

# LAMPIRAN

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN  
(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Mutofiah .  
Umur : 43 Tahun.  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Tani.  
Alamat : Brebeg , Juruk legi.

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 a.n :

Nama Mahasiswa : Yudanto Hanata W  
NIM : 106121095

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 19 Juni.....2024

Yang bersangkutan

Bubuhi ttd

Mt  
Mutofiah

Nama pasien/wali pasien

## Lampiran 1 Tools Pengukuran Tekanan Darah



**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**LABORATORIUM KEPERAWATAN**

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

**PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN**  
**PENGUKURAN TEKANAN DARAH**

NAMA :

TANGGAL :

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program Pengukur tekanan darah	3		
2	Menyiapkan alat	3		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menanyakan kesiapan pasien	3		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	<b>Mengucapkan Hamdallah</b>			
1	Mencuci tangan	4		
2	Menjaga privacy pasien	4		
3	Mengatur posisi pasien supinasi	4		
4	Menempatkan diri disebelah kanan pasien ,bila mungkin	4		
	membebaskan lengan pasien dari baju			
5	Memasang manset 2 jari diatas mediana cubiti,selang	4		
	sejajar arteri brachialis			
6	Meraba denyut nadi arteri brachialis	4		
7	Palpasi arteri brachialis memompa setinggi 30 mmHg diatas titik	6		

	hilangnya denyut arteri, perlahan mengempiskan manset sampe			
	denyut tidak teraba lagi			
8	Memompa manset setinggi 30 mmHg diatas hasil palpasi sistolik	6		
	menghilang			
9	Meletakan diafragma stetoskop diatas arteri tersebut	6		
10	Membuka sekrup balon perlahan-lahan sambil melihat turunya	6		
	air raksa /jarum dan dengarkan bunyi denyut pertama (sistole)			
	hingga bunyi terakhir (diastole) sampai tekanan nol			
11	Melakukan validasi dengan mengulang poin 8-10 (bila hasil pengukuran berbeda ulangi sekali lagi)	6		
12	Mengunci air raksa dan melepas manset	4		
13	Mencatat hasil pengukuran pada buku catata	3		
14	Merapihkan pasien	3		
15	Merapihkan alat	3		
16	Mencuci tangan	3		
	<b>Mengucapkan Hamdallah</b>			
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	3		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
3	Berpamitan	3		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan :  
 tidak : Tidak dilakukan  
 ya : Dilakukan dengan sempurna

Observer,

Standart nilai kelulusan 75

( )

## Lampiran 2 Tools Pengukuran Suhu Badan



## UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
LABORATORIUM KEPERAWATAN

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

### PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN PENGUKURAN SUHU BADAN

NAMA : \_\_\_\_\_ TANGGAL : \_\_\_\_\_  
NIM : \_\_\_\_\_ OBSERVER : \_\_\_\_\_

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program pengukuran suhu badan	3		
2	Menyiapkan alat	3		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menanyakan kesiapan pasien	3		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	<b>Mengucapkan basmallah</b>			
1	Mencuci tangan	4		
2	Menjaga privacy pasien	4		
3	Mengatur posisi pasien	4		
4	Mebebaskan axilla pasien pada lengan yang jauh	4		
5	Membersihkan axilla dengan tissue	4		
6	Memeriksa termometer ,pastikan pada skala dibawah 35 derajat	4		
	celcius,bila belum turunkan dengan cara mengibaskan termometer			
7	Memasang reservoir tepat pada tengah axilla	4		
8	Menyilangkan tangan didepan ,memegang bahu	6		
9	Mengangkat termometer setelah 10 menit	6		

10	Mengusap termometer dengan tissue kering kearah reservoir	6		
11	Membaca hasil pengukuran	6		
12	Membersihkan termometer :mencelupkan kedalam air sabun	6		
	kemudian usap kearah reservoir,mencelupkan kedalam larutan			
	desinfektan selanjutnya dibersihkan dengan air bersih dan usap			
	dari arah reservoir			
13	Menurunkan air raksa	3		
14	Merapihkan pasien	3		
15	Merapihkan alat	3		
16	Mencuci tangan	3		
	<b>Mengucapkan Hamdallah</b>			
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	3		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	3		
3	Berpamitan	3		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan :

TIDA

K : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Observer,

Standart nilai kelulusan 75

( )

## Lampiran 3 Tools Pengukuran Nadi dan Pernafasan



## UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
LABORATORIUM KEPERAWATAN

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

### PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN PENGUKURAN NADI DAN PERNAFASAN

NAMA : \_\_\_\_\_ TANGGAL : \_\_\_\_\_  
NIM : \_\_\_\_\_ :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program pengukuran nadi dan pernafasan	3		
2	Menyiapkan alat	3		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	3		
4	Menjelaskan langkah prosedur	3		
5	Menanyakan kesiapan pasien	3		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
	<b>Mengucapkan Basmallah</b>			
1	Mencuci tangan	4		
2	Menjaga privacy pasien	4		
3	Mengatur posisi pasien	8		
4	Meraba denyut nadi dengan 2 jari (telunjuk dan tengah )	10		
5	Menghitung nadi sekurang kurangnya 1/2 menit dan 1 menit untuk pasien aritmia dan pasien anak	10		
6	Mengamati gerakan dada/perut pasien selama satu menit	10		
7	Menilai hasil pengukuran	7		
8	Merapihkan pasien	5		

9	Merapihkan alat	5		
10	Mencuci tangan	4		
	<b>Mengucapkan Hamdallah</b>			
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan	4		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan :

TIDA

K : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Observer,

Standart nilai kelulusan 75

( )



## Lampiran 4 Tools Mengatur Posisi Pasien Semi Fowler



# UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
LABORATORIUM KEPERAWATAN

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

## PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN MENGATUR POSISI PASIEN SEMI FOWLER

NAMA : \_\_\_\_\_ TANG  
NIM : \_\_\_\_\_ GAL : \_\_\_\_\_

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBO T	NILAI	
			Y A	TID AK
<b>A</b>	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program mengatur posisi pasien	3		
2	Menyiapkan alat	3		
<b>B</b>	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	3		
2	Memperkenalkan diri	3		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	6		
4	Menanyakan kesiapan pasien	4		
<b>C</b>	<b>FASE KERJA</b>			
1	Mencuci tangan	5		
2	Mengangkat dan mendudukkan pasien	8		
3	Mengatur lingkungan yang tenang dan nyaman	5		
4	Memasang sandaran punggung, mengatur bantal pada sandaran bila memakai TT ortopedik, naikkan bagian kepala	10		
5	Membaringkan pasien pada sandaran, semi fowler(45 derajat atau 90 derajat)	10		
6	Meletakkan guling di bawah lipatan lutut agar tidak merosot	10		
7	Meletakkan kedua tangan di atas bantal	8		
8	Merapikan Tempat tidur	5		

