

LEMBAR INFORMED CONSENT

(Lembar Persetujuan Pasien)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : SUKADI

Umur : 60 tahun

Ruang Rawat : RUANG ICU

Rumah Sakit : RSUD JEND. AHMAD YANI

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 Februari 2022

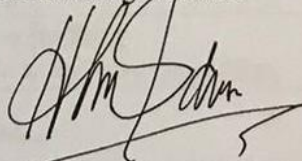
Mahasiswa,


Nopi Setia N

Pasien


ANOAR

Mengetahui,
Pembimbing Lahan/CI


Dina Fauziatulhusna, Amd. Kep.

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu



POLTEKES TANJUNGPUR
PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR
Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Kode
Tanggal
Revisi
Halaman

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR

PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa
NIM

Pembimbing Utama

Judul Tugas Akhir:

Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit pada pasien congestive Heart Failure (CHF) di Ruang ICU RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Senin/ 14 Feb 2022	Acc Judul → lanjutkan Bab I	Juni	g
2	Sabtu/ 5 Maret 2022	Bab I → diawali dengan kebutuhan dasar manusia baru mengerumuskan dgn tersebut terjadi dan peran perawat sng mengatasi masalah tersebut	Juni	g
3	Rabu/ 9 Maret 2022	Revisi Bab I → cari sumber utama dan tambahkan sumber terbaru tambahkan sng kebutuhan cairan dan elektrolit	Juni	g
4	Kamis/ 10 Maret 2022	Bab II → Perbaiki teknik penulisan tinjauan asuhan keperawatan bagian pengkajian lihat sumber fundamental of nursing	Juni	g
5	Jumat/ 11 Maret 2022	Revisi Bab II → Ampis jawaban terkait paragraf perbaikan pengkajian lihat & sesuaikan pada fundamen- tal of nursing	Juni	g
6	Rabu/ 20 April 2022	Revisi Bab II → Diagnosis, intervensi, evaluasi dijadikan tabel	Juni	g
7	Kamis/ 21 April 2022	Bab III → lokasi & waktu digabung Bab II → Perbaiki lagi pengkajian sesuaikan dgn kebutuhannya	Juni	g
8	Senin/ 25 April 2022	Bab IV → Pengkajian cairan dijadikan sehari	Juni	g
9	Rabu/ 27 April 2022	Lengkapin bel sng & Campiran	Juni	g
10	Jumat/ 29 April 2022	Acc Essay	Juni	g
11	Senin/ 06 Juni 2022	Ditengkapi lb → Fenomena- Perbaiki Abstrak & diagnosis keperawatan	Juni	g
12	Selasa/ 14 Juni 2022	Acc Cover	Juni	g

Bandar Lampung, 14 Juni 2022
Pembimbing Utama

Siti Fatmahan, S.Kp, M.Kes.
NID. 40730726199035002



POLTEKKES TANJUNGPURANG
PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURANG
Lembar Konsultasi Bimbingan
Laporan Tugas Akhir

Kode
Tanggal
Revisi
Halaman

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR

PEMBIMBING PENDAMPING

Nama Mahasiswa

: Nopi Setia Ningsih

NIM

: 1914401007

Pembimbing Utama

: Sri Fatmahan, S.Kp, M.Kes

Judul Tugas Akhir :

Asuhan Keperawatan Gangguan kebutuhan cairan dan Elektrolit pada pasien

congestive Heart Failure (CHF) di Ruang ICU Psiko Jenderal Ahmad Yani Metro

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Senin/ 26 April 2022	Perbaiki penulisan Bab 1, rata kanan Kiri, Spasi dan tanda baca	Jani	Ja
2	Kamis/ 28 April 2022	Acc Bab 1, lanjutkan Penulisan Bab 2	Jani	Ja
3	Senin/ 09 Mei 2022	Perbaiki Spasi, paragraf. Lanjutkan Bab 3	Jani	Ja
4	Rabu/ 11 Mei 2022	Acc Bab 2, perbaiki penulisan Bab 3 tanda baca dan paragraf, lanjutkan Bab 4	Jani	Ja
5	Jumat/ 13 Mei 2022	Acc Bab 3 Acc Bab 4 Acc Bab 5, perbaiki Spasi	Jani	Ja
6	Senin/ 16 Mei 2022	Acc untuk sidang hasil	Jani	Ja
7	Senin/ 6 Juni 2022	Perbaiki penulisan	Jani	Ja
8	Jumat/ 10 Juni 2022	Acc untuk cetak.	Jani	Ja
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 10 Juni 2022

