



## Lampiran 1

### A. Asuhan Keperawatan

#### 1. Ringkasan hasil Pengkajian

##### a. Identitas

##### 1) Identitas Klien :

- a) Nama : Ny. I L/P
- b) Tempat/tanggal lahir : Krajan, 01-07-1969
- c) Golongan darah : A/O/B/AB
- d) Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3
- e) Agama : Islam
- f) Suku : Jawa
- g) Status perkawinan : Kawin
- h) Pekerjaan : IRT
- i) Alamat : Krajan, 08/04 Ambal
- j) Diagnosa medik : CHF

##### 2) Identitas Penanggung Jawab :

- a) Nama : Tn. R
- b) Umur : 54
- c) Jenis kelamin : Laki-laki
- d) Agama : Islam
- e) Suku : Jawa
- f) Hubungan dengan klien : Suami
- g) Pendidikan terakhir : SMP
- h) Alamat : Krajan, 08/04 Ambal

## b. Status Kesehatan

### 1) Status kesehatan saat ini

#### a) Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :

Pasien datang dari IGD dikarenakan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu, nyeri ulu hati, dan mual tetapi tidak muntah

#### b) Faktor pencetus : karena penyakit jantung yang dialaminya

#### c) Lamanya keluhan : 2 hari

#### d) Timbulnya keluhan : ( ) bertahap ( ✓ ) mendadak

#### e) Faktor yang memperberat : pasien baru pertama kali merasakan sakit seperti ini

### c. Pernah dirawat :

#### a) Penyakit : sesak nafas

#### b) Waktu : 1 tahun

#### c) Riwayat operasi : -

## 2. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

### A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

#### 1. Persepsi tentang kesehatan diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya saat ini sedang sakit

#### 2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya :

Pasien mengatakan ia mengetahui penyakitnya yaitu sesak nafas

#### 3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

##### a) Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?

Pasien mengatakan sedang tidak diit

- b) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi :  
pasien mengatakan rutin pemeriksaan kesehatan
- c) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan Yang dilakukan bila sakit : berobat
- d) Kemana pasien biasa berobat bila sakit : ke RS terdekat
- e) Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)

Merokok : - pak/hari, lama : - tahun

Alkohol : - , lama : - Tahun

Kebiasaan olah raga, jenis : - , frekuensi : -

T

No	Obat/jamu yang biasa 1 dikonsumsi	Dosis	Keterangan
1.	Spironolakton	1x15 g	Mengobati penyakit pernapasan
2.	Antusil	3x10cc	Untuk pernapasan
3.	Inj. Ranitidine	1amp/12 jam	Untuk empedu
4.	Captopril	3x6 tegang, jika	Meredakan nyeri

f) F

aktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1) Penghasilan
- 2) Asuransi/jaminan kesehatan
- 3) Keadaan lingkungan tempat tinggal

#### 4. Nutrisi, cairan dan metabolik

##### a. Gejala (subyektif)

- 1) Diet biasa (tipe) : - jumlah makan/hari : 3x/hari
- 2) Pola diit : - makan terakhir : nasi, lauk, sayur
- 3) Nafsu/selera makan : nafsu Mual : Ya/Tidak, waktu :
- 4) Muntah : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada, jumlah : -  
Karakteristik : -
- 5) Nyeri ulu hati : ( ) tidak ada ( ☒ ) ada,  
Karakter/penyebab : seperti terbakar, panas
- 6) Alergi makanan : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada
- 7) Masalah mengunyah/menelan : ( ) tidak ada ( ☒ ) ada, jelaskan :  
kesulitan untuk mengunyah karena giginya sudah kropos
- 8) Keluhan demam : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada, Jelaskan -
- 9) Pola minum/cairan : jumlah minum 1 liter  
Cairan yang biasa diminum : air putih
- 10) Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada,  
Jelaskan : dikarenakan sakit yang berturut-turut

##### b. Tanda (obyektif)

- 1) Suhu tubuh : 36,5 °C  
Diaphoresis : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada, Jelaskan -

2) Berat badan : 40 kg Tinggi badan : 153 cm

Turgor kulit : kering Tonus otot : lemah

3) Edema : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada,

lokasi dan karakteristik

4) Ascites : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada, Jelaskan

5) Integritas kulit perut : kering Lingkar abdomen 20 cm

6) Distensi vena jugularis : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada, Jelaskan –