9	Mencuci tangan	5		
<b>D</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Merapihkan pasien	3		
2	Mengevaluasi hasil pengaturan posisi	3		
3	Berpamitan	3		
4	Mendokumentasikan tindakan dan respon pasien dalam catatan perawat	3		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan :

TIDAK : Tidak dilakukan

YA : Dilakukan dengan sempurna

Observer,

Standart nilai kelulusan 75

( )

Lampiran 5 Dokumentasi



## Lampiran 6 Asuhan Keperawatan



PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
 PRODI D3 KEPERAWATAN  
 UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

## Pengumpulan data.

## a). Identitas.

Nama : Ny. M  
 Umur : 75 Tahun.  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Agama : Islam.  
 Pendidikan : SD  
 Pekerjaan : -  
 Suku Bangsa : Jawa.  
 Status Perkawinan : Kawin.  
 Golongan darah : -  
 No. CM : 00-37-98-xx  
 Tanggal Masuk : 14-6-2024.  
 Tanggal Pengkajian : 19-6-2024.  
 Diagnosa Medis : CHF  
 Alamat : Brebeg, Jeruk legi, Cilacap.

## b). Identitas Penanggung Jawab.

Nama : Ny. W  
 Umur : 43 Tahun.  
 Jenis Kelamin : Perempuan.  
 Agama : Islam.  
 Pendidikan : SD.  
 Pekerjaan : Tani.  
 Suku Bangsa : Jawa.  
 Hubungan dg Klien : Menantu.  
 Alamat : Brebeg, Jeruk legi, Cilacap.



## b) Riwayat Kesehatan.

## 1) Keluhan Utama.

→ Sesak, Pusing, BAK 12x/hari, bengkak pada kedua kaki.

## 2) Riwayat Penyakit Sekarang (Alasan Masuk RS dan PARST).

→ Pasien Mengatakan Sesak dan Pusing serta bengkak pada kaki sejak 2 hari lalu.

## 3) Riwayat Penyakit Dahulu.

⇒

## 4) Riwayat Penyakit Keluarga.

⇒ Pasien Mengatakan tidak memiliki riwayat keluarga.

## c). Pemeriksaan Fisik. 1) Tanda-tanda vital.

Tanggal/jam.	Keterangan.
TD	120/80.
HR	94x/menit. ✓
RR	26x/menit.
Suhu.	36,3°C.

## 2) Kepala dan leher.

Yang dikaji	Keterangan.
Bentuk.	Mesochepal
Rambut	Hitam Putih.
Mata	Normal, tidak ada kelainan, Konjungtiva tidak anemis.
Telinga.	Tidak ada serumen, bersih, tidak menggunakan alat bantu. ✓
Hidung.	Simetris, tidak ada kelainan.
Mulut	Tidak ada sawalon, bersih, Gigi utampong.
Leher	Tidak ada benjolan / Normal.

19/06 14.57

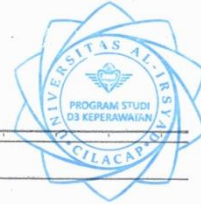
## 3) Jantung.

Tanggal	Keterangan.
19-06-24.	
Inspeksi	Pada Centung
Palpasi	Ictus Cordis teraba ICS 5 sinistra, ecm dari midklavikula.
Perkusi	Terdengar suara pekak.
Auskultasi	Terdengar suara jantung S1 dan S2.

## 4) Paru-Paru

Tanggal	Keterangan
19-06-24	
Inspeksi	Bentuk dada simetris, tidak ada benjolan.
Palpasi	Tidak ada nyeri tekan.
Perkusi	Terdengar bunyi sonor di lapang Paru, redup di batas jantung paru.
Auskultasi	Vesikuler.





## 5) Abdomen.

Tanggal	Keterangan
Inspeksi	Tidak ada Pembengkakan.
Auskultasi	Peristaltik usus = gx/menit.
Palpasi	Tidak ada nyeri tekan.
Perkusi	Terdengar Suara Tympani.

## 6) Ekstremitas.

## Ekstremitas atas.

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesejukan	Edema	Baal	Nyeri	Kesejukan	Edema	Baal	Nyeri
29/6	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)

## Ekstremitas bawah.

Tanggal	Kanan				Kiri			
	Kesejukan	Edema	Baal	Nyeri	Kesejukan	Edema	Baal	Nyeri
29/6	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(-)

## Sistem Integumen.

Tgl	Warna Kulit	Turgor	Mukosa bibir	Capilar	Kelainan
29/6	Sawo Matang	Pucat.	Kering.	< 3 detik.	Tidak ada.

## d. Pola Pengkajian fungsional Gordon.

## 1) Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan.

Pasien Mengatakan jika sakit biasanya Check up Kepada Dr-Kelly.

## 2) Pola Nutrisi dan Metabolik.

## Subjektif :

Pasien Mengatakan Makan 3x Sehari, namun sedikit.

## Objektif.

## a. Antropometri.

Sebelum masuk RS (> 2 bulan yang lalu).

BB = 50kg TB = 150cm

LILA = Tidak teruji.

Saat dirawat : 19 - 6 - 2019.

BB = 50kg TB = 150cm

LILA = Tidak teruji.

Kesimpulan = Pasien tidak memiliki perubahan pada pola nutrisi berdasar dengan BB yang tetap.



Perhitungan :

$$BB \text{ ideal} = (TB - 100) - 10\% (TB - 100) \text{ Kg.}$$

$$IMT = \frac{BB}{TB^2 (cm)^2} = \frac{50}{1,50^2} = \frac{50}{2,25}$$

Nilai Kategori:

	< 20	Underweight
= 22,2.	20 - 25	Bj Normal.
	25 - 30	Overweight.
Kesimpulan = BB Normal.	> 30	Obesitas.

b. Biokimia.

