

LAMPIRAN



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

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
	TERAPI <i>CONTRAST BATH</i> DAN ELEVASI KAKI 30 DERAJAT
Pengertian	<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
Manfaat	<ol style="list-style-type: none">1. Dapat menurunkan derajat edema pada pasien Congestive Heart Failure2. 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/stopwatch2. Thermometer untuk mengukur suhu air3. Baskom 2 buah4. Air hangat secukupnya5. Air dingin secukupnya6. Handuk kecil7. 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 pasien2. Cuci tangan3. 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.

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Tanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan. 8. Berikan privasi untuk pasien jika pasien membutuhkan.
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang nyaman. 2. Selanjutnya TTV dan ukur derajat edema. 3. Dengan cara melihat derajat edema pasien CHF. 4. Posisikan pasien duduk dengan kaki menggantung. 5. Isi air panas dan air dingin ke dalam baskom. 6. Ukur suhu air panas 36,6-43,3C dan air dingin 10-20C. 7. Cuci kaki jika terlihat kotor. 8. Rendam kaki sebatas betis secara bergantian dengan menggunakan air hangat 3 menit dilanjutkan air dingin 1 menit sebanyak 3 kali pengulangan. 9. Setiap 3 menit suhu air panas diukur dan pertahankan suhu air panas, jika suhu air menurun maka tambahkan air panas kembali. 10. Angkat kaki dan keringkan kaki menggunakan handuk. 11. Tindakan ini dilakukan ± 12 menit dan dilanjutkan dengan Elevasi Kaki 30 derajat. 12. Memposisikan pasien dengan berbaring, kepala memakai bantal. 13. Tinggikan posisi kaki 30 derajat.
Tahap Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahukan kepada pasien bahwa teknik terapi <i>contrast bath</i> telah selesai 2. Berikan reinforcement positif kepada pasien 3. Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya 4. Bereskan alat-alat 5. Cuci tangan
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 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, 02/12/ 2024



Responden

PENGKAJIAN
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa : Indri Rahmawati
Tempat Praktik : Ruang Seruni RSUD Banyumas
Tanggal : 2/12/2024

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama : Tn. S (LP)
2. Tempat/tanggal lahir : Banyumas, 31-12-1958 / 67 th
3. Golongan darah : A/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 : Pendrees
9. Alamat : Panuspun, Cilongok, Banyumas
10. Diagnosa medik : congestive Heart Failure (CHF)

B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : Ny. T
2. Umur : 39 th
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : Anak pasien
7. Pendidikan terakhir : SMP
8. Alamat : Panuspun, Cilongok, Banyumas

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
Pasien masuk IGD tgl. 1/12/2024 dengan keluhan sesak napas ± 2 minggu dan kaki bengkak serta sesak meningkat ketika beraktivitas. Pasien menjalani rontge thorak dengan hasil efusi pleura & cardiomegali. Pukul 08.30 pasien pindah ke ruang Seru saat pengkajian pasien mengeluh masih sesak napas dan bertambah sesak saat beraktivitas, mengeluh tubuhnya sering lemas & lelah, serta tampak bengkak pada kakinya (pitting edema derajat 3) dan sering kesemutan, jantung berdebar.
2. Faktor pencetus :
pasien mengatakan sering mengeluh sesak ketika beraktivitas berat dan sejak memiliki penyakit jantung bulan oktober 2024
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 koroner 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 makannya 3x1, pasien meminum kopi setiap hari, suka makan berlemak dan gurih serta tidak memiliki pantangan. Selama sakit pasien mengatakan makan & minum sesuai intruksi dokter.
 - 2). Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
keluarga pasien mengatakan bahwa pasien jarang memeriksakan kesehatan namun pasien selalu menjaga kebersihan diri dengan mandi 2x/hari dan sudah vaksinasi.
 - 3). 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 : 5 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 metabolik

a. Gejala (subyektif)

- 1). Diet biasa (tipe) : lunak, lunak sering... jumlah makan/hari : 3x/hari + snack 2x/hari
- 2). Pola diit : ... 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 kenaikan BB dalam waktu 1 minggu
BB sebelumnya 45 kg. BB sekarang 46 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 : kembali > 3 detik Tonus otot : ... lemah
- 3). Edema : () tidak ada (✓) ada, lokasi dan karakteristik
terdapat edema pada kedua kaki dengan pitting edema derajat 3 dan kaki sering merasa kesemutan dan sulit digerakkan