Pembimbing Pembimbing

Sri Fatmahan, S.Kp, M.Kes.
NIP. 196410251985032001

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

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

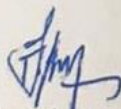
Nama Mahasiswa : Noor Setra Ningsih
 NIM : 1914201007
 Tanggal : 21 Mei 2022
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Keseimbangan cairan dan Elektrolit pada pasien congestive heart failure (CHF) di Ruang ICU RSUD Peta Amma Yuni Metro

No	Masukan/Perbaikan	Keterangan
1.	Diagnosis keperawatan dgn lampah timbul	✓
2.	Pemahaman Pathway	✓
3.	Penulisan RAK + Daftar pustaka	✓
4.	Abstrak	
6.	LO = Fenomena + Alasan kenapa timbul keb. cairan pasien CHF	✓
7.	BAB II = ⊕ Kelebihan Cairan	✓
8.	Artikel = ttg CHF & BAB II	✓
9.	Penulisan Pathway & rencana	✓
10.	Diagnosis Keperawatan setelah dx asigmen	✓
	- perbaikan Daftar pustaka	✓
	- lampiran literatur kt	✓

Bandar Lampung, 14 Juni 2022

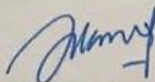
TIM PENGUJI

Ketua



Ng. Titi Astuti M.Kep. Sp. Mat
 NIP. 19650116198032003

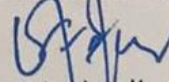
Anggota 1



Idawati Maruani S.Kp. M.Kes.
 NIP. 19641025198032001

Anggota 2

(Moderator/Sekretaris)



Siti Fatmahan S.Kp. M.Kes.
 NIP. 19730724199032002

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS

Nama Mahasiswa : Nopi Setia Ningsih
Semester : 6 (Enam)
Tempat Praktek : RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro

A. Identitas Pasien

Nama	: Tn. S	Tanggal masuk
ICU	: 2 Februari 2022	
Umur	: 59 Tahun	Pukul WIB
: 07.00 WIB		
Jenis kelamin	: Laki-laki	

B. Keluhan utama

Sesak nafas

C. Riwayat penyakit sekarang

Pasien diantar ke Ruang ICU oleh perawat dari Ruang Jantung pada tanggal 2 Februari 2022 pukul 07.00 WIB, pasien mengalami sesak nafas dan penurunan kesadaran. Setelah dilakukan pengkajian dan monitoring TTV pada 7 Februari 2022 pukul 09.30 WIB didapatkan hasil : keadaan umum : lemah, kesadaran : sopor, TD : 167/104 mmHg, RR : 38 x/menit, N : 126 x/menit, S : 37,2 °C, SaO₂ : 97 % dengan pemakaian O₂ NRM 10 lpm, GCS : 7 (E : 2 M : 3 V : 2), terpasang OPA, CRT > 2 detik, terdengar suara tambahan ronkhi, gambaran EKG : sinus tachycardia, pasien terpasang infus RL Asnet, terpasang NGT, terpasang kateter.

D. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit dahulu yaitu hipertensi dan asma bronchial.

E. Pengkajian Primer

1. Airway (A) :

- Adanya sumbatan jalan nafas yang berupa sekret yang tertahan
- Terpasang OPA
- RR : 38 x/men
- Terpasang O₂ NRM 10 lpm
- SaO₂ : 97 %

2. Breathing (B) :

- Frekuensi nafas (RR) : 38 x/menit
- Terpasang O₂ NRM 10 lpm
- Takipnea (cepat, dangkal,
- SaO₂ : 97 %
- Terdengar suara nafas tambahan ronkhi
- Irama nafas : Irreguler
- Pola nafas : meningkat)

