

# **LAMPIRAN**

Lampiran 1: Surat Keterangan telah Melakukan Asuhan Keperawatan

	POLTEKES KEMENKES TANJUNGPINANG	KODE	:	
		TGL	:	
		REVISI	:	
		HALAMAN: 1 dari 1 Halaman		

**SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : ANINDYA DUTULITA

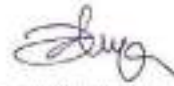
NIM : 200401005

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 20 s/d 26 bulan Februari tahun 2024 di Ruang Pelayanan

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

Bandar Lampung, Januari 2024

Mengetahui  
Perseptor/ CI Klinik



Lampiran 2: *Informed Consent* Pasien 1

	<b>POLTEKES KEMENKES TANJUNGPINANG</b>	KODE :	
	Formulir Informed Consent	TGL :	Senin, 1 Januari 2024
		REVISI :	
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman	

**INFORMED CONSENT**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Kadir  
Umur : 70 tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (\*coret yang tidak perlu)  
Alamat : Gedung Kesumadadi, kec. Bakari

Sebagai wakil keluarga dari pasien :


Nama : Nisam  
Umur : 70 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Gedung Kesumadadi, kec. Bakari

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, 3 Januari 2023

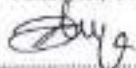
Mahasiswa Praktikum

  
Annisa Adhira

Keluarga Pasien

  
Nisam

Mengetahui  
Peresepor/ Klinik



Lampiran 3: *Informed Consent* Pasien 2

	<b>POLTEKES KEMENKES TANJUNGPURAN</b>	KODE :	
	Formalir Informed Consent	TGL :	Senin, 1 Januari 2024
		REVISI :	
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman	

**INFORMED CONSENT**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Supodiyō  
Umur : 65 tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (Note yang tidak perlu)  
Alamat : Way Jepara

Sebagai wakil keluarga dari pasien :


Nama : CHRISTINA SEPTI WA.  
Umur : 38 th  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Way Jepara

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, 3 Januari 2023

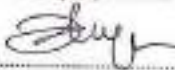
Mahasiswa Praktikum

  
Annisa Adala

Keluarga Pasien

  
CHRISTINA SEPTI

Mengetahui  
Peseptor/ CI Klinik



Lampiran 4: Persetujuan Judul Laporan Tugas Akhir

	<b>POLTEKKE S KEMENKES TANJUNGPINANG</b>	KODE :	
	<b>Formulir</b>	TGL :	
	<b>Masukan &amp; Perbaikan KT1 / Skripsi / LTA</b>	REVISI :	
		<b>HALAMAN : 1 dari 1 Halaman</b>	

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

Nama : Amia Addia  
NIM : 2114401055  
Prodi : DIII Keperawatan Tanjungpinang

Area/Topik yang diajukan:

Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) Di Ruang Penyakit Dalam B RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2024

Pembimbing utama




Ns. Yumari, S.S.IT., M.Kes  
NIP. 197704192002122002

Banda Lampung, 08 Februari 2024  
Pembimbing pendamping



Dwi Agustini, M.Kep., Sp.Kom.  
NIP. 197108111954022001

Lampiran 5: Lembar Bimbingan LTA Pembimbing Utama

	POLITEK TEKNIK KEMENDIKNAS RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Code	
	Formulir Perilaku LTA	Tanggal	
		Berisi	
		Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH LAPORAN TUGAS AKHIR  
PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Arissa Adelia

NIM : 2114401055

Pembimbing Utama : Ms. Yuni, S.S.IT., M.Kes.

Judul Tugas Akhir :

ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN DELEGENSI PADA PASIEN  
CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG PENYAKIT DALAM B RSUD  
JENDERAL AHMAD YANI KOTA METRO TANJUNGPINANG 2024


No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	10/10/2024	BAB I → Pembacaan Cara penulisan → penulisan	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>
2	12/10/2024	BAB 2 → Definisi yg kelainan	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>
3	15/10/2024	Paragraf BAB 1 & 2	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>
4	24/10/2024	BAB 3 → Selanjutnya rumus hitung	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>
5	25/10/2024	Konsep 1, 2, 3, 4, 5 tentang asuhan	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>
6	5/11/2024	BAB 4 → Pembacaan tentang penulisan tabel, grafik	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>
7	10/11/2024	Abstrak BAB 4 penulisan	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>
8	16/11/2024	Paragraf	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>
9	17/11/2024	bagian selanjutnya	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>
10	24/11/2024	paragraf di bagian selanjutnya	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>
11	30/11/2024	Paragraf yg → Evidensi	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>
12	6/12/2024	ACE akhir	<i>Yuni</i>	<i>Yuni</i>

Bandar Lampung, .....

Pembimbing Utama

*Yuni*  
 Ms. Yuni, S.S.IT., M.Kes  
 NIP. 197701192002122002

Lampiran 6: Lembar Bimbingan LTA Pembimbing Pendamping

	POLTEK TANJUNGPINANG KEMENDES RI FRODDI D II REFERAWATAN TANJUNG KARANG	Kode	
	Formulir Pendaftaran LTA	Tanggal	
		Revisi	
		Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN AKHIR  
PEMBIMBING PENDAMPING

Nama Mahasiswa : ANISA, Adelia  
 NIM : 204401055  
 Pembimbing Utama : Dwi Agustoni, S.Kep., Sp.Kom  
 Judul Tugas Akhir :

ASIHAN KEPERAWATAN GINJEKUM KUNYAMAN ORSIS ENKSI ENAB PAREN COLAGITIVE  
WAKIL DUKUN (CWE) DI RUMAH SAKIT DALAM R. RSUD JENDERAL NATALIO  
YAMA KOTA METRO TAHUN 2024

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	23/10/24	Konsultasi Program Judul	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	31/10/24	Perbaikan BAB I, Daftar isi, halaman	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	11/11/24	Perbaikan BAB I, Revisi isi bab	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	16/11/24	Perbaikan BAB E, Revisi isi bab, format, penulisan bahasa asing	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	21/11/24	Perbaikan BAB E, Revisi isi bab, untuk jawaban fisah dengan induk	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	23/11/24	Perbaikan BAB II, Revisi isi bab, spasi	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	27/11/24	Perbaikan BAB III, AOC tabel kecil, pembahasan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	18/12/24	Perbaikan BAB II kesimpulan dan perbaikan saran	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	1/1/2024	Perbaikan Daftar Pustaka, format Abstrak	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10	17/1/2024	AOC Mayu Sidang	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	21/1/2024	Perbaikan penulisan BAB IV pada tabel dirapikan lagi	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12	16/2/2024	AOC Cetak	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Bandar Lampung, ..... 15/2/2024  
 Pembimbing Utama

*[Signature]*  
 Dwi Agustoni, S.Kep., Sp.Kom  
 NIP. 197108111994022001













Lampiran 7: Lembar Masukan/Perbaikan

	<b>POLTERKES KEMENKES TANJUNGPINANG</b>	KODE :	
	<b>Formulir</b> <b>LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN</b>	TGL :	
		RIVISI :	
		<b>HALAMAN : 1 dari 1 Halaman</b>	

**LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN**

Nama Mahasiswa : Annisa Adelia  
 NIM : 2114401055  
 Prodi : D III Keperawatan Tanjungkarang  
 Tanggal : 22 April 2024  
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi pada Pasien *Congestive Heart Failure (CHF)* di Ruang Penyakit Dalam B RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2024

