# Lampiran 1

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS LEMBAR KONSULTASI**

# STIKES SUAKA INSAN BANJARMASIN LEMBAR KONSULTASI TAHAP II STASE KEPERAWATAN

**KOMPREHENSIF**

# PRODI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS ANGKATAN XIII T.A 2023/2024

**Nama : Sartika Juniarti, S. Kep**

# NIM : 113063J123079

**Judul Laporan : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Kardiovaskuler Dengan Masalah Keperawatan Penurunan Curah jantung Pada Ny. R di ruang perawatan Anggrek RSUD Puruk Cahu.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Tanggal/Waktu** | **Materi Konsultasi** | **Saran** | **Paraf Preseptor Akademik** |
| 1 | Kamis, 11 Juli2024 | Askep | 1. Catatan-catatan di komentar diperhatikan dan diperbaiki lagi
2. Sesak yang bagaimana diperjelas
3. Lengkapi data urine out putnya, sebagai acuan untuk menentukan diagnosa
4. Tambahkan hasil rotgen dan EKG yang tidak normal
5. Pada implementasi menggunakan bahasa sesuai dengan intervensi yang dilakukan
6. Pada intervensi dipilih mana yang akan menggunakan Evidence Based untuk membantu pernapasan, berdasarkan jurnal

yang telah dicari. |  |
| 2 | Senin, 15 Juli2024 | Revisi Askep | ACC lanjut ke BAB berikutnya |  |
| 3 | Senin, 15 Juli2024 | BAB I | 1. untuk di Latar belakang dimasukkan angka kejadian penyakit dari Indo, kalteng, kota dan rs.
2. utk rumusan masalah : berdasarkan masalah pada studi kasus ini adalah bagaimanakah asuhan keperawatan Ny,R(isi sesuai judul) tujuan khusus juga
3. Keaslian Penelitian boleh menggunakan jurnal juga boleh menggunakan Askep

sebelumnya |  |
| 4 | Rabu, 17 Juli 2024 | BAB I dan 2 | 1. Pada latar belakang ditambahkan dampak dari pneumonia bila tidak tertangani.
2. Tujuan Umum diperjelas tujuannya apa?
3. BAB II Ok
4. Silakan Lanjut ke BAB berikutnya
 |  |
| 5 | Rabu, 17 Juli 2024 | BAB III | Untuk bab 31. Silahkan dinarasikan terkait pengkajian, fokus dg yg memang menunjang diagnosa yg diangkat jd yg normal tidak perlu dimasukan |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6 | Rabu,17 Juli 2024 | BAB IV | Untuk Bab 41.pembahasan di Bab 4 ditambahkan pengkajian,semua data pengkajian tidak normal dimasukkan |  |

# Lampiran 2

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY R DENGAN

DIRUANG ANGGREK RSUD PURUK CAHU

# PENGKAJIAN

* 1. Identitas Pasien
		1. Nama : Ny.R
		2. Umur : 55 thn
		3. Jenis kelamin : Perempuan
		4. Pendidikan : SMP
		5. Pekerjaan : IRT
		6. Agama : Islam
		7. Suku/Bangsa : Jawa
		8. Alamat : Jln. Tumenggung Silam puruk cahu
		9. Ruangan dirawat : Anggrek
		10. Tanggal Masuk RS : 08-07-2024
		11. No. Register 048145
		12. Diagnosa Medis : CHF + EDEMA PARU
		13. Dokter yang merawat : dr, H.R.S, Sp.PD

.2. Riwayat Penyakit

a.Keluhan utama

Pasien mengatakan bernafas masih terasa sesak,perut dan kaki masih bengkak

1. Riwayat penyakit sekarang

Senin,08 Juli 2024,pasien datang k IGD di antar anaknya dengan keluhan Sesak,sakit pinggang perut dan kaki membengkak.sehari sebelum masuk RS pasien datang k poli penyakit dalam karena sesak.Sesak memberat dirasa sejak pagi tadi, Sesak memberat jika pasien beraktivitas,k toilet dan Ke kamar mandi,apalagi jika pasien berbaring,sehingga jika berbaring menggunakan 2 bantal. Sesak dibarengi dengan perut membesar dan kaki bengkak sejak 2 hari ini.Batuk berdahak sejak 2 hari sebelum masuk rumah Sakit. Pasien tampak lemas, tidak bisa berjalan hari ini,BAK hanya sedikit sedikit selama 4 hari ini. Hasil pengkajian Di IGD Suhu : 36,6 C, TD:176/81 mmHg,N: 99x/Menit,RR: 24x/menit,BB : 90 kg.

