

	POLTEKES KEMENKES TANJUNGGARANG	KODE	:	
		TGL	:	
	Formulir Informed Consent	REVISI	:	
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman		

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : *Sania Perento Ginting*

NIM : *2114401089*

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal *02* s/d *06* bulan *Januari*, tahun *2024* di Ruang *Siger RSUD Dr. A. Dodi Tjotrodipo*

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan.

Bandar Lampung, *06* Januari 2024

Mengetahui
Perseptor/ CI Klinik

E. H. H.
Ms. EKO MARGONO, S.Kep
NIP. 198808112011011001



POLTEKES KEMENKES TANJUNGPINANG

KODE

TGL

Sentra, 1 Januari 2024

Formulir
Informed Consent

REVISI

HALAMAN : 1 dari 1 Halaman

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Siti Aminah
Umur : 58 tahun
Jenis Kelamin : laki-laki / Perempuan (*cent yang tidak perlu)
Alamat : SUNA ANUNG DESA GELANG

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : AMAN
Umur : 56 thn
Jenis Kelamin : laki - laki
Alamat : SUNA ANUNG DESA GELANG

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapatkan penjelasan terkait tujuan dari kegiatan praktikum mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.
2. Saya telah memahami mengenai apa yang telah tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Dengan penuh kesadaran dan secara sukarela, mengizinkan pasien yang saya wakiliikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bondar Lampung, 06 Januari 2023

Mahasiswa Praktikum

Sonia Prasanta Ginting

Keluarga Pasien

Siti Aminah

Mengetahui

Perseptor/ CI Klinik

Dr. Eko Mardiana S. Kep
NIP. 198008101990001



POLTEKRES KEMENKES TANJUNGPINANG

KODE :

TGL :

Senin, 1 Januari 2024

Formulir
Informed Consent

REVISI :

HALAMAN : 1 dari 1 Halaman

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Den Kartika

Umur : 29 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (*coret yang tidak perlu)

Alamat : Susunan Baru, Jl Sultan Baekruchin 99 Pungkur Kpr 1

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : Untung Umban

Umur : 51 th

Jenis Kelamin : laki-laki

Alamat : susunan baru, Jl sultan baekruchin 99 pungkur kpr

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapatkan penjelasan terkait tujuan dari kegiatan praktikum mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.
2. Saya telah memahami mengenai apa yang telah tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Dengan penuh kesadaran dan secara sukarela, mengizinkan pasien yang saya wakiliikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bandar Lampung, 06 Januari 2023

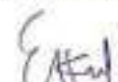
Mahasiswa Praktikum


Keluarga Pasien


Santa Pranita Ginting


Den Kartika

Mengetahui
Peresepor/ CI Klinik


Ms. EDO HARSONO, S.Kep
NIP. 19850811 2011011001

	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENDES RI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Penilaian LTA	Halaman	

**PENGAJUAN TOPIK/AREA KEILMUAN DAN PEMBIMBING
KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR**

Nama Mahasiswa : Sonia Presenta Ginting

NIM : 2114401089

Area/Topik yang diajukan

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman (Nyeri Akut) Pada Pasien *Congestive Heart Failure* Di Ruang Siger Rumah Sakit Daerah Dr. A. Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung Tahun 2024

Pebimbing Utama




Purwati, S.Pd., Map
Nip. 196304271984022001

Bandar Lampung, 10 Januari 2024
Pembimbing Pendamping



El Rahmayati, S.Kp., M.Kes.
Nip. 197003042002122002

	POLITEKNIK TANJUNGSARI KEMENTERIAN RI	Kode	
	PRODI II KEPERAWATAN TANJUNGSARI KANGSING	Tanggal	
	Nama	No	
	Pendidikan LTA	Instansi	

**LEMBAR BEMBINGAN KARYA TULIS ILMU/ LAPORAN AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**

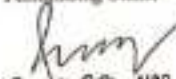
Nama Mahasiswa : SONIA PRESENTA GINTING
 NIM : 2119401009
 Pembimbing Utama : Rumohi S.Pd., MAP.
 Judul Tugas Akhir :

Asuhan Keperawatan Gangguan Kesehatan Rasio Nyaman (Nyori Abul) Pada
Pada Gangguan Akut Insulin Di Ruang Syukur Purnama Sakat Rawat Dr. A. Dadi

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf MAs	Paraf pembimbing
1	13/1/24	gagal ?		
2	14/1/24	bab 1 uraian definisi & klasifikasi		
3	15/1/24	terdapat kritik sugunan kata & gram		
4	16/1/24	pernyataan masalah pasien & terdapat krit. pada		
5	17/1/24	bab 2 uraian definisi & klasifikasi		
6	18/1/24	ace bab 3 lanjut bab 4		
7	19/1/24	bab 4 uraian definisi & klasifikasi - terdapat krit. pada		
8	20/1/24	bab 5 ace lanjut bab 6		
9	21/1/24	bab 6 uraian definisi & klasifikasi		
10	22/1/24	bab 7 uraian definisi & klasifikasi - terdapat krit. pada		
11	23/1/24	bab 8 ace		
12	24/1/24	bab 9 penutup		

Bandar Lampung, 24 Januari 2024

Pembimbing Utama


 Rumohi S.Pd., MAP.



POLTEK TANJUNGPINRANG KESEHATAN RI
PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINRANG

Formulir
Pembelian LRA

Kode

Tanggal

Revisi

Halaman

LEMBAR BIMBINGAN KARYA II/MIAB/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Sonia Prasita Ginting

NIM : 2114401089

Pembimbing Utama : Baruwati S.Pd. MAP

Judul Tugas Akhir :

Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri Akut) Pada Pasien
Coronary Heart Failure Di Ruang Triage Rumah Sakit Umum Daerah Dr. A. Dadi
Tj. Kodip. Bandar Lampung Tahun 2024.

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	17/12	mb 1/2, pnbh, letimp. Rm 10000		}
2		mb 1/2 & 4/10/24		
3	20/12	acc 4/1/10/24		}
4	6/1/24	acc 4/1/8 jilid		
5				}
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 6 Mei 2024
Pembimbing Utama

Baruwati S.Pd. MAP



POLTEK STMIK KARANG BERMANAS RI
PRCEI DI KEPERAWATAN TANJUNG KARANG

Fakultas
Pendidikan LTA

Kode

Tanggal

Faksi

Halaman

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN AKHIR PEMBIMBING PENDAMPING

Nama Mahasiswa : Sania Prisma Ginting

NIM : 2114401089

Pembimbing Pendamping : El Rahmayati, S.Kp., M.Kes

Judul Tugas Akhir :
Asuhan Keperawatan Gangguan (kebutuhan) Rasa Nyaman (Nyai Nikut) Pada Pasien
Cerebral Heart Failure Di Ruang Siger PIUD Dr. A. Dad. Tjoetjipo Kota Bandar
Lampung Tahun 2024

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	Rabu, 21 Februari 2024	Perbaiki judul, abstrak, lampiran, daftar pustaka, dan penulisan		
2	Senin, 25 April 2024	Perbaiki abstrak, perbaikan penulisan pada bab 2, Daftar pustaka, dan lampiran		
3	Rabu, 22 Mei 2024	ATC		
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 22 Mei 2024
Pembimbing Pendamping

El Rahmayati, S.Kp., M.Kes

	POLTEKKE S KEMENKES TANJUNGPINRANG	KODE : _____
	Formulir	TGL : _____
	Masukan & Perbaikan KTI / Skripsi / LTA	REVISI : _____
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Sonia Prasita Ginting
 NIM : 21144010079
 Prodi : Da Keperawatan
 Tanggal : 29 April 2024
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Kelelahan Pada Nyampon (Nyaji Akut) Pada Pasien Congestive Heart Failure Di Ruang Siger RSUD Dr. A. Dodi Tjokrodiponegoro Bandar Lampung

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Dosen	Lampiran Tahap
I	SENIN 29/4/24	1. Idarahat m. 1. ROM 2. Ekshibisi → misal (mungkin ada senam) 60% mumpuni 100% mumpuni 2.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
II		3. Ekshibisi 1. NPL → Di teruskan gemukan yg sdh di handle 2. hp → Ngambilin longgar 3. Bata all/pemeriksaan awal panti? → klu shg (kompilasi)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>


Bandar Lampung, 29 April 2024



Ketua Penguji :
 Anggota Penguji I :
 Anggota Penguji II :

Idarahat Murni S.Kp., M.Kes - Et Rahmawati S.Kp., M.Kes
 NIP. 196304271984022001 NIP. 197003042002122002
 Purwati S. Pd., HAP
 NIP. 196304271984022001

STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

POSISI SEMI FOWLER

 <p>POLTEKKES KEMKES TANJUNG KARANG</p>	<p>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) POSISI SEMI FOWLER</p>	
<p>Standar Operasional Prosedur (SOP)</p>	<p>Usulan terbit 2021</p>	<p>Program Studi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan 2024</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Cara berbaring pasien dengan posisi setengah duduk</p>	
<p>Tujuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi sesak napas 2. Memberikan rasa nyaman 3. Membantu memperluas keluarnya cairan 4. Membantu mempermudah tindakan pemeriksaan 	
<p>Indikasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sesak napas 2. Pasien pasca bedah, bila keadaan umum pasien baik, atau bila pasien sudah benar-benar sadar 	
<p>Persiapan</p>	<p>A. Persiapan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sandaran punggung atau kursi 2. Bantal atau balok penahan kaki tempat tidur bila perlu 3. Tempat tidur khusus (<i>functional bed</i>) jika perlu <p>B. Persiapan pasien, perawat, dan lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perkenalkan diri <i>self</i> pada klien, termasuk nama dan jabatan atau peran dan jelaskan apa yang akan dilakukan 2. Pastikan identitas klien 3. Jelaskan prosedur dan alasan dilakukan tindakan tersebut yang dapat dipahami oleh klien 4. Siapkan peralatan 5. Cuci tangan 	

	<p>6. Yakinkan klien nyaman dan memiliki ruangan yang cukup dan pencahayaan yang cukup untuk melaksanakan tugas</p> <p>7. Yakinkan klien nyaman dan memiliki ruangan yang cukup dan pencahayaan yang cukup untuk melaksanakan tugas</p>
<p>Prosedur</p>	<p>1. Pasien di dudukkan, sandaran punggung atau kursi di letakkan di bawah atau di atas kasur di bagian kepala, di atur sampai setengah duduk dan di rapikan. Bantal di susun menurut kebutuhan. Pasien di baringkan kembali dan pada ujung kakinya di pasang penahan.</p>  <p>2. Pada tempat tidur khusus (functional bed) pasien dan tempat tidurnya langsung di atur setengah duduk, di bawah lutut di tinggikan sesuai kebutuhan. Kedua lengan di topang dengan bantal</p>  <p>3. Rapikan tempat tidur</p>
<p>Hal-hal yang harus diperhatikan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan keadaan umum pasien 2. Bila posisi pasien berubah, harus segera di betulkan 3. Khusus untuk pasien pascn bedah di larang meletakkan bantak di bawah perut. 4. Ucapkan terima kasih atas kerjasama klien 5. Dokumentasikan hasil prosedur dan toleransi klien pada formasi yang tepat

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Sania Prasanta Ginting
NIM : 2114404089 Tgl Pengkajian : 4 Januari 2024
Ruang rawat : Siger No. Register : 08826-21

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Tn. U
2. Umur : 51 tahun
3. Jenis kelamin : P *
4. Pendidikan : SMP
5. Pekerjaan : Pedagang
6. Tgl masuk RS : 3 Januari 2024 Waktu : 07:30 WIB
7. Ds. Medis : CHF
8. Alamat : Susunan Baru

B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : Melalui IGD Melalui Poliklinik Transfer ruangan _____

Masuk ke Ruang pada tanggal : 3 Januari 2024 Waktu : 07:30 WIB

Dantar Oleh : sendiri Keluarga Petugas Kesehatan Lainnya _____

Masuk dengan menggunakan : Berjalan Kursi Roda Brankar Kruk Walker
 Tripod Lainnya, jelaskan _____

Status Mental saat masuk : Kesadaran : 15 Components

GCS : E 4 M 6 V 5

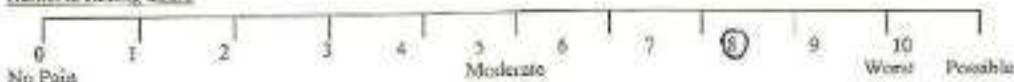
Tanda Vital Saat Masuk : TD 150/90 mmHg

Nadi 70 x/menit teratur Tidak teratur Lemah Kuat

RR 20 x/menit teratur Tidak teratur

Nyeri :

Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale

Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disamping :

- C - Contusion
- L - Lacerations
- R - Rashs
- S - Scars
- *Parasito (scabies/lice)
- D - Decubitus
- T - Tattoo
- B - Bruises
- X - Body Piercing
- P - Pain
- G - Other

Tines Pedis: ...Ya ...Tidak
 Jelaskan:

Penilaian Risiko Jatuh

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

Langkah Antagori skor yg diperoleh :

- | | | |
|--|--------|--------|
| | SKOR | A KODE |
| 1. Tidak Berisiko, tidakkan perawatan dasar | 0 - 24 | HIJAU |
| 2. Risiko, lakukan tindakan pencegahan jatuh | >25 | KUNING |

1. Keluhan utama saat pengkajian : Nyeri di dada sebelah kiri

2. Riwayat penyakit Sekarang:

Riwayat dikaji tanggal 04 Januari 2024 jam 08.30, pasien mengeluhkan nyeri muskuloskeletal benakitas seperti bergemet dan tidak bisa beristirahat, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada dada sebelah kiri menjalar kebelakang, skala nyeri 8, pasien tampak meringis karena nyeri yang dirasakan, nyeri muncul secara mendadak, dan dapat berlangsung sekitar 2-3 menit, saat dilakukan pengalihan didapatkan TD: 150/90 mmHg, Nadi: 70x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36,8°C, SPO₂: 89%

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : -

Bentuk alergi yg dialami: -

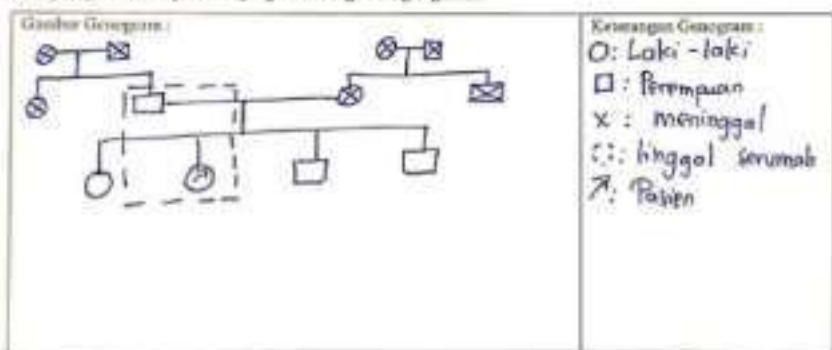
4. Daftar obat-obat yang sering digunakan sebelum masuk RS : -

NAMA OBAT/UMURAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/UMURAL	FREKUENSI	MASIH DIGUNAKAN/DIAK

1. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: EHF

2. Riwayat penyakit keluarga: Riwayat keluarga diturunkan hipertensi atau yang mengalami penyakit seperti

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetic



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

Pada Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

◆ Kambuh Kesehatan Utama Klinis

- () Tampak Sehat () Tampak Sakit Ringan () Tampak sakit sedang
() Tampak Sakit Berat

◆ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk behavior modifikasi & manajemen stress)

Upaya menjaga status kesehatan yang dilakukan behavior modifikasi, melakukan aktivitas yang ringan seperti olahraga

A. Kategori Fisiologis

A.1. Respirasi

- Dispneu Orthopneu PND*
 Batuk Efektif Batuk tidak efektif Batuk malam hari

A.2. Sirkulasi

- Palpitasi Parasthesia
 Klaudikasio intermitten

A.3. Nutrisi & Cairan

- Cepat kenyang setelah makan Kram Abdomen
 Nafsu makan menurun Mual
 Tidak ada flatus Merasa lemah Merasa haus
 Keinginan minum meningkat Menyatakan keinginan untuk Meningkatkan keseimbangan Cairan
 Mengekspresikan pengetahuan tentang pilihan makanan dan cairan yang sehat
 Menjalani diet standar tertentu, sebutkan dieta asiton (mieum)
 Mudah mengantuk Lelah Letih
 Lesu Mengeluh lapar Mudah lapar
 Mulut kering Muntah

A.3. Eliminasi

- Urgensi Dribling Sering buang air kecil
 Nokturia Nokturia lebih dari 2 kali sepanjang tidur
 Hesitancy Disuria Kandung kemih terasa tegang
 keluar urin konstan tanpa distensi Sulit/tidak bisa b.a.k
 Mengompol saat _____ Berkemih tanpa sadar
 Perasaan tidak puas setelah b.a.k terasa panas saat b.a.k
 Perubahan warna urine, yaitu kuning pekat Mampu mengosongkan kandung kemih lengkap
 Tidak mengalami sensasi berkemih
 Mengeluh urine keluar <50 ml saat berdiri/batuk/bersin/tertawa/berlari/mengangkat benda yang berat
 Keinginan berkemih yang kuat disertai dengan inkontinensia
 Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin
 Tidak mampu mengontrol pengeluaran feses tidak mampu menunda defekasi
 Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
 Pengeluaran feses lama dan sulit Feses Keras