7) Hernia/masa : ( ☒ ) tidak ada ( ) ada, lokasi dan karakteristik

8) Bau mulut/halitosis : ( ) tidak ada ( ☒ ) ada

9) Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah : keropos

## 5. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

### a. Gejala subyektif :

1) Dispneu : ( ) tidak ada

( ☒ ) ada, jelaskan sesak nafas dan batuk berdahak

2) Yang meningkatkan/mengurangi sesak : aktivitas

3) Pemajanan terhadap udara berbahaya : -

4) Penggunaan alat bantu : ( ) tidak ada ( ☒ ) ada, O<sub>2</sub> nasal kanul

4lpm

### b. Tanda obyektif :

1) Pernafasan : frekuensi : 25 x/mnt Kedalaman.....

Simetris dada simetris

2) Penggunaan alat bantu nafas O<sub>2</sub> nasal kanul



Nafas cuping hidung : tidak ada

3) Batuk : kering      Sputum (karakteristik) warna kecokelatan

4) Fremitus : -      Bumyi nafas

5) Egofoni : -      Sianosis : -

**6. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)**

**a. Gejala subyektif :**

1) Kegiatan dalam pekerjaan : pasien mengatakan sebagai IRT

2) Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas

a) Pergerakan tubuh : dibantu keluarga

b) Kemampuan merubah posisi : ( ) mandiri (√ ) perlu bantuan, Jelaskan

c) Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)  
( ) mandiri (√ ) perlu bantuan, jelaskan

3) Toileting (BAB/BAK) : ( ) mandiri (√ ) perlu bantuan, jelaskan

4) Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : ( ) tidak ada (√ ) ada, Jelaskan sesak nafas saat beraktivitas dan setelahnya

5) Mudah merasa kelelahan : ( ) tidak ada (√ ) ada, jelaskan karena sesak nafasnya

6) Toleransi terhadap aktivitas : (√ ) baik ( ) kurang, jelaskan

**b. Tanda obyektif :**

1) Respon terhadap aktivitas yang teramati : Respon baik

2) Status mental (misalnya menarik diri, letargi) -

3) Penampilan umum :

- a) Tampak lemah : ( ) tidak (  $\checkmark$  ) ya, jelaskan karena usianya yang sudah renta
- b) Kerapian berpakaian : kurang rapih

4) Pengkajian neuromuskuler :

Masa/tonus : lemah

Kekuatan otot : lemah

Rentang gerak : lemah

Deformitas : lemah

5) Bau badan : sedikit ada

Bau mulut : ada

Kondisi kulit kepala : berkeringat, tidak ada ketombe

Kebersihan kuku : kuku pendek

7. **Istirahat**

a. Gejala subyektif :

1) Kebiasaan tidur : pasien mengatakan sulit tidur

Lama tidur : pasien mengatakan tidak tidur karena terjaga

2) Masalah berhubungan dengan tidur

a) Insomnia : ( ) tidak ada (  $\checkmark$  ) ada

b) Kurang puas/segar setelah bangun tidur : ( ) tidak ada (  $\checkmark$  ) ada, Jelaskan : pasien mengatakan tidak bisa tidur

c) Lain-lain, sebutkan : -



**b. Tanda obyektif :**

- 1) Tampak mengantuk/mata sayu : ( ) tidak ada (√) ada,  
jelaskan : pasien mengatakan tidak bisa tidur
- 2) Mata merah : ( ) tidak ada (√) ada
- 3) Sering menguap : ( ) tidak ada (√) ada
- 4) Kurang konsentrasi : ( ) tidak ada (√) ada

**8. Sirkulasi**

**a. Gejala subyektif :**

- 1) Riwayat hipertensi dan masalah jantung : ( ) tidak ada (√) ada, Jelaskan : pasien mengatakan memiliki riwayat lemah jantung
- 2) Riwayat edema kaki : (√) tidak ada ( ) ada, jelaskan
- 3) Flebitis : - ( ) Penyembuhan lambat
- 4) Rasa kesemutan : -
- 5) Palpitasi : -

**b. Tanda obyektif :**

- 1) Tekanan darah : mmHg
- 2) *Mean Arteri Pressure* (MAP) : .....
- 3) Nadi :
  - a) Karotis : ada
  - b) Femoralis : ada
  - c) Popliteal : ada