Hb = 12,6

Albumin = - -

c. Penampilan fisik.

Pasien tampak lemas dan oedem pada ekstremitas bawah, ekspresi wajah ceria.

d. Diet.

• Jemur = -

$$\begin{aligned} \text{BCE Perencanaan} &= 655 + (9,6 \times BB \text{ kg}) + (1,8 \times TB \text{ cm}) - (4,7 \times U.tg) \\ &= 655 + 480 + 270 - 352,5 \\ &= 1.052,5 \end{aligned}$$

Tabel Perencanaan jumlah Kalori ± 1.052,5 Kkal dalam 1 hari.

Tgl.	Kalori Buah	Kalori Makanan	Total Kalori.
20/6.	101 kkal.	300 kkal/serve.	401 kkal/serve.

3) POLA ELIMINASI.

Sebelum dirawat.

Subyektif = Pasien Mengatakan normal

Selama dirawat.

Subyektif = Pasien mengatakan belum pernah BAB dan BAK ± 12x/hari

Objektif = Pasien terlihat bulat-balik Kim mandi.

BAB.

Tgl	Frekuensi	warna	Konsistensi.
20/6.	0x/hari	-	-

BAK.

Tgl	Frekuensi	warna	Keleman-
20/6.	12x/hari	Kuning	-



#### 4) POLA AKTIFITAS DAN LATIHAN

Status Higienis.

Tgl	Mandi	Menggosok gigi	Memotong kuku	Keramas
20/6	-	-	-	-

ADL.

Tgl.	Bathing	Dressing	Toileting	Transferring	Continance	Feeding	Indeks Katz.
20/6	-	+	+	+	+	-	

Status Mobilisasi.

Tanggal	Duduk	Berdiri	Jalan
20/6.	+	+	-

Skor Norton.

Tgl	Kondisi PSK umum	Kesadaran	Aktifitas	Mobilitas	Inkontinensia	Jumlah
20/6.	4	4	3	3	2	16.

Kategori skor

16-20 : Kecil sekali / tidak terjadi

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi.

12 : Kemungkinan besar terjadi.

#### 5) POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT.

Sebelum masuk RS :

Kualitatif : Pasien mengatakan biasa tidur dari jam 9 bangun jam 8 Pagi.

Kuantitatif : Pasien menyatakan tidur  $\pm$  8-9 jam

Setelah masuk RS :

Kualitatif : Pasien mengatakan tidur jam  $\pm$  11 bangun jam 6 Pagi.

Kuantitatif : Pasien tidur  $\pm$  7-8 jam.

#### 6) POLA PERSEPTUAL.

Halusinasi : Tidak ada halusinasi.

#### 7) POLA PERSEPSI DIRI.

Konsep diri.

Citra tubuh : Pasien menerima kekurangan dan kelebihan pada tubuhnya.

Identitas diri : Pasien menyatakan seorang Wanita.

Peran diri : Pasien merupakan seorang nurse.

Ideal diri : Pasien ingin cepet sembuh.

Harga diri : Pasien Merasa Persepsi diri akan kesembuhannya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada.





### 8) POLA SEKSUALITAS DAN REPRODUKSI

Subjektif : Pasien mengatakan mempunyai suami dan 3 anak.

Objektif : Pasien tampak di dampingi anaknya saat sakit.

### 9) POLA PERAN - HUBUNGAN

Keluarga : Pasien mengatakan memiliki keluarga yang harmonis.

Masyarakat : Pasien mengatakan aktif dengan teman sebaya-mya.

### 10) POLA MANAJEMEN KOPING - STRESS.

Masalah : Tidak ada.

Koping : Tidak ada.

### 11) SISTEM NILAI DAN KEYAKINAN.

Nilai dan Keyakinan : Pasien mengatakan beragama Islam.

Kegiatan ibadah : Taat beribadah.

## 2. PENGHAJIAN SISTEM PERSYARAFAN.

fungsi serebral.		
	Tanggal / Jam.	
	Tingkat Kesadaran.	Kontus Mentis
Status	GCS.	4/5
Mental.	E	4
	V	6
	M	5
	Gaya bicara	Normal.
Fungsi Intelektual.	Orientasi Waktu	(+)
	Orientasi Orang	(+)
	Orientasi tempat.	(+)
	Peranan, abstrah.	(+)
Daya Pikir.	Masuk akal.	(-)
	Pemarah.	(-)
	Comas.	(+)
	Apatis.	(-)
Nyeri Kepala		(-)
Pandangan Kabur		(-)

Ket (-) tidak ada, (+) ada.



## 7. Badan dan anggota gerak.

Badan.

Motorik.

Motorik berfungsi dengan baik.

Refleks.

Refleks baik.

Sensibilitas.

Tanggal/jam. 02/16/2022.	Keterangan	
Sensasi Taktil.	(+)	
Sensasi suhu dan nyeri.	(+)	
Vibrasi dan	(+)	
Propriosepsi.	(+)	
Integrasi Sensasi.	(+)	

Anggota Gerak Atas.

Motorik	Kanan	Kiri.
Penggerakan	(+)	(+)
Kekuatan	(+)	(+)
Tonus	(+)	(+)
Tropik	(+)	(+)

Refleks.	Kanan	Kiri.
Biceps	(+)	(+)
Triceps	(+)	(+)
Radius	(+)	(+)
ulna.	(+)	(+)

Sensibilitas.

Tanggal/jam.	Keterangan.	
Sensasi Taktil	(+)	
Sensasi suhu dan nyeri.	(+)	
Vibrasi dan	(+)	
Propriosepsi.	(+)	
Integrasi Sursasi.	(+)	



### Anggota Gerak Bawah:

#### Motorik

Motorik	Kanan	Kiri
Pergeseran	(-)	(-)
Kekuatan	(-)	(-)
Tonus	(+)	(+)
Trefik	(+)	(+)

#### Refleks.

Refleks	Kanan	Kiri
Patella	(+)	(+)
Achilles	(+)	(+)
Babinski.	(+)	(+)
Chaddock	(+)	(+)
Rossolimo.	(+)	(+)
Clonus Kaki.	(+)	(+)
Lasseque.	(+)	(+)
Kernig.	(+)	(+)

#### Sensibilitas.

Tanggal/jan.	Kanan	Kiri
Sensasi Tactil	(+)	(+)
Sensasi Suhu dan nyeri.	(+)	(+)
vibrasi dan	(+)	(+)
Propriosepsi.	(+)	(+)
Integrasi Sensasi.	(+)	(+)

### 3. Sistem Imunitas.

Alergi = Tidak ada alergi

Antibiotic = -

WBC = -



## 9. Status Cairan.

Tabel Cairan dalam 24 jam.

