



Nomor : 1243/UJ-BJM/FKJK/A.1/I/2023
 Lampiran : -
 Perihal : Pengambilan Kasus sebagai KIAN

Banjarmasin, 23 Rabul Akhir 1445 H
 07 November 2023 M

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh
Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir akademik bagi mahasiswa
Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin, kami mohon agar mahasiswa
tersebut di bawah ini diperkenankan untuk melakukan pengambilan Kasus
sebagai laporan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) di tempat Bapak/Ibu
Pimpin.

Nama : Vivi Noorhidayah
NPM : 2314901210210
Semester : I (Satu)
Peminatan : Keperawatan Medikal Bedah
Data yang diperlukan : Data Status Pasien di Ruang Sakura

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.



Dekan

Solikin, Ns, M.Kep, SP.Kep, MD
NIK. 01.29071979018.003.002

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR POSISI SEMI FOWLER 45°
No	Prosedur Tindakan
1.	Konsep Posisi Semi Fowler 45° Pengertian: Posisi <i>semi fowler</i> atau posisi setengah duduk adalah posisi tempat tidur yang meninggikan batang tubuh dan kepala sebanyak 45°. Apabila klien dalam posisi ini, gravitasi menarik diafragma ke bawah, memungkinkan ekspansi dada dan ventilasi paru yang lebih besar (Kozier, 2014). Tujuan: 1. Memberikan rasa nyaman 2. Membantu mengatasi masalah kesulitan pernafasan dan kardiovaskuler 3. Untuk melakukan aktifitas tertentu
2.	Persiapan Alat 1. Bantal 2 atau 3 buah 2. Tissue 3. Bengkok 4. Stetoskop 5. Handscoon 6. Masker
3.	Orientasi 1. Mengucapkan salam 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
4.	1. Klien diberi penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan 2. Mencuci tangan 3. Memakai sarung tangan 4. Menaikkan klien, jika klien kooperatif: a. Perawat berdiri di sebelah kanan klien b. Memajukan klien untuk menekuk kedua lutut c. Tangan kanan perawat dibawah ketiak dan tangan kiri di belakang punggung klien dan pergelangan tangan kiri menyangga leher klien. d. Menganjurkan klien untuk mendorong badannya kebelakang dan menopang dengan kedua lengan. 5. Bila klien tidak kooperatif/tidak dapat membantu: a. 2 perawat berdiri di kedua sisi tempat tidur b. Masing-masing perawat merentangkan 1 tangan dibawah leher dan 1 tangan dibawah pangkal paha saling berpegangan.

	c. Mengajukan klien untuk meletakkan kedua tangan diatas perut d. Salah satu perawat memberikan aba-aba dan bersama-sama mengangkat klien ke atas 6. Menyusun bantal atau tempat tidur yang bisa dinaik turunkan dengan sudut 45⁰ 7. Memberikan posisi yang enak, letakkan bantal untuk menopang lengan kanan kiri Posisi Semi Fowler  8. Pasang selimut klien 9. Mencuci tangan 10. Catat tindakan yang telah dilakukan.
5.	Terminasi 1. Memberikan reinforcement positif 2. Buat kontrak selanjutnya 3. Akhiri kegiatan dengan baik 4. Mendokumentasikan hasil tindakan keperawatan.

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA
MEDIS CHRONIC HEARTH FAILURE DI RSUD dr. DORIS
SYLVANUS**



**OLEH:
VIVI NOORHIDAYAH
NPM: 2314901210210**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN
TAHUN AKADEMIK 2023/2024**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN**

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal pengkajian : 2 November 2023
Jam : Pkl. 09.00 WIB

I. DATA DEMOGRAFI

1. Biodata

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| - Nama (inisial) | : Ny. S |
| - Usia / tanggal lahir | : 12/11/1976 |
| - Jenis kelamin | : Perempuan |
| - Alamat | : Jl. Ramin 2, No. 2 |
| - Suku / bangsa | : Jawa/Indonesia |
| - Status pernikahan | : Janda |
| - Agama / keyakinan | : Islam |
| - Pekerjaan / sumber penghasilan | : ibu rumah tangga |
| - Diagnosa medik | : CHF, asites massif, |
| syndrome nefrotik | hypokalemia, hiperkoksitas |
| - No. medical record | : 243368 |
| - Tanggal masuk | : 30/10/2023 |
| - Penanggung jawab | |
| - Nama | : Tn. T |
| - Usia | : 23 tahun |
| - Jenis kelamin | : Laki-laki |
| - Pekerjaan / sumber penghasilan | : Perusahaan kontraktor |
| - Hubungan dengan klien | : Anak |

II. KELUHAN UTAMA:

Klien mengatakan merasa sesak seperti ngos-ngosan

III. RIWAYAT KESEHATAN

1. Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan sesak nafas yang dirasakannya sekarang kurang lebih sudah 7 hari terakhir, 3 hari terakhir sebelum masuk rumah sakit, nafas terasa berat dan sesak disertai batuk kadang-kadang. Pada tanggal 2 November 2023, klien direncanakan mendapat tindakan opendrainase asites.

