rumah Sakit rujukan tertinggi di Provinsi Papua yang berkedudukan di kota Jayapura. Diresmikan sebagai Rumah Sakit dengan nama RSUD Dok II pada tanggal 3 Juni 1959, dibangun tahun 1958 pada masa perang Pasifik. Fasilitas yang tersedia di RSUD Jayapura ini antara lain Instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan IGD 24 Jam. Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari poliklinik, medical check up, dan resume medis. Fasilitas pemeriksaan penunjang terdiri dari laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, radiologi, hemodialisa, CT-scan, OK sentral, Laundry, Farmasi, gizi. Untuk unit rawat inap terdapat beberapa ruangan yaitu Ruang Bedah Pria, Ruang Bedah Wanita, Ruang Orthopedia, Ruang Penyakit Dalam Pria, Ruang Penyakit Dalam Wanita, Ruang

Paru, Ruang Neurologi, Ruang Kanak-Kanak, Ruang Gynekologi, ICU, ICCU, HCU, ESWL Center, dan sedang dibangun Ruang Perawatan Penyakit Jantung.

Penerapan asuhan keperawatan ini, dilakukan diruang hemodialisa. Kasus yang ditangani di ruang hemodialisa ini meliputi kasus gagal ginjal kronik, diabetes mellitus, CHF dan sirosis hepatis. Adapun batasan-batasan ruang hemodialisa yaitu sebagai berikut: sebelah selatan terdapat Ruang CT Scan, sebelah barat terdapat ruang Radiologi, sebelah utara terdapat Instalasi Gawat Darurat dan sebelah Timur terdapat halaman parker pengunjung Rumah Sakit dan Perumahan Dokter RSUD Jayapura. Bangunan pada ruang hemodialisa terdiri 1 ruang kepala ruangan, 1 ruangan perawat, 1 kamar mandi perawat, 1 ruang mahasiswa, 1 dapur, 2 ruang tindakan, 1 gudang, 2 kamar tidur dengan kapasitas 13 tempat tidur dengan 1 kamar mandi disetiap kamar tidur, 1 ruang isolasi dengan kapasitas 1 tempat tidur.

3.2 Pengkajian

Nama Mahasiswa : Yudi Hadi Prayitno, S.Kep
 NIM : 2019086026040
 Ruang : Ruang Hemodialisa, RSUD Jayapura

3.2.1 Identitas Pasien

Nama : Tn. JK
 Umur : 49 tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Agama : Kristen Protestan

Suku bangsa : Kei
Pendidikan terakhir : S1 (Sarjana)
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil
Alamat : Perumahan Doyo Baru, Distrik Waibu
Kabupaten Jayapura
No. Telepon / HP : 082144181989
Tanggal Pengkajian : 27 Januari 2020
Sumber informasi : Pasien dan keluarga
Diagnosis Medis : Nefrolitiasis, CKD
Definisi :

Gagal ginjal kronik adalah kondisi ginjal tidak dapat membuang hasil metabolik yang menumpuk dalam darah, yang menyebabkan perubahan keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa (LeMone, P., Burke, K.M., & Bauldoff dalam Warsono, 2020).

Gagal Ginjal Kronik adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif, dan cukup lanjut. Hal ini terjadi apabila laju filtrasi glomerular (LFG) kurang dari 50ml/menit. Gagal ginjal

kronik sesuai dengan tahapannya dapat ringan, sedang dan berat. Gagal ginjal tahap akhir adalah tingkat gagal ginjal yang dapat mengakibatkan kematian kecuali jika dilakukan terapi pengganti (Wardana, 2018).

3.2.2 Data Fokus

a Keluhan Utama

Klien mengatakan seringkali merasa haus

b Riwayat Penyakit Sekarang

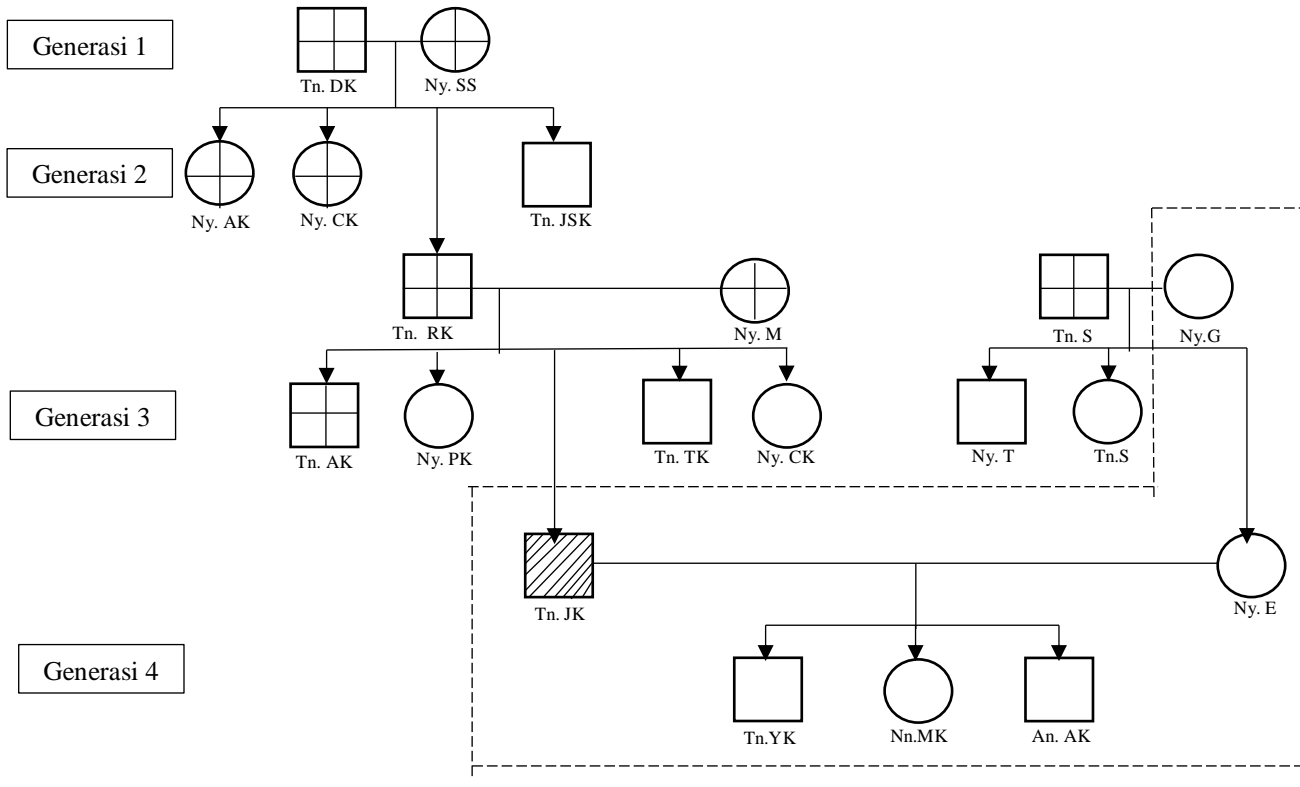
Klien mengatakan kedua kaki bengkak, terutama saat klien tidak banyak beraktivitas dan duduk dengan posisi menggantung terlalu lama. Klien mengatakan sering mengkonsumsi nasi, ayam goreng, daging dan sayuran hijau berkuah. Klien seringkali merasa haus dan biasanya minum air putih 3-4 gelas perhari (+/- 600 cc) dan biasa minum teh manis saat pagi dan sore hari (2 gelas atau +/- 200 cc). Klien mengatakan bahwa berat badan pada hari Kamis 23 Januari 2020 adalah 82 kg (berat badan setelah menjalani hemodialisa sebelumnya). Sedangkan berat badan klien pada hari Senin, tanggal 27 Januari 2020 (saat pra hemodialisa) adalah 85 kg atau mengalami kenaikan seberat 3 kg.

