

LAMPIRAN



Lampiran 1. SOP Terapi *contrast bath* dan elevasi kaki 30 derajat

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
TERAPI CONTRAST BATH DAN ELEVASI KAKI 30 DERAJAT	
Pengertian	<p><i>Contrast bath</i> merupakan perawatan dengan rendam kaki sebatas betis secara bergantian dengan menggunakan air hangat dan dilanjutkan dengan air dingin. Dimana suhu dari air hangat antara 36,6-43,3°C dan suhu air dingin antara 10- 20°C kemudian elevasi kaki 30 derajat merupakan memberikan posisi kaki lebih tinggi 30 derajat dari tubuh</p>
Manfaat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat menurunkan derajat edema pada pasien Congestive Heart Failure 2. Dapat mengurangi perembesan cairan plasma ke dalam ruang interstisium dan cairan yang berada di interstisium akan kembali ke vena. Menyebabkan aliran darah akan menuju ke bagian yang lebih proksimal.
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jam Detik/stopwatch 2. Thermometer untuk mengukur suhu air 3. Baskom 2 buah 4. Air hangat secukupnya 5. Air dingin secukupnya 6. Handuk kecil 7. Buku catatan/lembar observasi. 8. Alat tulis. 9. Lembar <i>informed consent</i>
Tahap preinteraksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis pasien 2. Cuci tangan 3. Siapkan alat yang diperlukan
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan kebersihan tangan sesuai dengan SOP. 2. Sampaikan salam dan memperkenalkan diri. 3. Lakukan identifikasi pasien sesuai dengan SOP. 4. Sampaikan maksud dan tujuan tindakan. 5. Jelaskan langkah dan prosedur tindakan. 6. Kontrak waktu dengan pasien.

	<p>7. Tanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan.</p> <p>8. Berikan privasi untuk pasien jika pasien membutuhkan.</p>
Tahap Kerja	<p>1. Ciptakan lingkungan yang nyaman.</p> <p>2. Selanjutnya TTV dan ukur derajat edema.</p> <p>3. Dengan cara melihat derajat edema pasien CHF.</p> <p>4. Posisikan pasien duduk dengan kaki menggantung.</p> <p>5. Isi air panas dan air dingin ke dalam baskom.</p> <p>6. Ukur suhu air panas 36,6-43,3C dan air dingin 10-20C.</p> <p>7. Cuci kaki jika terlihat kotor.</p> <p>8. Rendam kaki sebatas betis secara bergantian dengan menggunakan air hangat 3 menit dilanjutkan air dingin 1 menit sebanyak 3 kali pengulangan.</p> <p>9. Setiap 3 menit suhu air panas diukur dan pertahankan suhu air panas, jika suhu air menurun maka tambahkan air panas kembali.</p> <p>10. Angkat kaki dan keringkan kaki menggunakan handuk.</p> <p>11. Tindakan ini dilakukan ±12 menit dan dilanjutkan dengan Elevasi Kaki 30 derajat.</p> <p>12. Memposisikan pasien dengan berbaring, kepala memakai bantal.</p> <p>13. Tinggikan posisi kaki 30 derajat.</p>
Tahap Terminasi	<p>1. Beritahukan kepada pasien bahwa teknik terapi <i>contrast bath</i> telah selesai</p> <p>2. Berikan reinforsement positif kepada pasien</p> <p>3. Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya</p> <p>4. Bereskan alat-alat</p> <p>5. Cuci tangan</p>
Dokumentasi	1. Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan
Sumber	(Budiono & Ristanti, 2019), (Prasetya, 2023)

Lampiran 2 *Informed Consent*

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Tn. S

Umur : 67 tahun

Jenis Kelamin : Laki - Laki

Setelah mendapat penjelasan, saya menyatakan bersedia dengan sukarela menjadi responden untuk menerima manfaat tentang pemberian Tindakan keperawatan yang berjudul "**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf) Dengan Penerapan Terapi Contrast Bath Dan Elevasi Kaki 30 Derajat Terhadap Penurunan Edema Di Ruang Seruni Rsud Banyumas**".

Demikian surat pernyataan ini saya buat.

Banyumas, 21/12/2024



Responden

Lampiran 3. Asuhan Keperawatan

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa : Indri Rahmawati
Tempat Praktik : Ruang Seruni RSUD Banyumas
Tanggal : 21/12/2024

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama Tn. S.....
2. Tempat/tanggal lahir : Banyumas, 31-12-1958 /67. th.....
3. Golongan darah : A/O/B/AB
4. Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3
5. Agama : Islam/Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : kawin/belum/janda/duda (cerai) : hidup/(mati)
8. Pekerjaan : Penderes
9. Alamat : Panusupan, Cilongok, Banyumas
10. Diagnosa medik : Congestive Heart Failure (CHF)

(LDP)

B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : Ny. T.
2. Umur : 29. th
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : Anak pasien
7. Pendidikan terakhir : SMP
8. Alamat : Panusupan, Cilongok, Banyumas

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
Pasien masuk 150. tgl. 21/12/2024 dengan keluhan sesak nafas ± 2 minggu. Dan kaki bengkak serta sesak meningkat ketika beraktivitas. pasien menjalani Rontgen thorax. Dengan hasil efusi pleura & cardiomegali. Pukul 08.30 pasien pindah ke ruang seru saat haligianan pasien mengeluh masin sesak nafas dan bertambah sesak bengkak pada kakinya (pitting edema derajat 3) dan sering kesemutan, jantung berdebar. pasien mengatakan sering mengeluh sesak ketika beraktivitas berat dan sejak memiliki penyakit jantung. mulai Oktober 2024
2. Faktor pencetus : pasien mengatakan sering mengeluh sesak ketika beraktivitas berat dan sejak memiliki penyakit jantung.
3. Lamanya keluhan : ± 2 minggu
4. Timbulnya keluhan : (✓) bertahap () mendadak
5. Faktor yang memperberat : pasien mengatakan keluhan memberat saat beraktivitas

B. Status kesehatan masa lalu :

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :

Pasien mengatakan memiliki penyakit jantung kongkok sejak bulan Oktober 2024

2. Kecelakaan : pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan.

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : Hernia
2. Waktu : Agustus 2024
3. Riwayat operasi : Operasi hernia repair

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik**A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan**

