

Lampiran 1. SOP terapi *ankle pumping exercise*

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI ANKLE PUMPING EXERCISE
PENGERTIAN	<i>Ankle pumping exercise</i> merupakan metode yang efektif untuk mengurangi edema, karena menghilangkan efek muscle pump yang membantu memindahkan cairan dari ruang ekstraseluler ke dalam pembuluh darah lalu kemudian kembali ke jantung.
TUJUAN	Tujuan dari terapi <i>ankle pumping exercise</i> yaitu untuk membantu melancarkan aliran darah dan menurunkan pembengkakan pada ekstermitas bawah, serta mengemalikan membantu sirkulasi darah agar tidak tertahan di bagian bawah tubuh dan mendorong aliran darah kembali ke jantung.
ALAT DAN BAHAN	Bantal/selimut
PROSEDUR	<p>A. Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan pasien 2. Persiapan tempat yang nyaman 3. Persiapan alat <p>B. Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Menanyakan perasaan pasien hari ini 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur 4. Memberitahu tempat, waktu, topik. <p>C. Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca basmallah 2. Menyiapkan kesiapan pasien 3. Mengobservasi tanda dan gejala hipervolemia sebelum diberikan terapi 4. Menyiapkan alat dan bahan 5. Mengatur posisi pasien dengan menaruh bantal/selimut di kaki dengan sudut 30° 6. Melakukan gerakan pada pergelangan kaki ke atas dan ke bawah dalam waktu masing-masing 1 menit dilakukan selama 15 menit 7. Observasi respon yang muncul pada pasien 8. Rapihkan Kembali alat <p>D. Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan evaluasi tindakan 2. Menyampaikan tindak lanjut 3. Mendokumentasikan dalam catatan keperawatan

Sumber: Fatchur et al., 2020

Lampiran 2. SOP Elevasi Kaki 30°

Standar Prosedur Operasional	Elevasi Kaki 30°
Pengertian	Peninggian posisi kaki 30 derajat pada pasien adalah salah satu dari proses intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk mengurangi edema kaki. Dengan peninggian kaki maka melawan tarikan gravitasi, sehingga meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan mencegah timbulnya stasis vena.
Tujuan	Peninggian posisi kaki 30 derajat bertujuan agar sirkulasi perifer tidak menumpuk di area distal ulkus dan menyebabkan aliran darah akan cenderung menuju perifer terutama kaki yang mengalami fraktur, dan juga untuk mengurangi edema pada kaki. Dimana dengan peninggian kaki maka melawan tarikan gravitasi, sehingga meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan mencegah timbulnya stasis vena.
Prosedur	<p>Persiapan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat Bantal, kain lap bersih, sarung, penggaris, kertas, pulpen dan air hangat. 2. Lingkungan Siapkan lingkungan yang nyaman dan tenang <p>Cara Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjelaskan kepada pasien tindakan yang akan dilakukan dan kontrak waktu 2) Mencuci tangan 3) Memposisikan klien sesuai dengan posisi yang nyaman, dengan cara tubuh berbaring dengan kepala memakai bantal dan menjaga privasi klien 4) Kaki kompres menggunakan air hangat kemudian tekan daerah yang edema sehingga muncul cekung kulit yang dalam 5) Lakukan pengukuran pada daerah edema menggunakan penggaris/jangka 6) Catat hasil pengukuran kemudian lakukan peninggian posisi kaki 30° diatas tempat tidur dengan bantal/kain/sarung yang dapat membentuk kaki dengan sudut 30° selama ± 3 menit 7) Lakukan kembali pengukuran derajat edema dengan menekan daerah yang bengkak kemudian catat hasilnya 8) Lakukan peninggian posisi kaki 30° sebanyak 2x dalam waktu 3-5 menit tergantung kemampuan pasien 9) Lalu 2 menit dilakukan istirahat lalu dilakukan peninggian posisi tungkai lagi sebanyak 3-5 menit. Jadi total pengerjaan pada 1 pasien adalah 7 menit 10) Menanyakan kembali perasaan klien setelah dilakukan tindakan peninggian posisi kaki 30° 11) Merapikan klien dan alat 12) Mencuci tangan 13) Mencatat tindakan yang dilakukan.

Sumber: Anidarlina & Sulastri, 2023

Lampiran 3. Tools Balance Cairan



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

INSTRUMEN PENILAIAN BALANCE CAIRAN

NAMA : TANGGAL :
NIM : OBSERVER :

No	Aspek yang dinilai	Bobot	Nilai	
			Ya	Tidak
A	ALAT			
	1. Kertas	2		
	2. Pulpen	2		
B	TAHAP PRA INTERAKSI			
	1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada	2		
	2. Mencuci tangan	2		
	3. Membawa alat ke dekat pasien	2		
C	TAHAP ORIENTASI			
	1. Mengucapkan salam	3		
	2. Memperkenalkan diri	3		
	3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan	5		
	4. Menjelaskan kontrak waktu pelaksanaan prosedur	3		
	5. Menjaga privacy	3		
D	TAHAP KERJA			
	Mengucap basmallah			
	1. Menghitung cairan masuk dengan benar	12		
	2. Menghitung cairan keluar dengan benar	12		
	3. Menghitung IWL dengan benar	12		
	4. Menghitung balance cairan dengan benar	12		
	5. Simpulan	10		
	Mengucap hamdallah			
E	TAHAP TERMINASI			
	1. Melakukan evaluasi tindakan	3		
	2. Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
	3. Berpamitan	3		
	4. Mencuci tangan	3		
	5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan	3		
	JUMLAH	100		

