

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan Pasien)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. S

Umur : 57 tahun

Ruang Rawat : Ruang Jantung

Rumah Sakit : RSUD Jend. Achmad Yani Metro

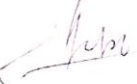
Setelah mendapat penjelasan dari mahasiswa tentang tujuan dari asuhan keperawatan yang akan dilakukan dan bahwa data yang didapatkan akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan pembelajaran, maka dengan ini saya menyatakan **bersedia/tidak bersedia *)** sebagai subyek asuhan.

Metro, 14 Februari 2022

Mahasiswa,


Ruslan A. F.

Pasien



Mengetahui,
Pembimbing Lahan/CI



Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

Lampiran 2

	POLTEKKES TANJUNGPUR	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Riska Ayu Fitriani
 NIM : 1614401072
 Pembimbing Utama : Yuliaty Amperaningah, S.K.M., M.Kes
 Judul Tugas Akhir : Aduhan Keperawatan Dengan Gangguan Keputihan Disgenerasi Pada Pasien ADHF Di Ruang Intang RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2022

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Senin 31-01-2022	Disleksi Rencana LTA		
2	Senin 7-02-2022	Supervisi Pengumpulan Data		
3	Jumat 18-02-2022	Konsultasi Hasil Askep, ACC judul		
4	Jumat 18-03-2022	Konsultasi BAB 1 & 2,3		
5	Rabu 23-03-2022	Perbaiki Bab 1, 2, 3 Pengkajian -> analisa data dilengkapi		
6	Kamis 31-04-2022	Perbaiki kelainan kulit simulasi data dengan pengkajian		
7	Senin 25-04-2022	Perbaikan pembahasan BAB 4		
8	Rabu 27-04-2022	Perbaikan Abstrak, BAB 4 & 5 Daftar pustaka		
9	Selasa 17-05-2022	Acc Essay		
10	Senin 06-06-2022	Perbaiki Saran & Pembahasan		
11	Rabu 08-06-2022	Acc Saran & Pembahasan		
12	Rabu 08-06-2022	Acc Penjurian		

Bandar Lampung, 08 Juni 2022
 Pembimbing Utama


 Yuliaty Amperaningah, S.K.M., M.Kes
 NIP. 196007251988032001

Lampiran 3

	POLTEKKES TANJUNGGARANG	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : Riska Ayu Fitriani
 NIM : 1914401072
 Pembimbing Pendamping : Al Murhan, SKM., M.Kes
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan keabnormalan Asydenari pada pasien ADHD & Rung Tangan RSUD Jendral Anwar Yani Kota Metro Lampung 2022

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Selasa 1/2/2022	Acc judul, lanjut BAB I		
2	Kamis 10/2/2022	Perbaiki penulisan BAB I, tanpa baca		
3	Senin 21/2/2022	Acc BAB I, lanjutkan penulisan BAB II		
4	Jumat 25/2/2022	Perbaiki tanpa baca, jarak spasi		
5	Sabtu 16/2/2022	Acc BAB II, perbaiki Abstrak, lanjutkan BAB III		
6	Selasa 19/2/2022	Perbaiki pengkajian & Anamnesa Sdk.		
7	Jumat 22/2/2022	Acc BAB III, Tambahkan Septar pustaka		
8	Selasa 26/2/2022	lanjutkan BAB 4 sampai Sengaji pembahasan		
9	Selasa 6/3/2022	Acc BAB IV & BAB V		
10	Kamis 17/3/2022	Acc isang, seminar hasil		
11	Kamis 9/3/2022	Perbaiki Halaman, pemenggalan kata		
12	Senin 13/3/2022	Acc penjiwaan		

Bandar Lampung, 13 Juni 2022
 Pembimbing Pendamping

Al Murhan, SKM., M.Kes
 1966 01 01 1989 03 1000 6

Lampiran 4

	POLTEKKES TANJUNGPURBAN KEMENKES RI	Kode	
	PRODI III KEPERAWATAN TANJUNGPURBAN	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Lembar Masukan dan Perbaikan Seminar LTA	Halaman	

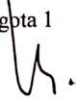
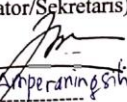
LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Riska Ayu Fitriani
 NIM : 1919401072
 Tanggal : Senin, 23 Mei 2022
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Kelahiran disipasi RSK
Pasien AOHF di Ruang Tanding RSUD Kencana Alamici yang Matri Tahun 2022

No	Masukan/Perbaikan	Keterangan
A.	Sary Febraty Abstrak 1 dinilai hasil askep & monevulian semula	4.
B.	SL Murhan Judul sesuai pengisian data, Abstrak harus ditulis & terak Abstrak jumlah kata, jumlah hal, tabel, gambar Data pola nafas / RR & Snterkan	6.

Bandar Lampung, 09 Mei 2022

TIM PENGUJI

Ketua	Anggota 1	Anggota 2 (Moderator/Sekretaris)
 <u>Sary Febraty, S.Kep. MM</u> NIP. 1982 02 11 2009 022 003	 <u>SL Murhan, SKM. MKes</u> NIP. 1966 01 10 11 989631 006	 <u>Ulia Amperaning Sili, SKM. MKes</u> NIP. 1966 07 25 198803 2001

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN
KEBUTUHAN -----AKIBAT PATOLOGI SISTEM
DENGAN DIAGNOSA MEDIS
DI



Nama : *Riska Ayu Fitriani*
NIM : *1914401072*

**POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
2022**

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Riska Ayu Fitriani
NIM : 1519401072 Tgl Pengkajian : 14 Februari 2022
Ruangrawat : Ruang Jantung No. Register : 424214

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Ny. S
2. Umur : 57 Tahun
3. Jenis kelamin : L / (P)*
4. Pendidikan : SD
5. Pekerjaan : Petani
6. Tgl masuk RS : Jumat, 11 Feb 2022 Waktu : 01.00 WIB
7. Dx. Medis : ADHF
8. Alamat : Metro Kibang

B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : ☒ Melalui IGD () Melalui Poliklinik () Transfer ruangan _____

Masuk ke Ruangan pada tanggal : 12 Februari 2022 Waktu : 18.00 WIB

Diantar Oleh : () sendiri ☒ Keluarga () Petugas Kesehatan () Lainnya _____

Masuk dengan menggunakan : () Berjalan () Kursi Roda ☒ Brankar () Kruk () Walker
() Tripod () Lainnya, Jelaskan _____

