

LAMPIRAN

	POLITEKES TANJUNGPINANG KEMENKES REPRODUKSI DAN KEPERAWATAN TANJUNGPINANG Formulir Informed Consent	Kode:	
		Tanggal:	
		Revisi:	
		HALAMAN: 1 dari 1 Halaman	

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Amanda Putri Dinja Anisa

NIM : 2214401035

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 06 s/d 11, bulan Januari, Tahun 2025 di Ruang 501 BAHN (Pulang Bedah)

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan

Bandar Lampung, 11 Januari 2025

Mengetahui

Preseptor/CI Klinik



NS. WILHAYUNINGRUM, S.Kep.n

NIP. 19760612 201407 2 001

	POLITEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Kode	
	Berkas Informed Consent	Tanggal	
		Revisi	
HALAMAN 1 dari 1 Halaman			

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangani di bawah ini :

Nama : SELAMET
 Umur : 62
 Jenis Kelamin : Laki - Laki
 Alamat : Teluk Betung

Sebagai wakil dari keluarga pasien:

Nama : Turwi
 Umur : 66 Tahun
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Alamat : Jl. Ikan Bawal Gg. Gedung Royong - Teluk Betung

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, Januari 2025
 Keluarga Pasien

Mahasiswa Praktikum


 Amanda Putri Dinda Anisa


 SELAMET

Mengetahui

Preseptor/ CI Klinik


 NS. WAHYU NINGRUM, S.Kep
 NIP. 19760512 201407 2 001

13/1/2025
Re.

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI GANGGUAN
KEBUTUHAN ^{ORIGENASI}.....AKIBAT PATOLOGI SISTEM ^{KEPERAWATAN}.....
DENGAN DIAGNOSA MEDIS^{CHE}.....
DI ^{RUANG SIKER RSUD A. DRDI TIDORODIPO}.....



Nama : PRANITA PIRKA SYADA PRISA
NIM : 1219401035

POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
PRODI DIII KEPERAWATAN TANJUNGGARANG

LEMBAR KONSULTASI

Jenis Laporan Askep / Makalah Seminar / Laporan Pendahuluan

Nama Mahasiswa/Kelompok : AMANDA PUTRI DINDA RANIA

Rujukan keperawatan gangguan keamanan oksigenasi pada pasien congestive
 Judul Laporan : HEPATITIS (HEP) DI RUMAH SAKIT RSUD DR. A. DRIP. SOEKAMOTO TAHUN 2015

NO	WAKTU	MASUKAN PEMBIMBING /CI	PARAF PBBG
		<ul style="list-style-type: none"> - Analisis data sekunder dan primer - Tentukan prioritas masalah - Cipt. SOAP ? - Perbaikan askep as 	

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Amanda Putri Dinda Herisa
 NIM : 2214401835 Tgl Pengkajian : 10 Januari 2025
 Ruang rawat : Ruang Siper No. Register : 008250-21

A. IDENTITAS KLIEN

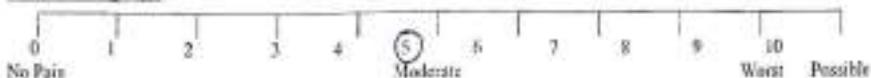
1. Nama : Ny. T
 2. Umur : 66 tahun
 3. Jenis kelamin : L (P)*
 4. Pendidikan : -
 5. Pekerjaan : IHT
 6. Tgl masuk RS : _____ Waktu _____ WIB
 7. Ds. Medis : Dyspepsia & EHT
 8. Alamat : Jl. Wan Bona No. Gading Kerting, Teluk Betung

B. RIWAYAT KESEHATAN

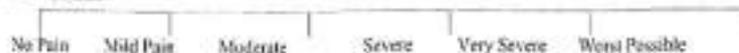
Cara Masuk : Melalui IGD Melalui Poliklinik Transfer ruangan _____
 Masuk ke Ruangan pada tanggal : _____ Waktu : _____ WIB
 Diantar Oleh : sendiri Keluarga Petugas Kesehatan Lainnya _____
 Masuk dengan menggunakan : Berjalan Kursi Roda Brankar Kruk Walker
 Tripod Lainnya, jelaskan _____
 Status Mental saat masuk : Kesadaran : Composment
 GCS: E 4 M 6 V 5
 Tanda Vital Saat Masuk : TD 100/90 mmHg
 Nadi 82 x/menit teratur Takak teratur Lemah Kuat
 RR 24 x/menit teratur Tidak teratur