1. Persepsi tentang kesehatan diri
Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya sehat dan beraktivitas seperti biasa, pasien mengatakan bahwa dirinya seorang perokok aktif sebelum sakit. Selama dirawat pasien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya.
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
Pasien mengatakan bahwa mengetahui bahwa penyakitnya berhubungan dengan jantung dan pernapasan sehingga harus menjalani perawatan khusus.
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
Pasien mengatakan sebelum sakit makananya 3x1, pasien minum kopi setiap hari, suka makanan berlemak dan gurih serta tidak memiliki pantangan. Selama sakit pasien mengatakan makan & minum sesuai intruksi dokter.
 - b. Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien jarang memeriksakan kesehatannya namun pasien selalu menjaga kebersihan diri dengan mandi 2x/hari dan cuba vaksinasi.
 - c. Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 - a). Yang dilakukan bila sakit
Pasien mengatakan saat sakit minum obat warung terlebih dahulu dan apabila sesak timbul pasien mengurangi aktivitas dan beristirahat.
 - b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit
Keluarga pasien mengatakan jika sakit bertambah maka akan berobat ke puskesmas terdekat atau RS.
 - c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)
Merokok : pak/hari, lama : tahun
Alkohol : , lama Tahun
Kebiasaan olah raga, jenis : tidak ada, frekuensi :

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
	Pasien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat-obatan/jamu	-	

- d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
- 1). Penghasilan pasien mengatakan penghasilannya tidak menentu.....
 - 2). Asuransi/jaminan kesehatan BPJS
 - 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal pasien mengatakan lingkungannya pedesaan, bersih, aman dan nyaman.

2. Nutrisi, cairan dan metabolismik

a. Gejala (subjektif)

- 1). Diet biasa (tipe) : lunak, lauk saring... jumlah makan/hari : 3x/hari & snack 2x/hari
- 2). Pola diet : TETP makan terakhir : ... 06.00 WIB
- 3). Nafsu/selera makan : sedikit menurun! Mual : Ya/Tidak, waktu :
- 4). Muntah : (✓) tidak ada () ada, jumlah :
- Karakteristik : tidak ada keluhan
- 5). Nyeri ulu hati : (✓) tidak ada () ada,
Karakter/penyebab : tidak ada keluhan
- 6). Alergi makanan : (✓) tidak ada () ada
- 7). Masalah mengunyah/menelan : (✓) tidak ada
() ada, jelaskan
- 8). Keluhan demam : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 9). Pola minum/cairan : jumlah minum sebelum sakit 8 gelas/hari
- Cairan yang biasa diminum ... air putih
- 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan .pasien mengatakan mengalami penurunan BB dalam waktu 1 minggu.
BB sebelumnya 95 kg . BB sekarang 96 kg .

b. Tanda (obyektif)

- 1). Suhu tubuh 36.7 °C
Diaphoresis : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 2). Berat badan : 46 kg Tinggi badan 156 cm
Turgor kulit : pembolong > 3 detik Tonus otot : lemah
- 3). Edema : () tidak ada (✓) ada, lokasi dan karakteristik
terdapat edema pada kedua kaki dengan pitting edema, peredaan
3 dan kaki sering merasa kesemutan dan sulit digerakkan

- 4). Ascites : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 5). Integritas kulit perut^{dashi} Lingkar abdomen.....cm
- 6). Distensi vena jugularis : () tidak ada (✓) ada,
Jelaskan ...tampak... pembesaran... vena... jugularis... banan, tampak pucat
- 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 :
....tampak tidak ada sianosis, mukosa bibir pucat, tidak membatasi
gigi palsu

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

a. Gejala subyektif :

- 1). Dispneu : () tidak ada (✓) ada, jelaskan ..pasien mengatakan masih sesak napas
pasien mengatakan merasa cepat lelah dan sesak
- 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesakketika melakukan aktivitas.
- 3). Pemajaman terhadap udara berbahaya....tidak ada
- 4). Penggunaan alat bantu : () tidak ada (✓) ada,
.....pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm

b. Tanda obyektif :

- 1). Pernafasan : frekuensi ...24x / menit Kedalamandangkal
Simetris ...pergerakan ... simetris
- 2). Penggunaan alat bantu nafasterpasang... oksigen ...nasal kanul 3 lpm
Nafas cuping hidungtidak ada
- 3). Batuk :Sputum (karakteristik)tidak ada
- 4). Fremitus :Bunyi nafasterdengar suara ronchi
- 5). Egofoni :tidak ada Sianosis :tidak ada

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif :

- 1). Kegiatan dalam pekerjaan ..pasien mengatakan beraktivitas sehari² sebagai
penderes, tertidur seiring merasa jantung berdebar dan sesak napas
- 2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - Pergerakan tubuh selama Sabit pasien mengatakan pergerakan terbatas karena
 - Kemampuan merubah posisi : () mandiri (✓) perlu bantuan,
Jelaskan ..pasien mengatakan dibantu keluarga saat beberapa aktivitas
 - Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
() mandiri (✓) perlu bantuan, jelaskan ..beberapa kegiatan dibantu
- 3). Toileting (BAB/BAK) : () mandiri (✓) perlu bantuan, jelaskan.
pasien...mengatakan...untuk...kegiatan...toileting...dibantu
- 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : () tidak ada (✓) ada,
Jelaskan ..pasien...mengatakan...sesak...bertambah saat beraktivitas
- 5). Mudah merasa lelah : () tidak ada (✓) ada,jelaskan ..
pasien...mengatakan...mudah...lelah...merasa...lemah dan leyo.

- 6). Toleransi terhadap aktivitas : () baik (✓) kurang, jelaskan
 pasien mengatakan tidak nyaman beraktivitas karena edema.
- b. Tanda obyektif :
- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramat tampak mudah lelah, lemah
 - 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi) status mental baik.
 - 3). Penampilan umum :
 - a). Tampak lemah : () tidak (✓) ya, jelaskan pasien tampak berbaring lemah
 - b). Kerapian berpakaian cukup rapi
 - 4). Pengkajian neuromuskuler :

Masa/tonus : tampak lemah

Kekuatan otot : s/5

Rentang gerak : terbatas

Deformitas : tidak ada
 - 5). Bau badan : tidak ada Bau mulut : tidak ada
 Kondisi kulit kepala : bersih, tidak tampak kotoran
 Kebersihan kuku : bersih, kuku tidak panjang