1. Riwayat penyakit dahulu

DM,dan HT.sering bolak balik k poli penyakit dalam untuk cek gula daarah dan Hipertensi.

1. Riwayat penggunaan Obat :Amlodipin,candersartan,Clopidogril 1x75 mg,Furosemid tab,Gabapentin 2x100 mg,Novorapid 3x10 unit,Mecobalamin Riwayat penyakit keluarga.



1. Riwayat sosial
2. Pola Komunikasi

Pasien mampu berkomunikasi dengan baik, pasien menggunakan bahasa yang mudah dimengerti

1. Orang yang dapat memberikan rasa nyaman

Pasien mengatakan semua anggota keluarga memberikan rasa nyaman pada pasien, terutama anak yang selalu mendampinginya baik saat sehat maupun saat sakit seperti sekarang ini

1. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Pasien mengatakan pada saat sehat sering menemui keluarganya, dan sering berkumpul dengan warga dan masyarakat

1. Pemeriksaan Fisik
	1. Keadaan Umum
2. Kesadaran GCS(E=4,V=5,M=6) composmentis
3. Tanda-Tanda Vital TD : 140/80 mmHg

S : 36,60C

RR : 20x/menit

N : 89x/menit SPO2 : 98%

* 1. Head to toe
1. Kepala

Inspeksi :Rambut tampak pendek dan beruban, kulit kepala bersih tidak ada ketombe, rambut tidak mudah dicabut. Tidak ada lesi dan odema pada kulit kepala

Palpasi : Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan

1. Mata

Inspeksi : bentuk simetris, konjungtiva merah muda, sclera kemerahan, kelopak mata tidak ada odema, reflek pupil baik, tidak mengunakan alat bantu penglihatan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

1. Hidung

Inspeksi : bentuk simetris, lesi tidak ada, secret tidak ada, penciuman baik.

1. Telinga

Inspeksi : Telinga tampak simetris kiri dan kanan, bersih tidak ada serumen,tidak ada tanda-tanda infeksi dan pendengaran normal, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

1. Mulut

Inspeksi : mukosa bibir lembab, gusi tidak berdarah, gigi lengkap, tidak ada pembesaran tonsi, kebersihan cukup.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

1. Leher

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, pembesaran tiroid tidak ada

Palpasi : nyeri tekan tidak ada, pembesaran kelenjar tidak ada, distensi vena jugularis tidak ada.

1. Thorak
	1. Paru-paru

Inspeksi : bentuk dada simetris, retraksi otot dada tidak ada Auskultasi : bunyi napas normal, tidak ada suara napas tambahan Perkusi : suara paru sonor

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

* 1. Jantung

Inspeksi : iktuskordis tidak tampak

Auskultasi : suara jantung S1 S2 tunggal reguler Perkusi : terdengar pekak ,ronki +/+

Palpasi : ictuscordis teraba disebelah medial linea midclavikula sinistra

1. Abdomen :

Inspeksi : Abdomen tampak membesar kiri kanan dan tidak ada lesi, tidak ada bekas operasi, dan warna kulit tidak merata

Auskultasi : Bising usus normal 5x/ Menit Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada epigastrium Perkusi : Tympani disemua kuadran

1. Ekstremitas
	1. Atas

Simetris kiri dan kanan, integritas kulit baik, ROM aktif,pasien bedrest. Pasien terpasang IVFD Femflon di tangan kanan sebelah lengan bawah, ADL pasien dibantu,kelainan jaringan tidak ada,kulit teraba dingin pada ektrmitas bawah,teraba hangat pada ektrimitas atas,edema tangan dan kaki (+)

* 1. Bawah

Inspeksi : kaki tampak membengkak kiri dan kanan, integritas kulit baik, CRT 2s kekuatan otot lemah ada edema, tidak ada lesi.