Nyeri :

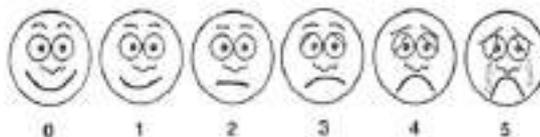
Numeric Rating Scale



Verbal Rating Scale



Wong-Baker Faces Rating Scale

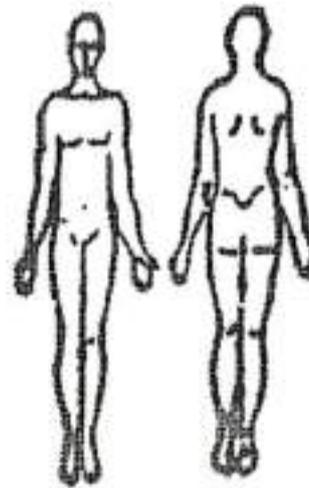


Status Lokal:

Beri kode huruf utk memark status lokal dibawah :

- C - Contusion
- L - Laceration
- R - Rash
- S - Scar
- *Pusako (scabies/lice)
- D - Decubitus
- T - Tattoo
- B - Bruise
- X - Body Piercing
- P - Pain
- O - Other _____

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



Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	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		30	
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	0
		Ya	20	
5	Gaya berjalan pindah			0
	a. Normal / Bedrest / imobile tdk bisa bergerak sendiri		0	
	b. Lonah tidak berenergi		10	
	c. Gangguan / tidak normal (pinrang / diswet)		20	
6	Status Mental			0
	a. Sadir penuh		0	
	b. Keterbatasan daya ingat		15	
JUMLAH SKOR			15	

Langkah kategori skor yg diperoleh :

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

1. Keluhan utama saat pengkajian: Stroke Napas

2. Riwayat penyakit Sekarang:

Klien datang pada tanggal 08/01/2018 dengan keluhan sering sakit gigi 1 hari, memerah 1 hari ini. Demam beres demam sakit gigi 1 hari yang lalu, sempat beristirahat 2 hari 1 hari. Pada saat pengisian film program gigi sakit, bengkak berdarah, gigi jadi gigi berlubang. Gigi berlubang, gigi sering berdarah. Gigi berlubang, gigi berlubang, gigi berlubang, gigi berlubang.

3. Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll): Klien tidak memiliki riwayat alergi obat atau makanan

Bentuk reaksi alergi yg dialami: Tidak ada

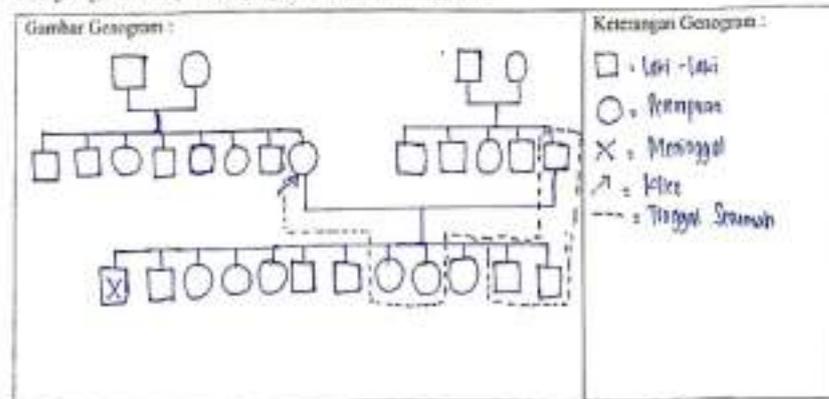
4. Daftar obat/herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS: Klien tidak menggunakan obat/herbal

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

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang: DM + Hipertensi

6. Riwayat penyakit keluarga: Klien menggunakan keluarga memiliki riwayat hipertensi

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik



C. ANAMNESIS PENGKAJIAN

Pola Manajemen Kesehatan-Perspektif 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)