- Pengeluaran leses lera dan sulit

- Peristaltik usus menurun

A.4. Aktivitas dan Istirahat

- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

- Nyeri saat bergerak

- Enggan melakukan pergerakan

- Cemas saat bergerak

- Merasa kaki sendi

- Gerakan tidak terkoordinasi

- Mengeluh sulit tidur

- Mengeluh sering terganggu/terjaga

- Mengeluh tidak puas tidur

- Mengeluh pola tidur berubah

- Mengeluh istirahat tidak cukup

- Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

- Dispneu setelah/ saat aktivitas

- Merasa lemah

- Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

- Mengeluh lelah

- Merasa tenaga tidak penuh walaupun lelah tidur

- Merasa kurang tenaga

- Tidak menggunakan obat tidur

- Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur

- Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur

A.4. Neurosensori

- Sakit kepala

- Nyeri dada

- Pandangan kabur

- Kongesti Nasal

- Parastesia

- Kongesti Konjungtiva

- Menggigit

- Mudah lupa

- Sulit mempelajari keterampilan baru

- tidak mampu mengingat informasi faktual

- tidak mampu mengingat perilaku tertentu yg pernah dilakukan

- lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan

- Mengeluh sulit menelan

- Batuk sebelum menelan

- Batuk setelah makan atau minum

- Tersentak

- Makanan tertinggal di rongga mulut

- Sulit mengunyah

- Refluks nasal

- Muntah sebelum meal

- makanan terdorong keluar dari mulut

- Makanan jatuh dari mulut

- tidak mau makan/menolak makan

- Makanan tidak ditabalkan

- Muntah disertai mual

- muntah tanpa mual

A.4. Reproduksi & Seksualitas

- aktivitas seksual berubah

- eksitasi seksual berubah

- Hubungan seksual tidak memuaskan

- peran seksual berubah

- Fungsi seksual berubah

- hasrat seksual menurun

- Dispareunia

- hubungan seksual terbatas

- Ketertarikan pada pasangan berubah

- Hubungan seksual terbatas

- Mencari informasi tentang kemampuan mencapai kepuasan seksual

- Sulit melakukan aktivitas seksual Aktivitas seksual berubah
 Mengungkapkan perilaku seksual berubah Orientasi seksual berubah
 Mengungkapkan hubungan dengan pasangan berubah

B. Psikologis

B.1. Nyeri dan Ketidakhnyamanan

- Mengeluh tidak nyaman Mengeluh sulit tidur
 Tidak mampu rileks mengeluh kehangatan / kepanasan
 Merasa gatal merintih menangis

C. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : - Tampak sakit berat Tampak sakit sedang
 Tampak sakit ringan Sehat dan Buger

2. Kesadaran (Komposmentis - Koma) : Compos mentis

3. Glasgow Coma Scale (GCS) : E 4 M 6 V 5

4. Vital Sign : Tekanan Darah 160/90 mmHg
 Nadi : 70 x/menit regular / irregular / kuat / sedang / lemah
 Respirasi : 20 x/menit normal / kusmaul / cheyne-stokes / Biot

5. Integumen : () Ikterik () Edema Anarsaka () Diaporesis () Pucat () Cyanosis

6. Kepala & Leher

Wajah : Simetris
 Mata : Simetris, anoreks, pupil normal Hidung : bersih, tidak terdapat polip
 Bibir & Mukosa Mulut : Faangul kering
 Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid Jugular Vein Pressure (JVP) : Normal, tidak terdapat pembesaran Vena jugularis

7. Thorax (Jantung & Paru-paru)

Jantung
 Inspeksi : Normal, tidak ada edema, tidak ada pembesaran JVP
 Palpasi : terdapat nyeri tekan pada area dada sebelah kiri, dengan skala 8
 Perkusi : Relat, terdapat pembesaran pada jantung
 Auskultasi : Suara jantung terdengar cukup, kuat dan tidak lemah, terdapat bunyi S5 Gallop

Paru-Paru :

Inspeksi : Simetris, tidak ada retraksi, tidak ada pembesaran normal RR: 20 x/mnt
 Palpasi : terdapat nyeri tekan pada dada sebelah kiri, dengan skala 8
 Perkusi : Sonor, tidak ada paru
 Auskultasi : Suara napas vesikuler

8. Abdomen

Inspeksi : tidak terdapat lesi
 Auskultasi : bising usus 6 x/mnt
 Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan
 Perkusi : Thympani

9. Genitalia & Rectum : bersih, terpuang koleter.

8. Kekuatan otot :

5555	5555
4444	4444

9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : Sensorik kanan dan kiri terasa rangsangannya

Motorik : pasien mampu bergerak diseluruh anggota gerak

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan _____ kiri _____ Tricep : kanan _____ kiri _____

Tendo Achilles : kanan _____ kiri _____ Abdomen : _____

Reflek Patologis dan rangsang meningesal :

Babinsky : kanan + kiri + Brudzinsky I : +

Brudzinsky II : + Chaddock : + Hoffman Turner : +

Laseque : + Kaku Kadak : + sss

12 Syaraf Kranial : (NI - NXII) :

(I) ada, (II) ada, (III) ada, (IV) ada, (V) ada, (VI) ada, (VII) ada, (VIII) ada, (IX) ada, (X) ada, (XI) ada, (XII) ada

** Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM) : tidak ada

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

- Monofilamen : Kanan _____
Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambarkan status lokalis ulkus:

P : Peripheral _____ E : Extend or Size : _____

D : Depth or Tissue Loss : _____ I : Infection and Sensation : _____

S : Severe : _____

** Lain-Lain (Tuliskan Data lainnya Yg tidak terakomodir dalam format diatas) :

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK
 (Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll bila diperlukan bisa dalam bentuk daftar / table hasil pemeriksaan yg menunjukkan perkembangan hasil pemeriksaan)
Laba-Strium (5/01/2024)

Leukosit : 8,93
 Eritrosit : 9,06
 Hemoglobin : 12,4
 Hematokrit : 35,9
 HCV : 87,7
 HCT : 30,6
 MDIC : 35,1
 Trombosit : 175
 MPV : 9,2
 RDW-CV : 15,7
 RDW-SD : 54,7
 Creatinin : 1,4
 GDS : 75
 Garam : 97
 Natrium : 135,2
 Kalium : 4,6
 Oksida : 103,8

- Benjolan payudara kanan yang dideteksi pada tanggal 5/01/2024 pasien mengalami jandriologi
- EKG Pada tanggal 04/01/2024 dilakukan pemeriksaan EKG didapat Iritasi bundle branch kanan mungkin disebabkan hipertensi / Asam EKG Abnormal
- USG (Jantung)
 1. Dimensi ruang-ruang jantung LA dibatasi
 2. LVHC -> fungsi sedikit LV normal EF 65%
 3. Bangun sedikit RV normal TAPSE 1,8
 4. KATUP : MS aorta, MVA (PHT) 0,6

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSES RUTE PEMBERIAN	JUWAL PEMBERIAN	INDIKASI (Bila DO)	EFEK SAMPING (Bila DO)
Bisoprolol	2,5 mg / oral	24 jam	untuk mengurangi tekanan darah	mual, pusing, diare, konstipasi, bradikardia, kelelahan, sakit kepala
Digoxin	0,25 mg / oral	24 jam	untuk mengurangi tekanan darah	pusing / pingsan
Spiramectone	25 mg / oral	24 jam	untuk mengurangi tekanan darah	gatal, muntah, diare, konstipasi, kelelahan, sakit kepala
Mefenamic	2 mg / inj. IV	24 jam	untuk mengurangi nyeri	gatal, muntah, diare, konstipasi, kelelahan, sakit kepala
Ceftriaxone	1 g / inj. IV	12 jam	untuk mengurangi infeksi	gatal, muntah, diare, konstipasi, kelelahan, sakit kepala
Hydrochlorothiazide	20 mg / inj. IV	24 jam	untuk mengurangi tekanan darah	gatal, muntah, diare, konstipasi, kelelahan, sakit kepala
Furosemide	7 mg / inj. IV	(3,7cc/jam)	untuk mengurangi tekanan darah	gatal, muntah, diare, konstipasi, kelelahan, sakit kepala
Urof	4 mg / oral	2x1	untuk mengurangi nyeri	gatal, muntah, diare, konstipasi, kelelahan, sakit kepala
Aspirin	300 mg / oral	6 jam	untuk mengurangi nyeri	gatal, muntah, diare, konstipasi, kelelahan, sakit kepala
Tramadol	400 mg / oral	3x1	untuk mengurangi nyeri	gatal, muntah, diare, konstipasi, kelelahan, sakit kepala

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : **Tn. U** Jenis Kelamin : **P** No. Register : **008816-21** Tanggal Penilaian Risiko : **04 Januari 2024**