1. Genetalia : jenis kelamin perempuan, ada terpasang kateter.
2. Anus : tidak teramati 4.Pola Gordon

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sebelum sakit dirumah | Sesudah sakit di RS |
| a. Persepsi terhadap kesehatan – manajemenkesehatan | Sebelum pengkajian pasien mengatakan dirinya sering mengkonsumsi obat pereda nyeri dan jamu karena badannya yang sering pegal-pegal, pasien juga | Saat pengkajian pasien merasa cemas dengan penyakitnya tetapi tetap menerima keadaannya dan mempercayakan kepada tim medis untuk kesembuhannya |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit maag |  |
| b. Pola aktivitas dan latihan | Sebelum pengkajian pasien mengatakan bisa melakukan aktivitas sehari-sehari. | Saat pengkajian pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya, pasien tampak lemas dan tidur ditempat tidurnya saja. |
| c. Pola istirahat dan tidur | Sebelum sak pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pola tidur 7-8 jam/ hari. | Saat pengkajian pasien mengatakan bisa tidur asal posisi setengah duduk . |
| d. Pola nutrisi | Sebelum pengkajian pasien mengatakan makan seperti biasa 3x1 sehari dengan menu nasi, lauk, dan sayur. | Saat pengkajian pasien mengeluh mengalami penurunan nafsu makan, mual/muntah setiap ada makanan yang masuk. |
| e. Pola eliminasi | BAK : sebelum pengkajian mengatakan biasa BAK 5-7 kali sehari kurang lebih 1200 cc.BAB : sebelum pengkajian pasien mengatakan biasa BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, agakpadat, tidak berlendir, warna | Pasien terpasang kateter |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | kuning, kecoklatan dan bau khas feses |  |
| f. Pola kognitif – perceptual | Sebelum pengkajian pasien bisa berkomunikasi dengan baik dan bisa mengambil keputusan dalam keluarga | Saat pengkajian pasien dan keluarga banyak bertanya tentang sakitnya saat ini |
| g. Pola konsep diri | Sebelum pengkajian pasien mampu mengenali dirinya sebagai seorang ibu rumah tangga dengan 3 orang anaknya. | Pasien menyadari dirinya sedang sakit dan membutuhkan perawatan dari tim medis |
| h. Pola koping | Sebelum pengkajian pasien mengatakan bila ada masalah selalau membicarakan dengan keluarganya | Saat pengkajian pasien merasa tidak berdaya dengan penyakitnya saat ini, namun tetap mempercayakan pada tim medis untuk kesembuhannya |
| i. Pola seksualitas – reproduksi | sebelum pengkajian tidak ada masalah dalam pola seksualitas pasien | - |
| j. Pola peran – hubungan | Sebelum pengkajian pasien mengatakan pasien mampu berinteraksi dan mengenal lingkungan dengan baik, pasien ramah dengan keluarga dan lingkungan sekitarnya. | Pasien berinteraksi dengan perawat, dokter dan sesama pasien di RS. Pasien senang berinteraksi dengan lingkungan disekitar ruang rawatnya. |
| k. Pola Nilai Kepercayaan | Pasien percaya terhadap Tuhan Yang Maha EsaSebelum sakit pasien biasa sembahyang dimasjid atau dirumah | Saat pengkajian pasien hanya bisa berdoa ditempat tidur. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| l. Pemeriksaan Syaraf (khusus Ruang Syaraf) | - | - |