2. Riwayat kesehatan lalu

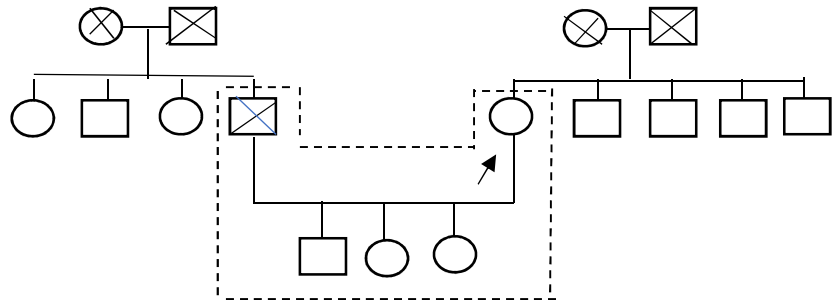
Klien mengatakan pada tahun 2016 klien mendapat tindakan operasi dengan tindakan fungsi fleura

.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat sakit yang sama dan penyakit turunan lainnya.

Genogram



Ket:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

→ : Klien

----- : Tinggal satu rumah

⌂ : Berpisah

⊗ : Meninggal

IV. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain dengan sangat baik dan lancar serta dapat menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat.

V. RIWAYAT SPIRITUAL

Sebelum sakit klien selalu beribadah. Selama di rumah sakit hanya beribadah di tempat tidur.

VI. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum klien tampak lemah. Kesadaran composmentis (GCS: 15 (E:4, V:5, M:6)). Terpasang Oksigen nasal kanul 4 liter
2. Tanda-tanda vital
 - Suhu : 36,7⁰C
 - Nadi : 86 x/mnt
 - Pernafasan : 32 x/mnt
 - Tekanan darah : 108/78 mmHg
 - SpO2 : 97%

3. Sistem pernafasan
 - Hidung : Tampak simetris, bersih, tidak ada secret, tidak ada polip, tidak ada perdarahan, terpasang oksigen nasal kanul 4 liter. Menggunakan otot bantu nafas tambahan: cuping hidung.
 - Leher : Tidak ada tampak pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pelebaran vena jugularis, mobilitas leher baik.
 - Dada : Simetris kiri-kanan, pengembangan/pergerakan dinding dada simetris, terdapat retraksi dinding dada minimal, tidak tampak adanya pembengkakan, tidak tampak adanya perlukaan. Terdapat suara nafas tambahan ronchi (minimal).
4. Sistem kardiovaskuler
 Konjungvita tampak anemis, bibir tampak pucat, saat di auskultasi suara jantung normal, capillary time > 2 detik, ictus cordis teraba di intercostal 4-5.
5. Sistem pencernaan
 - Tenggorak dan mulut : Fungsi menelan makanan normal, bibir kering, tidak ada gigi palsu, tidak ada nyeri saat menelan
 - Abdomen : Peristaltik usus normal, tidak ada nyeri tekan
6. Sistem indra
 - Mata : Penglihatan normal, tidak ada edema pada kelopak mata, sclera kekuningan, konjungvita tidak tampak anemis, pupil isokor, tidak mengalami pitosis, tidak adanya benjolan pada bola mata.
 - Telinga : Telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen, tidak ada tanda peradangan, tidak teraba adanya massa, fungsi pendengaran baik.
7. Sistem saraf
 - a. Fungsi cerebral : Klien sadar bahwa dia di rumah sakit, tingkat kesadaran composmentis GCS: E4V5M6
 - b. Fungsi kranial (saraf kranial I s/d XII) : Tidak ada gangguan ke 12 fungsi saraf kranial
 - c. Fungsi motorik (massa, tonus dari kekuatan otot) : Tidak ada gangguan fungsi motoric klien
8. Sistem musculoskeletal
 Bentuk kepala simetris nampak bersih, distribusi rambut normal, rambut tidak rontok, tidak ada nyeri tekan pada kepala. Pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstremitas.
 Kekuatan otot :

5	5
5	5

 Terdapat edema di kaki sebelah kanan derajat 2. Perut klien asites.
9. Sistem integumen
 Rambut terdistribusi normal, tampak bersih, warna kulit klien sawo matang, kuku tampak merah muda.