Klien ingin melakukan kontrol ke gigi umum 1 bulan 1x

A. Kategori Fisiologis

A.1. Respirasi

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

A.2. Sirkulasi

- Palpitasi Parasthesia
 Klaudikasio intermiten

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 _____

- Mudah mengantuk Lelah Letih
 Lesu Mengeluh lapar Mudah lapar
 Mulut kering Muntah

A.3. Eliminasi

- Urgensi Drizzling 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
 Mengontpol Enuresis Berkemih tanpa sadar
 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
 Pengeluaran 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 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

- Sekit kepala Nyeri dada Pandangan Kabur
 Kongesti Nasal Parastesia Kongesti Konjungtiva
 Menggigit 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 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

- 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 keinginannya / kepanasan
 Merasa gatal merintih menangis

C. Pemeriksaan Fisik

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

2. Kesadaran (Komposmentis - Koma) : Composmentis

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

4. Vital Sign : Tekanan Darah : 100/90 mmHg
 Nadi : 76 x/menit reguler/irreguler/kuat/sedang/lemah
 Respirasi : 20 x/menit normal/kusmaul/cheynestokes/Biot

5. Integritas : () Intek () Edema Anarsaka () Diaporesis () Pucat () Cyanosis

6. Kepala & Leher

Wajah : simetris, tidak ada lesi Hidung : bersih, permeabilitas septum hidung
 Mata : konjungtiva anemis, kornea bening, pupil isokorik
 Bibir & Mukosa Mulut : lembab
 Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid Jugular Vein Pressure (JVP) :

7. Thorax (Jantung & Paru-paru)

Jantung
 Inspeksi : Benak simetris, tidak ada lesi
 Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
 Perkusi : Suara S1 & S2
 Auskultasi : Suara S1, S2 loud

Paru-Paru :

Inspeksi : Benak simetris, tidak terdapat lesi
 Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan
 Perkusi : Suara T1 & T2
 Auskultasi : Suara nafas normal perkusi terdapat

8. Abdomen

Inspeksi : Benak abdomen simetris, tidak ada benjolan dan lesi
 Auskultasi : tidak terdapat nyeri tekan
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 Perkusi : Suara timpani dan T1 & T2

9. Genitalia & Rectum :

Klien memusat: tidak terdapat

8. K. kranial.

XXXX	XXXX
XXXX	XXXX

9. Pemeriksaan Klinis :

a. Neurologi

Sensorik: Tan dapat merasakan gerakan (normal)

Motorik: Normal

Reflek Fisiologis: Bicep: kanan (+) kiri (+) Tricep: kanan (+) kiri (+)

Tendo Achiles: kanan (+) kiri (+) Abdomen: (+)

Reflek Patologis dan rangsang meningesal :

Babinsky: kanan - kiri - Brudzinsky I: -

Brudzinsky II: - Chaddock: - Hoffman Tumor: -

Laseque: - Kalor Kutuk: - ...

12 Syaraf Kranial: (NI - XII) : NI : Olfaktorius (pencium) NIII : dapat merasakan bau. NII : (pencium) (pencium) NIII : dapat merasakan bau dan rasa, NIV : dapat merasakan rasa. V : dapat merasakan sensasi. NVI : merasakan suhu dengan baik. VII : dapat merasakan rasa. VIII : dapat merasakan suhu baik saat istirahat. IX : dapat merasakan rasa. X : dapat merasakan suhu baik. XI : dapat merasakan suhu. XII : dapat merasakan suhu.

** Kaki Diabetes (Khusus untuk pasien dengan DM)

- Ankle Brachial 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 Pasien : Mg T

