

## Lampiran 1

### SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Retno Setyawati, M.Kep, Sp.KMB

NIDN : 0613067403

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang, sebagai berikut:

Nama : Riska Anggi Pratiwi

NIM : 48901700058

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa *Congestive Heart Failure (Chf)* Diruang Baitulizzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 10 Mei 2020

Pembimbing



Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB

NIDN.0613067403

## Lampiran 2

### SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Retno Setyawati, M.Kep, Sp.KMB

NIDN : 0613067403

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang, sebagai berikut:

Nama : Riska Anggi Pratiwi

NIM : 48901700058

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An. S Dengan Bronkopneumonia Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Februari 2020 sampai dengan ..... bertempat di Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang . Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 10 Mei 2020

Pembimbing



Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB

NIDN.0613067403

### Lampiran 3

#### LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

#### MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN

#### FIK UNISSULA

2020

NAMA MAHASISWA : Riska Anggi Pratiwi

JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa  
*Congestive Heart Failure (Chf)* Diruang Baitulizzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan  
Agung Semarang

PEMBIMBING : Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB

HARI/TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAM PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
9 Maret 2020	Judul KTI	<ul style="list-style-type: none"><li>- Judul sudah sesuai dengan kasus</li><li>- Penambahan &amp; penempatan kata sesuai</li></ul>	
12 Maret 2020	Penambahan materi di Askep	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sesuaikan data askep dengan kondisi pasien</li><li>- Dikaji lebih dalam lagi</li><li>- Penambahan data penunjang</li></ul>	
16 Maret 2020	Bab I (Latar belakang) & ASKEP	<ul style="list-style-type: none"><li>- Menambahkan prevalensi atau angka kejadian</li><li>- Menambahkan peran perawat, alasan intervensi yang diangkat</li><li>- Menambahkan beberapa referensi</li></ul>	

		<p>dari berbagai sumber jurnal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penambahan pengkajian dan data penunjang</li> </ul>	
23 Maret 2020	Bab I (Latar belakang, tujuan dan manfaat) & ASKEP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penambahan prevalensi, penambahan intervensi yang sesuai</li> <li>- Penggunaan kata di tujuan dan manfaat disesuaikan</li> <li>- Pengetikan ASKEP di lembar KTI harus disesuaikan</li> </ul>	
2 april 2020	Bab II , III dan IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbanyak ambil sumber dari buku</li> <li>- Bab III disesuaikan ASKEP Asli</li> <li>- Perbaiki pembahasan di pengkajian, diagnosa dan intervensi</li> <li>- Tambahkan alasan yang jelas pada diagnosa</li> <li>- Penggunaan kata di intervensi diperjelas</li> </ul>	
15 April 2020	Bab II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambil materi yang penting dan dipersingkat</li> </ul>	

4 Mei 2020	Bab III & IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penambahan data ASKEP di KTI masih ada yang kurang, dtambah lagi</li> <li>- Penggunaan alasan pada diagnosa belum jelas</li> <li>- Fokus intervensi kurang jelas</li> </ul>	
8 Mei 2020	Bab V	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesimpulan mencangkup semua materi dan dipersingkat</li> </ul>	
9 Mei 2020	Cek turnitin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki kembali Bab I sampai IV yang masih tinggi plagiarismenya</li> </ul>	
10 Mei 2020	PPT KTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masukan data-data yang penting saja, singkat dan jelas.</li> </ul>	
2 Oktober 2020	ACC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyiapkan syarat-syarat wisuda</li> </ul>	

6 Oktober 2020	Cek Turnitin	- Perbaiki kembali Bab I sampai IV yang masih tinggi plagiarismenya	
8 Oktober 2020	Cek Turnitin	- Turnitin <25%	

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)  
DI RUANG BAITULIZZAH I RUMAH SAKIT ISLAM  
SULTAN ABUNG SEMARANG



DISUSUN OLEH :  
RICKA ANGGI PRATIWI  
48901900058

10/5/20  
Untuk Chafidhah  
Aa dg perbaikannya!