Intake	Output	Balance Cairan
Infus = 500 ml.	Urine = 2.200 ml	2.500 - 2.300 =
Minum = 2.000 ml.	IWL = 100 ml	200 ml.
Total Input = 2.500 ml.	Total Output = 2.300 ml.	
Infus = 500 ml	Urine = 1.800 ml	2.000 - 1.800 =
Minum = 1.500 ml.	IWL = 100 ml	= 1.200 ml.
Total Input = 2.000 ml.	Total Output = 1.900 ml	
Infus = 500 ml.	Urine = 1.900 ml	1.500 - 1.500
Minum = 1.000 ml.	IWL = 100 ml.	= 0.
Total Input = 1.500 ml.	Total Output = 1.500 ml	

## 5. Status Ekonomi Kesehatan.

## G. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnostik.

a. Laboratorium Ke 2 Tanggal: 18 Juni

Hemoglobin	12,5	10,2 - 15,2.
Leukosit	8.460.	5.000 - 12.000.
Hematokrit	42,9.	35 - 49.
trombosit	206.000.	150.000 - 450.000.
MCV	79,9	78,0 - 99.
MCH	24,7	23 - 31.
MCHC	31,6.	20,0 - 36,0
Eosinofil	1	1 - 4
Neutrofil	89,2.	30 - 60
Basofil	0,2	0 - 1
Limfosit	7,1	20 - 35.
Monosit	3,1	2 - 8.

Nama Pemeriksaan.

Hasil

Nilai Rujukan.





7. Terapi Medis.

Tanggal 19/06 = laj Furosemide 1/6 Jan., 20/06 = laj Furosemide 2a

8. Terapi Nutrisi.

Diet ... Tidak ada diet yang diberikan.

21/06 = laj Furosemide 2a

EKG.



## ANALISA DATA.

No.	Sign	Problem	Etiologi
1.	<p>DS = Pasien mengeluh cepat lelah, sesak, serta cemas.</p> <p>DO = Pasien tampak tepasang <math>O_2</math> nasal kanul dan berbaring lemah, CRT &gt; 3 detik adanya edema pada bagian kedua kaki, warna kulit pucat.</p>	Pemurunan Curah jantung.	Perubahan irama jantung.
2.	<p>DS = Pasien Mengatakan Pusing, Sesak</p> <p>DO = Pola nafas abnormal, tepasang <math>O_2</math> nasal Kanul. Kulit pucat.</p>	Gangguan Pertukaran Gas.	Ketidakseimbangan Ventilasi Perfusion.
3.	<p>DS = Pasien Mengatakan Mengeluh tidak nyaman saat beraktivitas, sesak</p> <p>DO = Stenosis, frekuensi Jantung meningkat &gt; 20% dari kondisi istirahat.</p>	Intoleransi Aktivitas.	Ketidakseimbangan antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen serta Kelenjoran.
4.	<p>DS = -</p> <p>DO = Porsi makan yang dimakan hanya 1/4 dari porsi yang dibagikan RS.</p>	Risiko Depresor Nutrisi.	Kemampuan Untuk Makan.

No.	Sign	Problem	Etiologi
5.	DS = Pasien BAK $\pm$ 12x/hari sakit. DO = Pasien memiliki intake cairan yang banyak, terdapat edema pada bagian kedua kaki.	Hipervolemia	Kelebihan asupan cairan.

## INTERVENSI:

No.	Px Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Penurunan Curah Jantung. bertubuhan dengan Perubahan irama Jantung.	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam Curah jantung diharapkan meningkat dengan kriteria hasil : Curah Jantung	Observasi: - Identifikasi tanda/gejala Penurunan Curah Jantung. - Monitor tekanan darah. - Monitor intake dan output Cairan. - Monitor saturasi Oksigen. Terapeutik. - Posisikan Semi Fowler /pasien dengan kaki ke bawah /posisi nyaman. - Berikan diet jantung yang sesuai. - Berikan Oksigen untuk memperbaiki saturasi Oksigen 79-90%.
		Tekanan Darah	3 5
		CRT	3 5
		Palpitasi	3 5
		Letah	3 5
		Dispnea	3 5
		Edema	3 5
			Edukasi: - Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi. Kolaborasi: - Kolaborasi Pembentukan antiaritmia (jika perlu).
2.	Gangguan Pertukaran Gas. bertubuhan dengan Ketidakefisienan antara suplai dan kebutuhan oksigen Ventilasi Paru.	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam Pertukaran Gas diharapkan meningkat dengan kriteria hasil : Dispneu Rustung Geksoh	Observasi: - Monitor Frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. - Monitor pola napas. - Monitor adanya Sumbatan jalan napas. Terapeutik. - Atur Interal Pemerteraan respirasi. Edukasi. - Jelaskan tujuan dan prosedur Pemerteraan.
			SA ST
		Dispneu	3 5
		Rustung	4 5
		Geksoh	3 5



No.	Dx Keperawatan.	SLKI	SIK
3.	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	Setelah dilakukan Perawatan Selama 3x2 jam diharapkan Toleransi Aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : Toleransi Aktivitas	Observasi. - Identifikasi gangguan fisiologi yang menyebabkan kelelahan. - Monitor Pola dan Jam Tidur. Terapeutik - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus - Lakukan latihan rentang gerak Pasif/aktif Edukasi. - Anjurkan tidur baring.
		SA	ST.
		Frekuensi Nadi.	3 5
		Saturasi oksigen	3 5
		Kelelahan lalah	3 5
		Dispneu setelah Aktivitas	3 5
		Perasaan Lemah	3 5
		Sianosis	3 5
4.	Defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan.	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan Selama 3x2 jam diharapkan. Status Nutrisi Membaik dengan Kriteria Hasil : Status Nutrisi ; Status Nutrisi.	Observasi - Monitor asupan Makanan. - Monitor Berat badan. Terapeutik. - Sajikan makanan secara Memorik dan suhu yang sesuai. Edukasi. - Anjurkan posisi duduk.
		SA	ST.
		Porte makanan yang dihabiskan	3 5
		Frekuensi makan	3 5
		Napsu makan	3 5
5.	Hipervolemia Berhubungan dengan kelebihan asupan cairan	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan Selama 3x2 jam diharapkan Membaik dengan Kriteria hasil : Status Cairan.	Observasi - Periksa tanda dan gejala hipervolemia. - Identifikasi penyebab Hipervolemia - Monitor intake dan output cairan. Terapeutik - Batasi asupan cairan dan garam - Tinggikan Kepala 30-40° Edukasi. - Ajarkan cara membatasi cairan
		SA	ST.
		Turgor kulit.	3 5
		Dispnea	3 5
		Perasaan Lemah	3 5
		Intake cairan.	3 5