- Adanya otot bantu pernafasan : otot diafragma
- Adanya pernafasan cuping hidung
- Adanya retraksi dinding dada
- Nebulizer : Nebu Combivent Pulmicort/8 jam

3. Circulation (C) :

- TD : 167/104 mmHg
Tachycardia
- N : 126 x/menit
- Akral Teraba dingin pucat
- CRT : > 2 detik
nadi teraba cepat
- Edem pada ekstremitas : pitting edem dengan derajat 1, kedalaman 2 mm
- Gambaran EKG : Sinus
- Warna kulit pucat
- Mukosa bibir kering dan
- Irama nadi : Takikardia,

4. Disability (D) :

- Keadaan umum : lemah terhadap cahaya
- Kesadaran : sopor dengan penkes
- GCS : 7 (E : 2 M : 3 V : 2)
- Ukuran pupil 2 mm, adanya reaksi
- Kekuatan tonus otot : lemah pasien

F. Pengkajian Sekunder

Observasi dan Pemeriksaan Fisik	Pasien
1. Keadaan Umum	Lemah
2. Kesadaran	Sopor GCS : 7 (E : 2 M : 3 V : 2)
3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital	TD : 167/104 mmHg, RR : 38 x/menit, N : 126 x/menit, S : 37,2 °C, SaO ₂ : 97 %
4. Kenyamanan/nyeri	Tidak terkaji pasien dengan penkes
5. Pemeriksaan Fisik : a. kepala	- Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan, kulit kepala tampak bersih, tidak adanya nyeri tekan, rambut sedikit beruban - Pada bagian mata simetris, refleks pupil peka terhadap cahaya (+/+), ukuran pupil 2 mm, pupil isokor, konjungtiva ananemis, sklera non ikterik - Telinga : Bentuk simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada sekret dan cairan, tidak adanya nyeri tekan - Hidung : Bentuk simetris, tidak adanya polip, tidak ada sekret dan cairan, tidak ada kelainan, terpasang NGT - Mulut : Mukosa bibir kering, tidak ada lesi dan stomatitis, bibir tampak pucat - Gigi : Lengkap, tidak ada pendarahan pada rahang ataupun gusi, terpasang OPA
a. Leher	Tidak adanya pembengkakan dan pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada kelainan, luka, dan jejas. Tidak ada nyeri tekan saat di sentuh.

b. Thorak :	
Paru-paru	• Inspeksi : Pergerakan dada tidak simetris, tidak ada jejas, lesi, dan luka, terdapat retraksi dada, dan irama pernafasan tidak teratur. • Palpasi : Tidak ada nyeri tekan • Perkusi : Terdapat pembesaran paru • Auskultasi : Irama nafas irreguler, terdapat bunyi nafas tambahan berupa ronkhi
Jantung	• Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak • Palpasi : Ictus cordis teraba • Perkusi : Pekak • Auskultasi : terdengar suara tambahan gallop.
c. Abdomen	• Inspeksi : Bentuk simetris dan normal • Auskultasi : Bising Usus normal dengan peristaltik 12x/menit • Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, kulit teraba hangat • Perkusi : Timpani
d. Genetalia	• Tidak ada kelainan, tidak ada luka, genetalia tampak bersih, terpasang kateter.
e. Ekstremitas :	
Atas	• Terpasang IVFD RL Asnet • Tidak ada edema, luka, dan jejas • Gerakan pada ekstremitas atas terbatas • Karena terpasang restrain pada tangan kanan dan kiri dan infus di tangan kanan.
Bawah	• Edem pada ekstremitas : pitting edem dengan derajat 1, kedalaman 2 mm • Gerakan pada ekstremitas bawah terbatas karena terpasang restrain pada kaki kanan dan kiri
f. Kekuatan otot	• Kekuatan tonus otot : lemah pasien dengan penkes