PROGRAM STUDI III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN ABUNG  
SEMARANG  
2020

## A. Pengkajian Keperawatan

### 1. DATA UMUM

#### a. Identitas Klien

Nama : Nly. S  
Umur : 82 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Pendidikan : Tidak sekolah  
Suku/Bangsa : Jawa  
Alamat : Purwodari, Sayung  
Diagnosa Medis : CHF  
Tanggal Masuk : 24/02/2020

#### b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Th. A  
Umur : 50 tahun  
Jenis Kelamin : Laki-Laki  
Agama : Islam  
Pendidikan : SI  
Alamat : Purwodari, Sayung  
Hubungan dengan klien : Anak kandung

#### c. Keluhan Utama

Pasien dibawa ke rumah sakit karena sesak napas

#### d. Status Kesehatan saat ini

Pasien dibawa ke rumah sakit karena pasien mengeluh sesak napas, keringat dingin pada malam hari kemudian oleh keluarga dibawa ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Pasien memiliki riwayat diabetes mellitus tetapi tidak diketahui sebelumnya oleh keluarga maupun pasien sendiri, karena pasien tidak pernah cek sebelumnya. Tiba-tiba saat direk di rumah sakit gula darah pasien 400 mg/dl. Pasien juga memiliki riwayat hipertensi. Sebelumnya pasien dirawat 1x 3 hari.

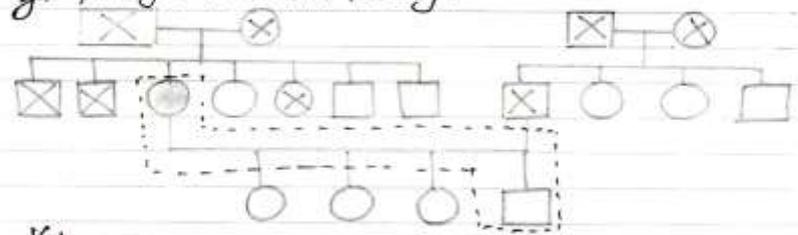
#### e. Riwayat Kesehatan lalu.

Keluarga mengatakan, satu tahun yang lalu pasien pernah dirawat di rumah sakit dengan diagnosa CHF. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak masih muda dan pasien mengonsumsi obat Chotropil yang diresepkan dokter. Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan dan tidak ada alergi obat.

e. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Keluarga mengatakan, dirumah tidak ada anggota keluarga yang merokok. Lingkungan aman dari resiko jatuh karena tidak ada tangga. Rumah hanya 1 lantai dan didalam kamar pasien tidak ada meja, hanya ada tempat tidur dan almari.

g. Riwayat Kesehatan Keluarga.



Keterangan

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ / ⊗ : Laki-laki / Perempuan meninggal
- / ● : pasien
- : Hubungan keluarga
- - - : Tinggal serumah

Keluarga mengatakan adik dari pasien memiliki riwayat penyakit yang sama yaitu jantung dan hipertensi. Pasien sekarang tinggal bersama anak laki-lakinya.

2. Pola Kesehatan Fungsional.

a. Pola Persepsi dan pemeliharaan kesehatan.

Sebelum sakit pasien mengatakan dulunya pernah mengalami nyeri pada dada sebelah kiri. Tetapi pasien membiarkannya. Pasien menganggap itu hanya sakit biasa karena hipertensi yang dimiliki pasien. Pasien sering kontrol hipertensi dan menebus obat yang diresepkan. Keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengeluh sakit pada dada kirinya.

Selama dirawat pasien sering mengeluh sesak dan pusing, terkadang batuk berdarah. Setelah mengetahui penyakitnya dan sekarang dirawat dirumah sakit, pasien minum obat secara teratur dan mengikuti terapi yang diberikan.

b. Pola Nutrisi dan metabolisme.

Sebelum sakit, keluarga mengatakan nafsu makan pasien baik dengan pola makan 3x sehari dengan porsi biasa, terkadang lebih. Pasien juga sering mengonsumsi buah-buahan. Pola

minum pasien juga baik. Biasanya pasien mengonsumsi air putih  $\pm$  1-2 botol besar aqua dan minum teh  $\pm$  1-2x sehari.

