

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruang : Penyakit Dalam Freesia 301 Lantai 3 RSU Handayani

No. MR : 15.87.15

Pukul : 10.00 WIB

Tanggal pengkajian : 28 Oktober 2019

1. Identitas pasien

- a. Nama : Tn.S
- b. Usia : 72 tahun
- c. Status perkawinan : Kawin
- d. Pekerjaan : Petani
- e. Agama : Islam
- f. Pendidikan : SD
- g. Suku : Jawa
- h. Bahasa yang digunakan : Indonesia
- i. Alamat : Trimulyo Gedung Surian Lampung Barat
- j. Sumber biaya : BPJS
- k. Tanggal masuk RS : 27 Oktober 2019, pukul 11.42 WIB
- l. Diagnosa medis : *Congestive Heart Failure*

2. Sumber informasi penanggung jawab

- a. Nama : Ny.M
- b. Umur : 67 tahun
- c. Hubungan dengan klien : Istri
- d. Pendidikan : SMP
- e. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- f. Alamat : Trimulyo Gedung Surian Lampung Barat

3. Riwayat kesehatan

- a. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien datang ke IGD RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 27 Oktober 2019 pukul 11.42 WIB pada minggu siang diantar oleh keluarganya dengan keluhan sesak ± 2 hari, nyeri pada dada nyeri hilang timbul, nafsu makan menurun, mual (+) muntah (-), dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan Tekanan Darah 190/100 mmHg, Nadi 126x/menit, frekuensi nafas 32x/menit, suhu tubuh 36,8°C, klien memiliki riwayat hipertensi sejak 11 tahun yang lalu.

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

1) Keluhan utama saat pengkajian :

Klien mengatakan sesak nafas, sesak timbul saat beraktivitas dan setelah beraktivitas, sesak terasa berat saat beraktivitas dan terasa ringan saat istirahat atau saat posisi setengah duduk, sesak datang dengan sering dan waktu yang lama, sesak dibagian dada menjalar ke bagian punggung kiri klien, karena sesak klien tidak dapat beraktivitas secara mandiri, klien terpasang O₂ 3 lpm, Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan Tekanan Darah 170/100 mmHg, Nadi 124x/menit, Pernafasan 30x/menit, Suhu 36,6°C.

2) Keluhan penyerta :

Klien mengatakan lemah, pusing, dan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, aktivitas klien dibantu oleh keluarganya, klien tampak berkeringat dingin, pucat dan gelisah, klien mengeluh nyeri pada kepala.

c. Riwayat kesehatan lalu

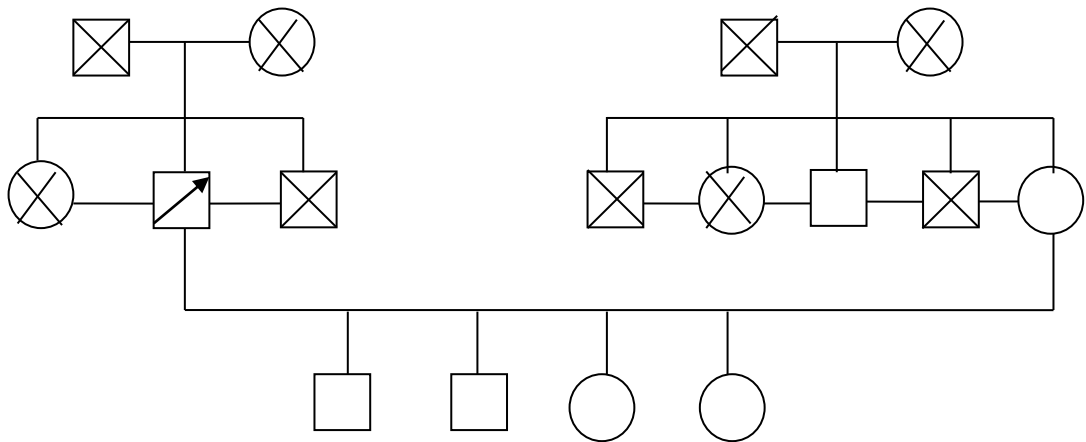
Klien mengatakan tidak memiliki alergi obat ataupun makanan, klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan lalu lintas atau lainnya, klien mengatakan pernah dirawat karena penyakit hipertensi, klien memiliki riwayat hipertensi sejak 11 tahun yang lalu, klien mengonsumsi obat hipertensi, klien mengatakan tidak ada riwayat operasi sebelumnya.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit jantung sebelumnya.