- d) Jugularis : ada
- e) Radialis : ada
- f) Dorsal pedis : ada
- g) Bunyi jantung : lup dor Frekuensi : .....  
 Irama : ..... Kualitas : .....
- h) Murmur : ..... Gallop :  
 .....
- i) Pengisian kapiler :  
 .....
- Varises : - Phlebitis : .....
- j) Warna membrane mukosa : pucat Bibir : lembab  
 Konjungtiva : anemis Sklera : ikterik  
 Punggung kuku : bersih

## 9. Eliminasi

### a. Gejala subyektif :

- 1) Pola BAB : frekuensi : 1x sehari konsistensi : lunak
- 2) Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu,  
 misal : tidak terpasang  
 kolostomi/ileostomy) : -
- 3) Kesulitan BAB : konstipasi : -  
 Diare : -
- 4) Penggunaan laksatif : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan : -
- 5) Waktu BAB terakhir : sebelum dirawat di RS

6) Riwayat perdarahan : tidak ada

Hemorrhoid : tidak ada

7) Riwayat inkontinensia alvi : tidak ada

8) Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : tidak ada

9) Riwayat penggunaan diuretik : tidak ada

10) Rasa nyeri/terbakar saat BAK : tidak ada

11) Kesulitan BAK : tidak ada

b. Tanda obyektif :

1) Abdomen :

a) Inspeksi : abdomen tidak membuncit

jelaskan tidak ada

b) Auskultasi : bising usus ..... Bunyi abnormal :

(√) tidak ada ( ) ada, jelaskan : -

c) Perkusi

Bunyi timpani (√) tidak ada ( ) ada

Kembung ( ) tidak ada (√ ) ada

Bunyi abnormal (√) tidak ada ( ) ada Jelaskan

d) Palpasi :

Nyeri tekan : ada

Nyeri lepas : ada

Konsistensi : lunak/~~keras~~ :

Massa : (√) tidak ada ( ) ada, jelaskan

Pola BAB : konsistensi 1x warna kuning kecokelatan

Abnormal : (√) tidak ada ( ) ada, jelaskan

Pola BAK : dorongan baik Frekuensi 5x sehari

Retensi -

Distensi kandung kemih : (√) tidak ada ( ) ada, jelaskan

e) Karakteristik urin : cair

Jumlah ± 200 cc

Bau khas

f) Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan -

1) Rasa ingin pingsan/pusing : (√) tidak ada ( ) ada, jelaskan

2) Sakit kepala : lokasi nyeri : tidak ada

Frekuensi : tidak ada

3) Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi : tidak ada

4) Kejang : (√) tidak ada ( ) ada Jelaskan

Cara mengatasi : -

5) Mata : penurunan penglihatan (√) tidak ada ( ) ada, Jelaskan

6) Pendengaran : penurunan pendengaran (√) tidak ada ( ) ada, Jelaskan

7) Epistaksis : (√) tidak ada ( ) ada Jelaskan

a. Tanda obyektif :

1) Status mental : Kesadaran : (√) komposmentis ( ) apatis ( )  
somnolen ( ) sopor ( ) koma

2) Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) : 4

Respon motorik (M) : 5 respon verbal (V) : 6

3) Terorientasi/disorientasi :

waktu : pasien mengatakan sekarang pukul 09.00 WIB

Tempat : pasien mengatakan sekarang berada di ruang  
flamboyan

Orang : pasien mengatakan sekarang sedang bersama  
perawat

4) Persepsi sensori :

ilusi : tidak ada

halusinasi : tidak ada

Delusi : tidak ada

Afek : tidak ada

Jelaskan tidak ada

5) Memori :

Saat ini : pasien mengatakan dirinya di rumah sakit

Masa lalu : pasien mampu mengingat hal yang sudah terjadi di  
masa lalu

6) Alat bantu penglihatan/pendengaran : (√) tidak ada ( ) ada,  
sebutkan : tidak ada

7) Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki  
.....