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Dosen
1.	22/04/24	<ul style="list-style-type: none"> <li>- obat oral belum 90%<sup>100%</sup>, Sejalan</li> <li>- Dx. Keperawatan ds. Rata penyung</li> <li>- Pt. ds CHF</li> <li>- Pembahasan status umum ds</li> <li>- Berikan / tindakan as</li> <li>- Data pengkaji ds secara ds Rata</li> <li>- Sejalan</li> <li>- Tindakan ds ds "Askep ds Pt CHF</li> <li>- ds yg. Kontrol O<sub>2</sub> "</li> <li>- GAB. 2 → Kes. O<sub>2</sub></li> <li>- Masalah utama ds kembali</li> <li>- &amp; menumbuh intervensi utama. peng</li> </ul>	        	        

Bandar Lampung, 22 April 2024

Ketua Penguji



Dr. Anita Bustani, Ns., M.Kep., Sp.Man.  
NIP. 1969021011992122001

Anggota Penguji I



Ibdi Agustiani, S. Kep., Sp.Kom.  
NIP. 197103111994022001

Anggota Penguji II



Ns. Yenni, S.N.F., M.Kes.  
NIP. 19730111200212



aa ne

# STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN  
KEBUTUHAN Oksigenasi AKIBAT PATOLOGI SISTEM Kardiovaskular  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS Congestive Heart Failure  
DI Ruang Penyakit Dalam B



Nama : Annisa Adella  
NIM : 2114401055

POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI  
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPINANG  
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGPINANG

# FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

## I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Annisa Adelin  
NIM : 2114101055 Tgl Pengkajian : 3 Januari 2024  
Ruang rawat : RPOB No. Register : 470907

## A. IDENTITAS KLIEN

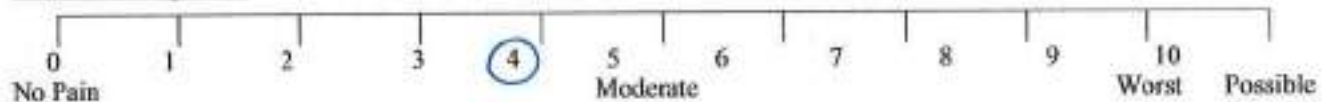
1. Nama : Tn.K  
2. Umur : 70 tahun  
3. Jenis kelamin : (L) / P \*  
4. Pendidikan : SD  
5. Pekerjaan : Petani  
6. Tgl masuk RS : 3 Januari 2024 Waktu 12.15 WIB  
7. Dx. Medis : Congestive Heart Failure (CHF)  
8. Alamat : Desa Kusumadadi, Kecamatan Bakern

## B. RIWAYAT KESEHATAN

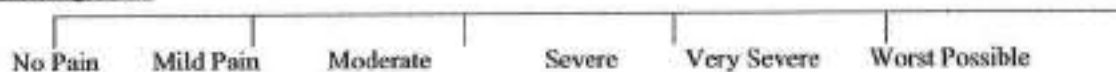
Cara Masuk :  Melalui IGD ( ) Melalui Poliklinik ( ) Transfer ruangan \_\_\_\_\_  
Masuk ke Ruangan pada tanggal : 3 Januari 2024 Waktu : 14.48 WIB  
Diantar Oleh : ( ) sendiri  Keluarga ( ) Petugas Kesehatan ( ) Lainnya \_\_\_\_\_  
Masuk dengan menggunakan : ( ) Berjalan  Kursi Roda ( ) Brankar ( ) Kruk ( ) Walker  
( ) Tripod ( ) Lainnya, Jelaskan \_\_\_\_\_  
Status Mental saat masuk : ( ) Kesadaran : Compos Mentis  
( ) GCS : E 4 M 6 V 5  
Tanda Vital Saat Masuk : TD 140/80 mmHg  
Nadi 118 x/menit ( ) teratur ( ) Tidak teratur ( ) Lemah ( ) Kuat  
RR 32,8 x/menit ( ) teratur ( ) Tidak teratur

Nyeri :

### Numeric Rating Scale



### Verbal Rating Scale



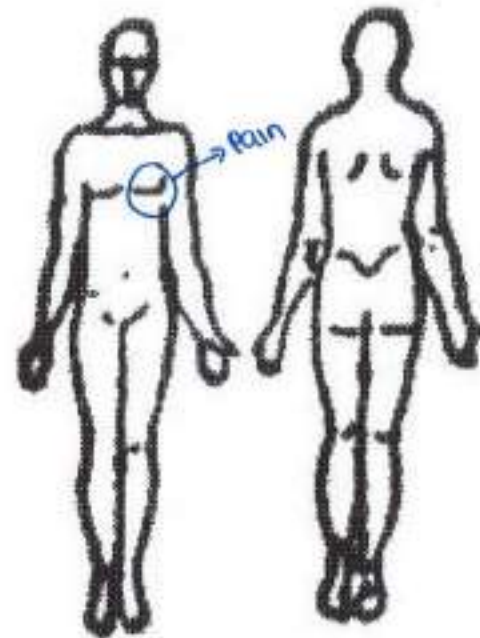
### Wong & Baker Faces Rating Scale



**Status Lokalis :**

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disamping :

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



Tinea Pedis: ...Ya ...Tidak  
 Jelaskan:

**Penilaian Risiko Jatuh**

NO	PENGKAJIAN	SKALA		NILAI	KET
		Tidak	Ya		
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	25	
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	0	
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan			30	
	a. Bedrest dibantu perawat		0		
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15		
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		30		
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	20	
		Ya	20		
5	Gaya berjalan / pindah			0	
	a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri		0		
	b. Lemah tidak bertenaga		10		
	c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)		20		
6	Status Mental			0	
	a. Sadar penuh		0		
	b. Keterbatasan daya ingat		15		
<b>JUMLAH SKOR</b>				<u>75</u>	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar	0 - 24	HIAU
2. Risiko , lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING ✓

1. Keluhan utama saat pengkajian : Pasien mengatakan sesak napas



2. Riwayat penyakit Sekarang :

Saat debutan pengkajian pada tanggal 3 Januari 2024 pukul 15.00 WIB, Pasien mengatakan sesak seperti tertimpa benda berat, sesak bertambah saat berjalan dan berkurang saat istirahat. Pasien mengatakan sesak terjadi terus menerus, keluhan disertai nyeri pada dada sebelah kiri dengan skala nyeri 4, tubuh terasa mudah lelah saat beraktivitas. Kulit pasien tampak pucat. Kesadaran pasien saat pengkajian compos mentis dengan tanda-tanda vital TD : 140/80 mmHg, N : 118 x/m, RR : 24 x/m, S : 36,8 °C, SpO2 : 97% terpasang O2 nasal kanal 4L

