BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Ruang	: Penyakit Dalam
No. Rekam Medis	: 24.98.84
Waktu Pengkajian	: 8 maret 2020
Nama	: Tn. J
Usia	: 71 Tahun
Status Perkawinan	: Kawin
Pekerjaan	: Petani
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Suku	: Ogan
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Alamat Rumah	: Sinar Harapan, Kecamatan Sungkai Barat, Lampung Utara
Sumber Biaya	: BPJS (Kelas 3)
Tanggal Masuk RS	: 6 Maret 2020
Diagnosa Medis	: CHF (Congestive Hearth Failure)

2. Sumber Informasi

Nama	: Ny. Anita
Umur	: 58 Tahun
Hubungan dengan klien	: Istri
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT
Alamat	: Sinar Harapan, Kecamatan Sungkai Barat, Lampung Utara

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS :

Pada tanggal 6 maret 2020 pukul 17.50 WIB klien datang dengan keluarga nya dengan keluhan sesak nafas dari 3 hari yang lalu, sesak napas membuat nyeri dada, nafsu makan menurun, dan badan lemah. Klien memiliki riwayat hipertensi sejak 15 tahun yang lalu, hasil pemeriksaan mendapatkan hasil TD: 160/100 mmHg, Nadi: 120x/menit, pernapasan: 30x/menit, suhu: 37,3 ^{O}C. Klien dipindahkan ke Ruang Perawatan Penyakit Dalam.

b. Riwayat kesehatan pada saat pengkajian :

1) Keluhan utama

Klien mengatakan sesak napas, sesak datang tiba-tiba, biasanya pada saat & setelah beraktivitas, sesak berkurang pada saat klien posisi setengah duduk, sesak datang dengan sering dan waktu yang lama,

sesak di bagian dada dan menjalar ke bagian punggung sebelah kiri klien, karena sesak klien tidak dapat beraktivitas secara mandiri, klien terpasang O_2 3 lpm, klien mengeluh batuk, Hasil Pemeriksaan tanda-tanda vital di dapat Tekanan Darah (TD) : 160/100 mmHg, Nadi (N) : 120x/menit, Respiration Rate (RR): 30 x/menit, Temperature (T): 36,3^{0}C. GDS: 143 mg/dl.

2) Keluhan Penyerta

Klien mengatakan lemah, pusing, dan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, aktivitas dibantu oleh keluarga, klien berkeringat dingin, dan susah tidur dimalam hari.

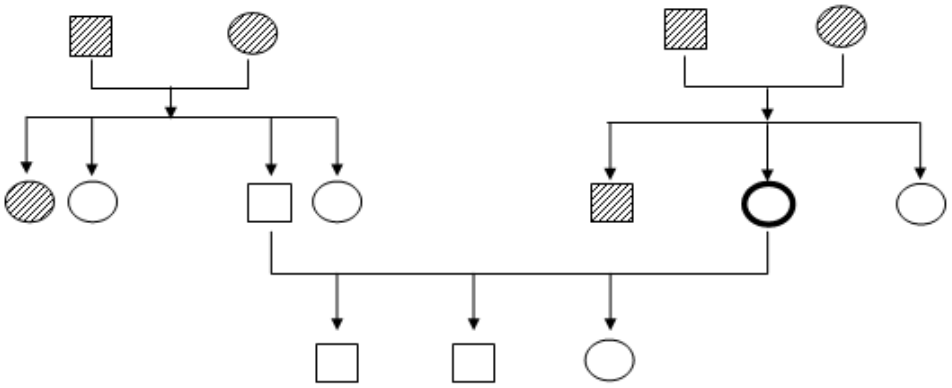
3) Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan bahwa ia memiliki alergi pada makanan laut,klien pernah mengalami kecelakaan motor pada 3 tahun lalu, klien memiliki riwayat penyakit hipertensi dari 15 tahun yang lalu, sebelumnya klien pernah dirawat di RS karna hipertensi nya, klien mengkonsumsi obat-obatan untuk hipertensi nya seperti obat amlodipin, sebelumnya klien belum pernah di oprasi.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan tidak mengetahui riwayat penyakit orang tua nya dan saudara kandungnya.

