

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas

Pengkajian dilakukan pada hari selasa, tanggal 29 oktober 2019 pukul 17.00 WIB. Klien diantar dari ruang Unit Gawat Darurat (UGD) RSD Mayjend HM Ryacudu, Kotabumi, Lampung Utara ke ruang penyakit dalam dengan diagnosa medis *congestive heart failure* (CHF). Nama klien Tn.A dengan nomor rekam medis 244001, klien berumur 53 tahun .Tn.A beralamat di cempedak , kecamatan kotabumi, Lampung Utara, status perkawinan sudah menikah, beragama islam, suku ogan , pendidikan terakhir STM, dan pekerjaannya PNS, sumber biaya BPJS.

2. Riwayat kesehatan masuk RS :

Pada tanggal 29 Oktober 2019 pukul 10.15 WIB klien datang dengan keluarganya ke RSD Mayjend H.M Ryacudu ,Kotabumi, Lampung Utara melalui Unit Gawat Darurat (UGD) dengan keluhan sesak napas, mual, nafsu makan menurun, kaki bertambah besar. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 160/100 mmHg nadi 113 x / menit pernapasan 28 x/ menit suhu 37,2⁰C saturasi oksigen 96 %.

3. Keluhan saat pengkajian

a. Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak napas, sesak datang tiba tiba saat atau setelah melakukan aktifitas, klien mengatakan yang dapat menurunkan sesak napas ketika tidur dengan posisi kepala lebih tinggi atau ketika klien duduk . Klien mengatakan sesak napas yang dialaminya mengakibatkan aktivitasnya terganggu , sesak datang sering dalam waktu yang lama.

b. Keluhan Penyerta :

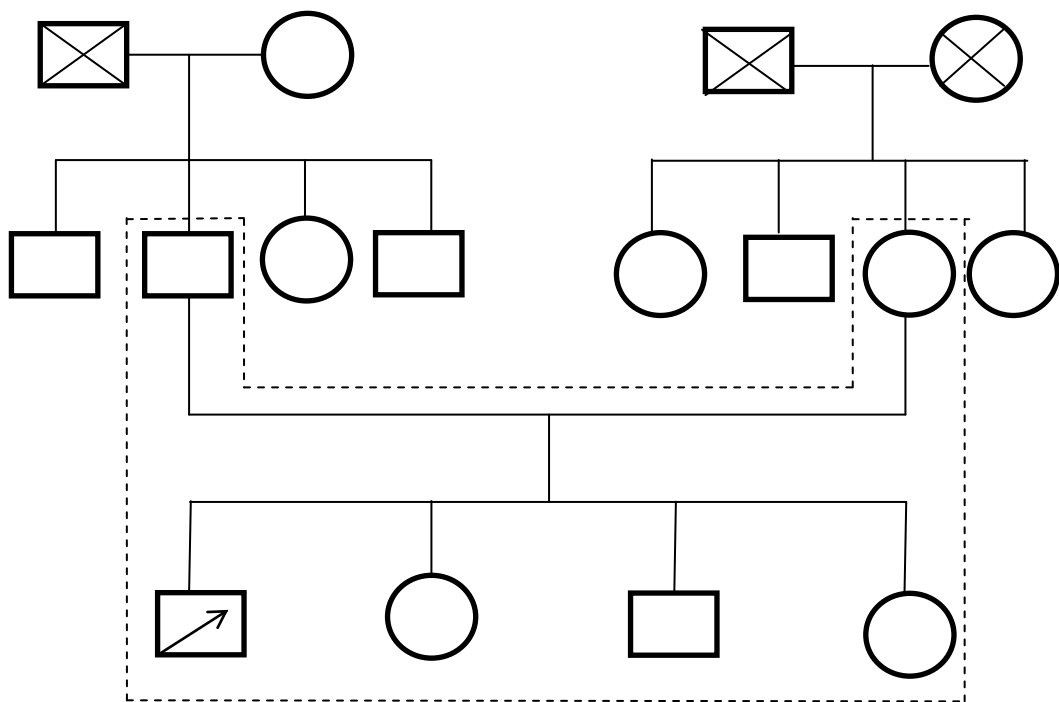
Klien mengeluh mual , lemas , tidak dapat beraktifitas seperti biasa sehingga sebagian aktifitasnya dibantu keluarga , nafsu makan menurun , kaki bertambah besar .