Selama dirawat, Nafsu makan pasien berkurang. Sebelumnya pasien terpasang NST, pasien diberikan diet sonde jantung  $4 \times 2000$ cc setelah tidak terpasang NST pasien mendapatkan diet makanan lunak rendah kolestrol. Untuk minumannya, keluarga mengatakan sehari hanya habis 1 botol besar terkadang lebih tetapi tidak sampai 2 botol. Terkadang pasien meringlut mual.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit, keluarga mengatakan pasien BAB sebanyak  $\pm$  1-2x sehari. Untuk BAK  $\pm$  4-5x sehari terkadang lebih.

Selama dirawat, keluarga mengatakan sudah 3 hari belum BAB.

Untuk BAK, pasien  $\pm$  1 liter / hari terkadang lebih. Pasien mengatakan perutnya tidak nyeri, dan tidak ingin BAB.

d. Pola Aktivitas dan Latihan.

Sebelum sakit, pasien mengatakan masih bisa beraktivitas, keluarga mengatakan, sebelum sakit pasien terkadang membantu membersihkan rumah.

Selama dirawat, pasien tidak dianjurkan untuk banyak beraktivitas secara mandiri. Pasien mendapat bantuan dari keluarga maupun perawat jaga. Pasien juga terpasang kateter untuk mengurangi aktivitas ke kamar mandi. Karena pasien merasa sering pusing dan sesak.

e. Pola Istirahat dan Tidur.

Sebelum sakit, pasien mengatakan sering tidur. Keluarga mengatakan terkadang pasien tidur siang  $\pm$  30 menit - 1 jam tiap harinya. Untuk tidur malam  $\pm$  5-6 jam sehari karena pasien biasanya bangun untuk salat malam.

Selama dirawat, pasien banyak istirahat ditempat tidur.

Untuk tidur siang biasanya  $\pm$  1-2 jam sehari. Untuk tidur malam biasanya  $\pm$  7-8 jam. Tetapi sering terbangun karena keinginan buang air.

f. Pola kognitif dan perseptual sensori.

Sebelum sakit, pasien tidak ada masalah pada pola pikir pasien. Pasien memiliki gangguan pada pendengarannya.

Selama dirawat, Pasien mengatakan penglihatannya kurang.

Keluarga mengatakan pendengaran pasien berkurang/mengalami gangguan. Ingatan pasien masih cukup baik.

P: dada area kiri, Q: Nyeri seperti tertindih, R: dada area kiri.

S: Stoma <sup>dada</sup> .. T: saat ditekan.

g. Pola persepsi dan konsep diri.

Sebelum dan selama dirawat pasien tidak ada keluhan terhadap dirinya. Pasien sebagai seorang ibu dari keempat anaknya tidak pernah mengeluh, ia menikmati perannya sebagai seorang ibu. Sudah sejak lama pasien tidak bekerja. Sebelum suaminya meninggal, suaminya yang bekerja. Sejak suaminya meninggal, pasien ditiduri / dipenuhi kebutuhannya oleh anak-anaknya.

h. Mekanisme koping.

Sebelum sakit, pasien mengambil keputusan sendiri, tetapi tetap dalam persetujuan anaknya. Jika ada masalah dirundingkan dengan keluarganya.

Selama dirawat, anak-anak pasien yang mengambil keputusan.

i. Pola Seksual Reproduksi.

Sebelum sakit, sebelum menopause, pasien tidak ada masalah terhadap fungsi seksual reproduksinya. Setelah menopause pasien tidak tertarik melakukan hubungan seksual.

Selama dirawat: pasien tidak melakukan hubungan seksual.

j. Pola peran dan berhubungan dengan orang lain.

Sebelum sakit, pasien mengatakan sering mengikuti pengajian rutin dan mengobrol dengan tetangganya.

Selama dirawat, pasien hanya tidur di tempat tidur, terkadang mengobrol dengan keluarga dan juga perawat.

k. Pola Nilai kepercayaan.

Sebelum sakit, tidak ada masalah, pasien rajin ibadah.

Selama dirawat, pasien tidak / jarang sakit. Hanya saja pasien sering berdzikir di tempat tidur.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran: Composmetis.

b. Penampilan: Lemah.

c. Tanda vital: TD: 140/90 mmHg, Suhu: 36,3°C  
Nadi: 60x/menit, SpO<sub>2</sub>: 96%, RR: 26x/menit.

d. Kepala:

- Bentuk: memipal

- Rambut: Beruban, tidak rontok.

e. Mata:

- Kemampuan penglihatan menurun.