5. Istirahat

- a. Gejala subyektif :
- 1). Kebiasaan tidur pasien mengatakan tidurnya tidak ada masalah.
 Lama tidur ~~pasien mengatakan~~ saat 8-9 jam, saat-saat 6-7 jam / hari
 - 2). Masalah berhubungan dengan tidur
 - a). Insomnia : (✓) tidak ada () ada
 - b). Kurang puas/segar setelah bangun tidur : (✓) tidak ada () ada,
 Jelaskan
 - c). Lain-lain, sebutkan tidak ada keluhan
- b. Tanda obyektif :
- 1). Tampak mengantuk/mata sayu : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - 2). Mata merah : (✓) tidak ada () ada
 - 3). Sering menguap : (✓) tidak ada () ada
 - 4). Kurang konsentrasi : (✓) tidak ada () ada

6. Sirkulasi

- a. Gejala subyektif :
- 1). Riwayat hipertensi dan masalah jantung : () tidak ada (✓) ada,
 Jelaskan pasien mengatakan memiliki penyakit jantung sejak bulan Oktober
 - 2). Riwayat edema kaki : () tidak ada (✓) ada, jelaskan
 pasien mengatakan kengtak pada kaki sejak EMR
 - 3). Flebitis tidak ada (-) Penyembuhan lambat
 - 4). Rasa kesemutan pasien mengatakan sering, kesemutan
 - 5). Palpitasi pasien mengatakan teriring jantung berdetak

b. Tanda obyektif :

- 1). Tekanan darah ... 141 / 64 mmHg
- 2). Mean Arteri Pressure (MAP) : ... 89.11 ..
- 3). Nadi :
 - a). Karotis : teraba
 - b). Femoralis : teraba
 - c). Popliteal : teraba
 - d). Jugularis : teraba
 - e). Radialis : teraba
 - f). Dorsal pedis : teraba
 - g). Bunyi jantung : LUP. PUP. Frekuensi : ... kox / menit ..
Irama : Irregular Kualitas : ... lemah ..
 - h). Murmur : ... () Gallop : ... () ..
 - i). Pengisian kapiler : ... 2-3 detik ..
Varises : ... tidak ada Phlebitis : ... tidak ada ..
 - j). Warna membrane mukosa : ... pucat .. Bibir : ... pucat ..
Konjunktiva : ... tidak anemis Sklera : ... tidak letehik ..
Punggung kuku : ... merah muda ..

7. Eliminasi

a. Gejala subyektif :

- 1). Pola BAB : frekuensi : ... 1x sehari .. konsistensi : lunak tekanan
- 2). Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : ... tidak ada ..
- 3). Kesulitan BAB : konstipasi : ..
Diare : ..
- 4). Penggunaan laksatif : (✓) tidak ada () ada, jelaskan ..
- 5). Waktu BAB terakhir : ... 30 menit ..
- 6). Riwayat perdarahan : ... tidak ada ..
Hemorrhoid : ... tidak ada ..
- 7). Riwayat inkontinensia alvi : ... tidak ada ..
- 8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : ... tidak terpasang DC ..
- 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 membuncit ada / tidak, jelaskan ..
 - b). Auskultasi : bising usus ... 18x / menit .. 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 : tidak ada
 Nyeri lepas : tidak ada
 Konsistensi : lunak/keras : terasa lunak
 Massa : (✓) tidak ada () ada, jelaskan.....
 Pola BAB : konsistensi lunak warna...kecoekatan
 Abnormal : (✓) tidak ada () ada, jelaskan.....

 Pola BAK : dorongan baik Frekuensi.... 6-7 x / hari
 Retensi ... tidak ada
 Distensi kandung kemih : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

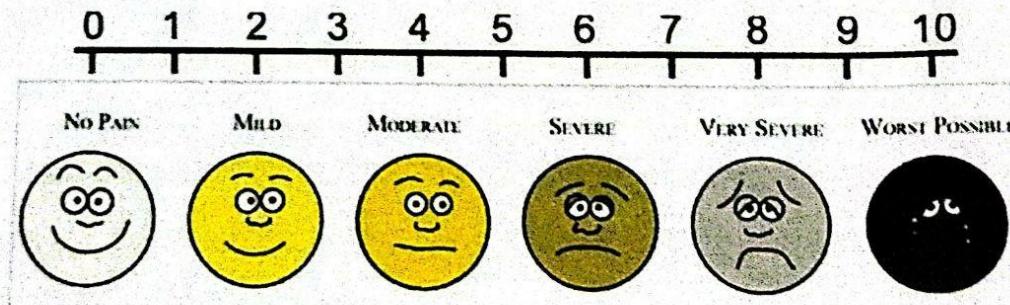
e). Karakteristik urin : ... warna kuning jernih

Jumlah ... 50 cc / 8 jam ... Bau ... khas urin

f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan tidak ada

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subjektif :



1). Adanya nyeri

P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri).
 pasien mengatakan tidak merasa nyeri

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan)... tidak ada keluhan

R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)
 tidak ada keluhan

S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 – 10) tidak ada keluhan

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya) tidak ada keluhan

2). Rasa ingin pingsan/pusing : () tidak ada (✓) ada, jelaskan

.... pasien mengatakan terkadang pusing

3). Sakit kepala : lokasi nyeri tidak ada keluhan

Frekuensi :

- 4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi pasien mengatakan kaki sering kesemut
 5). Kejang : (✓) tidak ada () ada
 Jelaskan
 Cara mengatasi :
- 6). Mata : penurunan penglihatan (✓) tidak ada () ada,
 Jelaskan
- 7). Pendengaran : penurunan pendengaran (✓) tidak ada () ada,
 Jelaskan
- 8). Epistaksis : (✓) tidak ada () ada
 Jelaskan
- b. Tanda obyektif :
- 1). Status mental :

Kesadaran : (✓) komos mentis () apatis () somnolen () sopor () koma
 2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) 1
 Respon motorik (M) 5
 3). Terorientasi/disorientasi : waktu terorientasi baik
 Tempat terorientasi baik Orang terorientasi baik
 4). Persepsi sensori : ilusi tidak ada halusinasi tidak ada
 Delusi tidak ada Afek tidak ada Jelaskan
 - 5). Memori :

Saat ini pasien mengingat bahwa saat ini sedang di RS
 Masa lalu pasien mengingat alasan dibawa ke RS
 - 6). Alat bantu penglihatan/pendengaran : (✓) tidak ada () ada, sebutkan
 - 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki isokor
 Ukuran pupil saat terkena cahaya)
 - 8). Facial drop tidak ada Postur sedikit membungkuk
 Reflek baik
 - 9). Penampilan umum tampak kesakitan : (✓) tidak ada () ada
 Respon emosional tampak gelisah penyempitan fokus tidak ada