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : tidak ada

Bentuk reaksi alergi yg dialami : tidak ada

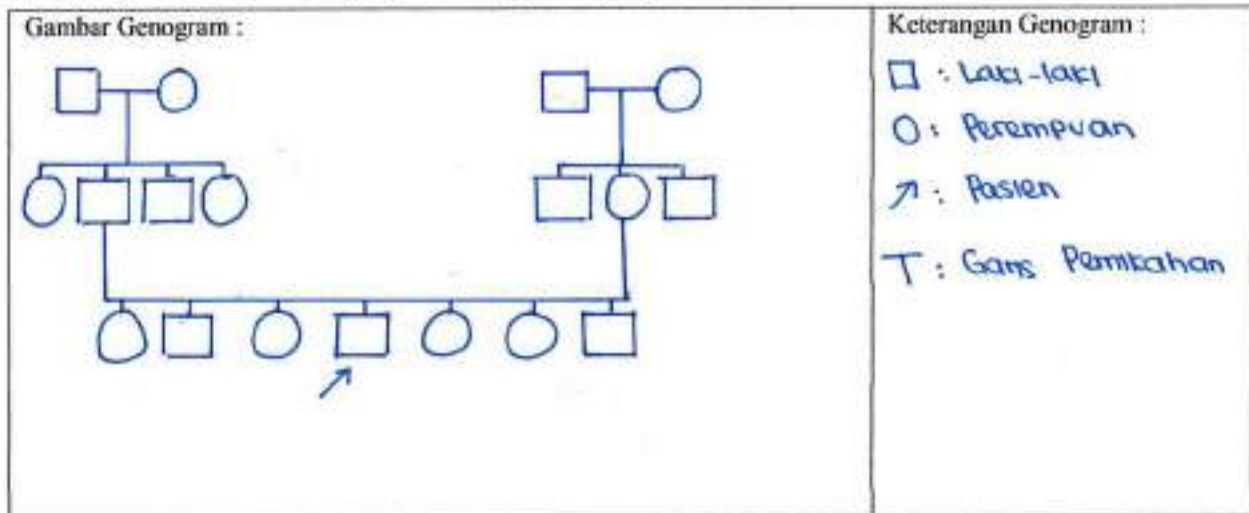
4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	MASIH DIGUNAKAN/TIDAK
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: Pasien mengatakan bulan 11 dirawat karena berdiagnosa CHF

6. Riwayat penyakit keluarga : tidak ada yang memiliki riwayat Penyakit hipertensi, diabetes dll.

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



### C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

#### Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

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

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk berhenti merokok & manajemen stress)

Pasien mengatakan sudah berhenti merokok sejak 5 tahun yang lalu

.....

.....

.....

Pengeluaran feses lama dan sulit

Peristaltik usus menurun

A.4. **Aktivitas dan Istirahat**

Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Nyeri saat bergerak

Enggan melakukan pergerakan

Cemas 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

Dispneu 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 ketrampilan 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 tertorong keluar dari mulut

Makanan jatuh dari mulut

tidak mau makan/menolak makan

Makanan tidak dihabiskan

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 Ketidaknyamanan

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

## C. Pemeriksaan Fisik

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

2. Kesadaran (Komasentis - Koma) : Compos mentis

3. Glasgow Coma Scale (GCS) : E 4 M 6 V 5      SpO2 : 97% terpasang O2 nasal kanul 4L

4. Vital Sign :      Tekanan Darah : 140/80 mmHg  
 Nadi : 140/80 x/menit      reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah  
 Respirasi : 26 x/menit      normal/kusmaul/cheynestokes/Biot

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

### 6. Kepala & Leher

Wajah : simetris, tidak ada lesi, tampak pucat      Hidung : bersih, tidak ada pembesaran polip, terlihat  
 Mata : simetris, konjungtiva anemis, sklera anikterik      Pemupasan cuping hidung  
 Bibir & Mukosa Mulut : mukosa bibir kering  
 Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid      Jugular Vein Pressure (JVP) : tidak ada pembesaran JVP

### 7. Thorax (Jantung & Paru-paru)

#### Jantung

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak terdapat lesi  
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan  
 Perkusi : ictus cordis teraba intercosta 4  
 Auskultasi : terdengar suara jantung S1 dan S2 yang diikuti suara jantung S3 gallop

#### Paru-Paru :

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak terdapat lesi, tampak pengurangan otot bantu napas  
 Palpasi : gerakan dinding dada simetris, vocal fremitus teraba sama kanan dan kiri  
 Perkusi : suara sonor di semua lapangan paru  
 Auskultasi : terdengar suara napas tambahan ronki

### 8. Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris dan tidak ada lesi  
 Auskultasi : bising usus teratur 15x/menit  
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada pembesaran limpa  
 Perkusi : tympani di kuadran 1,2,3,4

9. Genitalia & Rectum : tidak terpasang kateter



8. Kekuatan otot :

SSS	SSS
SSS	SSS

9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : kemampuan sensorik baik

Motorik : kemampuan motorik baik

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_ Tricep : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_

Tendo Achilles : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_ Abdomen : \_\_\_\_\_

Reflek Patologis dan rangsang meningeal :

Babinsky : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_ Brudzinsky I : \_\_\_\_\_

Brudzinsky II : \_\_\_\_\_ Chadok : \_\_\_\_\_ Hoffman Turner : \_\_\_\_\_

Laseque : \_\_\_\_\_ Kaku Kuduk : \_\_\_\_\_ sss

12 Syaraf Kranial : (N1 – NXII) :

---

---

---

---

\*\* Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brakhial 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) :







**SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN**

Nama Klien : **Tn.K**

Jenis Kelamin : **D/P**

No. Register : **470997**

Tanggal Penilaian Risiko : **3 Januari 2024**

PARAMETER	TEMUAN			SKOR
<b>Persepsi Sensori</b>	1. Tidak merasakan/respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hny berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt mengkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4 Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.
<b>Kelembaban</b>	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	3 4. Kulit kering
<b>Aktivitas</b>	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	3 4. Dapat berjalan sekitar Ruangan
<b>Mobilitas</b>	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi ekstremitas mandiri	4 4. Dapat merubah posisi tidur tanpa bantuan
<b>Nutrisi</b>	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	3 4. Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.
<b>Gesekan</b>	1. Tidak mampu mengangkat bedannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	2
	<b>SKOR</b>			<b>19</b>

Disopsi dari Braden & Bergstom (1998), AHCPR (2008) Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi

**DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA  
KEPERAWATAN**

Nama Klien : T.N. K .....  
Dx. Medis : CHF .....  
Ruang : RPOB .....  
No. MR : 470907 .....

**HARI KE-1 : Tanggal 3 Januari 2024** .....

1. Pola napas tidak efektif b.d. hambatan upaya napas .....
2. Penurunan curah jantung b.d. Perubahan afterload .....
3. Intoleransi aktivitas b.d. ketidakmampuan antara suplai dan kebutuhan oksigen .....
4. ....

**HARI KE-2 : Tanggal 4 Januari 2024** .....

1. Pola napas tidak efektif b.d. hambatan upaya napas .....
2. Penurunan curah jantung b.d. Perubahan afterload .....
3. Intoleransi aktivitas b.d. ketidakmampuan antara suplai dan kebutuhan oksigen .....
4. ....

**HARI KE-3 : Tanggal 5 Januari 2024** .....

1. Pola napas tidak efektif b.d. hambatan upaya napas .....
2. Penurunan curah jantung b.d. Perubahan afterload .....
3. Intoleransi aktivitas b.d. ketidakmampuan antara suplai dan kebutuhan oksigen .....
4. ....



### FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Tn.K  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : RPOB  
 No. MR : 470907

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1	3 Januari 2024 15.00 WIB	<p>DS : - Pasien mengatakan sesak seperti tertimpa benda berat, sesak bertambah saat bangun dan berkurang saat istirahat</p> <p>- Pasien mengatakan sesak terasa terus menerus disertai nyeri dada dengan skala nyeri 4</p> <p>DO : - terdapat penggunaan obat bantu napas</p> <p>- taksipnea</p> <p>- terlihat Pernafasan Cuping hidung</p> <p>- terdengar suara tambahan ronchi</p> <p>- TD : 140/80 mmHg</p> <p>- RR : 26 x/m      SpO2: 97% korpang</p> <p>- N : 118 x/m      O2 nasal kanul</p> <p>- S : 36,8°C      4L</p>	Pola napas tidak efektif	Hambatan Uraja, napas
2	3 Januari 2024	<p>DS :</p> <p>- Pasien mengatakan sesak</p> <p>DO :</p> <p>- Nadi terasa lemah</p> <p>- CRT &gt; 3 detik</p> <p>- Terdengar suara S3 gallop</p> <p>- Abktung</p> <p>- Warna kulit pucat</p>	Penurunan curah jantung	Perubahan afterload



**FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama Klien : Tn.K  
 Dx. Medis : CHE  
 Ruang : R.008  
 No. MR : 47 0907

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1	3/2024 /1	Data napas tidak efektif b.d. hemitiorax upaya napas	Sebaiknya dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam. - Diinginkan foto rontgen membaik dengan kaverna kasisit. - Dyspnea menurun - Penggunaan alat bantu napas menurun - Frekuensi napas 19 x/menit - Pernapasan cuping hidung menurun - Pamanjangan fahre efspirasi menurun	Pemantauan respirasi oksigenasi - Monitor frekuensi, irama, kadalaman dan upaya napas - Monitor foto napas - Monitor saturasi oksigen - Monitor TTV Terapeutik - Posisikan semi Fowler - Berikan oksigen - Dokumentasikan hasil pemantauan	- Untuk mengetahui frekuensi, irama, kadalaman dan upaya napas - Untuk mengetahui beta napas - Untuk mengetahui kadar oksigen dalam tubuh - Untuk mengetahui lebih awal adanya perubahan tanda-tanda vital - Untuk mengurangi sesak - Untuk melakukan evaluasi	<i>[Signature]</i>



**FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama Klien : Tn.K  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : RPPB  
 No. MR : 470907

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan ( SMART )	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2	3/2024 /1	Penurunan curah jantung b.d. perubahan afterload	Seseorang akan mencapai asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil - Nadi 60x/menit - Sistolik normal - Tidak pucat	Perawatan jantung observasi - Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung - Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung - Monitor tekanan darah - Monitor keluhan nyeri dada Terapi - Kolaborasi semi Fowler - Berikan oksigen Kolaborasi - kolaborasi pemberian antidiuretik, jika perlu	- Agar mengetahui gejala primer penurunan curah jantung - Agar mengetahui gejala sekunder penurunan curah jantung - Agar mengetahui tekanan darah dan termonitor - Agar mengetahui status frekuensi nyeri yang dirasakan - Untuk mengurangi torsi sesak - Untuk memenuhi kebutuhan oksigen	




**FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama Klien : Tn. K  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : Rpdg  
 No. MR : 470907

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penujangan	Tujuan ( SMART )	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3	3/2024	Intoleransi aktivitas sebagai dituliskan b.d. tidak seimbang antara suplai dan kebutuhan oksigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam.</li> <li>- diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil</li> <li>- takutan demam</li> <li>- tidak menurun</li> <li>- Sistolik saat aktivitas menurun</li> <li>- tambahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>- tekanan darah 130/80 mmHg</li> <li>- frekuensi napas 19 x / menit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen energi observasi</li> <li>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>- Terapeutik</li> <li>- Selesaikan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>- Edukasi</li> <li>- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mengetahui bagian tubuh yang kelelahan</li> <li>- Untuk mengetahui kelelahan fisik</li> <li>- Untuk memantau nyaman</li> <li>- Agar tubuh tidak merasa lemah</li> </ul>	

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**


Nama Klien : T.D.K  
 Dx. Medis : 479907 CHF  
 Ruang : Rppb  
 No. MR : 479907

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
1	3/2024 /11	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor Frekuensi, lama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>- Memonitor pola napas</li> <li>- Memonitor saturasi oksigen</li> <li>- Memonitor TTV</li> <li>- Memposisikan semi Fowler</li> <li>- Memposisikan oksigen</li> <li>- Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul>	<p>S: - Pasien mengatakan sesak terasa terus menerus</p> <p>- Pasien mengatakan sesak bertambah jika beraktivitas dan berkurang saat istirahat</p> <p>O: - Tampak pengurangan otot bantu napas</p> <p>- Tampak puat</p> <p>- takipnea</p> <p>- Tampak barotrauma mengunakan cuping hidung</p> <p>- Terabaurg 02 nasal kanal 4L</p> <p>- TD : 148/80mmHg RR : 26x/mn</p> <p>N : 110 x/mn SpO2 : 97%</p> <p>A : - pola napas tidak efektif</p> <p>P: - Monitor Frekuensi, lama, kedalaman dan upaya napas</p> <p>- Monitor pola napas</p>	

- Monitor saturasi oksigen
- Monitor TTV
- Posisikan semi Fowler
- Posisikan oksigen
- Dokumentasikan hasil pemantauan

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : T.S.K.  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : R009  
 No. MR : 470907

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
2	3/2014 /11	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi tanda / gejala primer penurunan curah jantung</li> <li>- Mengidentifikasi tanda / gejala sekunder penurunan curah jantung</li> <li>- Memonitor kecurahan darah</li> <li>- Memonitor keluhan nyeri dada</li> <li>- Memastikan SPM Fowler</li> <li>- Mambentok oksigen</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat antihipertensi, jika perlu</li> </ul>	<p>S: - Pasien mengatakan adanya sesak terus menerus</p> <p>- Pasien melaporkan adanya nyeri</p> <p>O: - Terdengar suara napas krekituhan rontal</p> <p>- CRT &gt; 3 detik</p> <p>- TD: 14/10 mmHg S: 36,8°C</p> <p>N: 110 x/mn RR: 24 x/mn</p> <p>SPO2: 97%</p> <p>A: Penurunan curah jantung</p> <p>P: - Monitor keluhan nyeri dada</p> <p>- Monitor kecurahan darah</p> <p>- Kolaborasi pemberian antihipertensi, jika perlu</p>	




**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : Tn. K  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : RPPB  
 No. MR : 170907

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
3	3/2024 /1	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Memantau kelelahan fisik dan emosional</li> <li>- Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> </ul>	<p>S: - Pasien mengatakan mudah lelah saat dan sudah beraktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan laparinya puasa</li> <li>- Pasien mengatakan aktivitas dikurangi</li> </ul> <p>O: - Tampak Puas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Takipneka</li> <li>- TD: 140/80 mmHg RR: 26x/m SPOT: 97%</li> <li>- N: 110 x/m S: 36,8°C</li> <li>- pasien beristirahat di tempat tidur</li> </ul> <p>A: Intoleransi aktivitas</p> <p>P: - Monitor Kelelahan Fisik dan emosional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>- Monitor TTV</li> </ul>	<u>AK</u>


**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : Tn.K .....  
 Dx. Medis : CHF .....  
 Ruang : R.P.08 .....  
 No. MR : 470907 .....