c Riwayat Penyakit Dahulu


Klien mengatakan telah menjalani hemodialisa sejak bulan September tahun 2017 atau sekitar 2,5 tahun. Hemodialisa yang rutin dilakukan klien adalah 2x selama satu minggu, yaitu pada hari Senin dan Kamis. Awal


klien menjalani program hemodialisa adalah karena klien mengalami penyakit batu ginjal akibat kebiasaan lama klien yang sering meminum obat sembarangan saat mengalami suatu keluhan kesehatan. Sebelumnya klien pernah dirawat di Rumah Sakit Cipto Mangun Kusumo untuk Tindakan penghancuran batu ginjal dengan bantuan obat. Awalnya memang batu ginjal keluar semua melalui urine selama 1 bulan. Namun keluhan semakin diperparah karena akibat batu ginjal yang ada dalam saluran kemih dan ginjal klien, telah merusak fungsi ginjal klien sehingga klien diharuskan menjalani program hemodialisa. Untuk mengurangi nyeri saat berkemih, klien masih mengonsumsi sirup Batugin 3 x 10 ml peroral setiap harinya. Hasil pengkajian didapatkan informasi bahwa di dalam keluarga klien tidak ada yang memiliki Riwayat batu ginjal, baik dari orang tua maupun keturunan klien.


3.2.3 Genogram





Keterangan :

 : Laki-laki (meninggal)

 : Perempuan (meninggal)

 : Laki-laki

 : Perempuan

 : Pasien, Laki-laki usia 49 Tahun dengan CKD

————— : Status perkawinan

↓ : Garis keturunan

----- : Tinggal serumah

3.2.4 Data khusus

a. *Primary survey*

1) *Airway*

Saat pengkajian tidak ada sumbatan di jalan napas klien, klien tidak ada batuk dan tidak ada pengumpulan sekret

2) *Breathing*

Saat pengkajian RR pasien 26 x/menit

3) *Circulation*

Klien sementara hemodialisa selama 4 jam dengan target terbuang 2000 ml/ 2 liter

4) *Fluid*

Klien tidak terpasang infus

b. *Secondary survey*

1) *Brain*

Saat pengkajian kesadaran : Compos Mentis, GCS: 15 (E4 M6 V5)
reaksi pupil mata isokor (kanan/kiri)

2) *Blood*

Saat pengkajian didapatkan TD: 203/110 mmHg, Nadi: 88x/mnt, nadi cepat dangkal dan reguler, akral teraba hangat, CRT <2 detik saat hemodialisa terapi injeksi heparin 0,5 cc dan diinjeksi melalui mesin dan tampak edema di kaki kiri / kanan.

3) *Bladder*

Klien mengatakan minum air putih dibatasi, dalam 24 jam hanya menghabiskan \pm 600 cc/ hari. Klien tidak terpasang kateter.

4) *Bowel*

Saat pengkajian klien tidak ada distensi abdomen, bising usus 7-12 x/menit.

5) *Bone*

Pada saat pengkajian didapatkan kekuatan otot klien

5	5
5	5

Kaki klien tampak edema khususnya pada bagian punggung kaki kiri maupun kanan, CRT < 2 detik. Klien mengatakan dapat berjalan secara mandiri meskipun kadang terasa sedikit lemas. Klien dapat bisa beraktivitas secara mandiri. Aktivitas mandiri klien lebih banyak dilakukan secara mandiri.

3.2.5 Pengkajian pola fungsi kesehatan menurut Gordon

a. Pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan

Klien mengatakan bahwa ketika sehat klien mampu melakukan aktivitas seperti biasanya, seperti melakukan pekerjaan rumah tangga : bekerja, mengepel, menyapu dan bersosialisasi dengan masyarakat. Ketika klien sakit, sebagian aktivitas pasien yang dirasa cukup berat bagi klien dibantu oleh keluarga, namun ADL pasien masih dapat dilakukan

secara mandiri.

Klien mengatakan mudah lelah, badan terasa lemas, tidak terlalu bersemangat dalam beraktivitas.

b. Pola nutrisi – metabolik

Sebelum sakit	Selama sakit
<ul style="list-style-type: none"> - Makan 3x sehari (1 porsi dihabiskan) - Jenis makanan : nasi, sayur, lauk pauk - Nafsu makan baik 	<ul style="list-style-type: none"> - Makan 3x sehari (1 porsi kadang-kadang tidak dihabiskan) - Jenis makanan : nasi, sayur, lauk-pauk - Nafsu makan berkurang
<ul style="list-style-type: none"> - Minum kurang lebih 5-7 gelas/hari 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan minum tidak melebihi batas yang ditentukan (4-5 gelas/hari) 500 – 600 ml