Jenis Kelamin : L 

No. Revisi : 006710-31 Tanggal Penilaian Risiko : _____

PARAMETER	TES/UAN			SKOR	
Persepsi Sensori	1. Tidak merasakan/terasa bila stimuli uyuh, tekanan, kesedapan	2. Gangguan sensori pada bagian 1/2 permukaan tubuh atau bagian belakang pd sisi kiri, kanan, ekstremitas	3. Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau bagian pd bagian belakang	4. Tidak ada gangguan sensorial, pasien penuh terhadap perintah verbal	4
Ketembahan	1. Selalu tergoyang oleh sentuhan atau arus kasab	2. Kulit lembab	3. Kulit kering/kulit belang/kulit kasar	4. Kulit kering	3
Adaptasi	1. Tergoyang di tempat tidur	2. Tidak bisa berganti	3. Berganti pada jarak terbatas	4. Dapat berganti sekitar ruangan	3
Mobilisasi	1. Tidak mampu bergerak	2. Tidak dapat menahan posisi secara spontan teratur	3. Dapat menahan posisi ekstremitas sendiri	4. Dapat menahan posisi teratur pada keadaan	4
Nutrisi	1. Tidak dapat menghabiskan 1/2 porsi makannya, sudah muntah, pusing atau NPO lebih dari 5 hari	2. Jarang mampu menghabiskan 1/2 porsi makannya atau klemak cairan kurang dari jumlah optimum	3. Mampu menghabiskan lebih dari 1/2 porsi makannya	4. Dapat menghabiskan dan porsi makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi	3
Circulasi	1. Tidak mampu menggerakkan kakinya sendiri, atau apatis, konvulsif atau gelisah	2. Membutuhkan bantuan minimal menggerakkan kakinya	3. Dapat bergerak bebas tanpa gesekan		3
SKOR				20	

Diadopsi dari Braden & Bergstein (1988), AHCP, (2008)

Skor : 15 – 18 berisiko, 13 – 14 risiko sedang, 10 – 12 risiko tinggi < 9 risiko sangat tinggi

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien : Ny. T
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Siga
 No. MR : 008101 - 21

NO	TANGGAL JAN	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
1.	10 Januari 2021 09.00 WIB	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sesak napas - Klien mengatakan tidak bernapas saat berbaring <p>PO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengukuran vital beres napas - Persiapan Cuping hidung - Pila napas distradul (bakpura) - terpasang O₂ Nasal Kanul - SpO₂ : 90%, Sirkulasi ditinjau O₂ Nasal Kanul 50% - RR : 26x/menit - tidak Klien Demiposter 	Pila Napas Tidak Efektif	Hambatan Upaya Napas
2.	10 Januari 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh sesak ditinjau nyeri dada, Dada nyeri 5. nyeri seperti ditusuk-tusuk. - Klien mengeluh batuk <p>PO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 170/90 mmHg N : 73x/menit S : 36.7°C RR : 26x/menit - CRT < 2 detik - tidak terlewat asma 	Pemeriksaan Corak Jantung	Pembatan Kelemahan

3.	10 Januari 2015	<p>ES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak mengikat kuat - tidak mengikat kuat rapet - saat ini sudah aktif <p>TD: TD: 110/90 mmHg N: 72x/menit R: 24x/menit SPO₂: 90%. Sirkulasi terpasang O₂ Nadi kanan 4L/menit 90%</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak terpasang sonaric 	Intoleransi Perut	Keseimbangan Bicara Suplai dan Kelelahan Oligo.
----	-----------------	--	-------------------	--

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien : Ns.T
Dx. Medis : Dyspnea & CHF
Ruang : Siger
No. MR : 000100-21

HARI KE-1 : Tanggal

1. Pola Napas Tidak Efektif b.d. Hambatan Udara Napas
2. Perubahan Curah Jantung b.d. Perubahan Fungsionalitas
3. Intoleransi Aktivitas b.d. Ketidakeimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
4.

HARI KE-2 : Tanggal

1. Pola Napas Tidak Efektif
2. Perubahan Curah Jantung
3. Intoleransi Aktivitas
4.

HARI KE-3 : Tanggal

1. Pola Napas Tidak Efektif
2. Perubahan Curah Jantung
3. Intoleransi Aktivitas
4.

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny.T
 Dx. Medis : Dyspnea r.o CHF
 Ruang : Siger
 No. MR : 008210-31

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1.	10/01/25	Pola Napas Tidak Efektif	Sertah diukurkan, atensi keperawatan 3x-24 jam maka diharapkan Pola Napas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Dapat berbicara 2. Penggunaan obat bantu napas menurun 3. Frekuensi napas normal 4. Kelelahan napas berkurang.	O : - monitor pola napas (frekuensi, irama, napas) - auskultasi bunyi napas tambahan - palpasi sputum T : - posisi semi-prone - berikan oksigen hangat - berikan oksigen 2sa jika E : - atensi terus baik setiap K : - vitalitas, pemberian bronkodilator, sputum, irama, 2sa jika	- Untuk mengetahui pola Triangul Sistem - Untuk pemeriksaan bunyi napas tambahan - untuk monitor adanya Sputum - Untuk memberikan profil Nyaman - Untuk mengurangi stres - Untuk meningkatkan jumlah leukosit spesifik - Untuk	 Simasida