1. Pemeriksaan Penunjang
	1. Pemeriksaan Radiologi pada tanggal 09 Juli 2024 didapatkan data yaitu :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **Hasil** | **Satuan** | **Nilai Rujukan** |
| Darah Rutin |  |  |  |
| Lekosit | 11.600 | /cmm | 4.000 – 10.000 |
| Eritrosit | 3,6jt | /cmm | 3,5 – 5,0 |
| Hemoglobin | 10,5 | g/dl | 11,0 – 15,0 |
| Hematokrit | 31 | % | 37 - 47 |
| MCV | 86 | Fl | 80 – 100 |
| MCH | 29 | Pq | 27 -34 |
| MCHC | 34 | % | 32 – 36 |
| Trombosit | 191 | Rb/cmm | 150 -450 |
| Basofil | 0 | % | 0 – 1 |
| Eosinofil | 0 | % | 1 – 3 |
| Stab | 0 | % | 2 – 4 |
| Segmen | 71 | % | 50 - 70 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Limfosit | 26 | % | 20 -40 |
| Monosit | 3 | % | 2 - 7 |
| GDS | 126 | Mg/dl | 200 |
| Natrium | 145 | Mmol/L | 136-145 |
| Kalium | 4,8 | Mmol/L | 3,5-5,1 |
| Chloride | 108 | Mmol/L | 97-111 |
| Urine lengkap | 17 | U/L | s/d 42 |
| ProteinEritrositLekosit Silinder | (+)40-10-2Hialin 1-2 |  | 0* 1. /LBP
	2. /LBP

0 |

* 1. Pemeriksaan X-Ray Thorax AP tanggal 09 Juli 2024 : Klinis : nyeri ulu hati
* Cor : ukyran membesar (CTR 66%)
* Trachea : Normal ditengah
* Pulmo : tak tampak infiltrate/nodul, cepalisasi phenomene(+)
* Hilus : kanan kiri superposisi
* Sinus phrenicostalis : kanan tajam kiri tajam
* Diafragma: kanan kiri normal
* ICS : kanan kiri normal
* Tulang-tulang : tak tampak kelainan/fraktur Kesimpulan : Cardiomegali dengan congestive pulmonun

2. Pemeriksaan EKG pasien

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tanggal | Ruang | Hasil |
| 9 Juli 2024 | Anggrek | Sinus 95x/menit T inv V4-V6 LVH |
| 10 Juli 2024 | Anggrek | Sinus Takikardi 105x/menit Tinv V4-V6 LVH |
| 11 Juli 2024 | Anggrek | Sinus 90x/menit T inv V4-V6LVH |

1. Terapi Obat

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medikasi | Dosis | Indikasi |
| Inj.Novaravid | 3x8 ui | Untuk menuerunkan gula darah 10-20 menit setelah disuntikan kedalam tubuh |
| Metformin | 3x500 mg | Menurunkan kadar gula darah padapebderita diabetes |
| Inj.furosemid | 2x1 amp | Membuang cairan berlebih didalamtubuh |
| Amlodipine | 1x10 mg | Untuk mengatasi hipertensi atautekanan darah tinggi |
| Clopidogrel | 1x75 mg | Untuk mencegah kejadian aterotrombosis pada penyakit jantung coroner terutama pada sindromcoroner akut,stroke,dan pada pada penyakit arteri perifer |
| candersartan | 1x16 mg | Untuk menangani hipertensi pada orang dewasa,serta untuk menanganigagal jantung pada orang dewasa |
| Bicnat | 3x500 mg | Untuk mengatasi asidosis metabolic,yaitu suatu kondisi Dimanaada terlalu banyak asam dalam cairan tubuh. |

b. Analisa data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data Subjektif | Data Objektif | Masalah |
| - Klien mengatakan dada masih sesak saat bernafas | * Keadaan umum lemah
* Tampak pucat
* Batuk
* Sesak RR : 30
* Suara nafas tambahan
* Terpasang O2 2- 3 L/menit
* Posisi semifowler.
	+ TD : 150/78mmHg
	+ N : 110x/menit
	+ R : 30x/menit
	+ S : 36.7ºC
	+ Spo2 : 98 %
 | Penurunan curah jantung |
| DS:Pasien mengatakan terasa lelahDO:* Pasien tirah baring saat berada di Rumah sakit
* Aktivitas ADL dibantu oleh keluarga
 | * TTV:
	+ TD : 158/78mmHg
	+ N : 98x/menit
	+ R : 28x/menit
	+ S : 36.7ºC