Status Mental saat masuk : ☒ Kesadaran : Compos mentis

☒ GCS : E 4 M 6 V 5

Tanda Vital Saat Masuk : TD 97/74 mmHg

Nadi 123 x/menit () teratur ☒ Tidak teratur () Lemah () Kuat

RR 32 x/menit () teratur ☒ Tidak teratur

Nyeri :

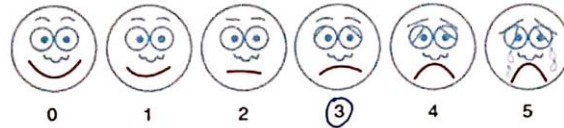
Numeric Rating Scale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Moderate Worst Possible

Verbal Rating Scale

No Pain Mild Pain Moderate Severe Very Severe Worst Possible

Wong & Baker Faces Rating Scale

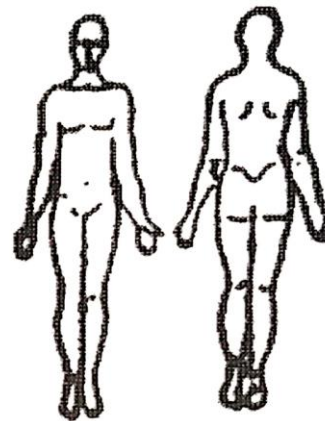


Status Lokal : ☐

Beri kode huruf utk menunjuk status lokal disamping :

- C – Contusion
- L – Lacerations
- R – Rashes
- S – Scars
- *Parasite (scabies/lice)
- D – Decubitus
- T – Tattoo
- B – Bruises
- X – Body Piercing
- P – Pain
- O – Other _____

Tinea Pedis: ...Ya ☐ Tidak ☒
 Jelaskan: _____



Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA	NILAI	KET
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak 0 Ya 25	0	
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak 0 Ya 15	0	
3	Alat Bantu Jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang / Tongkat / Walker c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture	0 15 30	0	
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak 0 Ya 20	20	
5	Gaya berjalan / pindah a. Normal/Bedrest/immobile tdk dpt bergerak sendiri b. Lemah tidak bertenaga c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)	0 10 20	10	
6	Status Mental a. Sadar penuh b. Keterbatasan daya ingat	0 15	0	
JUMLAH SKOR			30	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar	0 - 24	HIJAU
2. Risiko rendah, tindakan pencegahan jatuh standar	25 - 50	KUNING
3. Risiko tinggi, tindakan pencegahan jatuh risiko tinggi	> = 51	MERAH

1. Keluhan utama saat pengkajian: Sesak nafas
2. Riwayat penyakit Sekarang:

klien masuk rumah sakit melalui IGD, dengan keluhan sesak nafas ± 3 hari
klien mengeluh cepat lelah & lemas setelah beraktivitas, klien mengatakan
adanya nyeri, nyeri seperti ditusuk-tusuk & hilang timbul klien tampak pucat
Mual (-), muntah (-), Demam (-), Skala nyeri 3. Pada ekstremitas
bawah klien terdapat edema

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll): klien tidak memiliki alergi obat & alergi makanan

4. Bentuk reaksi alergi yg dialami: Tidak ada
5. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI
-	-	-	-

6. Apakah obat / herbal tersebut masih dikonsumsi hingga saat ini ?

() Ya, Alasan: _____

(x) Tidak, Alasan: klien tidak pernah mengonsumsi obat herbal

7. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang:

klien mengatakan mempunyai riwayat darah tinggi & diabetes
melitus sudah 4 tahun. Tidak ada ulkus (-)

8. Riwayat penyakit keluarga :

klien mengatakan keluarganya tidak memiliki penyakit yg sama
seperti dirinya.

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik

Genogram	Keterangan Keluarga
	☐ Laki - laki ☐ Perempuan ☒ Laki - laki Meninggal ☐ meninggal Serumah ☒ pasien

C. ANAMNESIS PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

1. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan UmumKlien

- ☐ Tampak Sehat ☐ Tampak Sakit Ringan ☒ Tampak sakit sedang
☐ Tampak Sakit Berat

Catatan lain :

klien tampak lemas & berbaring & tampak tidur

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan

- ☐ Olahraga: teratur /tidak teratur (tidak pernah) jika olahraga, jenisnya:
☒ Minum air putih: L/hari ☐ Kopi ☒ teh ☐ Soda ☐ Minuman bersuplemen
 Frekuensi konsumsi jenis minuman tsb: x/hr ☐ Makanan, diet tertentu:
☐ Merokok, Jenis: Jumlah: btg/hari Merokok sejak usia: thn, lama: thn
 Jenis rokok: Keinginan berhenti merokok: ☐ Ada ☐ Tidak ada
 Upaya Berhenti merokok: ☐ Pernah ☐ Belum pernah

Jika pernah : () berhasil

() Tidak berhasil, kendala :

Jika mengalami tekanan/masalah, cara melampiaskan stress : () Marah-marah

() Merusak barang-barang

() Memukul, mencubit, menciderai, meninju
orang lain maupun diri sendiri.

() Menangis

() Memendam perasaan

(x) Mengatakannya secara baik-baik

Catatan lain :

Klien jika terdapat masalah ia selalu berdiskusi kepada keluarganya

❖ Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien

() Melakukan medical chek up : () rutin () Kadang²

Jenis Medical Chek Up yg dilakukan : klien tidak pernah melakukan check up

(x) Kunjungan ke Faskes : () rutin (x) Kadang²

Jenis Faskes yg dikunjungi : klien ke rumah sakit sering pergi Langgung ke rumah sakit

(x) Memiliki jaminan kesehatan/asuransi

Jenis Jamkes yg dimiliki : BKPS Kelas 3

Catatan lain :

❖ Upaya pemeriksaan kesehatan mandiri

() Pemeriksaan payudara sendiri

() Pemeriksaan testis sendiri (khusus pria)

() Pemeriksaan Tekanan Darah sendiri

(x) Pemeriksaan Gula Darah mandiri

() Pemeriksaan Kolesterol mandiri

() Pemeriksaan Asam Urat mandiri

() Pemeriksaan mandiri lainnya, sebutkan

Catatan lain : klien selalu memeriksa kadar gula darah secara mandiri di rumah, Abang keluarga.