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit	Selama sakit
<ul style="list-style-type: none"> - BAB 1x sehari dan warna kecoklatan - BAK lancar, kurang lebih 4 - 5x sehari dan warna kuning 	<ul style="list-style-type: none"> - BAB 2 hari sekali dan warna kecokelatan - BAK kurang lebih 4-5x sehari (kurang dari 500 cc) warna kuning pekat - Tidak menggunakan kateter

d. Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
- Makan / minum	√				
- Mandi	√				
- Toileting	√				
- Berpakaian	√				
- Mobilisasi ditempat tidur	√				
- Berpindah	√				
- Ambulasi ROM	√				

Keterangan :

0 : mandiri

1 : dibantu alat

2 : dibantu orang lain

3 : dibantu orang lain dan alat

4 : tergantung total

e. Pola istirahat tidur

Sebelum sakit	Selama sakit
- Istirahat siang 2 - 3 jam	- Istirahat siang 2 - 3 jam
- Istirahat malam 7 - 8 jam	- Istirahat malam 5 - 6 jam

f. Pola persepsi diri – konsep diri

- 1) Sebelum sakit : klien mampu berkomunikasi dengan baik dan suara jelas dan klien tidak mengalami gangguan pengecap, pendengaran, perubahan penciuman dan penglihatan.

- 2) Setelah sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan pancaindra semua masih berfungsi dengan baik, orientasi waktu dan tempat baik.

g. Pola persepsi diri-konsep diri

1) Sebelum sakit

- Citra tubuh : tidak mengalami cacat fisik
- Identitas diri : klien seorang laki-laki yang sudah menikah dan mempunyai 3 orang anak
- Ideal diri : klien tidak mengalami masalah dengan anggota tubuhnya
- Harga diri : klien tidak mengalami gangguan rendah diri

2) Saat sakit

- Citra tubuh : klien merasa rendah diri dengan sakit yang dideritanya sekarang
- Identitas diri : klien seorang laki-laki yang sudah menikah dan mempunyai 3 orang anak
- Ideal diri : klien mengalami masalah dengan anggota tubuhnya yaitu kaki. Walaupun saat berjalan klien dapat melakukannya secara mandiri, namun pada beberapa aktivitas berat klien harus dibantu oleh keluarga.

Harga diri : klien ingin segera sembuh agar bisa beraktivitas seperti sediakala tanpa harus terus-menerus bergantung pada orang lain.

h. Pola peran-hubungan

Tn. JK berperan sebagai ayah. Tn. JK mempunyai 3 orang anak yaitu 2 orang putra dan 1 orang putri. Tn. JK sebagai kepala rumah tangga. Istri dan anak-anak Tn. JK membantu melakukan beberapa aktivitas mandiri yang dirasa cukup berat bagi Tn. JK. Dalam satu rumah terdapat 5 orang termasuk klien.

i. Pola seksualitas-reproduktif

Klien mengatakan selama sakit klien tidak berhubungan intim dengan istri klien.

j. Pola koping-ketahanan stres

Klien hanya mengeluh saat ini kondisinya belum stabil seperti saat sebelum sakit, masih sering drop dan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri. Klien berkonsultasi dengan keluarga dan tim medis dalam mengatasi penyakitnya.

k. Pola nilai-keyakinan

Klien beragama Kristen Protestan

- 1) Sebelum sakit: klien beribadah di gereja, mengikuti ibadah persekutuan kaum bapak.
- 2) Saat sakit: klien semenjak sakit tidak aktif mengikuti ibadah dan kegiatan-kegiatan yang ada di gereja. Namun klien merasakan jika lebih mendekatkan diri kepada Yang Maha Kuasa selama sakit, meskipun hanya beribadah dari rumah. Klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

3.2.6 Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum: klien tampak lemah
- b. Kesadaran: Compos Mentis (E4 M6 V5, GCS = 15)
- c. Tanda-tanda vital:

Tekanan darah	: 203/110 mmHg
Nadi	: 88 ^x / _i
Suhu badan	: 35,6 °C
Respirasi	: 26 ^x / _i
- d. BB Kering: 82 kg

BB Pre HD:	85 kg
BB Post HD:	83 kg
Kenaikan BB klien:	3 kg
- e. Waktu dialisa: 4 jam
- f. Pemeriksaan Kepala

Inspeksi	: Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut
----------	--

merata, warna rambut hitam bergelombang dan mulai berubah serta tidak ditemukan adanya kelainan.

Palpasi : Tidak ditemukan adanya benjolan maupun massa, tidak ditemukan adanya nyeri tekan.

g. Pemeriksaan Mata

Inspeksi : Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.

Palpasi : Tidak ditemukan adanya massa maupun pembengkakan pada kelopak mata maupun adanya nyeri tekan.

h. Pemeriksaan Telinga

Inspeksi : Bentuk telinga simetris kanan/kiri, tampak tidak ditemukan adanya serumen maupun alat bantu pendengaran, liang telinga tampak bersih dan fungsi pendengaran baik.

Palpasi : Tidak ditemukan adanya massa maupun benjolan asing, tidak terdapat adanya nyeri tekan.

i. Pemeriksaan Hidung

Inspeksi : Bentuk hidung tampak simetris kanan/kiri, tidak

terdapat pergeseran tulang rawan hidung, Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan.

j. Pemeriksaan Mulut

Inspeksi : Bibir tampak simetris (tidak sumbing), mukosa bibir lembab, fungsi pengecapan baik, tidak terdapat kesulitan menelan maupun perubahan suara, tidak ditemukan adanya lesi maupun sariawan, gigi dan lidah tampak bersih, tidak ditemukan karies maupun perdarahan pada gusi.

k. Pemeriksaan Leher

Inspeksi : Tidak ditemukan adanya lesi maupun jaringan parut
Palpasi : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

l. Pemeriksaan Thorax

Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas teratur, pola napas dispnea pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, tidak ditemukan adanya penggunaan alat bantu pernafasan.
Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru

Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri, tidak ada kelainan

Perkusi : Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra

Auskultasi : Suara afas vasikuler, tidak ditemukan adanya suara nafas tambahan (ronchi maupun wheezing).

m. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB Kering: 82kg

BB Pre HD: 85 kg

BB Post HD: 83kg

TB: 172 Cm

BAB 1x/hari konsistensi lunak, diet lunak, jenis diet : Diet rendah protein rendah garam, nafsu makan menurun , porsi makan habis ¼ porsi .

Inspeksi : Warna kulit cokelat tua, bentuk membesar, tidak tampak adanya benjolan asing, tidak ada bayangan vena, tidak terlihat adanya benjolan abdomen, dan tidak terpasang drain, serta tidak tampak adanya lesi maupun jaringan parut.