Pasien tampak lemah | Intoleransi aktivitas |
| - Pasien mengatakan sesak | * Edema anasarka

+* Hasil foto thorax
 | Hipervolemia |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | :cardiomegali dan Congestive pulmonun* CTR >3 detik
* Ronkhi +/+ minimal
* Intake cairan jam 06.00-09.00

200 cc* Output jam

09.00 50 cc- Balance cairan:-50 cc |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | SDKI | SLKI | SIKI |
| 1 | Penurunan curah jatung b/d perubahan kontraktilitas | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka sesak berkurangKode: L.02008 menurun dengan kreteria1. Keluhan sesak berkurang
2. Suara nafas tambahan tidak ada
3. Frekuensi nafas normal
4. Pola nafas teratur
5. Tidak ada edema
6. Dipsnea menurun
 | Observasi:1. monitor tekanan darah
2. Monitor Intake dan out put caira
3. monitor saturasi oksigen

Terapeutik:a.Pertahankan tirah baring minima jamb.Posisikan semi fowler atau fowle c.Lakukan fisioterapi dada jika per d.Berikan oksigen jika perlu Edukasi:a. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hariKolaborasia. Kolaborasi pemberian antiplatele |
| 2 | - Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan anatara suplai dan kebutuhan oksigen | Setelah diberikan asuhan keperawatan 3x24 jam Ekspetasi : Meningkat Dengan indikator kriteria hasil:1. Frekuensi nadi cukup meningkat
2. Saturasi oksigen cukup meningkat
3. Kemudahan dalam melakukan aktivitas cukup meningkat
4. Keluhan lelah cukup

menurun | Manajemen Energi Observasi1. Mengidentifikasi mengenai toleransi dalam beraktivitas
2. Monitor kelelahan fisik
3. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik
4. Sediakan lingkungan yang nyam dan rendah stimulus
5. Lakukan latihan gerak aktif/pas
6. Berikan posisi yang nyaman
7. Fasilitasi duduk di sisi tempat t Edukasi
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Dispnea saat aktivitas cukup menurun
2. Dispnea setelah aktivitas cukup menurun
3. Jarak berjalan cukup meningkat
4. Perasaan lemah cukup menurun
5. Tekanan darah cukup membaik
6. Frekuensi napas cukup

membaik | 8. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap |
| 3 | Hipervolemi b/d kelebihan asupan cairan (D0022) | Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam,maka keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil1. Edema menurun
2. Haluaran urin meningkat
3. Tekanan darah membaik
 | Perawatan jantung Observasi :1. Identifikasi tanda dan gejal hypervolemia (misal ortopnea,dyspnea,edema,su nafas tambahan.)
2. Identifikasi penyebab hypervolemia.
3. Monitor status hemodinam (Misal frekuensi jantung,tekanan darah)

Teraupetik :1. Batasi asupan cairan dan garam
2. Tinggikan kepala tempat tidur 30 derajat.