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
4	4 / 11 / 2024	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi, irama, tekanan dan denyut nadi</li> <li>- Monitor pola nafas</li> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Posisikan semi Fowler</li> <li>- Observasi oksigen</li> <li>- Dokumentasikan hasil perawatan</li> </ul>	<p>S: - Pasien mengatakan sesak hilang, tidak terdengar suara kardiak rentak</p> <p>O: - Tampak penggunaan obat bantu napas tidak perlu</p> <p>A: - Pola napas tidak efektif</p> <p>P: - Monitor saturasi oksigen</p>	


**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : Tn.k  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : RDB  
 No. MR : 470907

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
5	4/2024 /1	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor keluhan nyeri dada</li> <li>- Monitor tekanan darah</li> <li>- Kolaborasi pemberian antihitma, jika perlu</li> </ul>	<p>S: - Pasien mengatakan sesak tidak timbul</p> <p>- Pasien mengatakan dada sebelah kiri masih terasa nyeri</p> <p>O: - Nadi terasa lemah</p> <p>- Turgor kulit turgor baik</p> <p>- CRT &gt; 3 detik</p> <p>- TD: 120/80 mmHg RR: 22 x/mn</p> <p>N: 78 x/mn SPO2: 97%</p> <p>S: 36,8 °C</p> <p>A: Penurunan Curah jantung</p> <p>P: - Monitor keluhan nyeri dada</p> <p>- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>- Kolaborasi pemberian antihitma</p>	

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : T.N.K.  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : KPEB  
 No. MR : 470907

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
6	4 / 2024 / 1	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor Kelelahan Fisik dan emosional</li> <li>- Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>- Memonitor TTV</li> </ul>	<p>S: - Pasien melaporkan masih merasakan lemas saat beraktivitas</p> <p>- Pasien melaporkan keding seket saat berjalan tetapi sudah mulai aktivitas secara bertahap</p> <p>O: - Tampak Puas</p> <p>- Pasien tampak baik</p> <p>- Pasien terlelap di tempat tidur</p> <p>- T0: 130/80 mmHg RR: 22 x/mn N: 70 x/mn S: 36,8 °C</p> <p>A: Intoleransi Aktivitas</p> <p>P: - Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>- Anjurkan melakukan aktivitas sesuai bertahap</p>	




**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : T.O.K  
 Dx. Medis : C.HF  
 Ruang : R.PD.B  
 No. MR : 470907

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
7	5/11/2024	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau saturasi oksigen</li> <li>- Memantau TTV</li> <li>- Mempasikan SPM Fowler</li> <li>- Mengobservasi oksigen</li> <li>- Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul>	<p>S: - Pasien mengatakan sudah tidak sesak</p> <p>O: - Tdise tampak pengulangan otot bahu napas</p> <p>- Tampak pucat</p> <p>- RR: 18 x/m</p> <p>- TB: 10/80 mmHg</p> <p>N: 86 x/m</p> <p>A: Pola napas tidak efektif</p> <p>P: - Monitor saturasi oksigen</p> <p>- Monitor TTV</p> <p>- Dokumentasikan hasil pemantauan</p>	<i>[Signature]</i>


**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : T.n.k.....  
 Dx. Medis : CHF.....  
 Ruang : R008.....  
 No. MR : 470907.....

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
0	5/Jan 11	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau keluhan nyeri dada</li> <li>- Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>- Kolaborasi pemberian antiaritmia</li> </ul>	<p>S: -Riesien mengatakan sudah tidak sesak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan dada masih nyeri ketika bergerak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRT &gt; 3 detik</li> <li>- Tampak puak</li> <li>- Terdengar suara tambahan rontal</li> <li>- TD : 110/80 mmHg      S: 36,9°C</li> <li>   RR: 19 x/mn</li> <li>   SpO2: 97%</li> </ul> <p>A: Rawat inas curah jantung</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor keluhan nyeri dada</li> <li>- Anjurkan istirahat aktivitas secara bertahap</li> <li>- Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</li> </ul>	

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : Tri.K.....  
 Dx. Medis : CHF.....  
 Ruang : R.006.....  
 No. MR : 470907.....

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
9	5/1/2024	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memenuhi Rutinan Fisik dan emosional</li> <li>- Mempertahankan melakukan aktivitas secara mandiri</li> </ul>	<p>S: - pasien mengatakan ada batuk malam dan malam lebih sering batuknya</p> <p>O: -Tampak pucat                      -Tampak batuknya di tempat tidur                      - TD: 108/80 mmHg S: 36,9°C                      N: 96 x/mn RR: 19 x/mn</p> <p>A: Intakeansi aktivitas                      P: - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	

aw 20.

# STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN  
 KEBUTUHAN Oksigenasi AKIBAT PATOLOGI SISTEM kardiovaskular  
 DENGAN DIAGNOSA MEDIS Congestive Heart Failure  
 DI Ruang Penyakit Dalam B



Nama : ANNISA ADELIA

NIM : 2119401055

POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI  
 JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG  
 PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGGARANG



# FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

## I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Annisa Adelia  
NIM : 2114401055 Tgl Pengkajian : 3 Januari 2024  
Ruang rawat : APDB No. Register : 156854

## A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Tn.S  
2. Umur : 65 tahun  
3. Jenis kelamin : (L) P \*  
4. Pendidikan : SI  
5. Pekerjaan : Pension PNS  
6. Tgl masuk RS : 3 Januari 2024 Waktu 13.20 WIB  
7. Dx. Medis : Congestive Heart Failure (CHF)  
8. Alamat : Desa Sumberjo Baru, Kec. Way Jepara

## B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk :  Melalui IGD  Melalui Poliklinik  Transfer ruangan \_\_\_\_\_

Masuk ke Ruangan pada tanggal : 3 Januari 2024 Waktu : 18.25 WIB

Diantar Oleh :  sendiri  Keluarga  Petugas Kesehatan  Lainnya \_\_\_\_\_

Masuk dengan menggunakan :  Berjalan  Kursi Roda  Brankar  Kruk  Walker  
 Tripod  Lainnya, Jelaskan \_\_\_\_\_

Status Mental saat masuk :  Kesadaran : Compos Mentis

GCS : E 4 M 6 V 5

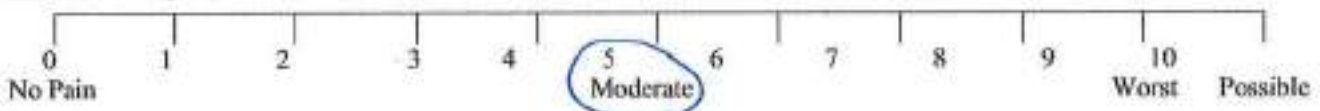
Tanda Vital Saat Masuk : TD 190/90 mmHg

Nadi 132 x/menit  Teratur  Tidak teratur  Lemah  Kuat

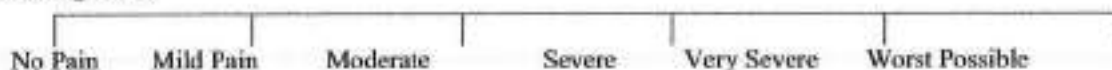
RR 28 x/menit  Teratur  Tidak teratur

Nyeri :