4). Ascites : (✓) tidak ada () ada,

Jelaskan

5). Integritas kulit perut ... elastis Lingkar abdomen cm

6). Distensi vena jugularis : () tidak ada (✓) ada,

Jelaskan ... tampak pembesaran vena jugularis kanan, tampak pucat

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

8). Bau mulut/halitus : (✓) tidak ada () ada

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

..... tampak tidak ada sianosis, mukosa bibir pucat, tidak mematai gigi palsu

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

a. Gejala subyektif :

1). Dispneu : () tidak ada (✓) ada, jelaskan ... pasien mengatakan masih sesak napas

2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak ... ketika melakukan aktivitas

3). Pemajanan 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 ... 24 x / menit Kedalaman ... Sangka!

Simetris ... pergerakan hidung dada simetris

2). Penggunaan alat bantu nafas ... terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm

Nafas cuping hidung ... tidak ada

3). Batuk : kadang-kadang Sputum (karakteristik) ... tidak ada

4). Fremitus : teraba taktil fremitus Bunyi nafas ... terdengar 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, terkadang sering merasa jantung berdebar dan sesak napas

2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas

a). Pergerakan tubuh selama Sabit pasien mengatakan pergerakan terbatas karena

b). Kemampuan merubah posisi : () mandiri (✓) perlu bantuan, sesak & edema.
Jelaskan ... pasien mengatakan dibantu keluarga saat beberapa aktivitas

c). 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 kelelahan : () tidak ada (✓) ada, jelaskan
..... pasien mengatakan mudah lelah ... merasa lemah dan loyo.

- 6). Toleransi terhadap aktivitas : () baik (✓) kurang, jelaskan
 pasien .. mengatakan .. tidak nyaman .. beraktivitas .. karena edema ..

b. Tanda obyektif :

- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramati 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 : 5/5 ..

Rentang gerak : terbatas ..

Deformitas : tidak ada ..
- 5). Bau badan : tidak ada .. Bau mulut : tidak ada ..

Kondisi kulit kepala : bersih .. tidak tampak .. ketombe ..

Kebersihan kuku : bersih .. kuku tidak panjang ..

5. Istirahat

a. Gejala subyektif :

- 1). Kebiasaan tidur pasien mengatakan tidurnya tidak ada masalah ..
 Lama tidur sebelum sakit 8-9 jam, saat sakit 6-7 jam/hari ..
- 2). Masalah berhubungan dengan tidur pasien mengatakan lebih nyaman tidur dengan 2-3 bantal ..
- 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 .. kengat .. pada .. kaki .. sejak .. SMRS ..
- 3). Flebitis tidak ada (-) Penyembuhan lambat
- 4). Rasa kesemutan pasien .. mengatakan .. sering .. kesemutan ..
- 5). Palpitasi pasien .. mengatakan .. sering .. jantung .. berdebar .. - ..

b. Tanda obyektif :

- 1). Tekanan darah 141/64 mmHg
- 2). Mean Arteri Pressure (MAP) : 89.16
- 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. dup. Frekuensi : 60x/menit
Irama : irreguler Kualitas : lemah
 - h). Murmur : 0 Gallop : 0
 - i). Pengisian kapiler : 2-3 detik
Varises : tidak ada Phlebitis : tidak ada
 - j). Warna membrane mukosa : pucat Bibir : pucat
Konjungtiva : tidak anemis Sklera : tidak ikterik
Punggung kuku : merah muda

7. Eliminasi

a. Gejala subyektif :

- 1). Pola BAB : frekuensi : 1x sehari konsistensi : lunak kecoklatan
- 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 november 2024
- 6). Riwayat perdarahan : tidak ada
Hemorroid : 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
 Kembang (✓) tidak ada () ada
 Bunyi abnormal (✓) tidak ada () ada
 Jelaskan.....-