4. Riwayat Kesehatan lain :



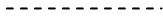

Klien mengatakan tidak pernah mengalami alergi terhadap makanan , minuman atau obat . Tidak pernah mengalami kecelakaan lau lintas atau sebagainya . Klien sebelumnya tidak pernah dirawat di Rumah Sakit . Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit ,dan tidak pernah dilakukan prosedur operasi .

5. Riwayat Kesehatan Keluarga


Gambar 3.1
Genogram



Keterangan :

-  : Laki – Laki
 : Perempuan
 : Tinggal Serumah
 : Keturunan

  : Meninggal

 : Klien

 : Menikah

6. Riwayat Psikososial –spiritual
 - a. Klien mengatakan stress biasanya hanya dengan urusan pekerjaan, karena pekerjaan yang menuntut deadline
 - b. Biasanya dalam menghadapi stress klien memilih diam dan mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Kuasa .
 - c. Dukungan keluarga terhadap penyakit klien sangat baik , klien selalu ditemani keluarga selama sakit .
 - d. Klien sebelum sakit adalah pribadi yang humoris di keluarga dan rekan kerja ketika sakit klien jarang komunikasi klien merasa sesak dan tidak bisa mengikuti kegiatan dalam pekerjaannya .
 - e. Klien tidak memiliki kepercayaan yang bertentangan dengan pengobatan medis.
7. Lingkungan
 - a. Rumah

Klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih , rumah jauh dari pabrik, bebas dari polusi udara , dan tidak ada bahaya
 - b. Pekerjaan

Pekerjaan klien pegawai negeri sipil sebagai teknisi, lingkungan kerja klien bersih , tidak ada polusi udara , dan tidak berbahaya.
8. Pola kebiasaan sehari – hari sebelum dan saat sakit
 - a. Pola Nutrisi dan Cairan (sebelum dan saat sakit)
 - 1) Pola Nutrisi

Klien mengatakan sebelum sakit nafsu makan baik asupan klien melalui oral frekuensi 3 kali sehari dengan menghabiskan 1 porsi makan bahkan lebih . Saat sakit klien mengatakan nafsu makan menurun asupan makanan melalui oral , makan 3 kali sehari , klien menghabiskan ½ porsi makanan dari rumah sakit dengan diit bubur . Klien mengatakan tidak mengetahui ada penurunan atau

penambahan berat badan karena tidak sering menimbang, bb terakhir 70 kg

2) Pola Cairan

Klien mengatakan sebelum sakit asupan cairan melalui oral minum 9 gelas /hari dengan volume total 2250 cc/ hari. Saat sakit klien mendapatkan asupan cairan melalui oral dan parenteral . Asupan melalui oral 5 gelas air minum dengan volume 1250cc dan semenjak sakit klien terbiasa minum susu 140 ml , melalui infus 600 cc/hari , kuah makanan = 50 cc / hari dengan volume total 2040 cc / hari

b. Pola Eliminasi

1) BAK

Klien mengatakan sebelum sakit BAK frekuensi 5 kali/hari dengan jumlah 1200 cc/ hari, warna urin kuning ,Saat sakit klien mengatakan buang air kecil 2 kali / hari dengan jumlah 500 cc / hari ,warna urin kuning keruh dan bau khas urine .

2) BAB

Klien mengatakan sebelum sakit BAB 1 x/hari pada pagi hari , feses berwarna kuning dengan konsistensi lembek dan bau khas feses .Saat Sakit buang air besar 1x/hari feses berwarna kuning dengan tekstur lembek bau khas feses .

3) IWL :

15 cc x BB

$15 \text{ cc} \times 70 = 1050 \text{ cc} / \text{hari}$

c. Pola Personal Hygiene (sebelum dan saat sakit)

Klien mengatakan sebelum sakit mandi 2 x / hari yaitu pagi dan sore hari , sikat gigi 2x/hari saat mandi , keramas 6 x/minggu semua kegiatan tersebut dilakukan mandiri oleh pasien . Saaat sakit klien mandi dibantu oleh keluarga , selama sakit klien tidak pernah mencuci rambut .

d. Pola Istirahat dan Tidur (sebelum dan saat sakit)

Klien mengatakan sebelum sakit tidur 8 jam / hari . Saat sakit klien tidur 4,5 jam / hari . klien mengatakan sulit tidur karna sesak napas dan karna lingkungan yang ramai . klien mudah terbangun , tidak puas tidur dan tampak lesu , mata tampak sayu

e. Pola Aktifitas dan latihan (sebelum dan saat sakit)