Ukuran pupil : mengecil saat terkena cahaya



8) Fascial drop : tidak ada

Postur : tegap

Reflek : tidak ada

9) Penampilan umum tampak kesakitan : ( ) tidak ada (✓) ada

Respon emosional : tidak ada

penyempitan fokus : tidak ada

## 11. Keamanan

### a. Gejala subyektif :

1) Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) : tidak ada

Obat-obatan : tidak ada

Makanan : tidak ada

2) Riwayat penyakit hubungan seksual : (✓) tidak ada ( ) ada,  
jelaskan

3) Riwayat tranfusi darah : tidak ada

4) Riwayat adanya reaksi tranfusi : tidak ada

5) Riwayat cedera : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan

6) Riwayat kejang : (✓) tidak ada ( ) ada, sebutkan

### b. Tanda Obyektif :

1) Suhu tubuh 36,5 °C Diaforesis : tidak ada

2) Integritas jaringan : tidak ada

3) Jaringan parut : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan

4) Kemerahan/pucat : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan

5) Adanya luka : luas : tidak ada

kedalaman : tidak ada

Drainase purulen : tidak ada

Peningkatan nyeri pada luka : tidak ada

6) Ekimosis/tanda perdarahan lain : tidak ada

7) Faktor resiko terpasang alat invasive : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan

8) Gangguan keseimbangan : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan

9) Kekuatan umum : baik

Tonus otot : baik

Parese/paralisa : tidak ada

## 12. Seksual dan reproduksi

### a. Gejala subyektif :

1) Pemahaman terhadap fungsi seksual : pasien mengatakan paham

2) Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit) : -

3) Permasalahan selama aktivitas seksual : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan :

4) Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis : -

Gangguan prostat : -

5) Pengkajian pada perempuan

- a) Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan) : tidak ada
- b) Riwayat kehamilan : -
- c) Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear) : tidak ada

b. Tanda obyektif :

- 1) Pemeriksaan payudara/penis/testis : normal
- 2) Kutil genital, lesi : tidak ada

**13. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping**

a. Gejala subyektif :

- 1) Faktor stress : tidak ada
- 2) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu) : pasien mengatakan pengambilan keputusan dibantu suaminya
- 3) Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obatobatan, marah, diam, dll) : pasien mengatakan jika ada masalah meminta bantuan suaminya
- 4) Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang : pasien sabar dan diam
- 5) Perasaan cemas/takut : ( ) tidak ada (✓) ada, jelaskan :  
pasien mengatakan mempunyai 2 anak yang masih sekolah
- 6) Perasaan ketidakberdayaan : (✓) tidak ada ( ) ada,  
jelaskan
- 7) Perasaan keputusasaan : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan

8) Konsep diri :

- a) Citra diri : pasien menyukai tubuhnya sen diri
- b) Ideal diri : -
- c) Harga diri : pasien mengatakan Ibu Rumah Tangga
- d) Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : -
- e) Konflik dalam peran : -

b. Tanda obyektif :

- 1) Status emosional : (☒) tenang, ( ) gelisah, ( ) marah, ( ) takut, ( ) mudah tersinggung
- 2) Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital :  
ekspresi wajah -

14. **Interaksi sosial**

a. Gejala subyektif :

- 1) Orang terdekat & lebih berpengaruh : pasien mengatakan orang terdekat adalah suaminya
- 2) Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah : pasien mengatakan meminta bantuan suaminya
- 3) Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (☒) tidak ada ( ) ada, sebutkan
- 4) Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : (☒) tidak ada ( ) ada, sebutkan

b. Tanda obyektif :

- 1) Kemampuan berbicara : (☒) jelas ( ) tidak jelas

Tidak dapat dimengerti : tidak ada

Afasia : tidak ada

2) Pola bicara tidak biasa/kerusakan : tidak ada

3) Penggunaan alat bantu bicara : tidak ada

4) Adanya trakeostomi : tidak ada

5) Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain :

6) Perilaku menarik diri : (√) tidak ada ( ) ada, Sebutkan

#### 15. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

a. Gejala subyektif :

1) Sumber kekuatan bagi klien : pasien mengatakan sumber kekuatan bagi dirinya yaitu anaknya

2) Perasaan menyalahkan Tuhan : (√) tidak ada ( ) ada, Jelaskan

3) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya :

Macam : ditempat tidur

Frekuensi : 5x sehari

4) Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat : tidak ada

5) Pemecahan oleh klien : tidak ada

6) Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (√) tidak ada ( ) ada, jelaskan

7) Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani : (√) tidak ada ( ) ada, jelaskan