PARAMETER	TEMUAN			SKOR
Persepsi Sensori	<p>1. Tidak merasakan/rasain bed antara sisi nyeri, memuncak kesakitan</p>	<p>2. Gangguan sensorik pada bagian 1/3 permukaan tubuh atau hanya kesakitan pd sisi/nyeri, ada dpt membedakan sensasi</p>	<p>3. Gangguan sensorik pada 1 atau 2 ekstrimitas atau berespon pd perintah verbal tp sblu sbelum mampu menggerakan kebidayaan</p>	4
Keterbatasan	<p>1. Selesa terpopor oleh kedinginan atau suhu basah</p>	<p>2. Kulit Lembab</p>	<p>3. Kulit badang-badang lembab</p>	3
Aktivitas	<p>1. Tergeletak di tempat tidur</p>	<p>2. Tidak bisa berjalan</p>	<p>3. Bergaitan pada jarak terbatas</p>	3
Mobilitas	<p>1. Tidak mampu bergerak</p>	<p>2. Tidak dapat memvubah posisi secara lepat dan teratur</p>	<p>3. Dapat memvubah posisi tidak terpa bantuan</p>	3
Nutrisi	<p>1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, seblm minit, pmasa atau NPO lebih dari 5 hari</p>	<p>2. Jarang mampu menghabiskan 1/3 porsi makannya atau minum cairan kurang dari jumlah optimum</p>	<p>3. Mampu menghabiskan lebih dari 1/3 porsi makannya</p>	2
Goutas	<p>1. Tidak mampu menggerak badannya sendiri, atau pasif, berakstur atau gelisah</p>	<p>2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya</p>	<p>3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan</p>	2

Diadaptasi dari Braden & Bergstrom (1993), AHCPH (2008)

Skor : 15 - 18 berisiko, 13 - 14 risiko sedang, 10 - 12 risiko tinggi, 5-9 risiko sangat tinggi

SKOR **17** (berisiko)

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Tn. U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 008826-21

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1.	04 Januari 2024, 09:30	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri menjalar kebetulang - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk - tusuk dan dapat berlangsung sekitar 2-3 menit - Pasien mengatakan sulit untuk tidur <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meningis - Pasien tampak gelisah - Skala nyeri 8 - TD: 150/90 mmHg - RR: 20 x/menit - N: 70 x/menit - S: 36,8°C - SpO₂: 98% 	Nyeri Akut	Agen pendorong fisiologis

2.	4 Januari 2024, 10.30	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan dada sebelah kiri terasa sakit seperti ditusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri pada kaki karena bengkak dan tidak mampu berjalan ataupun beraktivitas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit tampak pucat - Akral terasa hangat - TD meningkat: 150/90 mmHg - N: 70x/menit, tidak teratur - Terdengar bunyi jantung S1 dan S2 (lemah) yang diikuti bunyi jantung S3 Gallop - Hasil Rontgen menunjukkan kardiomegali 	Remurunan Guruh Jantung	Gangguan frekuensi jantung
3.	4 Januari 2024, 09.50	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk tidur - Pasien mengatakan tidur hanya 2-3 jam saja - Pasien mengatakan sering terjaga karena nyeri pada dada. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak puas tidur - Pasien tampak mengantuk - Pasien tampak pucat - TO: 150/90 mmHg - N: 70x/menit - RR: 20x/menit - S: 36,8°C - SPO₂: 98% 	Gangguan Pola Tidur	Kurang Kontrol Tidur

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Tt. U
Dx. Medis : CHF
Ruang : Siger
No. MR : 008826-21

HARI KE-1 : Tanggal Kamis, 04 Januari 2024

1. Nyeri Akut b.d. agen pencedera fisiologis
2. Penurunan Curah Jantung b.d. Perubahan frekuensi Jantung
3. Gangguan Pola Tidur b.d. Kurang Kontrol Tidur
- 4.

HARI KE-2 : Tanggal Jumat, 05 Januari 2024

1. Nyeri Akut b.d. Agen Pencedera fisiologis
2. Penurunan Curah Jantung b.d. Perubahan frekuensi Jantung
3. Gangguan Pola Tidur b.d. Kurang Kontrol Tidur
- 4.

HARI KE-3 : Tanggal Sabtu, 06 Januari 2024

1. Nyeri Akut b.d. Agen Pencedera fisiologis
2. Penurunan Curah Jantung b.d. Perubahan frekuensi Jantung
3. Gangguan Pola Tidur b.d. Kurang Kontrol Tidur
- 4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn-U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 008826-21

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.	04 Januari 2024	Nyeri Akut b. d Agen Fisiologis	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Ketuban nyeri berkurang dengan skala nyeri 2-3 dan menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 2. Nyeri berkurang dengan pemberian obat oral. 3. Hg/taq's menurun 4. Gelisah menurun 5. TTV dalam batas normal.	O: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik (S, L, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas) nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Monitor tanda-tanda vital T: 1. Berikan Teknik relaksasi logis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitas istirahat dan tidur E: 1. Jelaskan penyebab, pencegahan dan prinsip nyeri 2. Kolaborasi pemberian obat analgesik (Aspirin 300mg)	1. Identifikasi karakteristik nyeri dan faktor berhubungan 2. Identifikasi skala nyeri untuk memantau nyeri 3. Monitor Tanda-tanda vital 4. Udd relaksasi 5. Udd relaksasi pasien agar nyeri dapat berkurang 6. Merangsang istirahat dan tidur 7. Mengatasi penyebab nyeri 8. Berkolaborasi pemberian obat	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Tb-U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 008826-21

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penujangan	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2.	04 Januari 2024	<p>Penurunan Curah Jantung b.d. perubahan frekuensi jantung</p>	<p>Seluruh dibelahan atas Keperawatan Skoro 3 x 0 24 jam diharapkan Curah Jantung kembali dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak memuntir 2. Tidak ada sesak 3. Suhu jantung 53 mmHg 4. Tekanan darah meningkat 5. Perifer memanas 	<p>Rencanakan jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda/gejala perifer penurunan curah jantung (melemah, edema, kelelahan, etc) 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (melemah, parestasi, oliguria, batuk, kulit pucat 3. Monitor keluhan nyeri dada (mis. insulasi, balok dada, radang, parestasi, yang menyempit, nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tanda/gejala perifer dari penurunan curah jantung 2. Untuk mengetahui tanda/gejala sekunder dari penurunan curah jantung 3. Untuk mengetahui keluhan dengan 4. Untuk mengetahui keluhan nyeri dada 	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn. U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siager
 No. MR : 008826 - 21

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Pemunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3.	4 Januari 2024	Gangguan Pola Tidur p.d. Kurang Kontrol Tidak Teratur	Selain di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur meningkat dengan tidak terganggu dengan	T: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebetawa atau posisi nyaman 2. Anjurkan beraktivitas pagi sesuai toleransi 3. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap K: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian Obat Antikolinergik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menghibur pasien agar pasien mendapatkan posisi yang nyaman 2. Untuk mengonjarkan beraktivitas sesuai toleransi 3. Untuk mengonjarkan beraktivitas fisik secara bertahap 4. Berkolaborasi pemberian obat 	<i>[Signature]</i>
					<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menghibur pola aktivitas agar tidur pasien 2. Untuk menghibur faktor pengganggu tidur 	<i>[Signature]</i>

Tetap

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien

: Tn. U

Dx. Medis

: CHF

Ruang

: Siga

No. MR


: 008826-21

No Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
		<p>Kritas hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelelahan sedikit Tidak memuncak 2. Kelelahan sedang tercapai menurun 3. Kelelahan tidak ada 4. Kelelahan pada Toleransi berubah menjadi 5. Kelelahan Bermanfaat 6. Tidak Cukup menurun 	<p>T:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rasionalisasi menginformasikan Status Sebelum dan Sesudah (mis. memonitorasi, musik). 2. Modifikasi lingkungan yang tenang dan nyaman 3. Disksusikan dengan Klien dan keluarga tentang teknik tidur klien. 4. Hindari penempatan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan pentingnya tidur sebagai faktor 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk menjadi lebih baik menginformasikan Status sebelum dan sesudah 4. Untuk memodifikasi lingkungan yang tenang dan nyaman 5. Berdiskusi tentang teknik tidur klien 6. Untuk menghindari penempatan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri 7. Menjelaskan penting nya tidur selama sakit 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 0088.26-21

Nama Klien :
 Dx. Medis :
 Ruang :
 No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	09 Januari 2024	- D. 0077 O - D. 0008 - D. 0055	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung meliputi dispnea, kelelahan, edema - Mengidentifikasi tanda/ gejala sekunder penurunan curah jantung meliputi vertigo, batuk, kulit pucat - Memantau saturasi O₂ - Memantau TV 	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri lebih hebat sebelumnya, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 2-3 menit - Pasien mengatakan sulit untuk tidur - Pasien mengatakan tidak dapat beraktivitas karena penyesuaian dan tidak mampu berjalan ataupun beraktivitas - Pasien mengatakan tidur hanya 2-3 jam setiap malam - Pasien mengatakan sering terjaga karena nyeri pada dada <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengisir - Pasien tampak gelisah 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siqet
 No. MR : 0088.26-21