10. Sistem endokrin
Tidak tampak pembengkakan kelenjar tiroid
11. Sistem perkemihan
Tidak ada keluhan mengenai saluran kencing atau saat berkencing..
12. Sistem reproduksi
Tidak dilakukan pemeriksaan pada daerah genetalia
13. Sistem immune
Klien mengatakan tidak ada alergi makanan atau minuman atau obat-obatan.

VII. AKTIVITAS SEHARI-HARI

A. Kebutuhan Nutrisi

Klien mengatakan hanya memakan makanan rumah sakit sebanyak 5 sendok.

B. Kebutuhan Cairan

Klien mengatakan minum seperti biasanya, apabila merasa haus, baru minum air dalam kemasan. Intake minum 1500 ml/24 jam, parenteral : 1800 ml/24 jam.

C. Kebutuhan Eliminasi (BAB & BAK)

Klien mengatakan melakukan BAB/BAK dibantu keluarga ke toilet. BAB 3 kali sehari, konsistensi cair. Buang air kecil : 2000 ml/24 jam, Buang air besar : 100 ml/24 jam,

D. Perhitungan intake dan output cairan (balance cairan)

Perhitungan *balance* cairan klien:

Intake: minum 1500 ml/24 jam, parenteral : 1800 ml/24 jam.

Output: Buang air kecil : 2000 ml/24 jam, Buang air besar : 100 ml/24 jam,

Insensible Water Loss: 975 ml/24 jam

Sehingga *balance* cairan $3300 \text{ ml} - 3075 \text{ ml} = + 225 \text{ ml/24 jam}$.

E. Kebutuhan Istirahat Tidur

Tidak mengatakan tidak ada masalah gangguan tidur

F. Kebutuhan Olahraga:

Klien mengatakan jarang melakukan olah raga, selama sakit

G. Rokok / alkohol dan obat-obatan

Klien mengatakan mempunyai riwayat merokok.

H. Personal hygiene

Klien mengatakan melakukan perawatan diri dibantu oleh keluarga

I. Aktivitas / mobilitas fisik

Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas yang berat. Klien juga mengatakan bahwa aktifitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat. Klien lebih banyak berbaring selama sakit. Skala aktifitas 3 = memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain secara sederhana.

J. Rekreasi

Klien mengatakan ingin segera beraktifitas seperti biasanya.

VIII. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Tanggal Pemeriksaan:

- Pemeriksaan laboratorium tanggal 1/11/2023 :

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Glukosa puasa	119	70-130	mg/dl
Glukosa 2 jpp	157	140-190	mg/dl

- Pemeriksaan USG abdomen tanggal 31/10/2023: Ascites, volume relative banyak.
- Pemeriksaan foto Toraks AP tanggal 31/10/2023: Kardiomegali, DO: efusi pericardium, bendungan paru, efusi pleura bilateral.

IX. Therapy saat ini (tuliskan dengan rinci)

Nama Obat	Komposisi	Golongan Obat	Indikasi/Kontra-indikasi	Dosis	Cara Pemberian
Candesartan	Candesartan cilexetil	Angiotensin receptor blocker	- Indikasi candesartan adalah untuk penanganan hipertensi pada orang dewasa dan anak berusia ≥ 1 tahun, serta untuk penanganan gagal jantung pada orang dewasa. Kontraindikasi candesartan	Dosis candesartan yang digunakan akan bervariasi tergantung indikasi pengobatan, usia pasien, dan respons tekanan darah terhadap terapi	Tablet

			n adalah riwayat hipersensitivitas terhadap candesartan, pasien hamil/menyusui, anak berusia kurang dari 1 tahun, dan pasien diabetes mellitus yang juga menerima aliskiren. Peringatan khusus perlu diperhatikan saat memberikan candesartan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal, hipotensi, hiperkalemia, dan gangguan fungsi hati		
Spironolactone	Spironolactone 5%	Antidiuretik	- Indikasi pemberian spironolactone adalah hiperaldosteronisme, hipertensi, gagal	Penggunaan spironolactone pada kondisi terapi preoperasi jangka pendek pada pasien dengan	Tablet

			jantung dengan derajat New York Heart Association (NYHA) III dan IV, sirosis hepatis, penyakit ginjal kronis dan acne vulgaris (off label). - Kontraindikasi Anuria, gangguan ginjal dan hiperkalemia merupakan kontraindikasi penggunaan spironolactone. Peringatan utama pada penggunaan spironolactone adalah adanya kondisi hiperkalemia, sehingga evaluasi fungsi ginjal dan kalium darah perlu dilakukan.	hiperaldosteronisme primer diberikan dengan rentang dosis 100–400 mg per hari. Pada anak, berikan dosis 1–3 mg/kgBB perhari dalam dosis terbagi, dapat disesuaikan dengan respon dan toleransi pasien	
--	--	--	--	--	--