Jika pernah : () berhasil

() Tidak berhasil, kendala :

Jika mengalami tekanan/masalah, cara melampiaskan stress : () Marah-marah

() Merusak barang-barang

() Memukul, mencubit, menciderai, meninju orang lain maupun diri sendiri.

() Menangis

() Memendam perasaan

(x) Mengatakannya secara baik-baik

Catatan lain :

Klien jika terdapat masalah ia selalu berdiskusi kepada keluarganya

❖ Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien

() Melakukan medical chek up : () rutin () Kadang²

Jenis Medical Chek Up yg dilakukan : klien tidak pernah melakukan check up

(x) Kunjungan ke Faskes : () rutin (x) Kadang²

Jenis Faskes yg dikunjungi : klien pernah sering pergi ke Langkung kenamah selkit

(x) Memiliki jaminan kesehatan/asuransi

Jenis Jamkes yg dimiliki : BK BPTS Kelas 3

Catatan lain :

❖ Upaya pemeriksaan kesehatan mandiri

() Pemeriksaan payudara sendiri

() Pemeriksaan testis sendiri (khusus pria)

() Pemeriksaan Tekanan Darah sendiri

(x) Pemeriksaan Gula Darah mandiri

() Pemeriksaan Kolesterol mandiri

() Pemeriksaan Asam Urat mandiri

() Pemeriksaan mandiri lainnya, sebutkan

Catatan lain : klien selalu memeriksa kadar gula darah secara mandiri di rumah, Alhamdulillah keluarga.

❖ Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan

Pernahkah klien dirawat di RS sebelumnya? tidak pernah
 Jika pernah, kapan,..... Dirawat karena
 Pernahkah klien menjalani operasi?
 Jika pernah, kapan,..... Dioperasi karena
 Catatan lain : klien tidak pernah masuk rumah sakit & menjalani operasi

❖ Obat, Jamu, Herbal atau terapi lain yg dijalani sebelum masuk RS

Obat Yg sering dikonsumsi: Jamu Yg sering dikonsumsi:
 Terapi lain yg dijalani: (Cth : Accupresure, bekam, akupuntur, dll)
 Tujuan mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi tersebut adalah
 Apakah obat, jamu, herbal atau terapi tersebut masih dijalani hingga saat ini?,
 Alasannya :

Catatan lain : klien tidak pernah mengkonsumsi obat herbal ataupun terapi lainnya.

2. Pola Metabolik –Nutrisi

❖ Kebiasaan Jumlah Makanan dan Kudapan

Makanan utama : (☒) Nasi Putih () Nasi Merah () Ubi & Olahannya () Roti
 Berapa banyak? 2x! (ukuran Rmh Tangga)
 Konsumsi Sayur Mayur: () Selalu (☒) Kadang kadang () Sangat Jarang
 Jenis Sayur Yg paling disukai: sayuran hijau, bayam & kangkung
 Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai: tidak ada
 Olahan sayur yg sering: () rebus (☒) masak santan (☒) tumis () bakar () Goreng
 Konsumsi Lauk: () Selalu (☒) Kadang kadang
 Jenis lauk Yg paling disukai: ikan & Ayam
 Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi: Ayam
 Olahan lauk yg sering dikonsumsi: () rebus () masak santan () tumis () bakar (☒) Goreng
 Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai: tidak ada
 Frekuensi makan makanan utama & pelengkap: (☒) 1-2x/hr () 3 x/hr () > 3x/hr
 Kudapan/Camilan: () Selalu (☒) Kadang kadang
 Rasa kudapan yg paling disukai: (☒) manis () asin
 Frekuensi makan kudapan dlm sehari: (☒) 1-2x/hr () 3 x/hr () > 3 x/hr.
 Jenis kudapan/cemilan yg sering: () Permen/coklat (☒) kue/roti/donat () bakso/somay/mi & sejenisnya (☒) kacang/krupuk/kripik/pilus dan sejenisnya () es krim/es campur/soda & minuman sejenisnya

❖ Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan

Pernahkah klien dirawat di RS sebelumnya ? tidak pernah
 Jika pernah, kapan, Dirawat karena
 Pernahkah klien menjalani operasi ?
 Jika pernah, kapan, Dioperasi karena
 Catatan lain : klien tidak pernah masuk rumah sakit & menjalani operasi

❖ Obat, Jamu, Herbal atau terapi lain yg dijalani sebelum masuk RS

Obat Yg sering dikonsumsi : Jamu Yg sering dikonsumsi :
 Terapi lain yg dijalani : (Cth : Accupresure, bekam, akupuntur, dll)
 Tujuan mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi tersebut adalah
 Apakah obat, jamu, herbal atau terapi tersebut masih dijalani hingga saat ini ?
 Alasannya :

Catatan lain : klien tidak pernah mengkonsumsi obat herbal ataupun terapi lainnya.

2. Pola Metabolik –Nutrisi

❖ Kebiasaan Jumlah Makanan dan Kudapan

Makanan utama : (☒) Nasi Putih () Nasi Merah () Ubi & Olahannya () Roti
 Berapa banyak ? 3x (ukuran Rmh Tangga)
 Konsumsi Sayur Mayur : () Selalu (☒) Kadang kadang () Sangat Jarang
 Jenis Sayur Yg paling disukai : sayuran hijau, bayam & kangkung
 Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai : tidak ada
 Olahan sayur yg sering : () rebus (☒) masak santan (☒) tumis () bakar () Goreng
 Konsumsi Lauk : () Selalu (☒) Kadang kadang
 Jenis lauk Yg paling disukai : ikan & Ayam
 Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi : Ayam
 Olahan lauk yg sering dikonsumsi : () rebus () masak santan () tumis () bakar (☒) Goreng
 Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai : tidak ada
 Frekuensi makan makanan utama & pelengkap nya : (☒) 1-2x/hr () 3 x/hr () > 3x/hr
 Kudapan/Camilan : () Selalu (☒) Kadang kadang
 Rasa kudapan yg paling disukai : (☒) manis () asin
 Frekuensi makan kudapan dlm sehari : (☒) 1-2x/hr () 3 x/hr () > 3x/hr.
 Jenis kudapan/cemilan yg sering : () Permen /coklat (☒) kue/roti/donat () bakso/somay/mi & sejenisnya (☒) kacang/krupuk/kripik/pilus dan sejenisnya () es krim/es campur/soda & minuman sejenisnya