## b. Tanda obyektif :

- 1) Perubahan perilaku : tidak ada
- 2) Menolak pengobatan : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan
- 3) Berhenti menjalankan aktivitas agama : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan
- 4) Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan

## 16. Data Penunjang

## a. Laboratorium : 02-12-2024

Tabel 4.2 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>			
Hematologi Rutin			
Hemoglobin	11.2	g/dL	10.9-14.9
Leukosit	4.9	H Ribu/uL	4.8-11.3
Trombosit	287	Ribu/uL	150-450
Eritrosit	3.6	H $10^6/uL$	3.8-5.2
Hematokrit	34	%	34-45
<b>HITUNG JENIS</b>			
Eosinofil	0.8	%	1-5
Basofil	0.6	%	0-1
Neutrofil	79.6	H %	43-71

Limfosit	11.2	L	%	20-45
Monosit	7.8		%	4-10
MCV	92.3		fL	71.8-92
MCH	30.9		pg	22.6-31
MCHC	33.4		g/dL	30.8-35.2
KIMIA KLINIK				
SGOT	34		U/l	<31
SGPT	25		U/l	<32
Gula Darah Sewaktu	97		mg/dL	74-121
Ureum	49		mg/dL	10-50
Creatinin	1.1		mg/dL	0.6-1.1
ELEKTROLIT				
Elektrolit				
Natrium	141		mmol/L	135-147
Kalium	3.3		mmol/L	3.1-5
Chlorida	110	H	mmol/L	95-105

Radiologi

APEKS KEDUA PULMO BERSIH

CORAKAN VASUKULER MENINGKAT & MENGABUR

TAMPAK PERSELUBUNGAN SEMIOPAK HEMITHORAKS

DENGAN MENISCUS SIGN

SINUS OF TUMPUL, DIAFRAGMA MENGABUR

CTR > 0,5

1. Diagnosa Keperawatan berdasarkan SDKI

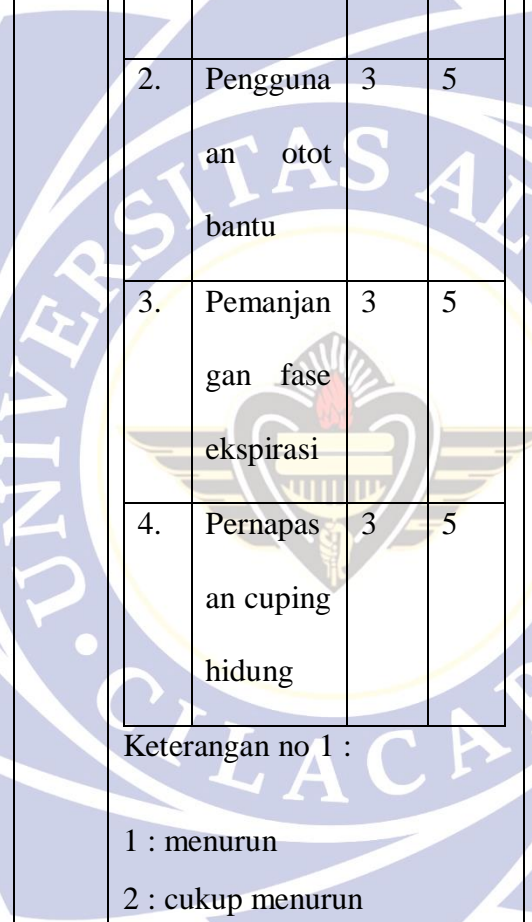
No	Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS :  1. Pasien mengeluh sesak nafas & nyeri ulu hati  2. Pasien mengeluh lelah  DO :  1. RR: 26 x/mnt  2. N : 104 x/menit  3. Terpasang nasal kanul 3 lpm	Hambatan upaya nafas	Pola nafas tidak efektif
2.	DS :  3. Pasien mengeluh	Kegagalan jantung	Penurunan curah jantung

	sesak nafas & nyeri ulu hati 4. Pasien mengeluh lelah saat/sedang beraktivitas DO : 4. RR: 26 x/mnt 1. N : 104 x/menit	memompa darah	
3.	DS : 1. Pasien mengatakan terdapat edema ekstremitas bawah DO : 1. Edema ekstremitas bawah	Kelebihan volume cairan	Hipervolemia