Atorvastatin	Atorvastatin	Antikolesterol	- Indikasi atorvastatin untuk hiperlipidemia - Kontraindikasi atorvastatin di antaranya pada anak usia di bawah 10 tahun, wanita hamil, dan menyusui	Dosis maksimal 20 mg dan dewasa dengan dosis inisial 10–20 mg, satu kali sehari	Tablet
--------------	--------------	----------------	---	---	--------

XI. ANALISIS DATA

No	Tanggal/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	02/11/2023 Pkl. 11.30 WIB	DS : - Klien mengatakan merasa sesak seperti ngos-ngosan DO : - Klien tampak lemah - Klien menggunakan otot bantu nafas tambahan: cuping hidung - Terdapat retraksi dinding dada minimal - Klien mendapat terapi oksigen (nasal kanul) sebanyak 4 liter/menit. - Terdapat suara nafas tambahan ronchi minimal. - TTV; TD: 108/78 mmHg, P: 32 x/mnt, N: 86 x/mnt, S: 36,7°C, SpO2 97%	Pengembangan paru tidak optimal	Pola nafas tidak efektif
2.	02/11/2023 Pkl. 11.30 WIB	DS: - DO: - Klien tampak berbaring di tempat tidur - Perut tampak asites - Kaki kanan terdapat edema derajat 2 - Pemeriksaan USG abdomen tanggal 31/10/2023: Ascites, volume relative banyak. - Pemeriksaan foto Toraks AP tanggal 31/10/2023: Kardiomegali, DO: efusi pericardium - <i>Intake</i> : minum 1500 ml/24 jam, parenteral : 1800 ml/24 jam. <i>Output</i> : Buang air kecil : 2000 ml/24 jam, Buang air besar : 100 ml/24 jam, <i>Insensible Water Loss</i> : 975 ml/24 jam. Sehingga <i>balance</i> cairan 3300 ml – 3075 ml = + 225 ml/24 jam.	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia
3.	02/11/2023 Pkl. 11.30 WIB	DS: - DO: - Klien tampak lemah - Konjungtiva tampak anemis	Penurunan kontraktilitas	Penurunan curah jantung

		- Bibir tampak pucat - Capillary time > 2 detik. - Pemeriksaan foto Toraks AP tanggal 31/10/2023: Kardiomegali, DO: efusi pericardium		
--	--	--	--	--

XII. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN (dibuat urutan/prioritas diagnosa yang harus diatasi terlebih dahulu)

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal
2. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi
3. Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas

XIII. PERENCANAAN KEPERAWATAN

No	No Diagnosa Keperawatan	Diagnosa	Nursing Outcome	Nursing Intervention	Rasional
1.	00057	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tidak ada gangguan nafas pada klien dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi, irama pernafasan dalam batas normal 2. Bernafas mudah 3. Ekspansi dada simetris 4. Tidak didapatkan penggunaan otot bantu pernafasan 5. Tidak ada suara nafas tambahan 6. Tidak ada dispnea 7. Tidak di dapatkan nafas pendek 8. Tidak ada fremitustaktil. 9. Tidak ada pernafasan pursed lips 10. Mendemonstrasikan batuk efektif	Observasi 1. Monitor kecepatan, irama dan kedalaman pernapasan Nursing/terapeutik 1. Buka jalan napas dengan tehnik chin lift atau jaw thrust 2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Lakukan fisiotherapi dada 4. Anjurkan pasien untuk melakukan batuk efektif 5. Posisikan untuk meringankan sesak napasnya Edukasi 1. Motivasi pasien untuk bernapas pelan,dalam,berputar dan batuk Kolaborasi	1. Mengetahui tingkat gangguan yang terjadi dan membantu dalam menentukan intervensi yang akan diberikan 2. Jalan napas pasien kembali lancar 3. Untuk melancarkan jalan napas pasien. 4. Membantu pernapasan dalam dan

			11. Suara nafas yang bersih 12. Tidak ada sianosis dan dyspneu 13. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) - Tanda tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).	1. Kolaborasi dalam pemberian oksigen -	melihat kedalaman pernapasan 5. Dapat memudahkan pasien dalam mengeluarkan sekret 6. Meningkatkan kemampuan batuk pasien sehingga sekret mampu dikeluarkan 1. Memungkinkan ekspansi paru lebih maksimal - Oksigen diberikan sesuai kebutuhan klien.
--	--	--	---	---	--