Klien mengatakan sebelum sakit bekerja sebagai teknisi bekerja selama 6 jam / hari klien berolahraga 1 x dalam seminggu , semua kegiatan klien dilakukan mandiri. Saat sakit karna klien sesak dan lemah aktifitas klien banyak dibantu oleh keluarga seperti mandi mengenakan pakaian

f. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan baru mengetahui penyakitnya sejak dirawat , tindakan klien dan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan mengikuti tindakan dan instruksi dari rumah sakit . klien memiliki kebiasaan merokok 1 bungkus / hari , klien tidak memiliki kebiasaan minum minuman keras dan tidak ada ketergantungan obat .

9. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

Kesadaran klien Composmentis GCS $E_4M_6V_5$, tekanan darah klien 150/ 100 mmHg , nadi klien 116 x/ menit , pernapasan klien 26 x/menit , suhu $36,7^{\circ}C$, saturasi oksigen 95% dan terdapat edema pada punggung kaki .

b. Pemeriksaan fisik per system

1) Sistem Penglihatan

Klien tidak mengalami masalah pada penglihatannya , posisi mata simetris , tidak menggunakan alat bantu penglihatan

2) Sistem Pendengaran

Klien tidak mengalami masalah pada pendengarannya , posisi telinga simetris , tidak ada tanda – tanda peradangan pada telinga , dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran

3) Sistem Wicara

Klien tidak ada kesulitan dalam berbicara

4) Sistem pernapasan

klien mengatakan sesak napas saat atau setelah melakukan aktifitas frekuensi pernapasan 26 x / menit, dengan irama tidak teratur , saat bernapas klien tidak menggunakan otot bantu pernapasan

5) Sistem kardiovaskuler

Terdapat nadi klien cepat teraba lemah 116 x/menit teraba lemah, kulit dingin, warna kulit pucat , CRT 3 detik , terdapat edema pada punggung kaki klien .

6) Sistem Neurologi

Tingkat kesadaran klien composmentis $E_4M_6V_5$

7) Sistem Pencernaan

Klien mengatakan tidak ada gangguan menelan , tidak ada nyeri pada daerah perut , bising usus 15 x / menit .

8) Sistem imunologi

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

9) Sistem Endokrin

Klien tidak mengalami pembesaran kelenjar tyroid, napas tidak berbau keton , tidak ada tanda tanda peningkatan kadar gula darah : polidipsi, poliuri, polifagi .

10) Sistem Muskuloskeletal

Klien tampak lemah , tidak ada fraktur , tidak ada penggunaan alat bantu , klien mengalami penurunan kekuatan otot/kemampuan motorik. Klien dapat bergerak aktif dan mampu melawan gravitasi dengan tahanan ringan

4444	4444
4444	4444

10. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. EKG
2. Rontgen
3. Hasil pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.1
 Hasil pemeriksaan Laboratorium Tn.A d Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend
 HM Ryacudu, Kotabumi,Lampung Utara Tanggal 29 Oktober 2019

No	Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	Gula Darah Sewaktu	208	100-200 mg/dL
2	SGOT/AST	58	5-40 U/ L
3	SGPT/ALT	53	5-41 U/L
4	Ureum	59	15-39 mg/dL
5	Kreatinin	1,5	0,9-1,2
6	HbsAg	(-)	(-)
7	Leukosit	9,29x10 ³	4-10x10 ³
8	Haemoglobin	15,8	11-16 g / dL
9	Trombosit	201	150-450 U/L

Tabel 3.2
 Pemberian terapi Tn. A di Ruang Penyakit Dalam RSD.Mayjend HM Ryacudu
 Kotabumi Lampung Utara Tanggal 29 Oktober-1 November 2019

29 Oktober 2019	30 – 31 oktober dan 1 November 2019
1. Terapi IVFD Ringer Laktat 10 tetes / menit (mikro) 2. Ondacentron 2 x 4 mg 3. Omeprazole 1x40 mg	1. Terapi IVFD Ringer Laktat 10 tetes / menit (mikro) 2. Ondacentron 2x 4 mg 3. Omeprazole 1x 40 mg
Terapi Oral : 4. Furosemid 2x 10 mg 5. Digoxin 2x ½ mg 6. Spironolactone 3 x 25 mg 7. Amlodipine 1 x 5 mg	Terapi oral : 4. Furosemide 2x 10 mg 5. Digoxin 2x ½ mg 6. Spironolactone 3 x 25 mg 7. Amlodipine 1 x 5 mg 8. Curcuma 3x 20 mg