## 2. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 4.5 Rencana Asuhan Keperawatan

Dx	SLKI	SIKI
1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan	SIKI : Pemantauan respirasi Observasi 1. Monitor frekuensi,

	SLKI : pola napas				kedalaman, usaha napas
	Ekspektasi : menurun				2. Monitor pola napas
	Kriteria hasil :				3. Monitor kemampuan batuk efektif
	No	indikator	IR	ER	4. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)
	1.	Dyspneu	3	5	5. Monitor adanya sumbatan jalan napas
	2.	Penggunaan otot bantu	3	5	<b>Terapeutik</b>
	3.	Pemanjangan fase ekspirasi	3	5	1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
	4.	Pernapasan cuping hidung	3	5	2. dokumentasi hasil pemantauan
	Keterangan no 1 :				<b>Edukasi</b>
	1 : menurun				1. Jelaskan procedure pemantauan
2 : cukup menurun					
3 : sedang					
4 : cukup meningkat					
5 : meningkat					
Keterangan no 2 dan 3					
1: meningkat					
2 : cukup meningkat					



	<p>3 : sedang</p> <p>4 : cukup menurun</p> <p>5 : menurun</p> <p>Keterangan no 4 :</p> <p>1</p> <p>m</p> <p>e</p> <p>m</p> <p>b</p> <p>u</p> <p>r</p> <p>u</p> <p>k</p> <p>2 : cukup memburuk</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup membaik</p> <p>5 : membaik</p>	
2.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan penurunan curah jantung meningkat</p> <p>SLKI : Curah Jantung</p>	<p>SIKI : Perawatan jantung</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung</p>

	<p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <table><tr><td>No</td><td>indikator</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>1</td><td>palpitasi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2.</td><td>bradikardi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3.</td><td>Takikardi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>4.</td><td>Lelah</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>Keterangan no 1-4 :</p> <p>1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun</p> <p>Keterangan no 5 dan 6 :</p> <p>1 : memburuk 2 : cukup memburuk 3 : sedang 4 : cukup membaik 5 : membaik</p>	No	indikator	IR	ER	1	palpitasi	3	5	2.	bradikardi	3	5	3.	Takikardi	3	5	4.	Lelah	3	5	<p>2. Identifikasi tanda dan gejala sekunder</p> <p>penurunan curah jantung</p> <p>3. Monitor tekanan darah</p> <p>4. Monitor intake output</p> <p>5. Monitor saturasi oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Posisikan pasien semi fowler kaki dibawah</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan aktivitas fisik toleransi</p>
No	indikator	IR	ER																			
1	palpitasi	3	5																			
2.	bradikardi	3	5																			
3.	Takikardi	3	5																			
4.	Lelah	3	5																			
3.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat</p>	<p>SIKI : Manajemen cairan</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor status hidrasi</p> <p>2. Monitor berat badan</p>																				

	SLKI : Keseimbangan cairan				harian												
	Ekspektasi : meningkat				3. Monitor status												
	Kriteria hasil :				hemodinamik												
	<table><tr><td>No</td><td>indikator</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>1.</td><td>Keluaran urine meningkat</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2.</td><td>Udema menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>				No	indikator	IR	ER	1.	Keluaran urine meningkat	3	5	2.	Udema menurun	3	5	Terapeutik
	No	indikator	IR	ER													
1.	Keluaran urine meningkat	3	5														
2.	Udema menurun	3	5														
				1. Modifikasi Lingkungan													
				2. Tetapkan jadwal tidur rutin													
Keterangan																	
1 : meningkat																	
2 : cukup meningkat																	
3 : sedang																	
4 : cukup menurun																	
5 : menurun																	

### 3. Implementasi

Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan

Tgl/jam	Dx kep	Implementasi	Evaluasi (S-O)	Paraf
0-12-2024	Pola nafas tidak efektif	Memonitor pola nafas	S: pasien mengatakan sesak nafas	Sekar