9. Keamanan

- a. Gejala subyektif :
- 1). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :

Obat-obatan : tidak ada alergi!
 Makanan : tidak ada alergi
 - 2). Riwayat penyakit hubungan seksua : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - 3). Riwayat transfusi darah tidak ada
 Riwayat adanya reaksi transfusi tidak ada
 - 4). Riwayat cedera : (✓) tidak ada () ada, sebutkan
 tidak ada
 - 5). Riwayat kejang : (✓) tidak ada () ada, sebutkan
 tidak ada
- b. Tanda Obyektif :
- 1). Suhu tubuh °C Diaforesis tidak ada
 - 2). Integritas jaringan tampak tidak ada luka / jejas
 - 3). Jaringan parut : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

- 4). Kemerahan/pucat : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
tidak ada ketas kemerahan
- 5). Adanya luka : luas tidak ada kedalaman -
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 ...
pasien terpasang infus ditangan kanan
- 8). Gangguan keseimbangan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
.....
- 9). Kekuatan umum lemah tonus otot lemah
Parese/paralisa tidak ada

10. Seksual dan reproduksi

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual pasien mengatakan memahami fungsi seksual
 - 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)
..... pasien mengatakan tidak ada masalah seksual
 - 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - 4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis tidak ada keluhan
Gangguan prostat tidak ada keluhan
 - 5). Pengkajian pada perempuan
 - a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)
 - b). Riwayat kehamilan
 - c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Pemeriksaan payudara/penis/testis
..... tidak ada keluhan
 - 2). Kutil genital, lesi tidak ada keluhan

11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme coping

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Faktor stress pasien mengatakan sebelum sakit tidak pernah memiliki hal yang tidak penting, pasien juga bisa mengontrol emosinya selama dirawat pasien berharap cepat sembuh dari penyakitnya.
 - 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)
..... pasien mengatakan membicarakannya kepada keluarganya
 - 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 selalu terbuka dengan keluarganya.

- 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
..... pasien dan keluarganya bersedia mengikuti pengobatan dengan rasa percaya
- 5). Perasaan cemas/takut : tidak ada ada, jelaskan
..... pasien mengatakan tetap adang cemas dengan satinya.
- 6). Perasaan ketidakberdayaan : tidak ada ada, jelaskan
- 7). Perasaan keputusasaan : tidak ada ada, jelaskan
- 8). Konsep diri :
- a). Citra diri : pasien mengatakan menerima keadaannya saat ini karena semua masalah ada jalan keluaranya.
 - b). Ideal diri : pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan segera pulang ke rumah.
 - c). Harga diri : pasien mengatakan masih tetap bersyukur ada keluarga yang memerlukan dalam kondisi apapun.
 - d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : tidak ada
 - e). Konflik dalam peran : tidak ada

b. Tanda obyektif :

- 1). Status emosional : tenang, gelisah, marah, takut, mudah tersinggung
- 2). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah
..... tiba-tiba : 111/64 mmHg, S : 36,7°C, N : 60 ×/menit, R : 24 ×/menit
..... SPO₂ : 97%

12. Interaksi sosial

a. Gejala subyektif :

- 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh
..... pasien mengatakan orang terdekat adalah keluarganya (anaknya).
- 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah
..... pasien mengatakan meminta bantuan pada keluarganya.
- 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : tidak ada ada, sebutkan
..... tidak ada
- 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
..... pola bicara dapat dipahami
- 3). Penggunaan alat bantu bicara

- tidak ada penggunaan alat bantu bicara
- 4). Adanya trakeostomi
tidak ada
 - 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain
menggunakan komunitas verbal tanpa isyarat
 - 6). Perilaku menarik diri : tidak ada ada,
Sebutkan

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

a. Gejala subyektif :

- 1). Sumber kekuatan bagi klien : pasien mengatakan Alah SWT
- 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : tidak ada ada,
Jelaskan tidak ada
- 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : kerdoa,.....
berdzikir frekuensi setiap saat
- 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat pasien mengatakan terkadang tidak menjalankan ibadah karena susah
- 5). Pemecahan oleh klien pasien melakukan ibadah di tempat tuju
- 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

Data Penunjang

1. Laboratorium (2 Desember 2021)

Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Hasti	Satuan
Hemoglobin	13,2 - 17,3	9,8	g/dl
Leukosit	3,70 - 10,10	9,75	10 ³ /ul
Trombosit	150 - 450	110	10 ³ /ul
Eritrosit	4,50 - 6,50	3,12	10 ⁶ /ul
Hematokrit	39,6 - 51,9	28,9	%
Klinik Kimia			
BUN	7 - 10	33,8	mg/dl
Creatinin	1,60 - 1,30	2,95	mg/dl
SGOT	0 - 50	49	u/L
SGPT	0 - 50	27	u/L
HBsAg	non reaktif	non reaktif	

2. Radiologi
02/12/2029. (Rontgen)
Kesan: Efusi pleura sinistra dan pleural reaction dengan extra
susp. Ec TB paru, Cardiomegali.
3. EKG
02/12/2029 : sinus rhythm
HR 65 bpm
4. USG
tidak ada
5. CT Scan
tidak ada
6. Pemeriksaan lain
02/12/2029 : TCM (-)
7. Obat-obatan
- Ceftriaxone 1 gr (2x1)
- Omeprazole 40 mg (2x1)
- Combivent 2.5 ml (3x1)
- Solvinex 2 ml (3x1)
- Pro Alb (3x1)
- Hidrocortisone 100 mg (2x1)
8. Diet
- diet oral, lunak rauk sayur, TETP 1900 kcal.
- Pemberian diet bertahap. N.T. 1cc sari buah snack puji moso/
62 kcal/cc (3x100 cc)

ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	Senin 2/12/2024 (08.38)	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengalaman sesak napas dan sesak bertambah saat beraktivitas - pasien mengalaman jantung sesing berdebar-debar - pasien mengalaman lemah dan lemas. <p>Po:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 141/69 mmHg - RR: 24 x /menit - H: 60x /menit - 36,7 °C (suhu) - pasien tampak pucat - Tampak peningkatan vena jugularis - CRT > 3 detik (kembali < 2detik) - tampak edema derajat 3 - ponchi (+) - Rx thorax: kesan kardiomegali 	Perubahan preload dan afterload	Penurunan Curah jantung (D.0008)
2	Senin 2/12/2024 (08.35)	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengalaman merasa lemah - pasien mengalaman sesak meningkat saat beraktivitas - pasien mengalaman nyaman tidur dengan 2-3 bantal <p>Po:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak edema di kedua kaki dengan pitting edema derajat 3. - BB meningkat dalam waktu ± 1 minggu BB sebelumnya 43 kg, BB sekarang 46 kg - CRT > 3 detik (kembali < 2detik) 	Gangguan aliran balik vena	Hipervolemia (D.0022)