Genogram keluarga Tn,S dapat dilihat pada bagan:

Genogram 3.1
Genogram Keluarga Tn.S



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Meninggal
- ↗ : Pasien

Klien adalah anak kedua dari tiga bersaudara, klien memiliki empat orang anak yang terdiri dari dua anak laki-laki dan dua anak perempuan.

4. Riwayat psikososial-spiritual

Klien mengatakan merasa cemas dengan penyakit yang dideritanya, namun dengan dukungan keluarga terutama istri dan anak klien dapat menghadapi kecemasannya, klien biasa menceritakan keluhan-keluhan yang dirasakannya pada keluarganya, klien tidak memiliki kepercayaan yang bertentangan dengan pengobatan medis.

5. Lingkungan

a. Rumah

Klien mengatakan rumahnya bersih, dibersihkan 2x sehari, polusi berasal dari kendaraan bermotor, tidak ada bahaya di lingkungan sekitar rumahnya.

b. Pekerjaan

Klien mengatakan sudah jarang pergi kekebun, tidak ada polusi ataupun bahaya pada pekerjaannya.

6. Pola nutrisi dan cairan

Klien mengatakan sebelum sakit klien makan lewat oral 3x sehari dengan nafsu makan yang baik, tetapi ketika sakit nafsu makan klien menurun dengan frekuensi makan 2x sehari, makan setiap porsi nya 1 piring namun makan hanya 3-4 sendok dan dibantu oleh istrinya. Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat mengkonsumsi air mineral sebanyak 8 gelas per hari, tetapi saat sakit klien hanya mengkonsumsi air mineral 4-5 gelas sehari dan mendapatkan cairan infus Ringer Lactat 20 tpm.

7. Pola eliminasi

a. BAK

Klien mengatakan sebelum sakit BAK sebanyak 4-5x sehari dengan warna urine kuning, bau khas, klien melakukan secara mandiri tanpa bantuan keluarga. Saat sakit klien mengatakan BAK sebanyak 3x sehari dan tidak menentu, warna urine kuning, bau khas, klien melakukan dengan dibantu oleh keluarga.

b. BAB

Klien mengatakan sebelum sakit BAB lancar 1x sehari, dengan konsistensi feses lunak berbau khas dan berwarna kuning. Saat sakit klien mengatakan tidak ada perubahan dalam BABnya.

8. Pola personal hygiene

Klien mengatakan sebelum sakit klien mandi, menggosok gigi, mencuci rambut 2x sehari pada pagi dan sore hari dilakukan secara mandiri. Saat sakit kebutuhan kebersihan klien dibantu sepenuhnya oleh keluarganya.

9. Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit tidur selama 6-7 jam sehari, klien tidak mengonsumsi obat tidur, klien tidur dengan nyenyak, tidak ada kesulitan saat tidur. Tetapi saat sakit klien mengatakan sulit tidur terutama pada malam hari karena sesak dengan durasi tidur hanya 4-5 jam perhari nya.

10. Pola aktivitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum sakit tidak mengalami kesulitan dalam beraktivitas, saat sakit klien sering merasa lelah dan lemah pada saat atau setelah beraktivitas.

11. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, klien sudah berhenti merokok, tidak mengonsumsi minuman keras, tidak mengonsumsi obat-obatan terlarang atau ketergantungan obat.

12. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan umum

Kesadaran composmentis, Tekanan darah 170/100 mmHg, Nadi 124x/menit, Pernafasan 30x/menit, Suhu 36,6°C.

b. Pemeriksaan fisik persistem

1) Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva sedikit pucat, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

2) Sistem pendengaran

Posisi telinga simetris, tidak ada radang, tidak ada kelainan pada pendengaran, klien tidak memakai alat bantu pendengaran.

3) Sistem wicara

Saat diajak berbicara klien tidak mengalami kesulitan berbicara, komunikasi terkoordinasi baik.

4) Sistem pernafasan

Jalan nafas klien bersih, klien mengeluh sesak, sesak saat atau setelah beraktivitas, sesak menimbulkan nyeri dada, frekuensi nafas 28x/menit, irama tidak teratur, suara nafas vasikuler, klien menggunakan oksigen 3 lpm.