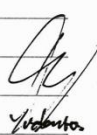



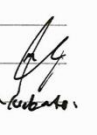



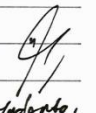
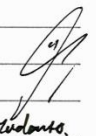






## IMPLEMENTASI






No	Tanggal/jam	Dx Keperawatan	IMPLEMENTASI	Evaluasi Respon	Respon
1	19-06-24 19.00.	Perubahan Curah Jantung Berhubungan dengan Perubahan irama Jantung.	1. Mengidentifikasi tanda / gejala Peranan Curah jantung.	S = Pasien masih merasa lelah dan sesak. O = Pasien terpasang oksigen nasal Kanul, edema masih terlihat pada bagian kedua kaki.	
			2. Memonitor tekanan darah.	S = Pasien mengatakan mengatakan tidak memiliki riwayat darah rendah / Hipertensi. O = Didapatkan Hasil TD = 149/81.	
			3. Memonitor saturasi O <sub>2</sub>	S = Pasien Mengatakan Sesak. O = SpO <sub>2</sub> = 93%.	
			4. Membantu posisi semi Fowler / Fowler dengan Kaki ke bawah agar posisi nyaman.	S = Pasien Mengatakan dapat bernafas lebih baik. O = Pasien tampak menunjukkan wajah tenang.	
	20-06-24 08.00.		1. Memonitor intake dan output cairan.	S = Pasien mengatakan intake banyak setara 2 botol aqua besar / hari O = Pasien tampak bolak-balik Km. mandi untuk BAK	

No.	Tanggal / jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Npsn	Respons
			2. Anjurkan beraktivitas Fisik Sesuai toleransi	S = Pasien mengatakan aktivitas dibantu. O = terlihat edema Pada bagian kedua kaki pasien yang menyebabkan kesulitan bergerak	Wahana
	21-06-24 09.00		1. Memonitor saturasi oksigen	S = Pasien menyatakan sudah tidak sesak O = Pasien tidak memasang O <sub>2</sub> Nasal Kanul.	Kaduna
			2. Memonitor tekanan darah	S = Pasien sudah tidak merasa pusing. O = Pasien terlihat tersenyum dan bercanda dengan Peneliti.	
			3. Memberikan edukasi diet jantung yang sesuai.	S = Pasien tampak mengerti dan menyatakan akan menerapkan hidup sehat. O = Pasien tampak siap menerima informasi dan mengerti.	Yudiana
2.	19-06-24 14.00	Gangguan Pertukaran Gas. Berhubungan dengan Ketidakeimbangan Ventilasi Peru.	1. Memonitor frekuensi irama, keluhan dan upaya napas.	S = Pasien mengatakan sesak. O = Pasien terlihat sesak dan kepanasan O <sub>2</sub> Nasal Kanul.	Yudiana

No.	Tanggal/jam	DX Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
			2. Memonitor pola napas.	S= Pasien mengatakan sesak 0= Pola napas pasien tampak tidak teratur.	 Lubarto
	20-06-24. 10.00.		1. Memonitor adanya Sumbatan jalan napas.	S= Pasien mengatakan tidak ada sesak yang menganggu hanya saja berat untuk bernapas. 0= tidak ada sumbatan /riak pada jalan napas.	 Lubarto
			2. Memonitor kembali pola napas.	S= Pasien mengatakan sesak berkurang. 0= Pola napas sudah teratur.	 Lubarto
	21-06-24. 09.00		1. Menjelaskan tujuan dan prosedur perawatan.	S= Pasien mengatakan mengerti 0= Pasien tampak mengerti motivasi dan tujuan penulis	 Lubarto
3	19-06-24. 15.00	Intoleransi Aktivitas Berhubungan dengan Ketidakeimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	1. Mengidentifikasi Ganguan Fungsi tubuh yang menyebabkan Kelelahan	S= Pasien mengatakan sulit bergerak kaki karena terdapat edema. 0= terdapat edema Pada bagian kedua Kaki Pasien	 Lubarto
	20-06-24. 09.00		1. Memonitor pola dan jam tidur.	S= Pasien mengatakan tidur 7-8 jam 0= tidak ada masalah Pada pola tidur.	 Lubarto

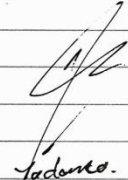

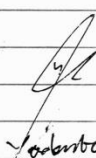
No.	Tanggal/jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Penerap
	21-06-24. 10.00		1. Melatih rentang gerak aktif/pasif.	S = Pasien menyatakan masih sedikit kesulitan namun lebih baik dari hari sebelumnya saat mengerjakan keai. O = Pasien masih sedikit beradaptasi dengan penyakitnya.	 Yulianto
			2. Mengajarkan teknik berang	S = Pasien menyatakan sudah lebih tenang O = Pasien menunjukkan wajah tersenyum	 Yulianto.
4.	19-06-24 15.32.	Risiko defisit Nutrisi Berhubungan dengan Kegagalan untuk makan.	1. Memonitor asupan makan	S = Pasien menyatakan tidak nafsu makan O = Makanan yang di makan hanya 1/4 dari porsi yang di sediakan RS.	 Yulianto.
			2. Memonitor berat badan	S = - O = BB = 50 kg	 Yulianto.
	20-06-24. 10.30.		1. Memonitor berat badan	S = - O = BB = 50 kg	 Yulianto
			2. Menyajikan Makanan secara Menarik dan Suhu yang sesuai	S = Pasien menyatakan tidak terganggu dengan makanan RS. O = Porsi yang dihabiskan masih sama, ± 1/4 porsi	 Yulianto
	21-06-24. 11.00		1. Memonitor berat badan.	S = - O = BB = 50 kg	 Yulianto.