- Konjungtiva: tidak anemis.

- Ukuran pupil: 2 mm, 2 mm

Sklera : Ikterik, respon terhadap cahaya : (+)

f. Hidung : cukup bersih, terpasang kanul 3Lpm.

g. Telinga : simetris, tidak menggunakan alat bantu dengar, pendengaran ↓

h. Mulut : Kering, putat.

i. Terggorokan : tidak ada gangguan menelan, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid.

f. Dada

- Jantung

Inspeksi : Tidak ada edema

palpasi : Adanya nyeri tekan

Pertussi : Pekak

Auskultasi : Terdengar mur mur

- Paru-paru

Inspeksi : simetris, :

palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Pertussi : Sonor

Auskultasi : Terdengar suara tambahan ronkhi.

- Abdomen

Inspeksi : Tidak ada edema, tidak ada lesi.

palpasi Auskultasi : Terdengar brang usus 25x /menit.

~~Pertussi~~ palpasi : Tidak ada nyeri tekan

~~At~~ pertussi : Pekak.

l. Ekstremitas. Terpasang infus di ekstremitas kanan atas, edema(-), capillary refill >3.

M. Kulit : Turgor kulit kurang, tidak ada edema, lesi (-)

4. Data Perawatan.

a. Obat injeksi

1) Humalog 3 x 6 unit.

2) Furosemid 2 x 1 ampul

3) Moxifloxacin 1 x 1 ampul

4) Lansoprazole 2 x 1 ampul

5) Diviti 1 x 12,5 mg

b. Obat oral :

1) Sucralfat sirup 3 x 1c

2) Concor 1 (x 2,5 mg

3) Nitrocat 2 x 1,25 mg

4) Miniaspi 1 x 1 (80 mg)

c. Nebul : Ventolin (1), Pulmicort (1), tiap 8 jam.



d. Pemeriksaan Laboratorium.

Nama : ?

Ruang :

Tanggal pemeriksaan : 24 / 02 / 2020

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	catuan	Keterangan
<u>KIMIA</u>				
Analisa gas darah				
PIO <sub>2</sub>	6,0		%	
PH	7,12	L 7,37 - 7,45	-	
PH (37C)	7,113		-	
pCO <sub>2</sub>	51,4	H 33 - 44	mmHg	
pCO <sub>2</sub> (37C)	53,7		mmHg	
PO <sub>2</sub>	70,4	71 - 104	mmHg	
PO <sub>2</sub> (37C)	81,6			
SO <sub>2</sub> %	90,9	L 54 - 98	%	
HCT	42	35 - 45	%	
Hb	13,9	12,7 - 15,5	g/dL	
BE Ecf	-12,3		mmol/L	
BE <sub>v</sub>	-11,7	L (-2) - (+3)	mmol/L	
SBC	15,3		mmol/L	
HCO <sub>3</sub>	17,3	L 22 - 29	mmol/L	
TCO <sub>2</sub>	15,0	L 23 - 27	mmol/L	
A	377,7		mmHg	
A-aDO <sub>2</sub>	30,3		mmHg	
a/A	0,2		-	
Pt	3,7		-	
Lactate	4,5		mmol/L	

e. Pemeriksaan EKG

Tanggal pemeriksaan : 27/02/2020

HR : 120 bpm

PR : 496 ms

P-R : 132 ms

QRS : 108 ms

QT : 322 ms

QTc : 475

AXIS : 83 deg

RYS : 1,54 mV

SVI : 0,87 mV

R+S : 2,41 mV



f. Pemeriksaan Laboratorium.

Tanggal pemeriksaan : 24/02/2020 ruang: 100

Pemeriksaan Hasil Nilai rujukan satuan ket

HEMATOLOGY

Darah rutin 1

Hemoglobin	11,2 L	11,7 - 15,5	g/dl
Hematokrit	35,2	33 - 45	%
Leukosit	20,17 H	3,6 - 11,0	tbu/dl
Trombosit	358	150 - 440	tbu/dl
Golongan darah / Rh	B / positif		-