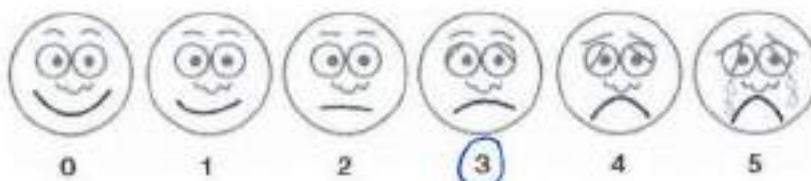
### Numeric Rating Scale



### Verbal Rating Scale



### Wong & Baker Faces Rating Scale

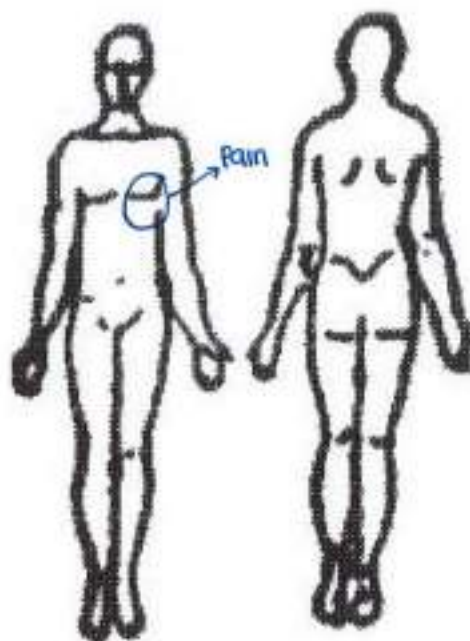


**Status Lokalis :**

Beri kode huruf utk menunjuk status lokalis disamping :

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

Tinea Pedis:     ...Ya     ...Tidak  
 Jelaskan:



**Penilaian Risiko Jatuh**

NO	PENGKAJIAN	SKALA		NILAI	KET
		Tidak	Ya		
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	0	
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	0	
		Ya	15		
3	Alat Bantu Jalan			30	
	a. Bedrest dibantu perawat		0		
	b. Penopang / Tongkat / Walker		15		
	c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture		30		
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 / diseret)		20		
6	Status Mental			0	
	a. Sadar penuh		0		
	b. Keterbatasan daya ingat		15		
<b>JUMLAH SKOR</b>				<b>60</b>	

Lingkari kategori skor yg diperoleh :

	SKOR	Δ KODE
1. Tidak Berisiko, tindakan perawatan dasar	0 - 24	HIAU
2. Risiko , lakukan tindakan pencegahan jatuh	>25	KUNING ✓

1. Keluhan utama saat pengkajian : Pasien mengatakan sesak napas

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 3 Januari 2024 pukul 19.00 WIB, Pasien mengatakan sesak seperti tertimpa benda berat, sesak bertambah saat berjalan dan berbaring saat tiduran dengan posisi kepala lebih tinggi dan sesak terjadi terus menerus, keluhan disertai nyeri pada dada kiri dengan skala nyeri 5, tubuh terasa lemah serta mudah lelah saat aktivitas, kulit pasien tampak pucat. Keadaan pasien saat pengkajian *compos mentis* dengan tanda-tanda vital TD: 120/90 mmHg, N: 132x/m, RR: 20x/m, S: 37,1°C, SpO2: 96% terpasang O2 nasal kanul 5L

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : tidak ada

Bentuk reaksi alergi yg dialami : tidak ada

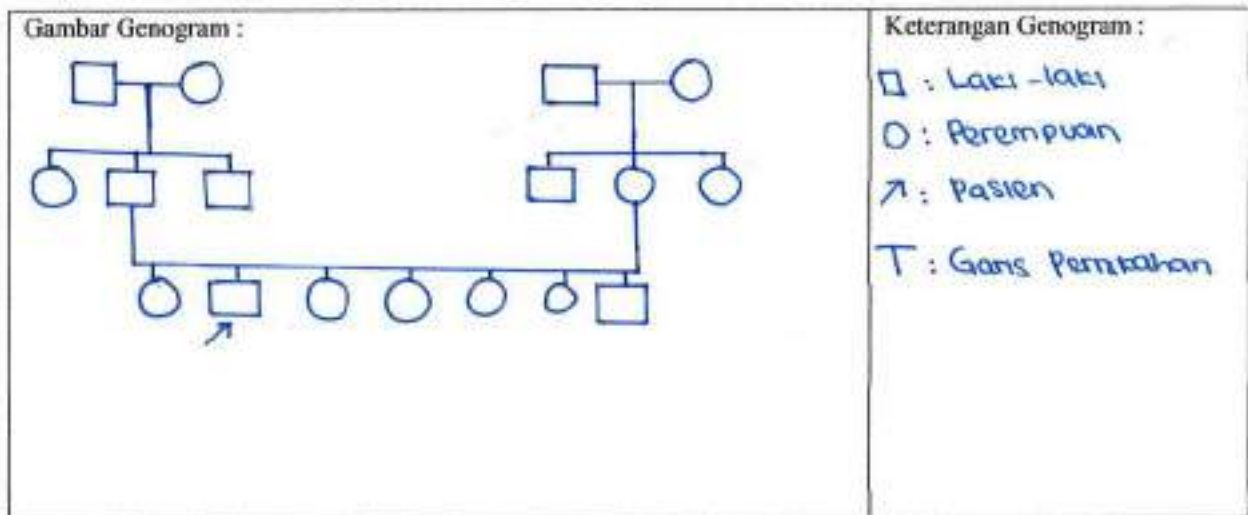
4. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	MASIH DIGUNAKAN/TIDAK
Ambodipin 5 mg	1x sehari			

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: Pasien mengatakan sesak sudah terjadi sejak 2010

6. Riwayat penyakit keluarga : belum keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes dll

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



### C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

#### Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan

❖ Kondisi Kesehatan Umum Klien

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

❖ Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan (termasuk berhenti merokok & manajemen stress)

Pasien mengatakan tidak merokok sejak dahulu

.....

.....

.....



Pengeluaran feses lama dan sulit

Peristaltik usus menurun

**A.4. Aktivitas dan Istirahat**

Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Nyeri saat bergerak

Enggan melakukan pergerakan

Cemas 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

Dispneu setelah/saat aktivitas

Merasa lelah

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 ketrampilan baru

tidak mampu mengingat informasi faktual

tidak mampu mengingat perilaku tertentu yg pernah dilakukan

lupa melupakan perilaku pada waktu yang telah dijadwalkan

Mengeluh sulit menelan

Batuk sebekum menelan

Batuk setelah makan atau minum

Tersodak

Makanan tertinggal di rongga mulut

Sulit mengunyah

Refluks nasal

Muntah sobelum menelan

makanan terdorong keluar dari mulut

Makanan jatuh dari mulut

tidak mau makan/menolak makan

Makanan tidak dihabiskan

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

8. Kekuatan otot :

SSS	SSS
SSS	SSS

9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi

Sensorik : Kemampuan sensorik baik

Motorik : Kemampuan motorik baik

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan baik kiri baik Tricep : kanan baik kiri baik

Tendo Achilles : kanan baik kiri baik Abdomen : baik

Reflek Patologis dan rangsang meningeal :

Babinsky : kanan \_\_\_\_\_ kiri \_\_\_\_\_ Brudzinsky I : \_\_\_\_\_

Brudzinsky II : \_\_\_\_\_ Chadok : \_\_\_\_\_ Hoffman Turner : \_\_\_\_\_

Laseque : \_\_\_\_\_ Kaku Kuduk : \_\_\_\_\_ sss

12 Syaraf Kranial : (NI - NXII) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\* Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brakhial 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) :



## SKALA BRADEN UNTUK PREDIKSI RISIKO LUKA TEKAN

Nama Klien : Tn.S      Jenis Kelamin L/P      No. Register : 156864      Tanggal Penilaian Risiko : 9 Januari 2024