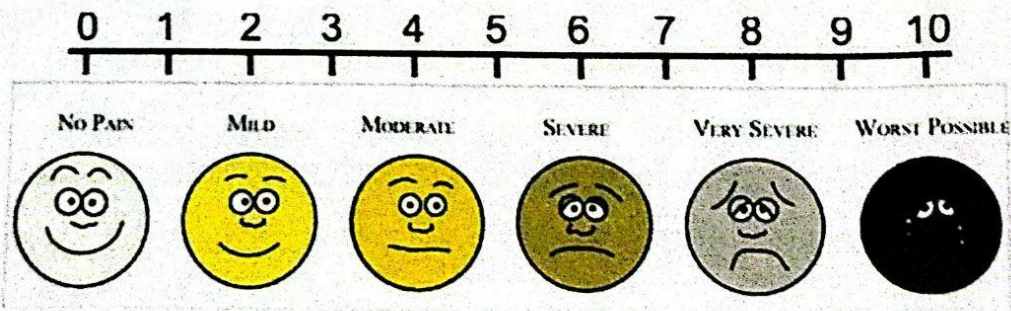
d). Palpasi :

Nyeri tekan : tidak ada
 Nyeri lepas : tidak ada
 Konsistensi : lunak/keras : terasa lunak
 Massa : (✓) tidak ada () ada, jelaskan.....-
 Pola BAB : konsistensi lunak warna... kecolclatan
 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/ileustomi : keadaan ... tidak ada

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif :



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 pasién mengatakan kaki sering kesemutan dan tubuh lemah
- 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 : (☒) komposmentis () apatis () somnolen () sopor () koma
- 2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) 4
Respon motorik (M) 6 respon verbal (V) 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 pasién mengingat bahwa saat ini sedang di RS
Masa lalu pasién mengingat alasan dibawa ke RS
- 6). Alat bantu penglihatan/pendengaran : (☒) tidak ada () ada, sebutkan
- 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki sopor
Ukuran pupil 3 / 3 (mengecil saat terkena cahaya)
- 8). Fascial 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 tranfusi darah tidak ada
Riwayat adanya reaksi tranfusi 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 36,7 °C Diaforesis tidak ada
- 2). Integritas jaringan tampak tidak ada luka / jejas
- 3). Jaringan parut : (☒) tidak ada () ada, jelaskan

- 4). Kemarahan/pucat : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
tidak ada bekas 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 memikirkan 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 membicarakan 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 slalu terbuka dengan keluarganya.

4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
pasien dan keluarga bersedia mengikuti pengobatan dengan rasa percaya.

5). Perasaan cemas/takut : () tidak ada (✓) ada, jelaskan
pasien mengatakan terkejut cemas dengan sabitnya.

6). Perasaan ketidakberdayaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

7). Perasaan keputusasaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

8). Konsep diri :

a). Citra diri : pasien mengatakan menerima keadaan saat ini karena semua masalah ada jalan keluarnya.

b). Ideal diri : pasien mengatakan ingin cepat sembuh dari segera pulang ke rumah.

c). Harga diri : pasien mengatakan masih tetap bersyukur ada keluarga yang menemani 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 tampak lemah

TTV : TD : 111/64 mmHg, S : 36,7°C, N : 60 x /menit, RR : 24 x /menit
SpO₂ : 97%

12. Interaksi sosial

a. Gejala subyektif :

1). Orang terdekat & lebih berpengaruh

pasien mengatakan orang terdekat adalah keluarganya (anakny).

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 komunikasi 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 Allah SWT
- 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan tidak ada
- 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : .. berdoa, berdzikir
frekuensi .. setiap saat
- 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat .. pasien
mengatakan terbalik tidak menjalankan ibadah karena susah
- 5). Pemecahan oleh klien .. pasien melakukan ibadah ditempat tidur
- 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 2024)

Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Hasil	Satuan
Hemoglobin	13,2 - 17,3	9,8	g/dl
Leukosit	3,70 - 10,10	9,75	$10^3/u1$
Trombosit	150 - 450	110	$10^3/u1$
Eritrosit	4,50 - 6,50	3,12	$10^6/u1$
Hematokrit	39,6 - 51,9	28,9	%
Klinik kimia			
BUN	7 - 10	33,8	mg/dl
Creatinin	1,60 - 1,30	2,45	mg/dl
SGOT	0 - 50	49	u/L
SGPT	0 - 50	27	u/L
HBsAg	non reaktif	non reaktif	

2. Radiologi

02/12/2024 (Rontgen)

Kesan: Efusi pleura sinistra dan pleural reaction dengan ~~extra~~
susp. Ec TB paru, Cardiomegali.