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Na.Y
 Dx. Medis : Agitans e-z CHF
 Ruang : Dager
 No. MR : 008250-21

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2.	10/01/21	Perubahan Curah Jantung	<p>Sangat dibutuhkan adalah keperawatan s.e.z.a.s.a.m. yaitu, deteksi dini Curah Jantung yang terganggu dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan tidak terjadi intervensi 2. Ejection fraction (EF) meningkat. 3. Digera minimal 4. Bahu minimal 5. Tahanan darah berimbang 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung - Monitor tekanan darah - monitor intake dan output cairan - Monitor berat badan - Monitor saturasi oksigen - Monitor keluhan nyeri dada <p>T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pastikan pasien istirahat - berikan oksigen sat-90% - 95% - berikan perawatan sesuai asuhan <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - asuhan kesehatan pada saat sebelum - asuhan masalah vital badan badan <p>K:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kolaborasi tindakan elektrolit, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - untuk mengidentifikasi tanda dan gejala penurunan curah jantung - untuk memonitor tekanan darah - untuk mengetahui keadaan cairan - untuk mengetahui saturasi oksigen - untuk mengetahui keluhan dada - untuk memastikan posisi yang nyaman - untuk mempertahankan kepatensi jalan nafas 	 Rengga

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. T
 Dx. Medis : Dysuria 1-5, OIF
 Ruang : IGIT
 No. MR : 068150 - 21

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
2.	09/01/2025	Manajemen Aktivitas	Setelah dilakukan intervensi Keperawatan selama 3-24 jam, NRS akan mengalami perbaikan maksimum, angka ketidakefektifan < 1. Perilaku tidak menurun	<p>Manajemen Energi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi gangguan pengalihan yang mengganggu ketidakefektifan - Monitor ketidakefektifan plate dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor tingkat dan ke-koordinasian status <p>T :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sajikan lingkungan nyaman dan tenang (musik, cahaya, suhu, bau / pengalihan perhatian) - Anjurkan tirah baring - anjurkan melakukan aktivitas secara berkala 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui kemampuan pasien untuk melaksanakan aktivitas - Untuk mengetahui ketidakefektifan plate dan emosional - Untuk memonitor pola dan jam tidur - Untuk mengetahui tingkat dan kekoordinasian status - Untuk mengetahui lingkungan yang nyaman - Untuk masalah tirah baring 	 Ananda

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Na.T.
 Dx. Medis : CHF
 Ruang : Syar
 No. MR : 006250-21

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	10 Januari 2025 09.00 WIB	D-0005 D-0008 D-0054	<ul style="list-style-type: none"> • Memantau pola napas (frekuensi, tanda vital) • Melakukan pemasangan kanda • Mempastikan Simposol • Memberikan terapi oksigen 4L/menit. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengalami stak dan berkurang kalma diwaktu istirahat • Klien mengalami nyeri dada, nyeri bertambah saat batuk, skala nyeri 5 • Klien mengalami sulit tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpapang O₂ Nasal Kaput 4L/menit • Terpapang urine kateter • Klien belum beraktivitas. Terpapang suhu napas rektal • Pola Simposol • TD : 170/90 mmHg, S : 36.1 °C, N : 78 x/m • RR : 26 x/menit, SPO₂ : 96% terpapang O₂ Nasal Kaput 4L/menit <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola Napas Tidak Efektif - Perawatan Curah Jantung - Intakekasi Akutalol <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Monitor TTV - Monitor pola napas - Obervasi oksigen 	 Amanda
	12.00 wib		<ul style="list-style-type: none"> • Monitor saturasi oksigen. • Kolaborasi pemberian obat bronkodilator dan antiaritmia • Dokumentasikan hasil tindakan 		
	13.00				
	14.00				

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. T.....
 Dx. Medis : HF.....
 Ruang : Sigt.....
 No. MR : 008110-21.....