No	Tanggal	No. Dx. Keper	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi pada aktivitas dan tidur pasien - Mengidentifikasi faktor penguat tidur <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membran timbit nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan posisi pasien dengan sen fasler / fasler - Memfasilitasi istirahat dan tidur - Memasudifesi lingkungan yang tenang dan nyaman - Mengajarkan kemampuan pasien yang dapat meningkatkan tidur 	<ul style="list-style-type: none"> - Kulit tampak pucat - Akral teraba hangat - Skala nyeri 8 - Terdengar bunyi jantung S₁ dan S₂ lemah yang distalis bunyi jantung S₃ Gallop - Hasil Pantolan menunjukkan pardiomegali - Ekstremitas tidak pias tidak - Tampak kelainan darah patitis meningkat - TD: 150/90 mmHg - N: 70 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36,8 °C - SPO₂: 98 % - Nadi pasien tampak tidak teratur. 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Sig. R
 No. MR : 008826-21

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			<p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Mengajukan beraktivitas fisik sesuai intoleransi - Menjelaskan pentingnya tidur sebanyak mungkin <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi pemberian obat anti piretik, acetaminophen 300 mg/6 jam/oral - Berkolaborasi pemberian obat anti anemia, Duponone 0.25 mg/24 jam/oral 	<p>Assesment:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri Akut - Perasaan Cemas Jantung - Gangguan Beraktivitas <p>Planning:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi faktor risiko, kardiovaskular, demam, infeksi, - Kelelahan, infeksi atau nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Memantau Tanda - Tanda Vital - Mengidentifikasi tanda / gejala primer penurunan Ciri-ciri Jantung - Mengidentifikasi tanda / gejala sekunder penurunan Ciri-ciri Jantung - Memantau Status nutrisi - Memantau Kelelahan Nyeri atau 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Sigga
 No. MR : 008826-21

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	5 Januari 2024	D.0077 D.0048 D.0059	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor etiologi, manifestasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi status nyeri - Mengetahui tanda-tanda vital - Mengidentifikasi kriteria/gada primer 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pola tidur dan keluar pasien - Mengidentifikasi faktor pemicu gangguan tidur - Berkolaborasi pemberian obat anti piretika, aspiin 300 mg / 6 jam / oral. - Berkolaborasi pemberian obat anti aritmia, Digoxin 0,25mg / oral / 24 jam <p>5. Pasien mengatakan nyeri pada daerah abdomen kiri inferior postabdominal - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 1-2 menit - Pasien mengatakan nyeri pada lambung karena berakut dan tidak mampu berjalan ataupun beraktivitas - Pasien mengatakan tidak hanya 4-5 jam</p>	<i>[Signature]</i>

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 008826-21

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda/gejala selanjutnya pasien Curah jantung - Merangsang keluhan nyeri dada - Mengidentifikasi pola tidur dan tidur pasien - Mengidentifikasi faktor perangsang tidur - Berkoordinasi pemberian obat anti hipertensi, aspirin 300 mg/ 6jam / ora - Berkoordinasi pemberian obat anti aritmia, Digoxin 0,25 mg/ 24 jam / ora 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah mulai tidak terganggu lagi karena nyeri pada dada - Pasien tampak sesekali menangis - Pasien tampak gelisah - Suhu normal - Tampak kelainan pada pemeriksaan umum - TD : 140/90 mmHg - N : 80 x/menit - RR : 20 x /menit - S : 36,8 °C - SpO₂ : 98 % - Nadi pasien tampak tidak teratur - Terdapat bunyi jantung S₁ dan S₂ lemah yang 	


FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Diger
 No. MR : 008826-21

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				<p>diteliti bunyi jantung 3x Gallop</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bulir timpalet tidak puas tidur - Pasien mampu menguap 2x sekali <p>Assesment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri Akut - Emunumun Curah Jantung - Gangguan Pola Tidur <p>Planning :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi Gejala, tanda klinis, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi Glasgow nyeri - Memori for tanda - tanda vital - Mengidentifikasi tanda / gejala primer pomanun Curah Jantung 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ta. U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 008826-21

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3.	6 Januari 2024	- D.0077 - D.0008 - D.0059	- Mengidentifikasi status, karak- teristik, etiologi, fisiologi, fe- sitas, intervensi nyeri - Mengidentifikasi status nyeri - Monitor tanda - tanda vital - Mengidentifikasi tanda / gejala primer penurunan O ₂ saturasi	- Mengidentifikasi tanda / gejala sekunder penurunan Curah jantung - Mengidentifikasi pola tidur - Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur - Berkolaborasi pemberian obat anti piretik, aspirin 300 mg / 6 jam / oral - Berkolaborasi pemberian obat antiaritmia, Digoxin 0,25mg / 24 jam / oral S:- Bioten mengatakan nyeri pada dada dengan skala nyeri Rt6 - Pasien mengatakan nyeri masih terasa sebetulnya dengan durasi 1-2 menit - Bioten mengatakan nyeri pada kakinya terasa bangkai dan tidak mampu berjalan namun bergerak - Pasien mengatakan tidak nyeri 5 - 6 jam Siga	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. V
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 008826-21

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				<p>- Pasien mengatakan masih terjaga setiap karena bangun.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih baik - Kulit pucat pasien tampak membaik - Skala nyeri 6 - Tempak pasien sedikit meningkat - TD: 130/90 mmHg - N: 80x/menit - RR: 20 x/menit - SpO₂: 93% - Tegang bunyi jantung S₁ dan S₂ lemah yang diikuti bunyi jantung S₃ Gallop - Pasien tampak merasa puas - Pasien tampak tidak puas 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Th.U
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 008826-21

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				Assesment : - Nyeri Naut - Batasan Curah Jantung - Gangguan Pola Tidur Planning : (Lanjutkan intervensi oleh perawat ruangan)	

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Sonia Prasetya Ginting
 NIM : 2114401089 Tgl Pengkajian : 04 Januari 2024
 Ruang rawat : Siger No. Register : 004696-20

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Tn. A
 2. Umur : 56 tahun
 3. Jenis kelamin : ♂ / P *
 4. Pendidikan : SMP
 5. Pekerjaan : Petani
 6. Tgl masuk RS : 04 Januari 2024 Waktu : 14.45 WIB
 7. Dx. Medis : CHF
 8. Alamat : Sialit Agung

B. RIWAYAT KESEHATAN

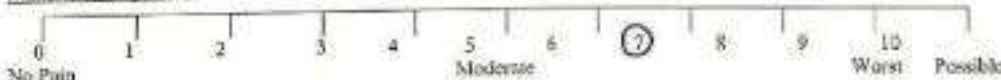
Cara Masuk : Melalui IGD () Melalui Poliklinik () Transfer ruangan _____
 Masuk ke Ruangan pada tanggal : 04 Januari 2024 Waktu : 14.45 WIB
 Diantar Oleh : () sendiri () Keluarga Petugas Kesehatan () Lainnya _____
 Masuk dengan menggunakan : () Berjalan Kursi Roda () Brankar () Kruk () Walker
 () Tripod () Lainnya, Jelaskan _____

Status Mental saat masuk : 05 Ketidaran : Composmentis
 () GCS : E 4 M 6 V 5

Tanda Vital Saat Masuk : TD 150/100 mmHg
 Nadi 75 x/menit () teratur Tidak teratur () Lemah () Kuat
 RR 25 x/menit () teratur Tidak teratur

Nyeri :

Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale

No Pain Mild Pain Moderate Severe Very Severe Worst Possible

Wong & Baker Faces Rating Scale

Status Lokalis :

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis di samping :

- C – Contusion
- L – Lacerations
- R – Rashies
- 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	PENGAJIAN	SKALA	NILAI	KET
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	0
		Ya	25	
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	15
		Ya	15	
3	Alat Bantu Jalan			0
	a. Bedrest dibantu perawat		0	
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15	
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		20	
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20
		Ya	20	
5	Gaya berjalan / pindah			10
	a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri		0	
	b. Lemah tidak bertenaga		10	
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / discret)		20	
6	Status Mental			0
	a. Soder penuh		0	
	b. Keterbatasan daya ingat		15	
JUMLAH SKOR			45	Kuning (Risiko)

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar
2. Risiko , lakukan tindakan pencegahan jatuh

SKOR	A KODE
0 - 24	HIAU
>25	KUNING

1. Keluhan utama saat pengkajian : nyeri dicada sebelah kiri

3. Riwayat penyakit sebelumnya:

Bekasawat di kelas I tanggal 04 Januari - 2024 pada jam 14.50, pernah mengalami nyeri mual saat sakit begini dan tidak saat beraktivitas, namun seperti biasanya - tidak nyeri pada dada. Setelah kira-kira 1 jam ke kemudian keadaan baik, tidak nyeri, posisi terkapah meringas, nyeri mual sudah mereda, dan dapat beraktivitas selama 4-5 menit. Saat dilakukan pemeriksaan TD: 150/100 mmHg, N: 90 x/menit, Suhu: 36,8 °C, SPO2: 99%, Terpasang nasus koral 4 liter.