3. EKG

02/12/2024 : sinus rythem
HR 65 kpm

4. USG

tidak ada

5. CT Scan

tidak ada

6. Pemeriksaan lain

02/12/2024 : 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 lunak sahng, TETP 1900 kkal.
- Pemberian diet bertahap N.T. 1cc satu buah snack pulmo/
- 1/2 kal/cc (3x100 cc)

ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	Senin 2/12/2024 (08.35)	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak napas dan sesak bertambah saat beraktivitas - Pasien mengatakan jantung sering berdebar-debar - Pasien mengatakan lemah dan lemas. <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 141/64 mmHg - RR: 24 x/menit - H: 60 x/menit - 36,7 °C (suhu) - pasien tampak pucat - Tampak peningkatan vena jugularis - CRT > 3 detik (kembali 5 detik) - tampak edema derajat 3 - Ronchi (+) - Ro 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 mengatakan merasa lemah - pasien mengatakan sesak meningkat saat beraktivitas - pasien mengatakan nyaman tidur dengan 2-3 bantal <p>Do:</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 5 detik) 	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)	Ds: - pasien mengatakan sesak napas saat beraktivitas - pasien mengatakan mudah lelah dan lemah - pasien mengatakan untuk beraktivitas dibantu keluarga Do: - pasien tampak lemah - terpasang O_2 3 lpm (NB) - TD: 141/64 mmHg - N: 60 x/menit - S: 36.7°C - RR: 29 x/menit - SpO ₂ : 97%	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas (DASS6)

Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Diagnosa

No	Tgl/Jam	Diagnosa	Prioritas
1	2/12/2024 (08.40)	Penurunan curah jantung berhubungan dengan (b.d) perubahan preload dan afterload	I
2	2/12/2024 (08.40)	Hipervolemia berhubungan dengan (b.d) gangguan aliran balik vena	II
3	2/12/2024 (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	2-12-2024 (08.40)	Penurunan Curah Jantung	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <table><thead><tr><th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. kekuatan 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</p> <p>2 : Cukup menurun</p> <p>3 : sedang</p> <p>4 : Cukup meningkat</p> <p>5 : meningkat</p> <p>Indikator 2,3,4,5</p> <p>1 : meningkat</p> <p>2 : Cukup meningkat</p> <p>3 : sedang</p> <p>4 : Cukup menurun</p> <p>5 : menurun</p>	Indikator	SA	ST	1. kekuatan 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>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi tanda & gejala primer penurunan curah jantung (Dyspnea, kelelahan, edema).- Identifikasi tanda/gejala sekunder- monitor tekanan darah & nadi- monitor intake & output Cairan- monitor saturasi- monitor EKG 12 sadapan <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 >94% <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 antiaritmia rujuk ke program rehabilitasi jantung
Indikator	SA	ST																				
1. kekuatan nadi perifer	2	5																				
2. palpitasi	2	5																				
3. Dyspnea	2	5																				
4. pucat	2	5																				
5. lelah	2	5																				

2-2024
(08.90)

Hipervolemia

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tercapai keseimbangan cairan dengan kriteria hasil:

Indikator	SA	ST
1. Keluaran urin	2	5
2. Kelembapan membran mukosa	2	5
3. Edema	2	5
4. Asites	2	5

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 Hipervolemia (1.03114)

Observasi

- Periksa tanda & gejala hipervolemia
- Identifikasi penyebab hipervolemia
- monitor status hemodinamik
- monitor intake & output cairan

Terapeutik

- Batasi asupan cairan
- Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

Edukasi

- Anjurkan melaporkan haluaran 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 & haluaran urin
- Ajarkan cara membatasi cairan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian diuretik
- Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik

f

12-2029
(60.40)

Intoleransi
aktivitas

Setelah dilakukan tindakan
keperawatan selama 3x24
jam diharapkan toleransi
aktivitas meningkat dengan
kriteria hasil:

Indikator	SA	ST
1. Frekuensi nadi	2	5
2. Kemudahan melakukan aktivitas	2	5
3. Keluhan lelah	2	5
4. Dyspnea	2	5