2.	00026	Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka hipervolemia menurun dengan kriteria hasil: 1. Terbebas dari edema, efusi 2. Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspnea 3. Terbebas dari distensi vena jugularis 4. Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal 5. Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan - Menjelaskan indicator kelebihan cairan	Observasi 1. Monitor intake dan output cairan 2. Memantau hasil lab yang relevan dengan retensi cairan 3. Pantau TTV 4. Memantau indikasi kelebihan cairan / terjadinya retensi 5. Menilai lokasi dan edema bila ada 6. Menentukan riwayat, jumlah, jenis asupan cairan dan eliminasi 7. Memantau serum dan nilai elektrolit urine yang sesuai Nursing/terapeutik 1. Pasang urine kateter jika diperlukan 2. Hitung berat badan yang sesuai dukasi 1. Menjaga asupan yang akurat dan catatan keluaran 2. Memberikan asupan cairan yang sesuai Kolaborasi 1. Berikan diuresis sesuai indikasi	1. Mengetahui keseimbangan cairan masuk dan keluar 2. Untuk memantau asupan yang masuk dan keluar 3. Untuk mengetahui jumlah cairan yang keluar serta memantau karakteristik dari urine klien 4. Untuk mengevaluasi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit klien 5. Untuk mengetahui
----	-------	---	--	--	---

					keadaa n umum klien 6. Untuk menget ahui tanda dan gejala kelebih an volume cairan 7. Untuk menget ahui lokasi dan derajat edema bila ada 8. Untuk membe rikan cairan yang tepat 9. Merang sang renal untuk mengel uarkan cairan dalam tubuh sehingg a memini malkan kelebih an
--	--	--	--	--	--

					cairan tubuh 10. Untuk mengetahui jumlah cairan yang masuk dan keluar 11. Untuk mengetahui berat badan ideal klien - Untuk mengevaluasi fungsi ginjal
3.	00029	Penurunan curah jantung berhubungan dengan penurunan kontraktilitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam penurunan curah jantung dapat teratasi, dengan kriteria hasil: 1. Tanda-tanda vital dalam batas normal 2. Nadi perifer kuat dan simetris 3. Bunyi jantung abnormal tidak ada 4. Kelelahan yang ekstrim tidak ada	Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor bunyi jantung 3. Monitor kulit terhadap pucat dan sianosis 4. Catat adanya disaritmia jantung 5. Monitor adanya dyspneu, fatigue, takipneu dan ortopneu 6. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat)	1. Perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang masalah vascular 2. S1 dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa.

			- Klien melaporkan penurunan dispnea, angina.	7. Monitor indikasi retensi cairan/kelebihan cairan (cracles, CVP, edema, distensi vena leher, asites) 8. Monitor berat pasien sebelum dan sesudah dialisis 9. Monitor status nutrisi, berikan cairan 10. Monitor warna dan jumlah Nursing/terapeutik 1. Palpasi nadi perifer 2. Berikan cairan IV pada suhu ruangan 3. Catat secara akurat intake dan output Edukasi 1. Berikan Pendidikan kesehatan mengenai gagal jantung pada pasien dan keluarga Kolaborasi - Kolaborasi pemberian diuretic sesuai indikasi	3. Penurunan curah jantung dapat menunjukkan nadi cepat hilang atau tidak teratur saat dipalpasi 4. Pucat menunjukkan menurunnya perfusi perifer terhadap tidak adekuatnya curah jantung. 5. Disaritmia yang mengancam hidup yang dapat terjadi sehubungan dengan ketidakseimbangan elektrolit 6. Terjadinya/teratainya gejala
--	--	--	--	--	--

					menunju kan status keseimb angan cairan. 7. Adanya pucat, nadi adekuat, kulit lembab mungkin berkaita n dengan penurua n curah jantung 8. Dapat mengindi kasikan gagal jantung, kerusaka n ginjal atau vascular. 9. Perubah an tiba- tiba pada berat badan menunju kan ganggua n keseimb angan cairan 10. Cairan dapat dibutuhk an untuk
--	--	--	--	--	---

					mencegak dehidrasi , meskipun pembatasan cairan diperlukan 11. Urine yang sedikit pekat karena adanya penurunan fungsi ginjal 12. Memenuhi kesimbangan cairan 13. Mengetahui adanya ketidakseimbangan pemasukan dan pengeluaran 14. Keluarga dan pasien mengetahui mengenai penyakit
--	--	--	--	--	---

					gagal jantung dan membantu proses penyembuhan. - Diuretik blok reabsorpsi diuretik, sehingga mempengaruhi reabsorpsi air.
--	--	--	--	--	---

XIV. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari /Tanggal: Kamis, 2 November 2023