Auskultasi : Bunyi peristaltik usus 7-12 kali

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, teraba adanya penumpukan cairan / asites, dan tidak ada pembesaran pada hepar dan lien.

Perkusi : Shifting Dullness : (+)

n. Pemeriksaan Sistem Syaraf

Memori: Panjang

Perhatian: Dapat mengulang

Bahasa: komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia Kognisi dan

Orientasi: dapat mengenal orang, tempat dan waktu

Refleks Fisiologis:

1) Patella: 2

2) Achilles: 2

3) Bisep: 2

4) Trisep: 2

5) Brankioradialis: 2

6) Tidak ada keluhan pusing Istirahat/ tidur 5 jam/hari

Pemeriksaan syaraf kranial :

1) N1 (Olfaktorius): Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol

2) N2 (Optikus): Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm

3) N3 (Oculomotorius): Pasien mampu mengangkat kelopak mata

4) N4 (Trochearis): Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah

5) N5 (Trigeminus): Pasien mampu mengunyah

6) N6 (Abducent): Pasien mampu menggerakkan mata kesamping

7) N7 (Fasialis): Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata

- 8) N8 (Auditorius): Pasien mampu mendengar dengan baik
- 9) N9 (Glosophareal): Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam
- 10) N10 (Vagus): Pasien mampu menelan
- 11) N11 (Accesoris): Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan
- 12) N12 (Hypoglossus): Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah.

o. Pemeriksaan Sistem Perkemihan

Inspeksi	Kebersihan: Bersih
	Kemampuan berkemih: Mandiri
	Produksi Urine: +/- 500 ml/hari
	Warna: Kuning
	Bau: Khas urine
Palpasi	Tidak ada distensi dan nyeri tekan pada kandung kemih

p. Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal dan integumen

Inspeksi	Tidak ada kelainan tulang belakang
	Tidak ada fraktur
	Turgor kulit baik dan tidak terdapat luka
Palpasi	Terdapat pitting edema grade +3 (ekstremitas bawah RL +3 dan LL +3)

q. Pemeriksaan Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan trias DM

r. Kemanan Lingkungan

Total skor penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah 40
(resiko sedang)

s. Pengkajian Psikososial

Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan.
Ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah menerima. Pasien kooperatif saat interaksi. Pasien tidak mengalami gangguan konsep diri dilihat dari citra tubuh persepsi pasien terhadap kondisi kakinya tidak jadi masalah meskipun sesekali harus memerlukan bantuan saat berjalan, dari perilaku pasien hanya harus mengikuti anjuran dari dokter dan perawat dan pasien ingin cepat sembuh.

t. Pengkajian Spiritual

Kebiasaan beribadah :

Sebelum sakit pasien kadang- kadang beribadah

Setelah sakit pasien mengatakan lebih sering beribadah dan mendekatkan diri kepada Tuhan

u. Personal Hygiene

Mandi 1 kali sehari

Keramas 2 kali seminggu

Memotong kuku setiap 1 minggu sekali

Ganti pakaian 2 kali sehari

Sikat gigi 2 kali sehari

v. Balance Cairan

Tabel 3.1
Balance cairan per hari perawatan Tn. JK
Di Ruang Hemodialisa RSUD Jayapura – Papua

Intake/ 24 jam	Hari 1	Hari 2	Output/ 24 jam	Hari 1	Hari 2
Minum peroral	600 cc		BAK (Urine)	150 cc	
Cairan infus	-		BAB (Feses)	-	
Obat IV	8 cc		Muntah (jika ada)	-	
Air metabolisme (5ml/kgBB/hr)	410 cc		Drain	-	
			IWL: (10cc/kgBB/24 jam)	820 cc	
Total/24 jam	1018 cc		Total 24/jam	970 cc	

w. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.2
Pemeriksaan Penunjang Pada pasien Tn. JK
di Ruang Hemodialisa RSUD Jayapura
Tanggal 27 Januari 2020

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	9,0 g/dl	14,0 – 18,0 g/dl
Hematokrit	28.1 %	37,0 – 54,0 %
Albumin	3,2 g/dl	3,5 – 5,5 g/dl
Ureum	132,7 mg/dl	19,3 – 49,2 mg/dl
Kreatinin	14,1 mg/dl	0,7 – 1,3 mg/dl

3.3 Klasifikasi Data

Data Subjektif	Data Objektif
<p>Klien mengatakan: Klien sering merasa kehausan Kedua kaki klien bengkak, terutama pada saat klien duduk terlalu lama dengan posisi kaki tergantung ke bawah (ke lantai) Klien biasanya minum air putih 3 – 4 gelas (+/- 600 ml) per hari dan kadang minum teh manis 2 gelas per hari (400 ml) Klien mengatakan nyeri saat berkemih Klien mengatakan sesekali kencing bercampur darah Klien mengatakan setiap berkemih volumenya <1 gelas (<100 ml) Klien mengatakan bahwa kebiasaan BAK klien sehari 5-6 kali dengan volume <500 ml Klien mengatakan perutnya semakin membesar dan kaki kiri/kanan mulai bengkak</p>	<p>Klien tampak: Kesadaran: Composmentis (E₄M₅V₆) Edema pada ekstremitas bagian bawah TTV saat pengkajian : TD : 203/110 mmHg N. : 88 ^x/_i SB : 35,6°C R : 26 ^x/_i TTV setelah selesai hemodialisa: TD : 180/100 mmHg N. : 76 ^x/_i SB : 35,8°C R : 24 ^x/_i BB Kering: 82 kg BB Pre HD: 85 kg BB Post HD: 83 kg Pengkajian nyeri PQRST P : Nyeri karena nefrolitiasis Q : Kualitas nyeri hilang timbul R : Saluran kencing dan genetalia klien S : Skala 5 (dari rentang skala 1-10) T. : Saat klien berkemih / BAK Penggunaan heparin yang diindikasikan : 5000-6000 mg</p>