Edukasi1. Ajarkan pasien dan keluarga Mengukur intake dan out put caira harian |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/tanggal/jam** | **No.Dx kep.** | **Tindakan Keperawatan** |  |
| 1. | Rabu, 10 Juli202410.00 | 1 | 1. Mengobservasi KU dan TTV pasien
2. Memonitor tekanan darah
3. Memonitor intake input 200cc
4. Memonitor saturasi oksigen 98%,nasal kanul 4 lpm
5. Memposisikan semi fowler atau fowler
6. Memonitor urine out put pasien 150cc
7. Menganjurkan membatasi asupan cairan
8. Mengajarkan teknik nafas pursed lip breating
	1. Mengidentifikasi mengenai toleransi dalam beraktivitas
	2. Monitor kelelahan fisik
	3. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik
	4. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus
	5. Lakukan latihan gerak aktif/pasif
 |  |
|  |  |  | l |
|  |  |  | t |
|  |  |  | l |
|  |  | 2 |  |
|  | Rabu, 10 Juli202410.00 |  | t |
|  |  |  | t |
|  |  |  | l |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Rabu , 10 Juli 202410.00Kamis, 11 Juli202409.00Kamis, 11 Juli202409.00 | 312 | 1. Berikan posisi yang nyaman
2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur Edukasi
3. mengannjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
4. Memonitor tekanan darah
5. Memonitor intake dan output cairan
6. Memonitor saturasi oksigen
7. Memonitor keluhan dada
8. Memposisikan posisi pasien semifowler atau fowler
9. Memberikan oksigen untuk mempertahan kan saturasi.
10. Mengajarkan kepada keluarga dalam pembatasan cairan input
11. Kolaborasi pemberian obat anti aritmia
12. Memonitor tekanan darah
13. Memonitor intake dan output cairan
14. Memonitor saturasi oksigen
15. Memonitor keluhan dada
 | * Ha car con
* Ro
* Int 12.
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Kamis, 11 Juli202409.00Jumat , 12 Juli 202409.00 | 312 | 1. Memposisikan posisi pasien semifowler atau fowler
2. Memberikan oksigen untuk mempertahan kan saturasi.
3. Mengajarkan kepada keluarga dalam pembatasan cairan input
4. Kolaborasi pemberian obat anti aritmia
5. Mengidentifikasi mengenai toleransi dalam beraktivitas
6. Monitor kelelahan fisik
7. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik
8. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus
9. Lakukan latihan gerak aktif/pasif
10. Berikan posisi yang nyaman
11. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur Edukasi
12. mengannjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
13. Memonitor tekanan darah
14. Memonitor intake dan output cairan
15. Memonitor saturasi oksigen
16. Memonitor keluhan dada
17. Memposisikan posisi pasien semifowler atau fowler
18. Memberikan oksigen untuk mempertahan kan saturasi.
19. Mengajarkan kepada keluarga dalam pembatasan cairan input
 | ltt l* Ha car con
* Ro
* Int 12.
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 3 | 8. Kolaborasi pemberian obat anti aritmia1. Memonitor tekanan darah
2. Memonitor intake dan output cairan
3. Memonitor saturasi oksigen
4. Memonitor keluhan dada
5. Memposisikan posisi pasien

s emifowler atau fowler1. Memberikan oksigen untuk mempertahan kan saturasi.
2. Mengajarkan kepada keluarga dalam pembatasan cairan input
3. Kolaborasi pemberian obat anti aritmia
4. Mengidentifikasi mengenai toleransi dalam beraktivitas
5. Monitor kelelahan fisik
6. Monitor pola dan jam tidur Terapeutik
7. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus
8. Lakukan latihan gerak aktif/pasif
9. Berikan posisi yang nyaman
10. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur Edukasi
11. mengannjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
 | ltt l--- |

# Evaluasi keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Memonitor tekanan darah
2. Memonitor intake dan output cairan
3. Memonitor saturasi oksigen
4. Memonitor keluhan dada
5. Memposisikan posisi

pasien semifowler atau fowler1. Memberikan oksigen untuk mempertahan kan saturasi.
2. Mengajarkan kepada keluarga dalam pembatasan cairan input
3. Kolaborasi pemberian obat anti aritmia
 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Waktu | Masalahkeperawatan | SOAP | TTD |
| 13 Juli2024 | Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas | S : pasien mengatakan sudah tidak sesak lagiO :sudah tidak ada suara nafas tambahan* Decreasead LV systolic Function
* Nadi 88x/menit RR:18x/menit,Tensi 120/80mmhg

A :- Masalahteratasi |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dx 2 | Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan oksigen | P: Intervensi dilanjutkanS: pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi ketikaberaktivitas |  |

**Lampiran 3**

Foto Saat pengkajian :