Lampiran 4. Tools Pengukuran Oedem Pitting



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
 LABORATORIUM KEPERAWATAN
 Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

Pengukuran Oedem Piting

Nama :

Tanggal :

NIM :

Observer :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE PREINTERAKSI			
1	Cek program Pengukuran Odem/terapi medis	3		
2	Menyiapkan alat	3		
B	FASE ORIENTASI			
1	Memberi salam/ menyapa klien	5		
2	Memperkenalkan diri	5		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	5		
4	Menanyakan kesiapan pasien	5		
C	FASE KERJA			
	Mengucap basmallah			
1	Mencuci tangan sebelum tindakan	5		
2	Mempersiapkan ekstremitas bawah	7		
3	Membebaskan daerah pengukuran dari penghalang (selimut/celana dsb)	10		
4	Melakukan penekanan daerah oedem terutama daerah tonjolan tulang (mata kaki, maleolus lateralis, diatas tibia)	20		
5	Menilai dan menulis hasil pemeriksaan grade odem dengan benar (grade dan kedalamannya)	14		
	Mengucap hamdallah			
D	FASE TERMINASI			
1	Menyimpulkan hasil pemeriksaan	12		
2	Melakukan kontrak pertemuan selanjutnya	3		
3	Berpamitan	3		
	TOTAL	100		

Keterangan

:

Observer

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Standar kelulusan nilai 75

Lampiran 5. Format Asuhan Keperawatan

FORMAT ASKEP
PKK MEDIKAL BEDAH II
PRODI DIII KEPERAWATAN SEMESTER V

Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama : Ny. F
 Umur : 67 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Ibu rumah tangga
 Suku Bangsa : Jawa
 Status perkawinan : Kawin
 Golongan darah : B
 No. CM : 0xxxx95
 Tanggal masuk : 13 Juni
 Tanggal pengkajian : 13 Juni
 Diagnosa medis : Hipertensive Heart Disease (HHD)
 Alamat : Jl. Mungkur timur, Cilacap.

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. S
 Umur : 43 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Pendidikan : SMK
 Pekerjaan : Ibu rumah tangga
 Suku Bangsa : Jawa
 Hubungan dg Klien : Anak
 Alamat : Jl. Mungkur timur cilacap.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan sesak nafas, perutnya membesar dan keras pada ke dua kalinya bengkok.

2) Riwayat Penyakit Sekarang (Alasan masuk RS dan PQRST)

3) Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan dulu pernah memiliki riwayat kolesterol tinggi.

4) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga.

2). Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan datang ke PSI Fatiman pada pukul 03.00 pagi karena merasa sesak saat tidur di malam hari, pasien mengatakan nafasnya terasa sesak, sesak nafas saat berbaring, perut membesar sudah 1 bulan dan terasa keras, ke 2 kalinya bengkok, terdapat

Pitting edema pada kaki kanan derajat 2 dengan kedalaman 3 mm kembali dalam waktu 15 detik, pada kaki kiri derajat 3 dengan kedalaman 5 mm kembali dalam 1 menit

c. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital

Tanggal / jam	Tanggal			
	13	14	15	16
TD (mmHg)	109/79	104/89	120/87	120/80
HR	113	95	88	86
RR	24	24	20	20
Suhu (°C)	36,5°	36,7°	36°	36,4°

2) Kepala dan leher

Yang Dikaji	Keterangan
Bentuk	kepala bulat, simetris, tidak ada benjolan
Rambut	Rambut lebat, lurus, pendek, berwarna putih
Mata	konjungtiva non anemis, sklera non ikterik
Telinga	tampak kantung mata
Hidung	Telinga bersih, tidak ada benjolan, simetris, tidak ada gangguan pendengaran.
Mulut	Hidung bersih, tidak ada gangguan indra periuman, tidak ada sekret
Leher	Pengra mulut bersih, bibir lembab, tidak ada perdarahan gusi.
	leher tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
	terdapat otot bantu napas

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

3) Jantung

Tanggal	13
Inspeksi	Napas cepat, JVP meningkat 5 cm
Palpasi	Denyut Jantung terasa lebih kuat
Perkusi	terdengar suara pekak
Auskultasi	terdengar bunyi S3

4) Paru-paru

Tanggal	13
Inspeksi	sesak napas, gerakan dinding dada memnun retraksi otot bantu napas
Palpasi	fremitus taktil, simetris
Perkusi	bunyi sonor
Auskultasi	suara vesikular

5) Abdomen

Tanggal	
Inspeksi	Asiter
Auskultasi	Bising usus 30x/menit
Palpasi	tidak ada benjolan, perut terasa keras
Perkusi	terdapat suara redup, karena ada cairan di dalam rongga perut.