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll)

Berteri tidak alergi yg diketahui

4. Daftar obat/herbal yang sedang digunakan sebelum masuk RS:

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	MASER DIGUNAKAN/TIDAK

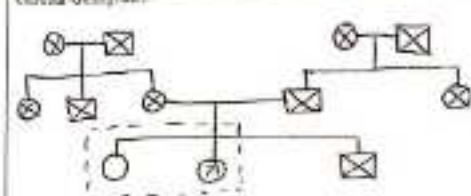
3. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang

CITP

3. Riwayat penyakit keluarga: Pasien mengatakan tidak ada yang mengalami penyakit seperti ini

Daftar program bila diperlukan yang berhubungan dengan penyakit

Gejala Gejalanya:



Keterangan Gejalanya:

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- X : Meninggal
- ⚭ : Pasiran
- ⊙ : Krogol Sewasih

C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

Peta Akademi Kesehatan - Peta Puncak Kesehatan

◆ Koneksi Kesehatan Utama Klien

- Tidak Sakit Tidak ada keluhan Tidak ada keluhan
- Tidak Sakit Baru

◆ Upaya yang pernah dilakukan pasien kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk berobat ke pelayanan kesehatan)

Upaya yang pernah dilakukan/status kesehatan biasanya pasien melakukan obrolan ke teman-teman, laki-laki, pasien juga sudah tidak melakukan aktivitas berat

A. Kategori Fisiologis

A.1. Respirasi

- Dyspneu Ortoreneu PND*
 Batuk efektif Batuk tidak efektif Batuk malam hari

A.2. Sirkulasi

- Palpitasi Parasthesia
 Claudikasio intermitten

A.3. Nutrisi & Cairan

- Cepat kenyang setelah makan Kram Abdomen
 Nafsu makan menurun Mual
 Tidak ada feses Merasa lemah Merasa haus
 Keinginan minum meningkat Menyatakan keinginan untuk meningkatkan keseimbangan Cairan
 Mengekspresikan pengetahuan tentang pilihan makanan dan cairan yang sehat
 Menjalani diet standar tertentu, sebutkan _____
 Mudah mengantuk Lelah Lelah
 Lesu Mengeluh lapar Mudah lapar
 Mulut kering Muntah

A.3. Eliminasi

- Urgensi Onibling Sering buang air kecil
 Nokturia Nokturia lebih dari 2 kali sepanjang tidur
 Hesitansi Disuria Kandung kemih terasa tegang
 Keluar urin konstan tanpa distensi Sulit/tidak bisa b.a.k.
 Mengompol Enuresis Berkemih tanpa sadar
saat _____
 Perasaan tidak puas setelah b.a.k. terasa panas saat b.a.k.
 Perubahan warna urine, yaitu _____ Mampu mengosongkan kandung kemih lengkap
 Tidak mengalami sensasi berkemih
 Mengeluh urine keluar <50 ml saat berdiri/batuk/bersin/tertawa/berlari/mengangkat benda yang berat
 Keinginan berkemih yang kuat disertai dengan inkontinensia
 Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin
 Tidak mampu mengontrol pengeluaran feses tidak mampu menunda defekasi
 Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
 Pengekuaran feses lama dan sulit Feses keras

Pengeluaran feses lama dan sulit

Peristaltik usus menurun

A.4. Aktivitas dan Istirahat

Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Nyeri saat bergerak

Enggan melakukan pergerakan

Cemasan saat bergerak

Merasa kaku sendi

Gerakan tidak terkoordinasi

Mengeluh sulit tidur

Mengeluh sering terbangun/terjaga

Mengeluh tidak puas tidur

Mengeluh pola tidur berubah

Mengeluh istirahat tidak cukup

Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Tidak puas setelah/ saat aktivitas

Merasa lemah

Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

Mengeluh lelah

Merasa tenaga tidak pulih walaupun telah tidur

Merasa kurang tenaga

Tidak menggunakan obat tidur

Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur

Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur

A.4. Neurosensori

Sakit kepala

Nyeri dada

Pandangan Kabur

Kongesti Nasal

Parastesia

Kongesti Konjungtiva

Menggigil

Mudah lupa

Sulit mempelajari keterampilan baru

tidak mampu mengingat informasi faktual

tidak mampu mengingat perilaku tertentu yg pernah dilakukan

lupa melakukan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan

Mengeluh sulit menelan

Batuk sebelum menelan

Batuk setelah makan atau minum

Tersedak

Makanan tertinggal di rongga mulut

Sulit mengunyah

Refluks nasal

Muntah sebelum menelan

makanan mendorong keluar dari mulut

Makanan jatuh dari mulut

tidak mau makan/mendak makan

Makanan tidak dihabiskan

Muntah disertai mual

mudah tanpa mual

A.4. Reproduksi & Seksualitas

aktivitas seksual berubah

eksitasi seksual berubah

Hubungan seksual tidak memuaskan

peran seksual berubah

Fungsi seksual berubah

hasrat seksual menurun

Dispareunia

hubungan seksual terbatas

tertarik pada pasangan berubah

Hubungan seksual terbatas

Mencari informasi tentang kemampuan mencapai kepuasan seksual

- Sulit melakukan aktivitas seksual
 Mengungkapkan perilaku seksual berubah
 Mengungkapkan hubungan dengan pasangan berubah
 Aktivitas seksual berubah
 Orientasi seksual berubah

B. Psikologis

B.1. Nyeri dan Ketidaknyamanan

- Mengeluh tidak nyaman
 Tidak mampu rileks
 Merasa gatal
 mengeluh kedinginan / kepanasan
 menintri
 menangis

C. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum :

- Tampak sakit berat
 Tampak sakit ringan
 Tampak sakit sedang
 Sehat dan Bugar

2. Kesadaran (Komposmentis - Koma) : Composmentis

3. Glasgow Coma Scale (GCS) : E 4 M 6 V 5

4. Vital Sign : Tekanan Darah : 180/100 mmHg

Nadi : 90 x/menit reguler teratur kuat/sedang/lemah

Respirasi : 35 x/menit normal/kusmaul/cheynestokus/Biot

5. Integumen : () Iktirik () Edema Anarsaka () Diaporesis () Pucat () Cyanosis

6. Kepala & Leher

Wajah : Simetris

Hidung : bersih, tidak terdapat polip

Mata : Simetris, anemisis, pupil normal

Bibir & Mukosa Mulut : tampak kering

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

Jugular Vein Pressure (JVP) : normal, tidak terdapat polip vena jugularis

7. Thorax (Jantung & Paru-paru)

Jantung

Inspeksi : Normal, tidak ada edema, tidak ada pembesaran JVP

Palpasi : terdapat nyeri tekan pada area dada sebelah kiri, dengan skala 7.

Perkusi : Relak, terdapat pembesaran pada jantung

Auskultasi : Suara jantung terdengar cepot, kuat dan tidak lemah, terdapat bunyi S₃ Gallop

Paru-Paru :

Inspeksi : Simetris, tidak ada retraksi dada, pernapasan normal, RR : 25 x/mnt

Palpasi : terdapat nyeri tekan pada dada sebelah kiri, dengan skala 7

Perkusi : Sorot, tidak ada paru

Auskultasi : Suara napas vesikuler

8. Abdomen

Inspeksi : tidak terdapat lesi

Auskultasi : bingus usus 8 x/menit

Palpasi : terdapat nyeri tekan

Perkusi : Timpani

9. Genitalia & Rectum : bersih tidak terpasang kateter

8. Kecepatan otot :

5555	5555
5555	4444

9. Pemeriksaan Klaus :
a. Neurologi

Sensorik : Sensorik kanan & kiri terdapat rangsangannya.

Motorik : pasien mampu bergerak diseluruh anggota gerak

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan _____ kiri _____ Tricep : kanan _____ kiri _____

Tendo Achiles : kanan _____ kiri _____ Abdomen : _____

Reflek Patologis dan rangsang meningeal :

Babinsky : kanan + kiri + Brudzinsky I : +

Brudzinsky II : + Chaddock : + Hoffman Tumor : +

Laseque : + Kaku Kuduk : + ses.

12 Syaraf Kranial : (NI - NXII) :

(I) ada, (II) ada, (III) ada, (IV) ada, (V) ada, (VI) ada, (VII) ada, (VIII) ada,
(IX) ada, (X) ada, (XI) ada, (XII) ada

** Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

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

- Monofilamen : Kanan _____
Kiri _____

- Ulkus DM : Lokasi _____

Gambarkan status lokal ulkus:

P : Peripheral _____ E : Extend or Size : _____

D : Depth or Tissue Loss : _____ I : Infection and Sensation : _____

S : Severe : _____

** Lain-Lain (Isiakan Data lainnya Yg tidak terakomodir dalam format diatas) :

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG DIAGNOSTIK

(Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll) bila diperlukan hasil dalam bentuk daftar / table hasil pemeriksaan yg relevan dgn permasalahan kasus yg ada (jika hasil pemeriksaan)

Lab (04/11/2024)

Leukosit : 7,42
 Eritrosit : 4,27
 Hemoglobin : 12,8
 Hematokrit : 37,0
 HCV : 86,6
 HCH : 29,9
 Trombosit : 209
 MPV : 9,6
 PDW : 14,6
 RDW-CV : 12,1
 RDW-SD : 49,6
 PCT : 0,200
 Netrofil : 78,0
 Limfosit : 18,4
 Monosit : 4,6
 Eosinofil% : 1,8

RasioHpi% : 4,3
 HpiHpi# : 5,19
 Limfosit# : 1,44
 Monosit : 191,7
 Neutro : 4,3
 Chikands : 307,1
 GPS : 132
 Ugram : 96
 Creatinin : 2,4

- Berdasarkan hasil rontgen Thorax yang dibuktikan tanggal 9/11/2024, pasien mengalami Kardiomegali
- EKG : Pada tanggal 04/11/2024 dibuktikan pemeriksaan EKG didapatkan bahwa inferior Kanan mengalami disosiasi hipertrop / asemi.