Tabel 3.3
Data Fokus Tn. A di Ruang Penyakit Dalam RSD.Mayjend HM Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 29 Oktober-1 November 2019

Data Subjektif	Data Objektif				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sesak saat dan setelah beraktifitas 2. Klien merasa lemah 3. Klien mengeluh lelah 4. Klien mengatakan kaki bertambah besar 5. Klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga seperti mandi dan berpakaian 6. Klien mengeluh mual 7. Klien mengeluh nafsu makan menurun 8. Klien mengatakan sulit tidur 9. Klien mengatakan tidak puas tidur 10. Klien mudah terbangun 11. Klien mengatakan dalam sehari tidur hanya 4,5 jam 12. Klien mengatakan memiliki kebiasaan merokok 1 bungkus dalam sehari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak sesak 2. Takikardi HR : 116 x / menit 3. RR : 26 x / menit 4. Gambaran EKG aritmia 5. Tampak terpasang O₂ 3 L 6. TD : 150 / 100 mmHg 7. Saturasi Oksigen 96 % 8. Pitting edema pada punggung kaki 9. Klien tampak lemah 10. Mata tampak sayu 11. Klien tampak lesu 12. Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">4444</td> <td style="padding: 2px 10px;">4444</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">4444</td> <td style="padding: 2px 10px;">4444</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 40px;">bergerak aktif dan mampu melawan gravitasi dengan tahanan ringan.</p> 13. Klien hanya menghabiskan ½ porsi makanan dari rumah sakit 14. Klien tampak pucat 15. Aktifitas klien tampak dibantu keluarga 16. Intake – Output (minum + susu + infus+kuah makanan)-(urin+IWL) (1250+140+600+50)-(500+1050) (2040)-(1550)= 490 cc 	4444	4444	4444	4444
4444	4444				
4444	4444				

Tabel 3.4
Analisa data pada pengkajian Tn.A yaitu sebagai berikut:

NO	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sesak saat atau setelah melakukan aktifitas 2. Klien mengeluh lemah 3. Klien mengatakan memiliki kebiasaan merokok <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Takikardi , HR:116 x /mnt 2. Gambaran EKG aritmia 3. Tekanan Darah 150/100 mmHg 4. Pitting edema pada punggung kaki 5. RR : 26 x / menit 6. SaO₂ : 96 % 7. Terpasang O₂ 	<p>Penurunan Curah Jantung</p>	<p>Perubahan afterload</p>
2	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan punggung kaki bertambah besar 2. Klien mengeluh sesak <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat pitting edema pada punggung kaki 2. Intake lebih dari output <p>Intake – Output (minum+susu+infus+kuah makanan)-(urin+IWL) (1250+140+600+50)-(500+1050) (2040)-(1550)= 490 cc</p>	<p>Hipervolemia</p>	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>

1	2	3	4
3	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh lelah 2. Klien mengatakan sesak saat atau setelah beraktifitas 3. Klien merasa lemah saat beraktifitas 4. Klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot 4 (pergerakan aktif mampu melawan gravitasi dengan tahanan ringan) 2. Gambaran EKG aritmia 	<p>Intoleransi Aktifitas</p>	<p>Kelemahan</p>
4	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sulit tidur 2. Klien mengatakan dalam sehari tidur hanya 4,5 jam 3. Klien mengatakan tidak puas tidur <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata klien tampak sayu 	<p>Gangguan Pola Tidur</p>	<p>Hambatan Lingkungan (kebisingan , suhu lingkungan)</p>

5	DS: 1. klien mengatakan mual 2. Klien mengatakan nafsu makan menurun DO: a. Klien hanya menghabiskan ½ porsi makanan dari rumah sakit .	Risiko Defisit Nutrisi	keengganan untuk makan
---	--	---------------------------	---------------------------