3.4 Analisa Data

No	Data	Masalah	Penyebab
1	<p>DS (Klien mengatakan):</p> <p>Klien sering merasa kehausan</p> <p>Kedua kaki klien bengkak, terutama saat klien duduk terlalu lama dengan posisi kaki tergantung ke bawah (ke lantai)</p> <p>Klien biasanya minum air putih 3-4 gelas per hari (600-800 ml) dan kadang minum teh manis 2 gelas per hari (400 ml)</p> <p>Klien mengatakan setiap berkemih volumenya <1 gelas (<100 ml)</p> <p>Klien mengatakan bahwa kebiasaan BAK klien sehari 5-6 kali (<500 ml)</p> <p>DO (Klien tampak):</p> <p>Kesadaran: Compos Mentis (E₄M₅V₆)</p> <p>Edema pada ekstremitas bagian bawah</p> <p>TTV saat pengkajian:</p> <p>TD : 203/110 mmHg</p> <p>N. : 88 ^x/_i</p> <p>SB : 35,6°C</p> <p>R : 26 ^x/_i</p> <p>TTV setelah selesai hemodialisa:</p> <p>TD : 180/100 mmHg</p> <p>N. : 76 ^x/_i</p> <p>SB : 35,8°C</p> <p>R : 24 ^x/_i</p>	<p>Kelebihan volume cairan</p>	<p>Batu ginjal</p> <p>↓</p> <p>Gangguan fungsi dan struktur jaringan ginjal</p> <p>↓</p> <p>Gagal ginjal akut</p> <p>↓</p> <p>Penurunan reabsorpsi dan sekresi urin</p> <p>↓</p> <p>Retensi cairan Na dan elektrolit</p> <p>↓</p> <p>Cairan tubuh meningkat, edema</p> <p>↓</p> <p>Kelebihan volume cairan tubuh</p>

	BB Kering: 82 kg BB Pre HD: 85 kg BB Post HD: 83 kg		
2	DS (Klien mengatakan): Nyeri saat berkemih Klien mengatakan sesekali kencing bercampur darah Klien mengatakan BAK 5-6 kali/hari Klien mengatakan setiap berkemih volumenya +/- <1 gelas (100 ml) DO (Klien tampak) : Pengkajian nyeri PQRST P: Nyeri karena nefrolitiasis Q: Kualitas nyeri hilang timbul R: Saluran kencing dan genetalia klien S : Skala 5 (dari rentang skala 1-10) T: Saat klien berkemih / BAK TTV saat pengkajian : TD : 203/110 mmHg N. : 88 ^x / _i SB : 35,6 °C R : 26 ^x / _i	Nyeri akut	Pengendapan garam mineral ↓ Batu ginjal ↓ Obstruksi tractus urinarius ↓ Peningkatan tekanan hidrostatik ↓ Distensi pada ginjal ↓ Kontraksi uretra meningkat ↓ Trauma jaringan ↓ Inflamasi / peradangan ↓

			<p>Rangsangan terhadap mediator nyeri</p> <p>↓</p> <p>Persepsi nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>
3	<p>DS (Klien mengatakan)</p> <p>Klien mengatakan sesekali kencing bercampur darah</p> <p>DO (Klien tampak)</p> <p>Kesadaran: Compos Mentis (E₄M₅V₆)</p> <p>Peggunaan heparin yang diindikasikan 5000-6000 mg (selama dialisis)</p> <p>Pemeriksaan TTV:</p> <p>TD : 203/110 mmHg</p> <p>N. : 88 ^x/_i</p> <p>SB : 35,6 °C</p> <p>R : 26 ^x/_i</p>	Risiko perdarahan	<p>Nefrolitiasis</p> <p>↓</p> <p>Gangguan fungsi dan struktur jaringan ginjal</p> <p>↓</p> <p>Distensi pada ginjal</p> <p>↓</p> <p>Kontraksi uretra meningkat</p> <p>↓</p> <p>Trauma jaringan</p> <p>↓</p> <p>Inflamasi / peradangan</p> <p>↓</p> <p>Tindakan invasive</p>

			<p>↓</p> <p>Penggunaan heparin di atas dosis normal</p> <p>↓</p> <p>Perlambatan pembekuan darah</p> <p>↓</p> <p>Risiko perdarahan</p>
--	--	--	---

Rencana Asuhan Keperawatan
Pada Tn. JK dengan Diagnosis Medis Nefrolitiasis, CKD
Di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura
Tahun 2020

Nama klien : Tn. JK
 No. RM : 51 33 99

Hari / tanggal : Senin, 27 Januari 2020
 Nama perawat : Yudi Hadi Prayitno, S.Kep

No	Diagnosa Keperawatan	NOC (Tujuan)	NIC (Intervensi)	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	Kelebihan volume cairan berhubungan dengan mekanisme regulatori (gagal ginjal) dengan retensi air, ditandai dengan: DS (Klien mengatakan): - Klien mengatakan sering merasa haus - Kedua kaki klien bengkak, terutama saat klien duduk terlalu lama dengan posisi kaki tergantung ke bawah (ke lantai) - Klien biasanya minum air putih 3 – 4 gelas per hari (600-800 ml) dan kadang minum teh manis 2	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x5 jam, diharapkan kelebihan volume cairan klien dapat teratasi dengan kriteria hasil: a. Terbebas dari edema dan efusi b. Bunyi nafas bersih, tidak ada dispneu c. Memelihara tekanan vena sentral ditandai dengan frekuensi nadi dalam ambang batas normal (60-100 x/menit) dan <i>vital sign</i> dalam	1. Observasi status hemodinamik termasuk tekanan darah dan nadi. 2. Timbang berat badan	1. Tekanan darah dan nadi mewakili ststus hemodinamik tubuh sebagai control dan dasar intervensi selanjutnya 2. Penimbangan berat badan adalah sebagai pengawasan status cairan terbaik.	Jam 08. ⁴⁵ WIT 1. Mengobservasi status hemodinamik (Tekanan darah, dan nadi setiap jam) Respon : Jam 08. ⁴⁵ WIT : TD: 190/115 mmHg N: 76 x/m Jam 09. ⁴⁵ WIT : TD: 180/110 mmHg N: 84 x/m Jam 10. ⁴⁵ WIT :	Jam 12. ²⁰ WIT S (Klien mengatakan) : - Badan lebih segar - Sedikit lemas - Rasa haus sedikit teratasi dengan manajemen haus O (Klien tampak) : Edema di kaki masih ada Pitting edema masih >2 detik TTV Post