PARAMETER	TEMUAN			SKOR
<b>Persepsi Sensori</b>	1. Tidak merasakan/respon thd stimuli nyeri, menurun kesadaran	2. Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau bnyk berespon pd stimuli nyeri, tdk dpt memkomunikasikan ketidaknyamanan	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pd perintah verbal tp tdk selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	4
<b>Kelembaban</b>	1. Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	2. Kulit Lembab	3. Kulit kadang-kadang lembab	2
<b>Aktivitas</b>	1. Tergeletak di tempat tidur	2. Tidak bisa berjalan	3. Berjalan pada jarak terbatas	3
<b>Mobilitas</b>	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	3. Dapat merubah posisi ekstremitas mandiri	4
<b>Nutrisi</b>	1. Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	3
<b>Gesekan</b>	1. Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan	2
<b>SKOR</b>				<b>18</b>

Diadopsi dari Braden & Bergstom (1998), AHCPR (2008)      Skor : 15 - 18 berisiko, 13 - 14 risiko sedang, 10 - 12 risiko tinggi, ≤ 9 risiko sangat tinggi



**DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA  
KEPERAWATAN**

Nama Klien : Tn. S .....  
Dx. Medis : CHF .....  
Ruang : RPOB .....  
No. MR : 156854 .....

**HARI KE-1** : Tanggal 3 Januari 2024 .....

1. Pola napas tidak efektif b.d. Hambatan upaya napas .....
2. Penurunan curah jantung b.d. Perubahan afterload .....
3. Intoleransi aktivitas b.d. ketidakmampuan antara suplai dan kebutuhan oksigen .....
4. ....

**HARI KE-2** : Tanggal 4 Januari 2024 .....

1. Pola napas tidak efektif b.d. Hambatan upaya napas .....
2. Penurunan curah jantung b.d. Perubahan afterload .....
3. Intoleransi aktivitas b.d. ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen .....
4. ....

**HARI KE-3** : Tanggal 5 Januari 2024 .....

1. Pola napas tidak efektif b.d. Hambatan upaya napas .....
2. Penurunan curah jantung b.d. Perubahan afterload .....
3. Intoleransi aktivitas b.d. ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen .....
4. ....

## FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Tn. S  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : RPOB  
 No. MR : 156054

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1	3 Januari 2024 13.00 WIB	<p>DS : - Pasien mengatakan sesak seperti tertimpa benda berat, sesak bertambah saat berjalan dan berkurang saat tiduran dengan posisi kepala lebih tinggi dan sesak terjadi terus menerus</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri dengan skala nyeri 5</p> <p>DO : - takipnea                      - terdapat penggunaan otot bantu napas                      - pernapasan cuping hidung                      - fase ekspirasi memanjang                      - terdengar suara napas hambatan ronkhi</p> <p>- TD: 190/90 mmHg - RR: 28 x/m                      - N: 132 x/m - S: 37,1°C                      - SpO2: 92% terpasang di nasal kanul SL</p>	Pola napas tidak efektif	Hambatan upaya napas
2	3 Januari 2024	<p>DS :                      - Pasien mengatakan mudah lelah dan sesak</p> <p>DO : - Adik terasa lemah                      - CRT &gt; 3 detik                      - terdengar suara S3 gallop                      - Adikturia                      - Warna kulit pucat                      - skala 1</p>	Penurunan output jantung	Perubahan afterload

### FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Tn. S  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : RPOB  
 No. MR : 156054

NO	TANGGAL JAM	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
3	3 Januari 2024	<p>DS : - Pasien mengatakan tubuh mudah lelah                      - Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga                      - Pasien mengatakan sesak bertambah saat beraktivitas</p> <p>DO :                      - Pasien tampak lemah                      - Pasien tertidur di tempat tidur                      - RR : 20 x/m                      - Nadi : 132 x/m                      - SpO2 : 96 % terpasang O2 nasal kanul SL</p>	Intoleransi aktivitas	Kendala/ hambatan antara suplai dan kebutuhan oksigen
		<p>DS :</p> <p>DO :</p>		



**FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama Klien : Tn.S  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : RPOB  
 No. MR : 156054

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1	3/2014 /1	Pola napas tidak efektif b.d. hambatan upaya napas	Sekolah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam. -Mempertahankan pola napas membuat derajat kriteria hasil: -Pernapasan menurun -Pergerakan otot bantu napas menurun -Frekuensi napas 19x/menit -Perasaan cuping hidung menurun -Perpanjang fase ekspirasi menurun	Pertahanan respirasi observasi -Monitor frekuensi, irama, kadaman, dan upaya napas -Monitor pola napas -Monitor saturasi oksigen -Monitor tvu Terapeutik -Posisikan semi Fowler -Bantuan oksigen -Dokumentasikan hasil perawatan	- Untuk mengetahui frekuensi, irama, kadaman dan upaya napas - Untuk mengetahui pola napas - Untuk mengetahui kadar oksigen dalam tubuh - Untuk mengetahui lebih awal adanya perubahan tanda-tanda vital - Untuk mengurangi sesak - Untuk melakukan evaluasi	<i>Asif</i>



**FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama Klien : T.N.S  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : REOB  
 No. MR : 156054

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan ( SMART )	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2	3/2014	Perurunan curah jantung b.d. Perawatan afterload	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam. diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil - Nadi 60x/menit - Sistem menurun - Tidak pucat	perawatan jantung observasi - Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung - Identifikasi tanda/ gejala sekunder penurunan curah jantung - Monitor tekanan darah - Monitor tekanan nyal dada Terapeutik - Position semi Fowler - Berikan oksigen Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antiarrhythmia, jika perlu	- Agar mengetahui gejala primer penurunan curah jantung - Agar mengetahui gejala sekunder penurunan curah jantung - Agar mengetahui tekanan darah dan hematokrit - Agar mengetahui status kecurvansi nyal yang dirasa - Untuk mengurangi rasa sesak - Untuk memenuhi kebutuhan oksigen	<i>(Signature)</i>


**FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Nama Klien : T.O.S  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : R.208  
 No. MR : 156054

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan ( SMART )	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
3	3 / 2024 / 1	Intoleransi aktivitas b.d. ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam. diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kelelahan telah menurun</li> <li>- Sesak saat aktivitas menurun</li> <li>- Beradahan dalam melakukan aktivitas durasi-hari meningkat</li> <li>- Tekanan darah 130/80 mmHg</li> <li>- Frekuensi napas 19 x/menit</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen energi</li> <li>- asesi vital</li> <li>- Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>- Terapeutik</li> <li>- Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>- Edukasi</li> <li>- Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mengetahui bagian tubuh yang kelelahan</li> <li>- Untuk mengetahui kelelahan fisik</li> <li>- Untuk membuat nyaman</li> <li>- Agar tubuh tidak merasa lemah</li> </ul>	<i>[Signature]</i>

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : Tn.S  
 Dx. Medis : CHE  
 Ruang : RPOB  
 No. MR : 156854