B. Diagnosa Keperawatan

1. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan
 DS:
 a. Klien mengeluh lelah
 b. Klien mengatakan sesak saat atau setelah beraktifitas
 c. Klien merasa lemah saat beraktifitas
 d. Klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga
 DO:
 a. Gambaran EKG aritmia
 b. Kekuatan otot 4 (pergerakan aktif mampu melawan gravitasi dengan tahanan ringan)
2. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan
 DS:
 a. Klien mengatakan punggung kaki bertambah besar
 b. Klien mengeluh sesak
 DO:
 a. Terdapat pitting edema pada punggung kaki
 b. Intake lebih dari output
 Intake – Output
 (minum +susu+infus+kuah makanan)-(urin+IWL)

$$(1250+140+600+50)-(500+1050)$$

$$(2040)-(1550)= 490 \text{ cc}$$

3. Risiko Defisit Nutrisi ditandai dengan keengganan untuk makan

4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan
DS:
 - e. Klien mengeluh lelah
 - f. Klien mengatakan sesak saat atau setelah beraktifitas
 - g. Klien merasa lemahDO:
 - c. Gambaran EKG aritmia
 - d. Kekuatan otot 4 (pergerakan aktif mampu melawan gravitasi dengan tahanan ringan)

5. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (kebisingan, suhu lingkungan) ditandai dengan
DS:
 - a. Klien mengatakan sulit tidur
 - b. Klien mengatakan dalam sehari tidur hanya 4,5 jam
 - c. Klien mengatakan tidak puas tidur .DO:
 - a. Mata tampak sayu

C.Rencana Keperawatan

Tabel 3.5
Rencana keperawatan Pada Kasus *Congestive Heart Failure* (CHF) terhadap Tn.A di Ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 30 Oktober- 1 November 2019

No	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang (DS dan DO)	Tujuan SLKI dengan kriteria	Rencana tindakan SIKI dengan aktivitas
1	2	3	4
1.	<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan</p> <p>DS:</p> <p>a. Klien mengeluh lelah</p> <p>b. Klien mengatakan sesak saat atau setelah beraktifitas</p> <p>c. Klien merasa lemah saat beraktifitas</p> <p>d. Klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga</p> <p>DO:</p> <p>a. Kekuatan otot 4</p>	<p>Toleransi Aktivitas</p> <p>Kode L.05047</p> <p>a. Tidak sesak saat atau setelah melakukan aktivitas (5)</p> <p>b. Tidak ada keluhan lelah(5)</p> <p>c. Dapat melakukan aktivitas sehari -hari (5)</p> <p>d. Gambaran EKG sinus(5)</p>	<p>Terapi Aktivitas</p> <p>Kode I.05186</p> <p>a. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>b. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</p> <p>c. Fasilitasi aktivitas rutin (mis. Ambulasi , mobilisasi dan perawatan diri) esuaii kebutuhan</p> <p>Manajemen Energi</p> <p>Kode I.05178</p> <p>d. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>e. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p>

1	2	3	4
	b. RR:26x/menit c. Gambaran EKG aritmia		f. Monitor pola dan jam tidur g. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan Manajemen Aritmia Kode.I02035 Kolaborasi dalam pemberian antiaritmia Pemberian Obat Kode I.02062 a. Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat b. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi) c. Jelaskan jenis obat , alasan pemberian obat dan respons terhadap obat d. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat.
2.	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan	Keseimbangan Cairan Kode L.03020 a. Tidak ada edema /	Manajemen Hipervolemia Kode I.03114 a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea,


1	2	3	4
	<p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan punggung kaki bertambah besar</p> <p>b. Klien mengeluh sesak</p> <p>DO:</p> <p>a. Terdapat pitting edema pada punggung kaki</p> <p>b. Intake lebih dari output</p> <p>Intake – Output (minum+susu +infus+kuah makanan)-(urin+IWL) (1250+140+600+50)-(500+1050) (2040)-(1550)= 490 cc</p>	<p>b. pitting edema (5)</p> <p>c. Asupan cairan (5)</p> <p>d. Output urin (5)</p> <p>Status Cairan Kode L.03028</p> <p>e. Tidak ada keluhan sesak (5)</p>	<p>ortopnea, edema, JVP/CVP meningkat , reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan)</p> <p>b. Identifikasi penyebab hipervolemia</p> <p>c. Monitor kecepatan infus dengan ketat</p> <p>d. Ajarkan cara mengukur dan mencatat haluaran cairan</p> <p>e. Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p>Pemantauan Cairan Kode I.03121</p> <p>f. Monitor intake dan output cairan</p> <p>g. Monitor jumlah, warna dan berat jenis urin</p> <p>h. Monitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>i. Monitor frekuensi napas</p> <p>j. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>k. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>
3.	<p>Risiko Defisit Nutrisi ditandai dengan keengganan untuk makan</p>	<p>Status Nutrisi Kode L.03030</p> <p>a. Frekuensi makan (5)</p>	<p>Manajemen Nutrisi Kode I.03119</p> <p>a. Monitor asupan makanan</p>