<p>gelas per hari (400ml)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan setiap berkemih volumenya <1 gelas (<100 ml) - Klien mengatakan bahwa kebiasaan BAK klien sehari 5-6 kali dengan volume <500 ml <p>DO (Klien tampak) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran : Compos Mentis (E₄M₅V₆) - Edema pada ekstremitas bagian bawah - TTV saat pengkajian : TD : 203/110 mmHg N. : 88 ^x/_i SB : 35,6°C R : 26 ^x/_i - TTV setelah selesai hemodialisa: TD : 180/100 mmHg N. : 76 ^x/_i SB : 35,8°C 	<p>batas normal.</p> <p>d. Terbebas dari kelelahan dan kecemasan</p>	<p>3. Kaji lokasi dan luas edema</p> <p>4. Rencanakan pembatasan cairan</p>	<p>Peningkatan BB spontan mengindikasikan adanya penumpukan cairan abnormal</p> <p>3. Edema terjadi pada jaringan yang tergantung pada tubuh, biasanya pada tangan dan kaki.</p> <p>4. Pembatasan cairan efektif dalam menghindari akibat kelebihan volume cairan</p>	<p>TD: 170/110 mmHg N: 92 x/m Jam 11.⁴⁵ WIT : TD: 180/100 mmHg N: 88 x/m</p> <p>Jam 07.⁰⁰ WIT</p> <p>2. Menimbang berat badan klien Respon: BB pre hemodialisa: 85 kg BB post hemodialisa 83 kg</p> <p>Jam 07.¹⁵ WIT</p> <p>3. Mengkaji lokasi dan luas edema Respon: Lokasi edema pada kaki kiri/kanan khususnya pada</p>	<p>Hemodialisa : TD : 180/100 mmHg N : 88 x/i SB : 35,8 °C R : 24 x/i</p> <p>A : Masalah kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi nomor 2, 4, 5</p>
---	--	---	---	--	---

	<p>R : 24 x/i</p> <p>BB Kering: 82 kg</p> <p>BB Pre HD: 85 kg</p> <p>BB Post HD: 83 kg</p>		<p>5. Siapkan untuk dialisis sesuai indikasi</p>	<p>yang meluas</p> <p>5. Dilakukan untuk memperbaiki kelebihan volume cairan dan untuk menghilangkan toksik dan sisa metabolisme tubuh yang tak mampu lagi disaring oleh ginjal.</p>	<p>punggung kaki, pitting edema >2 detik, kedalaman +/- 0,5 cm</p> <p>Jam 07.²⁵ WIT</p> <p>4. Merencanakan pembatasan cairan dengan teknik berkumur air hangat dan mengulum es batu sebanyak 10 ml</p> <p>Respon:</p> <p>Menganjurkan klien membatasi cairan masuk dengan berkumur air matang dan mengulum es batu, serta menjelaskan untuk</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>meminum air putih matang saja sebanyak 600 ml/hari</p> <p>Jam 07.³⁰ WIT</p> <p>5. Menyiapkan peralatan untuk dilakukannya dialysis</p> <p>Respon :</p> <p>Pemasangan dializer berjalan dengan baik dan pasien menolerir pemasangan alat dengan baik</p>	
--	--	--	--	--	---	--

2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan kontraksi uretral dan trauma jaringan, ditandai dengan:</p> <p>DS (Klien mengatakan):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri saat berkemih - Klien mengatakan sesekali kencing bercampur darah - Klien mengatakan BAK 5-6 kali/hari - Klien mengatakan setiap berkemih volumenya \pm <1 gelas (100 ml) <p>DO (Klien tampak) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian nyeri PQRST P: Nyeri karena nefrolitiasis Q: Kualitas nyeri hilang timbul R: Saluran kencing dan genitalia klien S: Skala 5 (dari rentang skala 1-10) T: Saat klien berkemih / BAK <ul style="list-style-type: none"> - TTV saat pengkajian : TD : 203/110 mmHg 	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x5 jam, nyeri akut yang dialami klien dapat berkurang bahkan hilang, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri) b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri 2. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 3. Jelaskan penyebab nyeri dan pentingnya penanganan terhadap 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi terapeutik meningkatkan hubungan saling percaya klien dan memudahkan serta meningkatkan klien untuk kooperatif 2. Membantu mengevaluasi penyebab dan faktor yang meningkatkan nyeri 3. Mewaspadakan klien akan kemungkinan terjadinya komplikasi dan 	<p>Jam 08.³⁵ WIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri <p>Respon :</p> <p>Klien bersedia kooperatif dan mengatakan nyeri di bagian kemihnya muncul saat BAK, kadang disertai darah</p> <p>Jam 08.⁴⁵ WIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau <p>Respon :</p> <p>Klien mengatakan nyeri ini muncul</p>	<p>Jam 12.³⁰ WIT</p> <p>S (Klien mengatakan) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa sedikit lebih nyaman - Nyeri berkurang setelah diberikan pijatan / massage <p>O (Klien tampak) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan hasil pemeriksaan nyeri : P : Batu ginjal Q : Hilang dan timbul saat BAK R : Pada saluran kencing hingga ujung penis S : Skala nyeri yang dirasakan klien pada skala 4 dari rentang skala 1-10) T : Pada saat berkemih A : Masalah nyeri akut
---	--	---	--	--	---	--

	<p>N. : 88 %_i SB : 35,6 °C R : 26 %_i</p>		<p>kejadian nyeri</p> <p>4. Ajarkan tentang teknik non farmakologi penanganan nyeri dengan teknik distraksi, relaksasi</p> <p>5. Berikan Tindakan nyaman, contoh pijatan punggung dan tingkatkan istirahat</p> <p>6. Monitor tanda-tanda vital klien</p>	<p>nyeri yang lebih berat</p> <p>4. Menghilangkan ketegangan otot dan membantu dalam relaksasi otot</p> <p>5. Meningkatkan relaksasi, menurunkan ketegangan otot dan meningkatkan koping</p> <p>6. Ambang normal tanda vital menunjukkan keberhasilan tindakan</p>	<p>sejak awal klien didiagnosis batu ginjal pada bulan September 2017 lalu, untuk mengurangi nyeri yang dirasakan, klien biasanya duduk sejenak dan Tarik nafas dalam kemudian menghembuskannya lewat mulut</p> <p>Jam 08.⁵⁵ WIT</p> <p>3. Menjelaskan respon penyebab nyeri dan pentingnya penanganan nyeri.</p> <p>Respon : Klien tampak</p>	<p>belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi nomor 4,5,6</p>
--	--	--	--	--	--	---