6. Pemeriksaan Kebutuhan Dasar :	
a. Kebutuhan oksigenasi	Pasien mengalami sesak nafas dan terpasang O₂ NRM 10 lpm
b. Kebutuhan cairan dan elektrolit	Intake cairan : - Terpasang IvFD RL 500 cc Asnet/8 jam - MC 120 cc/ jam = 480 cc/4 jam - Minum sonde 20 cc - Injeksi furosemide 40 mg - Injeksi Citicolin 500 mg - Injeksi Anbacim 750 mg
c. Kebutuhan nutrisi dan metabolik	- Terpasang NGT untuk memenuhi kebutuhan nutrisi - MC 120 ml/ jam = 480 ml/4 jam
d. Kebutuhan aman dan nyaman	- Posisi pasien Head up 15-30° - Terpasang rest strain
e. Kebutuhan eliminasi	- Pasien terpasang kateter jadi pasien BAK mlalui selang kateter - Frekuensi urine 1.500 cc/24 jam - Urine berwarna kuning pekat - Pasien belum BAB sejak dirawat
f. Kebutuhan aktivitas dan istirahat	- Pasien bedrest total - Semua ADL pasien dibantu perawat - Tingkat ketergantungan pasien pada tahap total care/intesive care

Pemeriksaan Penunjang & Terapi Medis

Pemeriksaan Penunjang	Hasil Tes	Hasil Tes Normal
Laboratorium	Hasil pemeriksaan Laboratorium Darah pada tanggal 1 Februari 2022 : Hematologi Hematologi Rutin - Leukosit = 14,63 10^3/dL - Eritrosit = 4,93 10^3/μL - Hemoglobin = 14,2 g/dL - Hematokrit = 45,2 % - MCV = 90,7 fl - MCHC = 29,5 - Trombosit = 212 10^3/μL - RDW = 24,3 % - MPV = 8,80 fl Kimia Klinis - Gula Darah Sewaktu = 180 mg/dL - Ureum = 33,2 mg/dL - Kreatinin = 1,43 mg/dL Hasil pemeriksaan Laboratorium Elektrolit Serum pada tanggal 4 Februari 2022 : Elektrolit Serum (Na^+, K^-, Cl) - Kalium = 3,75 mmol/L - Natrium = 149,85 mmol/L - Kalsium = 0,97 mmol/L - pH = 7,62 Hasil pemeriksaan Imunology pada tanggal 1 Februari 2022 - Rapid Antigen SARS Cov 2 (-)	3,6 – 11 3,8 – 5,2 11,5 – 16 gr/dl 35 – 47 % 80 – 100 fl 33 – 37 172 – 450 11,5 – 14,5 % 8,4 – 12 fl 70 – 200 mg/dl 10 – 50 mg/dl 0,5 – 1,5 mg/dl 3,5 – 5,1 135 – 153 8,5 – 10,5 4,6 – 8,0

Radiologi Photo Thorak, CT scan	Hasil Pemeriksaan Radiologi pada tanggal 1 Februari 2022 : -Foto Thorax : Oedeme pulmonum Cardiomegali dengan Aortosclorosis -CT Scan : Slight Atrophy Serebri -Gambaran EKG : Sinus Tachycardia	
EKG jantung	Gambaran EKG : -Sinus Tachycardia	Normal sinus rhythm Irama teratur HR : 60 – 100 x/menit Gelombang P normal (P : QRS = 1 : 1) Interval PR normal (0,12 – 0,20 detik) Gelombang QRS normal (0,06 – 0,12 detik)
Obat Yang Diterima	Terapi	
	Program terapi pengobatan yang di dapatkan oleh Tn. S yaitu : - Terpasang O ₂ NRM 10 lpm - IvFD RL Asnet 500 ml - Citicolin 2x500 mg iv - Nebu Combivent Pulmicort/8 jam - Anbacim 2x750 mg iv - Furosemide 2x40 mg iv - Clopidogrel 1x75 mg po - Digoxin 1x½ tab p.o - Amlodipe 1x5 mg p.o - Candesartan 1x8 mg p.o	