No.	Tanggal/jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf.
5.	19-06-21. 15.00.	Hipervolemia Berhubungan dengan kelebihan asupan cairan.	1. Memeriksa tanda dan gejala hipervole- mia.	S= Pasien mengatakan banyak minum. O= terdapat edema pada bagian kedua kaki pasien	 Yudianto
			2. Mengidentifikasi penyebab hiper- volemia.	S= Pasien mengatakan banyak minum. O= Pasien terlihat banyak minum dan sering berkenik	 Yudianto
	20-06-21. 13.00.		1. Memantau intake dan output cairan.	S= Pasien mengatakan banyak minum. O= $\pm 3.000$ ml/hari	 Yudianto.
			2. Mengedukasi membatasi asupan cairan	S= - O= Pasien tampak paham.	 Yudianto
	21-06-21 14.30.		1. Memantau intake dan output cairan	S= Pasien mengatakan sudah bisa membatasi cairan $\pm 1.500$ ml/hari. O= Pasien tampak bisa membatasi asupan cairan, dan edema terlihat lebih kecil dari tempo hari.	 Yudianto



EVALUASI																								
No.	Tanggal/jam	Px Keperawatan	EVALUASI																					
1	19-06-24. 16.00.	Perawatan Curah Jantung.	<p>S= Pasien Menyatakan Mudah lelah, Sesak, Pusing.</p> <p>O= Pasien tampak lelah dan SpO<sub>2</sub>=93% .besering O<sub>2</sub> Nasal Kanul.</p> <p>Setelah dilakukan Perawatan dengan kriteria hasil di dapat :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>CRT.</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Palpitasi</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Lelah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Edema</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>D= Lanjutan intervensi.</p>		SA	ST.	Tekanan Darah	3	5	CRT.	3	5	Palpitasi	3	5	Lelah	3	5	Dispnea	3	5	Edema	3	5
	SA	ST.																						
Tekanan Darah	3	5																						
CRT.	3	5																						
Palpitasi	3	5																						
Lelah	3	5																						
Dispnea	3	5																						
Edema	3	5																						
	20-06-24. 14.00.		<p>S= Pasien menyatakan sudah tidak terlalu Sesak, Pusing sudah mendingan.</p> <p>O= Pasien tampak lebih baik SpO<sub>2</sub>=95%.</p> <p>Setelah dilakukan Keperawatan dengan kriteria hasil di dapat :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>4.</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>CRT</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Palpitasi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Lelah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td>4</td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td>Edema</td> <td>3</td> <td>5.</td> </tr> </tbody> </table> <p>P= Masalah belum teratasi lanjutkan intervensi.</p>		SA	ST.	Tekanan Darah	4.	5	CRT	4	5	Palpitasi	4	5	Lelah	3	5	Dispnea	4	5.	Edema	3	5.
	SA	ST.																						
Tekanan Darah	4.	5																						
CRT	4	5																						
Palpitasi	4	5																						
Lelah	3	5																						
Dispnea	4	5.																						
Edema	3	5.																						

No.	Tanggal/jam	Dx Keperawatan	EVALUASI	Paraf																					
	21-06-24. 13.00		<p>S= Pasien menyatakan sudah jauh lebih baik, tidak sesak, merasa bersemangat, edema sudah mengecil.</p> <p>O = edema tampak mengecil, tidak terdapat nadi konus, <math>SpO_2 = 96\%</math></p> <p>Setelah dilakukan Perawatan dengan kriteria hasil didapatkan :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>5</td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td>CRT.</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Lelah</td> <td>5</td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td>Palpitasi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Edema</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P= Intervensi dihentikan.</p>		SA	ST.	Tekanan darah	5	5.	CRT.	5	5	Lelah	5	5.	Palpitasi	5	5	Dispnea	5	5	Edema	4	5	 Adhika.
	SA	ST.																							
Tekanan darah	5	5.																							
CRT.	5	5																							
Lelah	5	5.																							
Palpitasi	5	5																							
Dispnea	5	5																							
Edema	4	5																							
2	19-06-24. 16.00	Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi paru.	<p>S= Pasien mengatakan sesak, Pusing.</p> <p>O = Pasien terlihat terdapat nadi konus, terlihat Galsah</p> <p>Setelah dilakukan Perawatan dengan kriteria hasil didapatkan :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispneu</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pusing.</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Galsah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P= Intervensi dilanjutkan, masalah belum teratasi.</p>		SA	ST.	Dispneu	3	5	Pusing.	4	5	Galsah	3	5	 Adhika.									
	SA	ST.																							
Dispneu	3	5																							
Pusing.	4	5																							
Galsah	3	5																							
	20-06-24.		<p>S= Pasien menyatakan sudah tidak terdapat sesak dan pusing berkurang.</p> <p>O= Pasien terlihat masih Galsah.</p> <p>Setelah dilakukan Perawatan dengan kriteria hasil didapatkan.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispneu</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pusing</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Galsah</td> <td>4</td> <td>5.</td> </tr> </tbody> </table>		SA	ST.	Dispneu	4	5	Pusing	4	5	Galsah	4	5.	 Adhika.									
	SA	ST.																							
Dispneu	4	5																							
Pusing	4	5																							
Galsah	4	5.																							