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 ketidaknyamanan

Terapeutik

- sediakan lingkungan yang
nyaman
- berikan latihan distraksi
yang menyenangkan





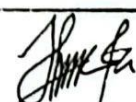
Edukasi

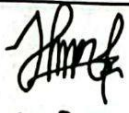
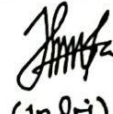


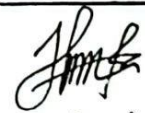


- Anjurkan melakukan
aktivitas secara
bertahap

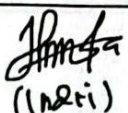
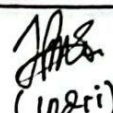
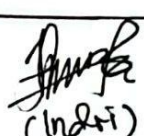
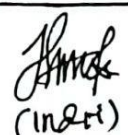
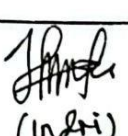
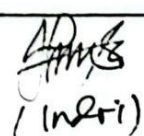
Kolaborasi

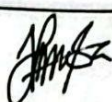
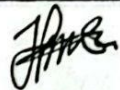
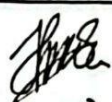
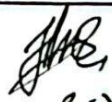

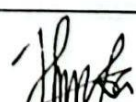
- Kolaborasi dengan
ahli gizi tentang
peningkatan asupan
makanan


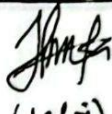
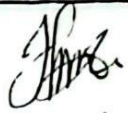
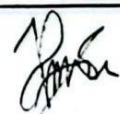
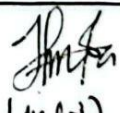
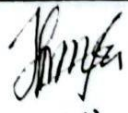
IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

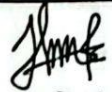
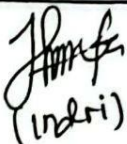

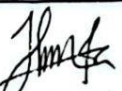
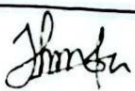

No. Dx	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1, 2, 3	2-12-2024 (08.30)	melakukan Rangkaian pada Tn.S	S: pasien mengatakan bersedia menjawab pertanyaan yang diberikan O: tampak pasien & keluarga kooperatif	 (Indri)
1	(08.35)	mengidentifikasi tanda & gejala primer & sekunder penurunan curah jantung	S: pasien mengatakan masih merasa lelah dan lemas O: tampak pucat - tampak edema pada ekstremitas & asites pada abdomen pasien - tampak peningkatan vena jugularis	 (Indri)
2	(08.45)	- mengidentifikasi tanda & gejala hipervolemia - mengidentifikasi penyebab hipervolemia	S: pasien mengatakan ada riwayat jantung bengkak sejak oktober 2024 O: tampak bengkak pada ekstremitas pasien dan asites pada abdomen	 (Indri)
2	(09.15)	- memonitor status hemodinamik - memonitor intake dan output cairan	S: pasien mengatakan masih merasa mudah lelah. O: TD: 11/68 mmHg S: 36.1 M: 65x/menit SpO ₂ : 97% RR: 22x/menit urin: 100 ml.	 (Indri)
2	(09.30)	menjelaskan strategi terapi Contrast bath dan elevasi kaki 30° (untuk mengurangi pitting edema)	S: pasien mengatakan mengerti penjelasan yang diberikan yaitu tujuan terapi untuk mengurangi bengkak. O: tampak kooperatif	 (Indri)

2	(09.45)	memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi derajat edema (contrast bath & elevasi kaki 30°) selama 15 menit	S: pasien mengatakan 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 ketidaksihnyamanan selama melakukan aktivitas	S: pasien mengatakan sesak pada saat beraktivitas O: tampak pasien berbaring ditempat tidur	 (Indri)
3	(10.35)	memonitor frekuensi napas - memonitor saturasi oksigen	S: pasien mengatakan sesak berkurang O: RR: 22 x/menit SpO ₂ : 98 %	 (Indri)
3	(10.45)	- mengaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan - mengajikan tirah baring	S: pasien mengatakan mudah lelah ketika beraktivitas dan pasien bersedia untuk tirah baring O: tampak tirah baring	 (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)
PSPN/INAIC	(14.00)	memonitor intake dan output	S: - 50 O: Intake minum: 160 cc infus: 200 cc injeksi: 5 cc Output urin: 150 cc	 (Indri)