6) Ekstremitas

Ekstremitas atas

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
13 Juni	-	-	-	-	-	-	-	-

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

Ekstremitas bawah

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri	Kesemutan	Edema	Baal	Nyeri
13 Juni	+	+	-	-	+	+	-	-

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

Sistem Integumen

Tanggal	Warna kulit	Turgor	Mukosa bibir	Capilar refill	Kelainan
13 Juni	Merah muda	<1 detik	lembap	<2 detik	-

d. POLA PENGKAJIAN FUNGSIONAL GORDON

- 1) PERSEPSI DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN
Pasien mengatakan slaw memperhatikan kesehatannya dan memeriksakan ke layanan kesehatan jika merasa sakit, Pemeliharaan kesehatan pasien baik
- 2) POLA NUTRISI DAN METABOLIK

Subyektif

Pasien mengatakan tidak ada masalah nutrisinya

Obyektif: pasien tampak menyukuri gizinya

a. Antropometri

Sebelum masuk rumah sakit (>2 bulan yang lalu)

BB : 63 kg TB : 155 cm LILA : - cm

Saat Dirawat : Tanggal

BB : 64 kg TB : 155 cm LILA : 28 cm (normal 29,3 cm)

Kesimpulan:.....

Perhitungan :

$$\begin{aligned} \text{BB ideal} &= (\text{TB} - 100) - 10\% (\text{TB} - 100) \text{ kg} \\ &= (155 - 100) - 10\% (155 - 100) \text{ kg} \\ &= 49,5 \text{ kg} \end{aligned}$$

IMT (Indeks Massa Tubuh)

Nilai standar IMT

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB}}{\text{TB(m)}^2}$$

$$= \frac{64}{1,55^2}$$

$$= 26,6$$

Kesimpulan: Overweight

Nilai	Kategori
<20	Underweight
20-25	BB normal
25-30	Overweight
>30	Obesitas

b. **Biokimia**

Hb : 10.9 (tgl 13 Juni)

Albumin : 3.12 (tgl 13 Juni)

c. **Penampilan fisik**

penampilan fisik pasien baik

d. **Diet**

• Jenis lunak

• BEE laki-laki = $66 + (13.7 \times \text{BB kg}) + (5 \times \text{TB cm}) - (6,8 \times \text{U.thn})$
= Kkal

• BEE perempuan = $655 + (9.6 \times \text{BB kg}) + (1.8 \times \text{TB cm}) - (4.7 \times \text{U. th})$
= $655 + (9.6 \times 64 \text{ kg}) + (1.8 \times 155 \text{ cm}) - (4.7 \times 67)$
= 1.863,3 Kkal

Tabel perkiraan jumlah kalori ± 1.863,3 Kkal dalam

Tgl	Kalori Buah	Kalori makanan	Total kalori

3) **POLA ELIMINASI**

Sebelum dirawat :

Subyektif: pasien mengatakan BAB dan BAK sebelum masuk RS lancar yaitu BAK 5 x / hari dan BAB 1x / hari di pagi hari.

Selama dirawat

Subyektif: Pasien mengatakan dari awal masuk RS belum BAB, untuk BAK pasien menggunakan pempres 1 hari pasien ganti 2-3 x

Obyektif:

- BAB

TGL	Frekuensi	Warna	Konsistensi
13 Juni	-	-	-

BAK

TGL	Frekuensi	Warna	Kelainan
13 Juni	Ganti pem ix	Kuning	-

4) POLA AKTIFITAS DAN LATIHAN

Status higienis

Tanggal	Mandi	Menggosok gigi	Memotong kuku	Keramas
13/6	-	-	-	-

Ket: (-); tidak dilakukan

ADL

Tanggal	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continance	Feeding	Indeks KATZ
13/6	di bantu	di bantu	di bantu	di bantu	mandiri	mandiri	ketergantungan sedang

Status Mobilisasi

Tanggal	Duduk	Berdiri	Jalan
13/6	di bantu	di bantu	di bantu

Skor Norton

Tgl	Kondisi Fisik umum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinensia	Jumlah
13/6	4	4	2	3	4	17

Kategoriskor:

16-20: kecil sekali/tidak terjadi

12-15: kemungkinan kecil terjadi

<12: kemungkinan besar terjadi

Kesimpulan: Risiko Rendah.

5) POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

Sebelum masuk RS:

Kualitatif: Pasien mengatakan tidurnya cukup dan nyenyak di rumah

Kuantitatif: Tidur pada siang hari dan malam hari kurang lebih 8 jam.

Setelah masuk RS:

Kualitatif: Pasien mengatakan tidurnya kurang nyenyak karena berisik ada pasien yang baru pindah 1 ruangan

Kuantitatif: Tidur kurang lebih 5 jam.

6) POLA PERSEPTUAL

Halusinasi: pasien mengatakan tidak halusinasi

7) POLA PERSEPSI DIRI

Konsep diri

Citra tubuh:....pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya

Identitas diri:....pasien mengatakan dirinya seorang istri, ibu dan nenek

Peran diri:....pasien menjadi istri, ibu, dan nenek

Ideal diri:....pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan cepat pulang

Harga diri:....pasien mengatakan senang di perhatikan dan ingin cepat sembuh.