Tabel 13 Analisa Data Subjektif dan Objektif

Data	Pathway/Patofisiologi	Masalah
1. DS : tidak terkaji pasien dengan penkes DO : -Terpasang O₂ NRM 10 lpm -Adanya sekret di jalan nafas -Terpasang OPA -RR : 38 x/menit -SaO₂ : 97 % -Terdengar suara nafas tambahan ronkhi	CHF kiri ↓ Tekanan vena pulmonal meningkat ↓ Tekanan kapiler pulmonal meningkat ↓ Edema paru ↓ Ronchi ↓ Iritasi mukosa paru ↓ Refleks batuk menurun ↓ Penumpukan sekret ↓ Bersihkan jalan nafas tidak efektif	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001)
2. DS : keluarga pasien mengatakan pasien mengalami sesak napas DO : -Terpasang O₂ NRM 10 lpm -Frekuensi nafas (RR) : 38 x/menit -SaO₂ : 97 % - Pola nafas : Takipnea (cepat, dangkal, meningkat) -Adanya otot bantu pernafasan : otot diafragma -Adanya pernafasan cuping hidung -Adanya retraksi dinding dada - Foto Thorax : Oedeme pulmonum	CHF kiri ↓ Tekanan vena pulmonal meningkat ↓ Tekanan kapiler pulmonal meningkat ↓ Kongesti paru ↓ Pengembangan paru menurun ↓	Pola nafas tidak efektif (D.0005)

	Sesak nafas ↓ Pola nafas tidak efektif	
3. DS : tidak terkaji pasien dengan penkes DO : - Foto Thorax : - Cardiomegali dengan Aortosclorosis - TD : 167/104 mmHg - Gambaran EKG : Sinus Tachycardia - N : 126 x/menit - CRT >2 detik - Irama nadi : Takikardia, nadi teraba cepat - Warna kulit pucat	Hipertensi malignan ↓ Peningkatan mendadak afterload ↓ Tekanan darah sistemik meningkat ↓ CHF kiri ↓ Penurunan curah jantung	Penurunan Curah Jantung (D.0008)
4. DS : tidak terkaji pasien dengan penurunan kesadaran DO : - IvFD RL Asnet 500 ml - Edema pada ekstremitas : pitting edem dengan derajat 1, kedalaman 2 mm - Foto Thorax : - Oedeme pulmonum, cardiomegali - Terdengar suara nafas tambahan ronkhi	CHF kanan ↓ Tekanan vena cava inferior meningkat ↓ Kongestivisera dan jaringan perifer ↓ Tekanan vena ekstremitas ↓ Edema ekstremitas ↓ Hipervolemia	Hipervolemia (D.0022)

1. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data yang diuraikan sebelumnya, maka penulis merumuskan ada dua masalah keperawatan prioritas yang muncul pada pasien asuhan tersebut, antara lain :

Tabel 14 Diagnosis Keperawatan

No	Masala Keperawatan	Etiologi
----	--------------------	----------

1.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	sekresi yang tertahan
2.	Pola nafas tidak efektif	hambatan upaya nafas
	Penurunan curah jantung	perubahan afterload
3.	Hipervolemia	Gangguan aliran vena balik

2. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang muncul maka disusunlah rencana asuhan keperawatan yang akan diberikan pada pasien. Dalam pemberian asuhan keperawatan, penulis berfokus pada masalah keperawatan gangguan kebutuhan cairan, namun masalah keperawatan yang lain tetap dilakukan perencanaan dan pelaksanaan untuk melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif. Adapun intervensi atau rencana asuhan keperawatan yang diberikan sebagai berikut :

Tabel 15 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1. Hipervolemia b.d gangguan aliran vena balik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan keseimbangan cairan (L.03020) pada Tn. S meningkat dengan kriteria hasil : 1.kelembaban membran mukosa meningkat berkurang 2.edema menurun 3.tekanan darah membaik 4.membran mukosa membaik	1.Manajemen Hipervolemia (L.03114) Observasi : -periksa tanda dan gejala hipervolemia (misalnya ortopnea, dispnea, edema,JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara nafas tambahan) -identifikasi penyebab hipervolemia -monitor intake dan output cairan Terapeutik : -batasi asupan cairan dan garam -tinggikan kepala tempat tidur 15-30° Kolaborasi : -kolaborasi pemberian diuretic
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan bersihan jalan nafas (L.01001) pada Tn. S teratasi dengan kriteria hasil: 1.Produksi sputum berkurang 2.Dispnea berkurang 3.Frekuensi nafas membaik 4.Pola nafas membaik	1. Manajemen jalan nafas (L.01011) Observasi : -monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) -monitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi) -monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : -posisi semi fowler atau fowler