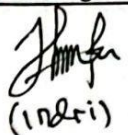
1	Selasa 3-12-2024 (08.30)	memonitor pola tidur dan jam tidur memonitor lokasi dan ketidakhadiran selama melakukan aktivitas	S: pasien mengatakan tidurnya semalam lumayan nyanya meskipun terbangun, pasien mengatakan sesak mulai berkurang O: tampak O_2 3 lpm - tampak lebih rileks	 (Indri)
1	(08.40)	memonitor Aktuari napas memonitor saturasi oksigen	S: pasien mengatakan sesak berkurang O: - RR: 20x/menit - SpO_2 : 98%	 (Indri)
1,1	(09.00)	memposisikan pasien yang nyaman (posisi semi fowler)	S: pasien mengatakan posisinya sudah nyaman O: tampak pasien di posisikan semi fowler	 (Indri)
1	(09.15)	mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	S: pasien mengatakan sudah mengurangi aktivitas dan memperhatikan istirahat O: tampak pasien berbaring di tempat tidur	 (Indri)
2	(09.50)	memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi edema (contrast bath dan elevasi kaki 30°) selama 15 menit	S: pasien mengatakan nyaman setelah diberikan terapi O: tampak rileks & kooperatif - pitting edema 2° - TTV: TD: 140/80 mmHg N: 65 S: 36,5, SpO_2 : 98%, RR: 20x/menit	 (Indri)
2	(11.00)	mengaparkan pasien beraktivitas ringan di tempat tidur	S: pasien mengatakan mampu duduk dan makan sendiri serta perlahan O: tampak pasien mampu duduk	 (Indri)


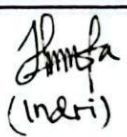
2	(11.30)	mengobservasi dan mematawail area lokal artkulasi perifer	S: pasien mengatakan bengkak mulai berkurang O: - tidak ada plebitis - tidak ada luka/lesi	 (Indri)
1,2,3	(11.45)	memonitor kondisi umum pasien	S: pasien mengatakan sesak berkurang O: - tampak puat berkurang - turgor kulit kembali - CRT kembali dalam 3 detik - pitting edema derajat 2	 (Indri)
1,2,3	(12.00)	memberikan inj. Obat: - solvinex 2 ml - Hidrocortisone 100 mg - Pro Alb - Ceftriaxone 1 gr	S: pasien mengatakan 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 ribes setelah diberikan terapi O: - tampak lebih nyaman - pitting edema derajat 2 - kooperatif	 (Indri)
2	(13.15)	mengobservasi TTV dan derajat edema	S: pasien mengatakan sesak berkurang O: - TD: 130/80 mmHg S: 86.4 - N: 25 x/menit SpO ₂ : 98% - RR: 20 x/menit - pitting edema derajat 2 - tampak puat 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 & ketidakelegan selama melakukan aktivitas	S: pasien mengatakan sesak sudah berkurang. dan tidurnya cukup O: RR: 20x/menit SpO ₂ : 99% tampak lebih rileks	 (Indri)
1,3	(08.35)	memposisikan pasien semi fowler	S: pasien mengatakan sekarang kondisinya jauh lebih baik O: pasien tampak betaharing posisi semi fowler	 (Indri)
2	(09.00)	memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi edema (contrast bath & elevasi kaki 30°) selama 15 menit	S: pasien mengatakan lebih nyaman setelah terapi O: - pitting edema derajat 1 - Ruam berkurang - CRT kembali dalam 3 detik	 (Indri)
1,2 3	(09.15)	mengobservasi TT & derajat pitting edema	S: pasien mengatakan sesak berkurang O: TO: 135/70 mmHg S: 36,2 M: 73x/menit SpO ₂ : 99%	 (Indri)
2	(10.05)	mengobservasi & merawat area lokal sirkulasi perifer	S: pasien mengatakan kembal berkurang O: - tidak ada plebitis - tidak ada luka/ leret/lesi	 (Indri)
3	(11.30)	mengapikan pasien beraktivitas ringan di tempat tidur	S: pasien mengatakan sudah tidak terlalu sesak saat beraktivitas O: mampu duduk & berdiri tidur, 02 dilepas.	 (Indri)