Masalah Keperawatan : tidak ada

8) POLA SEKSUALITAS DAN REPRODUKSI

Subjektif: pasien mengatakan tidak ada masalah dalam seksualitas

Objektif: Pasien tidak ada keluhan sakit pada daerah kemaluan

9) POLA PERAN-HUBUNGAN

Keluarga: Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga baik

Masyarakat: Pasien mengatakan hubungan dengan masyarakat baik

10) POLA MANAJEMEN KOPING-STRESS

Masalah: Tidak ada

Koping: koping pasien baik tidak ada masalah

11) SISTEM NILAI DAN KEYAKINAN

Nilai dan Keyakinan: Pasien mengatakan beragama islam

Kegiatan ibadah: pasien mengatakan ibadah 5 waktu saat sebelum sakit

2. PENGKAJIAN SISTEM PERSYARAFAN

Fungsi Serebral

Tanggal/Jam		
Status Mental	Tingkat Kesadaran	cm
	GCS	15
	E	4
	V	5
	M	6
Fungsi Intelektual	Gaya Bicara	baik
	Orientasi Waktu	baik
	Orientasi Orang	baik
	Orientasi Tempat	baik

Daya Pikir	Spontan, alamiah, masuk akal	+
	Kesulitan Berpikir	-
	Halusinasi	-

Status Emosional	Alamiah dan Datar	-
	Pemarah	-
	Cemas	-
	Apatis	-
Nyeri kepala		-
Pandangankabur		-

Ket: (-); tidak ada, (+); ada

7) Badan dan anggota gerak

Badan

Motorik

baik, simetris, tidak ada kelemahan

Refleks

normal, refleks fisiologis +

Sensibilitas

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	baik
Sensasi suhu dan nyeri	baik
Vibrasi dan propriosepsi	baik
Integrasi sensasi	baik

Anggota gerak atas

Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	Baik	Baik
Kekuatan	Baik	Baik
Tonus	Baik	Baik
Trofik	Baik	Baik

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	Baik	Baik
Triceps	Baik	Baik
Radius	Baik	Baik
Ulna	Baik	Baik

Sensibilitas

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	Baik
Sensasi suhu dan nyeri	Baik
Vibrasi dan proprioepsi	Baik
Integrasi sensasi	Baik

Anggota gerak bawah

Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	Baik	Baik
Kekuatan	Baik	Baik
Tonus	Baik	Baik
Trofik	Baik	Baik

Anggota gerak atas

Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	Baik	Baik
Kekuatan	Baik	Baik
Tonus	Baik	Baik
Trofik	Baik	Baik

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	Baik	Baik
Triceps	Baik	Baik
Radius	Baik	Baik
Ulna	Baik	Baik

Sensibilitas

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	Baik
Sensasi suhu dan nyeri	Baik
Vibrasi dan propriosepsi	Baik
Integrasi sensasi	Baik

Anggota gerak bawah

Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergerakan	Baik	Baik
Kekuatan	Baik	Baik
Tonus	Baik	Baik
Trofik	Baik	Baik

Refleks

Refleks	Kanan	Kiri
Patella	Baik	Baik
Achilles	Baik	Baik
Babinski	Baik	Baik
Chaddock	Baik	Baik
Rossolimo	Baik	Baik
Clonus kaki	Baik	Baik
Lasseque	Baik	Baik
Kernieg	Baik	Baik

Sensibilitas

Tanggal/Jam	
Sensasi taktil	Baik
Sensasi suhu dan nyeri	Baik
Vibrasi dan propriosepsi	Baik
Integrasi sensasi	Baik

2. Sistem imunitas :

Alergi: Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi

Antibiotic: Tidak ada

WBC: Tidak ada

3. Status cairan

Tanggal	Intake	Output	Balance cairan
14/6	Infus = 500 ml	Urine = 1380	2.035 -
	Minum = 500 ml	IWL = 960	1380 -
	Total input = 2.035	Total output = 1380	960 -305 cc/24 jam
15/6	Infus = 500 ml	Urine = 1260	2235 -
	Minum = 650 ml	IWL = 960	2010 -
	Total input = 2235	Total output = 2010	960 -735 cc/24 jam
16/6	Infus = 500 ml	Urine = 1250 ml	2235 -
	Minum = 600 ml	IWL = 930	1250 -
	Total input = 2235	Total output = 1250	930 55 cc/24 jam.

4. Status Ekonomi Kesehatan

Pasien mengatakan menggunakan BPJS kelas 3

5. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

a. Laboratorium ke..... tanggal.....

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan		
			Nilai	Keterangan
Dst....				

} di belakang

b. Hasil foto rontsen tanggal

Kesan:

c. Hasil

6. TERAPI MEDIS


- inj. Levofloxacin 750 ml - inj. metilprednisolon 62.5 ml
 - inj. Parasetamol 25 ml - inj. Furosemid 10 ml

7. TERAPI NUTRISI

Diet: lunak

ANALISA DATA

No	Sign	Problem	Etiologi



HASIL LABORATORIUM				
NAMA PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN	METODE PEMERIKSAAN
HEMATOLOGI				
DARAH RUTIN ANALIZER 5 DIFF				
Hemoglobin	10.9	12 - 15	g/dL	
Leukosit	6540	4000 - 10000	$10^3 / \mu L$	
Hematokrit	35.1	36 - 48	%	
Trombosit	425000	150000 - 450000	$10^3 / \mu L$	
Eritrosit	4.0	4 - 5.60	$10^6 / \mu L$	
HJL				
Eosinofil	0.9	1 - 5	%	
Neutrofil	87.4	50 - 70	%	
Basofil	0.2	0 - 1	%	
Limfosit	9.4	25 - 40	%	
Monosit	2.1	2 - 8	%	
MCV	87.8	79 - 108	fL	
MCH	27.3	25 - 35	pg	
MCHC	31.1	30 - 36	%	
GULA DARAH				
Gula Darah Sewaktu	75	60 - 200	mg/dL	
FAAL GINJAL				
Kreatinin	0.72	0.5 - 0.9	mg/dL	
Ureum	15.0	15 - 45	mg/dL	
FAAL HATI				
SGOT	25.6	5 - 40	U/L	
SGPT	23.9	5 - 35	U/L	
Albumin	3.12	3.5 - 4.7	g/dL	