Catatan lain :

- ❖ Pola Makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir (Jika klien dirawat > 3 hari, maka lakukan pengkajian pola makan 3 hr terakhir)

(☒) 3 hari terakhir (☐) 24 jam terakhir

Jenis diet..... (Lih. di catatan medis)

Bentuk makanan yg diberikan : (☐) padat (☒) Bubur biasa (☐) Bubur saring (☐) Cair

Cara Pemberian : (☒) Oral (☐) Sonde (☐) Parenteral

Frekuensi pemberian : 3 x / hari Kudapan/camilan 1 x / hari

Kemampuan makan : (☐) mandiri (☒) bantuan (☐) tergantung total

Porsi yg dihabiskan dari makanan yg disediakan :

(☐) satu porsi habis setiap kali makan (☒) 1/2 - 3/4 porsi (☐) < 1/2 porsi

Alasan tidak menghabiskan makan : klien mengatakan tidak nafsu makan

Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi : tidak ada

Catatan lain :

- ❖ Masalah yg berhubungan dengan pola konsumsi makanan

- (☐) Gangguan menelan (☐) Gangguan mengunyah (☐) Gangguan mengecap (☐) Mual
(☐) Muntah (☐) Nyeri gigi/caries (☐) Terpasang peralatan medis (☐) Penurunan kesadaran
(☒) Anoreksia/tidak nafsu mkn (☐) Gangguan penciuman/tidak dpt mencium aroma makanan
(☐) Perasaan tidak nyaman di abdomen; yaitu
(☐) Tidak ada keinginan untuk makan yg berhubungan dg masalah psikologis (marah, depresi, sedih, putus asa)

Catatan lain : klien tidak pernah menghabiskan makanannya, dikarenakan tidak nafsu makan

- ❖ Energi Metabolik

- (☒) merasa lemah (☐) merasa tenaga menurun (☒) mudah lelah
(☐) tidak mampu melakukan aktifitas (☐) tidak ada tenaga

Catatan lain : klien mengatakan mudah lelah saat melakukan aktifitas

- ❖ Persepsi klien tentang BB nya (*Hanya untuk klien dg kesadaran penuh*)
 - ☒ Merasa BB normal ☐ Merasa BB Lebih ☐ Merasa sangat gemuk ☐ Merasa kurus

Catatan lain : BB : 60 kg TB : 165 cm

3. POLA ELIMINASI

- ❖ Eliminasi buang air kecil (b.a.k)

☒ Tidak di kateterisasi urine (*jika pasien di kateter maka pertanyaan langsung ke bagian dilakukan kateterisasi urine*)

☒ Frekuensi b.a.k dalam 24 jam : 5 x/hr ☐ Penggunaan bed pan / urinal diatas TT

☐ Ke toilet : ☐ mandiri ☒ dengan bantuan

Apakah klien diinstruksikan untuk tampung urine 24 jam

☒ Ya, untuk keperluan balance cairan

☐ Tidak, karena

Warna urine : ☒ kuning jernih ☐ Keruh ☐ berbusa ☐ Merah terang ☐ Merah pekat
☐ bekuan darah

Bau urine : ☒ normal ☐ busuk ☐ anyir

Masalah dalam pengeluaran urine : ☐ Nyeri ☐ Aliran tersendat ☐ enuresis ☐ Incontinensia

☐ retensi parsial/total ☐ urine menetes ☐ mendedan ☐ keluar pasir-pasir

☐ Dilakukan kateterisasi urine, jenisnya Lama kateter terpasang hari

Kebersihan kateter : ☐ bersih ☐ tampak kotor

Keluhan klien terhadap kateter terpasang : ☐ nyeri ☐ panas ☐ perih ☐ tidak nyaman

Aliran urine dlm selang kateter : ☐ lancar ☐ tersendat

Warna urine dalam urine bag/selang kateter : ☐ kuning jernih ☐ kuning pekat ☐ keruh

☐ berkabut/granulasi ☐ merah terang ☐ merah pekat

Volume urine bag dalam 3 jam terakhir ml

Volume urine bag dalam 6 jam terakhir ml

Volume urine bag dalam 8 jam terakhir ml

Volume urine bag dalam 24 jam terakhir ml

Volume cairan irigasi (*jika dilakukan irigasi blas*) dalam 24 jam terakhir ml.

Tetes irigasi tts/menit

Catatan lain :

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

- ❖ Aktivitas sehari-hari

Pekerjaan : klien adalah seorang petani

Kegiatan Sosial/kemasyarakatan :

klien mengatakan mengikuti pangajian rutin di rumahnya & saling membantu sesama masyarakat di waktu sehat

Masalah kesehatan anggota gerak : *sebelum karena mengalami stroke*

☒ kelemahan ekstremitas *sebelum karena*

☒ kekakuan ekstremitas *sebelum karena*

☐ kontraktur area

Kemampuan melakukan perawatan diri (mandi, berpakaian, berhias, makan, toilet) :

☐ mandiri ☒ bantuan sebagian ☐ bantuan penuh

Penggunaan alat bantu gerak : ☐ kruk ☐ walker ☐ tripod ☐ tongkat

Catatan lain :

.....

.....

.....

5. POLA ISTIRAHAT – TIDUR

❖ Kebiasaan tidur

Kebiasaan tidur sehari-hari : ☒ 6–8 jam/hari ☐ < 6–8 jam/hari ☐ > 6–8 jam/hari.

Tingkat kesegaran setelah bangun tidur : ☐ segar ☒ tidak segar.

Kebiasaan tidur saat ini : ☐ 6–8 jam/hari ☒ < 6–8 jam/hari ☐ > 6–8 jam/hari.

Masalah gangguan tidur : ☐ mimpi buruk ☐ pikiran tidak tenang ☒ nyeri

☐ lingkungan bising/berisik ☐ pencahayaan ruangan ☐ suhu ruangan tidak nyaman

☐ pengunjung/pembesuk banyak

Penggunaan alat/zat bantu tidur : ☐ musik relaksasi ☐ hipnoterapi

☐ obat-obatan, jenisnya

Catatan lain : *klien mengatakan tidak bisa tidur karena adanya nyeri sendi*

.....