1.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	sekresi yang tertahan
2.	Pola nafas tidak efektif	hambatan upaya nafas
	Penurunan curah jantung	perubahan afterload
3.	Hipervolemia	Gangguan aliran vena balik

2. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang muncul maka disusunlah rencana asuhan asuhan keperawatan yang akan diberikan pada pasien. Dalam pemberian asuhan keperawatan, penulis berfokus pada masalah keperawatan gangguan kebutuhan cairan, namun masalah keperawatan yang lain tetap dilakukan perencanaan dan pelaksanaan untuk melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif. Adapun intervensi atau rencana asuhan keperawatan yang diberikan sebagai berikut :

Tabel 15 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1. Hipervolemia b.d gangguan aliran vena balik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan keseimbangan cairan (L.03020) pada Tn. S meningkat dengan kriteria hasil: 1.kelembaban membran mukosa meningkat berkurang 2.edema menurun 3.tekanan darah membaik 4.membran mukosa membaik	1.Manajemen Hipervolemia (L.03114) Observasi : -periksa tanda dan gejala hipervolemia (misalnya ortopnea, dispnea, edema,JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara nafas tambahan) -identifikasi penyebab hipervolemia -monitor intake dan output cairan Terapeutik : -batasi asupan cairan dan garam -tinggikan kepala tempat tidur 15-30° Kolaborasi : -kolaborasi pemberian diuretic
2. Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan bersihan jalan nafas (L.01001) pada Tn. S teratasi dengan kriteria hasil: 1.Produksi sputum berkurang 2.Dispnea berkurang 3.Frekuensi nafas membaik 4.Pola nafas membaik	1. Manajemen jalan nafas (L.01011) Observasi : -monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) -monitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi) -monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : -posisikan semi fowler atau fowler

		-lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik -berikan oksigen, jika perlu Edukasi : -anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari Kolaborasi : -kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektron, mukolitik, jika perlu
--	--	---

3. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 16 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tanggal & Jam	Implementasi	Paraf & Nama	Evaluasi (SOAP)	Paraf & Nama
Selasa, 08 Februari 2022				
Selasa, 08 Februari 2022 08.30 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital 1. Memberikan IvFD RL Asnet 500 ml 2. Melakukan personal Hygiene 3. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, suara nafas tambahan) 4. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia 5. Memonitor intake dan output cairan 6. Membatasi asupan cairan dan garam 7. Memberikan posisi Head up 15-30°	 NOPI S.N	Pukul 14.00 WIB : Subjective : Tidak terkaji pasien dengan penurunan kesadaran Objective : 1. Kesadaran : Sopor 2. GCS : 7 (E : 2 M : 3 V : 2) 3. IvFD RL Asnet 500 ml 4. TTV : -TD : 150/98 mmHg - N : 104 x/menit - Frekuensi nafas (RR) : 26 x/menit - SaO ₂ : 98 % - S : 36,8 °C 5. Edem pada ekstremitas : pitting edem dengan derajat 1, kedalaman 2 mm 6. Terdengar suara nafas tambahan ronkhi 7. Hasil Foto Thorax : Oedeme pulmonum 8. Intake dan output cairan - Intake cairan didapat lewat IvFD RL 500 cc/8 jam Asnet , dalam 24 jam = $500 \times 3 = 1.500$ cc - MC 120 cc/6 jam, dalam 24 jam = $120 \times 4 = 480$ cc/24 jam - Minum sonde 20 ml, - Injeksi furosemide 40 mg = 8 cc, Injeksi Citicolin 500 mg = 100 cc, Injeksi Anbacim 750 mg = 150 cc - Ouput cairan urine dalam 24 jam =	 NOPI S.N