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
1	3/1/2024	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi, irama, kadarnya dan upaya napas</li> <li>- Monitor pola napas</li> <li>- Monitor saturasi oksigen</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Posisikan semi Fowler</li> <li>- Observasi oksigen</li> <li>- Dokumentasikan hasil perawatan</li> </ul>	<p>S: - Pasien mengatakan sesak telah teratasi terus menerus dan bertambah saat aktivitas</p> <p>O: - tampak pernapasan oleh bantu napas</p> <p>- fase inspirasi memancing</p> <p>- Takipnea</p> <p>- tampak barapas mengurasan ujung hidung</p> <p>- TO: 19/90mmHg - S: 37,1°C</p> <p>- N: 132 x/m - RR: 28 x/m</p> <p>- SpO2: 96%</p> <p>A: Pola napas tidak efektif</p> <p>P: - monitor frekuensi, irama, kadarnya dan upaya napas</p> <p>- monitor pola napas</p> <p>- monitor saturasi oksigen</p> <p>- monitor TTV</p> <p>- Posisikan semi Fowler</p> <p>- Observasi oksigen</p> <p>- Dokumentasikan hasil perawatan</p>	



**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**


Nama Klien : T.N.S  
 Dx. Medis : CHE  
 Ruang : R.008  
 No. MR : 156854

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
2	3/2024 /1	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung</li> <li>- Mengidentifikasi tanda/ gejala sekunder penurunan curah jantung</li> <li>- Memonitor keluhan nyeri dada</li> <li>- Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</li> </ul>	<p>S : - Pasien melaporkan sesak</p> <p>- Pasien melaporkan nyeri dada</p> <p>O : - Nadi terasa lemah</p> <p>- Tampak puat</p> <p>- CRT &gt; 3 detik</p> <p>- TO : 101/80 mmHg S : 37,1°C</p> <p>- N : 132 x/m RR : 20 x/m</p> <p>A : Penurunan Curah Jantung</p> <p>P : - Monitor keluhan nyeri dada</p> <p>- kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p> <p>- monitor tekanan darah</p>	<i>[Signature]</i>




**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : T.O.S  
 Dx. Medis : CME  
 Ruang : R908  
 No. MR : 151054

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
3	3/2024 /1	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>- Memantau kelelahan fisik dan emosional</li> <li>- Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>- Menganjurkan melapisi aktivitas secara bertahap</li> </ul>	<p>S: - Pasien mengatakan mudah lelah saat dan sesudah beraktivitas</p> <p>- Pasien mengungkapkan aktivitas dibantu keluarga</p> <p>O: - pasien tampak Puas</p> <p>- T: 190 kg mmtg - RR: 20x/mn</p> <p>- N: 132 N/m - S: 37.1°C</p> <p>- Takikardia</p> <p>A: Intoleransi aktivitas</p> <p>P: - Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>- Sedikan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>- Monitor TV</p>	

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : T.N.S.  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : RPOB  
 No. MR : 156854

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
4	4 / 2024 / 1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor frekuensi, warna, beataman dan upaya napas</li> <li>- Memonitor pola napas</li> <li>- Memonitor saturasi oksigen</li> <li>- Memonitor TTV</li> <li>- Mempasifkan semipowder</li> <li>- Mengobservasi oksigen</li> <li>- Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul>	<p>S : - Pasien mengatakan sejak berada terus menerus kepal sudah sedikit bertubang</p> <p>O : - terdapat pengumpulan otot bantu napas                      - Tachypneu                      - Tampak pucat                      - terdengar suara napas tambahan ronchi                      - Terpasang O2 nasal kanal 3L                      - TD : 140/80 mmHg - N : 105 x/m - SpO2: 92%                      - RR : 24 x/m - S : 36,9°C</p> <p>A : Pola napas tidak efektif                      P : Monitor saturasi oksigen                      - Monitor TTV                      - Pasifkan semipowder                      - Observasi oksigen                      - Dokumentasikan hasil pemantauan</p>	

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : Tn.S  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : RPOB  
 No. MR : 156854

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
5	4/10/14 /1	82	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor keluhan nyeri dada</li> <li>- kolaborasi pemberian aritmia, via periv</li> <li>- Memonitor tekanan darah</li> </ul>	<p>S: - pasien mengatakan sesak teraba terus menerus tetapi sudah berkurang dari hari sebelumnya.</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri dada berkurang</p> <p>O: - Nadi terasa lemah</p> <p>- Tampak pucat</p> <p>- T0: 140/80 mmHg - S: 36,9°C</p> <p>- N: 65 x/m - RR: 24 x/m</p> <p>A: Penurunan Curah jantung</p> <p>P: - Monitor keluhan nyeri dada</p> <p>- kolaborasi pemberian aritmia, via periv</p> <p>- Monitor tekanan darah</p>	<i>[Signature]</i>

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : Tn. S  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : RPOB  
 No. MR : 156854

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
6	4/2024	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor keluhan Fisik dan emosional</li> <li>- Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>- Monitor TTV</li> </ul>	<p>S: - Pasien mengatakan masih merasa lemas saat beraktivitas</p> <p>- Pasien mengatakan saat beraktivitas akan kalang</p> <p>O: - Tachikardia</p> <p>- T: 140/80 mmHg S: 36,9°C</p> <p>- N: 105 X/m Rf: 24 X/m</p> <p>A: Intervensi Aktivitas</p> <p>P: - Monitor keluhan fisik dan emosional</p> <p>- Monitor TTV</p>	<i>[Signature]</i>




**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : T.n.s  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : R008  
 No. MR : 156654

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
7	5/2024 /1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor saturasi oksigen</li> <li>- Memonitor TTV</li> <li>- Memposisiikan semi Fowler</li> <li>- Memonitorisasi oksigen</li> <li>- Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul>	<p>S: - Pasien mengatakan sesak hilang timbul</p> <p>- Pasien mengatakan memapasi oksigen juga sesak saja</p> <p>O: - Terdengar suara hembatan rales</p> <p>- Tampak Puas</p> <p>- T: 150/140 mmHg - N: 92/mn SpO2:97%</p> <p>- RR: 22 x/m - S: 36,6°C</p> <p>A: Pola napas tidak efektif</p> <p>R: - Monitor saturasi oksigen</p> <p>- Monitor TTV</p> <p>- Posisikan semi Fowler</p> <p>- Dokumentasikan hasil pemantauan</p>	<i>[Signature]</i>

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : T.N.S.  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : R.008  
 No. MR : 161854

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
8	5/2024 /1	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor keluhan nyeri dada</li> <li>- Evaluasi pemberian antiaritmia, litera paru</li> <li>- Memonitor tekanan darah</li> </ul>	<p>S: - Pasien melaporkan sesak hilang timbul</p> <p>- Pasien melaporkan dada masih nyeri ketika bergerak</p> <p>O: - CRT &gt; 3 detik</p> <p>- Tampak Pucat</p> <p>- TD: 180/70 mmHg - RR: 22 x/mn</p> <p>- N: 105 x/mn - G: 36,6°C</p> <p>A: Penurunan Curah Jantung</p> <p>P: - Memonitor tekanan darah</p> <p>- Keperawatan pemberian antiaritmia, JIKA PERLU</p>	

**FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Klien : Tn. S  
 Dx. Medis : CHF  
 Ruang : R.005  
 No. MR : 150854

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi ( Respon dan atau Hasil )	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
9	5/2024 /1	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau buhan fisik dan emosional</li> <li>- Memantau TTV</li> </ul>	<p>S : - Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu keluarga</p> <p>O : - Pasien terbangun di tempat tidur                      - TD: 150/70mmHg S: 36,6°C                      - N: 96 x/m RR: 22x/m</p> <p>A: Intervensi aktivitas</p> <p>P: - Monitor TTV                      - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	