.....

6. POLA PERSEPSI KOGNITIF

❖ Gambaran tentang indera khusus

☐ penurunan tajam penglihatan ☐ kacamata bantu ☐ penurunan tajam pendengaran

☐ alat bantu dengar ☐ penurunan tajam penciuman

☐ rasa baal indera perabaan (telapak tangan, telapak kaki) : kiri / kanan

☐ rasa kebas, kesemutan area

☐ rasa nyeri, karakteristik

❖ Kognitif

Tingkat pendidikan terakhir.....SD
Kemampuan mengambil keputusan : (✓) mampu () ragu-ragu () tidak mampu
mengambil keputusan () buta aksara () buta angka
Kemampuan mengingat : Jangka pendek : (✓) mampu () Tidak mampu,
Jangka Panjang : () mampu (✓) tidak mampu

Catatan lain : klien sudah mengalami penurunan daya ingat jangka panjang
.....
.....
.....
.....

7. POLA KONSEPSI DIRI – PERSEPSI DIRI

❖ Keadaan sosial

- ❖ Pekerjaan: klien mengatakan dirinya seorang petani
- ❖ Situasi keluarga: () baik () bercerai (✓) hami sudah meninggal 2 tahun lalu
- ❖ Keanggotaan kelompok sosial: klien tidak memiliki keanggotaan kelompok sosial
- ❖ Identitas personal (penjelasan ttg kekuatan & kelemahan diri sendiri :
klien mengetahui bahwa dirinya seorang sulut & butuh perawatan yg tepat
- ❖ Keadaan fisik yg disukai & tidak disukai : klien menyukai dengan apa yg ia punya sekarang
- ❖ Harga diri (perasaan klien thd dirinya sendiri : klien merasa cemas & gelisah dengan keadaannya
sekarang

Catatan lain : klien merasa cemas & gelisah dengan keadaannya yg tidak
lurus, sebab ia hanya bisa bertahan
.....
.....
.....

8. POLA HUBUNGAN PERAN

❖ Gambaran Tentang Peran

- ❖ Peran klien dalam keluarga : klien berperan sebagai seorang ibu & mende rumah
- ❖ Peran klien dalam masyarakat : klien mengatakan hubungan dengan masyarakat sangat baik
- ❖ Peran klien dalam pekerjaan : klien adalah seorang petani padi sendiri

❖ Kepuasan terhadap peran: ☒ puas () tidak puas

❖ Perubahan peran: ☒ tidak () ya, yaitu.....

Jika ya, apakah perubahan peran tersebut dirasakan membuat klien merasa tidak nyaman?

☒ Tidak

() Ya, uraikan.....

❖ Pola hubungan

❖ Hubungan dengan keluarga: ☒ baik () masalah,.....

❖ Hubungan dengan masyarakat: ☒ baik () masalah,.....

❖ Hubungan dengan pekerjaan: ☒ baik () masalah,.....

❖ Hubungan dengan petugas kesehatan (perawat, dokter, dll): () baik

() masalah,

Catatan lain:

klien mengatakan hubungannya dengan masyarakat & keluarga
sani sebelum sakit hingga sekarang sangat baik.

9. POLA REPRODUKTIF –SEKSUALITAS

❖ Reproduksi & Seksualitas

❖ Apakah klien saat ini mengalami: ☒ Menopause () amenorrhea () dishmenorhea

() impotensi () penurunan libido () Nyeri

❖ Apakah klien saat ini menggunakan kontrasepsi: ☒ tidak () Ya, jika ya, jenis kontrasepsi
..... dan telah digunakan selama Bln / tahun.

❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi reproduksi? ☒ Tidak

() Ya, jika ya, jelaskan

❖ Apakah klien mengalami masalah terkait dengan fungsi seksual? ☒ Tidak

() Ya, jika ya, jelaskan

Catatan lain:

klien tidak memiliki masalah pada reproduksi

10. POLA TOLERANSI TERHADAP STRESS – KOPING

❖ Toleransi terhadap stress – koping

- ❖ Adakah kejadian yang pernah dialami oleh klien hingga saat ini yang sangat menimbulkan stress ? ☒ tidak ada ☐ ada, yaitu... *klien hanya merasa cemas dengan kondisinya*
- ❖ Apakah klien belakangan ini merasakan perasaan : ☒ Kecemasan ☐ Takut
☒ Sedih ☐ Bingung ☐ Kehilangan harapan / putus asa ☐ tertekan
- ❖ Apakah strategi yang biasanya digunakan oleh klien untuk menghilangkan perasaan diatas ? uraikan... *klien mengatakan hanya bisa berdoa untuk kesembuhan dirinya*
- ❖ Apakah strategi tersebut dirasakan efektif oleh klien ? ☒ selalu efektif
☐ tidak selalu efektif ☐ tidak efektif
- ❖ Apakah klien mengetahui beberapa teknik relaksasi / menenangkan diri / meredakan stress ? ☐ Tidak ☒ mengetahui, yaitu... *klien selalu memenduri untuk menenangkan pikiran*
- ❖ Jika mengetahui, apakah klien pernah menggunakannya ? ☒ ya
☐ tidak, karena.....
- ❖ Apakah saat ini klien tampak : ☐ tegang ☒ murung / sedih ☒ gelisah
☐ menyendiri ☐ tatapan kosong ☐ banyak bertanya

11. POLA KEYAKINAN – NILAI

- ❖ Latar belakang budaya/etnik :
klien beretnis suku, klien tidak pernah melakukan pengobatan tradisional
- ❖ Apakah tujuan hidup menurut klien :
klien hanya ingin hidup sehat & bahagia bersama keluarganya atas Rido Allah SWT
- ❖ Keyakinan klien yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
klien meyakini bahwa ini salah bentuk teguran dari Allah SWT
- ❖ Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :
keluarga mengatakan bahwa ia yakin Allah akan mengangkat penyakitnya
- ❖ Apakah menurut klien pendekatan keyakinan / budaya / agama penting dalam penyelesaian masalah kesehatan saat ini : ☐ tidak ☒ Ya, Penting
- ❖ Apakah selama di RS klien mengalami kesulitan dalam menjalankan ritual keyakinan/budaya atau agamanya ? ☐ tidak ☒ Ya, jelaskan... *klien merasa lemas*