Analisa Data

NO	SIGN	Problem	Etiologi
1.	DS : pasien mengatakan nafasnya terasa sesak karena perutnya yang membesar dan keras DO : - perut tampak besar - penggunaan otot bantu napas - pola napas abnormal (takipnea 24x/menit)	pola napas tidak efektif (0.0005)	Hambatan upaya napas (Asites)
2.	DS :- pasien mengatakan nafasnya terasa sesak, sesak napas saat berbaring, sesak napas juga muncul saat tidur di malam hari. - Pasien mengatakan kakinya bengkak - Pasien mengatakan berat badan naik 1 kg, dari berat badan 63 kg menjadi 64 kg DO :- ke 2 kaki tampak bengkak, terdapat pitting edema, pada kaki kanan derajat 2 dengan kedalaman 3 mm dan kaki kiri derajat 3 dengan kedalaman 5 mm. - Peningkatan Jugular venous pressure (JVP) 5 cm	Hipervolemia (0.0022).	Gangguan mekanisme regulasi

Diagnosa Keperawatan

1. pola napas tidak efektif b.d. hambatan upaya napas (asites) d.d. dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal.
2. Hipervolemia b.d. gangguan mekanisme regulasi d.d. Ortopena, dispnea, sesak napas muncul saat tidur di malam hari, edema perifer, berat badan meningkat, Jugular venous pressure meningkat.

NO	Diagnosa Kep.	SLKI	SIKI
1.	Pola napas tidak efektif (0.0005)	Pola napas (L.01004) Setelah dilakukan Intervensi selama 2x24 jam, maka pola napas membaik dengan kriteria hasil : Indikator Dispnea Penggunaan otot bantu napas Frekuensi napas	Manajemen Jalan napas (1.01011). Tindakan Observasi - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). - Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering).
		IR 2 3 3	ER 5 5 5

		Keterangan :	Terapeutik																					
		1 Meningkat	- Posisikan semi-fowler atau fowler.																					
		2 cukup meningkat	- Berikan minum hangat																					
		3 Sedang	- Berikan oksigen, jika perlu																					
		4 cukup menurun	Edukasi																					
		5 menurun	- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.																					
			kolaborasi																					
			- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.																					
2.	Hipervolemia (D.0022)	Status cairan (L.03028). Sedang dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka status cairan membaik dengan kriteria hasil :	Pemantauan cairan (I.03121) Tindakan Observasi																					
		<table><tr><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>Ortopnea</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>dispnea</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>edema perifer</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>berat badan</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Jugular venous pressure (JVP)</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>	Indikator	IR	ER	Ortopnea	2	5	dispnea	2	5	Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)	4	5	edema perifer	3	4	berat badan	3	5	Jugular venous pressure (JVP)	3	4	- Monitor frekuensi dan kekuatan nadi.
Indikator	IR	ER																						
Ortopnea	2	5																						
dispnea	2	5																						
Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)	4	5																						
edema perifer	3	4																						
berat badan	3	5																						
Jugular venous pressure (JVP)	3	4																						
			- Monitor frekuensi napas																					
			- Monitor tekanan darah																					
			- Monitor berat badan																					
			- Monitor intake dan output cairan																					
			- Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, cup meningkat, refleks hepatjugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat.																					
		Keterangan :	Terapeutik.																					
		1 Meningkat	- Berikan terapi ankle pumping exercise dan elevasi kaki 30°																					
		2 cukup meningkat	- Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien.																					
		3 Sedang																						
		4 cukup menurun																						
		5 menurun																						

			- Dokumentasikan hasil pemantauan.
			Edukasi
			- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
			- Informasikan hasil pemantauan jika perlu.

Implementasi Keperawatan

NO	Tgl & Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi respon	Paraf
1.	14 Juni 08.00	Pola napas tidak efektif (D.0005)	- Memonitor pola napas frekuensi, kedalaman dan usaha napas	DS : pasien mengatakan sesak napas DO : - pasien terlihat tiduran miring untuk membantu melancarkan pernapasan - RR : 24 x /menit.	
	08.15		- Memposisikan semi-Fowler	DS : pasien mengatakan jika di posisikan semi fowler menambah sesak karena perutnya yang besar akan tertekan. DO : pasien tampak nyaman tiduran dengan posisi miring.	
	08.25		- Memberikan oksigen nasal kanul	DS : pasien menyetujui DO : 3L /menit	
2.	14 Juni 08.30	Hipervolemia (D.0022)	- Memonitor frekuensi nadi	DS : pasien mengatakan bersedia di cek nadinya DO : N : 95 x /menit	
	08.40		- Memonitor frekuensi napas	DS : pasien mengatakan masih sesak napas DO : RR : 24 x /menit	
	08.50		- Memonitor tekanan darah	DS : pasien mengatakan bersedia di cek tekanan darahnya. DO : TD : 101/89 mmHg.	
	08.55		- Memonitor berat badan	DS : pasien mengatakan banyak kg.	