IMUNOSEROLOGI

HBsAg Kualitatif Non reaktif. Non reaktif. -

KIMIA

Gula darah Sewaktu	265	75 - 110	mg/dl
Cholesterol	165	< 200	mg/dl
Triglycerid	65	< 160	mg/dl
HDL cholesterol direct	44	37 - 82	mg/dl.
LDL cholesterol direct	108	60 - 130	mg/dl.
Uric Acid	6,5 H	2,6 - 5,7	mg/dl.
Ureum	39	10 - 50	mg/dl.
Creatinin darah	1,11 H	0,6 - 1,1	mg/dl.
Bilirubin total	0,47	0,1 - 1,0	mg/dl
Bilirubin Direk - Indirek			
Bilirubin direk	0,19	0 - 0,2	mg/dl
Bilirubin Indirek	0,28	0 - 0,75	mg/dl
Total protein	6,08	6,0 - 8,0	g/dl
Albumin - Globulin		3	
Albumin	4,37	3,4 - 4,8	g/dl.
Globulin	1,71		g/dl
SGOT	55	0 - 35	u/l
SGPT	10	0 - 35	u/l
Na, K, Cl			
Natrium.	137,5.	135 - 147	mval/l



### g. Pemeriksaan thorax

Tanggal pemeriksaan: 27 / 02 / 2020

Angg

Thorax Besar (Non Kontras)

Ts. Yth

X Foto thoraks

Terpasang endotracheal tube dengan ujung distal setinggi corpus V. TRS.

COT : Apiks ke laterocaudal, pinggang mendarat.

Elegatio aorta dan kalsifikasi arcus aorta

Pulmo : Corakan bronchovascular meningkat dengan blurring vascular

Tampak gambaran infiltrat perihiler kanan dan paracardiac.  
Kiri.

Hilus kanan kiri tebal

Diaphragma dan sinus costofrenicus tak tampak kelainan.

KESAN

Cardiomegaly (LV, LA)

Elegatio aorta

Gambaran edema pulmonum cenderung disertai bronkopneumonia.

Penebalan hilus kanan kiri, curiga limfadenopati

Kedudukan endotracheal tube baik.

### h. Echo Summary

Tanggal pemeriksaan : 27 / 02 / 2020

Angg

Diameter ruang jantung : Membesar di LA

Dinding LV : Menebal di P0

Wall motion : Hipokinetik anterior midapikal

Katup Jantung : TR Moderate, PI moderate, MR Moderate.

Fungsi LV sistolik baik EF 50%

Fungsi RV sistolik Menurun TAPSE 13 mm.

KESAN

Hipokinetik Segmental

Fungsi LV sistolik baik.

Fungsi RV sistolik menurun.

Dilatasi LA

TR Moderate, MR Moderate, PI Moderate

### B. Analisa Data.

Tgl / Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem	TD
27/2-2020 09.50	Ds: Pasien mengatakan sesak. Dada seperti tertimpit. Do: Skala nyeri 4, CRT >3 detik Nadi perifer terasa lemah, Auskultasi jantung terdengar murmur. Foto thorax menunjukkan gambaran edema pulmonum cenderung disertai bronchopneumonia	Perubahan irama jantung	Penurunan curah jantung	TD Kardiy
27/2-2020 10.10	Ds: Pasien mengatakan sesak + perubahan Do: Hasil pemeriksaan tbc menunjukkan pCO <sub>2</sub> ↑ : 51,4 mmHg pH ↓ : 7,26, PO <sub>2</sub> ↓ : 70,4 mmHg. Terdengar suara tambahan rales. TD : 140/90 mmHg, RR : 26x/menit, t : 36,3°C Nadi : 60 x/menit.	perubahan membran Alveolus - kapiler	Gangguan pertukaran gas	Kardiy

### C. Diagnosa Keperawatan.

1. Penurunan curah jantung b.d perubahan irama jantung d.d gagal jantung kongestif.
2. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler d.d gagal jantung kongestif.