D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA – TANDA VITAL: TD: *141/69* mmHg, Nadi: *56* x/menit ☐ kuat ☐ lemah
☐ Teratur ☒ Tidak teratur RR: *20* x/mnt ☐ teratur ☒ tidak
 Teratur. Irama nafas: ☒ normal ☐ Cheyne Stokes ☐ Biot
☐ Kussmaul ☐ Hyperventilasi ☐ Apneustik

STATUS MENTAL: (X) Composmentis () Delirium () Somnolen () Stupor () Koma

1. Kepala: Bentuk kepala simetris, tidak terdapat bengkak & nyeri
Rambut kering & kusam, warna rambut hitam sedikit berubah
Mata simetris kanan & kiri, kelopak simetris terpusing 02 g/lpm
2. Leher: Terdapat vena jugularis sebelah kanan, tidak ada pembesaran
kelenjar tiroid

3. Thorax (Jantung & Paru):

- a. Inspeksi: Dada simetris, tidak ada lesi, tidak menggunakan otot bantu pernafasan
Ictus cordis terdapat, tidak ada bengkak atau lesi
- b. Palpasi: Tidak adanya massa & bengkak pada dada, vital praekordium terdapat
Tidak ada nyeri tekan, ictus cordis terdapat
- c. Perkusi: paru, terdengar suara sonor diseluruh lapang paru
Jantung, terdengar suara pekuk
- d. Auskultasi: paru, terdengar suara vesikuler, ronkhi (+)
jantung, terdengar irregular adanya suara tambahan, gallop (+)

4. Abdomen

- a. Inspeksi: perut tampak datar, tidak terdapat pembesaran, tidak ada bekas operasi
- b. Auskultasi: Esang usus 15x/menit
- c. Palpasi: Tidak terdapat adanya massa / pembengkakan, hepar & limpa
tidak ada nyeri tekan
- d. Perkusi: Terdengar suara tympani

5. Punggung & Tulang Belakang: Tidak adanya luka atau lesi, tidak ada gangguan pada tulang belakang

6. Genitalia & Rektum: Tidak ada karies atau masalah genitalia,
klien menggunakan popok, produksi urine banyak karena
klien menggunakan obat diuretik

7. Ekstremitas Atas & Bawah: Ekstremitas atas bagian kanan terasa lemah.
& kaku, Ekstremitas bawah kanan & kiri terdapat edema

8. Kekuatan otot:

3	5
3	3

9. Pemeriksaan Khusus:

a. Neurologi

Sensorik: Ekstremitas kanan terasa kesemutan & kaku

Motorik: klien hanya bisa duduk, mengangkat bahu, aktivitas sehari-hari

Reflek Fisiologis: Bicep: kanan - kiri + Tricep: kanan - kiri +

Tendo Achilles: kanan - kiri + Abdomen: +

Reflek Patologis dan rangsang meningeal:

Babinsky: kanan - kiri + Brudzinsky I: +

Brudzinsky II: + Chadok: + Hoffman Turner: +

Laseque: + Kaku Kuduk: + sss

12 Syaraf Kranial:

Nervus I: klien mampu membolak-balikan baw

Nervus III: klien dapat mengerutkan bola mata kebawah & keramping

Nervus IV: pupil mengecil saat rangsang cahaya

Nervus V: klien dapat merasakan sensasi halus & tajam

Nervus VI: klien mampu melihat benda tanpa menoleh

Nervus VII: klien bisa senyum & menutup kelopak mata dengan bahan

Nervus VIII: klien dapat mendengar gesekan jari

Nervus IX: uvula besar, terangkat & simetris, membolak-balikan mulut & asam

Nervus X: klien dapat menelan

Nervus XI: klien kurang tahan melawan tekanan

Nervus XII: klien dapat mengeluarkan lidah

10. Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brachial Indeks (ABI): Kanan _____ Kiri _____

- Monofilamen: Kanan _____
Kiri _____

- Ulkus DM: Lokasi _____

P: Peripheral _____
 E: Extend or Size: _____
 D: Depth or Tissue Loss: _____
 I: Infection and Sensation: _____
 S: Severe: _____

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

(Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll bila diperlukan buat dalam bentuk daftar / table hasil pemeriksaan yg menunjukkan perkembangan hasil pemeriksaan)

Leukosit $9.70 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritront $4.23 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hemoglobin 0.4 g/dL	
Hematokrit 38.6% , MCV 91.1 fL , MCH 29.3 , MCHC 32.1 g/dL	
Trombosit $235 \times 10^3/\mu\text{L}$, PDW 13.1% , MPV 8.50 fL	
Gula darah sewaktu 116 mg/dL	EkG : Bradikardi
Ureum 29.9 mg/dL	Thorax : Kardiomegali
Kreatinin 0.62 mg/dL	

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSIS RUTE PEMBERIAN	MULAI PEMBERIAN	INDIKASI (lihat DOI)	EFEK SAMPING (lihat DOI)
Infus RL	IV / $1 \times 500 \text{ cc}$	09.00	Dehidrasi	Nyeri Jaga
Furosemide	IV / 20 mg / 1 x 1	09.00	Edema	Pusing, mual
Digoxin	oral / $1 \times 1 \text{ tablet}$	16.00	Aritmia	Sakit kepala
Omeprazole	IV / $2 \times 1 \text{ vial}$	09.00	Lambung	Sakit kepala
Motilcil	oral / $1 \times 1 \text{ tablet}$	16.00	Pengumpulan Gas	Pencernaan terganggu
Laksasin Sirup	oral / $3 \times 1 \text{ cc}$	16.00	Suut BAB	Sakit Perut
Metformin	oral / $2 \times 500 \text{ g}$	20.00	Diabetes melitus	Mual & Muntah
Chloral	oral / $2 \times 500 \text{ g}$	16.00	Gangguan memori	Insomnia
Salicylate	oral / $2 \times 50 \text{ g}$	16.00	Mencegah stroke	Sakit kepala

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : Ny.S Jenis Kelamin : L / D No. Register : 424214 Tanggal Penilaian Risiko : 14 Februari 2022