1,2,3	(12.00)	memberikan inj. obat : - solvinex 2 ml. - pro Alb - ceftroxone 1 gr - Hidrocortisone 100 mg.	S: pasien mengatakan bersedia diberikan injeksi obat O: tampak tidak ada alergi	 (Indri)
2	(13.00)	memberikan terapi Contrast bath & elevasi kaki 30° selama 15 menit untuk mengurangi edema kaki	S: pasien mengatakan bersedia diberikan injeksi obat O: tampak tidak ada alergi	 (Indri)
2	(13.15)	mengobservasi TTV dan derajat pitting edema	S: pasien mengatakan sesak berkurang O: TTV TD: 141/78 mmHg S: 3,5 N: 64x/menit RR: 20x/menit SpO2: 98 % - Pitting edema derajat I	 (Indri)
1,2,3	(13.30)	memonitor kondisi umum pasien	S: pasien mengatakan sudah beraktivitas sesak berkurang O: - pasien terlihat tidak pucat - Turgor kulit kembali - CRT kembali dalam 2 detik - pitting edema derajat I - tidak menggunakan O2	 (Indri)
2	(14.00)	memonitor intake & output cairan pasien	S: - O: Intake minum: 200 cc Infus: 250 cc Injeksi: 5 cc Output urin: 200 cc	 (Indri)
1,2,3	(14.05)	memberikan Discharge planning pada pasien	S: pasien mengatakan paham & keluarga juga paham untuk: - minum obat secara teratur, memeriksakan ke dokter spesialis (pemeriksaan echocardiography) melakukan terapi contrast bath di rumah - tidak makan makanan	 (Indri)

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																								
senin 2-12-2024 (15.00)	Penurunan curah jantung	<p>S: pasien mengatakan sesak dan bertambah saat beraktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih terbatasi berdebar jantungnya - pasien mengatakan kmrs mulai berkurang dan keluhan lelah juga berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak rucat berkurang - teraba nadi perifer - TD: 141/70 mmHg S: 36.3 - H: 65 x/menit SpO_2: 97% - RL: 22 x/menit <p>A: masalah penurunan curah jantung 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. kekuatan nadi perifer</td><td>2</td><td>4</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. pucat</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 - Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 	Indikator	SA	ST	SS	1. kekuatan nadi perifer	2	4	3	2. palpitasi	2	5	2	3. dyspnea	2	5	2	4. pucat	2	5	3	5. lelah	2	5	3	 (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																								
1. kekuatan nadi perifer	2	4	3																								
2. palpitasi	2	5	2																								
3. dyspnea	2	5	2																								
4. pucat	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 bengkak.- 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 bagian atas- 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><tr><th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>1. Keluaran urin</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>2. membran 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></table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Batasi asupan cairan- memberikan terapi kontras bath.	Indikator	SA	ST	SS	1. Keluaran urin	2	5	3	2. membran mukosa	2	5	3	3. edema	2	5	2	4. asites	2	5	2	 (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																					
1. Keluaran urin	2	5	3																					
2. membran 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 lelah mulai berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- pasien tampak dibantu keluarga- terpasang HK 4 lpm- N: 65 x/menit- SpO₂: 97% <p>A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><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 lelah</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>4. dispnea</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td></tr></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 lelah	2	5	3	4. dispnea	2	5	2	 (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																					
1. Frekuensi nadi	2	5	3																					
2. kemudahan aktivitas	2	5	2																					
3. keluhan lelah	2	5	3																					
4. dispnea	2	5	2																					

2024
(00)

Penurunan Curah Jantung

S: pasien mengatakan sesak betkurang
- pasien mengatakan jantung berdebar sudah betkurang
- pasien mengatakan masih merasa sedikit lemas & lelah.