### D. Intervensi.

Tgl / Jam	Dx	Tujuan & Kriteria hasil	Intervensi	TD
27/2-2020 10.20	1	Setelah dilakukan tindakan selama 3x3 jam diharapkan pasien dapat memenuhi kriteria hasil sebagai berikut : 1. Nyeri dada berkurang 2. Pasien merasa lebih nyaman 3. Tidak terjadi edema	1. Identifikasi tanda & gejala primer penurunan curah jantung 2. Identifikasi tanda & gejala sekunder penurunan curah jantung. 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor saturasi oksigen 5. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki terangkat atau posisi nyaman	Kardiy



			6. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress. 7. Berikan diet jantung yg sesuai 8. Ajarkan berat aktivitas sesuai toleransi. terapi 9. Kolaborasi gemberran aritmia.
29/2/2020 10.40	2.	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat memenuhi kriteria hasil sebagai berikut : 1. TTV dalam batas normal 2. Sesak berkurang	1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas. 2. Monitor saturasi oksigen 3. Monitor Integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen 4. Auskultasi suara nafas. 5. Berikan oksigen tambahan 6. Ajarkan pasien & keluarga cara menggunakan O <sub>2</sub> rumah.

Punyah

E. Implementasi

Tgl/Jam Dx	Implementasi	Respon Pasien	TTD
29/2/2020 10.50	1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung	Dr: pasien mengatakan sesak dan mudah lelah. Do: pasien tampak sesak, lemah	Punyah
10.55	Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung	Dr: pasien mengatakan batuk. Do: Terdengar batuk, bunyi auskultasi terdengar suara ronki.	
11.05	Memposeikan pasien semi-fowler	Dr: pasien mengatakan nyaman Do: Semi-fowler, 30; pasien tampak nyaman.	
11.10	Membentkan terapi relaksasi untuk mengurangi stress	Dr: pasien mengatakan lebih nyaman & tenang. Do: diberikan terapi tarik nafas dalam & pengalihan pikiran.	



11.13		Mengajarkan beraktivitas sesuai terapi	Ds : pasien mengatakan mau. Do : diajarkan miring kanan-kiri, pasien mengikuti dengan baik.
27/3-2020 11.20	2	Memonitor frekuensi, irama pernafasan dan upaya nafas.	Ds : pasien mengatakan boleh diperiksa. Do : RR 26 x/monit, nafas cepat, pendek.
11.23		Memonitor saturasi oksigen	Ds : pasien mengatakan riau diperiksa. Do : $SpO_2$ 96%, pasien tampak sesak.
11.25		Mengungkapkan suara nafas.	Ds : pasien mengatakan boleh diperiksa. Do : Terdengar suara tambahan ranti.
11.27		Memberikan oksigen tambahan.	Ds : pasien mengatakan mau diberikan oksigen tambahan. Do : terpasang kanul $O_2$ , 5lpm.
11.37		Memonitor integritas mukosa hidung	Ds : pasien mengatakan nyaman. Do : terpasang kanul $O_2$ , mukosa hidung baik normal.
		Bertalaborasi pemberian dosis oksigen	Ds : pasien mengatakan sesak. Do : terpasang kanul $O_2$ , 5lpm.
28/3-2020 08.15	1	Memposisikan pasien semi-fowler	Ds : Pasien mengatakan nyaman. Do : Semi-fowler 30°, pasien tampak nyaman.
08.18		Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress	Ds : pasien mengatakan nyaman. Do : pasien tampak mengikuti instruksi. Tant. nafas dalam dan pengalihan pikiran, pengurangan aroma terapi serta terapi berdzikir.

08.28	Mengajarkan beraktivitas fisik sesuai terapi	Ds: pasien mengatakan mau. Do: diberikan posisi miring kanan-kiri, melatih rom 2 gerakan: menggenggam & membuka telapak tangan, fleksi ekstensi lengan.	
08.48	Memonitor Tekanan darah	Ds: pasien mengatakan boleh dipaka Do: TD: 114/90 mmHg Kardi: 63 RR: 25 x/menit.	
28/2/2020 08.50	2 Memberikan oksigen tambahan	Ds: pasien mengatakan sesak berkurang. Do: RR 25 x/mnt, nafas tepat, pendek, kanul O <sub>2</sub> 5 lpm.	Pulsa
08.52	Memonitor Saturasi	Ds: pasien mengatakan boleh ditet. Do: SpO <sub>2</sub> = 99%, tempat pulsat	
08.58	Memonitor integritas mukosa hidung akibat pemberian oksigen	Ds: pasien mengatakan tidak ada masalah. Do: Mukosa hidung cukup baik, tidak kering	
28/2/2020 20.40	1 Memposisikan pasien semi Fowler	Ds: pasien mengatakan lekas berkurang dan nyaman. Do: diberikan posisi semi Fowler 30°.	Pulsa
20.45	Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress	Ds: pasien mengatakan lebih nyaman Do: Terapi tarik nafas dalam, aroma terapi (lebih suka patch minyak kapak). terapi murottal.	
20.55	Mengajarkan beraktivitas fisik sesuai terapi	Ds: pasien mengatakan mau dan sesak berkurang Do: melatih rom, fleksi-ekstensi lengan, menggenggam membuka telapak tangan, fleksi-ekstensi kaki, miring kanan-kiri	