		1.020 cc, warna urine pekat 9. Keseimbangan cairan intake cairan – output cairan + IWL IWL : $15 \times 60 = 37.5$ cc/jam, kalau dalam 24 jam = $37.5 \times 24 = 900$ cc/24 jam $(1.500 + 500 + 258) - (1.020 + 900) = 2.258 - 1.920 = +338$ Jadi kelebihan volume +338 10.CRT > 3 detik Assesment : Hipervolemia Plan : Observasi : 1. Monitor intake dan output cairan setiap hari Terapeutik : 1.Pemberian diuretik 2.Pertahankan posisi pasien head up 15-30°	
Selasa, 08 Februari 2022 09.00 WIB	1. Melakukan suction secara bertahap 2. Memonitor SpO₂ 3. Memberikan O₂ dengan NRM 10 lpm 4. Memberian Nebulizer : Nebu Combivent Pulmicort/8 jam 5. Memberikan injeksi obat furosemide, digoxin, citicolin, clopidogrel, Amlodipe, dan Candesartan	Pukul : 14.00 WIB Subjective : Tidak terkaji pasien dengan penurunan kesadaran Objective : 3.Terpasang O₂ NRM 10 lpm 4.Adanya sekret di jalan napas 5.Terpasang OPA 6.Nebulizer : Nebu Combivent Pulmicort/8 jam Assesment : Bersihan jalan nafas tidak efektif Plan : Observasi : 1. Monitor bunyi suara nafas tambahan Terapeutik : 1. Pertahankan posisi head up 15-30 ° 2. Monitor SpO₂ 3. Pertahankan suction secara bertahap Kolaborasi : 1. Pemberian O₂ dengan NRM 10 lpm	NOPI S.N

Tanggal & Jam	Implementasi	Paraf &	Evaluasi (SOAP)	Paraf &
---------------	--------------	---------	-----------------	---------

		Nama	
Rabu, 09 Februari 2022			
Rabu, 09 Februari 2022 08.30 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Memberikan IvFD RL Asnet 500 ml 3. Melakukan personal hygiene 4. Membatasi cairan 5. Memonitor intake dan output cairan setiap hari 6. Memonitor saturasi oksigen 7. Mempertahankan posisi pasien head up 15-30°	 NOPI S.N	Pukul 14.00 WIB : Subjective : Tidak terkaji pasien dengan penurunan kesadaran Objective : 1. Kesadaran : Sopor 2. GCS : 7 (E : 2 M : 3 V : 2) 3. IvFD RL Asnet 500 ml 4. TTV : -TD : 150/98 mmHg - N : 104 x/menit - Frekuensi nafas (RR) : 26 x/menit - SaO ₂ : 98 % - S : 36,8 °C 5. IvFD RL Asnet 6. Edem pada ekstremitas : pitting edem dengan derajat 1, kedalaman 2 mm berkurang 7. Suara nafas tambahan ronkhi masih terdengar 8. Intake dan output cairan Intake cairan didapat lewat - IvFD RL 500 cc/8 jam Asnet , dalam 24 jam = $500 \times 3 = 1.500$ cc - MC 120 cc/6 jam, dalam 24 jam = $120 \times 4 = 480$ cc/24 jam - Minum sonde 20 ml, - Injeksi furosemide 40 mg = 8 cc, - Injeksi Citicolin 500 mg = 100 cc, - Injeksi Anbacim 750 mg = 150 cc Output cairan urine dalam 24 jam 1.100 cc 6. Keseimbangan cairan intake cairan - output cairan + IWL - IWL : $15 \times 60 = 37.5$ cc/jam, kalau dalam 24 jam = $37,5 \times 24 = 900$ cc/24 jam $(1.500 + 500 + 258) - (1.100 + 900) = 2.258 - 2.000 = +258$ Jadi kelebihan volume +258 8. CRT > 2 detik Assesment : Hipervolemia teratasi sebagian Plan : Observasi : 1. Monitor intake dan output cairan setiap hari 2. Monitor saturasi oksigen

			Terapeutik : 1. Pembatasan cairan 2. Pertahankan posisi pasien head up 15-30°	
Rabu, 09 Februari 2022 08.15	1. Melakukan suction secara bertahap 2. Memonitor SpO ₂ 3. Memberikan O ₂ dengan NRM 8 lpm 4. Memberian Nebulizer : Nebu Combivent Pulmicort/8 jam 2. Memberikan injeksi obat furosemide, digoxin, citicolin, clopidogrel, Amlodipe, dan Candesartan	 NOPI S.N	Pukul : 14.00 WIB Subjective : Tidak terkaji pasien dengan penurunan kesadaran Objective : 5. Terpasang O ₂ NRM 8 lpm 6. Sekret di jalan napas berkurang 7. Terpasang OPA 8. Nebulizer : Nebu Combivent Pulmicort/8 jam Assesment : Bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi sebagian Plan : Observasi : 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor bunyi suara nafas tambahan Terapeutik : 1. Pertahankan posisi head up 15-30 ° 2. Monitor SpO ₂ 3. Pertahankan suction secara bertahap Kolaborasi : 1. Pemberian O ₂ dengan NRM 8 lpm	 NOPI S.N