Genogram pada keluarga Tn. J dapat dilihat pada bagan :



Keterangan:

: perempuan
: laki-laki
: pasien
: meninggal
: meninggal

5) Riwayat psikososial – spiritual

Sumber stress : klien tinggal jauh dari anaknya

Kebiasaan menghadapi stres : Berbagi cerita dengan istrinya

Support system : Mendapat dukungan dari istrinya

Komunikasi : Baik

Sistem nilai kepercayaan : klien mengatakan menyerahkan semua penyakit nya pada Allah SWT dan tidak percaya akan pengobatan lain kecuali dari pengobatan medis.

6) Lingkungan

a) Rumah

Klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih dan terawat setiap pagi dan sore hari rumahnya selalu dibersihkan, rumah klien tidak berpolusi karena klien tinggal di desa.

b) Pekerjaan

Klien mengatakan lingkungan di tempat kerja nya berpolusi apabila musim kemarau, sehingga tanah menjadi tandus karena klien bekerja sebagai petani jagung di desa nya

7) Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a) Pola Nutrisi & Cairan

Klien mengatakan sebelum sakit klien makan lewat oral 3 x sehari dengan nafsu makan yang baik, tetapi ketika sakit nafsu makan klien menurun dengan frekuensi makan 1 sehari, makan setiap porsinya 1 piring namun makan hanya 3-4 sendok dan dibantu oleh istri nya.

Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat mengkonsumsi air mineral sebanyak 8 gelas per hari, tetapi saat sakit klien hanya mengkonsumi air mineral 3-4 gelas sehari dan mendapatkan cairan infus Ringer Lactat 10 tpm.

b) Pola Eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit BAK sebanyak 4 x sehari dengan warna urine kuning, bau khas, klien melakukan secara mandiri tanpa bantuan keluarga. Saat sakit klien mengatakan BAK sebanyak 3 x

sehari dan tidak menentu, warna urine kuning, bau khas, klien melakukan dengan dibantu oleh keluarga

c) Personal Hygiene

Klien mengatakan sebelum sebelum sakit mandi 2 x sehari pagi dan sore, membersihkan gigi ketika mandi, serta mencuci rambut 2 hari sekali dilakukan secara mandiri. Saat sakit klien mandi dan menggosok gigi sehari sekali dibantu oleh istri nya.

8) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit tidur selama 6-7 jam perhari, tetapi saat sakit klien mengatakan sulit tidur terutama pada malam hari karena sesak dengan durasi tidur hanya 4-5 jam perhari nya.

9) Pola aktivitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum sakit tidak mengalami kesulitan dalam beraktivitas, klien sering melihat ladang jagung nya dipagi hari, ketika sakit klien sering merasa lelah dan lemah pada saat atau setelah beraktivitas, pada saat klien masuk RS dan dalam masa perawatan aktivitas klien dibantu oleh istri nya.

10) Pengkajian fisik

a) Pemeriksaan umum

Tekanan darah 160/100 mmHg, denyut nadi 120 x/menit, frekuensi pernapasan 30x/menit, suhu tubuh 36,3^{o}C, tinggi badan 160 cm, berat badan 58 kg.

b) Pemeriksaan fisik persistem

Sistem penglihatanPenglihatan kabur, berkunang-kunang, posisi mata simetris, konjungtiva tidak anemis,pergerakan bola mata normal tidak ada strabismus, sklera anikterik, pupil isokor, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik dan tidak menggunakan alat bantu dalam penglihatan.

c) Sistem pendengaran

Klien mengatakan semenjak umuur nya semakin menua pendengarannya sudah mulai terganggu, ketika mendengar orang lain berbicara klien kurang cepat untuk dapat menangkap pembicaraan, klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran,

d) Sistem wicara

Klien tidak mengalami kesulitan berbicara,komunikasi baik hanya saja klien sulit menjawab jika lawan bicara tidak mengeraskan suara ketika berbicara.