		<ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit kembali > 3 detik - membran mukosa pucat - urin \pm 50 cc/8 jam 		
5	Senin 2/12/2024 (08.35)	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas - pasien mengatakan mudah lelah dan lemas - pasien mengatakan untuk beraktivitas dibantu keleluasa <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak lemah - terpasang O₂ 3 lpm (Nb) - TD: 141/64 mmHg - N: 60 x/menit - S: 36,7 °C - nrr: 29 x/menit - SpO₂: 97 % 	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	intoleransi aktivitas (Dosisb)

Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Diagnosa

No	Tgl/Jam	Diagnosa	Prioritas
1	2/12/2029 (08.40)	Penurunan curah jantung berhubungan dengan (b.d) perukahan preload dan afterload	I
2	2/12/2029 (08.40)	Hipervolemia berhubungan dengan (b.d) gangguan aliran katik vena	II
3	2/12/2029 (08.40)	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan (b.d) ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	III

RENCANA KEPERAWATAN

No.	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI																		
1	2-12-2029 (08.90)	Penurunan Curah Jantung	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kelelahan nadi perifer</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2. Palpitasi</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3. Dyspnea</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4. Pucat</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5. Lelah</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:</p> <p>Indikator 1</p> <p>1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup meningkat 5 : meningkat</p> <p>Indikator 2,3,4,5</p> <p>1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun</p>	Indikator	SA	ST	1. Kelelahan nadi perifer	2	5	2. Palpitasi	2	5	3. Dyspnea	2	5	4. Pucat	2	5	5. Lelah	2	5	<p>Perawatan Jantung (1.02075)</p> <p>L</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda & gejala primer penurunan curah jantung (dyspnea, kelelahan, edema). - Identifikasi tanda/gejala sekunder <ul style="list-style-type: none"> - monitor tekanan darah & nadi - monitor intake & output cairan - monitor saturasi - monitor EKG 12 sadsipan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan pasien semi Fowler / Fowler / posisi nyaman - Berikan diet jantung yang sesuai - fasilitasi pasien & keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat - Berikan teknik relaksasi untuk mengurangi stress - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >99% <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi - Ajarkan beraktivitas fisik secara bertahap - Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake & output cairan harian <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antikardia rugika ke program reabilitas jantung
Indikator	SA	ST																				
1. Kelelahan nadi perifer	2	5																				
2. Palpitasi	2	5																				
3. Dyspnea	2	5																				
4. Pucat	2	5																				
5. Lelah	2	5																				

-2024 (08.90)	Hipervolemia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tercapai keselimbangan cairan dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Keluatan urin</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2. Kelembapan membran mukosa</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3. Edema</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4. Asites</td><td>2</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan: Indikator 1,2 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup meningkat 5 : meningkat Indikator 3,4 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun</p>	Indikator	SA	ST	1. Keluatan urin	2	5	2. Kelembapan membran mukosa	2	5	3. Edema	2	5	4. Asites	2	5	<p>Manajemen Hipervolemia (1.0311a)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penilaian tanda & gejala hipervolemia - Identifikasi penyebab hipervolemia - monitor status hemodinamik - monitor intake & output cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi asupan cairan - Tinggikan kepala tempat tidur 30-90°. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melaporkan keluatan urin $<0,5 \text{ ml/kg/jam}$ dalam 6 jam - Anjurkan melaporkan jika BB bertambah $>1 \text{ kg}$ dalam sehari - Ajarkan cara mengukur & mencatat asupan & haluanan urin - Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pembetulan diuretik - kolaborasi pengantian kehilangan kalium akibat diuretik
Indikator	SA	ST																
1. Keluatan urin	2	5																
2. Kelembapan membran mukosa	2	5																
3. Edema	2	5																
4. Asites	2	5																

-12-2029
(68.40)

Intoleransi aktivitas

Sekelah dilakukan tindakan kegiatan selama 3x20 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :

Indikator	SA	ST
1. Frekuensi nadi	2	≤
2. Kemudahan melakukan aktivitas	2	≤
3. Keluhan lelah	2	≤
4. Dyspnea	2	≤

Keterangan :

Indikator 1,2

- 1 : menurun
- 2 : cukup menurun
- 3 : sedang
- 4 : cukup meningkat
- 5 : meningkat

Indikator 3,4

- 1 : meningkat
- 2 : cukup meningkat
- 3 : sedang
- 4 : cukup menurun
- 5 : menurun

Manajemen Energi (1.05178)

Observasi

- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- monitor kelelahan fisik dan emosional
- monitor pola dan jam tidur
- monitor kefidaknyamanan

Terapeutik

- sediakan lingkungan yang nyaman
- berikan bahan distraksi yang menyenangkan

Edukasi

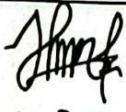
- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Kolaborasi

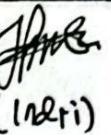
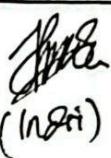
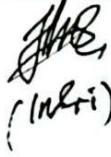
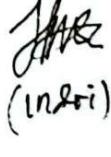
- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang peningkatan asupan makanan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No. Dx	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD/Nama
1, 2, 3	2-12-2024 (08.30)	melakukan Pengajian pada Tn.s	S : pasien mengatakan bersedia menjawab pertanyaan yang diajukan O : tampak pasien & keluarga kooperatif	J. Indri (Indri)
1	(08.35)	mengidentifikasi tanda & gejala primer & sekunder penurunan curah jantung	S : pasien mengatakan masih merasa lelah dan lemas O : - tampak pucat - tampak edema pada ekstremitas & asites pada abdomen pasien - tampak peningkatan vena jugularis	J. Indri (Indri)
2	(08.45)	mengidentifikasi tanda & gejala hipervolemia mengidentifikasi penyebab hipervolemia	S : pasien mengatakan ada riwayat jantung bengkok sejak Oktober 2024 O : tampak bengkok pada ekstremitas pasien dan asites pada abdomen	J. Indri (Indri)
2	'09.15)	- memonitor status hemodinamik - Memonitor intake dan output Cairan	S : pasien mengatakan masih merasa muasih lelah. O : TD : 11/68 mmHg S: 36.1 M : 68x/menit SP02: 97% RR: 22x/ menit urin : 100 ml.	J. Indri (Indri)
2	(09.30)	menjelaskan strategi terapi Contrast bath dan elevasi kaki 30° (untuk mengurangi pitting edema)	S : pasien mengatakan memerlui penjelasan yang diberikan yaitu tujuan terapi untuk mengurangi bengkok. O : tampak kooperatif	J. Indri (Indri)