				<p>keperawatan dan indikator keberhasilan penanganan nyeri.</p>	<p>memahami, saat diberikan umpan balik klien mampu menjelaskan penyebab nyerinya</p> <p>Jam 09.¹⁰ WIT</p> <p>4. Mengajarkan teknik non farmakologi penanganan nyeri dengan teknik distraksi</p> <p>Respon :</p> <p>Klien tampak memperagakan dan mempraktekkan dengan benar, merasa nyaman</p> <p>Jam 12.²⁵ WIT</p>	
--	--	--	--	---	--	--

					<p>5. Memberikan tindakan nyaman dengan pijatan punggung</p> <p>Respon : Klien mengatakan merasa lebih nyaman (post BAK) dan berpamitan pulang</p> <p>Jam 12.³⁵ WIT</p> <p>6. Memonitor tanda-tanda vital :</p> <p>TD : 180/100 mmHg</p> <p>N : 82 x/i</p> <p>SB : 35,9 °C</p> <p>R : 22 x/i</p>	
--	--	--	--	--	---	--

3	<p>Risiko perdarahan berhubungan dengan trauma, trombositopenia, ditandai dengan:</p> <p>DS (Klien mengatakan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sesekali kencing bercampur darah <p>DO (Klien tampak)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran : CM (E₄M₅V₆) - Penggunaan heparin yang diindikasikan 5000-6000 mg (selama dialisis) - Pemeriksaan TTV : TD : 203/110 mmHg N. : 88 ^x/_i SB : 35,6°C R : 26 ^x/_i 	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x5 jam, risiko perdarahan klien dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak ada hematuria b. Tekanan darah dalam ambang batas normal c. Tidak ada distensi abdominal d. Hemoglobin dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda penurunan trombosit disertai gejala klinis 2. Anjurkan pasien untuk banyak istirahat (<i>Bed Rest</i>) 3. Awasi adanya perubahan tanda-tanda vital secara mendadak 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan trombosit merupakan tanda kebocoran pembuluh darah 2. Aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan risiko perdarahan 3. Peningkatan nadi dengan penurunan tekanan darah dapat menunjukkan kehilangan volume darah 	<p>Jam 10.¹⁵ WIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda penurunan trombosit disertai gejala klinis Respon : Hasil pemeriksaan trombosit 115.000 mL, klien tampak anemis <p>Jam 10.²⁰ WIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menganjurkan pasien untuk banyak istirahat Respon : Klien tampak mengantuk berat 	<p>Jam 12.35 WIT</p> <p>S (Klien mengatakan)</p> <p>Masih lemas dan mengantuk</p> <p>Setelah kencing mengatakan warna urine kemerahan</p> <p>O (Klien tampak)</p> <p>Anemis</p> <p>Sediaan heparin yang digunakan 5000 mg</p> <p>Pemeriksaan TTV : TD : 180/100 mmHg N : 88 x/i SB : 35,8 °C R : 24 x/i Trombosit : 115.000 Hb : 11,7 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>
---	--	---	---	--	--	---

			<p>4. Observasi adanya epistaksis, perdarahan gusi dan hematuria</p> <p>5. Awasi nilai Hb, trombosit dan factor pembekuan</p> <p>6. Berikan obat sesuai indikasi : Vitamin D dan C</p>	<p>sirkulasi</p> <p>4. Perdarahan sub akut dapat terjadi terhadap gangguan factor pembekuan</p> <p>5. Indikator adanya perdarahan aktif atau adanya komplikasi</p> <p>6. Meningkatkan sintesis protombin dan koagulasi</p>	<p>Jam 10.²⁵ WIT</p> <p>3. Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>Respon : TD : 170/100 mmHg N : 92 x/i SB : 36,3 °C R : 22 x/i</p> <p>Jam 10.⁴⁰ WIT</p> <p>4. Mengobservasi adanya epistaksis, perdarahan gusi dan hematuria</p> <p>Respon : Klien mengatakan sesekali kencing bercampur darah, klien tampak anemis</p>	<p>nomor 3,4,5,6</p>
--	--	--	--	--	---	----------------------

					<p>Jam 10.¹⁵ WIT</p> <p>5. Awasi Hb, trombosit dan factor pembekuan Respon : Hb. 11,7 Trombosit : 115.000 mcL Penggunaan heparin : 5000- 6000 mg</p> <p>Jam 10.⁵⁵ WIT</p> <p>6. Memberikan obat sesuai indikasi (Vitamin K, D, dan C) Respon : Klien mengatakan vitamin yang sering dikonsumsi adalah vitamin C</p>	
--	--	--	--	--	---	--

3.6 Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal	Nomor Diagnosis	Implementasi	Evaluasi
Senin, 27 Januari 2020	1	<p>Jam 09.⁴⁵ WIT</p> <p>1. Mengobservasi status hemodinamik dan dialisis</p> <p>Respon :</p> <p>TD : 180/110 mmHg</p> <p>N : 92 x/i</p> <p>SB :35,6 °C</p> <p>R :22 x/i</p> <p>Qb : 250</p> <p>Qd : 500</p> <p>V/A_{Pressure} : 114/124</p> <p>TMP : 175</p> <p>UF_{rate} : 1103</p> <p>UF_{removed} : 175</p> <p>Jam 10.⁴⁵ WIT</p> <p>2. Mengobservasi status hemodinamik dan dialisis</p> <p>Respon :</p> <p>TD : 170/100 mmHg</p> <p>N : 88 x/i</p> <p>SB :36,2 °C</p> <p>R :24 x/i</p> <p>Qb : 250</p> <p>Qd : 500</p> <p>V/A_{Pressure} : 116/118</p> <p>TMP : 176</p> <p>UF_{rate} : 1102</p> <p>UF_{removed} : 3151</p> <p>Jam 11.⁴⁵ WIT</p> <p>3. Mengobservasi status hemodinamik dan dialisis</p> <p>Respon :</p> <p>TD : 180/100 mmHg</p> <p>N : 88 x/i</p> <p>SB :35,8 °C</p> <p>R :24 x/i</p> <p>Jam 12.⁰⁰ WIT</p> <p>4. Menimbang berat badan post hemodialisa</p> <p>Respon : BB Post HD : 83 kg</p>	<p>Jam 12.²⁰ WIT</p> <p>S (Klien mengatakan) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Badan lebih segar - Sedikit merasakan lemas - Masih sering merasakan haus <p>O (Klien tampak) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema di kaki masih ada - Pitting edema masih > 2 detik - TTV Post Hemodialisa : <p>TD : 180/100 mmHg</p> <p>N : 88 x/i</p> <p>SB :35,8 °C</p> <p>R :24 x/i</p> <p>BB Post HD : 83 kg</p> <p>A :</p> <p>Masalah kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rencanakan pembatasan cairan - Siapkan untuk kembali dialisis sesuai indikasi