e) Sistem pernafasan

Frekuensi pernafasan 30x/menit, jalan napas bersih, klien mengeluh sesak dan nyeri dada pada saat atau setelah beraktivitas, irama napas tidak teratur, suara nafas vasikuler, menggunakan alat bantu O_2 3 lpm.

f) Sistem kardiovaskuler

Denyut nadi 120x/menit, CRT 5 detik, akral dingin, hasil EKG aritmia

g) Sistem neurologis

Pasien dengan kesadaran composmentis, dengan kekuatan otot

4444	4444
4444	4444

Skala normal: 5 (0-5)

h) Sistem pencernaan

Keadaan mulut klien kering, tidak ada gangguan menelan, tidak ada muntah, dan tidak ada nyeri abdomen

i) Sistem imunologi

Klien tidak ada pembesaran getah bening.

j) Sistem endokrin

Napas klien tidak berbau keton dan tidak ada luka

k) Sistem urogenital

Klien tidak mengalami distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, dan tidak menggunakan kateter

l) Sistem integument

Keadaan rambut klien tampak sedikit tidak terawat, sebagian berwarna putih, kuku klien bersih dan kulit sudah tidak elastis karna faktor usia,kulit pucat, tidak ada luka dan perdarahan.

m) Sistem muskuloskeletal

Pada saat pengkajian klien tampak memiliki keterbatasan dalam pergerakan dikarenakan klien merasa lemah dan mudah lelah, tidak ada fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang dan otot, aktivitas sebagian di bantu oleh keluarga.

11) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan diagnostik

Pada tanggal 7 maret 2020 hasil perekaman EKG pada Tn. J menunjukan Aritmia

Pemeriksaan laboraturium

Tabel 3.1

Tabel hasil laboraturium Tn. J dengan Ganguan Kebutuhan Aktivitas Pada Kasus CHF di Ruang Penyakit Dalam tanggal 8 maret 2020

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1. Gula darah sewaktu	143 mg/dl	100 - 200 mg/dl
2. Leukosit	14.42 x 10^3 uL	4.00 - 10.00
3. Hemoglobin	10,4 g/d	11.00 – 16.0
4. Troombosit	250 x 10^3oL	150 – 450

12) Terapi pengobatan

Tabel 3.2

Daftar obat Tn. J dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Pada Kasus CHF di Ruang Penyakit Dalam tanggal 6 – 13 maret 2020

Nama Obat	Dosis
1. RL	501/8 jam/20 tpm
2. Ceftriaxone	2x1 gr
3. Spirola	3x1 mg
4. Amlodipin	1x10 mg
5. Digoxin	2x1/2
6. Inj. Ondansetron	3x1 amp IV
7. Inj. Ketorolac	2x1 amp IV
8. Inj. Ranitidine	2x1 amp IV
9. Furosemid	1x2 mg
10. O_2	3 lpm

Tabel 3.3

Data fokus Tn. J

DS	DO
1. Klien mengeluh sesak 2. Klien mengeluh sesak napas membuat nyeri dada 3. Klien mengatakan sesak saat / setelah beraktivitas 4. Klien mengeluh batuk 5. Klien mengeluh nafsu makan menurun 6. Klien mengatakan sulit tidur dimalam hari 7. Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga 8. Klien mengatakan mata berkunang-kunang	1. Gambaran EKG Aritmia 2. Kulit pucat 3. CRT 5 detik 4. Klien tampak sesak 5. Turgor kulit menurun 6. Tekanan darah: 160/100 mmHg 7. Nadi: 120x/menit 8. Nadi teraba lemah 9. RR 30x/menit 10. Pasien tampak lemah 11. Pasien tampak gelisah 12. Pasien tampak pucat 13. Kekuatan otot 4