21.08	Memonitor Tekanan darah.	Ds: pasien mengatakan mau diperiksa. Do: TD: 152/84 mmHg, RR 24x/mnt, Nadi: 67x/menit.	
29/9/2020 21.10	2 Memberikan O <sub>2</sub> tambahan	Ds: pasien mengatakan sesak berkurang. Do: RR: 24 x/mnt. terpasang kanul 4 lpm.	terkurang
21.13	Memonitor Saturasi O <sub>2</sub>	Ds: pasien mengatakan sakit diperiksa Do: SpO <sub>2</sub> : 98% terpasang kanul.	
21.18	Memonitor integritas mukosa hidung atab pemberran O <sub>2</sub>	Ds: pasien mengatakan hidung tidak kering. Do: Mukosa hidung tukup.	

### F. Evaluasi.

Tgl/Jam	Dx	Evaluasi	TD
29/9/2020 13.10	1	S: pasien mengatakan nyeri pada dada kiri O: TD: 140/90 mmHg, SPO <sub>2</sub> : 96%, RR 26x/mnt, Nadi 60x/menit, batuk tampak lemah. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Posisikan semi-fowler 2. Berikan terapi relaksasi 3. Anjurkan aktivitas sesuai terapi 4. Monitor TD	terkurang
13.15	2.	S: pasien mengatakan sesak pusing. O: RR 26 x/mnt, SPO <sub>2</sub> : 96%, tampak sesak, Auskultasi paru terdengar suara ronki, terpasang kanul O <sub>2</sub> 5 lpm. A: Masalah belum teratasi, lanjutkan P: Lanjutkan intervensi 1. Berikan oksigen tambahan 2. Monitor Saturasi. 3. Monitor integritas mukosa hidung atab pemberran O <sub>2</sub> .	tidak ada



20/8-2020 1 09.45 S: pasien mengatakan nyeri berkurang dan lebih nyaman  
O: TD: 154/90 mmHg, Nadi 63x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97%,  
pasien tampak nyaman dan kooperatif dalam melakukan  
terapi. Posisi semi Fowler 30°.

A: Masalah belum teratasi.

P: Lanjutkan intervensi.

1. Posisikan semi Fowler.
2. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress.
3. Ajarikan teraktivitas fisik sesuai terapi
4. Monitor TD.

Almady

09.55 2. S: Pasien mengatakan sesak berkurang.

O: SpO<sub>2</sub>: 97%, RR: 25 x/mnt, mukosa hidung  
baik (tdk kering) Terpasang kanul 5lpm.

A: Masalah belum teratasi.

P: Lanjutkan intervensi.

1. Berikan oksigen tambahan.
2. Monitor saturasi O<sub>2</sub>
3. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemberian O<sub>2</sub>

Almady

20/8-2020 1 22.30 S: Pasien mengatakan pusing saat duduk, nyeri (-)

O: Posisi pasien semi-fowler 30°, RR: 24x/mnt,  
TD = 152/84 mmHg. Nadi 67x/menit lemah.

A: Masalah belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

1. Posisikan semi Fowler
2. Berikan terapi relaksasi utk mengurangi stress.
3. Ajarikan Aktivitas sesuai toleransi
4. Monitor TD.

Almady

22.30 2. S: pasien mengatakan sesak

O: SpO<sub>2</sub>: 98%, RR: 24 x/mnt, terpasang  
kanul O<sub>2</sub> 4lpm, mukosa hidung ok-up.

A: Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi

P: Lanjutkan intervensi

1. Berikan oksigen tambahan
2. Monitor saturasi O<sub>2</sub>
3. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemberian O<sub>2</sub>.

Almady