5) Sistem kardiovaskuler

Nadi 122x/menit teraba lemah, irama tidak teratur, kulit teraba dingin warna kulit pucat, pengisian kapiler >3 detik, hasil ekg aritmia.

6) Sistem neurologi

Glaslow coma scale E₄V₅M₆ 15, kesadaran composmentis.

Kekuatan otot

4444		4444
4444		4444

7) Sistem pencernaan

Klien mengatakan tidak ada gangguan menelan, keadaan mulut bersih, tidak mual lagi, tidak muntah, nyeri daerah perut tidak ada.

8) Sistem imunologi

Tidak terdapat tanda-tanda pembesaran getah bening.

9) Sistem endokrin

Napas tidak berbau keton, tidak ada luka, tidak ada tanda-tanda peningkatan kadar gula darah.

10) Sistem urogenital

Klien tidak mengalami distensi kandung kemih, klien tidak terpasang kateter.

11) Sistem integumen

Rambut klien berwarna hitam memiliki banyak uban, tidak terdapat ketombe, kuku pada jari tangan dan kaki bersih pendek, turgor kulit menurun, warna kulit pucat, tidak ada tanda-tanda radang pada kulit.

12) Sistem muskuloskeletal

Klien mengatakan ada keterbatasan dalam pergerakan karena klien mengeluh lemah dan mudah lelah, tidak ada fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang dan otot.

13. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan EKG tanggal 28 Oktober 2019 : hasil ekg aritmia.

Pemeriksaan Rontgen Thorak tanggal 28 Oktober 2019 : hasil pemeriksaan terlampir di list.

b. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.1

Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 29 Oktober 2019

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	Gula darah sewaktu	125 mg/dl	100-200 mg/dl
2	Hemoglobin	13,30 gr/dl	12,30-18.00 gr/dl
3	Leukosit	11.200	4.000-10.000
4	Hematokrit	39%	40-50%
5	Trombosit	324.000	150.000-400.000

14. Penatalaksanaan**Tabel 3.2**

Terapi Obat Yang Diberikan Tanggal 29 Oktober 2019

No	Nama Obat	Jenis Dosis
1	Cairan infus ringer laktat	500 cc/ 8 jam/ 20 tpm
2	Oksigen nasal kanul	3 liter permenit
3	Digoxin	2 x ½ mg
4	Furosemide	2x1 mg

5	Amlodipin	1x10 mg
6	Inj. Ceftriaxone	2x1gr vial
7	Inj. Ondansentron	3x1 amp
8	Inj. Ketorolac	3x1 amp

Data Fokus

Tabel 3.3

Data Fokus Pasien Dengan Gangguan Oksigenasi Pada Kasus Congestive Heart Failure Terhadap Tn.S Di Ruang Penyakit Dalam Freesia Lantai 3 RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 28-31 Oktober 2019

Data Subjektif	Data Objektif
1. Klien mengeluh sesak	1. Klien tampak sesak
2. Klien mengeluh sesak saat atau setelah beraktivitas	2. Takikardia (nadi 122x/m)
3. Klien mengatakan sesak membuat nyeri dada	3. Nadi teraba lemah
4. Klien mengeluh nyeri kepala	4. Warna kulit pucat
5. Klien mengatakan lemah	5. Pengisian kapiler >3 detik
6. Klien mengeluh lelah	6. Akral teraba dingin
7. Klien mengeluh sulit tidur	7. Turgor kulit menurun
8. Klien mengatakan nafsu makan menurun	8. Tekanan darah meningkat
9. Klien mengatakan aktivitas di bantu oleh keluarga	9. Gambaran EKG aritmia
	10. Klien tampak lemah
	11. Klien tampak gelisah
	12. Klien tampak pucat
	13. Tekanan darah 170/100 mmHg
	14. Nadi 124x/menit
	15. Pernafasan 30x/menit
	16. Suhu 36,6°C

Analisa data

Tabel 3.4

Analisa Data Pasien Dengan Gangguan Oksigenasi Pada Kasus Congestive Heart Failure Terhadap Tn.S Di Ruang Penyakit Dalam Freesia Lantai 3 RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 28-31 Oktober 2019