Tabel 3.4

Analisa data Tn. J dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Pada Kasus CHF di Ruang Penyakit Dalam tanggal 9 - 11 maret 2020

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	DS: 1. Klien mengeluh mudah lelah 2. Klien mengeluh sesak saat / setelah aktivitas 3. Klien merasa lemah DO: 1. Gambaran EKG aritmia 2. RR 30x/menit	Intoleransi aktivitas	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

1	2	3	4
2	DS: 1. Klien mengeluh sesak saat & sesudah beraktifitas 2. Klien mengeluh lemah DO: 1. Gambaran EKG aritmia 2. Nadi teraba lemah 3. Warna kulit pucat 4. CRT 5 detik 5. Tekanan darah: 160/100 mmHg 6. Nadi: 120x/menit 7. RR: 32 x/menit	Penurunan curah jantung	Perubahan afterload
1	2	3	4
3	DS: 1. Klien mengeluh nyeri pada tengkuk DO: 1. Tekanan darah 160/100mmHg 2. CRT 5 detik 3. Nadi teraba lemah 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun	Perfusi perifer tidak efektif	Peningkatan tekanan darah

1	2	3	4
4	DS: 1. Klien mengeluh sulit tidur 2. Klien mengeluh sering terjaga 3. Klien mengeluh pola tidur berubah 4. Klien mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	Gangguan pola tidur	Hambatan lingkungan
5	DS: 1. Klien mengeluh sulit tidur 2. Klien mengeluh sering terjaga 3. Klien mengeluh pola tidur berubah 4. Klien mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	Gangguan pola tidur	Hambatan lingkungan
6	Faktor resiko: 1. Usia >65 tahun 2. Riwayat jatuh	Resiko jatuh	

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan pasien mengeluh sesak pada saat & sesudah beraktifitas, pasien tampak lemah, gambaran EKG aritmia.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan pasien mengeluh sesak saat & sesudah beraktifitas, pasien mengeluh lemah gambaran EKG aritmia, tekanan darah meningkat, CRT 5 detik, nadi terba lemah, kulit pucat.
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada tungkak, tekanan darah 140/100 mmHg, CRT 5 detik
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan perubahan pola tidur.
5. Resiko jatuh ditandai dengan usia klien >65 tahun dan riwayat jatuh.

Prioritas Utama Diagnosa Keperawatan

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan pasien mengeluh sesak pada saat & sesudah beraktifitas, pasien tampak lemah, gambaran EKG aritmia.
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan pasien mengeluh sesak saat & sesudah beraktifitas, pasien mengeluh

lemah gambaran EKG aritmia, tekanan darah meningkat, CRT 5 detik, nadi terba lemah, kulit pucat.

3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada tungkak, tekanan darah 140/100 mmHg, CRT 5 detik

C. RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 3.5

Rencana Keperawatan pada Tn.J dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Pada Kasus CHF di Ruang Penyakit Dalam tanggal 9 - 11 maret 2020

No	Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
1	2	3	4
1	Intoleransi Aktivitas	**Daya tahan (0001):** Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jamdiharapkan pasien dapat membaik dengan kriteria hasil 1. Tidak kelelahan 2. Dapat beraktivitas fisik 3. Dapat melakukan aktivitas rutin **Toleransi terhadap aktivitas (0005**) : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jamdiharapkan pasien dapat membaik dengan kriteria hasil: 1. Adanya kemudahan bernapas ketika beraktivitas	**Manajemen energi (0180):** 1. Monitor / catat waktu lama istirahat / tidur pasien 2. Anjurkan pasien tidur siang bila diperlukan Bantu klien aktivitas fisik