2	<p>Jam 09.¹⁰ WIT</p> <p>1. Mengajarkan teknik non farmakologi penanganan nyeri dengan teknik distraksi Respon : Klien mengatakan nyeri berkurang dan merasa nyaman dengan teknik distraksi</p> <p>Jam 12.²⁵ WIT</p> <p>2. Memberikan tindakan nyaman dengan massage punggung. Respon : Klien mengatakan lebih nyaman saat massage dilakukan pasca BAK</p> <p>Jam 12.³⁵ WIT</p> <p>3. Memonitor Tanda-Tanda Vital klien : TD : 180/100 mmHg N : 82 x/i SB :35,8 °C R :22 x/i</p>	<p>Jam 12.³⁰ WIT</p> <p>S (Klien mengatakan) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa sedikit lebih nyaman dengan tekni distraksi - Nyeri berkurang setelah diberikan massage <p>O (Klien tampak) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan hasil pemeriksaan nyeri : <p>P : batu ginjal Q : hilang timbul saat BAK R : pada saluran kencing hingga ujung penis S : skala nyeri yang dirasakan klien skala 4 dari rentang skala nyeri 1-10 T : pada saat berkemih (BAK)</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi nomor 4, 5, dan 6</p>
3	<p>Jam 09.⁴⁵ WIT</p> <p>1. Mengawasi Tanda-Tanda Vital :</p> <p>Jam 09.45 WIT TD : 180/110 mmHg N : 84 x/i</p> <p>Jam 10.45 WIT TD : 170/100 mmHg N : 92 x/i</p> <p>Jam 11.45 WIT TD : 180/100 mmHg N : 88 x/i</p> <p>Jam 09.⁵⁵ WIT</p> <p>2. Mengawasi faktor pembekuan Respon : Heparin yang digunakan 5000mg</p>	<p>Jam 12.³⁰ WIT</p> <p>S (Klien mengatakan) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masih lemas dan mengantuk <p>O (Klien tampak)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemis - Sediaan heparin yang digunakan : 5000mg - Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital : TD : 180/100 mmHg N : 88 x/i Trombosit : 115.000 mcL Hb : 11,7 <p>A : Masalah risiko perdarahan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi nomor 3, 4, 5, 6</p>

Hari / Tanggal	Nomor Diagnosis	Implementasi	Evaluasi
Senin, 14 Desember 2020	1	<p>Jam 06.⁴⁵ WIT</p> <p>1. Mengobservasi adanya pembatasan pasien dalam kebutuhan cairan Respon : Tampak oedem di kaki kiri/ kanan pasien dan lingkaran perut pasien tampak lebih besar dari sebelumnya. BB Pra HD : 86 kg BB kering : 83 kg</p> <p>Jam 07.⁰⁵ WIT</p> <p>2. Mengkaji masih adanya faktor yang menyebabkan adanya kelebihan volume cairan Respon : Pasien mengatakan sering merasakan haus, keluarga mengatakan pola pembatasan cairan dengan manajemen haus yang telah diberikan dulu tidak lama diterapkan.</p> <p>Jam 09.⁰⁵ WIT</p> <p>3. Mengobservasi penerapan manajemen haus dengan teknik inovasi berkumur air hangat pada pasien. Respon : Klien dapat menahan haus selama 1 jam 17 menit</p> <p>Jam 09.²⁵ WIT</p> <p>4. Melibatkan keluarga dalam penerapan manajemen haus di rumah : dengan teknik inovasi berkumur air matang selama 30 detik Respon : Keluarga bersedia dilibatkan dalam penerapan manajemen haus pasien selama di rumah.</p>	<p>Jam 12.²⁰ WIT</p> <p>S (Klien mengatakan) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasa haus sedikit tertahankan dengan manajemen haus - Sedikit merasakan lemas pasca Hemodialisa <p>O (Klien tampak) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema di kaki masih ada - Pitting edema masih > 2 detik - TTV Post Hemodialisa : BB Post HD : 84 kg <p>A :</p> <p>Masalah kelebihan cairan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rencanakan pembatasan cairan dengan teknik inovasi mengulum es batu sebanyak 10 ml - Siapkan untuk kembali dialisis sesuai indikasi
Kamis, 17 Desember 2020	1	<p>Jam 07.¹⁰ WIT</p> <p>1. Mengobservasi adanya pembatasan pasien dalam kebutuhan cairan Respon : Oedem di kaki kiri/kanan pasien masih tampak seperti hari sebelumnya BB Pra HD : 85 kg</p>	<p>Jam 12.²⁰ WIT</p> <p>S (Klien mengatakan) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasa haus sedikit tertahankan dengan manajemen haus - Merasa lebih efektif mengulum es batu dari pada berkumur air matang

	<p>BB kering : 83 kg Jam 07.²⁰ WIT</p> <p>2. Mengkaji masih adanya faktor yang menyebabkan adanya kelebihan volume cairan</p> <p>Respon : Pasien mengatakan masih sering merasakan haus, keluarga mengatakan klien masih menerapkan program manajemen haus dengan berkumur air matang yang telah diajarkan.</p> <p>Jam 07.⁴⁰ WIT</p> <p>3. Mengobservasi penerapan manajemen haus dengan teknik inovasi mengulum es batu sebanyak 10 ml.</p> <p>Respon : Klien dapat menahan haus selama 1 jam 42 menit</p> <p>Jam 09.²⁵ WIT</p> <p>4. Melibatkan keluarga dalam penerapan manajemen haus di rumah : dengan teknik inovasi mengulum es batu (10 ml)</p> <p>Respon : Keluarga bersedia dilibatkan dalam penerapan manajemen haus pasien selama di rumah.</p>	<p>O (Klien tampak) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema di kaki masih ada - TTV Post Hemodialisa : BB Post HD : 84 kg <p>A :</p> <p>Masalah kelebihan volume cairan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rencanakan pembatasan cairan dengan teknik inovasi berkumur air matang dan mengulum es batu sebanyak 10 ml - Siapkan untuk kembali dialisis sesuai indikasi
--	--	--