No.	Tanggal/jam	Dx Keperawatan	EVALUASI																					
			P: Masalah belum teratasi, Lanjutkan intervensi.																					
	21-06-24. 19.00.		<p>S: Pasien mengatakan sudah tidak sesak, dan tidak pusing.</p> <p>O: Pasien nampak tenang dan tidak merasa gelisah</p> <p>Setelah diberikan perawatan dengan kriteria hasil didapatkan :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispneu</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pusing</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dihentikan</p>		SA	ST.	Dispneu	5	5	Pusing	5	5	Gelisah	5	5									
	SA	ST.																						
Dispneu	5	5																						
Pusing	5	5																						
Gelisah	5	5																						
3	19-06-24. 16.00.	Intoleransi Aktivitas Berhubungan dengan ketidakseimbangan antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen	<p>S: Pasien mengatakan sesak, merasa lelah.</p> <p>O: Pasien terlihat tepasong <math>O_2</math>, terlihat Pucat, <math>O_2 = 93\%</math></p> <p>Setelah diberikan perawatan dengan kriteria hasil didapatkan :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi Nadi:</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Saturasi Oksigen</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lelah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispneu setelah Aktivitas.</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan Lemah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sianosis</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Masalah belum teratasi, Lanjutkan intervensi.</p>		SA	ST.	Frekuensi Nadi:	3	5	Saturasi Oksigen	3	5	Keluhan lelah	3	5	Dispneu setelah Aktivitas.	3	5	Perasaan Lemah	3	5	Sianosis	3	5
	SA	ST.																						
Frekuensi Nadi:	3	5																						
Saturasi Oksigen	3	5																						
Keluhan lelah	3	5																						
Dispneu setelah Aktivitas.	3	5																						
Perasaan Lemah	3	5																						
Sianosis	3	5																						





No.	Tanggal/jam	Dx Keperawatan	EVALUASI	Paraf																					
	20-06-24. 19.00		<p>S = Pasien mengatakan sesak sudah lebih baik, tidak merasa terlalu lelah seperti sebelumnya.</p> <p>O = Pasien masih terlihat terpasang O<sub>2</sub> Nasal Kanul, SpO<sub>2</sub> = 93%.</p> <p>Setelah dilakukan perawatan dengan</p> <p>Kriteria hasil didapatkan :</p> <table border="1" data-bbox="1002 636 1155 904"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi Nadi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Saturasi O<sub>2</sub></td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan leleh</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispneu Setelah Aktifitas</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan Lemah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sianosis</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P = Masalah belum teratasi, Lanjutkan intervensi.</p>		SA	ST	Frekuensi Nadi	4	5	Saturasi O <sub>2</sub>	4	5	Kekuatan leleh	4	5	Dispneu Setelah Aktifitas	4	5	Perasaan Lemah	4	5	Sianosis	4	5	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Yubentzu</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Yubentzu</p>
	SA	ST																							
Frekuensi Nadi	4	5																							
Saturasi O <sub>2</sub>	4	5																							
Kekuatan leleh	4	5																							
Dispneu Setelah Aktifitas	4	5																							
Perasaan Lemah	4	5																							
Sianosis	4	5																							
	21-06-24. 19.00		<p>S = Pasien mengatakan sudah tidak sesak dan tidak merasa lelah.</p> <p>O = Pasien tampak tidak terpasang O<sub>2</sub> Nasal Kanul SpO<sub>2</sub> = 96%</p> <p>Setelah dilakukan perawatan dengan</p> <p>Kriteria hasil di dapatkan :</p> <table border="1" data-bbox="1002 1249 1155 1518"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi Nadi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Saturasi O<sub>2</sub></td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan leleh</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispneu Setelah Aktifitas</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan Lemah</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sianosis</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P = Masalah teratasi, Hentikan intervensi.</p>		SA	ST	Frekuensi Nadi	5	5	Saturasi O <sub>2</sub>	5	5	Kekuatan leleh	5	5	Dispneu Setelah Aktifitas	5	5	Perasaan Lemah	5	5	Sianosis	5	5	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Yubentzu</p>
	SA	ST																							
Frekuensi Nadi	5	5																							
Saturasi O <sub>2</sub>	5	5																							
Kekuatan leleh	5	5																							
Dispneu Setelah Aktifitas	5	5																							
Perasaan Lemah	5	5																							
Sianosis	5	5																							

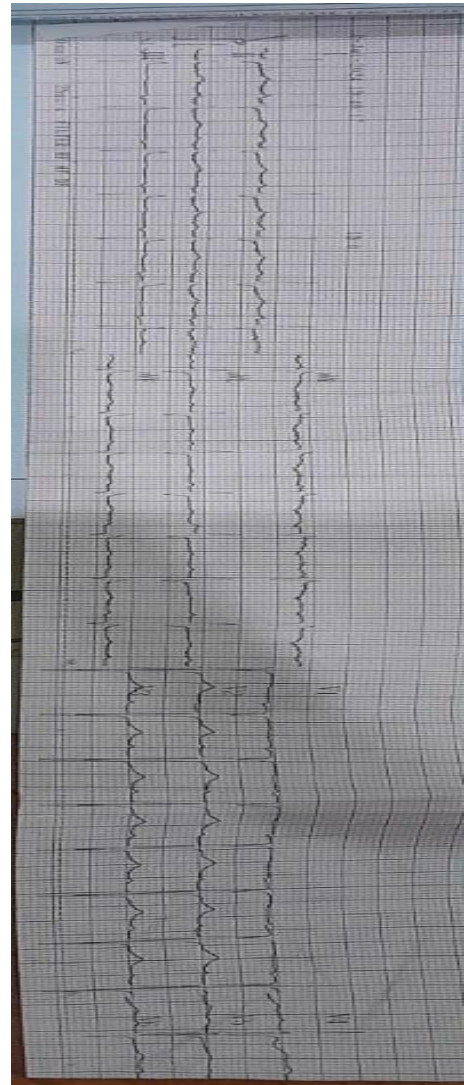
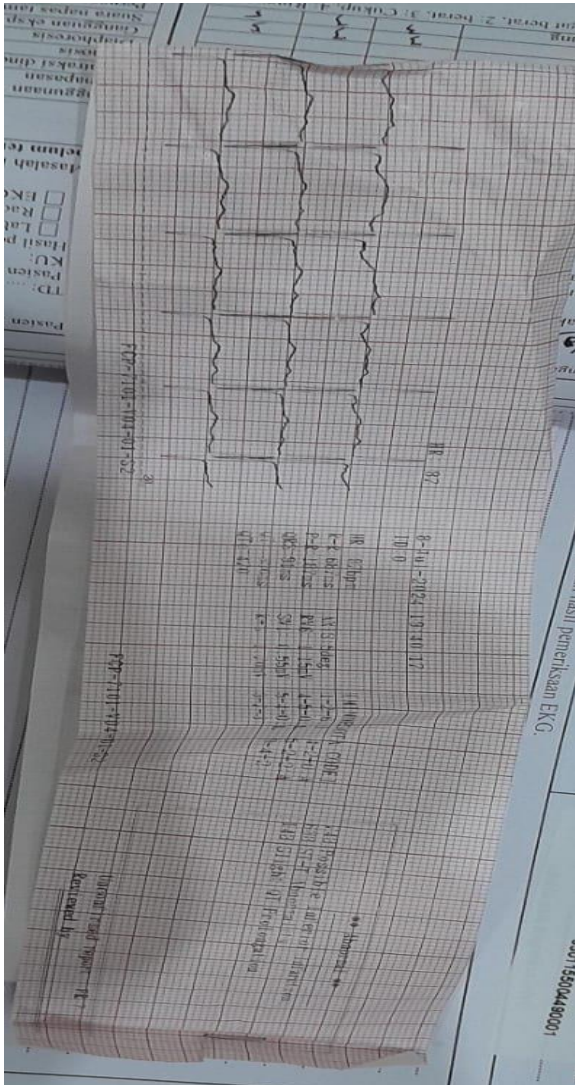
No.	Tanggal/jam	Dx Perawatan	EVALUASI	Paraf
4.	19-06-24.	Risiko Defisit	S= Pasien Menyatakan tidak terbiasa dengan	
	17.00.	Nutrisi berhubungan	makanan yang disajikan RS.	
		dengan Keangasan	O= Pasien tampak hampir menghabiskan 1/4	
		untuk makan.	dari Porsi yang diberikan RS	
			Setelah dilakukan Perawatan dengan	Yubanto
			Kriteria hasil di dapatkan :	
			SA ST.	
			Porsi makanan yang	
			dihabiskan 3 5	
			Frekuensi Makan 3 5	
			Napsu Makan. 3 5	
			P= Lanjut Intervensi.	
	20-06-24.		S= -	
	19.00		O= Pasien tampak hanya menghabiskan 1/4	
			Porsi makanan dari Porsi yang diberikan	
			RS	
			SA ST.	
			Porsi makanan yang	
			dihabiskan 3 5	
			Frekuensi Makan 4 5	
			Napsu Makan 3 5	
			P= Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi	
	21-06-24.		S= -	
	19.00		O= Pasien tampak hampir menghabiskan	
			makanan yang diberikan dari RS.	
			di dapatkan hasil :	
			SA ST.	
			Porsi Makanan yang	
			dihabiskan 4 5	
			Frekuensi makan 5 5	
			Napsu Makan 5 5	
			P= Masalah teratasi sebagian, Lanjutkan	
			Intervensi.	