1	2	3	4
		2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas harian	**Terapi aktivitas (4310)** : 1. Pertimbangkan kemampuan klien dalam berpartisipasi melalui aktivitas fisik 2. Bantu klien memilih aktivitas dan pencapaian tujuan melalui aktivitas yang konsisten dengan kemampuan fisik, fisiologis, dan sosial. 3. Bantu klien menjadwalkan waktu-waktu spesifik terkait dengan aktivitas harian 4. Bantu dengan aktivitas fisik secara teratur (misal, ambulasi, transfer/berindah, berputar, dan kebersihan diri) sesuai dengan kebutuhan
2	Penurunan curah jantung	**Keefektifan pompa jantung (0400):** Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jamdiharapkan pasien dapat membaik dengan kriteria hasil: 1. Tekanan darah normal 2. Denyut nadi normal 3. Tidak mudah kelelahan 4. Tidak ada dispnea	**Perawatan jantung (4040) :** 1. Kaji status pernafasan terkait adanya gejala gagal jantung 2. Kaji kelelahan dan sesak nafas 3. Lakukan terapi relaksasi 4. Anjurkan aktivitas yang lebih ringan dengan waktu

1	2	3	4
		5. Dapat beraktivitas 6. Tidak ada pucat	5. istirahat lebih sering 6. Susun waktu latihan dan istirahat untu dan istirahat untuk mencegah kelelahan 7. Kaji tanda-tanda vital **Pemberian obat (2300):** 1. Berikan obat-obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat
3	Perfusi perifer tidak efektif	**Perfusi jarigan: perifer (0407)** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jamdiharapkan pasien dapat membaik dengan kriteria hasil: 1. CRT <3 detik 2. Suhu normal 3. Nadi teraba normal 4. Tekanan darah normal Tidak ada pucat	**Perawatan sirkulasi: insufisiensi vena (4066**): 1. Lakukan penilaian sirkulasi perifer secara komprehensif (misalnya mengecek nadi perifer, udem, CRT, warna & suhu kulit) 2. Nilai udem & nadi perifer 3. Tinggikan kaki 20^{o} atau lebih tinggi dari jantung 4. Monitor ketidaknyamanan **Pemberian obat (2300):** 1. Berikan obat-obatan sesuai dengan teknik dan cara yang tepat.

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tabel 3.6

Catatan Perkembangan Tn. J Hari Pertama

No DX	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	9 maret 2020	Pukul10.30 wib a. Memonitor waktu dan lama tidur pasien: pasien tidur 6 jam dalam sehari yaitu 5 jam di malam hari dan 1 ½ jam di sore hari b. Menganjurkan pasien tidur di siang hari :seperti menambah jumlah jam tidur 1-2 jam c. Menganjurkan pasien untuk beraktivitas sehari hari seperti perawatan diri: mandi, makan d. Membantu klien dalam aktivitas fisik seperti berjalan & berpindah e. Membantu meningkatkan relaksasi seperti komunikasi dengankeluarga	Pukul 15.00 wib S: a. Klien mengatakan masihmerasa lelah, tidak dapat tidur di siang hari b. Aktivitas fisik masih terbatas c. Klien mengatakan belum dapat beraktivitas sehari-hari tanpa bantuan keluarga d. Klien mengatakan masih sesak jika beraktivitas O: a. Klien tampak lemah b. RR: 28x/menit A: Pada hari pertama masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi a. Monitor / catat waktu lama istirahat / tidur pasien b. Anjurkan pasien tidur siang bila diperlukan c. Bantu klien aktivitas fisik **Perawat** **Bunga Taufiqurrohmani**