No	Analisa Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	DS: a. Klien mengeluh sesak b. Klien mengeluh lelah DO: a. Gambaran EKG aritmia b. Nadi teraba lemah c. Takikardia d. Warna kulit pucat e. Nadi 124x/menit f. TD 170/100 mmHg g. RR 30x/menit h. Suhu 36,6°C	Penurunan curah jantung	Perubahan irama jantung
2	DS: a. Klien mengeluh nyeri kepala DO: a. Tekanan darah 170/100 mmHg b. CRT >3 detik c. Nadi teraba lemah d. Akral teraba dingin e. Warna kulit pucat f. Turgor kulit menurun	Perfusi perifer tidak efektif	Peningkatan tekanan darah

1	2	3	4
3	DS: a. Klien mengeluh lelah b. Klien mengeluh sesak atau setelah beraktivitas c. Klien mengatakan lemah DO: Klien tampak lemah	Intoleransi aktivitas	Kelemahan
4	DS: a. Klien mengeluh sulit tidur b. Klien mengeluh pola tidur berubah c. Klien mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	Gangguan pola tidur	Hambatan lingkungan

B. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung.
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

Prioritas utama diagnosa keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan klien mengeluh sesak, klien mengeluh lelah, takikardia, gambaran EKG aritmia, nadi teraba lemah, warna kulit pucat, tekanan darah 170/100 mmHg, nadi 124x/menit, pernafasan 30x/menit, suhu 36,6°C.
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan klien mengeluh nyeri kepala, tekanan darah 160/100

mmHg, CRT >3 detik, nadi teraba lemah, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengeluh lelah, sesak saat atau setelah beraktivitas, klien mengatakan lemah, klien tampak lemah

Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

Rencana Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Oksigenasi Pada Kasus Congestive Heart Failure Terhadap Tn.S Di Ruang Penyakit Dalam Freesia Lantai 3 RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 28-31 Oktober 2019

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Penurunan curah jantung	<p>Curah jantung (L.02008)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien tidak sesak lagi b. Klien tidak merasa lelah c. Tidak ada takikardia d. Nadi perifer kembali normal e. Gambaran EKG aritmia kembali normal f. Tidak ada pucat 	<p>Perawatan jantung (I.02075)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan) b. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (warna kulit pucat) c. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi) d. Berikan posisi nyaman semi fowler e. Monitor tanda-tanda

1	2	3	4
			vital f. Kolaborasi dalam pemberian obat
2	Perfusi perifer tidak efektif	Perfusi perifer (L.02011) a. Tekanan darah kembali normal Tidak nyeri lagi b. Nadi perifer kembali normal c. Akral teraba hangat d. Tidak ada pucat Turgor kulit kembali elastis.	Perawatan sirkulasi (I.02079) a. Periksa sirkulasi perifer (meliputi nadi perifer, warna dan suhu kulit) b. Monitor tanda-tanda vital c. Monitor nyeri d. Anjurkan melakukan perawatan kulit Kolaborasi dalam pemberian obat
3	Intoleransi aktivitas	Toleransi aktivitas (L.05047) a. Keluhan lelah tidak ada lagi b. Tidak ada dispnea saat atau setelah beraktivitas c. Perasaan lemah tidak ada lagi d. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	Manajemen energi (I.05178) a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. Monitor kelelahan fisik c. Identifikasi terjadinya kelemahan d. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Terapi aktivitas (I.05186) a. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (meliputi ambulasi


1	2	3	4
			<p>mobilisasi dan perawatan diri) sesuai kebutuhan</p> <p>b. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>c. Berikan posisi nyaman pada pasien</p>


Catatan Perkembangan


Tabel 3.6


Catatan Perkembangan Pasien Dengan Gangguan Oksigenasi Pada Kasus Congestive Heart Failure Terhadap Tn.S Di Ruang Penyakit Dalam Freesia Lantai 3 RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 28-31 Oktober 2019


No DX	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	29-10-2019	<p>a. Pukul 09.00 WIB Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan)</p> <p>b. Pukul 09.10 WIB Mengidentifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan</p>	<p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengeluh sesak</p> <p>b. Klien mengeluh lelah</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak pucat</p> <p>b. TD: 160/100 mmHg</p> <p>c. N: 120x/menit</p> <p>d. RR: 28x/menit</p> <p>e. Klien terpasang O₂ 3lpm</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p>