Jam 09.30 WIB	berhubungan dengan hambatan upaya napas		O:  - RR : 30x/mnt  - SPO <sub>2</sub> : 98%  - Pasien tampak terpasang nasal kanul O <sub>2</sub> 3 lpm	
02-12- 2024 Jam 09. 45 WIB		Memonitor bunyi nafas tambahan	S : Pasien mengatakan batuk berdahak  O :  - pasien tampak batuk  - terdengar suara ronkhi	Sekar
02-12- 2024 Jam 10.00 WIB		Memposisikan semi fowler/fowler	S : pasien mengatakan sesak sedikit berkurang  O : pasien tampak mulai rileks	Sekar
02-12- 2024 Jam 10.30 WIB		Memberikan minuman hangat	S : pasien mengatakan mau minum air hangat  O : pasien tampak minum air hangat setengah gelas/100 ml	Sekar

02-12-2024		Mengajarkan batuk efektif	<p>S : pasien mengatakan sedikit lega dahak bisa keluar</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak mampu mengikuti instruksi</li> <li>- pasien tampak mempraktikkan ulang</li> <li>- tampak dahak pasien berwarna kecokelatan</li> </ul>	Sekar
Jam 10.45 WIB				
02-12-2024	Penurunan curah jantung b. d perubahan kontraktilitas	<p>1. Memonitor pola nafas</p> <p>2. memonitor keluhan nyeri</p>	<p>S : pasien mengatakan tangan kanan yang terpasang infus bengkok</p> <p>O: intake : 1500 cc</p> <p>Output : 350 cc</p> <p>S : pasien mengatakan setiap kali tiduran merasakan nyeri di</p>	Sekar
Jam 11.00 WIB				
Jam 13.00				



Jam 15,00		dada	dada seperti terbakar  O: pasien tampak memegang dada  S : pasien mengatakan ingin tiduran setengah duduk  O: pasien tampak nyaman	
02-12-2024 jam 11.30 WIB	Hipervolemia  b. d	Memonitor status hidrasi	S : pasien mengatakan turgor kulit kering  O : Tampak kulitnya bersisik	Sekar
03-12-2024 jam 15.00 WIB  17.00	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	Memonitor pola napas  Memposisikan semi fowler	S: pasien mengatakan sesak nafas  O: - RR : 26 x/mnt - SPO <sub>2</sub> : 95 %  S : pasien mengatakan sesak berkurang jika dilakukan posisi seperti	sekar

20.00		Mengkolaborasi pemberian bronkodilator	<p>ini</p> <p>O : pasien tampak nyaman</p> <p>S : pasien mengatakan Terasa enakan jika telah di uap</p> <p>O : pasien tampak menghirup obatnya</p>	
03-12-2024 jam 15.30 WIB	Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan	Memonitor berat badan	<p>S : pasien mengatakan berat badannya naik 1 kg</p> <p>O : BB : 55kg dari 50kg</p>	sekar
03-12-2024 jam 16.00 WIB		Memonitor statud hidrasi	<p>S : pasien mengatakan turgor kulit kering</p> <p>O : Kulit pasien tampak bersisik</p>	sekar
03-12-2024 jam 20.00		Memfasilitasi istirahat tidur	<p>S : pasien mengatakan akan istirahat tidur jam 22.00 WIB</p> <p>O : pasien tampak</p>	Sekar

WIB			mengingat jadwal tidur rutin	
04-12-2024 jam 21.30 WIB	Penurunan curah jantung	Memonitor keluhan nyeri dada	S : pasien mengatakan sudah tidak nyeri dada O : - RR : 20x/mnt - SPO <sub>2</sub> : 98% - Pasien tampak tidak terpasang O <sub>2</sub>	Sekar

## 3. Evaluasi

Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan

Tgl/jam	Dx kep	Catatan perkembangan (SOAP)	Paraf				
02-12-2024 jam 14.00 WIB	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	S : - pasien mengatakan sesak nafas O : - RR : 30x/mnt - SPO <sub>2</sub> 98% - Terpasang nasal kanul 3 lpm - Suara nafas ronkhi A : Masalah belum teratasi <table border="1"> <tr> <td>Dyspnea</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </table> P : Lanjutkan Intervensi	Dyspnea	3	5	3	sekar
Dyspnea	3	5	3				