1	2	3	4
2	9 maret 2020	Pukul: 09.00 wib a. Mengkaji status pernafasan terkait dengan adanya gejala gagal jantung: napas cepat dan dangkal, dengan frekuensi 32 x/menit b. Menginstruksikan klien untuk segera melapor apabila nyeri dada c. Mengkaji kelelahan dan sesak nafas: klien sering kelelahan saat beraktivitas contohnya pada saat kekamar mandi dan mengalami sesak napas pada saat beraktivitas d. Mengkaji tandatanda vital: TD: 180/100 mmHg N: 124x/menit RR: 32x/menit S: 36,8^{o} C e. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam f. Memberikan obat Ceftriaxon 2x1 gr Spirola 3x1 mg Amlodipin 1x10 mg Digoxin 2x ½ mg Furosemid 3x1 mg	Pukul : 15.00 wib S: 1. Klien mengatakan sesak saat beraktivitas 2. Klien mengatakan mudah merasa lelah O: 1. TD: 150/100 mmHg 2. N: 120x/menit 3. RR: 28x/menit A: Pada hari pertama masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi : a. Kaji status pernafasan terkait adanya gejala gagal jantung b. Redemonstrasi terapirelaksasi c. Susun waktu latihan dan istirahat d. Kaji tanda-tanda vital e. Berikan terapi obat **Perawat** **Bunga Taufiqurrohmani**
3	9 maret 2020	Pukul 10.00 wib a. Mengecek nadi perifer,tekanan darah, CRT, dan suhu kulit: N: 124x/menit TD: 180/100 mmHg CRT 5 detik S: 36,8^{o} C b. Membantu klien untuk meninggikan kaki lebih	Pukul 15.00wib S: a. Klien mengatakan merasa mudah lelah O: a. TD: 150/100 mmHg b. N: 120x/menit c. CRT 4 detik d. Suhu: 36,9^{o} C

1	2	3	4
		c. tinggi dari jantung dengan cara meletakkan bantal dibawah betis klien d. Pemberian obat Spirola 3x1 mg Amlodipin 1x10 mg	A: Pada hari pertama masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi : a. Cek secara komprehensif nadi perifer,tekanan darah,CRT, dan suhu b. Redemonstrasi peniggian kaki lebih tinggi dari jantung c. Berikan terapiobat **Perawat** **Bunga Taufiqurrohmani**

Tabel 3.7

Catatan Perkembangan Tn. J Hari Kedua

No DX	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	10 maret 2020	Pukul 08.30 wib a. Memonitor waktu dan lama tidur pasien: pasien tidur 6 jam dalam sehari yaitu 4 jam di malam hari dan 1 jam di sore hari b. Menganjurkan pasien tidur di siang hari :seperti menambah jumlah jam tidur 1-2 jam c. Menganjurkan pasien untukberaktivitas sehari hari seperti perawatan diri: mandi, makan d. Membantuklien dalam aktivitas fisik seperti berjalan & berpindah	Pukul 14.00 wib S: a. Klien mengatakan masihmerasa lelah, tidak dapat tidur di siang hari b. Aktivitas fisik masih terbatas c. Klien mengatakan dapat beraktivitas sehari-hari tanpa bantuan keluarga sedikit demi sedikit d. Klien mengatakan sesak berkurang pada saat beraktivitas

1	2	3	4
		e. Membantu meningkatkan relaksasi seperti komunikasi dengankeluarga: pasien dapat berbicara dengan keluarga berbincang hal-hal yang menyenangkan	O: a. Klien tampak lemah b. RR: 25x/menit A: pada hari kedua masalah sebagian teratasi P: Lanjutkan Intervensi a. Monitor / catat waktu lama istirahat / tidur pasien b. Anjurkan untuk beraktivitas sehari-hari c. Redemonstrasi relaksasai berkomunikasi dengan keluarga **Perawat** **Bunga Taufiqurrohmani**
2	10 maret 2020	Pukul 08.00 wib a. Mengkaji status pernafasan terkait dengan adanya gejala gagal jantung: napas cepat dan dangkal, dengan frekuensi 32 x/menit b. Mengkaji kelelahan dan sesak nafas: klien sering kelelahan saat beraktivitas contohnya pada saat kekamar mandi dan mengalami sesak napas pada saat beraktivitas c. Menganjurkan beraktivitasyang lebih	Pukul 14.00 wib S: a. Klien mengatakan sesak saat beraktivitas b. Klien mengatakan mudah merasa lelah O: a. TD: 140/100 mmHg b. N : 117x/menit c. RR: 27x/menit A: Pada hari kedua masalah sebagian teratasi