No	Jam Tindakan	Nomor Daignosa NANDA	Tindakan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	Pkl. 13.00 WIB	00057	- Mengkaji keluhan klien - Mengobservasi keadaan umum dan TTV: - Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm) - Memonitor kedalaman dan upaya nafas - Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering): - Memberikan posisi semi fowler - Mengajarkan tarik napas dalam.	S: - Klien mengatakan merasa sesak nafas seperti ngos-ngos an O: - Keadaan umum: lemah, TTV; TD: 108/78 mmHg, P: 32 x/mnt, N: 86 x/mnt, S: 36,7⁰C, SpO2 97% - Klien terpasang Oksigen nasal kanul 4 lpm - Klien menggunakan otot bantu nafas tambahan cuping hidung - Ada saura nafas tambahan ronchi (minimal) - Retraksi dada (minimal) - Posisi klien <i>semi fowler 45⁰</i> A: - Masalah ketidakefektifan pola nafas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: - Mengkaji keluhan klien	Vivi Noorhidayah

				- Mengobservasi keadaan umum dan TTV: - Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm) - Memonitor kedalaman dan upaya nafas - Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) - Memberikan posisi <i>semi fowler</i> 45°	
2.	Pkl. 13.00 WIB	00026	- Mengidentifikasi tanda dan gejala hypervolemia - Mengidentifikasi penyebab hypervolemia - Memonitor status hemodinamik - Membatasi asupan cairan dan garam.	S: - O: - Ada suara nafas tambahan ronchi (minimal) - Perut tampak asites - Kaki kanan terdapat edema derajat 2 - Keadaan umum: lemah, TTV; TD: 108/78 mmHg, P: 32 x/mnt, N: 86 x/mnt, S: 36,7°C, SpO2 97% - Klien mehamami untuk	Vivi Noorhidayah

				membatasi minum. A: - Masalah hypervolemia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: - Mengidentifikasi tanda dan gejala hypervolemia - Mengidentifikasi penyebab hypervolemia - Memonitor status hemodinamik - Membatasi asupan cairan dan garam	
3.	Pkl. 13.00 WIB	00029	- Mengkaji keluhan klien - Memonitor keadaan umum dan TTV - Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam - Memposisikan pasien posisi nyaman.	S: - Klien mengatakan merasa sesak nafas seperti ngos-ngosan. O: - Keadaan umum: lemah, TTV; TD: 108/78 mmHg, P: 32 x/mnt, N: 86 x/mnt, S: 36,7°C, SpO2 97% - Posisi klien <i>semi fowler</i> 45° A: - Masalah penurunan curah jantung belum teratasi P: Lanjutkan intervensi:	Vivi Noorhidayah

				- Mengkaji keluhan klien - Memonitor keadaan umum dan TTV - Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam - Memposisikan klien posisi nyaman	
--	--	--	--	--	--

XIV. EVALUASI KEPERAWATAN (CATATAN PERKEMBANGAN/SOAP)

Evaluasi keperawatan hari ke-1

No	Hari/tanggal/Jam Evaluasi	Diagnosa Keperawatan	Respon Subjektif (S)	Respon Objektif (O)	Analisis Masalah (A)	Perencanaan Selanjutnya (P)	Paraf
1.	Kamis, 2 November 2023 Pkl. 09.30 WIB	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal	- Klien mengatakan merasa sesak nafas seperti ngos-ngosan	- Keadaan umum: lemah, TTV; TD: 110/80 mmHg, P: 30 x/mnt, N: 90 x/mnt, S: 36,6°C, SpO2 98% - Klien terpasang Oksigen nasal kanul 4 lpm - Klien menggunakan otot bantu nafas tambahan cuping hidung - Ronchi (minimal), Retraksi dada (minimal) - Posisi klien <i>semi fowler</i> 45°	- Masalah ketidakefektifan pola nafas belum teratasi	Intervensi dilanjutkan 1. Mengkaji keluhan klien 2. Mengobservasi keadaan umum dan TTV: 3. Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm) 4. Memonitor kedalaman dan upaya nafas 5. Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering): 6. Memberikan <i>semi fowler</i> 45°	Vivi Noorhidayah
2.	Kamis, 2 November	Hipervolemia berhubungan	- Klien mengatakan mengerti mengenai	- Ada suara nafas tambahan	- Masalah hypervolemia belum teratasi	Intervensi dilanjutkan: 1. Mengidentifikasi tanda	Vivi Noorhidayah

