

LAMPIRAN

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 : -

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.	Captropil	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 metabolismik

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, O₂ nasal kanul

- b. Tanda obyektif :

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

Simetris dada simetris

- 2) Penggunaan alat bantu nafas O₂ 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 teramat : Respon baik
- 2) Status mental (misalnya menarik diri, letargi) -

3) Penampilan umum :

- a) Tampak lemah : () tidak (✓) 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 (✓) ada
 - b) Kurang puas/segar setelah bangun tidur : () tidak ada (✓) 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 subjektif :
- 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/ileustomi : 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 transfusi darah : tidak ada
 - 4) Riwayat adanya reaksi transfusi : 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 obyekti :

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

13. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme coping

- 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 obat-obatan, 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
HEMATOLOGI			
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
HITUNG JENIS			
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	F1		71.8-92
MCH	30.9	PG		22.6-31
MCHC	33.4	g/dL		30.8-35.2
KIMIA KLINIK				
SGOT	34	U/I		<31
SGPT	25	U/I		<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.	<p>DS :</p> <p>1. Pasien mengeluh sesak nafas & nyeri ulu hati</p> <p>2. Pasien mengeluh lelah</p> <p>DO :</p> <p>1. RR: 26 x/mnt</p> <p>2. N : 104 x/menit</p> <p>3. Terpasang nasal kanul 3 lpm</p>	Hambatan upaya nafas	Pola nafas tidak efektif
2.	DS :	Kegagalan jantung	Penurunan curah jantung
	3. Pasien mengeluh		

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

2. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 4.5 Rencana Asuhan Keperawatan

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

	<p>SLKI : pola napas Ekspektasi : menurun Kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Dyspneu</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Pengguna an otot bantu</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Pemanjan gan fase ekspirasi</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4.</td><td>Pernapas an cuping hidung</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan no 1 : 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup meningkat 5 : meningkat Keterangan no 2 dan 3 1: meningkat 2 : cukup meningkat</p>				No	indikator	IR	ER	1.	Dyspneu	3	5	2.	Pengguna an otot bantu	3	5	3.	Pemanjan gan fase ekspirasi	3	5	4.	Pernapas an cuping hidung	3	5	<p>kedalaman, usaha napas</p> <p>2. Monitor pola napas</p> <p>3. Monitor kemampuan batuk efektif</p> <p>4. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>5. Monitor adanya sumbatan jalan napas</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>2. dokumentasi hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan procedure pemantauan</p>
No	indikator	IR	ER																						
1.	Dyspneu	3	5																						
2.	Pengguna an otot bantu	3	5																						
3.	Pemanjan gan fase ekspirasi	3	5																						
4.	Pernapas an cuping hidung	3	5																						

	<p>3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun Keterangan no 4 :</p> <p>1 m e m b u r u k</p> <p>2 : cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 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 Observasi</p> <p>1. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung</p>

	<p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>palpitasi</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>bradikardia</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> </tbody> </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.	bradikardia	3	5	3.	Takikardi	3	5	4.	Lelah	3	5
No	indikator	IR	ER																					
1	palpitasi	3	5																					
2.	bradikardia	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>SLKI : Keseimbangan cairan Ekspektasi : meningkat Kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>Keterangan 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun</p>				No	indikator	IR	ER	1.	Keluaran urine meningkat	3	5	2.	Udema menurun	3	5	<p>harian</p> <p>3. Monitor status hemodinamik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Modifikasi Lingkungan</p> <p>2. Tetapkan jadwal tidur rutin</p>
No	indikator	IR	ER														
1.	Keluaran urine meningkat	3	5														
2.	Udema menurun	3	5														

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 ₂ : 98% - Pasien tampak terpasang nasal kanul O ₂ 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 Jam 10.45 WIB		Mengajarkan batuk efektif	S : pasien mengatakan sedikit lega dahak bisa keluar O : - pasien tampak mampu mengikuti instruksi - pasien tampak mempraktikan ulang - tampak dahak pasien berwarna kecokelatan	Sekar
02-12- 2024 Jam 11.00 WIB Jam 13.00	Penurunan curah jantung b. perubahan kontraktilitas	1. Memonitor pola nafas 2.memonitor keluhan nyeri	S : pasien mengatakan tangan kanan yang terpasang infus bengkak O: intake : 1500 cc Output : 350 cc S : pasien mengatakan setiap kali tiduran merasakan nyeri di	Sekar

Jam 15,00		dada Memposisikan semi fowler	dada seperti terbakar O: padien tampak memegangi 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 ₂ : 95 % S : pasien mengatakan sesak berkurang jika dilakukan posisi seperti	sekar

		Mengkolaborasi pemberian bronkodilator	ini O : pasien tampak nyaman S : pasien mengatakan Terasa enakan jika telah di uap O : pasien tampak menghirup obatnya	
03-12- 2024 jam 15.30 WIB	Hipervolemia b.d kelebihan asupan cairan	Memonitor berat badan	S : pasien mengatakan berat badannya naik 1 kg O : BB : 55kg dari 50kg	sekar
03-12- 2024 jam 16.00 WIB		Memonitor statud hidrasi	S : pasien mengatakan turgor kulit kering O : Kulit pasien tampak bersisik	sekar
03-12- 2024 jam 20.00		Memfasilitasi istirahat tidur	S : pasien mengatakan akan istirahat tidur jam 22.00 WIB O : pasien tampak	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 ₂ : 98% - Pasien tampak tidak terpasang O ₂	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	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sesak nafas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 30x/mnt - SPO₂ 98% - Terpasang nasal kanul 3 lpm - Suara nafas ronchi <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	sekar
Dyspnea	3	5	3				

02-12- 2024 jam 14.00 WIB	Penurunan curah jantung berhubungan dengan kontraktilitas	S : Pasien mengatakan nyeri ulu hati bertambah saat duduk O : <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak meringis kesakitan- N : 95x/mnt A : Masalah belum teratasi <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr></table> P : Lanjutkan intervensi	Meringis	3	5	3	sekar
Meringis	3	5	3				
02-12- 2024 jam 14.00 WIB	Hypervolemia berhubungan dengan kelebihan cairan	S : pasien mengatakan tidak bisa tidur karena terdapat edema I ekstremitas bawah O : <ul style="list-style-type: none">- Tampak kaki pasien Bengkak A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	sekar				
03-12- 2024 jam 21.00 WIB	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	S : <ul style="list-style-type: none">- pasien mengatakan sesak nafas O : <ul style="list-style-type: none">- RR : 25 x/mnt- SPO₂ 98%- Terpasang nasal kanul 3 lpm- Suara nafas ronkhi	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"> -Pasien tampak meringis kesakitan -N : 90x/mnt <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"> - Tampak kaki pasien Bengkak <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"> - pasien mengatakan tidak sesak nafas lagi 	sekar				

07.00 WIB	dengan hambatan upaya napas	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 20 x/mnt - SPO₂ 98% - Terpasang nasal kanul 3 lpm - Suara nafas ronkhi <p>A : Masalah teratas</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 berhubungan dengan kontraktilitas	<p>S : Pasien mengatakan nyeri ulu hati berkurang</p> <p>O : Pasien tampak tidak meringis kesakitan</p> <p>A : Masalah belum teratas</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

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

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

Daftar pustaka

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