				Do : BB : 64 kg .	
	09.00		- Memonitor intake dan output cairan	Ds : Pasien mengatakan bersedia di monitor Do : Intake : 2.035 ml Intake : - Obat - Levofloxacin 750 ml - Ranitidin 50 ml - Methylpredisolon 125 ml - Furosemid 10 ml . - Infus RL 500 ml - Minum 500 ml - Makan bubur 100 ml Output : BAK 1.380 ml $IWL = \frac{15 \times 64 \text{ kg}}{24 \text{ Jam}} = 40 \text{ cc/Jam}$ $40 \times 24 = 960 \text{ cc/24 Jam}$ $Output + IWL = 1.380 + 960$ $= 2.340 \text{ cc/24 Jam}$ Balance cairan $Intake - (Output + IWL)$ $= 2.035 - 2.340 = -305 \text{ cc/24 Jam}$ Balance cairan -305 cc/24 Jam	
	09.10		- Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia	Ds : pasien mengatakan sesak napas, Perut membesar dan kakinya bengkak Do : pasien terpasang nasol kavul, Perutnya tampak besar, terdapat edema pada kaki kanan derajat 2 dengan kedalaman 3 mm, pada kaki kiri derajat 3 dengan kedalaman 5 mm	
	09.15		- Melakukan terapi ankle pumping exercise dan elevasi kaki 80° untuk mengurangi edema.	Ds : pasien menyetujui dilakukan terapi . Do : Setelah di lakukan terapi terdapat penurunan derajat edema, pada kaki kanan tang asalnya derajat 2	

				menjadi derajat 1 dengan kedalaman 2 mm, pada kaki kiri yang awalnya derajat 3 menjadi derajat 2 dengan kedalaman 4 mm.	
	09.30		- memberikan terapi injeksi : - Levofloxacin 750 ml - Ranitidin 25 ml - Methylprednisolone 62,5 ml - Furosemid 10 ml	DS : pasien menyatakan bersedia di berikan obat DO : pasien tampak kooperatif saat di berikan injeksi	
	11.00		- Mengatur waktu perawatan sesuai kondisi pasien dan mendokumentasikan	DS : pasien menyetujui DO : pasien tampak kooperatif	
	13.00		- Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan serta menginformasikan hasil.	DS : pasien mengatakan paham dengan penjelasan yang di berikan DO : pasien tampak mengerti.	
1.	15 Juni	Pola napas tidak efektif	- Memonitor pola napas frekuensi, kedalaman dan usaha napas	DS : pasien mengatakan sudah tidak sesak napas DO : RR : 20 x / menit	
	08.00		- Memposisikan semi - Fowler	DS : pasien mengatakan nyaman di posisikan semi -fowler karena punggung sudah mengecil dan sudah tidak keras. DO : pasien tampak nyaman, perut pasien saat di tekan tidak keras.	
2.	15 Juni	Hipertensi	- Memonitor frekuensi nadi	DS : pasien mengatakan bersedia di cek nadi DO : N : 88 x / menit	
	08.10		- Memonitor frekuensi napas	DS : pasien mengatakan sudah tidak sesak napas seperti kemarin. DO : RR : 20 x / menit	
	08.20		- memonitor tekanan	DS : pasien mengatakan bersedia	


			darah	di cek tekanan darahnya	
				DO : TO : 120/87 mmHg	
08.25			- memonitor berat badan	DS : pasien mengatakan bersedia di cek berat badanya	
				DO : BB = 64 kg.	
08.40			- memonitor intake dan output cairan	DS : pasien mengatakan bersedia di monitor	
				DO : Intake = 2.235 ml	
				Intake = - Obat	
				- Levofloxacin 750 ml	
				- Ranitidin 50 ml	
				- metiprenidolon 125 ml	
				- Furosemid 10 ml	
				- Minum 650 ml	
				- makan buah 150 ml	
				- INFUS RL 500 ml	
				Output = 2.010 ml	
				- urine = 1.200 ml	
				- pengeluaran cairan perit 750 ml	
				$IWL = 15 \times 64 \text{ kg} = 40 \text{ cc/jam}$ 24 jam	
				$40 \times 24 = 960 \text{ cc/24 jam}$	
				Output + IWL = 2.010 + 960 = 2970 cc/24 jam	
				Balance cairan	
				Intake - (Output + IWL)	
				= 2.235 - 2970 = - 735 cc/24 jam	
				Balance cairan - 735 cc/24 jam	
09.00			- mengidentifikasi tanda- tanda hipervolemia	DS : pasien mengatakan nafasnya sudah tidak sesak, bengkak pada ke 2 kakinya sudah berkurang.	
				DO = edema pada kaki kanan dengan derajat 1	