1	2	3	4
		ringan contohnya berjalan, dengan waktu istirahat yang lebih sering d. Mengkaji tandatanda vital: TD: 170/100 mmHg N: 120x/menit RR: 29x/menit S: 36,8^{o} C e. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam f. Memberikan obat Ceftriaxon 2x1 gr Spirola 3x1 mg Amlodipin 1x10 mg Digoxin 2x ½ mg Furosemid 3x1 mg	P : Lanjutkan intervensi a. Kaji status pernafasan terkait adanya gejala gagal jantung b. Redemonstrasi terapirelaksasi c. Kaji tanda-tanda vital d. Berikan terapi obat **Perawat** **Bunga Taufiqurrohmani**
3	10 maret 2020	Pukul 08.00 wib a. Mengecek nadi perifer,tekanan darah, CRT, dan suhu kulit: N: 120x/menit TD: 170/100 mmHg CRT 4 detik S: 36,8^{o} C b. Membantu klien untuk meninggikan kaki lebih tinggi dari jantung dengan cara meletakkan bantal dibawah betis klien c. Pemberian obat Spirola 3x1 mg Amlodipin 1x10 mg	Pukul 15.00wib S: Klien mengatakan merasa mudah lelah O: a. TD: 150/100 mmHg b. N: 120x/menit c. CRT 4 detik d. Suhu: 36,9^{o} C A: pada hari kedua masalah sebagian teratasi P: Lanjutkan Intervensi a. Cek secara komprehensif nadi perifer,tekanan darah,CRT, dan suhu **Perawat** **Bunga Taufiqurrohmani**

Tabel 3.8

Catatan Perkembangan Tn. J Hari Ketiga

No DX	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	11 maret 2020	Pukul 08.30 wib a. Memonitor waktu dan lama tidur pasien: pasien tidur 9 jam dalam sehari yaitu 6 jam di malam hari, 2 jam di siang hari dan 1 jam di sore hari b. Menganjurkan pasien untukberaktivitas sehari hari seperti perawatan diri: mandi, makan secara mandiri c. Membantu meningkatkan relaksasi seperti komunikasi dengan keluarga: pasien dapat berbicara/ dengan keluarga berbincang hal-hal yang menyenangkan	Pukul 11.00 wib S: a. Klien mengatakan sudah bertenaga b. Klien mengatakan sudah tidak sesak saat atau pun telah melakukan aktivitas c. Klien mengatakan sudah beraktivitas rutin sehari-hari secara mandiri O: a. Klien tampak segar A: Masalah Teraatasi P: Hentikan Intervensi **Perawat** **Bunga Taufiqurrohmani**
2	11 maret 2020	Pukul 08.00 wib a. Mengkaji tandatanda vital: TD: 140/80 mmHg N: 100x/menit RR: 24x/menit S: 37,4^{o} C b. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam c. Memberikan obat Ceftriaxon 2x1 gr Spirola 3x1 mg Amlodipin 1x10 mg	Pukul 11.00 wib S: a. Klien mengatakan sesak berkurang b. Klien mengatakan sudah bertenaga O: a. TD: 140/80 mmHg b. N: 97x/menit c. RR: 23x/menit

1	2	3	4
		Digoxin 2x ½ mg Furosemid 3x1 mg	A: Masalah teratasi P: Hentikan Intervensi **Perawat** **Bunga Taufiqurrohmani**
3	11 maret 2020	Pukul 08.00 wib a. Mengecek nadi perifer,tekanan darah, CRT, dan suhu kulit: N: 100x/menit TD: 140/80 mmHg CRT 3 detik S: 37,4^{o} C	Pukul 11.00 wib S: Klien mengatakan sudah bertenaga O: a. TD: 140/80 mmHg b. N: 97x/menit c. CRT 3 detik d. S: 37,4^{o} C A: masalahh teratasi P: hentikan intervensi **Perawat** **Bunga Taufiqurrohmani**