	ber 2023 Pkl. 10.30 WIB	dengan Gangguan mekanis me regulasi	pembatasan air minum	ronchi (minimal) - Perut tampak asites - Kaki kanan terdapat edema derajat 2 - Keadaan umum: lemah, TTV; TD: 110/80 mmHg, P: 30 x/mnt, N: 90 x/mnt, S: 36,6 ⁰ C, SpO2 98% - Klien memahami untuk membatasi minum.		dan gejala hypervole mia 2. Mengidenti fikasi penyebab hypervole mia 3. Memonitor status hemodinam ik 4. Membatasi asupan cairan dan garam	
3.	Kamis, 2 Novem ber 2023 Pkl. 11.30 WIB	Penuruna n curah jantung berhubun gan dengan penuruna n kontraktil itas	- Klien mengataka n merasa sesak nafas seperti ngos-ngos an	- Keadaan umum: lemah, TTV; TD: 110/80 mmHg, P: 30 x/mnt, N: 90 x/mnt, S: 36,6 ⁰ C, SpO2 98% - Posisi klien rebahan <i>semi fowler</i> 45 ⁰	- Masalah penurunan curah jantung belum teratasi	Intervensi dilanjutkan 1. Mengkaji keluhan klien 2. Memonitor keadaan umum dan TTV 3. Mempertah ankan tirah baring minimal 12 jam 4. Memposisi kan klien posisi nyaman	Vivi Noor hida yah

Evaluasi keperawatan hari ke-2

No	Hari/tanggal/Jam Evaluasi	Diagnosa Keperawatan	Respon Subjektif (S)	Respon Objektif (O)	Analisis Masalah (A)	Perencanaan Selanjutnya (P)	Paraf
1.	Jum'at 3 November 2023 Pkl. 09.30 WIB	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal	- Klien mengatakan merasa Nafas sudah agak nyaman, walaupun kadang bisa sesak lagi	- Keadaan umum: Baik, TTV; TD: 118/74 mmHg, P: 26 x/mnt, N: 92 x/mnt, S: 36,6 ⁰ C, SpO2 98% - Klien tampak tidak menggunakan selang oksigen - Klien tidak ada menggunakan otot bantu nafas tambahan seperti cuping hidung - Ronchi (minimal) - Tidak Nampak retraksi dada - Posisi klien <i>semi fowler</i> 45 ⁰	- Masalah ketidakefektifan pola nafas teratasi sebagian	Intervensi dilanjutkan 1. Mengkaji keluhan klien 2. Mengobservasi keadaan umum dan TTV: 3. Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm) 4. Memonitor kedalaman dan upaya nafas 5. Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering): 6. Memberikan <i>semi fowler</i> 45 ⁰	Vivi Noor hidayah
2.	Jum'at 3 November 2023	Hipervolemia berhubungan dengan Ganggua	-	- Ada suara nafas tambahan ronchi (minimal)	- Masalah hypervolemia belum teratasi	Intervensi dilanjutkan: 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala	Vivi Noor hidayah

	Pkl. 10.30 WIB	n mekanis me regulasi		- Perut tampak asites - Kaki kanan terdapat edema derajat 2 - TTV; TD: 118/74 mmHg, P: 26 x/mnt, N: 92 x/mnt, S: 36,6⁰C, SpO2 98%.		hypervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia 3. Memonitor status hemodinamik 4. Membatasi asupan cairan dan garam	
3.	Jum;at 3 Novem ber 2023 Pkl. 11.30 WIB	Penuruna n curah jantung berhubun gan dengan penuruna n kontraktil itas	- Klien mengatakan merasa Nafas sudah agak nyaman, walaupun kadang bisa sesak lagi	- Keadaan umum: Baik, TTV; TD: 118/74 mmHg, P: 26 x/mnt, N: 92 x/mnt, S: 36,6⁰C, SpO2 98%. - Posisi klien rebahan <i>semi fowler</i> 45⁰	- Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian	Intervensi dilanjutkan 1. Mengkaji keluhan klien 2. Memonitor keadaan umum dan TTV 3. Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam 4. Memposisikan klien posisi nyaman	Vivi Noor hida yah

Evaluasi keperawatan hari ke-3

No	Hari/tanggal/Jam Evaluasi	Diagnosa Keperawatan	Respon Subjektif (S)	Respon Objektif (O)	Analisis Masalah (A)	Perencanaan Selanjutnya (P)	Paraf
1.	Sabtu, 4 November 2023 Pkl. 09.30 WIB	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan pengembangan paru tidak optimal	- Klien mengatakan tidak merasa sesak	- Keadaan umum: Baik, TTV; TD: 123/92 mmHg, P: 24 x/mnt, N: 92 x/mnt, S: 36,6 ⁰ C, SpO2 99% - Klien tampak tidak menggunakan selang oksigen - Klien tidak ada menggunakan otot bantu nafas tambahan seperti cuping hidung - Ronchi (minimal) - Tidak Nampak retraksi dada - Posisi klien <i>semi fowler</i> 45 ⁰	- Masalah ketidakefektifan pola nafas teratasi sebagian	Intervensi dilanjutkan 1. Mengkaji keluhan klien 2. Mengobservasi keadaan umum dan TTV: 3. Memastikan O2 terpasang dengan benar dan memonitor aliran O2 (nasal kanul 4 lpm) 4. Memonitor kedalaman dan upaya nafas 5. Memonitor bunyi nafas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering): 6. Memberikan <i>semi fowler</i> 45 ⁰	Vivi Noor hidayah
2.	Sabtu, 4 November 2023	Hipervolemia berhubungan dengan Ganggua	- Klien mengatakan sudah membatasi asupan	- Ada suara nafas tambahan ronchi (minimal)	- Masalah hypervolemia belum teratasi	Intervensi dilanjutkan: 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala	Vivi Noor hidayah