No.	Tanggal/jam	Dx Keperawatan	EVALUASI	Prop															
5.	19-06-24. 17.00	Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan	<p>S: Pasien menyatakan sesak, merasa Lemah.</p> <p>O: Pasien terlihat terpasang O<sub>2</sub> Nasal Kawal, Turgor Kulit Statis.</p> <p>Setelah diberikan Perawatan dengan Kriteria hasil didapatkan, :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Turgor Kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan Lemah.</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Intake Cairan.</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan.</p>		SA	ST.	Turgor Kulit	3	5	Dispnea	3	5	Perasaan Lemah.	3	5	Intake Cairan.	3	5	 Yudhana
	SA	ST.																	
Turgor Kulit	3	5																	
Dispnea	3	5																	
Perasaan Lemah.	3	5																	
Intake Cairan.	3	5																	
	20-06-24 19.00		<p>S: Pasien menyatakan masih sedikit sesak, dan lemah.</p> <p>O: Pasien terlihat masih lemah dan terpasang O<sub>2</sub> Nasal Kawal.</p> <p>Setelah diberikan Perawatan dengan Kriteria hasil didapatkan.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Turgor Kulit.</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan Lemah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Intake Cairan</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Masalah belum teratasi, Lanjutkan Intervensi.</p>		SA	ST.	Turgor Kulit.	4	5	Dispnea	4	5	Perasaan Lemah	4	5	Intake Cairan	4	5	 Yudhana
	SA	ST.																	
Turgor Kulit.	4	5																	
Dispnea	4	5																	
Perasaan Lemah	4	5																	
Intake Cairan	4	5																	
	21-06-24. 19.00		<p>S: Pasien menyatakan tidak sesak dan lemah.</p> <p>O: Pasien terlihat tidak menggunakan nasal Kawal.</p> <p>Setelah diberikan Perawatan dengan Kriteria hasil di dapatkan :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Turgor Kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan Lemah</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Intake Cairan</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Masalah teratasi Sebagian, Lanjutkan Intervensi</p>		SA	ST	Turgor Kulit	4	5	Dispnea	5	5	Perasaan Lemah	5	5	Intake Cairan	5	5	 Yudhana
	SA	ST																	
Turgor Kulit	4	5																	
Dispnea	5	5																	
Perasaan Lemah	5	5																	
Intake Cairan	5	5																	




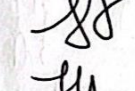
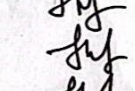
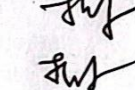





LAMPIRAN 7 EKG



## Lampiran 8 Lembar Konsul

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TID PEMBIMBING
1.	27 Mei 2024	Bimbingan BAB I	
2.	30 Mei 2024	Bimbingan, Revisi BAB I	
3.	31 Mei 2024.	Bimbingan BAB II	
4.	6 Juni 2024	Revisi BAB I, II, III.	
5.	10 Juni 2024.	Acc maju sidang Proposal KTI.	
6.	26 Juni 2024.	Konsul BAB IV dan V	
7.	27 Juni 2024.	Revisi BAB IV dan V	
8.	28 Juni 2024.	Acc Maju sidang Seminar hasil KTI.	
9.	10 Juli 2024.	Revisi Seminar Hasil.	

## LEMBAR KONSULTASI KTI atau LOG BOOK

NO	TGL/BLN/TH	MATERI KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	7 Juni 2024	Bimbingan BAB I, II, III	Al Firdaus
2.	8 Juni 2024.	Revisi BAB I, II, III.	Al Firdaus
3.	10 Juni 2024.	Bab I, II, III kee ujar proposal	Al Firdaus
4.	26 Juni 2024	Konsul BAB IV, V	Al Firdaus
5.	10 Juli 2024.	Revisi BAB IV, V Seminar Hasil.	Al Firdaus Jamilus