1	2	3	4
		<p>curah jantung (warna kulit pucat)</p> <p>c. Pukul 09.20 WIB Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>d. Pukul 09.30 WIB Memberikan posisi nyaman semi fowler</p> <p>e. Pukul 09.40 WIB Memonitor tanda-tanda vital TD: 170/100 mmHg N: 122x/menit RR: 28x/menit S: 36,7°C</p> <p>f. Pukul 06.00 WIB Terapi obat Inj. Ceftriaxone 2x1gr Inj. Ketorolac 3x1 amp Inj. Ondansentron 3x1 amp Oral. Digoxin 2x ½ mg Oral. Furosemide 2x1 mg</p>	<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>a. Identifikasi tanda/gejala seperti dispnea, kelelahan, warna kulit pucat</p> <p>b. Berikan posisi nyaman pada pasien</p> <p>c. Monitor ttv</p> <p>d. Berikan terapi obat</p> <p style="text-align: right;"> Octharia</p>
2	29-10-2019	<p>a. Pukul 09.50 WIB Memeriksa sirkulasi perifer (meliputi nadi perifer, warna dan suhu kulit)</p> <p>b. Pukul 10.00 WIB Memonitor tekanan darah 170/100 mmHg</p> <p>c. Pukul 10.20 WIB Memonitor nyeri kepala</p>	<p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengeluh nyeri kepala</p> <p>O :</p> <p>a. Tekanan darah 160/100 mmHg</p> <p>b. CRT >3 detik</p> <p>c. Klien tampak pucat</p>



1	2	3	4
		<p>d. Pukul 10.30 WIB Menganjurkan melakukan perawatan kulit</p> <p>e. Pukul 06.00 WIB Terapi obat Oral. Amlodipin 1x10 mg</p>	<p>d. Akral teraba dingin A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <p>a. Periksa sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, warna dan suhu kulit</p> <p>b. Monitor tekanan darah</p> <p>c. Monitor nyeri</p> <p>d. Anjurkan melakukan perawatan kulit</p> <p>e. Berikan terapi obat</p> <p style="text-align: right;"> Octharia</p>
3	29-10-2019	<p>a. Pukul 10.40 WIB Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dan kelemahan</p> <p>b. Pukul 10.50 WIB Menganjurkan melakukan aktivitas fisik secara bertahap</p> <p>c. Pukul 11.00 WIB Melibatkan keluarga dalam membantu klien melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>d. Pukul 11.10 WIB Memberikan posisi nyaman pada pasien</p>	<p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengeluh lelah</p> <p>b. Klien mengeluh sesak saat atau setelah beraktivitas</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak lemah</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dan kelemahan</p> <p>b. Anjurkan melakukan</p>

1	2	3	4
			<p>aktivitas fisik secara bertahap</p> <p>c. Libatkan keluarga dalam membantu klien melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>d. Berikan posisi nyaman pada pasien</p> <p style="text-align: right;"> Octharia</p>
1	30-10-2019	<p>a. Pukul 08.30 WIB Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan)</p> <p>b. Pukul 08.40 WIB Mengidentifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (warna kulit pucat)</p> <p>c. Pukul 08.50 WIB Memonitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>d. Pukul 09.00 WIB Memberikan posisi nyaman semi fowler</p> <p>e. Pukul 09.30 WIB Memonitor tanda-tanda</p>	<p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan sesak berkurang Klien mengatakan sudah sedikit bertenaga</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak sedikit segar</p> <p>b. TD: 140/100</p> <p>c. N: 113x/menit</p> <p>d. RR: 26x/menit</p> <p>e. Klien terpasang oksigen 3 lpm</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>a. Identifikasi tanda/gejala seperti dispnea, kelelahan</p>