2	(09.45)	memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi derajat edema (contrast bath & elevasi kaki 30°) selama 15 menit	S : pasien mengatakan nonfarmakologi untuk mengurangi derajat edema merasa nyaman setelah diberikan terapi nonfarmakologi tersebut O: - tampak lebih rileks - pitting edema derajat 3 - TTV setelah terapi TB : 141/70 mmHg S: 36,1 N: 63 x/menit SpO ₂ : 98% RR : 22 x/ menit	 (Indri)
3	(10.05)	memonitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukam aktivitas	S : pasien mengatakan sesak pada saat beraktivitas O : tampak pasien berkeringat di tempat tidur	 (Indri)
3	(10.35)	- memonitor frekuensi hafas - memonitor saturasi oksigen	S : pasien mengatakan sesak ketika beraktivitas O : RR : 22x/ menit SpO ₂ : 98 %	 (Indri)
3	(10.45)	- mengabji abanya faktor yang menyebabkan kelelahan - mengajukan tihah bating	S : pasien mengatakan mulai lelah ketika beraktivitas dan pasien bersedia untuk tihah bating O : tampak tihah bating	 (Indri)
1,2, 3	(12.00)	memberikan Injeksi - furosemid 1 amp. - colvinel 2 ml - ceftriaxone 1gr	S : pasien mengatakan bersedia diberikan obat injeksi O : tampak tidak ada alergi	 (Indri)
2	(13.00)	memberikan kembali terapi contrast bath selama 15 menit	S : pasien mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan terapi O: - tampak lebih rileks - pitting edema derajat 3 - kooperatif	 (Indri)
PPPN UNAI	(14.00)	memonitor intake dan output	S : - O : Intake minum : 160 cc Infus : 200 cc Injeksi : 5 cc Output urin : 150 cc	 (Indri)

1	selasa 3-12-2024 (08.20)	memonitor pola tidur dan jam tidur memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukna aktivitas	S: pasien mengatakan tidurnya semalam lumayan nyaman meskipun terbangun tetangun. Pasien mengatakan sesak mulai berkurang O: tampak $O_2 \geq 1pm$ - tampak lebih rileks	JHMS (Indri)
2	(08.40)	memonitor frekuensi napas memonitor saturasi oksigen	S: pasien mengatakan sesak berkurang O: - RR : 20x/menit - SpO_2 : 98%	JHMS (Indri)
3,1	(09.00)	memposisikan pasien yang nyaman (posisi semi Fowler)	S: pasien mengatakan posisinya sudah nyaman O: tampak pasien di posisikan semi Fowler	JHMS (Indri)
1	(09.15)	mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	S: pasien mengatakan sudah mengutangi aktivitas dan membatasi istirahat O: tampak pasien berbaring di tempat tidur	JHMS (Indri)
2	(09.30)	memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi edema (contrast bath dan elevasi kaki 30°) selama 15 menit	S: pasien menceritakan nyaman setelah diberikan tetapi O: tampak rileks & kooperatif - pitting edema 2° - TTV: TO: 140/80 mmHg H:65 S: 56,3 , SpO_2 : 98% RR: 20x/menit	JHMS (Indri)
2	(11.00)	mengajukan pasien beraktivitas ringan di tempat tidur	S: pasien mengatakan mampu duduk dan naikan sendiri secara perlahan O: tampak pasien mampu duduk	JHMS (Indri)

2	(11.30)	mengobservasi dan metawat area luka / kulis perifer	S: pasien mengalaman bengkak mulai berkurang O: - tidak ada plebitis - tidak ada luka/lesi	 (Indri)
1,2, 3	(11.45)	memonitor kondisi umum pasien	S: pasien mengalaman sesak berkurang O: - tampak pucat berkurang - turgor kulit membalk - CTR kembali dalam 3 detik - pitting edema derajat 2	 (Indri)
1,2, 3	(12.00)	memberikan inj. Obat : - solvinex 2 ml - Hydrocortisone 100 mg - Pro Alb - Ceftriaxone 1 grt	S: pasien mengalakan bersedia diberikan Injeksi obat O: tampak tidak ada alergi	 (Indri)
2	(13.00)	memberikan terapi contrast bath untuk mengurangi edema & elevasi kaki 30°, tetapi selama 15 menit	S: pasien merasakan lebih rileks setelah diberikan terapi O: - tampak lebih nyaman - Pitting edema derajat 2 - kooperatif	 (Indri)
2	(15.15)	mengobservasi TTV dan gerajut edema	S: pasien mengalakan sesak berkurang O: - TD: 130/80 mmHg S: 86,9 - N: 65x/menit SpO ₂ : 98% - RR: 20 x/ menit - Pitting edema derajat 2 - tampak pucat berkurang	 (Indri)
2	(14.00)	memonitor Intake dan output cairan	S: - O: Intake minum : 150 cc Input : 200 cc Injeksi : 5 cc Output urin : 150 cc	 (Indri)

1,5	Rabu 1-12-2024 (08.20)	memonitor pola & jam tidur pasien memonitor lokasi & ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	S: pasien mengatakan sesak sudah berkurang. gantungnya cukup O: RR: 20x/menit SpO ₂ : 99% tampak lebih tdkles	 (Indri)
1,3	(08.35)	memosisikan pasien semi fowler	S: pasien mengatakan sekarang kondisinya jauh lebih baik O: pasien tampak betahing posisi semi fowler	 (Indri)
2	(09.00)	memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengutangi edema (contrast bath & elevasi kaki 30°) selama 15 menit	S: pasien mengatakan kaki nyaman setelah terapi O: - pitting edema derajat I - Rasa berkurang - CRT kembali dalam 3 detik	 (Indri)
1,2 3	(09.15)	mengobservasi TT & derajat pitting edema	S: pasien mengatakan sesak berkurang O: TO: 135'/ 10 mmHg S: 36,2 N: 79x/menit SpO ₂ : 99%	 (Indri)
2	(10.05)	mengobservasi & merawat area lokal sirkulasi perifer	S: pasien mengatakan Bengkak berkurang O: - tidak ada plebitis - tidak ada luka/lezet/lesi	 (Indri)
3	(11.30)	mengajarkan pasien beraktivitas ringan & tahan pernapasan	S: pasien mengatakan sudah tidak terlalu sesak saat beraktivitas O: mampu berjalan ditempat, turun/turup tangga.	 (Indri)