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	11 Januari 2025 08.30 WIB	D. 0005 D. 0008 D. 0054	<ul style="list-style-type: none"> • memeriksa tanda-tanda vital • memonitor frekuensi napas • memonitor saturasi oksigen 	<p>S : - Klien mengatakan Siga berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri dada berkurang, skala nyeri 3, klien mengatakan masih batuk dan merasa lemas - Nyeri setelah diberikan morfium - Klien mengatakan sudah lebih sedikit hanya beberapa hari, mengatakan sulit tidur, tidur 3-4 jam <p>O : - TP : 150/90 mmHg RR : 22x/menit SPO₂ : 96% S : 38,2 °C N : 85x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - terapanng Ulinz keater, - Kubit klien terasa hangat - Suara napas ronkhi <p>A : - Pola Napas Tidak Efektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan Cegah Jantung - Intoleransi Aktivitas <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor keluhan nyeri dada - Monitor keluhan nyeri dada - Observasi respon nyeri dada - Rangsang istirahat aktivitas secara bertahap. 	 Amanda
	10.00 WIB		<ul style="list-style-type: none"> • memposisikan Semi Fowler • mengajarkan teknik batuk efektif • memonitor pola tidur • memonitor keluhan nyeri dada • memonitor keadaaan sputum • menganjurkan istirahat aktifitas secara bertahap. 		
	11.00		<ul style="list-style-type: none"> • kolaborasi pemberian obat-obatan sesuai dosis • memberikan mobilizer campyung • Dokumentasikan Tindakan 		
	14.00				

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. T.....
 Dx. Medis : CHF.....
 Ruang : Gigi.....
 No. MR : 008.110 - 21.....

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3.	12 Januari 2025 08 - 30 WIB 10-00 WIB 10 - 10 -	0 - 0056 0 - 0006 0 - 0056	<ul style="list-style-type: none"> • monitor pola napas, frekuensi napas • monitor saturasi oksigen. • monitor pola tidur • monitor asupan gizi dada. • komposisi Striptoster • mengesahkan melakukan balok efektif ketika batuk. • Kolaborasi pemberian obat bronkodilator dan antiinflamasi sesuai advice dokter. • Menganjurkan istirahat absolute secara bertahap. • Dokumentasikan Tindakan. 	<p>S : - Klien mengatakan sesak pernafas dan hilang Henti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri dada beterng dan nyer ketika batuk, skala nyeri 2. - Klien sudah tidak sulit tidur dan terbangun ketika bangun pagi. <p>O : - TD : 110/90 mmHg N : 82x/menit RR : 20x/menit S : 36.6 °C SpO₂ : 97%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uretr kateter sudah dipasang - O₂ Nasal Kanul 2L/menit - posisi Klien Semi-prone <p>A : - Pola Napas Tidak Efektif - Perawatan Caring Jantung - Intake nutrisi Adekuat</p> <p>P : - monitor saturasi oksigen monitor RR - pemberian Striptoster - Anjurkan istirahat absolute secara bertahap.</p>	<p align="right">Bella Miranda</p>
	12-00 WIB				
	11-00 WIB				

	POLTEK TANJUNGPINANG KEMERES RI	Kode	
	PRODI II KEPERAWATAN TANJUNG KARANG	Tanggal	
	Formule	Revisi	
	Perbaikan LTA	Halaman	

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

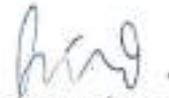
Nama Mahasiswa : Amanda Putri Dinda Anisa
NIM : 2214401035

Area/Topik yang diajukan

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) Di RSUD dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung 2025.

Bandar Lampung, Januari 2025

Pembimbing Utama



Ns. Retno Puji Hastuti, S.Kep., M.Kep

NIP. 197212231995032001

	POLTEK TANJUNGPINANG KEMENKES B PRODD B KEMERAWATAN TANJUNGPINANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Penilaian LTA	Revisi	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA**

Nama Mahasiswa : Amalia Putri Dinda Perla
 NIM : 2020000000
 Pembimbing Utama : Ns. Retno Puji Hastuti, M.Kep.
 Judul Tugas Akhir :
Asuhan Keperawatan Gangguan Kesehatan Dengan Pola Tindakan Cegahdan Henti Bahaya
 Di Ruang dr. A. Dadi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung Tahun 2025.