				dengan kedalaman 2mm, pada kaki kiri dengan derajat 2 kedalaman 4 mm.	
	09-05		- Melakukan terapi ankle pumping exercise dan elevasi kaki 30° untuk mengurangi edema.	DS: pasien menyetujui di lakukan terapi DO: Setelah di lakukan terapi terdapat penurunan derajat edema, pada kaki kanan dengan derajat 1 dengan kedalaman < 2mm kembali cepat, pada kaki kiri dengan derajat 2 kedalaman 3 mm kembali dalam waktu < 15 detik.	
	09-30		- Memberikan terapi Injeksi : - levofloxacin 350 ml - Ranitidin 25 ml - Metilprednisolon 625ml - Furosemid 10 ml	DS: pasien mengatakan bersedia di berikan injeksi obat DO: pasien tampak kooperatif saat di berikan injeksi.	
	11-00		- mengatur waktu pemanasan sesuai kondisi pasien dan membekali mentaskan	DS: pasien menyetujui DO: pasien tampak kooperatif.	
	13-00		- menjelaskan prosedur dan tujuan pemantauan serta menginformasikan hasil	DS: pasien mengatakan paham dengan penjelasan yang di berikan DO: pasien tampak mengerti.	
1.	16 Juni	Pola napas tidak efektif	- Memonitor pola napas frekuensi, kedalaman dan usaha napas.	DS: pasien mengatakan sudah tidak sesak napas DO: RR = 20x/menit	
	08-05		- Memposisikan semi-Fowler	DS: pasien mengatakan nyaman di posisikan semi Fowler DO: pasien tampak berbaring nyaman.	
2.	16 Juni	Hipervolemia	- Memonitor frekuensi nadi	DS: pasien mengatakan bersedia di cek nadinya DO: 86 x / menit	

08.15	- Memonitor frekuensi napas	DS : pasien mengatakan sudah tidak sesak napas lagi	
		DO : RR : 20x / menit	
08.25	- Memonitor tekanan darah	DS : pasien mengatakan bersedia di cek tekanan darahnya	
		DO : TD : 120/80 mmHg	
08.30	- Memonitor berat badan	DS : pasien mengatakan bersedia di cek berat badannya	
		DO : BB : 62 kg.	
08.35	- Memonitor Intake dan Output cairan.	DS : pasien mengatakan bersedia di monitor	
		DO : Intake : 2.235 ml	
		Intake : - Obat	
		- levofloxacin 750 ml	
		- Ranitidin 50 ml	
		- Metilprednisolon 125 ml	
		- furosemid 40 ml	
		- minum 600 ml	
		- Makan 200 ml	
		- Infus RL 500 ml	
		Output 1.250 ml. (urine)	
		$IWL = 15 \times 62 \text{ kg} = 930 \text{ cc/24jam}$	
		$930 \times 24 = 22320 \text{ cc/24jam}$	
		Output + IWL = 1250 + 930	
		= 2.180 cc/24jam	
		Balance cairan	
		Intake - (Output + IWL)	
		= 2.235 - 2.180 = 55 cc/24jam	
		Balance cairan 55 cc/24jam.	
08.45	- Mengidentifikasi tanda-tanda hipervolemia	DS : pasien mengatakan sudah tidak sesak napas, bengkak pada lec 2 kaki sudah berkurang	
		DO : edema pada kaki	

				kanan derajat 1 dengan kedalaman < 2 mm, pada kaki kiri derajat 2 kedalaman 3 mm.	
09.00		- Melakukan terapi ankle pumping exercise dan elevasi kaki 30° untuk mengurangi edema	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan terapi DO: setelah di lakukan terapi terdapat penurunan derajat edema, pada kaki kanan sudah tidak ada pitting edema, pada kaki kiri derajat 2 menjadi derajat 1 dengan kedalaman < 2 mm kembali cepat.		
09.30		- Memberikan terapi injeksi: - levofloxacin 750 ml - Ranitidin 25 ml - Metilprednisolon 62.5 ml - furosemid 10 ml	DS: Pasien mengatakan bersedia di berikan injeksi obat. DO: pasien kooperatif saat di berikan injeksi.		
11.00		- Mengatur waktu pemanasan sesuai kondisi pasien dan mendokumentasi	DS: pasien menyetujui DO: pasien tampak kooperatif		
13.00		- menjelaskan tujuan dan prosedur perawatan serta mendokumentasikan hasil	DS: pasien mengatakan paham dengan penjelasan yang di berikan DO: pasien tampak mengerti.		

Evaluasi Keperawatan

No	Tgl. Jam	Dx. Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf									
1.	14 Juni 15.00	Pola napas tidak efektif	S = pasien mengatakan napasnya masih sesak karena perutnya yang membesar dan keras. O = - perut tampak besar - penggunaan otot bantu pernapasan - pola napas abnormal (takipnea 24x/menit) A = Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi										
			<table><tr><th>Indikator</th><th>IK</th><th>ER</th></tr><tr><td>Dispnea</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Penggunaan Otot bantu napas</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>		Indikator	IK	ER	Dispnea	3	5	Penggunaan Otot bantu napas	3	5
Indikator	IK	ER											
Dispnea	3	5											
Penggunaan Otot bantu napas	3	5											