1	2	3	4
		vital TD: 160/100 mmHg N: 116x/menit RR: 28x/menit S: 36,7°C f. Pukul 06.00 WIB Terapi obat Inj. Ceftriaxone 2x1gr Inj. Ketorolac 3x1 amp Inj. Ondansentron 3x1 amp Oral. Digoxin 2x ½ mg Oral. Furosemide 2x1 mg	b. Berikan posisi nyaman pada pasien c. Monitor tanda-tanda vital d. Terus berikan terapi obat  Octharia
2	30-10-2019	a. Pukul: 09.40 WIB Memeriksa sirkulasi perifer (meliputi nadi perifer, warna dan suhu kulit) b. Pukul 09.50 WIB Memonitor tekanan darah 160/100 mmHg c. Pukul 10.00 WIB Memonitor nyeri kepala d. Pukul 10.10 WIB Menganjurkan melakukan perawatan kulit e. Pukul 06.00 WIB Terapi obat Oral. Amlodipin 1x10 mg	Pukul: 14.00 WIB S : Klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang O : a. TD: 140/100 mmHg b. CRT <3 detik c. Klien tampak sedikit segar d. Akral teraba hangat A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi a. Periksa sirkulasi perifer meliputi warna kulit, suhu kulit b. Monitor tekanan darah

1	2	3	4
			<p>c. Monitor nyeri d. Berikan terapi obat</p> <p style="text-align: right;"> Otharia</p>
3	30-10-2019	<p>a. Pukul: 10.20 WIB Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dan kelemahan</p> <p>b. Pukul 10.30 WIB Menganjurkan melakukan aktivitas fisik secara bertahap</p> <p>c. Pukul 10.40 WIB Melibatkan keluarga dalam membantu klien melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>d. Pukul 10.50 WIB Memberikan posisi nyaman pada pasien</p>	<p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan sudah sedikit bertenaga</p> <p>b. Klien mengatakan sesak saat atau setelah beraktivitas berkurang</p> <p>O :</p> <p>Klien tampak sedikit segar</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dan kelemahan</p> <p>b. Anjurkan melakukan aktivitas fisik secara bertahap</p> <p>c. Libatkan keluarga dalam aktivitas sehari-hari</p>

1	2	3	4
			<p>d. Berikan posisi nyaman pada pasien</p> <p style="text-align: right;"> Octharia</p>
1	31-10-2019	<p>a. Pukul 09.00 WIB Mengidentifikasi tanda dan gejala seperti dispnea, kelelahan, warna kulit pucat</p> <p>b. Pukul 09.10 WIB Memberikan posisi nyaman semi fowler</p> <p>c. Pukul 09.20 WIB Monitor tanda-tanda vital TD: 140/90 mmHg N: 105x/menit RR: 26x/menit S: 36,6°C</p> <p>d. Pukul 06.00 WIB Terapi obat Inj. Ceftriaxone 2x1 gr Inj. Ketorolac 3x1 amp Inj. Ondansentron 3x1 amp Oral. Digoxin 2x ½ mg Oral. Furosemide 2x1 mg</p>	<p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan sesak sudah berkurang</p> <p>b. Klien mengatakan sudah bertenaga</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak segar</p> <p>b. TD: 130/90</p> <p>c. N: 98x/menit</p> <p>d. RR: 24x/menit</p> <p>S: 36,8°C A : Masalah teratasi sebagai</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;"> Octharia</p>
2	31-10-2019	<p>a. Pukul: 09.30 WIB Memeriksa sirkulasi perifer meliputi nadi perifer, warna dan suhu kulit</p> <p>b. Pukul 09.40 WIB Memonitor tekanan darah</p>	<p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri dikepala sudah hilang</p> <p>O :</p> <p>a. TD: 130/90 mmHg</p>

1	2	3	4
		<p>c. Pukul 09.50 WIB Memonitor nyeri kepala</p> <p>d. Pukul 06.00 WIB Terapi obat Oral. Amlodipin 1x10 mg</p>	<p>a. CRT <3 detik</p> <p>b. Klien tampak segar</p> <p>c. Akral teraba hangat</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;"> Octharia</p>
3	31-10-2019	<p>a. Pukul: 10.00 WIB Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dan kelemahan</p> <p>b. Pukul 10.10 WIB</p> <p>c. Menganjurkan melakukan aktivitas fisik secara bertahap Pukul 10.20 WIB Memberikan posisi nyaman</p>	<p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan sudah bertenaga klien sudah bisa makan, minum secara mandiri, dan ke kamar mandi masih dengan bantuan keluarga</p> <p>b. Klien mengatakan sesak saat atau setelah beraktivitas sudah berkurang</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak segar</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;"> Octharia</p>