	Pkl. 10.30 WIB	n mekanis me regulasi	cairannya/ minum	- Perut tampak asites - Kaki kanan terdapat edema derajat 2 - TTV; TD: 123/92 mmHg, P: 24 x/mnt, N: 92 x/mnt, S: 36,6⁰C, SpO2 99%.		hypervolemia 2. Mengidentifikasi penyebab hypervolemia 3. Memonitor status hemodinamik 4. Membatasi asupan cairan dan garam	
3.	Sabtu, 4 Novem ber 2023 Pkl. 11.30 WIB	Penuruna n curah jantung berhubun gan dengan penuruna n kontraktil itas	- Klien mengatakan tidak merasa sesak	- Keadaan umum: Baik, TTV; TD: 123/92 mmHg, P: 24 x/mnt, N: 92 x/mnt, S: 36,6⁰C, SpO2 99%. - Posisi klien rebahan <i>semi fowler</i> 45⁰	- Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian	Intervensi dilanjutkan 1. Mengkaji keluhan klien 2. Memonitor keadaan umum dan TTV 3. Mempertahankan tirah baring minimal 12 jam 4. Memposisikan klien posisi nyaman	Vivi Noor hida yah

JADUAL PRAKTIK STUDI KASUS KLIN

NO	HARI/TANGGAL	TTD PRESEPTOR KLINIK
1	Kamis / 2 September 2023	 Dr. Pradisna S. Lestari
2	Jumat / 3 September 2023	 Dr. Pradisna S. Lestari
3	Sabtu / 4 September 2023	 Dr. Pradisna S. Lestari

BIMBINGAN KIAN

Pembimbing I : Dewi NurhanisFau, Mers., M. Kep.

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Dosen Pembimbing
1	6 September 2024	TAHAP PERSIAPAN • Tim • Bab I latar belakang	
2	16 September 2024	TAHAP PERSIAPAN • Bab I • Jurnal untuk mendukung Bab I • Jurnal per tahun 2018	
3	24 January 2024	TAHAP PRAKTIK • Bab II	
4	29 January 2024	TAHAP PRAKTIK Bab II Konsep secara teoritis Rencana keperawatan nursing dan pengkajian sampai evaluasi	

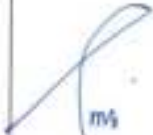
BIMBINGAN KIAN

Pembimbing I : Dewi Nur Hanifah, MEd., M. KIP

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Dosen Pembimbing
5		TAHAP PRAKTIK Bag 2 Sistem dan penyakitannya/ Rongga mulut	
6		TAHAP PENULISAN Bag 2 Jad. konsil dengan laporan kajian dan hasil dr Penelitian sampai evaluasi adalah konsep Termini City	
7	1 Maret/20	TAHAP PENULISAN Bag 2 (Laporan) [Revisi]	
8	15/5/20	TAHAP PENULISAN Bag 1 Bag 1 Bag 1 Bag 1 Bag 1	

BIMBINGAN KIAN

Pembimbing II : Anita Anggrahita - UG / 19-028

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Dosen Pembimbing
1	4/1 April 2019	TAHAP PERSIAPAN - Bab I - Tema 1	 Anita A
2	11/ April 2019	TAHAP PERSIAPAN - Kuis Materi - Bab I, Bab II, Bab III, Bab IV - Bab V	 Anita A
3	April 2019	TAHAP PRAKTIK Bab : I Materi 1, 2, 3, 4, 5 Materi yg dilaksanakan (identifikasi)	 Anita A
4		TAHAP PRAKTIK Bab 2 Semua judul yg ada dikhusus di konsep	 Anita A

BIMBINGAN KIAN

Pembimbing II : Anita Angeliha, S.Pd, M.Pd

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Dosen Pembimbing
9	7/5/24	1.5 (mengirimkan hasil)	Anita
10	6/5/24	ACC. mempersiapkan maju kisan	Anita
11			
12			