1	2	3	4
		<p>b. Nafsu makan (4)</p> <p>Fungsi Gastrointestinal</p> <p>Kode L.03019</p> <p>c. Tidak ada keluhan mual (4)</p>	<p>b. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan</p> <p>c. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>d. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (antiemetik)</p> <p>Pemantauan nutrisi</p> <p>Kode I.03123</p> <p>e. Monitor mual dan muntah</p>

D.Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan Pada Tn.A dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* (CHF)
di Ruang Penyakit Dalam RSD.Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 30 Oktober 2019



No Dx	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	30 Oktober 2019	<p>Pukul 09.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kemampuan klien dalam beraktivitas : klien mampu beraktivitas seperti duduk , makan, berjalan dari toilet tetapi masih terasa sesak dan kelelahan , klien mengatakan belum bisa mandi, berpakaian secara mandiri 2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap mulai dari duduk , berjalan , BAK & BAB menggunakan pakaian , mandi 3. Membantu klien dalam beraktivitas seperti berpindah dan berjalan 4. Memberikan aktivitas pengalihan yang menyenangkan untuk meningkatkan relaksasi seperti berkomunikasi dengan keluarga dan membaca kitab suci. 5. Memonitor pola dan waktu tidur klien : Klien mengatakan tidur selama 5 jam dalam sehari dan tidak bisa tidur siang 6. Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit 	<p>Pukul 14.00</p> <p>S: Klien mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu melakukan aktivitas duduk , berjalan 2. Masih terasa sesak dan lelah 3. Tidur 5 jam dalam sehari 4. Tidak bisa tidur siang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. RR : 24 x/ menit 3. SaO₂ :97 % <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P. Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap


1	2	3	4
		<p>7. Memonitor Pernapasan : 24 x / menit SaO₂ : 97 %</p> <p>8. Memberikan terapi obat obatan sesuai dengan perintah dan menerapkan prinsip enam benar</p> <p>a. Digoxin 2x ½ mg Amlodipine 1 x 5 mg</p>	<p>3. Fasilitasi aktivitas rutin (mis. Ambulasi , mobilisasi dan perawatan diri) esuai kebutuhan</p> <p>4. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</p> <p>5. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>6. Monitor pola dan waktu tidur</p> <p>7. Modifikasi lingkungan(mis. Pencahayaan , kebisingan , suhu , matras , dan tempat tidur)</p> <p>8. Kolaborasi dalam pemberian antiaritmia</p> <p style="text-align: right;"> mia</p>
2	30 Oktober 2019	<p>Pukul 10.00</p> <p>1. Mengkaji sesak dan edema perifer: klien mengatakan masih sesak saat beraktifitas dan terdapat edema pada punggung kaki</p> <p>2. Memonitor turgor kulit : turgor kulit buruk</p> <p>3. Memonitor kecepatan infus : 10 tetes / menit (mikro)</p> <p>4. Memonitor Frekuensi pernapasan : 24 x/ menit</p> <p>5. Menjelaskan tujuan dan mengajarkan balance cairan pada pasien dan keluarga</p> <p>6. Memonitor intake output Intake = minum + susu+infus + kuah makanan =1250+140+600+50 =2040 cc</p>	<p>Pukul 14.00</p> <p>S: Klien mengatakan :</p> <p>1. Masih merasakan sesak saat beraktifitas</p> <p>2. Punggung kaki masih besar</p> <p>O:</p> <p>1. Klien terpasang set infus mikro dengan tetesan:10 tetes/menit</p> <p>2. Pernapsan : 24 x/ menit</p> <p>3. Turgor kulit buruk</p> <p>4. Intake – output = 365 cc</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan Intervensi</p> <p>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia</p> <p>2.</p>