F. DAFTAR TERAPI (OBAT, CAIRAN, dll)

NAMA	DOSES RUTE PEMBERIAN	MUJAL PEMBERIAN	INDIKASI (Mati DCI)	EFEK SAMPING (Mati DCI)
IVFD NaCl 0,9%	NaCl 0,9% / IV	24 jam	Mati sirkulasi darah	Diare, hipotensi, mabok
Furosemide	50mg / IV	12 jam	menurunkan tekanan darah	hipotensi
Captopril	25mg / oral	3x1	menurunkan tekanan darah	farm, pruritus, ortostat
Bicard	500mg / oral	3x1	mati dengan sirkulasi & sakit kepala	Sakit kepala, mual, muntah, diare, sakit otot
Lansoprazole	30mg / IV	1x1	menurunkan asam lambung	
Ceftriaxone	1g / IV	12 jam	antibiotik	Sakit kepala, muntah, diare
ISDN	5mg / oral	3x1	ultramempes pembuluh darah	Pusing, mual, sakit kepala
Sulmofast	1g / oral	3x1	obat anti nyeri lokal	diare, sakit otot, mual, muntah
Aspirin	300mg / oral	6 jam	menurunkan inflamasi	gastrointestinal, tidak boleh jika H. Lambung

SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : **Tb. A**

Jenis Kelamin : **P**

No. Register : **05-16-36-20** Tanggal Pemilaian Risiko : **9/1/2024**

PARAMETER	TENDAS				SKOR
Persepsi Sensor	1. Tidak memantapkan respon terhadap nyeri, menaruh kesedihan	2. Gerakan sensor pada bagian yg permulaan tidak ada berya berya pd area yg sakit, dik. dgn memantapkan kembali kenyamanan	3. Gerakan sensor pada 1 atau 2 ekstremitas atau bagian pd permulaan seluruh pd dik. selaku mampu mengaitkan ketidaknyamanan	4. Tidak ada gambaran awal, kesepan penuh terhadap perilaku verbal	4
Kekontinuhan	1. Seldom berespon oleh kebingung atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kering-ladang, lembab	4. Kulit kering	3
Aktivitas	1. Tidak dapat di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Bergalau pada jarak terbatas	4. Dapat berjalan sendiri	1
Mobilitas	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat memindah posisi secara tepat dan lembut	3. Dapat memindah posisi diam/ditangan mandiri	4. Dapat memindah posisi tanpa tangan bantuan	3
Nutrisi	1. Tidak dapat menghisap 1/3 porsi makannya, sedikit minum, praksi atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jantung mampu menghisapkan 1/3 porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimal	3. Mampu menghisap lebih dari 1/3 porsi makannya	4. Dapat menghisap dan porsi makannya, tidak memerlukan replamenasi nutrisi	5
Cairan	1. Tidak mampu menghisap beberapa sedikit, atau sedikit, krameter atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal menghisap makannya	3. Dapat beresap bebas tanpa gosah		3
					17 (tentative)

Didaptir dari Braden & Bergdon (1983), ABCPR (2008)

Skor : 15 - 18 berisiko, 13 - 14 risiko sedang, 10 - 12 risiko sangat mgd

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Tn. A
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siga
 No. MR : 004696-20

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1	04 Januari 2024 14.57	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri menyebar ke abdomen - Pasien mengatakan nyeri seperti dihisuk - hisuk, dan dapat berlangsung sekitar 4-5 menit - Pasien mengatakan sulit untuk tidur <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kering - Pasien tampak gelisah - Skala nyeri 7 - TD: 150/100 mmHg - N: 90 x/menit - RR: 25 x/menit - S: 36,8 °C - SpO₂: 98% - Terpasang nasal kanul 4 Liter 	Nyeri Akut	Agen pencedera fisiologis

2.	4 Januari 2024 15.10	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri - Pasien mengatakan sudah lelah saat beraktivitas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit Pasien tampak pucat - Akral terasa hangat - Tekanan darah meningkat : 130/90 mmHg - N: 90 x/menit, Nadi tidak teratur - Terdengar bunyi jantung S₁ dan S₂ lemah yang diikuti bunyi jantung S₃ Gallop - Hasil Rontgen menunjukkan kardiomegali 	Rumunan Curah Jantung	Perubahan Frekuensi Jantung
3.	4 Januari 2024 15.20	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk tidur - Pasien mengatakan tidur hanya 3-4 jam saja - Pasien mengatakan sering terjaga karena nyeri pada dadanya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak puas - Pasien tampak mengantuk - Pasien tampak pucat - TD: 150/100 mmHg - N: 90 x/menit - RR: 25 x/menit - S: 36,8 °C - SpO₂: 99% - Terpasang nasal kanul 4 Liter 	Gangguan Pola Tidur	Kurang Kontrol Tidur

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn. A
Dx. Medis : CHF
Ruang : Siger
No. MR : 004696-20

HARI KE-1 : Tanggal 4 Januari 2024

1. Nyeri Akut b.d. Agen Reseptor Fisiologis
2. Perawatan Curah Jantung b.d. Perubahan Frekuensi Jantung
3. Gangguan Pola Tidur b.d. Kurang Kontrol Tidur
- 4.

HARI KE-2 : Tanggal 5 Januari 2024

1. Nyeri Akut b.d. Agen Pencacera Fisiologis
2. Perawatan Curah Jantung b.d. Perubahan Frekuensi Jantung
3. Gangguan Pola Tidur b.d. Kurang Kontrol Tidur
- 4.


HARI KE-3 : Tanggal 6 Januari 2024

1. Nyeri Akut b.d. Agen Pencacera Fisiologis
2. Perawatan Curah Jantung b.d. Perubahan Frekuensi Jantung
3. Gangguan Pola Tidur b.d. Kurang Kontrol Tidur
- 4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tm.P
 CHF
 Siger
 004636-20

Nama Klien
 Dx. Medis
 Ruang
 No. MR

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.	04 Januari 2024	Nyeri Akut b.d. Agni Rencadara Fisiologi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Perilaku nyeri berkurang dengan skala nyeri 2-3 dan menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 2. Nyeri berkurang dengan pemberian obat analgesik 3. Mengisi minuman 4. Gefade nyaman 5. TTV dalam batas Normal	O: 1. Identifikasi lokasi, karakter, frekuensi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, iritasi skala nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Monitor Tanda - Tanda Vital T: 1. Berikan teknik relaksasi biologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitas istirahat dan tidur E: 1. Jelaskan penyebab, patofisi, dan pemicu nyeri	1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Untuk memonitor tanda - tanda vital 4. Untuk memberikan ilmu farmakologi Untuk mengurangi rasa nyeri 6. Untuk memfasilitasi istirahat dan tidur 6. Untuk menjelaskan	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn A
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 074696 - 20

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2	09 Januari 2024	<p>penurunan GCS jahung b.d. Perubahan frekuensi jahung</p> <p>Setelah dilakukan observasi keperawatan selama 3 x 24 jam di dapatkan GCS jahung kembali dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terangsang 2. Tidak kardiomegali 3. Suhu jahung ≤ 37.3 derajat Celsius 4. Tekanan darah normal 	<p>K:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi (Aspirin 300 mg/6 jam/oral) <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan GCS jahung (disipnea, berdehem) 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan GCS jahung (rahis halsu, buluk, baki purat) 3. Monitor status oksigen 4. Monitor volume input dan output 	<p>penyakit, periode dan primula nyeri</p> <p>7. Berkolaborasi di pemberian obat</p>	<p>1. Untuk mengatasi tanda/gejala primer penurunan GCS jahung</p> <p>2. Untuk mengetahui tanda/gejala sekunder penurunan GCS jahung</p> <p>3. Untuk memonitor for saturasi oksigen</p> <p>4. Untuk memonitor keluhan</p>	<p><i>[Signature]</i></p>

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn. A
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 004696 - 20

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
			<ol style="list-style-type: none"> 1. kebutuhan sulit tidur menurun 2. kebutuhan sering terjaga 3. kebutuhan tidak puas tidur menurun 4. kebutuhan pada tidur berubah menurun 5. kebutuhan istirahat tidak cukup menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. O_2 Terjalin meningkatkan stress sebelum tidur (ms) meningkatkan istirahat 2. Modifikasi lingkungan yang tenang dan nyaman 3. Dilakukan dengan klien dan keluarga tentang teknik tidur lalin 4. Hindari penerapian pada pasien yang dapat meningkatkan nyeri <p>E:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur 2. Sambil tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Ankle mengaktifkan ulna meningkatkan stress sebelum tidur 4. D.O.M. memodifikasi lingkungan yang tenang dan nyaman 5. Berdiskusi tentang teknik tidur lalin 6. Untuk memelihara perhatian pasien yg dapat meningkatkan istirahat 7. Jelaskan pentingnya tidur selama sakit. 	