PARAMETER	TEMUAN			SKOR
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hny berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt mengkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4. Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.
Kelambaban	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	4. Kulit kering
Aktivitas	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	4. Dapat berjalan sekitar Ruangan
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi ekstremitas mandiri	4. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.
Gesekan	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	4. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan
Diadopsi dari Braden & Bergstrom (1998), AHCPR (2008)				SKOR
Skor : 15 – 18 bersisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi				13

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ny. S
 Dx. Medis : A.P.H.F
 Ruang : Ruang Jantung
 No. MR : 42-42-19

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1	Senin, 14/2022 02 09.00 WIB	- klien mengatakan cepat DS: telah saat melakukan aktivitas seperti duduk & berjalan - klien mengatakan sesanya sesak DO: - H : 56 x/menit - Terdapat edema pada ekstremitas bawah kanan & kiri - Irama Jantung ireguler gallop (t) - klien tampak pucat - terdapat vena jugularis	Pemurunan Curah Jantung	Perubahan Arterial
2.	Senin, 14/2022 02 09.15 WIB	- klien Mengatakan sesanya DS: Sesak - klien Mengatakan timbul baki haur karena sesanya nyeri sebelah kanan - skala nyeri 3 DO: - RR : 30 x/menit - Suara nafas ronkhi - Pola nafas Lambat (Bradypnea) - Portak kering, O₂ 4 Lpm	Pola nafas tidak efektif	Hambatan upaya nafas

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ny. S
 Dx. Medis : APHF
 Ruang : Ruang Siring
 No. MR : 42.42.14

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
3.	Senin, 14/02 09.30 WIB	- Klien mengatakan sulit DS : menggerakkan anggota tubuh bagian kanan ± bahu - Klien mengatakan tangan & kaki kanannya kaku DO : - Klien tampak lemah - Sengis kaku - Rentang gerak menurun - Gerakan terbatas (dibantu keluarga & perawat)	Gangguan Mobilitas Fisik	Penurunan kekuatan otot
		DS : DO :		

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : My.S
Dx. Medis : AMI
Ruang : R. Gantung
No. MR : 92-92-19

HARI KE-1 : Tanggal Senin 14 Februari 2022

1. Perawatan luka gigitan b.d. Perubahan vital
2. Pola nafas tidak efektif b.d. hambatan upaya nafas
3. Gangguan mobilitas fisik b.d. penurunan kekuatan otot
- 4.

HARI KE-2 : Tanggal

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

HARI KE-3 : Tanggal

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.	Senin 14/07/2022	Penurunan Curah Jantung b.9 Perubahan Afterload.	Sesudah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Keperawatan Jantung mempunyai status meningkat Kriteria hasil: - Disnea menurun - Ialah menurun - Edema menurun - Distensi Vena jugularis menurun - Sekresi Jarak kembali :	Observasi: - Identifikasi tanda / gejala penurunan curah Jantung - Monitor tekanan darah - Monitor intake - output Cairan - Monitor Saturasi O ₂ Tindakan: - Posisikan Semi Fowler - Berikan oksigen Edukasi: - Anjurkan perawatan fisik secara bertahap Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu	- Untuk mengetahui tanda / gejala penurunan curah Jantung - Untuk mengetahui tekanan darah - Untuk mengetahui balance cairan - Untuk memberikan posisi nyaman - Untuk mempertahankan saturasi oksigen - Untuk memastikan klien berakutitas - Untuk perawatan anggota	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2	Senin 14/02/22	Pola napas tidak efektif b.d hambatan udara napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas menjadi lebih baik kriteria hasil : - pasien merasa nyaman - frekuensi napas normal (16-20x/m) - suara takterakal menurun	Diobservasi : - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas Terapeutik : - posisikan semi Fowler - berikan minum hangat - Berikan oksigen Edukasi : - Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi : - kolaborasi pemberian bronkodilator jika perlu	- untuk mengetahui pola napas - untuk mengetahui bunyi napas - untuk memberikan posisi nyaman pada pasien - untuk melebarkan bronchi - untuk mendapatkan sputum - untuk mengeluarkan sputum - untuk mengurangi sesak napas	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3	Senin 14/08/2022 /02	Gangguan mobilitas fisik dg penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x24 jam diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik meningkat Kriteria Hasil : - pegerakan ekstremitas meningkat - kekuatan otot meningkat - Rentang gerak (ROM) meningkat = Kelemahan fisik menurun	Observasi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik - Monitor frekuensi jantung & tekanan darah Kejang otot : - fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu - Urutkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : - Jelaskan tujuan & prosedur mobilitasi	- untuk mengetahui adanya nyeri - untuk mengetahui tekanan darah - untuk mengetahui saat melakukan mobilitasi - untuk memberikan edukasi pada keluarga saat melakukan mobilitasi - untuk meningkatkan tujuan & prosedur mobilitasi	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	5 Jan. 14 2022 09.00 WIB	I	1. Mengidentifikasi tanda / gejala perurutan curah jantung 2. Mengukur tanda-tanda vital 3. Mengukur balance cairan 4. Mengukur saturasi oksigen 5. Memberikan posisi semi Fowler pada pasien 6. Memberikan oksigen nasal canul 4 lpm 7. Mengukurkan melawarkan aktivitas fisik seperti bangun & duduk ditempat tidur 8. Memberikan obat furosemide 8x (ampul, 40mg/2ml 2x1 vial, Digoxin 1x1 tablet 0,25 mg, HCTZ 1x1 tablet 2 mg	S : klien mengatakan bahwa masih Sesak Dan nyeri bagian Kanan O : - TD 141 / 69 mmHg H : 36,4 / menit RR : 20 x / menit SpO₂ : 94% S : 37 °C - Balance cairan + 695 cc - Oksigen terpasang NC 4 lpm - Klien hanya bisa duduk ditempat tidur A : Perurutan curah jantung P : - Mengukur tanda-tanda vital - Mengukur saturasi oksigen - Memberikan oksigen - Memberikan obat asfialuric - Menghitung Balance Cairan	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2	Senin, 14/10/2022 09.15 WIB	2.	1. Memonitor pola nafas 2. Memonitor bunyi nafas 3. Memposisikan pasien Semi Fowler 4. Memberikan minum hangat 1/2 gelas 5. Mengajarkan teknik batuk efektif 6. Memberikan oksigen Nasal Canul 4 lpm	S :- klien mengatakan dadaanya masih sesak O :- RR 20x /menit - SpO₂ 94% - Terpasang Oksigen 4 lpm - Terbagang Gula Ronggi batuk 4) A :- pola nafas tidak efektif P :- Memonitor pola nafas - Memonitor bunyi nafas - Memposisikan Semi Fowler - Memberikan oksigen nasal Canul 4 lpm	<i>[Signature]</i>