Tanggal & Jam	Implementasi	Paraf & Nama	Evaluasi (SOAP)	Paraf & Nama
Kamis, 10 Februari 2022				
Kamis, 10 Februari 2022 08.30 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Memberikan IvFD RL Asnet 500 ml 3. Melakukan personal hygiene 4. Membatasi cairan 5. Memonitor intake dan output cairan setiap hari	 NOPI S.N	Pukul 14.00 WIB : Subjective : Tidak terkaji pasien dengan penurunan kesadaran Objective : 1. Kesadaran : Sopor 2. GCS : 7 (E : 2 M : 3 V : 2) 3. IvFD RL Asnet 500 ml	 NOPI S.N

	6. Memonitor saturasi oksigen 7. Mempertahankan posisi pasien head up 15-30°	4. TTV : - TD : 140/90 mmHg - N : 98 x/menit - Frekuensi nafas (RR) : 26 x/menit - SaO ₂ : 98 % - S : 37 °C 5. IvFD RL Asnet 6. Edem pada ekstremitas : pitting edem dengan derajat 1, kedalaman 2 mm berkurang 7. Suara nafas tambahan ronchi masih terdengar 8. Intake dan output cairan : - Intake cairan didapat lewat IvFD RL 500 cc/8 jam Asnet , dalam 24 jam = $500 \times 3 = 1.500$ cc - MC 120 cc/6 jam, dalam 24 jam = $120 \times 4 = 480$ cc/24 jam - Minum sonde 20 ml, - Injeksi furosemide 40 mg = 8 cc, - Injeksi Citicolin 500 mg = 100 cc, - Injeksi Anbacim 750 mg = 150 cc - Ouput cairan urine dalam 24 jam 1.200 cc, warna urine pekat 9. Keseimbangan cairan intake cairan – output cairan + IWL IWL : $15 \times 60 = 37.5$ cc/jam, kalau dalam 24 jam = $37,5 \times 24 = 900$ cc/24 jam $(1.500 + 500 + 258) - (1.200 + 900) = 2.258 - 2.100 = +158$ Jadi kelebihan volume +158 10. CRT > 2 detik Assesment : Hipervolemia teratasi sebagian Plan : Observasi : 1. Monitor intake dan output cairan setiap hari 2. Monitor saturasi oksigen Terapeutik : 1. Pembatasan cairan 2. Pertahankan posisi pasien head up 15-30°	
Kamis, 10 Februari 2022 08.15 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Memberikan IvFD RL Asnet 500 ml 3. Melakukan personal hygiene 4. Memberikan posisi Head up 15-30° -Melakukan suction secara	Pukul : 14.00 WIB Subjective : Tidak terkaji pasien dengan penurunan kesadaran Objective : 1. Terpasang O ₂ NRM 8 lpm 2. Sekret di jalan napas berkurang	 NOPI S.N
			 NOPI S.N

bertahap 5. Memonitor SpO₂ 6. Memberikan O₂ dengan NRM 8 lpm 7. Memberian Nebulizer : Nebu Combivent Pulmicort/8 jam	3. Terpasang OPA 4. Nebulizer : Nebu Combivent Pulmicort/8 jam Assesment : Bersihkan jalan nafas tidak efektif teratasi sebagian Plan : Observasi : 1. monitor tanda-tanda vital 2. monitor bunyi suara nafas tambahan Terapeutik : 1. pertahankan posisi head up 15-30 ° 2. monitor SpO₂ 3. pertahankan suction secara bertahap Kolaborasi : 1. Pemberian O₂ dengan NRM 8 lpm
--	--