02-12-2024 jam 14.00 WIB	Penurunan curah jantung berhubungan dengan kontraktilitas	<p>S : Pasien mengatakan nyeri ulu hati bertambah saat duduk</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>- N : 95x/mnt</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Meringis	3	5	3	sekar
Meringis	3	5	3				
02-12-2024 jam 14.00 WIB	Hypervolemia berhubungan dengan kelebihan cairan	<p>S : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena terdapat edema I ekstremitas bawah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak kaki pasien bengkak</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	sekar				
03-12-2024 jam 21.00 WIB	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan sesak nafas</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR : 25 x/mnt</li> <li>- SPO<sub>2</sub> 98%</li> <li>- Terpasang nasal kanul 3 lpm</li> <li>- Suara nafas ronkhi</li> </ul>	sekar				

		<p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <tr> <td>Dyspnea</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	Dyspnea	3	5	3	
Dyspnea	3	5	3				
03-12-2024 jam 21.00 WIB	Penurunan curah jantung berhubungan dengan kontraktilitas	<p>S : Pasien mengatakan nyeri ulu hati bertambah saat duduk</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>-N : 90x/mnt</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Meringis	3	5	3	sekar
Meringis	3	5	3				
03-12-2024 jam 21.00 WIB	Hypervolemia berhubungan dengan kelebihan cairan	<p>S : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena terdapat edema di ekstremitas bawah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak kaki pasien bengkak</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	sekar				
05-12-2024 jam	Pola nafas tidak efektif berhubungan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan tidak sesak nafas lagi</li> </ul>	sekar				



07.00 WIB	dengan hambatan upaya napas	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR : 20 x/mnt</li> <li>- SPO<sub>2</sub> 98%</li> <li>- Terpasang nasal kanul 3 lpm</li> <li>- Suara nafas ronkhi</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <tr> <td>Dyspnea</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </table> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	Dyspnea	3	5	3	
Dyspnea	3	5	3				
05-12- 2024 jam 07.00 WIB	Penurunan curah jantung berhuungan dengan kontraktilitas	<p>S : Pasien mengatakan nyeri ulu hati berkurang</p> <p>O : Pasien tampak tidak meringis kesakitan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Meringis	3	5	3	sekar
Meringis	3	5	3				

## Lampiran 2

	<p align="center"><b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b></p> <p align="center"><b>POSISI SEMI FOWLER</b></p>
<p><b>Pengertian</b></p>	<p>Posisi semi fowler merupakan posisi setengah duduk dimana bagian kepala tempat tidur diposisikan lebih tinggi dengan derajat kemiringan 30-45°</p>
<p><b>Manfaat</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan pola pernapasan yang stabil.</li> <li>2. Mempertahankan kenyamanan bagi pasien yang memiliki keluhan sesak nafas.</li> <li>3. Memberikan kemudahan bagi tenaga Kesehatan dalam melakukan perawatan dan pemeriksaan pada pasien</li> </ol>
<p><b>Indikasi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang mengalami keluhan sesak nafas.</li> <li>2. Pasien yang mengalami kesulitan mengeluarkan sekresi atau cairan pada saluran pernafasan.</li> <li>3. Pasien yang menggunakan ventilator</li> </ol>
<p><b>Kontra indikasi</b></p>	<p>Penerapan posisi semi fowler tidak dianjurkan untuk dilakukan pada pasien dengan efusi sendi, hipermobilitas, dan inflamasi</p>
<p><b>Persiapan alat</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantal</li> <li>2. Gulungan handuk</li> <li>3. Footboard/penyangga kaki</li> </ol>

<b>Prosedur tindakan</b>	<p><b>Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, perkenalkan nama perawat</li> <li>2. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien</li> </ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perawat mencuci tangan.</li> <li>b. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan.</li> <li>c. Tinggikan kepala tempat tidur hingga 30-45 derajat</li> <li>d. Topangkan kepala diatas tempat tidur atau dengan bantal kecil.</li> <li>e. Gunakan bantal untuk menopang lengan dan tangan bila pasien tidak dapat mengontrolnya secara sadar atau tidak dapat menggunakan tangan dan lengan.</li> <li>f. Letakkan bantal tipis pada bagian bawah punggung pasien.</li> <li>g. Letakkan bantal kecil atau gulungan handuk pada bagian bawah pergelangan kaki pasien</li> </ol> <p><b>Tahap terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi tindakan</li> <li>2. Melakukan kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya</li> <li>3. Merapikan alat</li> <li>4. Melakukan dokumentasi</li> </ol>
--------------------------	---

### Daftar pustaka

<https://repo.poltekkesbandung.ac.id/5128/11/LAMPIRAN.pdf>