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3.	Senin 14/10/2023	IV	1. Mengidentifikasi siapa siapa Npi pada anggota fisik 2. Memantau tekanan darah 3. memfasilitasi aktivitas mobilisasi 4. melibatkan keluarga dalam melakukan mobilisasi pada pasien 5. Menjalaskan turgan & prosedur tindakan mobilisasi	S : - Klien mengatakan tangan & kakinya masih kaku untuk digerakkan O : - TD : 141/89 mmHg - H : 56 x /menit - Klien tampak kaku bsa duduk ditempat tidur - Klien masih gelisah dalam mengerjakan tangan & kakinya - Keluarga dapat membantui turgan & prosedur mobilisasi A : Gangguan mobilitas fisik P : - Mempertahati aktifitas mobilisasi - melibatkan keluarga dalam melakukan mobilisasi pada pasien	py.

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Selasa, 15/08/2023 09.00 WIB	I	1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Mengukur balance cairan 3. Mengukur saturasi oksigen 4. Memberikan posisi Semi Fowler pada pasien 5. Memberikan oksigen nasal cannal 4lpm 6. Mengajarkan melakukan aktivitas fleksi seperti bangun & duduk & tempat tidur 7. Memberikan obat - Furosemide 2x 1 ampul - Omeprazole 2x 1 vial - Neurocambe 1x 1 ampul	S : Klien mengatakan adanya mual, sesak & nyeri bagian kanan O : - TD 102 / 64 mmHg - H 79x /menit - RR 26x /menit - SpO2 95% S : 37,3° C - GDS : 192 gr / 91 - Balance Cairan + 951 cc - Oksigen Terpasang HC 4lpm - Klien hanya bisa duduk & tempat tidur A : pemberian cara sedang P : - Mengukur tanda-tanda vital - Mengukur saturasi oksigen - Memberikan oksigen - Menghitung balance cairan - Memberikan obat antiagregasi.	Jul.

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2	Senin, 15/06/2022 07 09.15 WIB	II	1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas 3. Monitorasi pasien semi Fowler 4. Memberikan Minum hangat 5. Mengajarkan teknik batuk efektif 6. Memberikan oksigen Nasal cannul 4 lpm	S : Klien mengatakan sesaknya masih : Sesak O : - RR 20x/menit - SpO₂ 95% - Terpasang oksigen HC 4lpm - Terdengar bunyi ronkhi, tidak kering A : Pola napas tidak efektif P : - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas - Monitorasi semi Fowler - Memberikan oksigen nasal cannul 4 lpm.	Agf.

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3.	Selasa, 15/2012 09:30	II	1. Mengidentifikasi adanya nyeri pada anggota fisik 2. Menawarkan tindakan awal 3. Memfasilitasi aktivitas individu 4. Melakukan keluarga dalam melakukan mobilitasi pada pasien 5. Menjelaskan tujuan & prosedur tindakan mobilitasi	S : - klien mengatakan tangan & kaki : Merasa kaku untuk digerakkan O : TD : 102 / 64 mmHg H : 79 x 1menit - Klien tampak hanya bisa duduk Stempel tidur - Klien masih Slabur Salam Mengatakan tangan & kaki - Kaki seperti memadamkan tumpukan ↳ prosedur mobilitasi A : Gangguan mobilitas fisik P : - Memfasilitasi aktivitas mobilitasi - Melakukan keluarga dalam melakukan mobilitasi pada pasien	Asyul.

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Rabu, 16/0022 09.00	I	1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Mengukur balance cairan 3. Mengukur Saturasi oksigen 4. Memberikan oksigen nasal cannul 4lpm 5. Mengamati dan melakukan observasi fekal seperti bangun & defek ditempat tidur. 7. Memberikan obat - Furosemide 2x1 ampul - Omeprazole 2x1 val - Daparin 1x1 tablet	S : klien mengatakan badanya masih sesak namun tidak seperti kemarin : O : TD : 100/60 mmHg H : 88 x 1menit RR : 24 x 1menit S : 36,3 °C SpO2 : 96 % - Balance cairan + 771 cc . - Oksigen terpasang Hc 4 lpm - Elemen bernafas A : Penurunan curah jantung P : - Discharge planning - evaluasi tentang perencanaan pulang - Amankan untuk minum obat teratur - Amankan untuk kontrol.	Handwritten signature

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	Rabu, 16/03/2022 09.15	II	1. Memonitor pola nafas 2. Memonitor denyut nafas 3. Mempersiapkan pasien sesuai prosedur 4. Memberikan minum hangat 5. Memberikan oksigen nasal kanul 4Lpm	S : klien mengatakan sesaknya berkurang O : - RR 24x/menit - SpO₂ 96 % - Terpasang oksigen Hc 4Lpm - Suara paru-paru berkurang - Batuk kering berkurang A : pola nafas sudah efektif P : - Discharge Planning tentang perencanaan pulang - Anjurkan untuk minum obat teratur - Anjurkan untuk kontrol	prof.

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3	Rabu, 16/ 2022 09 09.30	III	1. Mengidentifikasi adanya nyeri pada anggota Rk. 2. Memantau tekanan darah 3. Pemfasilitasi aktivitas mobilisasi 4. melibatkan keluarga dalam melakukan mobilisasi pada pasien	S : Klien Mengatakan sudah bisa mengerjakan tangannya secara perlahan O : TD : 100/60 mmHg H : 98 x 1menit - Klien tampak sudah bisa mengerjakan tangan & kakinya sendiri secara perlahan - keluarga tampak membantu aktivitas klien. A : Gangguan mobilitas fisik P : - Discharge planning - Edukasi tentang perencanaan pulang - Anjurkan untuk minum obat teratur - Anjurkan untuk kontrol	

Lampiran 6