12. 3	(12.00)	<p>memberikan inj. obat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - solvinex 2 ml. - pro Alb . - ceftriaxone 1 gr - Hydrocortisone 100 mg. 	<p>S: pasien mengatakan bersedia diberikan injeksi obat</p> <p>O: tampak tidak ada alergi</p>	 (Indri)
2	(13.00)	<p>memberikan tetapi kontrast bath & elevasi kaki 30° selama 15 menit untuk mengurangi edema kaki</p>	<p>S: pasien mengatakan bersedia diberikan injeksi obat</p> <p>O: tampak tidak ada alergi</p>	 (Indri)
2	(13.15)	<p>mengobservasi TTV dan derajat pitting edema</p>	<p>S: pasien mengatakan sasik berkurang</p> <p>O: TTV SBP: 141/78 mmHg S: 3/s N: 69x/menit PR: 20x/ menit SpO₂: 98 % - Pitting edema derajat 1</p>	 (Indri)
12. 3	(13.30)	<p>monitor kondisi umum pasien</p>	<p>S: pasien mengatakan saat beraktivitas selskt berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien terlihat tidak pucat - Turgor kulit normal - CRT kembali dalam 2 detik - pitting edema derajat 1 - tidak menggunakan 1, 	 (Indri)
2	(14.00)	<p>monitor intake & output cairan pasien</p>	<p>S: -</p> <p>O: Intake Minum : 200 cc Infus : 250 cc Injeksi : 5 cc</p> <p>Output Urin : 200 cc</p>	 (Indri)
12. 3	(14.05)	<p>memberikan Discharge planning pada pasien</p>	<p>S: pasien mengatakan paham & keluar juga pahami untuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - minum obat secara teratur, memeriks ke dokter spesialis (penyekatan echocardiography) - Melakukan terapi kontrast bath drunah - ambil suntik transmetab 	 (Indri)

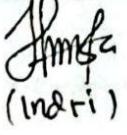
CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																								
Senin 2-12-2024 (15.00)	Penurunan curah jantung	<p>S: pasien mengalami sesak dan bertambah saat beraktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengalami masih terbatas berdebar jantungnya - pasien mengalami lompat mulai berdebar dan keluhan lelah juga berdebar <p>D:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tumpak punah berdebar - tetapan nadi perifer - TD: 141/70 mmHg S: 56,3 H: 65 x/menit SpO₂: 97% RR: 22 x/menit <p>A: masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kekuatkan nadi perifer</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>2. Palpitasi</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr> <tr> <td>3. Dyspnea</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr> <tr> <td>4. Pycat</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>5. lelah</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor tanda & gejala primer + sekunder penurunan curah jantung - monitor saturasi - Aturkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 	Indikator	SA	ST	SS	1. Kekuatkan nadi perifer	2	5	3	2. Palpitasi	2	5	2	3. Dyspnea	2	5	2	4. Pycat	2	5	3	5. lelah	2	5	3	 (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																								
1. Kekuatkan nadi perifer	2	5	3																								
2. Palpitasi	2	5	2																								
3. Dyspnea	2	5	2																								
4. Pycat	2	5	3																								
5. lelah	2	5	3																								

	12.2029 (15.00)	Hipervolemia	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan kaki dan tangannya masih bergetar. - pasien mengatakan minumannya sedikit sekitar 150 cc/6 jam - pasien mengatakan beraktivitas masih sulit <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak edema pada ekstremitas terutama s - jumlah urin 150 cc/6 jam - pasien tampak dibantu keluarga - membran mukosa mulai lembab - tampak masih asites <p>A: masalah hipervolemia belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Keluatan urin</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>2. membatan mukosa</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>3. edema</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr> <tr> <td>4. asites</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi asupan cairan - memberikan terapi contras bath. 	Indikator	SA	ST	SS	1. Keluatan urin	2	5	3	2. membatan mukosa	2	5	3	3. edema	2	5	2	4. asites	2	5	2	Jamila (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																					
1. Keluatan urin	2	5	3																					
2. membatan mukosa	2	5	3																					
3. edema	2	5	2																					
4. asites	2	5	2																					
3	2-12 - 2029 (15.00)	Intoleransi aktivitas	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih sesak saat beraktivitas - pasien mengatakan kaki mulai berkeringat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak dibantu keluarga - tetrasang NK 4 lpm - N: 65 x/ menit - SpO2: 97% <p>A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Frekuensi nadi</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>2. kemudahan aktivitas</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr> <tr> <td>3. keluhan kaki</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>4. pulsira</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. 	Indikator	SA	ST	SS	1. Frekuensi nadi	2	5	3	2. kemudahan aktivitas	2	5	2	3. keluhan kaki	2	5	3	4. pulsira	2	5	2	Jamila (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																					
1. Frekuensi nadi	2	5	3																					
2. kemudahan aktivitas	2	5	2																					
3. keluhan kaki	2	5	3																					
4. pulsira	2	5	2																					

2024 .00)	Penurunan Curah Jantung	<p>S : pasien mengatakan sejak berturang</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan jantung berdebar sudah berturang - pasien mengatakan masih merasa sedikit lemas & lelah. <p>D :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ketukan nadir perifer teraba kuat - tampak punah berturang - TD : 140/80 mmHg - N : 65 x/ menit - S : 36,4 - SpO₂ : 98 % - RR : 20 x/ menit <p>A : masing-masing penurunan curah jantung belum teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Indikator</th><th style="text-align: center;">SA</th><th style="text-align: center;">ST</th><th style="text-align: center;">SS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ketukan nadir perifer</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr> <td>2. palpitas</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr> <td>3. dyspnea</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr> <td>4. pucat</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr> <td>5. lelah</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor tanda & gejala PHmet + set under penurunan curah jantung - monitor saturasi - Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 	Indikator	SA	ST	SS	1. ketukan nadir perifer	2	5	4	2. palpitas	2	5	3	3. dyspnea	2	5	3	4. pucat	2	5	1	5. lelah	2	5	4	 (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																								
1. ketukan nadir perifer	2	5	4																								
2. palpitas	2	5	3																								
3. dyspnea	2	5	3																								
4. pucat	2	5	1																								
5. lelah	2	5	4																								