1	2	3	4
		<p>Output = urin + IWL = 625 + 1050 = 1675cc</p> <p>Intake – output =2040-1675 =365 cc</p> <p>7. Memberikan obat diuretik a. Furosemide 2 x 10 mg b. Spironolactone 3 x 25 mg</p>	<p>3. Periksa tanda dan gejala hipervolemia dispnea, ortopnea, edema, JVP/CVP meningkat , reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan)</p> <p>4. Monitor kecepatan infus dengan ketat</p> <p>5. Monitor dan intake output cairan</p> <p>6. Kolaborasi pemberian diuretik</p> <p style="text-align: right;"> mia</p>
3	30 Oktober 2019	<p>Pukul 11.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji dampak mual terhadap nafsu makan 2. Menganjurkan klien membersihkan mulut 3. Berkolaborasi dalam pemberian antiemetik <ol style="list-style-type: none"> a. Ondancentron 2 x 4 mg b. Omeprazole 1 x 40 mg c. Curcuma 3 x 20 mg 4. Mengajarkan diet yang diprogramkan: diet rendah garam 5. Memonitor asupan makanan : klien habis ½ porsi bubur Rumah Sakit 	<p>Pukul 14.00</p> <p>S: Klien mengatakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masih merasakan mual 2. Nafsu makan belum bertambah <p>O: Klien habis ½ porsi bubur yang disediakan RS</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan makan 2. Monitor mual dan muntah 3. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (antiemetik) <p style="text-align: right;"> mia</p>


Tabel 3.7
 Catatan Perkembangan Pada Tn.A dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* (CHF)
 di Ruang Penyakit Dalam RSD.Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 31 Oktober 2019


No Dx	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	31 Oktober 2019	Pukul 09.00 1. Mengkaji kemampuan aktivitas klien dan memonitor kelelahan : klien mengatakan saat melakukan aktivitas duduk , berdiri, berjalan , BAK & BAB sesak dan kelelahan sudah berkurang tidak seperti kemarin 2. Menganjurkan melakukan aktivitas seccara bertahap klien sudah bisa melakukan aktivitas duduk , berdiri, berjalan , BAK&BAB , dan mengenakan pakaian 3. Membantu klien dalam aktivitas ambulasi atau mobilisasi 4. Mengingatkan klien dan keluarga untuk melakukan kegiatan pengalihan yang meningkatkan relaksasi seperti berkomunikasi dengan keluarga dan membaca kitab suci 5. Memonitor waktu tidur : klien mengatakan semenjak pindah kamar menjadi lebih tenang dan nyaman tidurnya , dalam sehari klien tidur 6 jam yaitu 1 jam saat siang hari dan 5 jam saat malam hari 6. Mengukur Pernapasan : 22 x/ menit 7. Memberikan obat sesuai dengan terapi pasien dan	Pukul 14.00 S : Klien mengatakan 1. saat beraktivitas sesak sudah berkurang tidak seperti kemarin 2. Sudah bisa melakukan duduk , berdiri , berjalan , makan , BAK&BAB 3. Tidur 6 jam dalam sehari O: 1. Klien tampak dapat melakukan aktivitas lebih bertenaga 2. RR: 22 x/ menit A: masalah teratasi sebagian P : lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Fasilitasi aktivitas rutin (mis. Ambulasi , mobilisasi dan perawatan diri) esuaii kebutuhan


1	2	3	4
		menerapkan enam benar a. Digoxin 2x ½ mg b. Amlodipine 1 x 5 mg	4. Monitor kelelahan fisik dan emosional 5. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 6. Monitor pola dan waktu tidur 7. Monitor tanda vital dan sebelum pemberian obat 8. Kolaborasi pemberian antiaritmia  Mia
2	31 Oktober 2019	Pukul 09.30 1. Mengkaji gejala hipervolemia : klien mengatakan sesak berkurang tidak seperti kemarin , edema sudah berkurang 2. Memonitor kecepatan infus 10 tetes / menit (set mikro) 3. Monitor dan intake output cairan Intake = minum + susu + infus + kuah makanan = 1375 + 140 + 600 + 50 = 2165cc Output = urin + IWL = 875 + 1050 = 1925cc Intake – output = 2025 - 1925 = 240cc 4. Memberikan obat diuretik a. Furosemid 2 x 10 mg b. Spironolactone 3 x 25 mg	Pukul 14.00 S: Klien mengatakan 1. Sesak berkurang tidak seperti kemarin O: 1. Edema berkurang 2. Terpasang infus set mikro 10 tetes/menit 3. Intake – Output = 240cc A: Masalah Teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, ortopnea, edema, JVP/CVP meningkat , reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2. Monitor kecepatan infus dengan ketat 3. Monitor dan intake output cairan  Mia