10/11/24
(Indri)



- O:
- kekuatan nadi perifer teraba kuat
 - tampak purat betkurang
 - TD : 140/80 mmHg
 - N : 65 x/menit
 - S : 36,4
 - SpO₂ : 98 %
 - RR : 20 x/menit

A: masalah penurunan curah jantung belum teratasi

Indikator	SA	ST	SS
1. kekuatan nadi perifer	2	5	4
2. palpitasi	2	5	3
3. Dyspnea	2	5	3
4. purat	2	5	4
5. lelah	2	5	4

P: Lanjutkan intervensi

- monitor tanda & gejala Primer + sekunder penurunan curah jantung
- monitor saturasi
- Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

	3-12-2024 (15.00)	Hipervolemia	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">- pasien mengatakan bagian kaki tidak terlalu kengat seperti sebelumnya.- pasien mengatakan bengkak perutnya mulai berkurang- 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><tr><th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>1. keluaran urin</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></table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- katasi asupan cairan- memberikan terapi Contrast bath.	Indikator	SA	ST	SS	1. keluaran urin	2	5	4	2. membran mukosa	2	5	4	3. edema	2	5	3	4. Asites	2	5	3	 (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																					
1. keluaran urin	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 bertambah- pasien mengatakan masih sedikit merasa lemah & lelah. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">- terpasang NK 3 lpm- N: 66x/menit- SpO₂: 98%- tampak mampu duduk <p>A: masalah intoleransi belum teratasi</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>SA</th><th>ST</th><th>SS</th></tr><tr><td>1. Frekuensi nadi</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. keluhan lelah</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>4. dyspnea</td><td>2</td><td>5</td><td>3</td></tr></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	4	2. kemudahan aktivitas	2	5	3	3. keluhan lelah	2	5	4	4. dyspnea	2	5	3	 (Indri)
Indikator	SA	ST	SS																					
1. Frekuensi nadi	2	5	4																					
2. kemudahan aktivitas	2	5	3																					
3. keluhan lelah	2	5	4																					
4. dyspnea	2	5	3																					

2021
s.00)

Penurunan curah jantung

S:

- pasien mengatakan jantung berdebar sudah tidak ada lagi
- pasien mengatakan sesak sudah sangat berkurang
- pasien mengatakan sudah tidak lemas dan lelah.

O:

- kekuatan nadi perifer terasa kuat
- tampak tidak pucat
- TD: 141/78 mmHg
- N: 69x/menit
- S: 36,5
- SpO₂: 98%
- RR: 20x/menit

A: masalah penurunan curah jantung teratasi

Indikator	SA	ST	SC
1. kekuatan nadi perifer	2	5	5
2. Palpitasi	2	5	4
3. dyspnea	2	5	4
4. pucat	2	5	5
5. lelah	2	5	5

P: Hentikan intervensi

- discharge planning

Indri
(Indri)

2029 (00)	Hipervolemia	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan keninga sudah tidak terlalu bengkak - pasien mengatakan asites pada perutnya berkurang - pasien mengatakan minum sedikit sekitar 150 cc/6 jam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - edema sudah berkurang derajat 1 - jumlah urin 200 cc/6 jam - tampak mukosa bibir lembab <p>A: masalah hipervolemia 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. keluarnya urin</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2. membatasi mukosa</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</p>	Indikator	SA	ST	SS	1. keluarnya urin	2	5	5	2. membatasi mukosa	2	5	5	3. edema	2	5	4	4. Asites	2	5	4	<p><i>[Signature]</i> (Indri)</p>
Indikator	SA	ST	SS																				
1. keluarnya urin	2	5	5																				
2. membatasi mukosa	2	5	5																				
3. edema	2	5	4																				
4. Asites	2	5	4																				
3 1-12-2029 (15.50)	Intoleransi Aktivitas	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak - pasien mengatakan tidak merasa panas dan lelah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak lebih baik dari sebelumnya - tampak berkurang sibant keluarga saat beraktivitas - tampak tidak mengkurikan oksigen, SpO_2: 98% <p>A: masalah intoleransi aktivitas 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>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</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	<p><i>[Signature]</i> (Indri)</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																				

Lampiran 4. Lembar Konsultasi

REKAPITULASI KONSULTASI KIANI

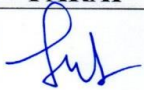


[illegible]

Ketua Program Studi
Profesi Ners

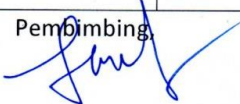
(

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Indri Rahmawati
 NIM : 4111241049
 Judul KIAN :

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



Pembimbing,



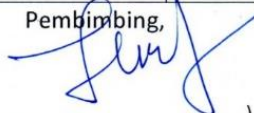
(_____)

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Intri Rahmawati
 NIM : 4111291049
 Judul KIAN :

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

Pembimbing,



(_____)