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn. A
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 004696 - 2D

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3	4 Januari 2024	Gangguan Pola Tidur b.d Kurang kontrol Tidur	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 20 menit diharapkan Pola Tidur kembali dengan kriteria hasil:	<p>5. lakukan reed' perfo Minuman</p> <p>(mis. teh manis, lemon, jeruk) yang mengandung T. D. Posisi pasien semi Fowler / Fowler dengan kaki fleksi / posisi nyaman</p> <p>E. D. Anjuran beraktivitas ringan & jalan keluar</p> <p>D. Anjuran beraktivitas jika sudah beristirahat</p> <p>K. D. Pembacaan obat Anti aritmia (Captopril 12 x 1 / 24 jam)</p> <p>O.</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur pasien</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</p>	<p>reper: dada</p> <p>6. Untuk mengantar pesan / pesan agar pasien mengetahui dan posisi yang nyaman</p> <p>6. Untuk melanjutkan terapi-aktivitas dengan istirahat</p> <p>7. Untuk melanjutkan beraktivitas dengan beristirahat</p> <p>8. Berusaha beraktivitas jika memungkinkan</p> <p>9. Untuk anti aritmia.</p>	<p>1. Untuk mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien</p> <p>2. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur</p>

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. A
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Gigi
 No. MR : 004696 - 20

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1	Kam. 04 Januari 2024	- D.0077 - D.0008 - D.0055	0 - Mendiskusikan kelas, kualitas, tdk, durasi, frekuensi, keefektifan intervensi pada - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi tanda/gejala paku pernafasan akut - takipnea, dispnoia, icterik, edema - Mengidentifikasi tanda/gejala seluler paru-paru akut - Mengidentifikasi tanda-gejala Vital - Memantau ketidakhadiran	Subjektif : - Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri maupun ke abdomen, Pasien mengatakan nyeri sudah dituliskan sesuai dengan dosis 4-5 menit - Pasien mengatakan merasa lebih santai beraktivitas - Pasien mengatakan sulit untuk tidur - Pasien mengatakan tidak banyak - Pasien mengatakan sering terjerat karena nyeri pada dada nya Objektif : - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah - Skala nyeri 7	<i>[Signature]</i>

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. A
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 004696-20

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			<p>(Interaksi, lokasi, durasi, prosedur yang dikerjakan, jenis)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengambil vital pada admission dan follow pasien - Mengidentifikasi faktor penyebab <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendiskusikan tindakan farmakologis untuk penanganan: tuba nyeri dengan cara mengatur posisi pasien dengan semi Fowler / Fowler - Mengidentifikasi kebutuhan dan kebutuhan - Memenuhi kebutuhan lingkungan yang 	<ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien tampak pucat - Akral teraba hangat - Terdengar bunyi jantung S₁ dan S₂ lemah yang diikuti oleh bunyi gallop S₃ Gallop - Hasil pengisian menunjukkan kardiomegali - Pasien tampak tidak puas tidur - Fisik tampak: menipis - TD: 160/100 mmHg - N: 75 x/menit - PR: 25 x/menit - S: 56, 8°C - SPO₂: 99% - Terlepas darah pasien meningkat - Hasil pasien lebih tenang - Topologi Naal Lemul 4 Liter 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. A
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 004696-20

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			<p>terang dan ingatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menhindari infeksi saluran pernapasan pada pasien yang dapat meningkatkan nyeri <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengadopsi penyebab, pencegahan dan pemenuhan hygien - Menggunakan beraktivitas fisik sesuai toleransi - Menjelaskan pentingnya diet Soft diet <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkepatuhan pemberian obat aspirin 75mg, aspirin 320mg / 6-jam / oral - Berkepatuhan pemberian obat antikoagulan, Captopril 25mg / 3x1 / oral 	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri Abut - Penurunan Gairah Jantung - Gangguan Pola Tidur <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Memonitor tanda-tanda vital - Mengidentifikasi tanda / gejala primer penurunan Curah Jantung - Mengidentifikasi tanda / gejala sekunder penurunan Curah Jantung - Memonitor keluhan nyeri dada 	

FORMAT CATATAN PERKEMBARANGAN

Nama Klien : Tn. A
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 004696-20

No	Tanggal	No. Dx. Kap	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2	5 Januari 2024	<ul style="list-style-type: none"> D.0077 D.0068 D.0055 	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi keluhan, lamun/SH, dan ketidaknyamanan, intuisi, dan Mengidentifikasi skala nyeri Membaca tanda-tanda vital Mengidentifikasi tanda/grade Memberikan curah jantung Mengidentifikasi tanda/grade Membaca parameter curah jantung 	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi pola tidur dan aktivitas pasien Mengidentifikasi faktor pemicu nyeri Evaluasi pemberian obat dekupresif aspirin 300mg/6 jam/oral Dokumentasi pemberian obat aritmia, Captopril 25mg/3x1/oral Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri menjalar kebetulan, nyeri seperti ditusuk-tusuk Pasien mengatakan nyeri sudah mulai memeda dengan diam di tempat 2-3 menit Pasien mengatakan sudah lebih baik saat bernafas atas Pasien mengatakan saat istirahat sudah mulai merasa Pasien mengatakan saat istirahat sudah mulai merasa Pasien mengatakan tidur tercap 5-6 jam saja Pasien mengatakan sudah mulai lebih tenang karena nyeri pada dada 	

FORMULIR CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. A
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 004696-20

No	Tanggal	Tlo. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
			<ul style="list-style-type: none"> - Memantau keluhan nyeri dada - Memantau status pola tidur dan aktivitas pasien - Mengajarkan pasien faktor pencegahan tidak - Berkoordinasi pemberian obat antiplatelet, aspirin 300 mg/6 jam oral - Berkoordinasi pemberian obat antiaritmia, Captopril 25 mg / 3 x / oral 	<p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sedikit meningkat - Pasien tampak gelisah - Suhu tubuh 36 - TD 130/90 mmHg - N: 75 x/menit, iradi tidak teratur - RR: 24 x/menit - SpO₂: 98% - Terpasang nasal kanul 4 Liter - Kulit pucat pasien tampak memucat - Berat badan pasien : 130/90 - Keluaran cairan merah : 50 cc - Terdapat bunyi jantung S₁ dan S₂ lemah yang diidentifikasi dengan jantung S₃ Gallop - Pasien tampak mengembale - Beres tampak tidak puas tidak 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. A
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 004696-20

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Resp-on dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				<p>Assesment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri Akut - Perburuan Cegah Jantung - Gangguan Pola Tidur <p>Planning :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi Solusi, kardiologi, dietasi, frekuensi, kualitatif, intensitas ringan - Mengidentifikasi status nyeri - Memonitor formula - tanda vital - Mengidentifikasi tanda / gejala primer penurunan Cegah Jantung - Mengidentifikasi tanda / gejala sekunder penurunan Cegah Jantung - Mengidentifikasi faktor pemicu gangguan tidur 	

FORMAT CATATAN PENKEMBANGAN

Tn. A
 CHF
 Siger
 004896-20

Name klien
 Dx. Medis
 Ruang
 No. MR

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3	6 Januari 2021	D.0017 D.0008 D.0095	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Menentukan penyebab nyeri Mengidentifikasi tanda/gejala primer perawatannya Curah jantung Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder perawatannya Curah Jantung 	<ul style="list-style-type: none"> Berkelebaran pemberian obat pembesaran otot antipiretik, aspirin 300 mg / 6 jam / oral Berkelebaran pemberian obat antiinflamasi, Captopril 25 mg / 3x / oral <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada daerah dada lebih sering Pasien mengatakan ngal susah tenang saat istirahat durasi 1-2 menit Pasien mengatakan sudah mulai tidak tercapai Pasien mengatakan sudah mulai tidak tercapai Pasien mengatakan sudah mulai tidak tercapai Pasien mengatakan sudah mulai tidak tercapai <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak Siger 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. A
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 004696-20

Nama Klien :
 Dx. Medis :
 Ruang :
 No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
				<ul style="list-style-type: none"> - tampak pasien sebetulnya meningkat - Skala nyeri 5 - TD : 120/90 mmHg - N : 80 x/menit - RR : 23 x/menit - S : 36,8 °C - SPO₂ : 99% - Terdengar bunyi jantung S₁ dan S₂ lemah yang diulangi bunyi jantung S₃ Gallop - Tampak bates berang pias klar beruang - Terpasang hasil awal 4 Liter 	

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Name Klien : T. A.
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 004696-20

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Peref
				Assessment : - Nyctri Alut - Anoreksia Cerech Jantung - Gangguan Pola Tidur Planning : (lanjutkan intervensi oleh perawat ruangan)	