				frekuensi napas	3	5
				P = Lanjutkan intervensi berikan oksigen nasal kanul 3L/menit.		
2.	14 Juni	Hipervolemia	16.00	S = - pasien mengatakan masih sesak napas, sesak napas saat berbaring, sesak napas juga muncul saat tidur di malam hari. - pasien mengatakan ke 2 kakinya masih bengkak - pasien mengatakan berat badan naik 1 kg dari 63 kg menjadi 64 kg O = - ke 2 kaki tampak bengkak, terdapat pitting edema, pada kaki kanan derajat 1 dengan kedalaman 2 mm, pada kaki kiri derajat 2 dengan kedalaman 4 mm A = Masalah hipervolemia belum teratasi		
				Indikator	IR	ER
				Ortopnea	3	5
				Dispnea	3	5
				Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)	4	5
				edema perifer	3	4
				Berat badan	3	5
				Jugular venous pressur (JVP)	3	4
				P = Lanjutkan intervensi berikan nasal kanul 3L/menit, pemberian terapi farmakologis dan non farmakologis (terapi ankle pumping exercise dan elevasi kaki 30°)		
1.	15 Juni	pola napas tidak efektif	15.00	S = pasien mengatakan sudah tidak sesak napas dan perutnya sudah tidak keras. O = Perut masih tampak besar - tidak terlihat menggunakan otot bantu napas. - Pola napas normal, RR : 20x/menit. A = Masalah pola napas tidak efektif sudah teratasi.		
				Indikator	IR	ER
				Dispneu	5	5
				Penggunaan otot bantu napas	5	5
				frekuensi napas	5	5



				Frekuensi napas	5	5
				P := hentikan intervensi, pasien BLPL, edukasi pada keluarga jika sesak napas muncul posisikan pasien setengah duduk.		
2	16 Juni	Hipervolemia	16.00	S := Pasien mengatakan sudah tidak sesak napas, pasien mengatakan saat berbaring sudah tidak sesak napas dan pada saat tidur di malam hari sudah tidak muncul sesak napas		
				- pasien mengatakan bengkak pada ke 2 kaki nya sudah membaik.		
				- pasien mengatakan saat di timbang berat badanya kunn menjadi 62 kg		
				O := edema pada ke dua kaki berkurang, pada kaki kanan sudah tidak ada pitting edema, pada kaki kiri pitting edema dengan derajat 1 dengan kedalaman < 2 mm kembali dengan waktu < 5 detik, JVP 4 cm		
				A := Masalah hipervolemia teratasi		
				Indikator	IR	ER
				Orthopnea	5	5
				Dyspnea	5	5
				Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)	5	5
				Edema perifer	4	4
				Berat badan	5	5
				Jugular venous pressure (JVP)	4	4
				P := hentikan intervensi, pasien BLPL, edukasi pasien dan keluarga untuk melakukan terapi non farmakologis untuk mengurangi edema (terapi ankle pumping exercise dan elevasi kaki 30°).		

SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : *Farrah*
Umur : *67 tahun*
Agama : *Islam*
Pekerjaan : *Ibu rumah tangga*
Alamat : *Jl. munggur timur*

sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap:

Nama Mahasiswa : *Zahroh Khabibah*
NIM : *106122046*

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus kelolaan ini, dijaga kerahasiaan oleh penulis.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, *14 Juni*.....2025

Yang bersangkutan

Rahyati
(Nama: *Rahyati*.....)

Lampiran 6. *Informed Consent*

SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama :

Umur :

Agama :

Pekerjaan :

Alamat :

sebagai pasien atau wali pasien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap:

Nama Mahasiswa : Zahroh Khabibah

NIM : 106122046

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan. Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus kelolaan ini, dijaga kerahasiaan oleh penulis.


Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap,2025

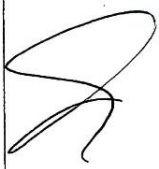

Yang bersangkutan

(Nama:)

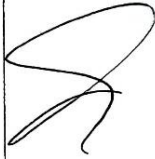

Lampiran 7. Lembar Konsultasi KTI

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)			
NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	26/5/2015	<p>- Kata asing difektif mining</p> <p>- Kelipatan ditulis nama bobotnya & belum saja</p> <p>- Di latar bobotnya jangan langsung ke CPO, bobot lipovolumia car umum dulu → lihat teoritikanya saja di proposal; Alur :</p> <p style="margin-left: 40px;">cairan ↓ ggg. cairan (lipo, lipo) ↓ lipovolumia ↓ kom yg berkaitan dg lipovolumia ↓ tindakan yg biasa dilakuk ↓ tindakan ample + elevasi ↓ hasil tindakan yg men dukung</p>	




LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
2	26/5/2015	- Rubrik KAS 2 - Konsul lagi sudah lengkap dg KAS 3	
3	2/6/2015	Ara seminar proposal KTI	



LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
2	26/5/2015	- Rubrick KAS 2 - Konsul lagi sudah lengkap Dg KAS 3	
3	2/6/2015	Acc seminar proposal KTI	

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	20/6/2021	<p>Tambahkan data^x yg relevan dg masalah keperawatan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - SIKM ditulis sesuai yg sesuai dg kondisi pasien. - SOAP → indikator dilihat dari DS + DO, tidak ada masalah teratasi sebagian → sudah / belum teratasi 	
2	26/6/2021	<p>Menyaji judul dan BAB I (pendahuluan).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyaji pembahasan BAB 1 	
3	30/6/2021	<p>Ada seminar hasil IGT</p>	

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
	20-6-2025	<ul style="list-style-type: none"> - Pro grafik Abdomen perut - Celi- DS dan DO sekur - dengan SDKI - Tindakan / Con' kusiin BPS dan JUP 	
	26-6-2025	<ul style="list-style-type: none"> - pembahasan tambahan dan Teori dan hasil peneliti terdahulu 	
	30-6-2025	<ul style="list-style-type: none"> - Acc ngi up' hnt KTI 	