1	2	3	4
3	31 oktober 2019	Pukul 10.00 1. Mengkaji keluhan mual klien 2. Mengkaji dampak mual terhadap nafsu makan klien 3. Memberikan obat antiemetik a. Ondancentron 2 x 4 mg b. Omeprazole 1 x 40 mg c. Curcuma 3 x 20 mg 4. Memonitor asupan makanan klien : klien habis 2/3 porsi bubur Rumah Sakit	Pukul 14.00 S : klien mengatakan : 1. Mual mulai berkurang 2. Nafsu makan bertambah O: klien habis 2/3 porsi bubur yang disediakan RS A: Masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor asupan makan 2. Monitor mual dan muntah 3. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (antiemetik) <div style="text-align: right;">  Mia </div>

Tabel 3.8
Catatan Perkembangan Pada Tn.A dengan Diagnosa Medis *Congestive Heart Failure* (CHF)
di Ruang Penyakit Dalam RSD.Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 1 November 2019

No	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	1 November 2019	<p>Pukul 16. 30</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kemampuan klien dalam beraktivitas dan monitor kelelahan : klien mengatakan sudah tidak sesak dalam beraktivitas klien mengatakan sudah lebih kuat dari kemarin dan sudah bisa duduk , berdiri , berjalan , bak&bab, makan mengenakan pakaian , untuk kegiatan mandi dibantu oleh keluarga. 2. Membantu aktivitas rutin (berpindah , berjalan) 3. Mengukur pernapasan : 21 x / menit 4. Mengingatkan klien melakukan aktivitas pengalihan yang menyenangkan untuk meningkatkan relaksasi seperti berbincang dengan keluarga dan membaca kitab suci 5. Memonitor waktu tidur : klien mengatakan tidur dalam sehari 6,5 jam dan sudah bisa tidur siang 6. Memberikan obat sesuai terapi pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Digoxin 2x ½ mg b. Amlodipine 1 x 5 mg 	<p>Pukul 20.00</p> <p>S : : klien mengatakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah tidak sesak 2. Klien sudah lebih kuat 3. Klien bisa melakukan aktivitas sehari hari, aktivitas mandi masih dibantu oleh keluarga 4. Tidur 6,5 jam dalam sehari <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lebih kuat / bertenaga 2. RR: 21 x/menit <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingatkan klien dan keluarga melakukan aktivitas distraksi yang menyenangkan <div style="text-align: right;">  Mia </div>

1	2	3	4
2	1 November 2019	Pukul 17.00 <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji gejala hipervolemia : bengkak pada punggung kaki berkurang ,klien mengatakan tidak sesak lagi 2. Memonitor kecepatan infus dengan ketat : 10 tetes / menit set mikro 3. Memonitor dan intake output cairan Intake = minum +susu+ infus + kuah makanan $=1375+140 +600+50$ $=2165cc$ Output = urin + IWL $= 875 + 1050$ $= 1925cc$ Intake – output $=2165-1925$ $=240cc$ 4. Memberikan obat diuretik <ol style="list-style-type: none"> a. Furosemide 2 x 10 mg b. Spironolactone 3 x 25 mg 	Pukul 20.00 S: klien mengatakan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sudah tidak sesak 2. Bengkak pada punggung kaki berkurang O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan infus 10 tetes /menit set mikro 2. Edema masih ada 3. Intake – output $=240 cc$ A : Masalah teratasi sebgaian P : lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor intake dan output cairan 2. Monitor kecepatan infus dengan ketat 3. Monitor edema 4. Kolaborasi dalam pemberian diuretik <div style="text-align: right;">  Mia </div>
3	1 November 2019	Pukul 17.30 <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji keluhan mual klien 2. Mengkaji dampak mual terhadap nafsu makan klien 3. Memberikan obat antiemetik <ol style="list-style-type: none"> c. Ondancentron 2 x 4 mg 	Pukul 20.00 S : klien mengatakan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak merasakan mual 2. Sudah nafsu makan O: klien habis 7/8 porsi bubur yang disediakan RS

1	2	3	4
		<p>a. Omeprazole 1 x 40 mg b. Curcuma 3 x 20 mg 4. Memonitor asupan makanan klien : klien habis 7/8 porsi bubur Rumah Sakit</p>	<p>A: Masalah teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Anjurkan melakukan oral hygiene</p> <p> Mia</p>