No	Hari Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	08/01/2025 Jumab	Pengarahan KTI	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	10/01/2025 Jumab	Pengajuan Judul, ACC Judul	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	16/01/2025 Kamis	Konsultasi Alasan Keperawatan	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	08/02/2025 Senin	Konsultasi Outline LTA (Judul-Depus)	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	14/02/2025 Jumab	Konsultasi LTA (BAB I - BAB IV)	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	21/02/2025 Jumab	Konsultasi LTA (BAB I - BAB V)	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	25/02/2025 Jumab	Revisi LTA (BAB I - BAB V)	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	09/04/2025 Rabu	Perbaiki Sesuai Score	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	10/04/2025 Kamis	Perbaiki BAB 4	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10	11/04/2025 Jumab	acc. usulan LTA	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	19/04/2025 Senin	Perbaikan Skema Sifat KTI	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12	21/04/2025 Rabu	acc akhir	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Bandar Lampung,
 Jumat, 11 April 2025
 Pembimbing Utama

[Signature]
 Ns. Retno Puji Hastuti, M.Kep.

	POLTEK TANJUNGSARI KEMENDIKBUD RI PRODI D3 KEPERAWATAN TANJUNG KARANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Penilaian LTA	Berkas	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**

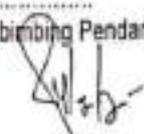
Nama Mahasiswa : Putri Dinda Anisa
 NIM : 220440155
 Pembimbing Pendamping : Nr. Sulastri, M.Kep., Sp. Juka
 Judul Tugas Akhir :

Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi Pada Pasien Congestive Heart Failure
Di RUM Dr. A. Dadi Fikomindo Kota Bandar Lampung Tahun 2025

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	Kamis 25-01-2025	Perhatikan Penulisan judul penelitian dan PUFBI		
2	Rabu 05-02-2025	Perhatikan lembar persetujuan, foto program, spsi		
3	Rabu 26-03-2025	Perhatikan Penulisan abstrak dan literatur		
4	Senin 14-04-2025	Minta Penulisan studi dengan yang di		
5	Senin 14-04-2025	diskusikan ke pasien, Perbaiki Penulisan		
6	Rabu 16-04-2025	Perbaiki tabel, Lengkapi Lampiran		
7	Kamis 17-04-2025	Perhatikan Spasi pada Daftar Pustaka		
8	Juman 25-04-2025	Acc Silang KTI		
9	Senin 20-05-2025	Perbaikan Paragraf Bab 1 - Bab 5		
10	Juman 23-05-2025	Perbaikan Abstrak dan Bab 1		
11	Senin 26-05-2025	Perbaikan Abstrak		
12	Rabu 28-05-2025	Acc Cover		

Bandar Lampung, Rabu, 28 Mei 2025

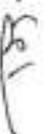
Pembimbing Pendamping


 Nr. Sulastri, M.Kep., Sp. Juka

	POLTERKE	KODE :
	S KEMENKES TANJUNGPINANG	TGL :
	Formulir	REVISI :
	Masukan & Perbaikan KT1 / Skripsi / LTA	HALAMAN : 1 dari 1 Halaman

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Ananda Putri Dinda Anisa
 NIM : 2214401025
 Prodi : DIII Keperawatan Tanjungpinang
 Tanggal : 05 Mei 2025
 Judul Penelitian : Aluhan Keperawatan Gangguan Ketahanan Oksigenasi Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di RSUD Dr. A. Sudi Tjokrodipo Kota Bandar Lampung Tahun 2025

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhsiswa	Paraf Dosen
1	5/5-2025	Abstrak : - pada abstrak, sumber buku & buku ditambahkan.		
2.		Bab II. - konsep kebutuhan O_2 <u>keperawatan</u> - Pemafasan normal. Bab II. - konsep aspek CHF. a. Pengkajian. b. Diagnosa keperawatan 80% data mayor minor his terpenuhi. Bab III : Kasus. → Pembokumentasian his real dan fakta. di kasus 3 Do. → yg & laporkan 1 Diagnosa. utama → analisis data fully.	  	  

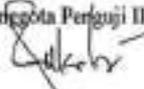
Bandar Lampung, Senin, 05 Mei 2025

Ketua Penguji

Anggota Penguji II

Anggota Penguji II


Dr. Astina Marhae, S.Kp., M.Kes
NIP. 1972012310080032001


Ni. Susanti, M.Kep., Sp. Tjuke
NIP. 1972101510070032002


Ni. Retno Pih. Hastuti, S.Kp., M.Kep
NIP. 1972102310050032001