	-2024 (15.00)	Hipervolemia	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan bagian kaki tidak terlalu lengkap seperti sebelumnya. - pasien mengatakan bengkak perutnya mulai bertambah - pasien mengatakan minum sedikit ± 150 cc/6 jam. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - terdapat edema derajat 2 - jumlah urin ± 150 cc/6 jam - tampak mukosa bibir lembab <p>A: masalah hipervolemia belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. keluhan umn</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>2. membran mukosa</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>3. edema</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>4. Asites</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - batasi asupan natrium - memberikan terapi contrast bath. 	Indikator	SA	ST	SS	1. keluhan umn	2	5	4	2. membran mukosa	2	5	4	3. edema	2	5	3	4. Asites	2	5	3	<i>Jenny</i> (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																					
1. keluhan umn	2	5	4																					
2. membran mukosa	2	5	4																					
3. edema	2	5	3																					
4. Asites	2	5	3																					
3	3-12-2024 (15.00)	Intoleransi Aktivitas	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sesak berturut-turut - pasien mengatakan masih sedikit merasa lemah & lelah. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tetrasang NK 3 lpm - N: 66x/menit - SpO₂: 98% - tampak mampu berjalan <p>A: masalah intoleransi belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. frekuensi jadi</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>2. kemudahan aktivitas</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>3. kelelahan lelah</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>4. disfonia</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjuran melakukannya aktivitas secara bertahap 	Indikator	SA	ST	SS	1. frekuensi jadi	2	5	4	2. kemudahan aktivitas	2	5	3	3. kelelahan lelah	2	5	4	4. disfonia	2	5	3	<i>Jenny</i> (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																					
1. frekuensi jadi	2	5	4																					
2. kemudahan aktivitas	2	5	3																					
3. kelelahan lelah	2	5	4																					
4. disfonia	2	5	3																					

2020 s.00)	Penurunan curah jantung	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengalami jantung berdebar sudah tidak ada lagi - pasien mengalami sesak susah sangat beraksara - pasien mengalami cubuk tidak lemas dan lelah. 	 (Indri)																								
		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ketekunan nadi perifer teraba kuat - tampak tidak pucat - TD: 141/78 mmHg N : 69x/ menit S : 36,5 SpO₂ : 98 % RR : 20x/ menit 	<p>A: masalah penurunan curah jantung teratas!</p> <table border="1" data-bbox="869 1096 1218 1394"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>SI</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ketekunan nadi perifer</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2. Palpitasi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>3. dyspnea</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>4. pucat</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5. lelah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi - Discharge planning</p>	Indikator	SA	SI	SC	1. ketekunan nadi perifer	2	5	5	2. Palpitasi	2	5	9	3. dyspnea	2	5	9	4. pucat	2	5	5	5. lelah	2	5	5
Indikator	SA	SI	SC																								
1. ketekunan nadi perifer	2	5	5																								
2. Palpitasi	2	5	9																								
3. dyspnea	2	5	9																								
4. pucat	2	5	5																								
5. lelah	2	5	5																								

	029 (00)	Hipervolemia	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan katanya sudah tidak terlalu Bengkok - pasien mengatakan asites pada perutnya bertambah - pasien mengatakan minum sedikit sedikit 150 cc/6 jam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - edema sudah bertambah derajat 1 - jumlah urin < 200 cc/6 jam - tampak mukosa bibir lembab <p>A: masalah hipervolema teratas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. keluaran urin</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2. memblut mubosa</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3. edema</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>4. Asites</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi — Dp</p>	Indikator	SA	ST	SS	1. keluaran urin	2	5	5	2. memblut mubosa	2	5	5	3. edema	2	5	4	4. Asites	2	5	4	JM (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																					
1. keluaran urin	2	5	5																					
2. memblut mubosa	2	5	5																					
3. edema	2	5	4																					
4. Asites	2	5	4																					
3	9-12-2024 (15.00)	Intoleransi aktivitas	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak - pasien mengatakan tidak merasa remas dan lelah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak lebih baik dari sebelumnya - tampak bertambah membantu keluarga saat beraktivitas - tampak tidak menggurutkan oksigen, $\text{SpO}_2: 98\%$ <p>A: masalah intoleransi aktivitas teratas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Frekuensi nadi</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2. kemudahan aktivitas</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>3. keluhan lelah</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4. dyspnea</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan Intervensi — Dp</p>	Indikator	SA	ST	SS	1. Frekuensi nadi	2	5	5	2. kemudahan aktivitas	2	5	4	3. keluhan lelah	2	5	5	4. dyspnea	2	5	4	JM (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																					
1. Frekuensi nadi	2	5	5																					
2. kemudahan aktivitas	2	5	4																					
3. keluhan lelah	2	5	5																					
4. dyspnea	2	5	4																					

Lampiran 4. Lembar Konsultasi

REKAPITULASI KONSULTASI KIANI

Ketua Program Studi
Profesi Ners

PROTESTS, INC'S


LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Intri Rahmawati
 NIM : A1111291049
 Judul KIAN :

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	3/12/2024	Sertakan jurnal terkait yang mendukung tindakan yang diberikan (min 3 jurnal)	<i>Juli</i>
2.	23/02/2025	<ul style="list-style-type: none"> - revisi untuk tabel definisi operasional - tambah definisi tentang edema kaki - mulai analisa data hanya 1 masalah kep yg berkaitan dg intervensi yg diberikan - lampirkan aspeknya 	<i>Juli</i>
3.	11/06/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Bob hasil dan pembahasan fokus 1 saja terkait dg diagnosa kep yg diangkat - Pengkajian fokus ke data pendukung i diagnosa yg diangkat sesuai judul - Analisa data fokus ke diagnosa yg diangkat sesuai judul - Perencanaan, implementasi dan evaluasi sama. 	<i>Juli</i>

Pembimbing

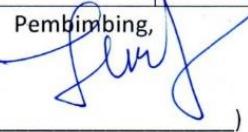
Juli _____

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ingrit Rahmawati
 NIM : A1111291049
 Judul KIAN :

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
4.	07/07/2025	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki kosa kata sesuai EYD - tambahkan kriteria pasien sesuai kondisi pasien - kesimpulan disesuaikan dengan tujuan khusus & umum - konsul lengkap. 	
5.	09/07/2025	ACC	

Pembimbing,



(_____)